

# กฎหมายเกี่ยวกับโทรเวชกรรม

นายอดิเรก หลิมศิริวงศ์

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชานิติศาสตร์ ภาควิชานิติศาสตร์  
คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

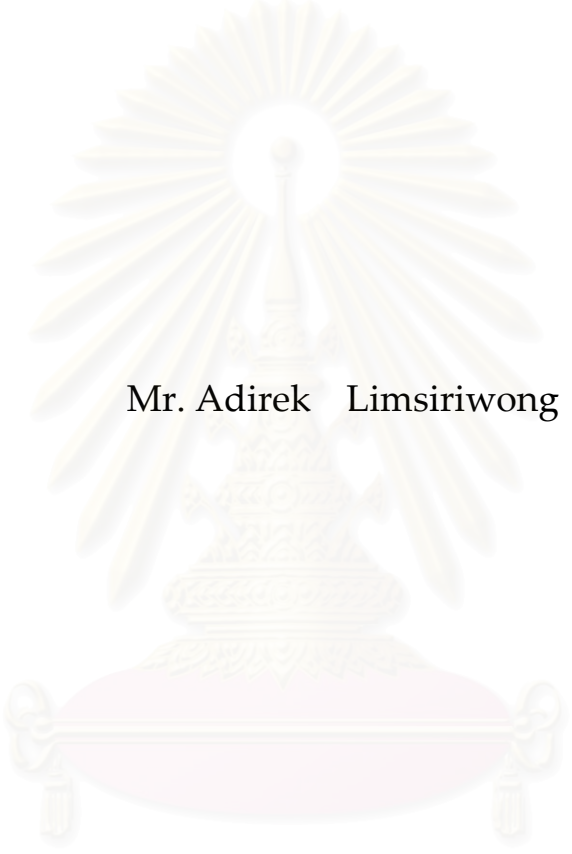
ปีการศึกษา 2543

ISBN : 974-13-0355-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# LEGAL ASPECTS OF TELEMEDICINE

Mr. Adirek Limsiriwong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Laws in Laws  
Department of Law  
Faculty of Law  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2000  
ISBN : 974-13-0355-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์	กฎหมายเกี่ยวกับโทรเวชกรรม
โดย	นายอดิเรก หลิมศิริวงศ์
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์มรุธา วัฒนะชีวะกุล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

---

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

----- คณบดีคณะนิติศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ธงทอง จันทรางศุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

----- ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์สำเรียง เมฆเกรียงไกร)

----- อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์มรุธา วัฒนะชีวะกุล)

----- อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์)

----- กรรมการ  
(อาจารย์ชยันติ ไกรกาญจน์)

อดิเรก หลิมศิริวงศ์ : กฎหมายเกี่ยวกับโทรเวชกรรม (LEGAL ASPECTS OF  
TELEMEDICINE) อ. ที่ปรึกษา : ผศ. มุรธา วัฒนชะวีระกุล, อ. ที่ปรึกษาร่วม : ศ.นพ.  
วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 170 หน้า, ISBN 974-13-0355-6.

โทรเวชกรรม (TELEMEDICINE) ได้แก่ การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย หรือ  
ผู้รับบริการ ในพื้นที่ ๆ ห่างไกล (REMOTE AREA) ซึ่งกระทำได้ โดยอาศัยสื่อทางเทคโนโลยี  
โทรคมนาคม ซึ่งแตกต่างจากการรักษาโดยปกติในปัจจุบันที่เป็นแบบเผชิญหน้า (FACE-TO-FACE  
RELATIONSHIP)

เนื่องจากโทรเวชกรรมเป็นเรื่องใหม่มากในประเทศไทย วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงมุ่งศึกษา  
ในแนวทางและริเริ่ม (PIONEER STUDY) เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจโทรเวชกรรมและเพื่อให้  
ทราบถึงกรอบและขอบเขตทางกฎหมาย รวมทั้งปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องและศึกษากฎหมาย  
โทรเวชกรรมของต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนากฎหมายไทยและการมีกฎหมายโทรเวช  
กรรมของไทย

จากการศึกษาพบว่า มีปัญหาหลายประการที่กฎหมายปัจจุบันไม่อาจตามทันความก้าว  
หน้าทางโทรเวชกรรม จึงไม่อาจบังคับกับโทรเวชกรรมได้ทั้งหมด เช่น การไม่สามารถควบคุมดูแล  
สิทธิหน้าที่แพทย์และผู้ป่วยได้เต็มที่ โดยเฉพาะการให้บริการโทรเวชกรรมข้ามแดน หรือข้ามชาติ  
ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายเครื่องมือแพทย์กับเครื่องมือ หรือซอฟต์แวร์ทางโทรเวชกรรม การขาด  
มาตรฐานการดูแลรักษา (STANDARD OF CARE) และมาตรฐานด้านทักษะ (STANDARD OF  
SKILL) ของแพทย์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพิจารณาความรับผิดชอบของแพทย์ การไม่ครอบคลุม ของ  
กฎหมายวิชาชีพเวชกรรมแก่การให้บริการโทรเวชกรรมทั้งหมด ข้อพิจารณาทางกฎหมายเรื่องการ  
รักษาความลับในข้อมูลของผู้ป่วยทางโทรเวชกรรม ข้อสรุปจากการศึกษาพบว่า โทรเวชกรรมเป็นสิ่ง  
จำเป็นอย่างยิ่งต่อสังคม แต่รัฐควรมีมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการให้บริการโทรเวชกรรม เช่น  
การมีกฎหมายโทรเวชกรรม ควบคุม การประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมโดยเฉพาะ เนื้อหาของ  
กฎหมายควรครอบคลุมถึงการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย และการให้ความยินยอม (INFORMED  
CONSENT) การรักษาความลับของข้อมูล (CONFIDENTIALITY) การควบคุมมาตรฐานในรูปของการ  
ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาต (TELEMEDICINE LICENSE) โดยกำหนดให้แพทยสภามีอำนาจ  
หน้าที่ในการควบคุมการประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม

ภาควิชา นิติศาสตร์.....  
สาขาวิชา .....นิติศาสตร์.....  
ปีการศึกษา .....2543.....

ลายมือชื่อนิสิต.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

##4086138334 : MAJOR LAW

KEY WORD : TELEMEDICINE / MEDICAL PROFESSION / MEDICAL DEVICES

Adirek Limsiriwong : Legal Aspects of Telemedicine. Thesis Advisor : Assistant Professor Murata Wattanacheevakul. Thesis Co-Advisor : Professor Withoon Unggraphand, Dr. med., 170 PP, ISBN 974-13-0355-6.

Telemedicine is a provision of health care and medical services to the patient or the service receiver in the remote area. Telemedicine practice can be implemented through the use of telecommunication technology which is different from the traditional practice of medicine requiring face-to-face relationship.

Since Practice of telemedicine is very new in Thailand, this thesis is, therefore, aimed to study telemedicine in a broad and pioneer approach in order to know and understand telemedicine, and to determine ranges of legal aspects including relevant legal problems. The study is also to review foreign laws related to telemedicine including telemedicine act as a guideline to develop related Thai laws and to have a telemedicine act.

The study shows that there are many legal problems in the current laws which cannot keep up with the advance of telemedicine. Therefore, they cannot thoroughly be applied to telemedicine such as lacks of effectively control over rights and duty of physicians and patients, legal application of Medical Device Act on the devices and software used in telemedicine, lacks of standard of care and standard of skill of physicians whose lacks of which can determine their liabilities, non-thoroughly cover of Medical Professional Act to telemedicine, and legal concerns on the confidentiality of patient's information.

The study concludes that telemedicine is indispensable to the social. However, the state should have legal measurement to control the practice of telemedicine such as to enact Telemedicine Act specifically. The proposed Act should cover protection of patient's rights and informed consent, confidentiality of medical record, control of telemedicine practice standard through telemedicine registration and license. The Act should empower the Medical Council to have authority over telemedicine profession.

Department \_\_\_\_\_ Law \_\_\_\_\_

Field of study \_\_\_\_\_ Law \_\_\_\_\_

Academic year \_\_\_\_\_ 2000 \_\_\_\_\_

Student's signature \_\_\_\_\_

Advisor's signature \_\_\_\_\_

Co-Advisor's signature \_\_\_\_\_

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีเป็นผลมาจากคำแนะนำและช่วยเหลือที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งจากท่านศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์มูรธา วัฒนชะชีวะกุล อาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ ท่านทั้งสองเป็นอย่างสูง

ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สำเรียง เมฆเกรียงไกร ประธาน กรรมการ และอาจารย์ชยันติ ไกรกาญจน์ กรรมการ ซึ่งได้ให้เกียรติสละเวลาอันมีค่ามาเป็น กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมซึ่งทำให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณอาจารย์กาญจนา นิมมานเหมินท์ แห่งบริษัท สำนักกฎหมายและภาษี แอนเตอร์เซ็น จำกัด ที่ให้โอกาสและส่งเสริมการศึกษาของข้าพเจ้าในช่วงที่ข้าพเจ้าทำงานในบริษัทแห่งนี้ นอกจากนี้ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่เป็นกำลังใจ ให้ในการเขียนและการสอบวิทยานิพนธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณสายันท์ หนองพงษ์ ที่คอยช่วยเหลือทางด้านการจัดพิมพ์

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าขอขอบคุณคุณคุณจุฑพร โคตรกนกที่คอยให้กำลังใจเสมอมา ขอกราบสำนึกในพระคุณของคุณฉลอง-คุณทวี หลิมศิริวงศ์ ซึ่งเป็นบิดามารดา ที่เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้เขียน ศึกษาเล่าเรียนจนประสบความสำเร็จดังหวัง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ .....	ช
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
สมมุติฐาน .....	4
วัตถุประสงค์ .....	5
วิธีวิจัยและขอบเขตการศึกษา .....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา .....	6
2 เทคโนโลยีทางโทรเวชกรรม .....	7
2.1 ความหมายและขอบเขต .....	7
2.2 ประโยชน์และความจำเป็นของโทรเวชกรรม .....	10
2.2.1 ประโยชน์จากโทรเวชกรรม .....	11
2.2.2 การให้บริการโทรเวชกรรมในสหรัฐอเมริกา .....	14
2.3 พัฒนาการของโทรเวชกรรม .....	16
2.3.1 สหรัฐอเมริกา .....	16
2.3.2 ประเทศไทย .....	17
2.4 รูปแบบการทำงาน และเครื่องมือพื้นฐานของโทรเวชกรรม .....	18
2.4.1 ขั้นตอนการทำงานทางโทรเวชกรรม .....	18
2.4.2 ตัวอย่างการสร้างระบบโทรเวชกรรมเบื้องต้น .....	26
3 กฎหมายเกี่ยวกับโทรเวชกรรมของไทย .....	28
3.1 โทรเวชกรรมกับกฎหมายเกี่ยวกับวิชาชีพเวชกรรม .....	28
3.2 โทรเวชกรรมกับกฎหมายเกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ .....	32
3.3 โทรเวชกรรมกับกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ .....	36



## สารบัญ (ต่อ)

บทที่

4	หลักกฎหมายของต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรม.....	40
4.1	หลักกฎหมายเครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรม.....	40
4.2	หลักการพิจารณาความรับผิดของแพทย์กับโทรเวชกรรม.....	52
4.2.1	หลักความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP).....	52
4.2.2	การกระทำผิดต่อหน้าที่ใช้ความระมัดระวังของแพทย์ (BREACH OF DUTY OF CARE).....	55
4.2.3	หลักเรื่องเขตอำนาจศาล (JURISDICTION).....	61
4.2.4	ตัวอย่างคดีทางโทรเวชกรรม (TELEMEDICINE CASE LAW).....	65
4.3	หลักความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (INFORMED CONSENT)....	73
4.4	หลักกฎหมายเกี่ยวกับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม ข้ามรัฐของ สหรัฐอเมริกา (LICENSURE).....	81
4.4.1	เกณฑ์ทางกฎหมายเรื่องใบอนุญาตโทรเวชกรรมข้ามรัฐ.....	83
4.4.2	ร่างกฎหมายใบอนุญาตประกอบโทรเวชกรรม.....	93
4.4.3	การศึกษาเรื่องระบบใบอนุญาตโทรเวชกรรม.....	98
4.5	การรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยทางโทรเวชกรรม (PRIVACY AND CONFIDENTIALITY).....	103
4.6	การควบคุมการสั่งยาของแพทย์ทางอินเทอร์เน็ต (INTERNET PRESCRIPTION).....	105
4.7	ตัวอย่างกฎหมายโทรเวชกรรมของต่างประเทศ.....	106
4.7.1	กฎหมายโทรเวชกรรมของประเทศมาเลเซีย.....	106
4.7.2	กฎหมายโทรเวชกรรมของมลรัฐโอกลาโฮมา สหรัฐอเมริกา.....	111



## สารบัญ (ต่อ)

บทที่

5	แนวคิดในการพัฒนามาตรฐานกฎหมายโทรเวชกรรมในไทย.....	114
5.1	ประเด็นสำคัญทางกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรม.....	115
5.1.1	ความรับผิดชอบของแพทย์.....	116
5.1.2	พยานเอกสารในรูปอิเล็กทรอนิกส์.....	119
5.1.3	การเกิดขึ้นของสัญญาและความรับผิด.....	122
5.1.4	ศาลที่มีอำนาจพิจารณาคดี.....	124
5.1.5	กฎหมายที่ใช้บังคับ.....	124
5.1.6	ความลับในข้อมูล.....	125
5.1.7	ความยินยอมของผู้ป่วย.....	129
5.2	การควบคุมกำกับดูแลโทรเวชกรรม.....	130
5.2.1	หน่วยงานที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม.....	130
5.2.2	หลักเกณฑ์การควบคุม.....	130
6	บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	136
	รายการอ้างอิง.....	140
	ภาคผนวก.....	143
	ผนวก ก. กฎหมายโทรเวชกรรมประเทศมาเลเซียพร้อมคำแปล.....	144
	ผนวก ข. กฎหมายโทรเวชกรรมมลรัฐโอกลาโฮมาพร้อมคำแปล.....	157
	ผนวก ค. ข้อบังคับจริยธรรมแพทย์.....	165
	ประวัติผู้วิจัย.....	170

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันเป็นยุคแห่งเทคโนโลยีสารสนเทศ (INFORMATION TECHNOLOGY) การติดต่อสื่อสารระหว่างกันในระยะทางที่ห่างไกลเป็นไปได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ด้วยวิทยาการสมัยใหม่ มนุษย์สามารถส่งและรับข้อมูลซึ่งกันและกันเสมือนโลกไร้พรมแดน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสื่อสารโทรคมนาคม (TELECOMMUNICATION TECHNOLOGY) มีส่วนช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ได้อย่างมากมาย

เทคโนโลยีสื่อสารมีหลากหลายประการทั้งภาพและเสียง ซึ่งสามารถสื่อสารผ่านทางสัญญาณดาวเทียม (SATELLITE SIGNAL) หรือเคเบิลใยแก้ว (FIBRE OPTIC) มนุษย์ได้นำเอาความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมนี้มาใช้ให้เป็นประโยชน์แก่มนุษย์หลายประการ หนึ่งในนั้นคือ การนำเอาเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในการบำบัดรักษามนุษย์ ซึ่งอยู่ในท้องที่ห่างไกลจากผู้ให้การรักษา โดยวิธีนี้ผู้รับการรักษาและผู้ให้การรักษา จะไม่มีการเผชิญหน้ากันอย่างแท้จริง แต่ผู้ให้การรักษาสามารถที่จะตรวจและวินิจฉัย รวมถึงสามารถดำเนินการรักษาบำบัดผู้รับการรักษาได้ วิธีการรักษาประเภทนี้อาจเรียกว่า โทรเวชกรรม (TELEMEDICINE)<sup>1</sup>

เนื่องจากการรักษาโดยผ่านความก้าวหน้าทางด้านระบบเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมยังเป็นเรื่องใหม่อยู่มาก โดยเฉพาะในหมู่ประเทศกำลังพัฒนาต่าง ๆ รวมถึงประเทศไทยด้วยเช่นกัน จึงยังไม่มีคำนิยามที่ใช้อย่างเป็นทางการของคำว่า โทรเวชกรรม หรือ TELEMEDICINE ดังนั้นผู้เขียนจึงขอยกความหมายของโทรเวชกรรมพอสังเขป ซึ่งทางองค์การอาหารและยา (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) ของสหรัฐอเมริกาได้ให้ไว้คือ เพื่อความเข้าใจในเบื้องต้นพอสังเขปดังนี้<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> เนื่องจากยังไม่มีคำเฉพาะที่ใช้เรียกในภาษาไทยอย่างเป็นทางการ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ เป็นผู้กำหนดคำภาษาไทยของ TELEMEDICINE ว่าโทรเวชกรรมให้แก่ผู้วิจัย

<sup>2</sup> Peter S. Reichertz and Naomi Joy Levan Halpern, "FDA Regulation of Telemedicine Devices" P.1

“การให้บริการทางด้านการดูแลสุขภาพอนามัย และการให้บริการเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับการรักษา และการส่งสัญญาณของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอนามัยในพื้นที่ห่างไกล โดยผ่านทางเทคโนโลยีการสื่อสาร อันส่งผลให้เกิด

1. การบริการและการรักษาทางด้านคลินิกทางตรง การป้องกันการวินิจฉัย และการบำบัดรักษาโรค
2. การให้คำปรึกษาและการติดตามผล
3. การเฝ้าดูผู้ป่วยทางไกล
4. การให้การฟื้นฟู หรือ
5. การให้ความรู้แก่ผู้รับการรักษา”<sup>3</sup>

ตัวอย่างของโทรเวชกรรม เช่น การวินิจฉัยโรคทางรังสีวิทยา (TELERADIOLOGY) ได้แก่ การส่งข้อมูลและการวินิจฉัยข้อมูลคนไข้ทางอัลตราซาวด์ การวินิจฉัยโรคทางหทัยวิทยา (TELECARDIOLOGY) ได้แก่ การส่ง การวัดคลื่นหัวใจด้วยระบบไฟฟ้าเพื่อการวินิจฉัย การวินิจฉัยโรคทางตจวิทยา (TELEDERMATOLOGY) ได้แก่ การส่งและตีความข้อมูลของคนไข้ทางด้านวิดิทัศน์ และภาพนิ่ง การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน (TELEHOME CARE) ได้แก่ การส่งข้อมูลคนไข้ทางสัญญาณ วิดิทัศน์จากบ้านของคนไข้มายังสถานรักษาโดยตรง เป็นต้น<sup>4</sup> นอกจากนี้ยังมี การนำเอาการรักษา ทางไกลมาใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยทางจิต และการบำบัดรักษา กลุ่มประชากรบางกลุ่ม เช่น ประชากรในเรือนจำ ทั้งนี้ด้วยเหตุผลด้านความสะดวกและปลอดภัย

<sup>3</sup> “The delivery and provision of health care and consultative services to individual patients and the transmission of information related to care, over distance, using telecommunications technologies, and incorporating

- (1) direct clinical preventive, diagnostic, and therapeutic services and treatment,
- (2) consultative and follow-up services,
- (3) remote monitoring of patients,
- (4) rehabilitative services, or
- (5) patient education”

<sup>4</sup> ตามพจนานุกรมศัพท์แพทย์ โดยฝ่ายวิชาการแพทยพิทยา สำนักพิมพ์แพทยพิทยา ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2529

Radiology หมายถึง วิทยาการเกี่ยวกับการใช้แสงเอกซเรย์รักษาโรคและตรวจโรค; รังสีวิทยา

Cardiology หมายถึง การศึกษาทางหัวใจและหน้าที่ของหัวใจ, หทัยวิทยา

Dermatology หมายถึง วิทยาการเกี่ยวกับผิวหนังและโรคผิวหนัง

ความมุ่งหมายของการให้บริการโทรเวชกรรมในเบื้องต้นอาจสรุปได้เป็น 2 ข้อ คือ

1. การใช้เพื่อความมุ่งหมายทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (CLINICAL APPLICATION) ได้แก่ กระบวนการต่าง ๆ ที่มุ่งที่จะเยียวยารักษาผู้ป่วยรายใดรายหนึ่ง
2. การใช้เพื่อความมุ่งหมายประการอื่นที่ไม่ใช่การรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะ (NON-CLINICAL APPLICATION) ได้แก่ การให้การศึกษาทางการแพทย์อนามัยต่าง ๆ การจัดการทางการแพทย์สาธารณสุข การสร้างฐานข้อมูลทางการแพทย์สาธารณสุข เป็นต้น

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มุ่งศึกษาในส่วนการักษาพยาบาลผู้ป่วยของโทรเวชกรรมเท่านั้น จากการศึกษาของศูนย์วิจัยนโยบายการอนามัยของรัฐเดเนเวอร์ สหรัฐอเมริกา พบว่า การให้บริการโทรเวชกรรมโดยมุ่งหมายทางการรักษาพยาบาล อาจแบ่งได้ 9 รูปแบบ ดังนี้<sup>5</sup>

- 1) การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นเพื่อพ่วงอาการและเตรียมการเคลื่อนย้าย
- 2) การเฝ้าดูอาการผู้ป่วยรวมถึงการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์
- 3) การให้การกำกับดูแลและให้คำแนะนำในการปฐมพยาบาลในสถานที่ที่ไม่มีแพทย์อยู่
- 4) การให้คำปรึกษาเป็นประจำสม่ำเสมอ และการให้ความเห็นที่สอง (SECOND OPINION) จากการตรวจสอบประวัติและข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วย
- 5) การส่งภาพการตรวจต่าง ๆ เพื่อการวินิจฉัยโรค (DIAGNOSTIC IMAGES)
- 6) การขยายผลการวินิจฉัยโรค
- 7) การรักษาโรคเรื้อรังหรืออาการซึ่งจำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญพิเศษที่ไม่อาจหาได้ในท้องถิ่น
- 8) การส่งข้อมูลทางการแพทย์
- 9) เวชศาสตร์ป้องกัน (PREVENTIVE MEDICINE) และให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย

<sup>5</sup> Marilyn J. Field, Editor, Telemedicine : a Guide to Assessing Telecommunications in Health Care, Washington DC : National Academy Press, 1996, P.29.

ด้วยประโยชน์ต่าง ๆ จากการใช้โทรเวชกรรม โดยผ่านทางเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมมาใช้ในการรักษาผู้ป่วย ประเทศบางประเทศรวมทั้งไทย ยังไม่มีมาตรการทางกฎหมายรองรับโดยตรงและเหมาะสมอันก่อให้เกิดคำถามที่เกี่ยวกับประเด็นด้านกฎหมายหลายประการ เช่น เคยมีการให้บริการทางโทรเวชกรรมข้ามประเทศของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ เป็นการให้การผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยโดยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดอยู่ในต่างประเทศ แต่ทำการผ่าตัดโดยแขนหุ่นยนต์ (ROBOTIC ARMS) กรณีดังกล่าวแพทย์สภาเข้าไปควบคุมได้เพียงใด เพราะแพทย์ผ่าตัดไม่ได้เข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย แต่ได้ให้การรักษาทางโทรเวชกรรมโดยอาศัยเทคโนโลยี กฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับวิชาชีพเวชกรรมจะใช้บังคับได้หรือไม่ เพียงใดกับแพทย์ดังกล่าว โรงพยาบาลเอกชนจะมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบเพียงใดต่อผู้ป่วย จำเป็นอย่างไรหรือไม่ก็ต้องมีกฎหมายพิเศษมาควบคุมดูแลโทรเวชกรรม โดยเฉพาะโทรเวชกรรมข้ามชาติหรือข้ามแดน

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งที่ควรศึกษาถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องทางกฎหมาย และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรม เพื่อให้ผู้ปฏิบัติในประเทศไทยเกิดความเข้าใจความเข้าใจมากขึ้นในการให้บริการและรับบริการทางโทรเวชกรรม และเพื่อเป็นข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องของรัฐ และเอกชนในการกำหนดมาตรการทางกฎหมายต่าง ๆ เพื่อรองรับการใช้โทรเวชกรรมในประเทศไทย

### **สมมติฐานของการวิจัย**

เนื่องจากโทรเวชกรรม (TELEMEDICINE) เป็นกระบวนการทางการแพทย์ที่พัฒนามาบนความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการคมนาคมสื่อสาร กระบวนการทางโทรเวชกรรมดังกล่าวเป็นประโยชน์อย่างมากในการนำมาใช้เพื่อวินิจฉัย บำบัดรักษา ให้คำปรึกษาและการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย หรือแก่ประชาชนที่อยู่ห่างไกลจากผู้ให้บริการโทรเวชกรรม ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ด้วยอาศัยพัฒนาการความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีโทรคมนาคม อันจะอำนวยความสะดวก ประหยัดและปลอดภัย

สมมุติฐานของการวิจัย คือ มีปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้โทรเวชกรรมในประเทศไทยหลายประการ รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวกับวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งไม่ครอบคลุมถึงวิชาชีพโทรเวชกรรมทั้งหมดจึงจำเป็นต้องมีกฎหมายโทรเวชกรรมใช้บังคับโดยเฉพาะ

### วัตถุประสงค์ของการทำวิทยานิพนธ์

1. เพื่อให้ทราบถึงเนื้อหาและความเป็นมา ประโยชน์และความจำเป็นของโทรเวชกรรม
2. เพื่อวิเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้โทรเวชกรรมที่มีอยู่ในต่างประเทศเพื่อให้เห็นประเด็นปัญหาทางกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อศึกษาให้เข้าใจถึงประเด็นปัญหาแนวโน้มของปัญหาทางกฎหมายในไทย หากมีการนำโทรเวชกรรมมาใช้ในประเทศไทย เพื่อการวางมาตรการทางกฎหมายของไทยที่เหมาะสม เช่น กำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแล รวมถึงแนวทางการพัฒนากฎหมายโทรเวชกรรมของไทยในอนาคต

### วิธีวิจัยและขอบเขตการศึกษา

วิธีดำเนินการศึกษาวิจัยในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จะเป็นการวิจัยแบบวิจัยเอกสาร (DOCUMENTARY RESEARCH) โดยศึกษา ค้นคว้า และวิเคราะห์ข้อมูลจากตำรา หนังสือ บทความ วารสาร เอกสาร ตั๋วบทกฎหมาย ข้อบังคับ วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งของไทยและต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลจากการค้นคว้าทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในการเขียนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้



ขอบเขตการศึกษาของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะศึกษาแบบปรีเรียม (POINEER STUDY) โดยจะศึกษาในแนวกว้างเพื่อให้ทราบกรอบและขอบเขตของโทรเวชกรรม และวิเคราะห์ถึงวิวัฒนาการของโทรเวชกรรม ความสำคัญและประโยชน์ของโทรเวชกรรมในต่างประเทศ แนวทางการนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในประเทศไทย เพราะโทรเวชกรรมเป็นสิ่งที่ใหม่เนื่องจากเป็นกระบวนการทางการแพทย์ที่พัฒนามาพร้อมกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีโทรคมนาคม

นอกจากนี้ จะศึกษาถึงแนวความคิดลักษณะและเนื้อหาของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมของประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากเป็นประเทศที่มีพัฒนาการอย่างสูงในเรื่องโทรเวชกรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมของประเทศมาเลเซีย ซึ่งเป็นประเทศเพื่อนบ้านของไทยและมีพัฒนาการทางกฎหมายที่ทันสมัยกับเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว การศึกษาจะวิเคราะห์ประเด็นทางกฎหมาย สิทธิหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ให้การรักษา และผู้ป่วยที่รับการรักษา และศึกษาตัวบทกฎหมายของไทยที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมที่มีอยู่ในปัจจุบัน และแนวทางพัฒนาและวางมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมในอนาคต

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาวิจัย

1. เพื่อให้มีความเข้าใจในเรื่องโทรเวชกรรม และมองเห็นประเด็นปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อให้ทราบและเข้าใจถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรม การใช้ การตีความกฎหมายของประเทศที่มีกฎหมาย โทรเวชกรรมใช้
3. เพื่อให้ทราบถึงประเด็นและข้อจำกัดทางกฎหมายของไทยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรม ตลอดจนเพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการพัฒนากฎหมายของไทยให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี



## บทที่ 2 เทคโนโลยีทางโทรเวชกรรม

### 2.1 ความหมายและขอบเขต

เนื่องจากยังไม่มีกรให้ความหมายหรือคำนิยามของโทรเวชกรรมที่เป็นสากล หรือนิยามที่มีการใช้ในไทย ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอความหมายที่ให้โดยองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีมาตรฐานสากล และคำนิยามที่ให้ไว้จากแหล่งอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น

#### ความหมายของโทรเวชกรรมตามนิยามขององค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา

องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา [FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA)] ได้ให้คำนิยามของโทรเวชกรรม (TELEMEDICINE) ไว้ว่า<sup>1</sup>

“เป็นการให้บริการทางด้านการดูแลสุขภาพอนามัย และให้บริการเกี่ยวกับการให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย และการส่งสัญญาณของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล โดยผ่านสื่อเทคโนโลยีคมนาคม อันส่งผลให้เกิด

---

<sup>1</sup> Peter S. Reichertz and Naomi Joy Levan Halpern, FDA Regulation of Telemedicine Devices, P.1

- (1) การบริการและการรักษาที่เกี่ยวกับคลินิกทางตรง การป้องกัน การวินิจฉัย และการบำบัด
- (2) การให้การรักษาและติดตามผลการรักษา
- (3) การเฝ้าดูผู้ป่วยทางไกล
- (4) การให้การบริการฟื้นฟู
- (5) การให้การศึกษแก่ผู้ป่วย

### ความหมายจากแหล่งอื่น

- ก. ความหมายจากสมาคมการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา  
(AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION)

สมาคมการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาให้คำนิยามของโทรเวชกรรมไว้ว่า

“การให้คำปรึกษาและการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยโดยอาศัย  
เครือข่ายทางโทรคมนาคมในการสื่อสารข้อมูล”<sup>2</sup>

- ข. ความหมายตามกฎหมายโทรเวชกรรม พ.ศ. 2540 ของมาเลเซีย

“การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยการสื่อสารทางเสียง ภาพ และข้อมูล”<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Midwest Medical Insurance Company Risk Management Committee, “Malpractice Risks in Cyberspace, The Journal of Ramsey Medical Society, May/June, 1998.

“The provision of healthcare consultation and education using telecommunication networks to communicate information”

<sup>3</sup> Telemedicine Act B.E. 1997

“Practice of medicine using audio, visual and data communications”.

- ค. ความหมายจากกลุ่มนโยบายโทรเวชกรรมของรัฐแคนซัส ซีดี  
(KANSAS TELEMEDICINE POLICY GROUP)

“การให้การดูแลด้านสุขภาพอนามัย การวินิจฉัยโรค การให้คำปรึกษา การบำบัดรักษา การถ่ายโอนข้อมูลทางการแพทย์ และการศึกษาโดยใช้การติดต่อสื่อสารทางด้านการฟัง การมองเห็นและข้อมูล”<sup>4</sup>

- ง. ความหมายจากสหภาพโทรคมนาคมสื่อสารระหว่างประเทศ  
(INTERNATIONAL TELECOMMUNICATION UNION)

“การใช้เทคโนโลยีทางโทรคมนาคมสื่อสาร และเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งหมดดังต่อไปนี้ เช่น การสื่อสารทางข้อมูล ทางเสียง และ/หรือ ทางภาพ ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยหรือระหว่างแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพอนามัยอื่น ในท้องที่ที่ถูกแยกจากกัน และเพื่ออำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ การอนามัย การวิจัย และ/หรือ การศึกษา”<sup>5</sup>

จากคำนิยามจากหลายแหล่งอาจสามารถสรุปเนื้อหาหรือองค์ประกอบร่วมกันของความหมายโทรเวชกรรม ได้แก่

<sup>4</sup> Kansas Telemedicine Group, Telemedicine : Assessing the Kansas Environment, The Role of Telemedicine in Health Care Delivery, Kansas Department of Health and Environment, 1993, P. 1.6.

“The practice of health care delivery, diagnosis, consultation, treatment, transfer of medical data, and educating using audio, visual, and data communications”

<sup>5</sup> K.K. Gunawardana, “Telemedicine and Health Care in Developing Countries”, Medicare Asia'96, 25 October 1996, P.5

1. เทคโนโลยีทางการโทรคมนาคมหรือข้อมูลข่าวสาร
2. ความห่างไกลกันของผู้เกี่ยวข้อง
3. การสาธารณสุข หรือการแพทย์

ความแตกต่างขึ้นอยู่กับว่าเป็นการใช้ทางด้านการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียวหรือ รวมถึงการใช้เพื่อประโยชน์อย่างอื่น ๆ ด้วย<sup>6</sup>

## 2.2 ประโยชน์และความจำเป็นของโทรเวชกรรม

ในส่วนนี้จะศึกษาถึงประโยชน์และความจำเป็นของโทรเวชกรรมที่มีใช้กันอยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว รวมถึงแสดงให้เห็นถึงรูปแบบ การให้บริการทางโทรเวชกรรม โดยหลักสำคัญแล้วโทรเวชกรรมจะมีประโยชน์ในการนำเอาการแพทย์ สาธารณสุขไปสู่ประชาชนในท้องที่ห่างไกล (REMOTE AREA) ซึ่งรัฐไม่สามารถตั้งสถานบริการทางการแพทย์ในท้องที่ นั้น ๆ ได้ เนื่องจากขาดงบประมาณและบุคคลากรที่มีความรู้ความสามารถ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ดังนั้นวิถีทางหนึ่งที่สามารถนำการแพทย์และสาธารณสุขไปสู่ประชาชนได้ด้วยโทรเวชกรรม เช่น การนำการแพทย์ที่ทันสมัยนำผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านไปยังสถานพยาบาลในท้องที่ห่างไกล แต่ในประเทศที่เจริญแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา มีการใช้โทรเวชกรรมที่มีประโยชน์มากกว่าการรักษาทางไกลเท่านั้น แต่สามารถนำโทรเวชกรรมไปถึงประชาชนทั่ว ๆ ไป เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำ ให้การศึกษาความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนตามบ้านเรือนที่มีอุปกรณ์ที่สามารถติดต่อกับแพทย์ที่ให้บริการโทรเวชกรรมได้ เช่น คอมพิวเตอร์อินเตอร์เน็ต จานดาวเทียม เป็นต้น

---

<sup>6</sup> Marilyn J. Field, ed, Telmedicine : A guide to Assessing Telecommunications in Health Care, (Washington DC : National Academy Press), 1996, P. 27.

### 2.2.1 ประโยชน์จากโทรเวชกรรม

การให้บริการโทรเวชกรรม ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และตัวผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ประโยชน์ดังกล่าว สามารถสรุปได้ดังนี้

#### 1. ในแง่ของความประหยัดและคุ้มค่า (COST SAVING AND REDUCE TRAVEL)

- โทรเวชกรรมสามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการเดินทางไปรับการรักษาจากแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือคลินิก หรือในการปรึกษากับแพทย์เฉพาะด้าน
- สามารถลดค่าใช้จ่ายที่ต้องพักในโรงพยาบาล หรืออาจพักในโรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นลง เพราะว่าผู้ป่วยสามารถรับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาได้จากทางไกล หรือเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว แพทย์สามารถตรวจดูอาการได้จากที่พักของผู้ป่วย โดยไม่ต้องอยู่เพื่อดูอาการที่โรงพยาบาล
- ผู้ให้บริการสามารถลดค่าใช้จ่ายได้โดยการรวมศูนย์ และสามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น ผู้ชำนาญการห้องทดลอง อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์อื่น ๆ เนื่องจากสิ่งเหล่านี้มีราคาค่อนข้างแพง
- ลดค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ ให้ทันสมัยเนื่องจากแพทย์ผู้ฝึกสอนสามารถให้การฝึกสอนอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์ได้จากทางไกล รวมทั้งแพทย์สามารถเข้าสู่ฐานข้อมูลทางการแพทย์ได้จากทุกที่ที่การคมนาคมสื่อสารทางคอมพิวเตอร์ติดต่อได้

## 2. ในแง่การฝึกอบรมและให้การศึกษา

- ทำให้เกิดการพัฒนาโดยรวมของการให้บริการทางการแพทย์ โดยการรวมศูนย์ของทรัพยากรที่เกี่ยวข้องทางโทรเวชกรรม เกิดพัฒนาการของแพทย์เฉพาะด้าน และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ จากการใช้ฐานข้อมูลทางการแพทย์ระหว่างประเทศ จึงทำให้แพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องมีความทันสมัยในข้อมูลอยู่เสมอ

## 3. ในแง่สังคมเศรษฐกิจ

- สามารถให้การศึกษาทางด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน
- ช่วยส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น นักเทคนิค และผู้ช่วยแพทย์ หรือพยาบาล มีความสมัครใจที่จะทำงานในพื้นที่ห่างไกลได้ และยังเป็นการช่วยสร้างงานของบุคลากรเหล่านั้นของท้องถิ่น
- การที่สามารถให้บริการทางการแพทย์ได้อย่างปกติหรือเมื่อผู้ป่วยต้องการในพื้นที่ห่างไกลได้ จะช่วยลดการอพยพเข้าสู่เมืองวิหิง

## 4. พัฒนาประสิทธิภาพในการรักษาทางการแพทย์

- แพทย์ทั่วไปสามารถปรึกษาหารือกับแพทย์เฉพาะทางได้จากที่ห่างไกล โดยอาศัยเทคโนโลยีโทรเวชกรรม ในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค ระดับประเทศ และระหว่างประเทศ

## 5. รายได้

ในขณะที่การให้บริการทางโทรเวชกรรมสามารถช่วยประหยัดด้านงบประมาณ และรายจ่ายได้จากการรวมศูนย์กลางบริการของทรัพยากรที่มีจำกัด โทรเวชกรรมยังเป็นการช่วยสร้างรายได้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างมาก โทรเวชกรรมอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูงผสมผสานกับการให้บริการทางการแพทย์ ดังนั้น ผู้ผลิตอุปกรณ์ทางเทคโนโลยีย่อมมีรายได้จากการขายอุปกรณ์ แพทย์ย่อมมีรายได้จากการให้บริการ ผู้ให้บริการทางด้านเครือข่ายสัญญาณต่าง ๆ มีรายได้จากการใช้สัญญาณการเชื่อมต่อต่าง ๆ ในการให้บริการโทรเวชกรรม

ดังนั้นโทรเวชกรรมจึงก่อให้เกิดประโยชน์ที่มีการเชื่อมต่อในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านส่วนรวม และผู้ป่วยเฉพาะรายในด้านผู้รับบริการ ส่วนทางด้านผู้ให้บริการได้แก่ ผู้ผลิตอุปกรณ์เทคโนโลยีต่าง ๆ ผู้ให้บริการทางด้านโทรคมนาคมสื่อสาร ผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง

JERRY EVERETTE กล่าวไว้ในเอกสารสัมมนาเรื่อง A VENDOR'S EXPERIENCE AND PERSPECTIVE ใน APII WORKSHOP BANGKOK ระหว่างวันที่ 6-8 สิงหาคม 2540 ว่า จากการศึกษาของ ARTHUR D. LITTLE พบว่า การนำการรักษาโดยโทรเวชกรรมมาใช้สามารถลดค่าใช้จ่ายต่อปีในทางสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกา ประมาณสามหมื่นหกพันล้านเหรียญสหรัฐฯ ในปี 1996 ในขณะที่มีการใช้จ่ายเพื่อวางระบบข้อมูลทางสาธารณสุข เช่น การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ และระบบการจัดการของข้อมูลทางคลินิก ประมาณหนึ่งหมื่นห้าพันล้านเหรียญสหรัฐฯ โดยที่ทั่วโลกมีการใช้จ่ายเพื่อระบบโทรเวชกรรมในปี 1996 ประมาณ ห้าร้อยสี่สิบล้านเหรียญสหรัฐฯ



## 2.2.2 การให้บริการโทรเวชกรรมในสหรัฐอเมริกา

จากการศึกษาของศูนย์กฎหมายโทรเวชกรรม (CENTER FOR TELEMEDICINE LAW (CTL))<sup>7</sup> ซึ่งเริ่มศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 พบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพอนามัยเพิ่งเริ่มต้นใช้ประโยชน์ทางเทคโนโลยีโทรคมนาคมสื่อสาร ในฐานะเป็นเครื่องมือในการนำส่งบริการทางการแพทย์และสุขภาพอนามัย ซึ่งในช่วงสิบปีที่ผ่านมาได้มีการขยายตัวของ การให้บริการทางโทรเวชกรรมอย่างมาก จากการศึกษาในปี 2528 มีโครงการโทรเวชกรรมในสหรัฐอเมริกาเพียงไม่กี่โครงการเท่านั้น แต่ในปัจจุบันนี้มีการให้บริการทางโทรเวชกรรมในทุกรัฐ และในหลายรูปแบบ เช่น

1. รังสีวิทยา (RADIOLOGY) พบว่า การให้บริการโทรเวชกรรมทางรังสีวิทยา (TELERADIOLOGY) มีการใช้มากที่สุด โดยแพทย์ผู้ชำนาญทางรังสีวิทยาจะตรวจภาพเอ็กซเรย์ (X-RAY IMAGES) การตรวจทางกราฟเสียง (SONOGRAM) เอ็กเยคคอมพิวเตอร (CAT SCANS) และภาพการตรวจโดยคลื่นแม่เหล็ก (MRIS) ซึ่งส่งมาจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยอยู่ไปยังแพทย์ซึ่งอยู่อีกที่หนึ่ง วิธีการนี้มีประโยชน์อย่างมากสำหรับโรงพยาบาล หรือคลินิกขนาดเล็กซึ่งไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางรังสีวิทยาอยู่ประจำ
2. สุขภาพจิต (MENTAL HEALTH) ได้แก่การให้บริการที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตโดยทางโทรเวชกรรมที่เรียกว่า TELEPSYCHIATRIC
3. พยาธิวิทยา (PATHOLOGY) นักพยาธิวิทยาสามารถที่จะจัดการและอ่านแผ่นสไลด์ด้วยกล้องจุลทรรศน์จากที่ห่างไกลได้ด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีโทรเวชกรรมทำให้โทรเวชกรรมพยาธิวิทยา (TELEPATHOLOGY) เป็นที่นิยมมากขึ้น

<sup>7</sup> Center for Telemedicine Law, : Telemedicine Interstate Licensure White Paper, February 12, 1997 P. 3.

4. การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (HOME CARE SERVICES) TELEHOMECARE สามารถทำให้ช่องทางมายังแพทย์และพยาบาลของผู้ป่วยง่ายขึ้นจากบ้านพักของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการใช้ TELEHOMECARE ในการเฝ้าดูอาการ (MONITORING) ของผู้ป่วยในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านอันจะเป็นการลดการรักษาในโรงพยาบาล (HOSPITALIZATION) และสามารถปล่อยให้ผู้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ก่อนกำหนด (EARLY RELEASE)
5. การปรึกษาแพทย์ชำนาญเฉพาะทาง (SPECIALITY CONSULTATION) โดยปกติแล้วโรงพยาบาลหรือคลินิกห่างไกลจะมีเฉพาะแพทย์ทั่วไปเท่านั้น และมีบางกรณีที่แพทย์ทั่วไปจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่มีความชำนาญพิเศษ ซึ่งอยู่ห่างไกลกัน
6. ประชากรคุก (PRISON POPULATION) ได้แก่ การใช้โทรเวชกรรมแก่ประชากรคุก ทั้งนี้เพื่อลดภาวะความเสี่ยง และค่าใช้จ่ายในการขนย้ายผู้ป่วยไปพบแพทย์
7. การจัดการด้านสุขภาพอนามัย (MANAGED CARE) โทรเวชกรรมทำให้ผู้ให้การรักษาจัดการสามารถใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถควบคุมต้นทุนการรักษาในโรงพยาบาล โดยการพัฒนาการเฝ้าดูอาการโดยเทคโนโลยีทางโทรเวชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
8. ผู้บริโภคโดยตรง/ข้อมูลของผู้ป่วยและการดูแลรักษา (DIRECT CONSUMER/PATIENT INFORMATION AND CARE) ผู้ป่วยและแพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ และสุขภาพอนามัยได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น โดยทางอินเทอร์เน็ตและอีเมลอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งมีโฮมเพจมากมายที่ให้ข้อมูลทางการแพทย์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสถาบันและสมาคมที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ซึ่งผู้เข้าสู่เวบไซต์เหล่านี้สามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์การรักษาได้ด้วย

## 2.3 พัฒนาการของโทรเวชกรรม

ในส่วนนี้จะบรรยายถึงพัฒนาการของการใช้โทรเวชกรรม เพื่อเป็นข้อมูลในเบื้องต้น และเพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องโทรเวชกรรมมากขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่มีการใช้โทรเวชกรรมในอดีตจนถึงปัจจุบัน

### 2.3.1 พัฒนาการโทรเวชกรรมของสหรัฐอเมริกา

ในสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2467 ซึ่งเป็นปีที่คนอเมริกันเริ่มจะรับข่าวสารทางวิทยุ มีนิตยสารชื่อ RADIO NEWS ได้ลงภาพหน้าปกและมีข้อความว่า THE RADIO DOCTOR-MAY BE ซึ่งหมายถึงหมอทางวิทยุ-บางที ! โดยมีภาพเป็นรูปการวินิจฉัยผู้ป่วยทางภาพและเสียงลักษณะคล้ายจอทีวี นี่เป็นครั้งแรกที่มีการปรากฏตัวของโทรเวชกรรมสมัยใหม่ แม้ว่าในขณะนั้นจะยังไม่มีโทรเวชกรรมสมัยใหม่แต่เป็นเพียงการจินตนาการเท่านั้น การส่งสัญญาณแพร่ภาพทางโทรทัศน์เริ่มมีขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2470<sup>8</sup>

วิวัฒนาการของการใช้โทรเวชกรรมมีการพัฒนาเรื่อยมา เริ่มจากการใช้เทคโนโลยีที่ไม่สลับซับซ้อนมากนัก จนถึงพัฒนาการที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในปัจจุบัน แม้ว่าจะยังไม่เป็นที่แพร่หลายทั่วโลกเนื่องจากต้นทุนทางด้านอุปกรณ์เทคโนโลยีที่มีราคาแพง คุณภาพของบุคคลากรที่มีความรู้ความสามารถทางด้านเครื่องมือสื่อสาร โทร-คมนาคม การอุดหนุนด้านเงินทุนของรัฐในด้านการสาธารณสุขอนามัย ในปัจจุบันโทรเวชกรรมที่แพร่หลายมากที่สุด ได้แก่ โทรเวชกรรมทางด้านรังสีวิทยา (TELERADIOLOGY) นอกเหนือจากการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์หรือโทรสาร สาเหตุประการหนึ่งที่เกิดการแพร่หลายของโทรเวชกรรมเพราะไม่มีปัญหาเรื่องการได้รับค่าชดเชยทางด้านค่ารักษาจากหน่วยงาน สาธารณสุขของรัฐหรือองค์กรอื่น เพราะไม่ต้องเข้าเงื่อนไขความสัมพันธ์แบบเผชิญหน้า FACE-TO-FACE RELATIONSHIP เพื่อจะได้รับการชดเชย<sup>9</sup>

8 Marilyn J. Field ed., Telemedicine: A Guide to Assessing Telecommunications in Health Care, (Washington, D.C : National Academy Press, 1996) P. 3.

9 <sup>9</sup> Ibid, P.3.

### 2.3.2 พัฒนาการด้านการใช้โทรเวชกรรมของไทย

ขณะนี้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าประเทศไทยมีการเริ่มใช้โทรเวชกรรมตั้งแต่เมื่อใด แต่ที่ปรากฏชัดเจนในนโยบายของรัฐบาลที่จะส่งเสริมให้มีการพัฒนา โทรเวชกรรมเริ่มในปี พ.ศ. 2538 ซึ่งเป็นปีที่รัฐบาลประกาศให้เป็นปีแห่งเทคโนโลยีสารสนเทศแห่งประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อให้สาธารณชนตระหนักถึงบทบาทและประโยชน์ที่ได้จากเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

ต่อมาในปี 2539 โครงการโทรเวชกรรม (TELEMEDICINE PROJECT) ก็ได้มีการพัฒนาขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่การให้การรักษาดูแลและให้การศึกษาด้านสุขภาพ และสาธารณสุขแก่ประชาชนที่อยู่ห่างไกล และในท้องถิ่นที่มีสถานพยาบาลหรือแพทย์ไม่เพียงพอ

รัฐบาลได้ตั้งงบประมาณจำนวน 116.7 ล้านบาท สำหรับโครงการโทรเวชกรรม 2 ปี จากโครงการทั้งหมด 4 ปี โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2538-2541 โดยในสิ้นปี พ.ศ. 2536 ประเทศไทยได้ปล่อยดาวเทียมไทยคม 1 ในปี 2538 ได้มีการพัฒนาฐานเชื่อมดาวเทียม 7 ฐาน โดยมีศูนย์กลางอยู่ที่ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์ และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NATIONAL ELECTRONICS AND COMPUTER TECHNOLOGY CENTER หรือ NECTEC) โดยมีการเชื่อมต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค และโรงพยาบาลชุมชนอีก 5 แห่ง<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Narong Kasitipradith, "Telemedicine Perspective in Thailand", Asia Pacific Information Infrastructure Workshop Bangkok, Thailand, 1997.

## 2.4. รูปแบบการทำงานและเครื่องมือพื้นฐานของโทรเวชกรรม

ในส่วนนี้จะอธิบายถึงขั้นตอนการทำงานของการใช้โทรเวชกรรม ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์และโทรคมนาคมมีบทบาทอย่างยิ่ง และนี่คือความแตกต่างอย่างแท้จริงจากการรักษาทางวิชาชีพเวชกรรมแบบดั้งเดิม ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นแนวโน้มการแพทย์แห่งอนาคตที่ย่อมได้

### 2.4.1 ขั้นตอนการทำงานทางโทรเวชกรรม

ขั้นตอนการทำงานทางโทรเวชกรรมที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็นขั้นตอนจากการนำเสนอของ DR. TUNG X. BUI ที่เข้าร่วมสัมมนาในหัวข้อ SOFTWARE AGENTS IN TELEMEDICINE<sup>11</sup> นำเสนอเพื่อให้เข้าใจขั้นตอนในการทำงานของกระบวนการทางโทรเวชกรรม ในเบื้องต้นซึ่งอาจแบ่งการทำงานได้ 2 รูปแบบ คือ ขั้นตอนโทรเวชกรรมตามปกติ (TYPICAL TELEMEDICINE WORKFLOW) และขั้นตอนที่อาศัยฐานระบบอินเทอร์เน็ต (INTERNET-BASED TELEMEDICINE SYSTEM)

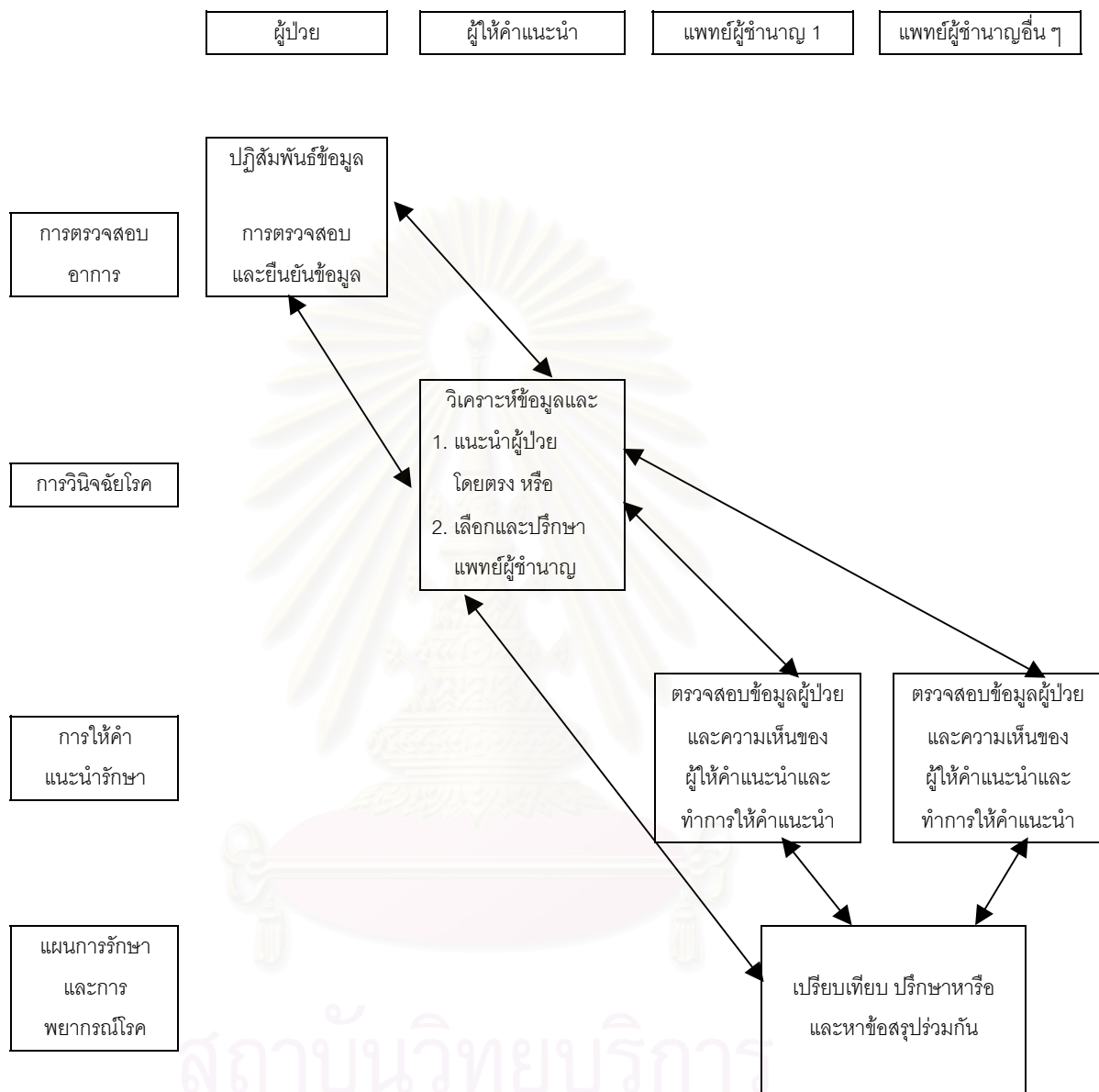
#### 1) ขั้นตอนโทรเวชกรรมปกติ (TYPICAL TELEMEDICINE WORKFLOW)

ขั้นตอนตามปกติของโทรเวชกรรมจะเกี่ยวข้องกับมนุษย์ที่เรียกว่า HUMAN TELEWORK ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแลรักษา (ADVICE NURSE) แพทย์ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ (DOCTORS ON-DUTY) และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค (SPECIALISTS)

---

<sup>11</sup> Tung X. Bui, "Software Agents in Telemedicine", papers presented at APII Workshop Thailand, Asia-Pacific Information Infrastructure Workshop, organized by APEC TEL HRD Steering, Bangkok, Thailand, 6-8 August 1997.

ขั้นตอนโทรเวชกรรมตามปกติอาจแสดงด้วยแผนดังนี้



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำอธิบายของขั้นตอนตามแผนผัง

### ขั้นตอนการตรวจสอบอาการ (EXAMINATION)

ขั้นตอนนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย (PATIENT USER) เช่น ลักษณะอาการ ความรู้สึก การตรวจวัดค่าต่าง ๆ ข้อมูลเหล่านี้จะถูกบันทึกในแบบฟอร์มที่มีการออกแบบไว้ในหัวข้อต่าง ๆ ข้อมูลจะถูกตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นจะถูกส่งในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เช่น อีเมล หรือการโอนไฟล์ (FILE TRANSFER PROTOCOL) ไปสู่ขั้นตอนการวินิจฉัยโรค นอกจากนี้อาจมีการเก็บข้อมูลโดยตรงโดยอุปกรณ์ที่เรียกว่า SENSORS/HEALTH MONITORING EQUIPMENT แล้วส่งข้อมูลดังกล่าวไปทางอินเทอร์เน็ต

### ขั้นตอนการวินิจฉัยโรค (DIAGNOSIS (DX))

เมื่อได้รับข้อมูลของผู้ป่วย ผู้ให้คำแนะนำจะวิเคราะห์ข้อมูล และอาจให้คำแนะนำที่เหมาะสม หรืออาจเลือกแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะโรคเป็นผู้ให้คำแนะนำ

### ขั้นตอนการให้คำแนะนำรักษา TREATMENT (TX) RECOMMENDATION

เมื่อข้อมูลได้ถูกส่งต่อไปยังแพทย์ผู้ชำนาญโดยเฉพาะแล้ว แพทย์แต่ละคนจะวินิจฉัยและให้คำแนะนำตามความรู้ และประสบการณ์ของแต่ละคน หากมีความเห็นที่แตกต่างกันในระหว่างแพทย์เหล่านั้น แพทย์ที่เกี่ยวข้องทั้งหลายก็จะกำหนดทางเลือกอื่นร่วมกันในเบื้องต้นก่อน



## ขั้นตอนแผนการรักษาและการพยากรณ์โรค

### (TREATMENT (TX) PLAN/PROGNOSIS)

ในกรณีที่มีความเห็นแตกต่างกันของแพทย์ในแนวทางในการรักษาผู้ป่วยแพทย์ผู้ชำนาญเหล่านั้นจะมีการเจรจาปรึกษาหารือกัน (NEGOTIATION) จนกว่าจะได้รับความเห็นชอบร่วมกัน เมื่อได้รับความเห็นชอบในแนวทางการรักษาแล้วก็จะกำหนดวิธีการและแผนการในการรักษา (IMPLEMENTATION) ซึ่งจะเสนอไปยังผู้ดูแลรักษา (ADVICE NURSE) อย่างไรก็ดีตาม หากบรรดาแพทย์ไม่สามารถตกลงร่วมกันได้ในกรณีวินิจฉัยโรคหรือในแนวทางการรักษา สิ่งที่แพทย์จะกระทำได้คือแสดงความเห็นของแต่ละคนแม้ว่าจะแตกต่างกันก็ตาม เป็นหน้าที่ของผู้ดูแลรักษา (ADVICE NURSE) ที่ต้องพิจารณาความเห็นที่แตกต่างเหล่านั้น และตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย

ที่กล่าวมาข้างต้นนั้นเป็นรูปแบบการรักษาทางโทรเวชกรรมในกรณีปกติ ซึ่งอาศัยคนมีส่วนร่วม (HUMAN TELEWORKERS) แต่ที่จะกล่าวต่อไปเป็นแนวทางการรักษาทางโทรเวชกรรมแบบที่ไม่ต้องอาศัยคนมีส่วนร่วมเท่าไร (NON-HUMAN TELEWORKERS) แต่อาศัยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในคอมพิวเตอร์โดยอาศัย SOFTWARE AGENT

## 2. ขั้นตอนการรักษาทางโทรเวชในยุโรปแบบใหม่ (INTERNET-BASED FRAMEWORK)

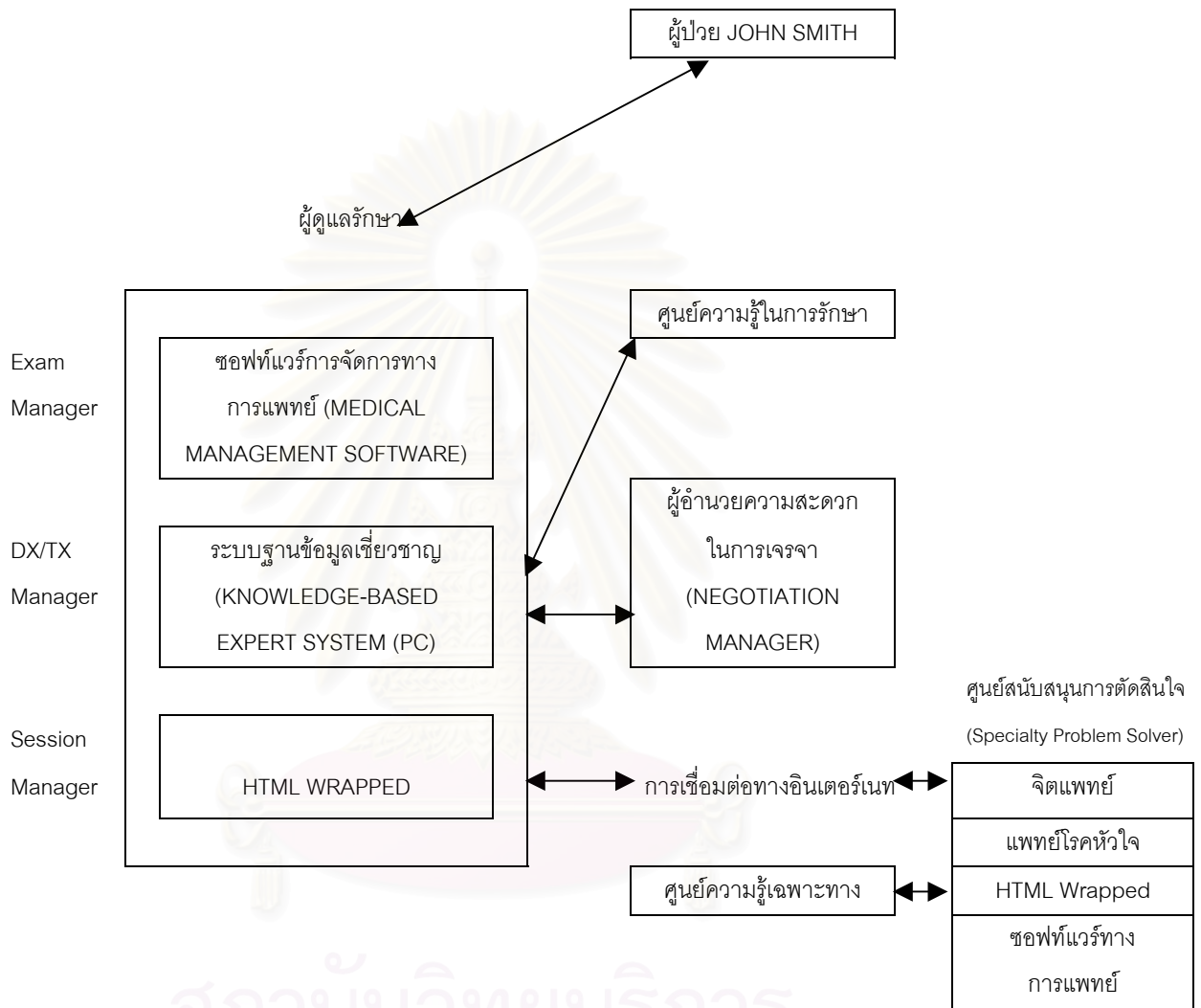
ขั้นตอนการรักษาทางโทรเวชกรรมรูปแบบใหม่เป็นขั้นตอนที่อาศัยระบบอินเทอร์เน็ต และ SOFTWARE AGENT ในการทำงาน SOFTWARE AGENT เป็นระบบที่ได้รับการพัฒนาในการให้การช่วยเหลือโดยอัตโนมัติแก่ผู้ป่วย (USERS) ระบบ SOFTWARE นี้ต่างจากระบบดั้งเดิม กล่าวคือ รูปแบบเดิมมีลักษณะเป็นการตอบสนอง (REACTIVE) ต่อคำสั่งของผู้ใช้ แต่ SOFTWARE AGENT ในรูปแบบใหม่นี้มีลักษณะแบบก้าวหน้า (PRO-ACTIVE) โดยผู้ใช้จะได้ข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ว่าผู้ใช้ประสงค์อะไร จากนั้นคอมพิวเตอร์จะปฏิบัติการตามวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้ใช้ ดังนั้น SOFTWARE AGENT จึงมีลักษณะคล้ายกับผู้ช่วยอัจฉริยะของผู้ใช้ (INTELLIGENT PERSONAL ASSISTANT) ดังนั้น SOFTWARE AGENT หากเปรียบเทียบกับระบบเดิมจึงทำงานคล้ายกับ TELEWORKERS.

เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นภาพการรักษาทางโทรเวชกรรมแบบ  
INTERNET-BASED ผู้เขียนขออ้างตัวอย่างดังนี้<sup>12</sup>

นาย JOHN SMITH เป็นนักบริหารที่ประสบความสำเร็จเพิ่งกลับจาก  
เจรจากับลูกค้าต่างประเทศซึ่งกินเวลานาน เขารู้สึกเหนื่อยมากทั้งร่างกาย  
และจิตใจเพราะว่าเขาไม่สามารถโน้มน้ำหนักลูกค้าให้ต่อสัญญาใหม่ได้ เขารู้สึก  
ปวดท้องและเวียนศีรษะมากเขาจึงเปิดเครื่องคอมพิวเตอร์แลปทอปแล้วติด  
อุปกรณ์ตรวจร่างกาย (VITAL SIGNS DEVICES) เข้ากับตัวเขาแล้วเชื่อมเข้า  
กับช่อง PC/MIA ของแลปทอปเข้าไปใน URL ซึ่งเชื่อมเข้าสู่ ศูนย์สุขภาพ (FIELD  
NURSING STATION (FNS)) ซึ่งอยู่ใน WORLD-WIDE-WEB คอมพิวเตอร์ที่  
ศูนย์จะส่งสัญญาณเตือนไปยังผู้ดูแลรักษา (ADVICE NURSE) ที่อยู่ที่ศูนย์โดย  
ทันที พร้อมทั้งแสดงข้อมูลทางสภาพร่างกาย (VITAL SIGNS DATA) ของ  
JOHN คอมพิวเตอร์จะถ่ายข้อมูลทางการแพทย์ของ JOHN และตรวจสอบ  
ความถูกต้องของข้อมูลที่เข้ามา พร้อมทั้งวิเคราะห์ว่าเขากำลังอยู่ในสภาวะขาด  
น้ำและการหายใจสั้น ซึ่งเป็นอาการของภาวะซึมเศร้า FNS คอมพิวเตอร์จะแนะนำ  
ว่า JOHN ควรได้รับการดูแลทั้งจากแพทย์ผู้ชำนาญด้านโรคหัวใจและจิต  
แพทย์ คอมพิวเตอร์จะขอคำสั่งจากผู้ดูแลในการติดต่อกับแพทย์เหล่านั้น ซึ่งอาจ  
อยู่ห่างไกลออกไป หากได้รับอนุญาตเครื่องก็จะติดต่อเข้ากับเครื่องของแพทย์  
เครื่องของแพทย์ที่ได้รับการติดต่อก็จะวิเคราะห์ข้อมูลในขณะเดียวกับที่มีการติด  
กับแพทย์ เครื่องอาจทำหน้าที่เป็นผู้เจรจา หากแผนการรักษาในเบื้องต้นของ  
แพทย์ทั้งสองนั้นแตกต่างกัน เครื่องจะส่งคำแนะนำร่วมกันของแพทย์ไปยังผู้ดูแล  
เช่น ให้ทานยา ECOCYN ดื่มน้ำมาก ๆ พักผ่อน ผู้ดูแลจะต้องตรวจสอบและ  
ให้ความเห็นชอบแก่คำแนะนำนั้น ผู้ดูแลจะเป็นผู้สั่งยาแก่ JOHN รวมทั้งอาจ  
กำหนดให้ JOHN สามารถไปรับยาได้ที่ร้านยาที่ระบุไว้ใกล้ที่สุด กระบวนการ  
ทั้งหมดนี้อาจใช้เวลาประมาณ 25 นาที

<sup>12</sup> บุคคลในตัวอย่างเป็นนามสมมุติ ตัวอย่างนี้เสนออยู่ในเอกสารของ DR. TUNG X. BUI ในหัวข้อ  
SOFTWARE AGENT IN TELEMEDICINE

ขั้นตอนทางโทรเวชรูปแบบ INTERNET-BASED สามารถแสดงด้วยแผนผังดังนี้



### คำอธิบายขั้นตอนการทำงาน

#### ขั้นตอนการตรวจสอบอาการ (EXAM MANAGER)

ข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกป้อนเข้ามาใน EXAM MANAGER ผ่านทาง INTELLIGENT FRONT-END โดยอาศัยการติดต่อทางอินเทอร์เน็ตมายังเว็บไซต์ของ MEDICAL MANAGEMENT SOFTWARE

#### ขั้นตอนการวินิจฉัยและรักษาโรค (DX/TX MANAGER)

ฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์จะวิเคราะห์อาการของความผิดปกติ และจะเลือกว่าควรปรึกษากับระบบเชี่ยวชาญเฉพาะใดทางอินเทอร์เน็ต ระบบการทำงานจะเป็นแบบ IF-THEN RULES กฎ ถ้า - ดังนั้น เช่น

##### กฎที่ 1

ถ้า หายใจสั้น = ไข้ และ  
 ดังนั้นปรึกษา - 1 = แพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ

##### กฎที่ 2

ถ้า ซึมเศร้า = ไข้ และ  
 ดังนั้นปรึกษา - 2 = จิตแพทย์

เมื่อสามารถกำหนดผู้เชี่ยวชาญได้แล้ว DX/TX MANAGER จะเรียกฐานข้อมูลจาก URLS และเพื่อกำหนด HTML FILE ที่ต้องใช้ เช่น

### กฎที่ 3

ถ้า แพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ	=	ใช่ และ
จิตแพทย์	=	ใช่
ดังนั้น HTML FILE	=	HTML - CARD - PSYCH:

### ขั้นตอนการแก้ปัญหาเฉพาะด้าน (SPECIALTY PROBLEM SOLVER)

ขั้นตอนนี้มีการทำงานที่เป็นอิสระ ซึ่งถูกเรียกขึ้นมาจาก DX/TX MANAGER ซึ่งจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาที่โอนมาโดย SOFTWARE AGENT ผ่านทาง ASC II เมื่อโปรแกรมสามารถหาข้อสรุปของปัญหาได้แล้ว ก็จะมีบันทึกคำแนะนำไว้ใน ASCII FILE เพื่อโปรแกรมการแก้ปัญหาเฉพาะด้านอื่น ๆ (OTHER SPECIALTY PROBLEM SOLVERS) และเพื่อ NEGOTIATION MANAGER

### ขั้นตอนการเจรจาหาข้อสรุป NEGOTIATION MANAGER

ขั้นตอนนี้ คือ การหาข้อสรุปกรณีที่มีความเห็นที่แตกต่างกันจาก SPECIALTY PROBLEM SOLVER โดยประเมินจากคะแนนความมั่นใจ (CONFIDENCE SCORES) เช่น

ถ้า แพทย์โรคหัวใจให้คำแนะนำ	=	ECOCYN CS 90 และ
จิตแพทย์ให้คำแนะนำ	=	ECOCYN CS 90
ดังนั้น คำแนะนำสุดท้าย	=	ECOCYN

ถ้าเป็นอย่างอื่น คำแนะนำสุดท้าย = ดำเนินการเจรจาต่อไป

วัตถุประสงค์สำคัญของรูปแบบใหม่นี้เป็นการใช้ SOFTWARE AGENT แทนที่ HUMAN TELEWORKERS และเพื่อสามารถใช้ประโยชน์ของฐานข้อมูลทางการแพทย์ให้มากที่สุดโดยเร็วที่สุด และคุ้มค่าที่สุด

#### 2.4.2 ตัวอย่างการสร้างระบบโทรเวชกรรมเบื้องต้น<sup>13</sup>

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างการสร้างระบบโทรเวชกรรมของ MEDICAL COLLEGE OF GEORGIA NETWORK ซึ่งอาศัยเทคโนโลยีที่สามารถหาได้ทั่วไป โดยมูลค่าที่ใช้เปรียบเทียบกับเป็นราคาประมาณการของปี พ.ศ. 2537

1. กล้องหนึ่ง (\$ 2,000) สำหรับการตรวจอาการผู้ป่วย กล้องนี้เป็นมาตรฐานทั่วไปที่ใช้ในการประชุม VIDEOCONFERENCING
2. กล้องสอง (\$ 8,000) เป็นกล้องหลักสำหรับใช้วินิจฉัยโรค (MAIN DIAGNOSTIC CAMERA) มีความสามารถในการดัดภาพให้ใหญ่ขึ้น 16 เท่า และสามารถถ่ายได้ทุกมุมมอง มีคุณภาพสูงกว่ากล้องหนึ่งมาก ไม่ว่าจะเห็นคุณภาพ สี ความเหมือนจริงของภาพจำลอง ยิ่งกล้องมีคุณภาพสูงมากเท่าไร ความบิดเบือนของภาพจะมีน้อย แต่ก็จะมีราคาสูง กล้องนี้จะตั้งอยู่บนขาตั้งซึ่งหมุนได้ (\$ 1,500)
3. กล้องสาม (\$ 3,000) กล้องนี้มีเลนส์ซึ่งสามารถให้ผลลัพธ์ของภาพที่ชัดเจนอย่างมาก โดยเฉพาะการถ่ายภาพในระยะใกล้ กล้องนี้สามารถเป็นกล้องทดแทนกล้องวินิจฉัยโรคหลักได้ด้วย

<sup>13</sup> Maryann Karinch, "Telemedicine", New Jersey: New Horizon Press, 1998, Appendix 1.



4. กล้องสี (\$ 2,700) เป็นกล้องขนาดเล็กที่สามารถใช้ในที่เปียกได้ (MICROSOAKABLE CAMERA) กล้องนี้ได้รับการพัฒนามาหลายครั้งเพื่อให้ใช้ได้ในการวินิจฉัยโรคทางโทรเวชกรรม เพราะกล้องนี้เป็นกล้องที่ใช้ในกระบวนการตรวจสอบภายในช่องท้อง (LAPAROSCOPIC PROCEDURES) ซึ่งมีตัวปรับขนาดเล็กซึ่งทำให้สามารถใช้ได้ในการตรวจสอบตา หู ลำไส้ เซลล์ กล้องนี้ต่างจากกล้องอื่นคือมีระบบปรับภาพอัตโนมัติเพื่อขจัดปัญหาความไม่สะดวกสบายของผู้ป่วย

ในขั้นตอนการใช้กล้องหนึ่งซึ่งเป็นกล้องตรวจอาการผู้ป่วย มีระบบรับส่งภาพแบบกดอัด (INTERACTIVE COMPRESSED VIDEO) โดยทุกครั้งที่มีการส่งภาพเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคเป็นการสื่อสารทางเดียวเพื่อลดความกดดัน (REDUCE REQUIREMENT FOR COMPRESSION) ตัวเข้ารหัสและถอดรหัส (\$ 27,000) สำหรับกดอัดสัญญาณทำให้สามารถเลือก NETWORK INTERFACES ได้ มีช่องต่ออุปกรณ์ (PERIPHERALS) ต่าง ๆ ได้ รวมถึงการใส่รหัสเพื่อความปลอดภัยของสัญญาณ (ENCRYPTION FOR TRANSMISSION SECURITY) และมีระบบแปลงระบบอัตโนมัติจากระบบ NTSC ซึ่งเป็นระบบมาตรฐานโทรทัศน์ของสหรัฐอเมริกา เป็นระบบ PAL ซึ่งเป็นระบบโทรทัศน์ของยุโรปและอุปกรณ์มาตรฐานสื่อสาร (\$ 8,500) สำหรับระบบอื่น

5. ตัวจับสัญญาณภาพนิ่ง (VIDEO IMAGE CAPTURE BOARD) (\$ 1,800) ทำให้สามารถจับภาพนิ่งแต่ละเฟรมได้ (FREEZE-FRAME VIDEO) ระบบควบคุมต่าง ๆ จะอยู่บนแผงควบคุมหรือที่หน้าจอ (\$ 3,400)
6. ระบบเสียง (AUDIO SYSTEM) ใช้ระบบที่มีคุณภาพค่อนข้างสูง รวมทั้งตัวแปลงดิจิทัลและตัวเข้ารหัส (\$ 2,500) และไมโครเวฟไร้สาย (\$ 2,000) เมื่อรวมสิ่งเหล่านี้เข้าด้วยกันแล้วมูลค่าของฮาร์ดแวร์หลักประมาณ \$ 100,000 ค่าใช้จ่ายสำหรับการติดตั้งหน่วยปฏิบัติการที่อยู่ห่างไกลประมาณ \$ 120,000 ค่าใช้จ่ายสำหรับการส่งสัญญาณแตกต่างกันอย่างมากแต่ละรัฐ หรือแต่ละประเทศ ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของสายโทรศัพท์ใยแก้วนำแสง เวลาสัญญาณดาวเทียมและอื่น ๆ



บทที่ 3  
กฎหมายเกี่ยวกับโทรเวชกรรมของไทย  
(THAI LAWS RELATING TO TELEMEDICINE)

ในส่วนนี้จะศึกษาว่าการประกอบโทรเวชกรรมมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับกฎหมายปัจจุบันของไทยอย่างไรบ้าง และกฎหมายเหล่านั้นบัญญัติครอบคลุมโทรเวชกรรมหรือไม่ เพียงใด

เนื่องจากโทรเวชกรรมยังเป็นสิ่งใหม่ในสังคมไทย แม้ว่าในประเทศที่เจริญแล้วบางประเทศก็ตาม เพราะเป็นการนำการพัฒนาทางเทคโนโลยีโทรคมนาคมสมัยใหม่เข้ามาเป็นสื่อกลางในการรักษาระหว่างแพทย์และผู้ป่วยซึ่งอยู่ห่างไกลกัน ดังนั้นในส่วนนี้จะเป็นการศึกษาต่อบทกฎหมายของไทยที่ใช้อยู่ในปัจจุบันว่า มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมเพียงใดกับโทรเวชกรรม

3.1 โทรเวชกรรมกับกฎหมายเกี่ยวกับวิชาชีพเวชกรรม

(MEDICAL PROFESSIONAL LAW AND TELEMEDICINE)

กฎหมายการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของไทย ได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 (MEDICAL PROFESSION ACT. B.E. 2525) ซึ่งถือว่าเป็นกฎหมายที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงมากที่สุดกับโทรเวชกรรม ทั้งนี้เพราะการประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม ถือเป็น การประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่อาศัยเทคโนโลยีโทรคมนาคมเป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจึงเรียกว่า โทรเวชกรรม

### ความหมาย

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ให้คำจำกัดความของ "วิชาชีพเวชกรรม" (MEDICAL PROFESSION) ว่า

"วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การบำบัดโรค การป้องกันการโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อการบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรมการใช้รังสี การฉีดยาหรือสสาร การสอดใส่วัสดุใด ๆ เข้าไปในร่างกายเพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย.

ค่านิยมของคำว่า วิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายดังกล่าวค่อนข้างมีความครอบคลุมถึงการปฏิบัติงานทางวิชาชีพของแพทย์ต่อผู้ป่วยทั้งหมด ดังนั้น จากการนิยามของประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมดังที่อธิบายไว้ในบทก่อน จึงเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเพียงแต่แพทย์ต้องมีความชำนาญพิเศษเพิ่มเติมและมีความรู้ที่พอเพียงในเรื่องเทคโนโลยีโทรคมนาคมที่นำมาในการรักษาผู้ป่วย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มาตรา 4 กำหนดให้ผู้ที่จะสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้จะต้องเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม<sup>1</sup> จากแพทยสภา (MEDICAL COUNCIL)<sup>2</sup> ซึ่งเป็นองค์กรที่มีหน้าที่กำกับดูแลแพทย์ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และแพทยสภามีฐานะเป็นเอกเทศ ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของราชการใดแต่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลและของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ผู้มีสิทธิขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตวิชาชีพเวชกรรม ต้องเป็นสมาชิกแพทยสภา และต้องมีคุณสมบัติอื่นตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภา เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใดขาดจากสมาชิกภาพ ใบอนุญาตย่อมสิ้นสุดลง (มาตรา 30)

คุณสมบัติของสมาชิกแพทยสภามีกำหนดไว้ในมาตรา 11 ดังนี้

- 1) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- 2) มีความรู้ในวิชาชีพเวชกรรมโดยได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตรที่แพทยสภารับรอง
- 3) ไม่เป็นผู้ประพฤติเสียหาย ซึ่งคณะกรรมการเห็นว่านำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- 4) ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด หรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายให้จำคุกในคดีที่คณะกรรมการเห็นว่านำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- 5) ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นโรคที่กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภา

<sup>2</sup> ตามมาตรา 8 แพทยสภามีหน้าที่ดังนี้

- 1) รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- 2) พักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาต
- 3) รับรองปริญญา ประกาศนียบัตรในวิชาชีพแพทยศาสตร์ หรือวุฒิบัตรในวิชาชีพเวชกรรมของสถาบันต่าง ๆ
- 4) รับรองหลักสูตรต่าง ๆ สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพเวชกรรมของสถาบันทางการแพทย์
- 5) รับรองวิถะฐานะของสถาบันทางการแพทย์ที่กำหนดฝึกอบรมใน 4)
- 6) ออกหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่าง ๆ และออกหนังสือแสดงวุฒิอื่น ๆ ในวิชาชีพเวชกรรม

<sup>3</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "นิติเวชศาสตร์", สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, พุศศิกายน พ.ศ. 2532, หน้า 55.

อย่างไรก็ตาม กฎหมายได้บัญญัติข้อยกเว้นไม่ต้องขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา ดังนี้

1. การประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่กระทำต่อตนเอง
2. การช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยตามศีลธรรมโดยไม่รับสินจ้างรางวัล แต่ต้องไม่ใช่เป็นการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสสารใด ๆ เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรค หรือระงับความรู้สึก หรือการให้ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทหรือยาเสพติดให้โทษ ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น
3. นักเรียน นักศึกษา หรือผู้รับการฝึกอบรม ในความควบคุมของสถาบันการศึกษาของรัฐบาล สถาบันการศึกษาที่รัฐบาลอนุมัติให้จัดตั้งสถาบันการแพทย์ของรัฐบาล สถาบันการศึกษา หรือสถาบันการแพทย์อื่นที่คณะกรรมการรับรองที่กระทำการฝึกหัด หรือฝึกอบรมวิชาชีพเวชกรรม หรือการประกอบโรคศิลป์ภายใต้ตามควบคุมของเจ้าหน้าที่ผู้ฝึกหัดหรือผู้ให้การฝึกอบรม ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลป์
4. บุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือประกอบโรคศิลป์ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลป์ในสาขานั้นๆ ทั้งนี้ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
5. ผู้ประกอบโรคศิลป์ซึ่งประกอบโรคศิลป์ตามข้อจำกัด และเงื่อนไขตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลป์

6. การประกอบวิชาชีพเวชกรรมของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการ ซึ่งมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของต่างประเทศ ทั้งนี้โดยอนุมัติของคณะกรรมการแพทยสภา
7. การประกอบโรคศิลปะของที่ปรึกษา หรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการ ซึ่งมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะของต่างประเทศ ทั้งนี้ โดยอนุมัติของคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ

ดังนั้น เมื่อการประกอบวิชาชีพทางโทรเวชกรรมอยู่ภายในความหมายของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพทางโทรเวชกรรมจึงต้องเป็นผู้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาเช่นเดียวกัน เว้นแต่จะเข้าข่ายยกเว้นดังกล่าวข้างต้น

กรณีของผู้ให้บริการโทรเวชกรรมจากอีกประเทศหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในต่างประเทศ หากจะให้บริการโทรเวชกรรมแก่ผู้ป่วยในไทย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบโรคศิลปะนั้นต้องมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะของประเทศนั้น ๆ ให้บริการในฐานะเป็นที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการและต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการแพทยสภาของไทยเท่านั้น

### 3.2 โทรเวชกรรมกับกฎหมายเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531

กฎหมายที่ใช้บังคับแก่เครื่องมือแพทย์ได้แก่ พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531 กฎหมายฉบับนี้กำหนดกฎเกณฑ์ในเรื่องการผลิต การขาย การนำเข้าและการส่งออกซึ่งเครื่องมือแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อคุ้มครองสวัสดิภาพของประชาชน

พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531 ให้นิยามคำว่า "เครื่องมือแพทย์" ไว้ว่า<sup>4</sup>

1. เครื่องใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือวัตถุสำหรับใช้ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การประกอบโรคศิลปะ หรือการบำบัดโรค สัตว์ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น ๆ
2. เครื่องใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือวัตถุสำหรับใช้ให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้างหรือการกระทำหน้าที่ใด ๆ ของร่างกายมนุษย์ หรือสัตว์
3. ส่วนประกอบ ส่วนควบ อุปกรณ์ หรือชิ้นส่วนของเครื่องใช้ผลิตภัณฑ์ หรือวัตถุตาม 1) หรือ 2)
4. เครื่องใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือวัตถุอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษาว่าเป็นเครื่องมือแพทย์

ดังนั้น หากเครื่องใช้ ผลิตภัณฑ์หรือวัตถุใด ที่ใช้ในการประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม อยู่ในความหมายของคำนิยามดังกล่าวแล้ว การผลิต การนำเข้า การขาย การส่งออกใน เครื่องใช้ ผลิตภัณฑ์ วัตถุดังกล่าวต้องได้รับอนุญาตจากเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา หรือผู้ซึ่งเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยามอบหมาย<sup>5</sup> ตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมาย กำหนดไว้ในหมวดที่ 2 เรื่องการขออนุญาตและการอนุญาต

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>4</sup> มาตรา 3 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531

<sup>5</sup> มาตรา 3 นิยาม "ผู้อนุญาต" หมายความว่า เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา หรือผู้ซึ่งเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา มอบหมาย

อย่างไรก็ตาม กฎหมายได้บัญญัติข้อยกเว้นในเรื่องการผลิต การขาย การนำเข้า และการส่งออก เครื่องมือแพทย์ไว้บางประการได้แก่<sup>6</sup>

1. การผลิต นำเข้า หรือขาย เครื่องมือแพทย์โดยกระทรวง ทบวง กรม ในหน้าที่ป้องกัน ชันสูตร บำบัดโรค หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ และโดยสภาอากาศไทย
2. การผลิตเครื่องมือแพทย์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือการผลิตเครื่องมือแพทย์ของผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ สำหรับสัตว์เฉพาะราย
4. การผลิตหรือนำเข้าเครื่องมือแพทย์เพื่อเป็นตัวอย่างในการขออนุญาต
5. การผลิตเครื่องมือแพทย์เพื่อเป็นตัวอย่างในการส่งออก

แม้ว่าผู้ได้รับการยกเว้นดังกล่าวจะไม่ต้องขออนุญาตต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย แต่ผู้ที่ได้รับการยกเว้นยังมีหน้าที่ต้องแจ้งรายละเอียดของเครื่องมือแพทย์ ต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด หน้าที่อื่น ๆ ของผู้รับอนุญาตตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้แก่ หน้าที่แจ้งเลิกกิจการ และการโอนกิจการ<sup>7</sup> หน้าที่ห้ามผลิต ห้ามนำเข้า ห้ามขายหรือห้ามเก็บรักษา นอกเหนือจากสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต<sup>8</sup> หน้าที่จัดทำรายงานการผลิต นำเข้า หรือขายและรายงานผลอันไม่พึงประสงค์ของเครื่องมือแพทย์ที่ผลิต นำเข้า หรือขาย<sup>9</sup> หน้าที่ในการ จัดให้มีผู้ควบคุมการผลิต นำเข้า หรือ ขาย<sup>10</sup> หน้าที่เกี่ยวกับฉลากและเอกสารกำกับเครื่องมือแพทย์<sup>11</sup>

<sup>6</sup> มาตรา 17 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531

<sup>7</sup> หมวด 3 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531

<sup>8</sup> มาตรา 24

<sup>9</sup> มาตรา 30

<sup>10</sup> มาตรา 31

<sup>11</sup> หมวด 5



นอกเหนือจากเรื่องการขออนุญาตและข้อกำหนดเรื่องหน้าที่ของผู้รับอนุญาตดังกล่าวแล้ว กฎหมายยังมีบทบัญญัติที่เกี่ยวกับการควบคุมเครื่องมือแพทย์ไว้โดยเฉพาะโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจประกาศการควบคุมในราชกิจจานุเบกษา<sup>12</sup> เช่น กำหนดคุณภาพและมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ ตลอดจนหลักเกณฑ์วิธีการในการผลิต นำเข้า กำหนดชื่อ ประเภท ชนิดและลักษณะเครื่องมือแพทย์ที่ต้องแจ้งรายละเอียด ที่ห้ามผลิต นำเข้าหรือขาย ที่ต้องจัดให้มีผู้ควบคุมการผลิต นำเข้า หรือขาย

จากการศึกษาพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531 พบว่า อาจมีช่องว่างหรือความไม่ชัดเจนในการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวกับอุปกรณ์เครื่องมือทางโทรเวชกรรมบางประการ ได้แก่

1. การตีความว่าอุปกรณ์เครื่องมือทางโทรเวชกรรมบางชนิดเป็นเครื่องมือแพทย์ตามคำนิยามของมาตรา 3 หรือไม่ เพราะเหตุว่า มาตรา 3 กำหนดขอบเขตของเครื่องมือแพทย์ว่า เครื่องใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือวัตถุที่ใช้ในการประกอบวิชาชีพทางเวชกรรม การพยาบาล การผดุงครรภ์ การประกอบโรคศิลปะ หรือการบำบัดโรคสัตว์ หรือที่ใช้ที่ก่อให้เกิดแก่สุขภาพร่างกายของคนหรือสัตว์ รวมทั้งส่วนประกอบอุปกรณ์ต่าง ๆ ของเครื่องมือเหล่านั้น แต่เนื่องจากโทรเวชกรรมเป็นการนำอุปกรณ์เทคโนโลยี สื่อสารทางโทรคมนาคม เข้ามาช่วยเหลือเชื่อมต่อบetween แพทย์และผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลกัน เครื่องมือ อุปกรณ์ทางเทคโนโลยีที่ใช้ในทางโทรเวชกรรมเหล่านี้ จะถือได้อย่างไรว่าเป็นเครื่องมือแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งซอฟต์แวร์ และอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ มีหลักเกณฑ์อย่างไรที่จะกำหนดให้ชัดเจนว่าเครื่องมือ อุปกรณ์ทางเทคโนโลยีประเภทใด ชนิดใดเป็นเครื่องมือแพทย์ ทั้งนี้เพราะแม้ว่าจะได้มีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีดังกล่าวในทางการแพทย์ แต่ก็มีการใช้ในทางอื่นเช่นกัน เช่น กล้องดิจิตอล ซอฟต์แวร์ คอมพิวเตอร์ ซึ่งอาจมีการนำมาใช้ในกิจกรรมอื่น และโดยเฉพาะเครื่องมืออุปกรณ์ที่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่ใช้ในทางการแพทย์ หรือไม่ได้ขายมาพร้อมกับเครื่องมือแพทย์ แต่มีการนำมาใช้ในทางโทรเวชกรรมบางครั้งบางคราวในภายหลัง ซึ่งหากเครื่องมือดังกล่าวไม่ได้ถือเป็นเครื่องมือแพทย์แล้วหลังการกระทำต่าง ๆ ทั้งการผลิต การซื้อ ขาย การนำเข้าก็ไม่ถูกควบคุมโดยพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์

2. ปัญหาในเรื่องการกำหนดคุณภาพและมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ทางโทรเวชกรรม  
เนื่องจากเครื่องมือทางโทรเวชกรรมเป็นเครื่องมือที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี โทรคมนาคมสูง ที่สามารถนำข้อมูลทั้งทางภาพ ทางเสียงด้วยระบบดิจิทัล รวมทั้ง คอมพิวเตอร์ซอฟต์แวร์ต่าง ๆ หน่วยงานในปัจจุบันที่รับผิดชอบในการดูแลควบคุม เครื่องมือแพทย์ จะมีแนวทางในการกำหนดมาตรฐานเครื่องมือทางโทรเวชกรรม เหล่านี้อย่างไร เพราะเหตุว่ามาตรฐานเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะมาตรฐานเครื่องมือที่แตกต่างกันระหว่างผู้ให้การรักษาทางโทรเวชกรรมกับผู้ รับการรักษา หรือแม้แต่ระหว่างผู้ให้การรักษาทางโทรเวชกรรมด้วยตนเอง หาก มาตรฐานเครื่องมือแตกต่างกัน อาจก่อผลเสียหาย

### 3.3 โทรเวชกรรมกับกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

กฎหมายที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ได้แก่ พระ ราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 กฎหมายได้ให้ความหมาย ของการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไว้ในมาตรา 4 ว่า วิชาชีพการพยาบาลและการผดุง ครรภ์ หมายความว่า วิชาชีพเกี่ยวกับการพยาบาลและการผดุงครรภ์

"การพยาบาล" หมายความว่า การกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทา อาการของโรคและการลุกลามของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ และการกระทำตามคำสั่งในการ รักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปการพยาบาล

"การผดุงครรภ์" หมายความว่า การตรวจ การแนะนำการส่งเสริมสุขภาพและการ ปฏิบัติต่อหญิงมีครรภ์ การป้องกันความผิดในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด การทำคลอด การดูแลและส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก ในระยะหลังคลอด รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ และการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และ ศิลปะการผดุงครรภ์

จากนิยามศัพท์ของกฎหมายดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ลักษณะการประกอบวิชาชีพทั้ง การพยาบาล และการผดุงครรภ์นั้นมีลักษณะงานอยู่ 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นการกระทำด้วย วิชาชีพของตนเอง กับส่วนที่เป็นการช่วยเหลือร่วมมือในการรักษาโรคของแพทย์ ซึ่งได้แก่ ส่วนที่กฎหมายบัญญัติ "กระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์" การกระทำในส่วนนี้ ถ้าความบกพร่องอยู่ที่ตัวคำสั่ง เช่น แพทย์สั่งใช้ยาโดยไม่ควรรใช้ สั่งยาเกินขนาด เมื่อผู้ ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ให้ยาไปตามคำสั่งแพทย์ เช่นนั้น ย่อมไม่ต้องรับผิดตามกฎหมาย<sup>13</sup>



---

<sup>13</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "นิติเวชศาสตร์", สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, พุศศักราช พ.ศ. 2532, หน้า 59.

ผู้จะสามารถประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ได้ต้องเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล<sup>14</sup> ซึ่งทำหน้าที่คล้ายคลึงแพทยสภาตามกฎหมายวิชาชีพเวชกรรม อย่างไรก็ตาม ก็มีข้อยกเว้นของการที่ต้องขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ คล้ายคลึงข้อยกเว้นของกฎหมายการประกอบวิชาชีพเวชกรรมทุกประการโดยสรุป คือ

- 1) การพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ที่กระทำต่อตนเอง
- 2) การช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยตามหน้าที่ตามกฎหมาย หรือตามธรรมเนียมจรรยาโดยไม่ได้รับผลประโยชน์ตอบแทน

---

<sup>14</sup> มาตรา 8 ของพระราชบัญญัติ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 กำหนดหน้าที่ของสภาการพยาบาล ดังนี้

1. รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
2. สั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
3. รับรองหลักสูตรต่าง ๆ สำหรับการศึกษา การฝึกอบรมของสถาบันที่จะทำการสอนและฝึกอบรมในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
4. รับรองวิทยฐานะของสถาบันที่ทำการสอนและฝึกอบรมตาม (3)
5. รับรองปริญญา อนุปริญญา ประกาศนียบัตรหรือวุฒิบัตร ในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสถาบันต่าง ๆ
6. ออกหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเกี่ยวกับความรู้ หรือความชำนาญเฉพาะทางและหนังสือแสดงวุฒิอื่นในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลการผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
7. ดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของสภาการพยาบาล

3. นักเรียน นักศึกษา หรือผู้รับการฝึกอบรม ในการควบคุมของสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาล หรือการผดุงครรภ์ของรัฐ หรือที่ได้รับอนุญาตจากทางราชการให้จัดตั้งหรือสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการรับรองโดยอยู่ภายใต้ความควบคุมของเจ้าหน้าที่ผู้ฝึกหัด หรือผู้ให้การอบรมซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
4. บุคคลซึ่ง กระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อื่น ๆ ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้กระทำการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
5. ผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งประกอบโรคศิลปะตามข้อจำกัด และเงื่อนไขตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ
6. การพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ของที่ปรึกษา หรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการหรือผู้สอนในสถาบันการศึกษาของรัฐ ซึ่งมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของต่างประเทศ โดยอนุมัติของคณะกรรมการ
7. บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพยาบาล หรือการผดุงครรภ์เพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในกรณีที่มีสาธารณภัย หรือเกิดภัยพิบัติอย่างร้ายแรง
8. บุคคลซึ่งช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาล ในความควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามระเบียบ ซึ่งรัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ดังนั้น หากเป็นการให้บริการทางโทรเวชกรรม ทางด้านการพยาบาล และ/หรือ การ  
ผดุงครรภ์ตามนิยามของกฎหมายดังกล่าวข้างต้น ผู้ให้บริการนั้นต้องปฏิบัติตามข้อกำหนด  
ของพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ นอกจากนี้ หากเป็นการให้  
บริการโทรเวชกรรมที่เกี่ยวกับการผดุงครรภ์ และ/หรือ การพยาบาลจากต่างประเทศ ผู้ให้  
บริการจากต่างประเทศนั้นต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และ/หรือ การผดุง  
ครรภ์ของประเทศนั้น ๆ โดยเข้ามาในฐานะเป็นที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการหรือ  
ผู้สอนในสถาบันการศึกษาของรัฐและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### หลักกฎหมายของต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรม

#### 4.1 กฎหมายเครื่องมือแพทย์

โดยปกติแล้วองค์การอาหารและยา (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) ของสหรัฐอเมริกาจะไม่เข้ามายุ่งเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วย แต่องค์การอาหารและยาจะดูแลเกี่ยวกับเทคโนโลยี เพื่อการคัดค้านเกี่ยวเนื่องกับการให้บริการทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัย<sup>1</sup>

หน่วยงานหนึ่งขององค์การอาหารและยาที่มีชื่อว่า ศูนย์เครื่องมือและรังสีวิทยาเพื่อสุขภาพ (CENTER FOR DEVICES AND RADIOLOGICAL HEALTH) (CDRH) ประกาศออกมาว่าอุปกรณ์หลายชนิดที่ใช้ในทางโทรเวชกรรมถือเป็นเครื่องมือแพทย์ซึ่งควรต้องอยู่ภายใต้การดูแลควบคุมขององค์การอาหารและยา

กฎหมายอาหาร ยา และเครื่องสำอาง ของสหรัฐอเมริกา (FEDERAL FOOD, DRUG AND COSMETIC ACT) (FDCA) มาตรา 201 (h) ให้ความหมายของคำว่า "เครื่องมือ" ทางการแพทย์ไว้ว่า<sup>2</sup>

"อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องจักร กลไก อุปกรณ์ฝัง อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดลอง พิเศษทางเคมี หรือวัตถุที่มีลักษณะคล้ายหรือเกี่ยวข้อง ซึ่ง

---

<sup>1</sup> FDA, Safety and Standards, Department of Commerce, National Communication and Information Administration, Telemedicine Report to Congress, 63 (January 21, 1997)

<sup>2</sup> United State Code (U.S.C.) 321 (h)



1. เป็นที่รับรู้แก่สถาบันตำรับยาแห่งชาติ (NATIONAL FORMULARY) หรือสถาบันเภสัชตำรับแห่งสหรัฐอเมริกา (UNITED STATES PHARMACOPEIA) หรือหน่วยงานรอง
2. มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรค หรืออาการอื่น หรือใช้ในการรักษา บรรเทา บำบัด หรือป้องกันโรคในมนุษย์หรือในสัตว์ หรือ
3. มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีผลกระทบต่อโครงสร้างหรือหน้าที่ใด ๆ ของร่างกายของมนุษย์ หรือสัตว์อื่น ๆ

โดยไม่ได้สัมฤทธิ์ผลตามที่ประสงค์เบื้องต้นโดยทางปฏิกิริยาเคมีภายใน หรือบนร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์อื่น และไม่ได้พึ่งพากระบวนการเผาผลาญอาหารของร่างกาย"

หากผลิตภัณฑ์ใดที่ผู้ผลิตไม่ได้มุ่งหวังที่จะผลิตเพื่อใช้ทางการแพทย์แล้วย่อมไม่ใช่เครื่องมือแพทย์ ตามนิยามของกฎหมาย จึงไม่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์การอาหารและยา แม้ว่าผู้ใช้ผลิตภัณฑ์นั้นไปในทางการแพทย์ ทั้งนี้ถือเป็นเครื่องมือที่มีวัตถุประสงค์เป็นการทั่วไป "GENERAL PURPOSE DEVICES" โดยแม้ว่าสามารถใช้ทางการแพทย์ได้โดยตรง แต่เครื่องมือเหล่านั้นถูกออกแบบให้ใช้ได้หลายอย่าง การใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์เป็นเพียงการใช้ทางหนึ่งเท่านั้น โดยเครื่องมือเหล่านั้นไม่ได้ตีตราว่าใช้ทางการแพทย์เท่านั้นตามกฎหมายของสหพันธรัฐ (CODE OF FEDERAL REGULATION) ยกเว้นไม่ให้เครื่องมือที่มีวัตถุประสงค์ทั่วไปนี้อยู่ภายใต้กฎหมายอาหาร ยา และเครื่องสำอาง<sup>3</sup>

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>3</sup> Code of Federal Regulation (21 C.F.R.) Section 907.65(C)

อย่างไรก็ตาม องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา มีแนวโน้มที่จะตีความคำว่า เครื่องมือแพทย์กว้างขึ้น เช่น เคยตีความว่าซอฟต์แวร์ที่ใช้ในการแยกเลือดของธนาคารเลือด เป็นเครื่องมือแพทย์<sup>4</sup> โดยเห็นว่าซอฟต์แวร์ ดังกล่าวช่วยในการป้องกันเลือดจากผู้บริจาคที่ไม่เหมาะสม ทำให้ป้องกันไม่ได้รับเลือดที่ติดเชื้อ ซึ่งองค์การอาหารและยากำหนดให้ซอฟต์แวร์ ดังกล่าวต้องมีการถูกตรวจสอบก่อนมีการวางจำหน่าย ตามข้อกำหนดขององค์การอาหาร และยาในเรื่องมาตรฐานการผลิต (GOOD MANUFACTURING PRACTICES (GMP)) ดังนั้นหากผลิตภัณฑ์ซอฟต์แวร์ใดที่มีการโฆษณาว่ามีคุณสมบัติทางการแพทย์ องค์การอาหาร และยาของสหรัฐอเมริกาก็จะมีแนวโน้มที่จะตีความว่าเป็นเครื่องมือแพทย์ ซึ่งต้องอยู่ภายใต้ กฎหมายอาหาร ยา และเครื่องสำอาง (FOOD DRUG AND COSMETIC ACT)

#### หน้าที่ในการตรวจสอบ

ศูนย์ CDRH จะมีหน้าที่ในการตรวจสอบความปลอดภัยและประสิทธิภาพของเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในโทรเวชกรรม รวมถึงโปรแกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ คือ<sup>5</sup>

- 1) การตรวจสอบก่อนมีการจำหน่าย (PREMARKET REVIEW)
- 2) การตรวจสอบเมื่อวางจำหน่ายแล้ว (POSTMARKET SURVEILLANCE)
- 3) การวางระบบคุณภาพ (QUALITY SYSTEMS)
- 4) การพัฒนามาตรฐาน (STANDARD DEVELOPMENT)
- 5) การค้นคว้าวิจัยทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการโทรเวชกรรม (TELEMEDICINE RELATED SCIENTIFIC RESEARCH)

<sup>4</sup> Peter S. Reichertz and Naomi Joy Levan Halpern, "FDA Regulation of Telemedicine Devices", P.3

<sup>5</sup> Melvyn Greberman, Center for Devices and Radiological Health, Food and Drug Administration, 11 July 1996 (Updated August 5, 1997), P.2

1. การตรวจสอบก่อนมีการจำหน่าย (PREMARKET REVIEW)

มาตรา 513 ของกฎหมายเครื่องมือแพทย์ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2519<sup>6</sup> ของสหรัฐอเมริกา กำหนดชนิดของเครื่องมือแพทย์ไว้ 3 ชนิดกลุ่ม ตามมาตราฐานการควบคุมดูแลด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย ได้แก่

1. กลุ่มที่ 1. ควบคุมทั่วไป (GENERAL CONTROL)
2. กลุ่มที่ 2. ควบคุมเป็นพิเศษ (SPECIAL CONTROL)
3. กลุ่มที่ 3. ต้องได้รับการรับรองก่อนวางจำหน่าย (PREMARKET APPROVAL (PMA))

แนวโน้มในการกำหนดประเภทของเครื่องมือแพทย์ โดยแยกตามการควบคุมเป็น 3 ประเภท ดังกล่าว มีหลักเกณฑ์คือ กฎหมายจะกำหนดเครื่องมือแพทย์ไว้เป็นประเภท หากเครื่องมือได้ออกวางจำหน่ายภายหลังวันที่ 18 พฤษภาคม 2519 ซึ่งเป็นวันที่กฎหมายใช้บังคับแล้ว คณะกรรมการอาหารและยาจะพิจารณากำหนดว่าเครื่องมือแพทย์ที่เพิ่งออกจำหน่ายนั้นมีคุณสมบัติเทียบเท่าประเภท 1. ควบคุมทั่วไป หรือประเภท 2. ควบคุมเป็นพิเศษ โดยขั้นตอนที่เรียกว่า PREMARKET NOTIFICATION คือต้องมีการแจ้งล่วงหน้าก่อนวางตลาด และต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขการควบคุมประเภทนั้น ๆ ส่วนเครื่องมือแพทย์ใดที่ไม่อาจระบุได้ว่าอยู่ในประเภท 1. หรือ 2. จะถือว่าอยู่ในประเภท 3. โดยอัตโนมัติ ซึ่งต้องมีการยื่นเพื่อขออนุญาตก่อนที่เรียกว่า PREMARKET APPROVAL (PMA)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>6</sup> The Medical Device Amendment of 1976 (Public Law 94-295) 21 U.S.C. 360(C)

หน่วยงานของ CENTER OF DEVICE AND RADIOLOGICAL HEALTH ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบทั้ง PREMARKET NOTIFICATION และ PREMARKET APPROVAL มี 6 แผนก แต่โดยส่วนใหญ่การตรวจสอบจะอยู่ในความรับผิดชอบของแผนก DIVISION OF REPRODUCTIVE, ABDOMINAL, EAR, NOSE AND THROAT, AND RADIOLOGICAL DEVICES (DREAD) เพราะเหตุว่า เครื่องมือโทรเวชกรรมส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่สร้างแผ่นภาพทางการแพทย์ ซึ่งแผนก DREAD มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง เครื่องมือเหล่านี้อาจเรียกกันว่า "PACS" (PICTURE ARCHIVING AND COMMUNICATION SYSTEMS) เพราะเหตุว่า เครื่องมือเหล่านี้ส่วนมากจะถูกใช้ในการสื่อสารและการบันทึกแผ่นภาพในรูปแบบดิจิทัล รวมถึงการใช้ในทางโทรรังสีวิทยา (TELERADIOLOGY)

ปัญหาสำคัญของการตรวจสอบ PACS ประการหนึ่งที่พบในสหรัฐอเมริกา คือ การขาดข้อกำหนดคุณสมบัติของเครื่องมือ PACS<sup>7</sup> ในอดีตเครื่องมือ PACS เหล่านี้ถือเป็นอุปกรณ์ของเครื่องมือสร้างแผ่นภาพ (IMAGING DEVICES) การขาดข้อกำหนดคุณสมบัติของเครื่องมือ PACS สร้างปัญหาแก่หน่วยงานที่พิจารณาอย่างมากว่า เครื่องมือดังกล่าวควรอยู่ภายใต้การควบคุมประเภทใด อย่างไรก็ตาม ได้มีการเสนอว่าเครื่องมือที่เก็บภาพจำลองทางการแพทย์ (MEDICAL IMAGE STORAGE DEVICES) และเครื่องมือสื่อสารภาพจำลองทางการแพทย์ (MEDICAL IMAGE COMMUNICATIONS DEVICES) ควรจะอยู่ในระดับการควบคุมมาตรฐานในกลุ่มที่ 1. คือการควบคุมทั่วไป ส่วนเครื่องมือแปรสภาพจำลองทางการแพทย์ให้เป็นดิจิทัล (MEDICAL IMAGE DIGITIZER) เครื่องมือทำสำเนาเอกสารของภาพจำลองทางการแพทย์ (MEDICAL IMAGE HARDCOPY DEVICES) และระบบ ARCHIVING และสื่อสารทางภาพ (PICTURE ARCHIVING AND COMMUNICATION SYSTEMS) จะจัดอยู่ในระดับการควบคุมกลุ่มที่ 2. คือ ควบคุมเป็นพิเศษ ข้อพึงสังเกตคือ การควบคุมเหล่านี้จะใช้เพื่อควบคุมอุปกรณ์ทางคอมพิวเตอร์ซอฟต์แวร์ เทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ใช้ในทางการแพทย์เท่านั้น หากอุปกรณ์เหล่านั้นไม่มีวัตถุประสงค์ที่จะใช้หรือเป็นส่วนประกอบของเครื่องมือในทางการแพทย์แล้ว จะไม่อยู่ภายใต้การควบคุม จึงก่อให้เกิดประเด็นขึ้นมาอีกว่า อย่างเป็นทางการใด ๆ เครื่องมือที่ใช้ทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามไม่เป็น

<sup>7</sup> Melvyn Greberman, Center for Devices and Radiological Health, Food and Drug Administration, 11 July 1996 (Updated August 1997), P.5

นอกจากแผนก DIVISION OF REPRODUCTIVE, ABOMINAL, EAR NOSE, AND THROAT AND RADIOLOGICAL DIVICES (DREAD) ทำหน้าที่ตรวจสอบ PREMARKET NOTIFICATION และ PREMARKET APPROVAL แล้วแผนกอื่น ๆ เช่น แผนกเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดหัวใจ ระบบหายใจและระบบประสาท (DIVISION OF CARDIOVASCULAR, RESPIRATORY, AND NEUROLOGICAL DEVICES (DCRND)) รับผิดชอบในการตรวจสอบเครื่องตรวจคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้า (ELECTRO-CARDIOGRAM) ซึ่งรวมถึงระบบที่ตรวจคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าจากระยะไกล ซึ่งมีใช้ในโทรเวชกรรมด้วย ส่วนเครื่องมือทางสรีระวิทยาอื่น ๆ รวมทั้งโทรเวชกรรม เช่น การตรวจอุณหภูมิของร่างกายจะได้รับการตรวจสอบโดยแผนกเครื่องมือทางทันตกรรม การควบคุมการติดเชื้อ และเครื่องมือทางโรงพยาบาลทั่วไป DIVISION OF DENTAL, INFECTION CONTROL, AND GENERAL HOSPITAL DEVICES (DDIGD)

#### สำนักงานพิจารณาเครื่องมือแพทย์ (OFFICE OF COMPLIANCE)

สำนักงานที่รับหน้าที่ในการพิจารณาตอบว่าอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์คอมพิวเตอร์ซอฟต์แวร์เป็นเครื่องมือในทางการแพทย์หรือไม่ ได้แก่ สำนักงานพิจารณาเครื่องมือ (OFFICE OF COMPLIANCE) ซึ่งมีหน้าที่ในการให้คำตอบแก่ผู้ผลิตว่าอุปกรณ์ของผู้ผลิตอย่างไรถือเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ ซึ่งต้องอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายเครื่องมือแพทย์ ซึ่งมีหลักเบื้องต้นที่สำนักงานใช้ในการพิจารณาคือ ผลิตภัณฑ์ซึ่งรวมถึงซอฟต์แวร์และผลิตภัณฑ์ทางคอมพิวเตอร์ ที่ไม่ได้ขายโดยมีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์เพียงแต่อาจถูกใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์อย่างไม่มีเจตนา ถือเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีวัตถุประสงค์เป็นการทั่วไป และไม่อยู่ภายใต้กฎหมายเครื่องมือแพทย์ ส่วนผลิตภัณฑ์ใดที่เป็นส่วนประกอบหรืออุปกรณ์ของเครื่องมือทางการแพทย์ จะถือเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ประเภทเดียวกับเครื่องมือหลัก ดังนั้น หากเครื่องมือหลักเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่อยู่ภายใต้การควบคุมประเภทกลุ่มที่ 1. ควบคุมทั่วไป กลุ่มที่ 2. ควบคุมพิเศษ หรือกลุ่มที่ 3. ต้องได้รับการรับรองก่อนวางจำหน่าย ส่วนประกอบหรืออุปกรณ์เหล่านั้นก็จะถือเป็นเครื่องมือแพทย์ที่อยู่ภายใต้การควบคุมในกลุ่มนั้น ๆ ด้วย แม้ว่าจะแยกกันจำหน่ายกับเครื่องมือหลัก และผู้ผลิตส่วนประกอบหรืออุปกรณ์เหล่านั้นมีหน้าที่รับผิดชอบในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของส่วนประกอบ หรืออุปกรณ์เหล่านั้นเสมือนเครื่องมือหลักด้วย

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลิตภัณฑ์อาจถือเป็นเครื่องมือแพทย์ ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์เหล่านั้นก็อาจไม่ต้องอยู่ในบังคับควบคุมของกฎหมายเครื่องมือแพทย์ เช่น แพทย์ซึ่งได้พัฒนาเครื่องมือแพทย์ขึ้นมาด้วยตัวเอง และใช้เฉพาะตัวเองจะไม่อยู่ภายใต้ข้อกำหนดควบคุมของกฎหมายเครื่องมือแพทย์

อย่างไรก็ตาม หากมีการใช้เครื่องมือเหล่านั้นหลาย ๆ ที่ แม้จะเป็นภายในบริษัทหรือสำนักงานของตัวเองจะถือว่าเป็นการใช้เพื่อประโยชน์ทางการค้าจะไม่ได้รับยกเว้น

โดยสรุปในกรณีของซอฟต์แวร์ แนวทางการพิจารณาจำเป็นเครื่องมือแพทย์หรือไม่ ดูจาก

1. ความตั้งใจของผู้ผลิตซอฟต์แวร์ว่ามุ่งหมายที่ผลิตเพื่อใช้ในทางการแพทย์หรือไม่
2. ซอฟต์แวร์นั้นอยู่ในรูปที่สามารถสั่งการได้ (EXECUTABLE) หรือในรูปของแหล่งข้อมูล (SOURCE CODE FORMAT) ซึ่งไม่สามารถใช้ได้ในคอมพิวเตอร์จนกว่าจะถูกเปลี่ยนเป็นรูป EXECUTABLE CODE ดังนั้นโดยตัวของ SOURCE CODE จึงไม่ถือเป็นเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูป การกระจาย SOURCE CODE อาจอยู่ในรูปการส่งพิมพ์ บันทึกลงแผ่นดิสก์ หรือเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต
3. ซอฟต์แวร์นั้นมีการใช้ในเชิงพาณิชย์หรือไม่

ดังนั้นหากซอฟต์แวร์ใดได้รับการพิจารณาว่าเป็นเครื่องมือแพทย์ ผู้ผลิต ผู้ขายซอฟต์แวร์นั้นจะต้องให้หน่วยงาน CDRH ขององค์การอาหารและยาทำการตรวจสอบก่อนวางจำหน่าย



อย่างไรก็ตามมีผู้ให้คำวิจารณ์ว่ามาตรการนี้อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาของอุตสาหกรรมซอฟต์แวร์ทางการแพทย์ เพราะเหตุว่า องค์การอาหารและยากำหนดให้ซอฟต์แวร์ทางการแพทย์ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาอย่างสำคัญ และมีผลกระทบต่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพของเครื่องมือ จะต้องผ่านการตรวจสอบก่อนวางจำหน่าย (PMA) ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ซึ่งหากพิจารณาแล้วซอฟต์แวร์ย่อมมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น ผู้ผลิตหรือผู้ขายอาจต้องยื่นเพื่อการตรวจสอบก่อนวางจำหน่ายตลอดเวลาเช่นกัน ซึ่งเป็นภาระประการหนึ่ง<sup>8</sup>

อย่างไรก็ตาม มีการนำเสนอให้มีการนำเสนอมือถือที่สามารถทดแทนการทดสอบก่อนวางจำหน่ายขององค์การอาหารและยาได้ โดยกระบวนการที่เรียกว่า การตรวจสอบคุณภาพซอฟต์แวร์ (SOFTWARE QUALITY AUDIT) (SQA) ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยผู้ตรวจสอบที่ได้รับอนุญาต (QUALIFIED AUDITOR) เพื่อที่จะให้การยืนยันเป็นลายลักษณ์อักษร อุปกรณ์ซอฟต์แวร์ทางการแพทย์ อันใดอันหนึ่ง มีมาตรฐานเหมาะสมตามมาตรฐานอุตสาหกรรม หรือตามกระบวนการควบคุมคุณภาพ ซึ่งถูกกำหนดขึ้นโดยผู้พัฒนาซอฟต์แวร์นั้น ๆ<sup>9</sup> ซึ่งศูนย์เครื่องมือแพทย์และรังสีวิทยา เชื่อว่าจะลดขั้นตอนการทำงานต่าง ๆ ของผู้ผลิตหรือผู้ขาย โดยยังคงสามารถรักษาคุณภาพและความปลอดภัยของเครื่องมือหรือซอฟต์แวร์ทางการแพทย์ต่าง ๆ นอกจากนี้ องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา กำลังพัฒนานโยบายกำหนดเกี่ยวกับการใช้ซอฟต์แวร์ทางการแพทย์ สำเร็จรูป แม้ว่าข้อกำหนดทางกฎหมายอาหาร ยา และเครื่องสำอางของสหรัฐอเมริกา กำลังอยู่ในระหว่างพัฒนาการ ในการตีความและกำหนดขอบเขตของเครื่องมือ และซอฟต์แวร์ทางโทรเวชที่เป็นเครื่องมือแพทย์ ทำให้ยังไม่มีข้อกำหนดที่แน่นอนเป็นที่สุด แต่ผู้ที่มีส่วนในทางโทรเวชกรรมไม่ว่าจะเป็นผู้ผลิตหรือจำหน่ายเครื่องมือทันสมัยทางโทรเวชกรรมต่าง ๆ หรือแพทย์ผู้ใช้เครื่องมือหรือโปรแกรมซอฟต์แวร์เหล่านี้ก็ควรจะให้ความสนใจต่อการพัฒนาของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อพวกเขาโดยตรง

<sup>8</sup> Peter S. Reichertz and Naomi Joy Levan Halpern, "FDA Regulation of Telemedicine Devices", P.5

<sup>9</sup> Ipid, P.6



## 2) การตรวจสอบเมื่อวางจำหน่ายแล้ว (POSTMARKET SURVEILLANCE)

นอกเหนือจากขั้นตอนการตรวจสอบก่อนวางจำหน่ายแล้ว OFFICE OF SURVEILLANCE AND BIOMETRICS (OSB) ของศูนย์ CDRH จะทำหน้าที่ตรวจสอบเครื่องมือแพทย์ภายหลังวางจำหน่ายแล้ว เช่น ตรวจสอบประจำปีของผลิตภัณฑ์ที่มีรายงานด้านผลกระทบ การศึกษา การนำเครื่องมือแพทย์ไปใช้

ในด้านของรายงานผลกระทบที่เกี่ยวกับโทรเวชกรรม มีการรายงานเข้ามาน้อยเนื่องจากยังไม่มีกำหนดแนวทางที่ชัดเจนของสิ่งที่ต้องรายงานเกี่ยวกับโทรเวชกรรม ผู้ผลิตที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมคิดว่า ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตได้รับการยกเว้นจากข้อบังคับขององค์การอาหารและยา การขาดความใส่ใจเท่าที่ควรของแพทย์และเจ้าหน้าที่ขององค์การอาหารและยาในการที่ต้องรายงาน<sup>10</sup>

## 3) การวางระบบคุณภาพ (QUALITY SYSTEMS)

ศูนย์ CDRH ให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนามาตรฐาน เพื่อจะเพิ่มความสามารถของศูนย์ในการกำหนดประเภทหรือประเมินเครื่องมือแพทย์ มาตรฐานเหล่านี้รวมถึงมาตรฐานอุปกรณ์ มาตรฐานกระบวนการ เช่น กระบวนการพัฒนาซอฟต์แวร์ มาตรฐานในการพัฒนาชื่อเรียกต่าง ๆ ซึ่งมาตรฐานเหล่านี้มีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาโทรเวชกรรม เช่น การกำหนดมาตรฐานที่ใช้ร่วมกันทางคอมพิวเตอร์ และเครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ เพื่อให้การสื่อสารทางโทรเวชกรรมเป็นไปอย่างแม่นยำถูกต้อง

---

<sup>10</sup> Melvyn Greberman, Center for Devices and Radiological Health, Food and Drug Administration, 11 July 1996 (Updated August 5, 1997), P. 8

### มาตรฐานระบบข้อมูลทางการแพทย์

ศูนย์ CDRH พยายามสร้างความร่วมมือกันระหว่างผู้ผลิต อุปกรณ์วินิจฉัยโรคจากภาพจำลอง (DIAGNOSTIC IMAGING EQUIPMENT) ซึ่งนำโดยสมาคม NATIONAL ELECTRICAL MANUFACTURER ASSOCIATION (NEMA) และกลุ่มคลินิกต่าง ๆ ซึ่งนำโดย AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY (ACR) เพื่อพัฒนามาตรฐานการติดต่อระหว่างกันของระบบวินิจฉัยโรคจากภาพจำลอง ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาตรฐานภาพจำลองและการสื่อสารดิจิทัลทางการแพทย์ (DIGITAL IMAGING AND COMMUNICATIONS IN MEDICINE (DICOM)) ซึ่งได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในขณะนี้และถือเป็นพื้นฐานของการใช้ระบบ PICTURE ARCHIVING AND COMMUNICATIONS SYSEM (PACS) นอกจากนี้ จะมีการขยายความร่วมมือไปยังองค์วิชาชีพอื่น และในระดับระหว่างประเทศ เพราะเหตุว่ามาตรฐานทางการแพทย์ มาตรฐานทางเทคโนโลยี และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมยังมีความแตกต่างกันทั้งในระดับประเทศ และระหว่างประเทศ

### มาตรฐานการเข้ากันได้ทางแม่เหล็กไฟฟ้าในทางโทรเวชกรรม (ELECTROMAGNETIC COMPATABILITY IN TELEMEDICINE)

เนื่องจากเครื่องมือแพทย์ในปัจจุบันมีการใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ และไม่ใคร่โพรเซสซึ่ง นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารแบบไร้สายซึ่งเชื่อม เครื่องมือที่อยู่ห่างไกลระหว่างกันในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยเทคโนโลยีแบบไร้สายนี้ทำให้เกิดการแพร่กระแสมแม่เหล็กไฟฟ้า ซึ่งก่อให้เกิดการแทรกของเครื่องคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (ELECTROMAGNETIC INTERFERENCE (EMI)) กับเครื่องมือแพทย์ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกำหนดมาตรฐานที่เข้ากันได้ทางคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในกระบวนการทางโทรเวชกรรม

## มาตรฐานการเรียกชื่อ (NOMENCLATURE STANDARDIZATION)

การกำหนดมาตรฐานในการเรียกชื่อมีความสำคัญต่อพัฒนาการของโทรเวชกรรมเช่นกัน โดยให้ความสำคัญแก่ชื่อเรียกใน 2 รายการคือ การกำหนดมาตรฐานของความหมาย หรือคำจำกัดความทางการแพทย์ที่อธิบายเหตุการณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วย และมาตรฐานในการเรียกเครื่องมือต่าง ๆ <sup>11</sup> การที่ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการเรียกชื่อเหล่านี้ทำให้ฐานข้อมูลของศูนย์ไม่อาจค้นรายงานความผิดปกติสำหรับเหตุการณ์เหล่านี้ และไม่อาจกำหนดประเภทของเครื่องมือให้เป็นระบบ (HARMONIZATION) ทั้งระดับภายในและระหว่างประเทศ

### 4) การพัฒนามาตรฐาน (STANDARD DEVELOPMENT)

ระบบคุณภาพขององค์การอาหารและยา รู้จักกันในชื่อ GOOD MANUFACTURING PRACTICES (GMP) <sup>12</sup> ชื่อกำหนด GMP ครอบคลุมถึงเครื่องมือแพทย์ทุกชนิด รวมถึงเครื่องมือทางโทรเวชกรรม การออกแบบผลิตภัณฑ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกแบบซอฟต์แวร์ทางการแพทย์ เพราะจากรายงานปี 1991 พบว่า ความผิดพลาดของซอฟต์แวร์มากกว่า 90% เนื่องจากความผิดพลาดทางการออกแบบ

### 5) การค้นคว้าวิจัยทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการโทรเวชกรรม (TELEMEDICINE RELATED SCIENTIFIC RESEARCH)

สำนักงานวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีได้มีการค้นคว้าทดลองที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับโทรเวชกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งโทรเวชกรรมทางรังสีวิทยา TELERADIOLOGY และทางศัลยกรรม TELESURGERY การวิจัยประเมินคุณภาพของระบบภาพจำลองทางการแพทย์ มีส่วนพัฒนาระบบการส่งภาพจำลองทางการแพทย์ของโทรเวชกรรมและเทคโนโลยีในการแสดงอวัยวะภายในต่างๆ เพื่อประโยชน์ทางโทรเวชกรรม

<sup>11</sup> Melvyn Greberman, Center for Devices and Radiological Health, Food and Drug Administration, 11 July 1996 (Updated August 5, 1997), P. 8

<sup>12</sup> Section 520(f) of Medical Device Amendments Act

## 4.2 หลักความรับผิดชอบทางแพ่งของแพทย์ทางโทรเวชกรรม

การรักษาทางโทรเวชกรรมอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงที่แพทย์ต้องมีความรับผิดชอบ ละเมิดจากการรักษาได้เช่นเดียวกับการรักษาตามปกติวิธีอย่างไรก็ตามยังไม่ปรากฏว่ามีคดี ความฟ้องร้องในประเด็นเรื่องโทรเวชกรรมในอเมริกาในขณะนี้<sup>13</sup>

ประเด็นหลักที่ต้องพิจารณาในเรื่องความรับผิดชอบละเมิดของแพทย์คือ เกิดความ สัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนั้นหรือยัง อันจะถือได้ว่ามีลักษณะสัญญาระหว่างแพทย์ และผู้ป่วย หากเกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยแล้ว แพทย์ได้กระทำผิดต่อหน้าที่ ของแพทย์ในการให้การรักษาผู้ป่วยหรือไม่ และหากมีการกระทำผิดต่อหน้าที่จริง ผู้ป่วยจะ ฟ้องแพทย์ได้ที่ใด ซึ่งจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป

### 4.2.1 หลักความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

(PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP)

หลักเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP) เป็นหลักซึ่งกำหนดหน้าที่ของแพทย์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วย (DUTY OF CARE) หากแพทย์มีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยแล้วแพทย์บกพร่อง ต่อหน้าที่ แพทย์อาจถูกผู้ป่วยฟ้องร้องดำเนินคดีได้ อย่างไรก็ตาม หากไม่เกิดความ สัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแล้ว แพทย์ก็ไม่มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วย เพราะแพทย์ในกรณีดังกล่าวไม่มี DUTY OF CARE การเกิดขึ้นของความสัมพันธ์ ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย อาจเกิดขึ้นโดยสัญญาโดยตรง หรือโดยปริยายก็ได้

---

<sup>13</sup> Andrew Cashman, "Telemedicine: Until the Current Legal Barriers are Addressed and Corrected, It Will Continue to be the Future of Medicine", May 1999, P.4.

กรณีความสัมพันธ์เกิดขึ้นจากการทำสัญญาโดยตรง ได้แก่ การที่ทั้งแพทย์และผู้ป่วยทำสัญญาเพื่อกำหนดเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยรายนั้น ๆ เช่น สถานที่ที่ใช้ในการรักษา รวมถึงเวลาและเงื่อนไขอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม แม้ไม่มีการทำสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดแจ้ง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอาจเกิดขึ้นโดยปริยายก็ได้ เช่น คดี BIENZ V. CENTRAL SUFFOLK HOSPITAL, 557 N.Y.S. 2D 139(2D. DEPT., 1990 และคดี O' NEILL V. MOTEFIORE HOSPITAL, 11 A.D. 2D, 132, 202 N.Y.S. 2D 436 (1960) การที่แพทย์ได้สนทนาทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยแล้ว อาจถือได้ว่าการทำให้เกิดหน้าที่โดยปริยายของแพทย์ต่อผู้ป่วยแล้ว<sup>14</sup>

คดี MCKINNEY V. SCHLATTER<sup>15</sup> ผู้ป่วยได้ถูกรับเข้าห้องฉุกเฉินและได้รับการดูแลโดยแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งแพทย์ได้ติดต่อแพทย์โรคหัวใจโดยทางโทรศัพท์ แพทย์โรคหัวใจไม่ได้มีการตรวจอาการผู้ป่วยแบบ FACE-TO FACE และได้วินิจฉัยอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางโรคหัวใจ ผู้ป่วยจึงได้รับการปล่อยจากการดูแลตามคำแนะนำของแพทย์โรคหัวใจดังกล่าว ผู้ป่วยเสียชีวิตไม่นานหลังจากนั้น ศาลมลรัฐโอไฮโอตัดสินว่า เกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแล้ว แม้แพทย์จะไม่เคยได้พบ ได้พบปะ หรือให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะประการแรก แพทย์ได้มีส่วนร่วมในการวินิจฉัยอาการผู้ป่วย ประการที่สอง ได้มีส่วนร่วมหรือให้คำแนะนำในแนวทางการบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วย และประการสุดท้าย เมื่อแพทย์มีหน้าที่ต่อโรงพยาบาล บุคคลากร หรือผู้ป่วยซึ่งเป็นเหตุให้มีการติดต่อแพทย์ทางโทรศัพท์<sup>16</sup>

<sup>14</sup> Barry R. Eurrow, Sandra H. Johnson, Timonthy S. Jost and Robert L. Schwartz, Health Law : Cases, Materials and Problems (2<sup>nd</sup>. Edition) West Publishing, St. Paul, Mennapolis, 1991, P.284.

<sup>15</sup> Mckinney V. Schlatter, 78 Ohio St. 3d 1471, (1997).

<sup>16</sup> Christopher J. Caryl, Malpractice and Other Legal Issues Preventing the Development of Telemedicine, 12J.L. and Health 173, 195(1998).

แพทย์ซึ่งเป็นสมาชิกขององค์กรทางสุขภาพ (HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION (HMO) มีหน้าที่ต้องดูแลสมาชิกขององค์กรตามพันธสัญญาที่แพทย์มีกับองค์กร ในกรณีนี้ สัญญาที่แสดงออกชัดเจนได้แก่ สัญญาระหว่างแพทย์กับองค์กร และสัญญาระหว่างองค์กรกับสมาชิกขององค์กร ส่วนระหว่างแพทย์และสมาชิกที่รับการรักษานั้นถือว่ามีความสัมพันธ์หรือสัญญาโดยปริยายกัน<sup>17</sup>

คดี HAND V. TAVERA แพทย์ซึ่งมีสัญญาดูแลสุขภาพ (MANAGED CARE CONTRACT) ปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษายาบาล ศาลวินิจฉัยว่าเกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแล้วแม้ว่าทั้งแพทย์และผู้ป่วยจะไม่เคยพบกันมาก่อน

แพทย์ซึ่งได้รับการติดต่อทาง VIRTUAL HOUSECALL และให้คำแนะนำการใช้ยาทางอินเทอร์เน็ตถือว่าก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแล้วในการให้บริการทางอินเทอร์เน็ต WORLD WIDE WEB ดังกล่าว ก่อนที่ผู้ป่วยจะติดต่อเข้ามาหาแพทย์ได้ ผู้ป่วยจะต้องใส่รหัสบัตรเครดิตของตนเข้าไปก่อน ด้วยการตกลงรับบัตรเครดิตของผู้ป่วย ถือว่าแพทย์ได้ยอมรับข้อเสนอลให้วินิจฉัยโรคของผู้ป่วยแล้ว<sup>18</sup> แม้กระนั้นก็ตาม การมีค่าตอบแทนในการรักษาหรือไม่อาจไม่สำคัญ เพราะโดยทั่วไปศาลอเมริกาตัดสินว่า การให้บริการทางการแพทย์ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยแล้ว แม้ว่าจะเป็นการบริการที่ไม่มีค่าตอบแทน<sup>19</sup>

<sup>17</sup> Rodgers, Boyd Q Wilson, The HMO Contract and Quality of Care, 78 Iowa Med. 466 (1988).

<sup>18</sup> Barbara J. Tyler, Cyberdoctor : The Virtual Housecall. The Actual Practice of Medicine on the Internet is Here; Is it a Telemedical Accident Waiting to Happen? 31 Ind, L. Rev. 259, 287 (1998).

<sup>19</sup> Lynn Frendt Shotwell, "Tanning Liability of Telemedical Transaction", Telemedicine and Telehealth Networks, February 1996.



อย่างไรก็ดี แม้ว่าหลักเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอาจดูเหมือนหลักเรื่องสัญญาทั่ว ๆ ไป แต่ก็มีข้อสังเกตบางประการที่ทำให้หลักความสัมพันธ์ดังกล่าวแตกต่างจากหลักสัญญาทั่วไปอยู่บ้าง คือ

ประการแรก ข้อตกลงของสัญญาค่อนข้างกว้าง เนื้อหาของความรับผิดชอบของแพทย์กำหนดเพียงการปฏิบัติหน้าที่ให้ดีที่สุด

ประการที่สอง แพทย์มีจริยธรรมทางวิชาชีพซึ่งทำให้แพทย์อาจมีหน้าที่นอกเหนือไปจากหลักเรื่องสัญญา ซึ่งเรียกว่า FIDUCIARY OBLIGATION แม้ว่าความสัมพันธ์จะเกิดขึ้นจากหลักเรื่องสัญญา

ประการที่สาม แพทย์ถือเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพ และถูกจำกัดสิทธิในการถอนตัวออกจากสัญญา ซึ่งทางคดีอาจถือว่าการทิ้งผู้ป่วย (PATIENT ABANDONMENT)

จากตัวอย่างแนววินิจฉัยคดีข้างต้น อาจสามารถพิจารณาได้ว่า การแพทย์ทางโทรเวชกรรมก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแล้วตามกฎหมายของต่างประเทศ เพราะความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเกิดจาก FACE-TO-FACE RELATIONSHIP เท่านั้น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์หรือการให้การปรึกษาแก่แพทย์ซึ่งดูแลผู้ป่วยอีกต่อหนึ่งก็ถือว่าการเกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแล้ว

#### 4.2.2 การกระทำผิดต่อหน้าที่ของแพทย์ (BREACH OF DUTY OF CARE)

เมื่อเกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยแล้ว แพทย์จะมีความรับผิดชอบทางละเมิดต่อผู้ป่วยต่อเมื่อแพทย์ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยไม่ได้มาตรฐานอาจจะโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ



ความหมายของคำว่า “DUTY OF CARE” ซึ่งมีการใช้อ้างอิงตามคำพิพากษาศาลในสหรัฐอเมริกา มีดังนี้<sup>20</sup>

- ก. หน้าที่ในการให้การดูแลรักษาที่มีคุณภาพสอดคล้องกับระดับความรู้ทางการแพทย์ และประสบการณ์ในการรักษา และ
- ข. หน้าที่ที่อยู่บนความชำนาญในการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ บริการ และทางเลือกทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่มีอยู่

ดังนั้น หากพิจารณาหน้าที่ของแพทย์ในข้อ ข. แพทย์อาจถือได้ว่าไม่ปฏิบัติตาม DUTY OF CARE หากไม่รักษาผู้ป่วยโดยทางโทรเวชกรรม หากจำเป็นต้องเลือกและแพทย์สามารถให้การรักษาได้

ในด้านมาตรฐานหน้าที่ของแพทย์ (STANDARD OF CARE) นั้น ในประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดโดยอาศัยมาตรฐานท้องถิ่น<sup>21</sup> ได้แก่มาตรฐานของแพทย์ประเภทเดียวกันที่มีอุปกรณ์ เครื่องมือหรือทรัพยากรอื่น ๆ อย่างเดียวกัน และในสถานการณ์เช่นเดียวกันจะพึงกระทำ ดังนั้นมาตรฐานของแพทย์จึงเป็นมาตรฐานที่ถูกระบุโดยกลุ่มวิชาชีพของแพทย์ด้วยตนเอง ไม่ใช่ถูกกำหนดโดยศาล เพียงแต่ศาลเป็นผู้ที่บังคับปฏิบัติตามมาตรฐานเหล่านี้เท่านั้น

<sup>20</sup> คดี Hall V. Hilbun : 466 So.2d 856, 872-73 (Miss. 1985) และคดี Turner V. Temple 602 So.2d. 817 (Miss. 1992)

<sup>21</sup> Andrew Cashman, “Telemedicine : Until the Current Legal Barriers are Address and Corrected. It will Continue to be the Future of Medicine, May 1999, P.5.

อย่างไรก็ตาม มาตรฐานของแพทย์ในทางโทรเวชกรรมนั้นยังไม่มี การกำหนดอย่างชัดเจน แต่มีความพยายามที่ต้องการให้มีมาตรฐานระดับชาติ (NATIONAL STANDARD) เนื่องจากการแพทย์ทางโทรเวชกรรมเอื้อประโยชน์อย่างมากที่ทำให้แพทย์ในท้องที่ห่างไกลสามารถเข้าสู่อุปกรณ์ เครื่องมือหรือข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์จากอีกที่หนึ่งได้หรือจากแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ซึ่งในประเด็นนี้แพทย์ซึ่งอยู่ในท้องที่ห่างไกล จึงไม่อาจอ้างได้ว่าตนไม่มีความพร้อมทางด้านข้อมูลข่าวสาร หรืออุปกรณ์เครื่องมือในการรักษา อย่างเดียวกับแพทย์ในท้องที่ที่มีความเจริญหรือในเมือง ทั้งนี้เทคโนโลยีทางโทรเวชกรรมเอื้อให้มีการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีระหว่างแพทย์และบุคคลากรทางการแพทย์ได้ ทำให้ระดับมาตรฐานมีความใกล้เคียงกันมากขึ้น จนมีความพยายามที่จะให้มีมาตรฐานร่วมกันระดับชาติ

มาตรฐาน “DUTY OF CARE” ในระดับชาตินั้นไม่อาจสร้างขึ้นมาได้ ในขณะนี้ ทั้งนี้ เพราะการแพทย์ทางโทรเวชกรรมยังอยู่ในระดับเริ่มต้นในระดับของประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนาคงไม่อาจเปรียบเทียบได้ เพราะบางประเทศยังไม่รู้จักโทรเวชกรรมเลย นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคในเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่ายในการวางระบบโทรเวชกรรมยังค่อนข้างสูง ทำให้มีเพียงแพทย์ที่มีความสามารถหรือมีผู้สนับสนุนทางการเงินเท่านั้นที่ให้บริการโทรเวชกรรมได้ อุปสรรคอื่นได้แก่<sup>22</sup> แพทย์ที่มีความชำนาญทางโทรเวชกรรมซึ่งมีอยู่ไม่มากนัก อาจไม่ต้องการถ่ายทอดหรือเปิดเผยความรู้ทั้งหมดของตนแต่ข้อได้เปรียบนี้อาจลดน้อยลงในอนาคตเมื่อความต้องการในตลาดมีมากขึ้น และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบโทรเวชกรรม

<sup>22</sup> Christopher J. Caryl, Malpractice and Other Legal Issues Preventing the Development of Telemedicine, 12 J.L and Health (1998), P. 197.

เนื่องจากยังไม่มีมาตรฐานการแพทย์ทางโทรเวชกรรมที่ศาลยอมรับ จึงมีหน่วยงานหรือองค์กรทางการแพทย์บางองค์กรที่พยายามกำหนดมาตรฐานทางโทรเวชกรรมของตนเพื่อให้ศาลยอมรับ หน่วยงานนี้ได้แก่ AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY และ AMERICAN ELECTROENCEPHALOGRAPH SOCIETY<sup>23</sup> หรือวิทยาลัยรังสีวิทยาอเมริกัน และสมาคมคลื่นสมองอเมริกัน

ในการพิจารณาความรับผิดของแพทย์ที่ให้การวินิจฉัยโรคทางอินเทอร์เน็ตนั้น แม้ว่าแพทย์จะไม่มีความเสี่ยงเท่ากับการทำการผ่าตัดศัลยกรรม ซึ่งมักนำมาสู่การฟ้องร้องคดีแพทย์เสมอ ๆ แต่หากแพทย์ได้มีการวินิจฉัยโรคที่ผิด และผู้ป่วยได้รับอันตรายจากโรคอื่นที่เป็นจริง แพทย์ต้องมีความรับผิด โดยเฉพาะผู้ป่วยได้จ่ายเงินเพื่อการวินิจฉัยโรคนั้น<sup>24</sup> อย่างไรก็ตาม เคยมีแนวคำตัดสินของศาลในการรักษาตามปกติของแพทย์ว่าแพทย์อาจต้องรับผิดได้แม้ให้การรักษาโดยไม่ได้รับค่าบริการตอบแทน

ดังนั้น ในการพิจารณาของศาลในประเด็นเรื่องความรับผิดของแพทย์ทางโทรเวชกรรม ศาลจะพิจารณาพฤติกรรมการแพทย์กับมาตรฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจพิสูจน์ความรับผิดของแพทย์ได้ หรือศาลอาจจะพิจารณามาตรฐานตามที่ศาลเห็นสมควร หากศาลพบว่ามาตรฐานทางอุตสาหกรรมนั้น ๆ ไม่เหมาะสม ดังนั้นจึงไม่ได้หมายความว่า แพทย์โทรเวชกรรมซึ่งปฏิบัติตามมาตรฐานอุตสาหกรรมนั้น ๆ แล้ว จะหลุดพ้นจากความรับผิดโดยสิ้นเชิง<sup>25</sup>

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Barbara J. Tyler, Cyberdoctors : the Virtual Housecall. The actual Practice of Medicine on the Internet is Here; Is it a Telemedical Accident Waiting to Happen?, Ind. L. Rev. 1998, P. 288.

<sup>25</sup> Andrew Cashman, "Telemedicine : Until the Current Legal Barriers are Address and Corrected, It will Continue to be the Future of Medicine, May 1999, P. 5.

เนื่องจากมาตรฐานของแพทย์ในทางโทรเวชกรรมยังไม่ชัดเจน ความเสี่ยงที่ต้องรับผิดชอบของแพทย์จากการรักษาทางโทรเวชอาจเกิดขึ้นได้พอ ๆ กับการรักษาแบบดั้งเดิมเพียงแต่สื่อที่ใช้ทางการรักษาของแพทย์อาจเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ทำให้แพทย์ต้องมีความรับผิดชอบหรือไม่มีความแนะนำของบริษัทประกันความรับผิดชอบของแพทย์แห่งหนึ่ง ในสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงในความรับผิดชอบของแพทย์ในการให้การรักษาทางโทรเวชกรรมดังนี้<sup>26</sup>

1. ต้องมีความชำนาญที่เพียงพอทางด้านเทคโนโลยี หากไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน แพทย์ควรที่จะพบผู้ป่วยด้วยตัวเอง
2. ต้องมั่นใจว่าโทรเวชกรรมเป็นวิถีทางที่เหมาะสมแล้วในสถานการณ์นั้น และพิจารณาถึงการที่จะพบผู้ป่วยด้วยตัวเองด้วย
3. ชักซ้อมความเข้าใจกับผู้ให้บริการทางเทคโนโลยีเป็นอย่างดีในการติดตามผลการรักษา
4. ต้องติดตามพัฒนาการมาตรฐานวิชาชีพและคำแนะนำเมื่อมีการเผยแพร่สู่สาธารณชน ให้การศึกษาตัวเองในเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวกับใบอนุญาตรวมถึงต้องมีใบอนุญาตที่เหมาะสม
5. กำหนดนโยบายในเรื่องหรือเกี่ยวกับคนป่วยโดยสื่อสารทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์สำเนาทั้งหมดของจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ต้องเก็บไว้เป็นหลักฐาน
6. ปรับปรุงเว็บไซต์ให้ทันสมัยอยู่เสมอ รวมทั้งมีการแสดงที่แน่ชัดว่าเป็นการให้การศึกษาและข้อมูลเท่านั้น ไม่ใช่เป็นการให้คำแนะนำในการรักษา

<sup>26</sup> The Midwest Medical Insurance Company Risk Management Committee, The Journal of Ramsey Medical Society, May/June 1998, P.95.

7. บันทึกการติดต่อทางโทรเวชกรรมโดยตลอด เช่น เครื่องมือที่ใช้ ผู้ที่มีส่วนรวมที่อยู่ของผู้ป่วยที่รับการรักษาและของผู้ให้บริการเทคโนโลยี วันเวลาที่เริ่มและยุติการรักษา
8. บันทึกความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวของผู้ป่วย อธิบายข้อจำกัดความรับผิดชอบทางโทรเวชกรรมให้ผู้ป่วยเข้าใจ รวมถึงทางเลือกอย่างอื่นในการให้คำปรึกษาทางไกล
9. แจ้งแก่บริษัทประกันเกี่ยวกับการให้การรักษาทางโทรเวชกรรม และยืนยันความคุ้มครองความรับผิด

สรุป แนวทางการพิจารณาความรับผิดของแพทย์ทางโทรเวชกรรมของสหรัฐอเมริกา นั้นยังต้องอาศัยการพิจารณาเรื่องความรับผิดของแพทย์ในกรณีทั่วไปเป็นทุนกล่าวคือ ต้องพิจารณาว่า แพทย์มี DUTY OF CARE ต่อผู้ป่วยหรือไม่ ซึ่งการที่แพทย์จะมี DUTY OF CARE ต่อผู้ป่วย ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP) ก่อน ดังนั้น หากเกิดความสัมพันธ์แล้ว และแพทย์ไม่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแล ผู้ป่วยหรือปฏิบัติต่ำกว่ามาตรฐานแพทย์ก็จะมี ความผิด

ดังนั้น ในทางโทรเวชกรรมสิ่งที่ต้องพิจารณาในส่วนของความรับผิดของแพทย์ ประการแรกคือ อย่างไรก็ตามจะถือได้ว่าเกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยแล้ว ประการที่สอง มาตรฐานใน DUTY OF CARE ในกรณีของการรักษาทางโทรเวชกรรมนั้นเป็นอย่างไร ซึ่งในประเด็นนี้ยังไม่มีแนวทางที่ยอมรับกันเป็นสากล แม้แต่มลรัฐต่าง ๆ ของสหรัฐอเมริกาที่มีความแตกต่างกัน ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งที่ควรพิจารณาในเรื่องความเสี่ยงในความรับผิดของแพทย์อันเกิดขึ้นจากการรักษาทางโทรเวชกรรม คือ ในกรณีจำเป็นเพื่อรักษาผู้ป่วยโดยทางโทรเวชกรรม ซึ่งแพทย์อาจกระทำได้ด้วยความรู้หรือเครื่องมือต่าง ๆ แต่แพทย์เลือกที่จะไม่ใช้ อาจทำให้แพทย์ต้องรับผิดได้เช่นเดียวกับการใช้การรักษาทางโทรเวชกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่แพทย์จะต้องพิจารณาเพื่อการตัดสินใจให้ดี

#### 4.2.3. เขตอำนาจศาล (JURISDICTION)

เมื่อพิจารณาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และหน้าที่ของแพทย์ต่อผู้ป่วยแล้วหากแพทย์กระทำผิดต่อหน้าที่ของแพทย์และก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยก็สามารถฟ้องร้องดำเนินคดีต่อแพทย์ได้ ปัญหาที่ต้องพิจารณาคือ ผู้ป่วยจะต้องฟ้องร้องดำเนินคดีกับแพทย์ที่ศาลท้องถิ่นใด

ในสหรัฐอเมริกาการที่โจทก์จะนำคดีขึ้นสู่ศาล โจทก์จะต้องสามารถกำหนดเขตอำนาจศาลให้ได้ทั้งเขตอำนาจศาลตามหลักความผิดที่เกิดขึ้น และเขตอำนาจศาลตามหลักบุคคล (SUBJECT MATTER JURISDICTION AND PERSONAL JURISDICTION<sup>27</sup>) ในกรณีของโทรเวชกรรมนั้นเขตอำนาจศาลหลักบุคคลได้แก่เขตอำนาจศาลของรัฐที่ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการรักษาและเป็นรัฐที่เกิด "MINIMUM CONTACT" ขึ้นจากการที่แพทย์ได้ให้การรักษาผู้ป่วยในรัฐนั้น<sup>28</sup>

เขตอำนาจศาลอาจเกิดขึ้นได้ในรัฐซึ่งแพทย์ทำการสำรวจอาการ (OBSERVATION) ผู้ป่วย<sup>29</sup> ดังนั้นจึงมีอย่างน้อย 2 รัฐที่ผู้ป่วยสามารถฟ้องคดีแพทย์ได้ตามแต่กฎหมายรัฐใดจะเอื้อประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากกว่า นอกจากนี้อาจมีการฟ้องร้องผู้ป่วยต่อศาลของสหรัฐ (FEDERAL COURT) ได้อีกด้วย<sup>30</sup>

<sup>27</sup> Barry B. Cepelewicz, Telemedicine Liability : Strategies to Minimize Risk, 15 No 2 Med. Malpractice L. and Strategy 1997, P.2.

<sup>28</sup> Ibid

<sup>29</sup> Christopher J. Caryl, Malpractice and Other Legal Issues Preventing the Development of Telemedicine, 12 J.L. and Health, 1998, P.203.

<sup>30</sup> Andrew Cashman, "Telemedicine : Until the Current Legal Barriers are Addressed and Corrected, It will Continue to be the future of Medicine", May 1999, P.5.



จากข้อมูลข้างต้น โจทก์จึงอาจเลือกฟ้องร้องแพทย์ได้ในเขตอำนาจศาลถึง 3 ศาล ด้วยเหตุนี้จึงเป็นความเสี่ยงอย่างมากต่อแพทย์ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาของโทรเวชกรรม จึงมีความพยายามที่จะกำหนดให้แพทย์สามารถถูกฟ้องได้ในเขตอำนาจศาลที่ผู้ป่วยได้รับอันตราย โดยผ่านกระบวนการเรื่องใบอนุญาตโทรเวชกรรมแห่งชาติ<sup>31</sup> ซึ่งจะกล่าวไว้ในส่วนใบอนุญาต

ผู้ให้บริการโทรเวชกรรม ควรจะต้องตระหนักว่า การให้บริการรักษา หรือให้คำแนะนำวินิจฉัยผู้ป่วยโดยผ่านทางสื่อโทรคมนาคมในอีกประเทศหนึ่งอาจถูกฟ้องร้องดำเนินคดีตามกฎหมายของประเทศผู้รับบริการได้ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ศาลของมลรัฐมีเขตอำนาจเหนือผู้ให้บริการโทรเวชกรรม ถ้าเกิดความเสียหายขึ้นในรัฐโดยการให้บริการจากนอกรัฐ หรือถ้าผู้ให้บริการก่อให้เกิดการติดต่อขั้นต่ำที่พอเพียง “MINIMUM CONTACT” ในเขตอำนาจศาลนั้นจนสามารถที่จะสู้คดีในเขตอำนาจศาลนั้นได้<sup>32</sup>

อย่างไรก็ตาม จากรายงานของศูนย์กลางกฎหมายโทรเวชกรรมในเดือนมิถุนายน 2540 ยังไม่ปรากฏว่ามีคำพิพากษาของศาลที่วินิจฉัยว่า การให้บริการเกิด MINIMUM CONTACT ทำให้ศาลมีอำนาจเหนือ ในกรณีการให้บริการทางโทรเวชกรรมแต่ก็มีตัวอย่างแนวทางคำพิพากษาคัดสินในกรณีอื่นที่อาจนำมาเทียบเคียงได้ดังต่อไปนี้<sup>33</sup>

<sup>31</sup> Ibid, P.6.

<sup>32</sup> Center for Telemedicine Law, *Jurisdiction in Cyberspace*, Newsletter (June, 1997)

<sup>33</sup> Ibid.



### คดี BLUE NOTE

MISSOURI JAZZ CLUB ได้มีการโฆษณาทางอินเทอร์เน็ต ต่อมาเจ้าของคลับที่มีชื่อเสียงชื่อ BLUE NOTE JAZZ CLUB แห่งเมืองนิวยอร์ก ได้ฟ้องเจ้าของ MISSOURI JAZZ CLUB ในเมืองนิวยอร์กที่ใช้เครื่องหมายการค้าโฆษณา โดยไม่มีสิทธิและมีการเปิดโฆษณาทางอินเทอร์เน็ต ดังกล่าวในรัฐนิวยอร์ก ศาลนิวยอร์ก ตัดสินว่า เพียงแต่การโฆษณาทางอินเทอร์เน็ตไม่เป็นเหตุพอเพียงที่จะทำให้จำเลยสามารถป้องกันตัวในศาลแห่งเมืองนิวยอร์กได้ และวินิจฉัยต่อไปว่าเพียงแต่มีการโฆษณาทางอินเทอร์เน็ตไม่เป็นเหตุเพียงพอที่จะพิจารณาได้ว่าเกิดความเสียหายขึ้นในเมืองนิวยอร์ก

### คดี INSET

ในคดีนี้ศาลวินิจฉัยตรงกันข้าม จำเลยลงโฆษณาโดยมีเครื่องหมายการค้าของโจทก์ ซึ่งเป็นบริษัทในรัฐคอนเนคตัต โดยมิชอบทางอินเทอร์เน็ต โจทก์จึงฟ้องจำเลยในข้อหาละเมิดเครื่องหมายการค้าในศาลคอนเนคตัตศาลได้มีคำพิพากษาตัดสินว่าศาลมีอำนาจที่จะพิจารณาแก่จำเลย ซึ่งอยู่นอกรัฐ เพราะว่า การโฆษณาของจำเลยสามารถแพร่ภาพทาง INTERNET ในรัฐคอนเนคตัตได้ ซึ่งถือได้ว่าเกิด MINIMUM CONTACT แล้ว ศาลยังได้พิพากษาต่อไปว่า จำเลยสามารถประกอบธุรกิจจากรัฐคอนเนคตัต โดยอาศัยการโฆษณาทางอินเทอร์เน็ต และหมายเลขโทรศัพท์ที่ปรากฏ

### คดี McDONOUGH

คดีนี้ โจทก์ McDONOUGH ซึ่งอยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนียฟ้องจำเลย ซึ่งอยู่ในรัฐมิเนโซต้าว่าละเมิดลิขสิทธิ์ของโจทก์ โดยการถ่ายภาพถ่ายทางการกีฬาของโจทก์ในการโฆษณาทางอินเทอร์เน็ต ศาลแห่งรัฐแคลิฟอร์เนียพิพากษาว่า จำเลยยังไม่ก่อให้เกิด MINIMUM CONTACTS ในรัฐมิเนโซต้าถึงขนาดที่จะป้องกันตัวในศาลแห่งรัฐมิเนโซต้าได้

### คดี COMPUSERVE

บริษัท COMPUSERVE ซึ่งอยู่ในรัฐโอไฮโอ ได้ยื่นฟ้องบริษัทของรัฐเท็กซัส แก่ศาลโอไฮโอ ในข้อหาละเมิดสิทธิในเครื่องหมายการค้าของ COMPUSERVE ทาง อินเทอร์เน็ต ศาลพิพากษาว่า เกิด MINIMUM CONTACT ทำให้บริษัทของเท็กซัส สามารถป้องกันตัวในศาลได้ เพราะเหตุว่า บริษัทเท็กซัสสามารถขายผลิตภัณฑ์ที่ ปราบกฎเครื่องหมายการค้าที่คล้ายกันกับ COMPUSERVE ในรัฐโอไฮโอโดยผ่านสื่อ

### คดี INTERNET GAMBLING

ระหว่างศาลแห่งรัฐมิเนโซต้า และ GRANITE GATE RESORTS INC. คดีนี้ อัยการของรัฐฟ้องบริษัท GRANITE ในข้อหาหลอกลวงทางการค้า โฆษณาหลอกลวง และหลอกลวงผู้บริโภคตามกฎหมายแห่งรัฐมิเนโซต้า โดยศาลพิพากษาว่า การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อโฆษณาเกี่ยวกับการพนัน ก่อให้เกิด MINIMUM CONTACT ใน รัฐมิเนโซต้าแล้ว ศาลจึงมีอำนาจพิจารณาคดีจำเลยที่อยู่นอกรัฐ ศาลกำหนดว่าข้อ ต่อผู้จำเลยที่ว่าจำเลยไม่ได้ส่งข้อมูลใด ๆ ในรัฐมิเนโซต้า ใช้ไม่ได้ในยุค CYBERSPACE จำเลยทราบแล้วว่าการโฆษณาทางอินเทอร์เน็ตสามารถแพร่หลาย ไปทั่ว รวมทั้งรัฐมิเนโซต้า ศาลจึงมีอำนาจพิจารณาคดี

จากตัวอย่างคำพิพากษาคดีของศาลมลรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้ง กล่าว แม้จะยังมีความไม่สอดคล้องกันของคำพิพากษาในบางรัฐว่า อย่างเป็น MINIMUM CONTACT หรืออย่างไรก่อความเสียหายในรัฐ รวมทั้งไม่มีคำวินิจฉัย โดยตรงเกี่ยวกับการให้บริการโทรเวชกรรมทางอินเทอร์เน็ต แต่อาจเทียบเคียงได้ว่า หากมีการโฆษณาสินค้าหรือบริการที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ทางอินเทอร์เน็ต อาจ ถือว่าเกิด MINIMUM CONTACT แล้วหากมีการใช้บริการหรือซื้อสินค้าทางการแพทย์ตามที่โฆษณา ทำให้ศาลของรัฐผู้รับบริการหรือผู้ซื้อสามารถมีอำนาจ พิจารณาคดี บริษัทผู้ขายหรือผู้ให้บริการ ซึ่งอยู่อีกรัฐหนึ่งหรือประเทศหนึ่งในรัฐได้ ดังนั้นผู้ประกอบการโทรเวชกรรมควรคำนึงถึงประเด็นเรื่องเขตอำนาจพิจารณา คดีของศาลด้วย จึงจำเป็นที่จะต้องปรึกษากับผู้รู้ ให้รอบครอบก่อนที่ประกอบธุรกิจ ให้การรักษาพยาบาล หรือวินิจฉัยโรคทางอินเทอร์เน็ต

#### 4.2.4 ตัวอย่างคดีที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรม (TELEMEDICINE CASE LAW)

เนื่องจากโทรเวชกรรมถือเป็นสิ่งใหม่ที่ได้รับการพัฒนามาไม่นานนี้ จากการศึกษาแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรม ยังไม่ปรากฏว่ามีคดีในเรื่องของโทรเวชกรรมโดยตรงที่เป็นที่สุุดอันจะถือเป็น CASE LAW ได้ อย่างไรก็ตาม มีคดีที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมอันอาจนำมาเพื่อการศึกษาให้เกิดประโยชน์ได้ ได้แก่ คดี WALGREEN CO. V. WISCONSIN PHARMACY EXAMINING BOARD, 1998 WISC. LEXIS 201 (1998)

คดีนี้คณะกรรมการตรวจสอบทางเภสัชกรรมของมลรัฐวิสคอนซิน (WISCONSIN PHARMACY EXAMINING BOARD) ได้อุทธรณ์มายังศาลสูงของมลรัฐวิสคอนซินว่า บริษัท WALGREEN ซึ่งเป็นเจ้าของและผู้ดำเนินกิจการขายยาขนาดใหญ่ในรัฐวิสคอนซิน กระทำการฝ่าฝืนกฎหมายและระเบียบทางเภสัชกรรมของรัฐ โดยการที่บริษัทยอมรับใบสั่งยาของแพทย์ทางคอมพิวเตอร์โดยระบบจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (EMAIL) โดยบริษัทเป็นผู้จัดสรรคอมพิวเตอร์เหล่านั้นให้กับแพทย์ที่อยู่ในโครงการทดลองของบริษัท โดยคณะกรรมการสรุปความผิดของ WALGREEN ว่า

ประการแรก การใช้การสั่งยาโดยผ่านคอมพิวเตอร์เป็นการกระทำผิดกฎหมาย 450.11(1), STATS ซึ่งกำหนดให้ในการเขียนใบสั่งยา แพทย์จะต้องเป็นผู้ลงนาม<sup>34</sup>

<sup>34</sup> Section 450.11(1), STATS  
Dispensing

No person may dispense any prescribed drug or device except upon the prescription order of a physician. All prescription order shall specify the date of issue, the name and address of the patient, the name and address of the physician, the name and quantity of the drug, directions for the use of the drug and, if the order is written by the physician, the signature of the physician is required. Any oral prescription order shall be immediately reduced to writing by the pharmacist and filed .....

ประการที่สอง WALGREEN จัดหาคอมพิวเตอร์ให้แก่ แพทย์ที่เกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นการฝ่าฝืน WIS. ADM. CODE SECTION PHAR 10.03(14) ซึ่งห้ามเภสัชกรเข้ามีส่วนร่วมในการแข่งขันการลดราคาหรือการจัดสรรส่วนแบ่งรายได้ มาตรา PHAR 10.03(14) ของ WIS.ADM. CODE กำหนดในเรื่องการกระทำที่ผิดต่อวิชาชีพว่า การกระทำดังต่อไปนี้ถือเป็นการละเมิดมาตรฐานวิชาชีพ -----

มาตรา 450.11(1), STATS กำหนดว่า

(1) การจำหน่ายยา

ห้ามผู้ใดจำหน่ายยา หรืออุปกรณ์การแพทย์ เว้นแต่ได้รับใบสั่งยาจากแพทย์ ใบสั่งยาจะต้องกำหนดวันที่ออก ชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วย ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ ชื่อและปริมาณของยา คำแนะนำการใช้ยา ใบสั่งยาที่กระทำเป็นลายลักษณ์อักษรจะต้องมีการลงนามของแพทย์ การสั่งยาด้วยวาจาจะต้องมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรโดยเภสัชกรทันที -----

(14) การมีส่วนร่วมในการแข่งขันกันลดราคา หรือการจัดสรรส่วนแบ่งรายได้กับแพทย์ หรือกับสถานพยาบาล<sup>35</sup>

<sup>35</sup> WISCONSIN ADM. CODE PHAR 10.03(14)

PHAR 10.03 Unprofessional Conduct. The following are violations of standard of professional conduct: ----

(14) Participating in rebate or fee-splitting arrangements with physicians or with health care facilities.

ใบสั่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์มีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับใบสั่งยาเป็นลายลักษณ์อักษรตามปกติ เพียงแต่ไม่มีลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ คณะกรรมการกล่าวหาว่า มาตรา 450.11(1) ไม่ได้กล่าวถึงการสั่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์ (ELECTRONIC TRANSMISSION) เพียงแต่กล่าวถึงการสั่งยา (PRESCRIPTION ORDER) ว่า “คำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรหรือทางวาจาของแพทย์ (“A WRITTEN OR ORAL BY A PHYSICIAN FOR A DRUG OR DEVICE FOR A PARTICULAR PATIENT”) คณะกรรมการมีความเห็นว่า การสั่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์มีผลเท่ากับการสั่งยาเป็นลายลักษณ์อักษร จึงต้องมีการลงลายมือชื่อของแพทย์และการจัดคอมพิวเตอร์โปรแกรม เพื่อการสั่งยาดังกล่าวเป็นการผิดกฎหมายในเรื่องการแข่งขันลดราคา “REBATE” เพราะว่า WALGREEN ได้รับผลประโยชน์ทางการเงินจากการจัดให้มีคอมพิวเตอร์แก่แพทย์ คณะกรรมการจึงมีคำสั่งปรับ WALGREEN \$89,200

อย่างไรก็ตาม ศาล CIRCUIT COURT มีคำตัดสินในทางตรงข้ามกับคำตัดสินของคณะกรรมการ โดยศาลตีความว่าการสั่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์มีลักษณะเป็นการสั่งยาทางโทรศัพท์มากกว่า ซึ่งกรณีดังกล่าวไม่จำเป็นต้องมีการลงลายมือชื่อของแพทย์ และศาลได้ยกในเรื่อง WALGREEN ฝ่าฝืนการแบ่งปันผลประโยชน์กับแพทย์ เพราะว่า คณะกรรมการไม่ได้มีการกำหนดมูลค่าผลประโยชน์ที่อ้างว่า WALGREEN และแพทย์ได้รับ

คณะกรรมการได้อุทธรณ์คำพิพากษามายังศาลสูง โดยยืนยันว่า STATS มาตรา 450.11(1) กำหนดไว้เฉพาะการสั่งยาเป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นวาจา การสั่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์มีลักษณะเป็นการสั่งยาที่มีเนื้อหาเป็นลายลักษณ์อักษร (TEXTUAL) กล่าวคือ มีการพิมพ์ข้อความที่เครื่องคอมพิวเตอร์จากผู้ส่ง และอ่านได้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ของผู้รับ ดังนั้น การสั่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์ดังกล่าวที่ไม่มีการลงลายมือชื่อของแพทย์ผู้สั่งยาจึงฝ่าฝืน มาตรา 450.11(1)

ศาลสูงกำหนดมาตรฐานการพิจารณาว่ามีข้อแตกต่างกันในเรื่องมาตรฐานที่เหมาะสมของการตัดสินของคณะกรรมการ คณะกรรมการยืนยันว่าในการตีความกฎหมายและกฎเกณฑ์ของคณะกรรมการจะต้องได้รับการยอมรับปฏิบัติตาม แต่ WALGREEN ได้แย้งว่า WALGREEN ไม่จำเป็นต้องยอมรับคำตัดสินนั้น ศาลกล่าวว่าในการตีความและใช้บังคับกฎหมายเป็นสิ่งที่ศาลต้องตัดสิน แต่ก็มี ความสำคัญที่ต้องปฏิบัติตามแนววินิจฉัยของหน่วยงานบริหาร (ADMINISTRATIVE AGENCY) โดยเฉพาะในกรณีดังนี้

1. ในการบัญญัติกฎหมายได้กำหนดให้หน่วยงานบริหาร บังคับใช้กฎหมายในการบริหารที่มีการโต้แย้งกัน
2. การตีความของหน่วยงานบริหารนั้นมีความต่อเนื่องยาวนาน (LONG-STANDING)
3. หน่วยงานบริหารได้ตีความโดยใช้ความรู้ความชำนาญพิเศษ
4. การตีความของหน่วยงานบริหารทำให้เกิดแบบฉบับเดียวกันที่สม่ำเสมอ (UNIFORMITY AND CONSISTENCY) ในการใช้กฎหมาย

ซึ่งในกรณีดังกล่าวข้างต้น ศาลจะต้องยืนยันการตีความของหน่วยงานบริหารในการใช้กฎหมายอย่างมีเหตุผล แม้ว่าจะมีทางเลือกตีความอย่างอื่นได้ซึ่ง อาจมีเหตุผลมากกว่า



อย่างไรก็ตาม ศาลจะให้ความสำคัญน้อยในการตีความการใช้กฎหมายของหน่วยงานบริหาร ในกรณีที่หน่วยงานนั้นยังไม่ค่อยมีประสบการณ์ในเรื่องที่เป็นปัญหา และไม่มีการพัฒนาความชำนาญเป็นพิเศษ อันจะทำให้หน่วยงานบริหารนั้นอยู่ในสถานะที่จะตีความและใช้กฎหมายได้ดีกว่าศาล ซึ่งในกรณีดังกล่าวศาลก็ยังให้ความสำคัญในการตีความของหน่วยงานบริหารอย่างเป็นธรรม (DUE-WEIGHT DEFERENCE) หากมีเหตุผลที่ดีแม้ว่าการตีความอีกทางหนึ่งอาจมีน้ำหนักเช่นเดียวกัน แต่หากการตีความอีกทางหนึ่งมีเหตุผลดีกว่า การตีความของหน่วยงานบริหารแล้ว ศาลก็จะใช้การตีความที่มีเหตุผลดีกว่าบังคับ

ดังนั้น เมื่อในประเด็นนี้เป็นกรณีปัญหาที่คณะกรรมการเพียงจะมีประสบการณ์ และไม่สามารให้คำแนะนำที่เสถียรได้ ศาลจึงไม่จำเป็นต้องยอมรับตามการตีความของคณะกรรมการ คดีนี้เป็นคดีแรกของการพิจารณาของคณะกรรมการในเรื่องการส่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์จากแพทย์ไปยังเภสัชกร การส่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์มีลักษณะคล้ายกับการส่งยาทางวาจา (โทรศัพท์) มากกว่า ซึ่งตามกฎหมายไม่จำเป็นต้องมีการลงลายมือชื่อของแพทย์ การส่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์เป็นการป้อนข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรเข้าคอมพิวเตอร์ จากนั้นข้อมูลจะถูกส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ไปยังปลายทาง มีลักษณะคล้ายกับการส่งยาทางโทรศัพท์หรือทางแฟกซ์มากกว่า (เคยมีการวินิจฉัยของคณะกรรมการครั้งหนึ่งในกรณีก่อนหน้านี้ว่าการส่งยาทางแฟกซ์ มีลักษณะเหมือนการส่งยาทางโทรศัพท์ จึงไม่ต้องมีลายมือชื่อแพทย์)

คณะกรรมการอ้างต่อศาลว่าด้วยเหตุผลของความปลอดภัย คณะกรรมการไม่อาจพิจารณาไปได้ว่าการส่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์มีลักษณะเช่นเดียวกับการส่งยาทางโทรศัพท์ ทั้งนี้เพราะการส่งยาทางโทรศัพท์นั้นเภสัชกรสามารถจดจำเสียงของแพทย์ผู้ส่งยาได้ แต่การส่งยาทางคอมพิวเตอร์นั้นไม่อาจระบุผู้ส่งยาได้ และข้อมูลอาจอยู่ในมือของผู้อื่นก็ได้ (แต่คณะกรรมการไม่มีข้อมูลสนับสนุนการกล่าวอ้างดังกล่าว)



ศาลเห็นว่า การสั่งยาทางคอมพิวเตอร์มีข้อดีมากกว่าการสั่งยาทางโทรศัพท์ เพราะว่า การสั่งยาทางโทรศัพท์เภสัชกรต้องบันทึกคำสั่งนั้นเป็นลายลักษณ์อักษรอีกครั้ง แต่การสั่งยาทางคอมพิวเตอร์จะลดความเสี่ยงในการบันทึกผิดพลาด เพราะเครื่องรับจะปรากฏคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรนอกจากนี้การสั่งยาทางคอมพิวเตอร์เอื้อประโยชน์หลายประการ ได้แก่ ประหยัดเวลาของทั้งแพทย์และเภสัชกร ชะจัดปัญหาเรื่องการทำที่ต้องตีความลายมือเขียนของแพทย์ และจัดปัญหาที่ผู้ป่วยอาจแก้ไขคำสั่งยาของแพทย์ ศาลสูงจึงเห็นด้วยกับ CIRCUIT COURT ที่กลับคำตัดสินของคณะกรรมการที่ตัดสินว่า WALGREEN ผ่าฝืนมาตรา 450.11(1), STATS

ในส่วนข้อกล่าวหาในเรื่อง WALGREEN มีการแบ่งปันผลประโยชน์กับแพทย์ในโครงการที่ใช้การสั่งยาทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งฝ่าฝืน WIS. ADM. CODE PHAR 10.03(14) ศาลสูงเห็นด้วยกับ CIRCUIT COURT กฎหมายไม่ได้กำหนดความหมายของคำว่า แบ่งผลประโยชน์ “FEE-SPLITTING” หรือแข่งกันลดราคา “REBATE” เนื่องจากไม่มีคำนิยามตามกฎหมาย จึงต้องดูความหมายทั่วไปในพจนานุกรม ซึ่งคณะกรรมการก็อ้างอิงนิยามตามพจนานุกรมเช่นกัน

ข้อเท็จจริงคือ มีการจัดหาคอมพิวเตอร์ให้แพทย์เพื่อมีส่วนร่วมในโปรแกรม แต่ไม่ปรากฏว่าแพทย์ได้ใช้คอมพิวเตอร์เพื่อวัตถุประสงค์อื่น หรือมีการแบ่งเงินหรือผลประโยชน์จากการสั่งยาในโปรแกรมอย่างไร การมีส่วนร่วมของแพทย์ในโปรแกรมอาจเกิดประโยชน์แก่ WALGREEN มากกว่ามูลค่าตลาดของเครื่องคอมพิวเตอร์ เนื่องจากทำให้ WALGREEN สามารถศึกษาความเป็นไปได้ (FEASIBILITY) ในการขยายผลต่อไป ดังนั้นเมื่อไม่มีข้อมูลสนับสนุนว่าแพทย์ได้รับผลประโยชน์อย่างไร หรือ WALGREEN ได้รับผลประโยชน์อะไรจากแพทย์ ข้อกล่าวอ้างของคณะกรรมการจึงไม่มีมูล ศาลสูงยืนตามคำตัดสินของ CIRCUIT COURT

นอกจากนี้ มีตัวอย่างการวินิจฉัยและลงโทษแพทย์ในฐานะประพฤติผิดต่อวิชาชีพ (UNPROFESSIONAL CONDUCT) โดยคณะกรรมการแพทย์ของแต่ละรัฐ ความผิดดังกล่าวส่วนใหญ่เกิดจากการที่แพทย์มีการสั่งยาทางอินเทอร์เน็ตแก่ผู้ป่วยโดยไม่มีการพบผู้ป่วยก่อน เช่น<sup>36</sup>

- มลรัฐอิลลินอยส์ กรมควบคุมวิชาชีพ (DEPARTMENT OF PROFESSIONAL REGULATION) ได้ระงับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของ DR. ROBERT FILICE จากการที่เขาสั่งยา VIAGRA แก่ผู้ป่วยที่เขาไม่เคยพบมาก่อน ต่อมาแพทย์ดังกล่าวยอมรับผิดจึงถูกปรับ 1,000 ดอลลาร์และได้รับคืนใบอนุญาตแต่อยู่ภายใต้ทัณฑ์บน 2 ปี โดยถูกห้ามสั่งจ่ายยาโดยไม่ได้มีการสัมภาษณ์ หรือตรวจสอบผู้ป่วย
- มลรัฐวอชิงตัน คณะกรรมการสาธารณสุข (BOARD OF HEALTH) สั่งปรับศัลยแพทย์ 500 ดอลลาร์ ในความผิด UNPROFESSIONAL CONDUCT โดยการสั่งจ่ายยา VIAGRA โดยไม่มีการตรวจร่างกาย
- มลรัฐแคลิฟอร์เนีย STATE REGULATOR ได้สั่งปิดเว็บไซต์ 2 เว็บ ได้แก่ [www.drpropecia.com](http://www.drpropecia.com) และ [www.deyarman-medical.com](http://www.deyarman-medical.com) จะยึดใบอนุญาตและปรับแพทย์ที่ควบคุมเว็บไซต์ในฐานะที่สั่งจ่ายยารักษาโรคศรัษะล้าน โดยไม่มีการตรวจสอบทางการแพทย์ก่อน
- มลรัฐแคนซัส ATTORNEY GENERAL ยื่นฟ้อง 7 บริษัท ซึ่งขายยาที่ต้องมีใบสั่งยา (PRESCRIPTION-ONLY DRUGS) ทางอินเทอร์เน็ต โดยกล่าวว่า เป็นการกระทำผิดกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค และเป็นการสั่งจ่ายโดยแพทย์หรือเภสัชกรที่ไม่มีใบอนุญาตของรัฐ หากพบว่ามีความผิดบริษัทอาจต้องถูกปรับระหว่าง 5,000 ถึง 10,000 ดอลลาร์

<sup>36</sup> Center for Telemedicine Law, "Online Prescriptions by Physicians Undergoing Increased Scrutiny", July 19, 1999.

- มลรัฐมิสซูรี ATTORNEY GENERAL มีคำสั่งระงับชั่วคราว บริษัทฯที่มีฐานในรัฐเท็กซัส ไม่ให้มีการขายยาที่ต้องมีใบสั่งทางอินเทอร์เน็ตแก่ผู้บริโภคในรัฐมิสซูรี ซึ่งถือเป็นการละเมิดกฎหมายของรัฐมิสซูรี โดยไม่มีใบอนุญาตในการจ่ายยา และการให้คำปรึกษา ONLINE
- มลรัฐโอไฮโอ อัยการรัฐได้ฟ้องแพทย์ 64 ข้อหา ในการจ่ายยาทางอินเทอร์เน็ต โดยไม่มีการพบผู้ป่วย และถือเป็นผู้คนแรกของรัฐที่โดนข้อหานี้
- มลรัฐแมริแลนด์ แพทย์ถูกดำเนินคดี 34 ข้อหา ฐานสั่งยาลดความอ้วนทางอินเทอร์เน็ต โดยผิดกฎหมาย
- มลรัฐเนวาด้า คณะกรรมการตรวจสอบทางการแพทย์ (BOARD OF MEDICAL EXAMINERS) ได้มีคำสั่งห้ามการขายยาทางอินเทอร์เน็ต เว้นแต่แพทย์จะได้พบผู้ป่วยแล้ว
- มลรัฐโคโลราโด มีคำสั่งห้ามศัลยแพทย์ยุ่งเกี่ยวกับ UNPROFESSIONAL CONDUCT โดยการสั่งยาทางอินเทอร์เน็ต
- มลรัฐวายโอมิ่ง สั่งห้ามเว็บไซต์ยุติการขายยาภายในรัฐ
- มลรัฐออริโซนา มีความพยายามที่จะยุติแพทย์ทางอินเทอร์เน็ตจากนอกรัฐ และต่างประเทศที่กระทำธุรกิจกับประชาชนของรัฐ

นอกจากความรับผิดทางแพ่งของแพทย์ทางโทรเวชกรรมแล้ว แพทย์ยังต้องมีความรับผิดทางวิชาชีพ (PROFESSIONAL LIABILITY) เพราะโดยปกติทั่วไปแล้วการประกอบวิชาชีพใด ๆ ย่อมต้องมีกฎหมายควบคุมวิชาชีพนั้น ๆ โดยเฉพาะปกติทั่วไปแล้วการประกอบวิชาชีพ การดูแลความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพ รวมทั้งมีอำนาจสอบสวนลงโทษที่ละเมิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ แพทย์ก็เช่นเดียวกันโดยทั่วไป แล้วกฎหมายที่ควบคุมได้แก่กฎหมายวิชาชีพเวชกรรม โดยมีหน่วยงานแพทยสภาทำหน้าที่ควบคุมดูแล และลงโทษตามความผิดของกฎหมายวิชาชีพของตน

#### 4.3 หลักความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (INFORMED CONSENT)

ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว หมายถึง ความยินยอมของผู้ป่วยที่ยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ กระทำต่อร่างกายของตนตามกรรมวิธีของการประกอบวิชาชีพแต่ละประเภทนั้นโดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายหรือบอกกล่าวให้เข้าใจว่าการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพนั้นมีวัตถุประสงค์อย่างไร รายละเอียดของการกระทำมีอะไรบ้าง และผลที่เกิดต่อผู้ป่วยในภายหลังจะเป็นอย่างไร ตลอดจนอันตรายและผลร้ายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นมีมากน้อยเพียงใด และผู้ประกอบวิชาชีพมีหน้าที่ต้องอธิบายหรือบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบ<sup>37</sup> ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวได้มีพัฒนาการมาจากหลักในเรื่องปัจเจกบุคคล ซึ่งแสดงถึงความเชื่อถือว่าปัจเจกบุคคลมีสิทธิที่จะเป็นอิสระจากการแทรกแซงที่ไม่ได้รับความยินยอม และจากหลักศีลธรรมพื้นฐานว่าการจะบังคับให้ใครทำอะไรที่ขัดกับเจตจำนงของเขาถือเป็นความผิด หลักการนี้แสดงไว้โดยผู้พิพากษา CARDOZO ในคดี SCHOENDORF V SOCIETY OF NEW YORK HOSPITAL, 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92 (1914)<sup>38</sup> ในการที่ผู้ป่วยจะพิจารณาให้ความยินยอมหรือไม่ ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่พอเพียงในการตัดสินใจจากแพทย์ผู้ทำการรักษาดังนั้นแพทย์จึงมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ข้อดีข้อเสีย และผลกระทบต่าง ๆ จากการรักษาแก่ผู้ป่วย ข้อมูลที่แพทย์ต้องแจ้งแก่ผู้ป่วยมี 3 มาตรฐานดังนี้<sup>39</sup>

<sup>37</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, นิติเวชศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 5, สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, พ.ศ. 2532, หน้า 133

<sup>38</sup> Barry R. Furrow, Sandra H. Johnson, Timothy S. Jost, and Robert L. Schwartz, Health Law : Case, Materials and Problems (2nd. Ed), West Publishing Co., Min 1991, P. 321

<sup>39</sup> Barry R. Furrow, Thomas L. Greaney, Sandra H. Johnson, Timothy Staltzfus Jost, Robert L. Schnartz, "Health Law", West Publishing Co., St. Paul, Minno, 1995, P. 268.

ก. มาตรฐานของแพทย์ มาตรฐานนี้อาศัยมาตรฐานตามปกติทั่วไปของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ (REASONABLE MEDICAL PRACTITIONER) หรือวิญญูแพทย์<sup>40</sup> ในกรณีหรือสถานการณ์ใกล้เคียงกัน<sup>41</sup>ซึ่งมีเหตุผลสนับสนุนมาตรฐานนี้ 3 ประการคือ

ประการแรก มาตรฐานคุ้มครองการทำงานของแพทย์ เนื่องจากหน้าที่สำคัญของแพทย์คือ การรักษา เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย แพทย์ไม่ควรที่ต้องมีความวิตกกังวลในความเสี่ยงว่าการรักษาที่ไม่ได้แจ้งล่วงหน้าจะถือเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสมของแพทย์<sup>42</sup>

ประการที่สอง แพทย์ต้องเสียเวลาอันไม่จำเป็นในการปรึกษากับผู้ป่วยในความเสียหายทุก ๆ ประเภทอันอาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ทำให้แพทย์ขาดความยืดหยุ่นในการรักษาซึ่งแพทย์จำเป็นต้องมีในการเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุด

ประการที่สาม แพทย์ที่ทำการรักษาเท่านั้นที่สามารถประเมินผลกระทบและความเสี่ยงต่าง ๆ อันอาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ดังนั้น มาตรฐานการแจ้งข้อมูลควรเป็นมาตรฐานของแพทย์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>40</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ "เปรียบเทียบความรับผิดเพื่อละเมิดจากการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ตามกฎหมายคอมมอนลอร์ และกฎหมายไทย" บทบัณฑิต, กันยายน 2536, หน้า 58.

<sup>41</sup> คดี Smith V. Weaver, 407 N. W. 2 d. 174 (Neb. 1987)

<sup>42</sup> คดี Wooley V. Handersen, 418 A 2 d. 1123 (Me. 1980)

จากเหตุผลสนับสนุนดังกล่าว ทำให้มาตรฐานนี้เป็นที่ยอมรับมากกว่า 25 รัฐ ของสหรัฐอเมริกา<sup>43</sup>

- ข. มาตรฐานของผู้ป่วยทั่วไป มาตรฐานนี้กำหนดจากมาตรฐานผู้ป่วยตามปกติทั่วไป (REASONABLE PATIENT) หรือผู้ป่วยที่เป็นวิญญูชนทั่วไปศาลสูงของรัฐ SOUTH DAKOTA ตัดสินว่าการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์อาจขัดกับความต้องการของผู้ป่วยก็ได้ ดังนั้น หลักการสำคัญคือแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องแจ้งข้อมูลต่าง ๆ ที่สำคัญเกี่ยวกับการรักษาทั้งหมดแก่ผู้ป่วย<sup>44</sup>

ผลจากการใช้มาตรฐานของผู้ป่วยเป็นตัวกำหนดมาตรฐานการเปิดเผยข้อมูลของแพทย์แก่ผู้ป่วยคือ การลดภาระการนำสืบของผู้ป่วยที่เป็นโจทก์ เนื่องจากในกระบวนการพิสูจน์ความจริงแพทย์อาจถือได้ว่าปฏิบัติหน้าที่ไม่เหมาะสมหากการปฏิบัติหน้าที่นั้นไม่ได้แจ้งแก่ผู้ป่วยก่อน มีบางกรณีที่ต้องนำสืบพยานเชี่ยวชาญอาจมีในกรณีที่ต้องการพิสูจน์ว่าความเสี่ยงดังกล่าวนั้นแพทย์ควรจะได้รู้ แต่ในหลาย ๆ รัฐของสหรัฐอเมริกาไม่จำเป็นต้องนำพยานเชี่ยวชาญมาสืบ

นอกจากนี้ยังมีผู้เห็นว่าแพทย์ไม่มีหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย และการให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเองเป็นการแสดงความบริสุทธิ์ของแพทย์ว่าแพทย์มิได้คำนึงถึงผลประโยชน์ของแพทย์เองมาเป็นปัจจัยในการเลือกวิธีรักษาให้ผู้ป่วย<sup>45</sup>

<sup>43</sup> ตัวอย่าง เช่น คดี Fain v. Smith, 479 So. 2d. 1150 (Ala. 1985), The Florida Bar; Re Standard Jury Inst. - Civil, 459 So. 2d 1023 (Fla 1984) และ Ala. Code 6-5-484 (1990).

<sup>44</sup> คดี Wheeldon v. Madison, 374 N.W. 2d. 367, 375 (S.D. 1985) และคดี Festa v. Greenberg, 511 A. 2d. 1371 (Pa. Super, 1986)

<sup>45</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ "เปรียบเทียบความรับผิดชอบเพื่อละเมิดจากการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ตามกฎหมายคอมมอนลอว์ และกฎหมายไทย" บทบัณฑิต, กันยายน 2536, หน้า 53.



ค. มาตรฐานของผู้ป่วยโดยเฉพาะ (SUBJECTIVE PATIENT STANDARD) มาตรฐานที่แพทย์ต้องแจ้งข้อมูลในกรณีนี้ไม่ค่อยเป็นที่ยอมรับในศาลของสหรัฐอเมริกาเท่าไร เพราะเกรงว่าผู้ป่วยอาจอ้างได้ว่าข้อมูลที่แพทย์ไม่แจ้งนั้นจริง ๆ แล้วมีความสำคัญมากต่อผู้ป่วย และหากเขาได้ทราบข้อมูลนั้นล่วงหน้าเขาอาจไม่รับการรักษาก็ได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยก็สามารถให้การได้ว่าเขาจะทำหรือไม่ทำอะไรหากได้รับการแจ้งข้อมูลโดยครบถ้วน เพราะถือเป็นประเด็นที่ไม่อาจละเลยได้และศาลก็จะอนุญาต<sup>46</sup>

นอกเหนือจากมาตรฐานที่แพทย์ต้องเปิดเผยหรือแจ้งแก่ผู้ป่วยแล้ว การแจ้งข้อมูลของแพทย์ตัวผู้ป่วยควรมีองค์ประกอบดังนี้<sup>47</sup>

- ก. การวินิจฉัย (DIAGNOSIS) แพทย์จะต้องอธิบายการวินิจฉัยโรค รวมถึงขั้นตอนทางการแพทย์ต่าง ๆ ก่อนการวินิจฉัยโรคให้แก่ผู้ป่วย ในประเด็นนี้ไม่ค่อยเป็นปัญหาเพราะถือเป็นเรื่องพื้นฐานอยู่แล้วที่แพทย์ต้องแจ้งโดยปกติ
- ข. เนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการรักษา (NATURE AND PURPOSE OF TREATMENT) แพทย์ต้องอธิบายเนื้อหาของการรักษา ความเป็นไปได้ในผลสำเร็จ ในฐานะเป็นจุดมุ่งหมายของการรักษา
- ค. ความเสี่ยงจากการรักษา (RISKS) ความเสี่ยงจากการรักษาอาจถือได้ว่าเป็นข้อมูลที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่แพทย์ต้องเปิดเผยแก่ผู้ป่วย เช่น ความเสี่ยงในเรื่องผลข้างเคียงของยาแม้ว่าจะมีความเสี่ยงน้อยก็ตาม การพิจารณาความเสี่ยงนั้นพิจารณาถึงความเสี่ยงในผู้ป่วยรายนั้น ๆ ไม่ใช่การวิเคราะห์ความเสี่ยงโดยทั่วไป อย่างไรก็ตามศาลในสหรัฐอเมริกาเคยกำหนดว่า แพทย์ไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความเสี่ยงที่อยู่ห่างไกล เพราะว่าผู้ป่วยสามารถรู้ได้โดยปกติ เช่น ความเสี่ยงจากการติดเชื้อจากการผ่าตัด<sup>48</sup>

<sup>46</sup> Bourgeois V. Mc Donald, 622 So. 2d 684 (La. App. 1993)

<sup>47</sup> Barry R. Furrow, Thomas L. Greaney, Sandra H. Johnson, Timothy Staltzfus Jost, Robert L. Schnartz, Health Law, West Publishing Co., St. Paul, Minn, 1995, P. 270

<sup>48</sup> คดี Kissinger V. Lofgreen, 836 F. ed. 678, 681 (1 St. Cir 1988)

หน้าที่ของแพทย์ในการแจ้งถึงความเสี่ยงอาจมีมากขึ้นหากผู้ป่วยสอบถามถึงความเสี่ยงในกรณีใดเป็นกรณีพิเศษ ในกรณีดังกล่าวแพทย์จึงมีหน้าที่ต้องแจ้งเป็นพิเศษ และหากไม่แจ้งแพทย์ไม่อาจยกขึ้นต่อสู้ได้ว่าได้แจ้งความเสี่ยงอย่างเพียงพอแล้วแก่ผู้ป่วย<sup>49</sup>

- ง. ทักษะ ได้แก่ การเปิดเผยข้อมูลที่มีการเปรียบเทียบความสำเร็จจากการรักษาโดยเฉพาะในยุคที่มีการประเมินผลและพัฒนาการรักษา ข้อมูลที่เก็บจากผลลัพธ์จากการรักษาจะถูกนำมาใช้ในการเปรียบเทียบมากขึ้น ศาลของมลรัฐออริโชนาเคยวินิจฉัยว่า แพทย์ควรเปิดเผยสถิติของความสำเร็จในการรักษาในกระบวนการรักษานั้น ๆ โดยทั่วไปและประสิทธิภาพของแพทย์ในกระบวนการรักษานั้น<sup>50</sup> ดังนั้นหากมาเทียบเคียงในการรักษาด้วยโทรเวชกรรม แพทย์อาจต้องแสดงข้อมูลรวมทั้งประสิทธิภาพของแพทย์ในการรักษาทางโทรเวชกรรมแก่ผู้ป่วยด้วย ซึ่งในระยะหลัง ๆ มีการเปรียบเทียบข้อมูลผลการรักษาของแพทย์และโรงพยาบาลมากขึ้นตามข้อกำหนดของหลาย ๆ รัฐ ทำให้อาจเป็นไปได้ว่าการเปิดเผยอัตราความสำเร็จของแพทย์จะเป็นเรื่องบังคับ<sup>51</sup>
- จ. ทางเลือกอื่นในการรักษา แพทย์ต้องเปิดเผยทางเลือกในการรักษาโดยวิธีอื่นซึ่งเป็นที่ทราบกันในวงการแพทย์แก่ผู้ป่วย แม้ว่าทางเลือกอื่นนั้นจะมีอันตรายมากกว่า<sup>52</sup> หรือเป็นทางเลือกซึ่งแพทย์ดังกล่าวไม่สามารถกระทำได้<sup>53</sup>

## สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>49</sup> คดี Korman V. Mallin, 858 P. 2d. 1145 (Alaska, 1993)

<sup>50</sup> Hales V. Pitman 576 P. 2d 493 (Ariz. 1978)

<sup>51</sup> Linda Oberman, Rating Doctors-Penn. Joins Trend in Releasing Physician-Specific Mortality Data, A.M.A. News 2, 34, Dec. 7 1992.

<sup>52</sup> Gemme V. Goldberg, 626 A. 2d 318, 326 (Conn. App. 1993)

<sup>53</sup> Holt V. Nelson, 523 P 2d 221 (Wash. App 1974)

ฉ. อธิบายถึงผลกระทบหากผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับการรักษา นอกจากแพทย์จะต้องอธิบายผลกระทบจากการรักษาให้ผู้ป่วยแล้ว แพทย์ยังมีหน้าที่อธิบายผลกระทบของการที่ผู้ป่วยปฏิเสธไม่รับการรักษาด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีข้อมูลและชั่งน้ำหนักในการตัดสินใจ ซึ่งสิทธิในการตัดสินใจนี้เรียกว่า "สิทธิที่จะปฏิเสธรับการรักษาที่ได้รับการบอกกล่าว" หรือ "RIGHTS TO AN INFORMED REFUSAL" ศาลสูงในมลรัฐแคลิฟอร์เนียพิพากษาว่า แพทย์มีหน้าที่เปิดเผยผลกระทบจากการปฏิเสธรับการรักษาซึ่งแพทย์คิดว่าจำเป็นก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจไม่รับการรักษา<sup>54</sup>

ช. ผลประโยชน์ที่ขัดกัน (CONFLICT OF INTEREST) ในบางกรณีแพทย์อาจจำเป็นต้องเปิดเผยผลประโยชน์อันเป็นแรงจูงใจส่วนตัวของแพทย์แก่ผู้ป่วยในการรักษา เพราะเหตุว่า อาจมีการขัดกันทางผลประโยชน์ของแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยทราบผู้ป่วยอาจปฏิเสธการรักษาได้ เช่น แพทย์ซึ่งมีการวิจัยในเรื่องที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาอยู่แล้ว แพทย์อาจมีการทดลองรักษาอย่างอื่นเป็นพิเศษจากผู้ป่วย ซึ่งเอื้อประโยชน์ในการวิจัยมากกว่าประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ และผลประโยชน์ดังกล่าวเป็นของแพทย์โดยส่วนตัวซึ่งรวมถึงผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่แพทย์อาจได้รับจากการวิจัยดังกล่าว ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการตัดสินใจของแพทย์ในการรักษา ซึ่งต้องชั่งน้ำหนักระหว่างผลประโยชน์และความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะได้รับ แม้ว่าแพทย์อาจต้องการทดลองการรักษาแบบใหม่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการวิจัย ซึ่งอาจถือเป็นวิธีการที่สร้างสรรค์ (INNOVATION) หรือเป็นการทดลอง (EXPERIMENT) ซึ่งอาจเป็นการดีกับผู้ป่วยก็ได้ แต่การจะทำการรักษาดังกล่าวต้องเปิดเผยและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม มีบางกรณีที่แพทย์ไม่อาจได้รับความยินยอมในการรักษาจากผู้ป่วยก่อนได้ อันถือเป็นข้อยกเว้นหลักการได้รับความยินยอม ดังนี้

<sup>54</sup> 165. Rptr. 308, 611 P. 2d 902 (Cal. 1980)

- ก. กรณีฉุกเฉิน ได้แก่ กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้สติและจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยด่วน ศาลของสหรัฐตัดสินใจว่าแพทย์ไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอม บางศาลตัดสินว่าถือว่าแพทย์ได้รับความยินยอมโดยปริยายแล้ว
- ข. ถือว่าได้รับความยินยอมโดยปริยาย ได้แก่ กรณีที่ผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมในการรักษาไว้แล้ว ซึ่งอาจถือได้ว่าผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมในทุก ๆ ขั้นตอนการรักษาที่จำเป็น แม้ว่าวิธีการอาจแตกต่างจากที่กำหนดไว้ก็ตาม<sup>55</sup> แต่อย่างไรก็ตามแพทย์ควรจะอธิบายความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีการรักษาแก่ผู้ป่วยไว้ด้วย นอกจากนี้ตามหลัก "EXTENSION DOCTRINE" แพทย์อาจทำการรักษาเพิ่มเติมได้หากเพิ่งพบปัญหาและผู้ป่วยต้องได้รับการรักษา เช่น ในระหว่างผ่าตัดแพทย์อาจจำเป็นต้องขยายการผ่าตัดเนื่องจากปัญหาที่เพิ่งค้นพบ
- ค. การละสิทธิให้ความยินยอมของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจละสิทธิให้ความยินยอม เพราะว่า เชื่อถือแพทย์และให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจแทน หรือเพราะว่าผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการตัดสินใจ ซึ่งสามารถทำได้ตามกฎหมาย<sup>56</sup> หรือตามคำพิพากษาของศาลสหรัฐอเมริกา<sup>57</sup> อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยต้องมีอิสระและได้รับข้อมูลอย่างสมบูรณ์ในการตัดสินใจละสิทธิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>55</sup> คดี Kennedy V. Parrott, 90 S.E. 2d 754 (N.C. 1956)

<sup>56</sup> Alaska Stat. 09.55.556 (b)(2) (supp. 1989)

<sup>57</sup> คดี Arato V. Avedon 23 Cal Rptr. 2d 131, 858 P 2d 598 (Cal. 1993)

ง. ผลประโยชน์ทางการรักษาแก่ผู้ป่วย ได้แก่ กรณีที่หากต้องเปิดเผยข้อมูลบางประการแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจได้รับความกระทบกระเทือนทางร่างกายหรือจิตใจ แม้ว่าหลักการนี้ได้รับได้รับการโต้แย้งอย่างมากว่าขัดกับหลักการได้รับความยินยอม แต่ศาลส่วนใหญ่ก็รับฟังและมีกฎหมายในหลายรัฐยอมรับ<sup>58</sup>

ดังนั้นหากนำเอาหลักการข้างต้นมาประกอบการพิจารณาในการให้การรักษาทางโทรเวชกรรมแล้ว แพทย์จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกระบวนการวินิจฉัย และรักษาทางโทรเวชกรรมว่ามีกระบวนการอย่างไร เหตุใดจึงต้องรักษาทางโทรเวชกรรม ในการรักษาดังกล่าวมีความเสี่ยงมากน้อยเพียงใด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>58</sup> เช่น Alaska Stat, 09.55.556 (b)(4) (Supp. 1989)

Del Code tit, 18, 6852 (b)(3) (supp. 1989)

Min State Ann, 144.651 (9) (supp. 1990)

#### 4.4 หลักกฎหมายที่เกี่ยวกับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมข้ามแดน (LICENSURE)

โดยปกติแล้วแต่ละรัฐหรือประเทศจะมีหน่วยงานควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของตนเอง การประกอบวิชาชีพเวชกรรมข้ามรัฐโดยไม่มีใบอนุญาตของรัฐที่เข้าไปให้บริการอยู่นั้นปกติทำไม่ได้ เนื่องจากการให้บริการโทรเวชกรรมเป็นการให้บริการทางการแพทย์ที่อาศัยเทคโนโลยีช่วยอำนวยความสะดวกในการวิเคราะห์รักษาผู้ป่วยโดยแพทย์และผู้ป่วยไม่ต้องมีความสัมพันธ์แบบ FACE-TO-FACE RELATIONSHIP แพทย์และผู้ป่วยจึงอาจอยู่ห่างไกลกันหรือคนละเขตอำนาจรัฐก็ได้ ซึ่งหากเกิดการพิจารณาในเรื่องการต้องควบคุมการประกอบโทรเวชกรรม โดยการกำหนดให้แพทย์ที่จะประกอบโทรเวชกรรมต้องมีใบอนุญาต แต่ก็มีข้อพิจารณาว่าเนื่องจากการรักษาแบบโทรเวชกรรมนั้น FACE-TO-FACE RELATIONSHIP ไม่ถือเป็นสาระสำคัญ ดังนั้นแพทย์จึงอาจให้การรักษาได้ทุกที่ทั่วโลกที่เทคโนโลยีสามารถอำนวยความสะดวก และมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นเพียงพอ แต่การที่จะหนดให้แพทย์ต้องมีใบอนุญาตในทุกที่ที่แพทย์เข้าไปให้การักษาทางโทรเวชกรรม ย่อมเป็นอุปสรรคในการพัฒนาโทรเวชกรรม เพราะเป็นภาระแก่แพทย์อย่างยิ่งไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่าย ขั้นตอนทางกฎหมายต่าง ๆ ที่แตกต่างกันตามแต่ท้องถิ่น และบางครั้งแพทย์อาจไม่มีเวลาพอที่จะต้องขอใบอนุญาตในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินแพทย์ควรจะทำประการใด แต่หากจะพิจารณาอีกด้านหนึ่ง รัฐย่อมมีหน้าที่ในการดูแลผลประโยชน์ของประชาชนแห่งรัฐ ในกรณีที่ประชาชนเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาทางโทรเวชกรรมจากผู้เชี่ยวชาญจากอีกรัฐหนึ่ง รัฐจึงสามารถเข้ามากำหนดกฎเกณฑ์มาตรฐานด้วยกระบวนการที่ต้องได้รับใบอนุญาตประกอบโทรเวชกรรมจากรัฐได้ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของรัฐและของผู้ป่วย



ในสหรัฐอเมริกา FEDERATION OF STATE MEDICAL BOARD ได้ร่วมกันทำกฎหมายต้นแบบที่กำหนดกฎเกณฑ์ในการให้บริการโทรเวชกรรมข้ามรัฐ ในเดือนสิงหาคม 2539 กฎหมายต้นแบบนี้กำหนดให้แพทย์ที่จะให้บริการโทรเวชกรรมข้ามรัฐด้วยวิธีการทางเทคโนโลยีหรือวิธีอื่นใดต้องได้รับใบอนุญาตพิเศษจาก STATE MEDICAL BOARD ใบอนุญาตพิเศษดังกล่าวมีข้อกำหนดว่าหากแพทย์มีการให้บริการโทรเวชกรรมในอีกรัฐหนึ่งเป็น "ปกติหรือบ่อยครั้ง" แพทย์ต้องมีใบอนุญาตพิเศษนี้ และใบอนุญาตพิเศษจะไม่อนุญาตให้แพทย์เข้าไปให้การรักษาด้วยตัวเองแบบ FACE-TO-FACE ในรัฐอื่นเว้นแต่จะได้ใบอนุญาตแบบเต็มรูปหรือไม่มีข้อจำกัด<sup>59</sup>

อย่างไรก็ตาม ตามกฎหมายต้นแบบ MEDICAL BOARD ของแต่ละรัฐจะเป็นผู้กำหนดว่าอะไรถือเป็นการให้บริการโทรเวชกรรมที่เป็น "ปกติหรือบ่อยครั้ง" เช่นหากมีการให้บริการโทรเวชกรรมข้ามรัฐน้อยกว่าเดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า 1% หรือน้อยกว่า 10 รายต่อปี แพทย์อาจไม่ต้องได้ใบอนุญาตพิเศษก็ได้ นอกจากนี้ ในกรณีฉุกเฉิน แพทย์ก็ได้รับข้อยกเว้นไม่ต้องมีใบอนุญาตพิเศษเช่นกัน และแม้ว่ามีข้อกำหนดในเรื่องใบอนุญาตพิเศษในการให้บริการข้ามรัฐแล้ว แพทย์ผู้ให้บริการข้ามรัฐทางโทรเวชกรรมจะต้องอยู่ภายใต้กฎหมายวิชาชีพเวชกรรม (MEDICAL PRACTICE ACT) และภายใต้ MEDICAL BOARD ของแต่ละรัฐด้วย อย่างไรก็ตามยังไม่มีรัฐใดของสหรัฐอเมริกานำกฎหมายต้นแบบนี้ไปใช้<sup>60</sup>

ตั้งแต่ปี 2537 เป็นต้นมา 20 มลรัฐของสหรัฐอเมริกาได้ผ่านกฎหมายใบอนุญาตโทรเวชกรรมใช้บังคับแล้ว อย่างไรก็ตาม กฎหมายเหล่านั้นก็ได้รับการแก้ไขในบางประการ สรุปย่อของกฎหมายใบอนุญาตโทรเวชกรรมของ 20 รัฐดังกล่าวอยู่ใน 4.4.1

นอกจากนี้ มีอีกอย่างน้อย 10 รัฐมีร่างกฎหมายใบอนุญาตโทรเวชกรรมซึ่งอยู่ในระหว่างพิจารณา ดังมีสรุปย่อใน 4.4.2

<sup>59</sup> The Federation of State Medical Boards of the United States, Inc. "A Model Act to Regulate the Practice of Medicine Across State Lines", Eules, April 1996

<sup>60</sup> Linda Gobis, "An Overview of State Laws and Approaches to Minimize Licensure Barriers", Telemedicine Today Magazine, Vol 5 #6, Vol 6#1

4.4.1 เกณฑ์ทางกฎหมายในเรื่องใบอนุญาตโทรเวชกรรมข้ามรัฐ

ข้อกำหนดใบอนุญาตของรัฐ	คำจำกัดความของคำว่าการให้การรักษ	มาตรฐานสำหรับใบอนุญาตของแพทย์นอกรัฐ	ข้อกำหนดเป็นพิเศษ
รัฐอลาบามา 341 (มีผล 1 ก.ค. 40)	การทำความเข้าใจทางการแพทย์เป็นเอกสารหรือลายลักษณ์อักษร เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยในรัฐอลาบามา โดยแพทย์จากนอกรัฐ โดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีอื่นจากการส่งข้อมูลของคนไข้ภายในรัฐอลาบามา และรวมถึงการให้การรักษผู้ป่วยในรัฐอลาบามา โดยแพทย์จากนอกรัฐ โดยผ่านการส่งข้อมูลคนไข้ โดยทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีอื่น	วางข้อกำหนดโดยทั่วไปของการรักษาผู้ป่วยข้ามรัฐ (เช่น การให้การรักษ 10 ครั้ง หรือมากกว่าใน 1 ปีปฏิทิน หรือการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย 10 คน หรือมากกว่าใน 1 ปีปฏิทิน หรือการให้การรักษามากกว่า 1% ของการรักษาทั้งหมดของแพทย์) และรวมถึงการให้คำปรึกษาอย่างไม่เป็นทางการ โดยได้รับค่าตอบแทนหรือโดยการทำความเข้าใจเป็นลายลักษณ์อักษร	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อยกเว้น               <ol style="list-style-type: none"> <li>ก. การให้คำปรึกษาอย่างไม่เป็นทางการโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือไม่มีการทำงานเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการวินิจฉัย หรือการให้การรักษของแพทย์จากนอกรัฐ</li> <li>ข. การให้การรักษทางการแพทย์ข้ามรัฐ โดยไม่เป็นปกติธุระ</li> <li>ค. การแพทย์ฉุกเฉิน</li> </ol> </li> <li>2. อนุญาตแก่ใบอนุญาตเป็นกรณีพิเศษ ในการให้การรักษทางการแพทย์ข้ามรัฐ</li> <li>3. ภายใต้เงื่อนไขผู้ถือใบอนุญาต โดยวัตถุประสงค์เป็นพิเศษโดยการพิจารณาของคณะกรรมการแพทย์ของรัฐอลาบามา</li> </ol>

ข้อกำหนด ใบอนุญาตของรัฐ	คำจำกัดความของคำว่าการให้การรักษา	มาตรฐานสำหรับใบอนุญาต ของแพทย์นอกรัฐ	ข้อกำหนดเป็นพิเศษ
รัฐอริโซนา REV STAT ANN 32-1401 และ 32-1402 (2539)	การวินิจฉัย การบำบัดรักษา หรือการแก้ไข หรือความ พยายาม หรือแสดงว่าสามารถ ในการวินิจฉัย บำบัด หรือ แก้ไข โรคของมนุษย์ อุบัติเหตุ ความเจ็บป่วย ความทุพพล- ภาพ ความพิการทางร่างกาย หรือจิตใจโดยตรง หรือภาพ จำลอง โดยวิธีการใด ๆ เครื่องมือใด ๆ	ข้อกำหนดเพื่อการรักษาผู้ป่วย ทุกชนิด รวมถึงการให้คำ ปรึกษาบ่อยครั้ง	1. ข้อยกเว้น  ก. การให้คำปรึกษา วินิจฉัยเพียงครั้งเดียว หรือไม่สม่ำเสมอของ ผู้ป่วยเฉพาะราย
รัฐอริโซนา REV STAT ANN 36-3601 ถึง 36-3603	การให้การรักษา ดูแลสุขภาพ อนามัย การวินิจฉัย การให้ คำปรึกษา การบำบัดรักษา การโอนข้อมูลและการศึกษา ทางการแพทย์โดยสื่อทางภาพ เสียงและข้อมูล	ข้อกำหนดสำหรับการรักษา ทั้งหมด รวมถึงการให้คำ ปรึกษาบ่อยครั้ง	2. ต้องมีความยินยอมของ ผู้ป่วย เป็นลายลักษณ์ อักษร หรือเป็นวาจา  3. ต้องระบุถึงการให้การักษา ทางโทรเวชกรรมโดย ชัดแจ้ง
รัฐแคลิฟอร์เนีย กฎหมายธุรกิจและ วิชาชีพ 2290.5 และกฎหมาย สุขภาพและความ ปลอดภัย 137.13 (มีผล 4/กย/39)	การให้การรักษา ดูแลสุขภาพ อนามัย การวินิจฉัยการให้ คำปรึกษา การบำบัด การโอน ข้อมูลและการศึกษาทางการ แพทย์ โดยสื่อทางภาพ เสียง และข้อมูล  แต่การสนทนาทางโทรศัพท์ และอี-เมลล์ ไม่ถือเป็นการรักษา ทางโทรเวชกรรม	การใช้การรักษาทางโทรเวช- กรรมโดยตรงแก่ผู้ป่วย	1. ต้องมีความยินยอมของ ผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร หรือทางวาจา  2. ข้อยกเว้นการรักษาข้ามรัฐ สำหรับ  ก. การให้คำปรึกษา ข. เหตุฉุกเฉิน ค. ผู้ป่วยของหน่วยงาน แก้ไขความประพฤติ

ข้อกำหนด ใบอนุญาตของรัฐ	คำจำกัดความของคำว่าการให้การรักษา	มาตรฐานสำหรับใบอนุญาต ของแพทย์นอกรัฐ	ข้อกำหนดเป็นพิเศษ
<p>รัฐโคโรลาโด REV STAT 12-36-106 (3) (2539)</p>		<p>การให้การดูแลแก่ผู้ป่วยที่ไม่ใช่ การกระทำบางครั้งบางคราว หรือถ้าแพทย์ได้ใช้โรงพยาบาล ในรัฐโคโรลาโดสม่ำเสมอ หรือ มีการจัดตั้งสำนักงานหรือ สถานที่อื่น ๆ เพื่อการบริการ ผู้ป่วยในรัฐอย่างเป็นทางการ</p>	<p>3. ผู้ให้การรักษาจากรัฐอื่น ไม่อาจมีอำนาจสูงสุดในการ ดูแลรักษาหรือวินิจฉัย ผู้ป่วย</p> <p>ข้อยกเว้น</p> <p>ก. เหตุฉุกเฉิน ข. ไม่ใช่ปกติธุระ</p>
<p>รัฐฟลอริดา STAT ANN 458.3255 และ 458.303 (WEST 2540) มีผล กค./1/32)</p>	<p>ไม่ได้รวมถึงการให้การรักษา โดยผ่านโทรคมนาคม นอกจาก ภาพจำลองทางอิเล็กทรอนิกส์</p>		
<p>รัฐจอร์เจีย CODE ANN 43-34-31.1 (2540)</p>	<p>บุคคลผู้ซึ่งอยู่ในอีกรัฐหนึ่งหรือ หรืออีกประเทศหนึ่ง และบุคคล ผู้กระทำการเกี่ยวกับการให้ บริการดูแลรักษาผู้ป่วยในรัฐ จอร์เจีย โดยวิธีการใด ๆ รวมถึง ภาพรังสีทางอิเล็กทรอนิกส์หรือ โดยวิธีการใด ๆ ทางโทร- คมนาคมเพื่อเป็นสื่อข้อมูลทาง</p>	<p>การให้การดูแลรักษาทุกชนิด แก่ผู้ป่วยและการให้คำปรึกษา อย่างเป็นทางการสม่ำเสมอ</p>	<p>1. แพทย์ผู้ทำการรักษาจาก รัฐอื่นหรือจากต่างชาติ ไม่อาจมีอำนาจเด็ดขาด ในการดูแลรักษาหรือการ วินิจฉัยเบื้องต้นของผู้ป่วย ในรัฐจอร์เจีย</p> <p>2. ข้อยกเว้น</p>

ข้อกำหนด ใบอนุญาตของรัฐ	คำจำกัดความของคำว่า การให้การรักษา	มาตรฐานสำหรับใบอนุญาต ของแพทย์นอกรัฐ	ข้อกำหนดเป็นพิเศษ
รัฐฮาวาย REV STAT 453-2 (2540)	<p>การแพทย์ รวมถึงการใช้ กระบวนการทางภาพจำลอง หรือการเตรียมวัตถุทาง พยาธิวิทยา เพื่อการตรวจสอบ ซึ่งมีผลในการวินิจฉัยหรือ บำบัดโรคของผู้ป่วย</p> <p>รวมถึงการให้การบำบัดรักษา ด้วยบุคคล ทางไปรษณีย์ ทางอิเล็กทรอนิกส์ ทางโทรศัพท์ ทางสื่อใยแก้ว หรือการให้คำ ปรึกษาทางโทรเวชกรรมอื่น ๆ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกชนิด ซึ่งแพทย์จากนอกรัฐเป็น ผู้ดำเนินการ</li> <li>2. เปิดสถานทำการในรัฐ ฮาวาย</li> <li>3. กำหนดสถานที่เพื่อพบ ผู้ป่วยในรัฐฮาวาย</li> <li>4. รับสายเรียกในรัฐฮาวาย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ก. การให้การปรึกษาข้าม รัฐ (โดยการร้องขอของ แพทย์ในรัฐจอร์เจีย) โดยไม่เป็นประจำ</li> <li>ข. การให้การปรึกษา ข้ามรัฐ ในกรณีฉุกเฉิน โดยไม่มีค่าตอบแทน หรือให้การปรึกษาแก่ โรงเรียนแพทย์</li> <li>ค. เป็นแขกของโรงเรียน แพทย์ ซึ่งได้รับเชิญ ให้มาบรรยายทาง การศึกษา</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การให้การปรึกษาทาง โทรเวชกรรมจากนอกรัฐ ยกเว้น ถ้าแพทย์ซึ่งมีใบ อนุญาตในรัฐฮาวายเป็น ผู้ควบคุมและรับผิดชอบ การดูแลผู้ป่วย</li> </ol>

ข้อกำหนด ใบอนุญาตของรัฐ	คำจำกัดความของคำว่า การให้การรักษา	มาตรฐานสำหรับใบอนุญาต ของแพทย์นอกรัฐ	ข้อกำหนดเป็นพิเศษ
รัฐไอดาโฮ CODE 54-1803(1) (a) และ 54-1804 (1) (b)	การวินิจฉัย บำบัด การแก้ไข หรือการแนะนำใด ๆ ที่เกี่ยวกับ โรคภัยของมนุษย์ การเจ็บป่วย บาดเจ็บ ความทุพพลภาพ พิการ หรือสถานะอื่น ๆ ทาง ร่างกายหรือจิตใจ ไม่ว่าจะโดย วิธีการใดๆ ด้วยเครื่องมือใดๆ	1. มีสถานประกอบการในรัฐ ไอดาโฮ 2. กำหนดสถานที่เพื่อพบ ผู้ป่วยในรัฐไอดาโฮ 3. รับสายเรียกในรัฐไอดาโฮ	ข้อยกเว้น ก. การให้การปรึกษานอกรัฐ ข. เป็นผู้รับเชิญเพื่อบรรยาย หรือทางการปฏิบัติการเพื่อ การศึกษาทางการแพทย์
รัฐอินเดียนา CODE 25-25.5- 1-1.1 และ 25-22.5-1-2 (2539) (มีผล มี.ค./10/39)	การให้บริการวินิจฉัยโรคหรือ การบำบัดรักษาแก่บุคคลใน รัฐอินเดียนา โดยการส่งข้อมูล ทางอิเล็กทรอนิกส์ และเป็น ประจำสม่ำเสมอเป็นปกติ	การให้คำปรึกษาและดูแลรักษา ผู้ป่วยอย่างเป็นทางการประจำ สม่ำเสมอ	ข้อยกเว้น 1. การเสนอความเห็นเพิ่มเติม ระหว่างแพทย์หรือโดย คำขอของผู้ป่วย 2. การให้การปรึกษาข้ามรัฐ หรือข้ามประเทศ เมื่อมี การร้องขอโดยแพทย์ ซึ่งมี ใบอนุญาตของรัฐอินเดียนา
รัฐอิลลินอย REV STAT CH225, PARA 60/3 (2539) และ 60/49.5 (2540)	การปฏิบัติการทางการแพทย์ รวมถึงการให้ความเห็นทาง วจา หรือลายลักษณ์อักษร เกี่ยวกับการวินิจฉัยหรือบำบัด รักษาผู้ป่วย ในรัฐอิลลินอย โดยแพทย์ซึ่งอยู่นอกรัฐ อิลลินอยโดยการส่งข้อมูล ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ทาง โทรคมนาคม หรือวิธีอื่นใดทางการ สื่อสารจากภายในรัฐ	การรักษาทุกชนิดอย่าง สม่ำเสมอ	ข้อยกเว้น 1. การให้บริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยในรัฐอิลลินอยโดย สุจริตระหว่างฉุกเฉินหรือ ระหว่างขนส่งผู้ป่วยข้ามรัฐ 2. การให้คำปรึกษา แนะนำ ข้ามรัฐบางเวลาหรือเป็น ความเห็นที่สองและการ วินิจฉัยหรือบำบัดรักษา เพิ่มเติมจากการรักษา ดั้งเดิมของแพทย์ในรัฐ ซึ่งแพทย์ได้รับใบอนุญาต



ข้อกำหนด ใบอนุญาตของรัฐ	คำจำกัดความของคำว่า การให้การรักษา	มาตรฐานสำหรับใบอนุญาต ของแพทย์นอกรัฐ	ข้อกำหนดเป็นพิเศษ
<p>รัฐแคนซัส ADMIN REGS 100-26-1 (2538) (มีผล มิ.ย.20/37) STAT ANN 65-28.100 (2538)</p>	<p>บุคคลไม่ว่าที่ได้ที่ปฏิบัติการ หรือผู้ที่ออกคำสั่งเพื่อบริการ อันก่อให้เกิดการปฏิบัติการ เพื่อการบำบัดรักษาโรค</p>	<p>การดำเนินการดูแลรักษา การให้คำปรึกษาแนะนำ แก่ผู้ป่วย</p>	<p>3. การดำเนินการหลักต้อง เกิดขึ้นในรัฐอิลลินอย</p> <p>1. อนุญาตให้มีใบอนุญาต ชั่วคราวแก่ผู้บรรยายจาก นอกรัฐที่ได้รับเชิญมา บรรยายทางการแพทย์ หรือระดับการศึกษา ปริญญาโทขึ้นไป</p>
<p>รัฐมิสซิสซิปปี CODE ANN 73-25-34 (2540) (มีผล ก.ค./1/40)</p>	<p>โทรเวชกรรมรวมถึงสิ่งใด สิ่งหนึ่ง ต่อไปนี้</p> <p>1. การให้ความเห็นทางการแพทย์ เกี่ยวกับการวินิจฉัย บำบัดของผู้ป่วยภายในรัฐ โดยแพทย์จากนอกรัฐโดย อาศัยการสื่อสารข้อมูลทาง อิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่ออื่น จากภายในรัฐ ไปยังแพทย์ ดังกล่าว หรือตัวแทน หรือ</p> <p>2. การให้บริการบำบัดรักษา แก่ผู้ป่วยภายในรัฐ โดย แพทย์ซึ่งอยู่นอกรัฐ โดย อาศัยการสื่อสารข้อมูล ผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีอื่นจากภายในรัฐ ไปยังแพทย์ดังกล่าวหรือ ตัวแทน</p>	<p>การให้การรักษาทุกชนิด และ การให้คำปรึกษา โดยไม่ได้ รับการร้องขอจากแพทย์ผู้มี ใบอนุญาตในรัฐมิสซิสซิปปี</p>	<p>ช้อยกเว้น</p> <p>การร้องขอความเห็น การประเมินผล หรือการบำบัด รักษาจากแพทย์ ซึ่งได้ใบ อนุญาตในรัฐมิสซิสซิปปี และ แพทย์ในรัฐมิสซิสซิปปี นั้นมี ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์- ผู้ป่วย (PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP) นั้นแล้ว</p>

ข้อกำหนด ใบอนุญาตของรัฐ	คำจำกัดความของคำว่า การให้การรักษา	มาตรฐานสำหรับใบอนุญาต ของแพทย์นอกรัฐ	ข้อกำหนดเป็นพิเศษ
รัฐเนวาด้า REV STAT 630.020 และ 630.047 (2538)	การวินิจฉัยหรือบำบัดการ เจ็บป่วยของมนุษย์ โดยการ ใช้อุปกรณ์ที่ส่งข้อมูลของผู้ป่วย ทางอิเล็กทรอนิกส์ ทางโทรศัพท์ หรือทางสือใยแก้ว	การให้การบำบัดรักษา และ คำปรึกษาทุกชนิดแก่ผู้ป่วย อย่างเป็นประจำ	ข้อยกเว้นสำหรับการให้ คำปรึกษาข้ามรัฐ ซึ่งกระทำ อย่างไม่เป็นประจำ
รัฐนิวเม็กซิโก STAT ANN 61-6-6 61-6-14 และ 61-6-17	การเสนอ หรือการประกอบการ เพื่อให้การวินิจฉัย แก่ไขหรือ บำบัดด้วยประการใด ๆ วิธี หรืออุปกรณ์ใด ๆ เพื่อรักษา ความผิดปกติ เจ็บป่วย หรือ พิการทางร่างกายหรือจิตใจ	การให้การบำบัดรักษาที่ไม่ใช่ การกระทำแบบชั่วคราวหรือ ฉุกเฉิน	<ol style="list-style-type: none"> <li>ข้อยกเว้นสำหรับการให้ การบำบัดรักษาของแพทย์ ที่ไม่ได้ใบอนุญาตในรัฐ นิวเม็กซิโก ซึ่งให้การรักษา อย่างฉุกเฉินของการขนส่ง ทางอากาศ หรือบนพื้นดิน ของผู้ป่วยจากภายในรัฐ นิวเม็กซิโกไปยังอีกรัฐหนึ่ง หรือกลับกัน</li> <li>อนุญาตให้มีใบอนุญาต ชั่วคราว 3 เดือนแก่แพทย์ จากนอกรัฐเพื่อให้การช่วย เหลือในการช่วยสอน การ การศึกษา วิจัย การวินิจฉัย หรือบำบัดกรณีพิเศษ การ ทำให้สำเร็จซึ่งเทคโนโลยี และการศึกษาทางการ แพทย์ใหม่ โดยที่แพทย์ ของนิวเม็กซิโกต้องอยู่ ร่วมกับแพทย์จากต่างรัฐ ในระหว่างให้การบำบัด รักษาในรัฐนิวเม็กซิโก</li> </ol>

ข้อกำหนด ใบอนุญาตของรัฐ	คำจำกัดความของคำว่า การให้การรักษา	มาตรฐานสำหรับใบอนุญาต ของแพทย์นอกรัฐ	ข้อกำหนดเป็นพิเศษ
รัฐโกลลาโฮมา STAT ANN TIT 59 492 (C) (3) (b) (WEST 2538) (มีผลเดือน พ.ค./ 2538)	การดำเนินการโดยผู้ที่ยื่นออก รัฐ เพื่อการบริการทางด้าน การวินิจฉัย บำบัดทางเทคโนโลยี โดย สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์แก่ ผู้ป่วยในรัฐ โดยต่อเนื่อง สม่ำเสมอ	การให้บริการบำบัดรักษาและ คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยทุกชนิด อย่างเป็นปกติ	ข้อยกเว้น สำหรับการให้การ ปรึกษา ข้ามรัฐอย่างสั้น ๆ พร้อมกับแพทย์ ซึ่งได้ ใบอนุญาตของรัฐโกลลาโฮมา
รัฐโกลลาโฮมา ANN TIT 36-6801-6804 (มีผล ก.ค./1/2540)	การดำเนินการบำบัดรักษา การวินิจฉัย การให้คำปรึกษา การส่งข้อมูลทางการแพทย์ หรือการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารทางการศึกษาโดย อาศัยการติดต่อทางภาพ เสียง หรือการสื่อสารข้อมูล  โทรเวชกรรมไม่รวมถึงการ ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือทางแฟกซ์	การให้การดูแลรักษา การให้ การปรึกษาแก่ผู้ป่วยทุกชนิด อย่างเป็นปกติ	1. ต้องมีความยินยอมเป็น ลายลักษณ์อักษรหรือทาง วาจาจากผู้ป่วย  2. ผู้ดำเนินการรักษาซึ่งมีการ การติดต่อทางร่างกายกับ ผู้ป่วยต้องมีอำนาจสูงสุด ในการดูแลผู้ป่วย
รัฐเซาท์ดาโกต้า CODIFIED LAWS ANN 36-4-41 และ 36-4-19 (2539) (มีผล มี.ค./3/2538)	การที่แพทย์หรือแพทย์กระดูก ซึ่งไม่มีถิ่นที่อยู่ในรัฐเซาท์ดา โกต้า ให้การบำบัดรักษาหรือ การวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยในรัฐ เซาท์ดาโกต้า โดยวิธีการทาง อิเล็กทรอนิกส์	การให้การดูแลรักษา การให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย ทุกชนิดอย่างเป็นปกติ	ข้อยกเว้น  1. การให้การปรึกษาข้ามรัฐ ที่ไม่เป็นปกติประจำ  2. หลักร่างตอบแทนหาก ข้อกำหนดของอีกรัฐหนึ่ง กำหนดมาตรฐานไม่น้อย กว่าของรัฐเซาท์ดาโกต้า

ข้อกำหนด ใบอนุญาตของรัฐ	คำจำกัดความของคำว่า การให้การรักษา	มาตรฐานสำหรับใบอนุญาต ของแพทย์นอกรัฐ	ข้อกำหนดเป็นพิเศษ
รัฐเท็กซัส REV CIV STAT 4495 B 3.06 (WEST 2539) (มีผล ม.ย./16/ 2538)	ผู้ซึ่งอยู่ในอีกคลอณาหนึ่ง แต่โดยอาศัยสื่อใด ๆ รวมทั้ง สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อการ กระทำอันเป็นส่วนในการดูแล รักษาผู้ป่วยในรัฐเท็กซัส ซึ่งรวมถึงการตรวจสอบทาง การเอ็กซเรย์ หรือการตรวจ- เตรียมของเพื่อตรวจสอบวัตถุ ทางพยาธิวิทยา ซึ่งมีผลเกี่ยว กับการวินิจฉัยหรือบำบัดผู้ป่วย	1. การให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ใด ๆ รวมถึง โดยผ่านทาง โทรคมนาคม 2. มีสถานทำการในรัฐเท็กซัส 3. มีสถานที่เพื่อพบตรวจสอบ หรือบำบัดผู้ป่วยในรัฐ เท็กซัส 4. การให้การปรึกษาอย่างเป็น ประจำ	ช้อยกเว้น ก. การให้การปรึกษาเป็นครั้ง คราว โดยการร้องขอของ แพทย์ ซึ่งได้ใบอนุญาตใน รัฐเท็กซัสซึ่งมีความชำนาญ อย่างเดียวกัน ข. การให้คำปรึกษาแก่ โรงเรียนแพทย์ หรือสถาบัน การศึกษา
รัฐเท็กซัส REV CIV STAT ART 21.53 1-6 (WEST 2540) (มีผล ก.ย./1/2540)	การใช้สื่อสัมพันธ์ทางเสียง ภาพ หรือทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อการบำบัดรักษา วินิจฉัย ให้คำปรึกษา การโอนข้อมูล ผู้ป่วย หรือข้อมูลการศึกษา ทางการแพทย์		ช้อยกเว้น สำหรับการให้บริการ ทักษะ ทำโดยทางโทรศัพท์ หรือ แฟกซ์
รัฐเทนเนสซี CODE ANN 63-6-204 และ 63-6-209 (B) (2539) (มีผล พ.ค./15/ 2539)	ผู้ซึ่งให้การบำบัดหรือการ วินิจฉัย ให้คำแนะนำเพื่อความ เจ็บป่วยทางร่างกาย การบาดเจ็บ ทางร่างกาย หรือความ พิการของอีกคนหนึ่ง	การให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ใด ๆ รวมถึงทางโทรเวชกรรม จำนวนหรือความถี่สำหรับการ การปรึกษาบำบัดไม่มีการ ระบุไว้	1. อนุญาตให้มีใบอนุญาต พิเศษสำหรับโทรเวชกรรม บนพื้นฐานของใบอนุญาต ของอีกรัฐหนึ่ง 2. ยกเว้นการให้คำปรึกษา ข้ามรัฐ 3. หลีกเลี่ยงตอบแทนหากข้อ กำหนดในอีกรัฐหนึ่งหรือ ประเทศหนึ่งได้ระดับหรือ สูงกว่าข้อกำหนดของรัฐ เทนเนสซี

ข้อกำหนดใบอนุญาตของรัฐ	คำจำกัดความของคำว่าให้การ การรักษา	มาตรฐานสำหรับใบอนุญาต ของแพทย์นอกรัฐ	ข้อกำหนดเป็นพิเศษ
<p>รัฐยูทาห์ CODE ANN 58-67-102 (2539) (มีผล ก.ค./1/2539)</p>	<p>การวินิจฉัย บำบัด แก้ไข หรือ คำแนะนำซึ่งโรค การเจ็บป่วย บาดเจ็บ ความทุพพลภาพ พิการ หรือสถานะอื่นทาง ร่างกายหรือจิตใจ อย่างแท้จริง ภาพจำลอง หรือพยายาม กระทำการดังกล่าวไม่ว่าโดย วิธีการ หรือเครื่องมือใด ๆ โดยบุคคลภายในรัฐยูทาห์หรือ จากนอกรัฐแก่คนซึ่งอาศัยอยู่ ภายในรัฐ</p>	<p>การให้การรักษาทุกชนิด รวมทั้งการให้การรักษาโดย สื่อโทรคมนาคม</p>	

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.4.2 เสนอร่างกฎหมายใบอนุญาตการประกอบโทรเวชกรรม

รัฐ	ร่างกฎหมายที่	คำจำกัดความคำว่า การให้การรักษา	มาตรฐานสำหรับใบอนุญาตของแพทย์จากนอกรัฐ	บทบัญญัติเป็นพิเศษ
โคโลราโด	HB 1050		การให้การรักษาทุกชนิดแก่ผู้ป่วยมากกว่า 12 คน ต่อปีปฏิทิน หรือหากแพทย์ใช้โรงพยาบาลหรือสถานที่อื่นเป็นปกติ เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยในรัฐโคโลราโด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยจะต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ของรัฐโคโลราโด หรือบุคคลอื่นที่ได้รับใบอนุญาตให้กระทำการภายใต้คำสั่งของแพทย์แห่งรัฐโคโลราโด</li> <li>2. การตีความการทดสอบหรือภาพจำลองใด ๆ จะต้องส่งให้แก่แพทย์แห่งรัฐโคโลราโด หรือบุคคลอื่นซึ่งกระทำการภายใต้คำสั่งของแพทย์แห่งรัฐโคโลราโด</li> </ol>
คอนเนคติกัต	HB 6876	การใช้การติดต่อสื่อสารทางภาพ เสียง หรือข้อมูล หรือเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์ในการให้การรักษา หรือการทำศัลยกรรม	การให้บริการรักษาแก่ผู้ป่วยทุกชนิด การให้คำปรึกษาอย่างประจำ สม่ำเสมอหรือโดยสัญญาอย่างต่อเนื่องในการวินิจฉัยตัวอย่างทางพยาธิวิทยา และภาพจำลองรังสี	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ต้องมีความยินยอมของผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรหรือโดยวาจา</li> <li>2. ข้อยกเว้น <ol style="list-style-type: none"> <li>ก. เหตุฉุกเฉิน</li> <li>ข. การให้คำปรึกษาข้ามรัฐอย่างไม่เป็นปกติธุระ</li> </ol> </li> </ol>



รัฐ	ร่างกฎหมายที่	คำจำกัดความคำว่า การให้การรักษา	มาตรฐานสำหรับใบอนุญาตของแพทย์จากนอกรัฐ	บทบัญญัติเป็นพิเศษ
รัฐฟลอริดา	1) SB 1308 2) HB 1855	1) การดำเนินการอย่างเป็นปกติ ต่อเนื่อง หรือโดยสัญญาของแพทย์ไม่ว่าจะมีถิ่นที่อยู่ในรัฐฟลอริดาหรือไม่ในการวินิจฉัย หรือบำบัดรักษา โดยผ่านทาง การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ แก่บุคคลใด ๆ ที่อยู่ในรัฐฟลอริดา  2) แพทย์ไม่ว่าอยู่ที่ใดซึ่งมีความชอบธรรมในการดูแลและวินิจฉัยผู้ป่วยในรัฐฟลอริดา	1) การให้การดูแลรักษาผู้ป่วย การให้คำปรึกษาอย่างปกติต่อเนื่อง การดำเนินการโดยปกติเพื่อเสนอรายงานเป็นลายลักษณ์อักษรในการประเมินภาพจำลองรังสี  2) การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกชนิดของแพทย์ในการรักษาและวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นทางการต่อเนื่อง การตีความจำลองรังสี	ช้อยกเว้น  1. การให้คำปรึกษาข้ามรัฐที่ไม่เป็นปกติประจำ  2. เพื่อแพทย์จากนอกรัฐไม่มีอำนาจสูงสุดในการรักษาและวินิจฉัยผู้ป่วย
รัฐแมริแลนด์	SB 93	การกระทำ ดำเนินการที่จะกระทำ การวินิจฉัย การบำบัดรักษา หรือทำศัลยกรรมโดยการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือทางอื่นข้ามรัฐ	การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกชนิด และการให้คำปรึกษาอย่างเป็นทางการ ปกติ	1. อนุญาตให้มีใบอนุญาตโทรเวชกรรม โดยวัตถุประสงค์พิเศษ  2. ช้อยกเว้นการให้คำปรึกษาที่ไม่เป็นปกติสม่ำเสมอ (ไม่มากกว่าผู้ป่วย 10 คนต่อปี หรือไม่มากกว่า 1% ของการประกอบ การของแพทย์) หรือกรณีฉุกเฉิน หรือการหารือกับแพทย์ ซึ่งได้รับใบอนุญาตในรัฐแมริแลนด์

รัฐ	ร่าง กฎหมายที่	คำจำกัดความคำว่า การให้การรักษา	มาตรฐานสำหรับ ใบอนุญาตของแพทย์ จากนอกรัฐ	บทบัญญัติเป็นพิเศษ
รัฐมิสซิสซิปปี	SB 2378 HB 1504	การใช้เทคโนโลยี สารสนเทศในการให้ บริการทางการแพทย์ และข้อมูลข่าวสารจาก ที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง		
รัฐมอนทานา	HB 513	การให้การรักษาทาง การแพทย์โดยแพทย์ ซึ่งอยู่นอกรัฐ หรือการ ส่งข้อมูลความเห็น เกี่ยวกับการวินิจฉัย การบำบัดรักษาหรือ การแก้ไขอาการเจ็บ ป่วย บาดเจ็บ พิการ ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะโดย วิธีใด อุปกรณ์หรือ เครื่องมือใด ไม่ว่าจะทาง ทางร่างกายหรือจิตใจ แก่ผู้ป่วยในรัฐมอน- ทานา	ข้อมูลหรือความเห็นที่ให้ โดยมีค่าตอบแทน และ เป็นปกติที่เกี่ยวกับการ รักษาผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องกับ รัฐมอนทานา เช่น มี สถานที่เพื่อรับสัญญาณ จากแพทย์จากนอกรัฐ หรือโดยติดต่อกับบุคคล หรือหน่วยงานในรัฐมอน- ทานา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ช้อยกเว้น <ol style="list-style-type: none"> <li>ก. การให้บริการที่ไม่เป็น ปกติประจำ</li> <li>ข. การให้การปรึกษาที่ ไม่เป็นทางการโดยไม่ ได้รับค่าตอบแทน</li> </ol> </li> <li>2. อนุญาตให้มีใบรับรอง โทรเวชกรรม บนเงื่อนไข <ol style="list-style-type: none"> <li>ก. มีใบอนุญาตของอีก รัฐหนึ่ง</li> <li>ข. มีหนังสือรับรองของ คณะกรรมการแพทย์</li> <li>ค. ไม่เคยถูกเรียกค่า เสียหายจากทุรเวช- กรรมเกินกว่า \$10,000 ภายใน 5 ปี ที่ผ่านมา</li> </ol> </li> <li>3. การดำเนินการทางละเมิด สัญญา อาญา และใบ อนุญาตต้องกระทำขึ้นใน รัฐมอนทานา</li> </ol>

รัฐ	ร่าง กฎหมายที่	คำจำกัดความคำว่า การให้การรักษา	มาตรฐานสำหรับ ใบอนุญาตของแพทย์ จากนอกรัฐ	บทบัญญัติเป็นพิเศษ
รัฐนิวแฮม- เชียร์	SB 170	การดำเนินการที่ต่อ เนื่องเป็นปกติหรือโดย สัญญาโดยที่แพทย์ไม่ ว่าจะมีถิ่นที่อยู่ในรัฐ นิวแฮมเชียร์หรือไม่ ได้ให้การวินิจฉัย หรือ รักษาโดยการสื่อสาร ทางอิเล็กทรอนิกส์แก่ บุคคลซึ่งอยู่ในรัฐนิว- แฮมเชียร์ รวมถึงการ เขียนรายงาน การวินิจฉัย การประเมินผล ภาพจำลองทางรังสีแก่ แพทย์หรือผู้ป่วยในรัฐ	การให้การดูแลรักษาหรือ เขียนรายงานทางรังสี วิทยาแก่ผู้ป่วยอย่างเป็น ปกติ	ข้อยกเว้น การให้คำปรึกษาที่ไม่เป็น ประจำ
รัฐนอร์ท คาโรไลนา	HB 814 SB 780	การวินิจฉัย พยายามที่ จะวินิจฉัย การปฏิบัติ การหรือพยายามที่จะ ปฏิบัติการ มีคำแนะนำ ในการรักษาอาการ เจ็บป่วยของมนุษย์ทาง ร่างกายหรือจิตใจ หรือ อาการบาดเจ็บพิการ โดยสื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ หรืออื่นใด	การให้การดูแลรักษาหรือ การให้คำปรึกษาอย่าง เป็นปกติแก่ผู้ป่วย	ข้อยกเว้น 1. การให้คำปรึกษาข้ามรัฐ ที่ไม่เป็นประจำ 2. อนุญาตให้ผู้ป่วยฟ้องทาง ทนายความแก่แพทย์จาก นอกรัฐที่ให้การรักษาโดย สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ในรัฐ นอร์ทคาโรไลนาได้ 3. ให้อำนาจแก่การพิจารณา คณะกรรมการ แพทย์ของ รัฐนอร์ทคาโรไลนา

รัฐ	ร่าง กฎหมายที่	คำจำกัดความคำว่า การให้การรักษา	มาตรฐานสำหรับ ใบอนุญาตของแพทย์ จากนอกรัฐ	บทบัญญัติเป็นพิเศษ
รัฐเพนซิลวาเนีย	SB 937	การให้ความเห็นทางการแพทย์เป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์จากรัฐเพนซิลวาเนียเกี่ยวกับการวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยในรัฐเพนซิลวาเนีย หรือโดยการส่งข้อมูลผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีอื่น ๆ ข้ามรัฐ	การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในรัฐเพนซิลวาเนียซึ่งจะมีผลโดยตรงในการวินิจฉัยผู้ป่วย และการให้การักษาที่เป็นประจำ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อยกเว้น               <ol style="list-style-type: none"> <li>ก. การให้คำปรึกษาที่ไม่เป็นประจำ โดยการร้องขอของแพทย์ที่มีความชำนาญเช่นเดียวกันในรัฐเพนซิลวาเนีย</li> <li>ข. การให้คำปรึกษาแก่โรงเรียนแพทย์</li> <li>ค. กรณีฉุกเฉินที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์</li> </ol> </li> <li>2. อนุญาตให้ฟ้องร้องดำเนินคดีแก่แพทย์ที่ให้การรักษาโดยไม่มีใบอนุญาต</li> </ol>
รัฐวอชิงตัน	HB 1216	การให้คำแนะนำหรือคำสั่งโดยแพทย์ที่ไม่มีถิ่นที่อยู่ในรัฐวอชิงตันของแพทย์จากนอกรัฐ โดยปราศจากการตัดสินใจที่เป็นอิสระของแพทย์ที่มีถิ่นที่อยู่ในรัฐวอชิงตัน	การให้การบำบัดรักษาโดยตรงแก่ผู้ป่วย โดยปราศจากการตัดสินใจที่เป็นอิสระของแพทย์ภายในรัฐ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การให้การรักษาโดยตรงของแพทย์จากนอกรัฐ โดยอาศัยสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์จะต้องประกอบด้วยแพทย์ที่มีใบอนุญาตและมีถิ่นที่อยู่ในรัฐวอชิงตัน</li> <li>2. ยกเว้นแก่การวินิจฉัยหรือการให้คำปรึกษาข้ามรัฐ</li> </ol>

#### 4.4.3 การศึกษาเรื่องระบบใบอนุญาตโทรเวชกรรม

ระบบใบอนุญาตโทรเวชกรรมข้ามรัฐ หรือข้ามประเทศ อาจแบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ ใบอนุญาตของแต่ละรัฐ (INDIVIDUAL STATE LICENSURE) ใบอนุญาตระหว่างรัฐหรือหลายรัฐ (INTERSTATE OR MULTISTATE LICENSURE) และใบอนุญาตแห่งชาติ (NATIONAL LICENSURE)<sup>61</sup>

1. รูปแบบใบอนุญาตของแต่ละรัฐ (INDIVIDUAL STATE LICENSURE) ในปัจจุบันทุกรัฐของสหรัฐอเมริกามีกฎหมายการประกอบวิชาชีพเวชกรรมใช้แล้ว ซึ่งกฎหมายมลรัฐเหล่านี้ อาศัยอำนาจที่รับรองโดยรัฐธรรมนูญที่ให้แต่ละมลรัฐมีกฎหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพ และสวัสดิการทั่วไปของคนในรัฐ และกฎหมายแต่ละรัฐจะให้อำนาจในการบังคับกฎหมายแก่ BOARDS OF MEDICAL EXAMINOR ของแต่ละรัฐ<sup>62</sup>

ในขั้นตอนการยอมรับให้มีใบอนุญาตโทรเวชกรรมของแต่ละรัฐ เกิดจากการมีส่วนร่วมสนับสนุนจากสองสมาคมในปี พ.ศ. 2539 ได้แก่ สมาคม AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION และสมาคม WESTERN GOVERNORS' ASSOCIATION เริ่มจากสมาคม AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION ได้คัดค้านข้อเสนอให้มีใบอนุญาตระหว่างรัฐ (INTERSTATE LICENSURE) และได้สนับสนุนให้แต่ละรัฐรวมทั้งแพทยสภา (MEDICAL BOARD) ของรัฐเป็นผู้วางนโยบายโทรเวชกรรมของรัฐตัวเอง

<sup>61</sup> Center for Telemedicine Law, February 12, 1997. Telemedicine Interstate Licensure White Paper, P. 4:

<sup>62</sup> Ibid, P.13

นอกจากนี้ จากรายงานการปฏิบัติการโทรเวชกรรมของ WESTERN GOVERNORS' ASSOCIATION ได้มีการแนะนำให้มีคณะทำงานเพื่อร่าง UNIFORM STATE CODE FOR TELEMEDICINE LICENSURE AND CREDENTIALING ซึ่งคล้ายกับ UNIFORM COMMERCIAL CODE โดยกำหนดให้คณะทำงานพิจารณาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรม เช่น คำจำกัดความของ "โทรเวชกรรม" การลดภาระในการขอใบอนุญาตของแต่ละรัฐ ข้อกำหนดและการให้ความเชื่อถือเพื่อการศึกษาทางการแพทย์ต่อเนื่อง และ กำหนดให้ศึกษาความเป็นไปได้ของการให้ใบอนุญาตระหว่างรัฐตามหลักต่างตอบแทนในรูปแบบใบอนุญาตแบบรัฐนี้จึงมีการปรับปรุง และกำหนดกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ตามมาตรฐานท้องถิ่น (LOCAL STANDARD) อย่างไรก็ตาม รูปแบบใบอนุญาตประเภทนี้เป็นภาระแก่แพทย์ที่ต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ท้องถิ่นต่าง ๆ ของแต่ละรัฐ รวมทั้งต้องปฏิบัติให้สอดคล้องกับกฎหมายการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของรัฐนั้น ๆ ด้วย

2. รูปแบบใบอนุญาตระหว่างรัฐ (INTERSTATE LICENSURE) รูปแบบใบอนุญาตระหว่างรัฐนี้เกิดจากปัญหาที่ประสบจากรูปแบบแรก คือ รูปแบบใบอนุญาตแต่ละรัฐ เพราะมีความแตกต่างกัน และขาดการประสานงานที่ดีของรัฐต่าง ๆ รูปแบบใบอนุญาตระหว่างรัฐนี้อาศัยความตกลงร่วมกันของรัฐคู่สัญญาที่จะยอมรับใบอนุญาตและกำหนดนโยบายร่วมกันของรัฐคู่สัญญา ดังนั้นจึงไม่มีความจำเป็นที่ต้องมีใบอนุญาตเพิ่มเติม กลุ่มประเทศที่ใช้รูปแบบใบอนุญาตระหว่างรัฐนี้เช่น กลุ่มประชาคมยุโรปซึ่งมีใบอนุญาตระหว่างประเทศในกรณีนี้ และออสเตรเลียซึ่งมีใบอนุญาตระหว่างรัฐเช่นเดียวกับอเมริกา ซึ่งยอมรับให้แพทย์ของประเทศสมาชิกสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมระหว่างรัฐสมาชิกได้



นอกจากนี้ ศูนย์กฎหมายโทรเวชกรรม (CENTER FOR TELEMEDICINE LAW) ได้ทำสมุดปกขาวเสนอในเรื่องใบอนุญาตระหว่างรัฐไว้ว่าควรจะมีการวางระบบใบอนุญาตระหว่างรัฐร่วมกันซึ่งจะต้องกำหนดเงื่อนไขของใบอนุญาตให้มีความสอดคล้องกัน และอนุญาตให้แพทย์ที่มีคุณสมบัติสามารถให้บริการทางการแพทย์ข้ามรัฐได้ โดยปราศจากอุปสรรค และเสียค่าใช้จ่ายเกินควร และควรมีการกำหนดกฎหมายที่จะใช้บังคับแก่การประกอบวิชาชีพเวชกรรมข้ามรัฐดังกล่าว<sup>63</sup>

ในปี พ.ศ. 2540 NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING ได้มีการกำหนดการหลักเกณฑ์ต้นแบบ ในเรื่องการยอมรับร่วมกันสำหรับใบอนุญาตการรักษายาบาล (NURSING LICENSURE) โดยคณะกรรมการ (BOARDS) กำหนดให้ผู้ให้การรักษายาบาลที่ขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตในรัฐหนึ่งสามารถให้การรักษายาบาลในรัฐใด ๆ ก็ได้ที่ยอมรับผูกพันในข้อตกลงร่วมกัน โดยมีเงื่อนไขที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับของรัฐซึ่งผู้ให้การรักษายาบาลกำลังปฏิบัติหน้าที่รักษายาบาลอยู่<sup>64</sup>

แม้ว่ารูปแบบใบอนุญาตระหว่างรัฐจะมีข้อดีในแง่ที่อนุญาตให้มีการรักษาข้ามรัฐในกลุ่มสมาชิกได้โดยไม่ต้องมีใบอนุญาตเพิ่มเติม แต่การที่จะกำหนดหลักเกณฑ์ต้นแบบร่วมกันไม่ใช่เรื่องง่าย เนื่องจากกฎหมายและกฎเกณฑ์อื่น ๆ ของรัฐต่าง ๆ มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม เพื่อบรรเทาความแตกต่างดังกล่าวจึงกำหนดให้แต่ละรัฐยังคงสิทธิที่จะวางข้อกำหนด เงื่อนไขบางประการ เช่น ข้อกำหนดในเรื่องวุฒิการศึกษา พฤติกรรมและความสามารถ ซึ่งยังคงเป็นภาระหน้าที่ที่แพทย์จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายท้องถิ่นเหล่านั้น

<sup>63</sup> Center for Telemedicine Law, February 12, 1997, Telemedicine Interstate Licensure White Paper, P. 14

<sup>64</sup> Boards of Nursing Adopt Revolutionary Change for Nursing : Mutual Recognition Model of Nursing Regulation National Council of State Board of Nursing, Inc., Press Release, 29 August 1997, P.1

3. รูปแบบใบอนุญาตแห่งชาติ (NATIONAL LICENSURE) รูปแบบใบอนุญาตแห่งชาตินี้จะกำหนดเงื่อนไขร่วมกันและมีศูนย์กลางรวบรวมข้อมูลของทุกรัฐร่วมกัน รูปแบบนี้จะเอื้อให้แพทย์สามารถให้บริการทางเวชกรรมที่ใด ๆ ก็ได้ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยไม่ต้องมีใบอนุญาตเพิ่มเติม ปัจจัยที่เอื้อแก่รูปแบบนี้ได้แก่

ประการแรก การศึกษาขั้นพื้นฐานและคุณสมบัติที่จะได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (MEDICAL LICENSURE) ของแต่ละรัฐเริ่มมีความเป็นรูปแบบมาตรฐานมากขึ้น ได้แก่ การกำหนดให้ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตวิชาชีพเวชกรรมต้องจบการศึกษาทางการแพทย์จากสถาบันที่ได้รับการรับรอง และต้องผ่านการสอบใบอนุญาตวิชาชีพเวชกรรมของสหรัฐอเมริกาที่เรียกว่า UNITED STATES MEDICAL LICENSING EXAM (USMLE)<sup>65</sup>

ประการที่สอง ศูนย์ข้อมูลแห่งชาติ (NATIONAL PRACTITIONER DATA BANK) มีการรวบรวมข้อมูลสิทธิประโยชน์และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับใบอนุญาตไว้ทุกรัฐแล้ว และรัฐบาลกลางก็มีอำนาจที่จะกำหนดกฎเกณฑ์หรือวางมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาได้

ประการที่สาม รูปแบบใบอนุญาตแห่งชาตินี้ มีการใช้อย่างประสบความสำเร็จ เช่น ในการบริการสาธารณสุข (PUBLIC HEALTH SERVICE) การบริหารทหารผ่านศึก (VETERANS ADMINISTRATION)

---

<sup>65</sup> Center for Telemedicine Law, February 12, 1997, Telemedicine Interstate Licensure White Paper, P.5

ประการที่ดี คณะทำงานร่วมกันทางโทรเวชกรรม (JOINT WORKING GROUP ON TELEMEDICINE (JWGT) ได้มีการสร้างความร่วมมือกันในโปรแกรมต่าง ๆ ทางโทรเวชกรรมในระดับประเทศแล้ว โดยกฎหมายโทรคมนาคม พ.ศ. 2539 กำหนดให้ SECRETARY OF COMMERCE รายงานกิจกรรมต่าง ๆ ของ JWGT ในส่วนที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย คุณภาพการให้บริการ และประเด็นอื่น ๆ ทั้งทางกฎหมาย การแพทย์และทางเศรษฐกิจ ที่เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีเข้ามาในการให้บริการทางการแพทย์

ดังนั้นรูปแบบใบอนุญาตในระดับชาติจึงมุ่งที่จะขจัดปัญหาที่เกิดขึ้นในสองรูปแบบแรก ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในความล่าช้า ค่าใช้จ่าย ปัญหาทางเอกสารต่าง ๆ และเป็นการลดปัญหาความแตกต่างกันของกฎหมายโทรเวชกรรมในแต่ละรัฐ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### 4.5 การรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยในทางโทรเวชกรรม (PRIVACY IN TELEMEDICINE)

ขณะที่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสมัยใหม่ก่อให้เกิดพัฒนาการการแพทย์สมัยใหม่ สิ่งที่ต้องพิจารณาประกอบการนำเทคโนโลยีเหล่านั้นมาใช้ คือ จะเก็บรักษาข้อมูลเหล่านั้นอย่างไร เนื่องจากเป็นข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ จะป้องกันข้อมูลในการรักษาผู้ป่วยจากการลักลอบใช้ (COMPUTER HACKER) ได้อย่างไร ผู้ป่วยจะมีหลักประกันได้เพียงใดว่าข้อมูลของตนจะไม่ถูกนำไปใช้หรือเปิดเผยโดยไม่ชอบ หรือ โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยก่อน ซึ่งหากไม่มีหลักประกันที่พอเพียงในเรื่องความปลอดภัยของข้อมูลอาจเป็นอุปสรรคอย่างสำคัญในการพัฒนาโทรเวชกรรมได้ การป้องกันความลับของข้อมูลผู้ป่วย นอกจากอาศัยเทคโนโลยี เช่น การเข้ารหัสลับก่อนเข้าสู่แหล่งข้อมูล (ENCRYPTION) และกระบวนการทางเทคโนโลยีอื่น ๆ แล้ว การมีกฎหมายรองรับถือว่ามีความสำคัญและเป็นหลักประกันแก่ผู้ป่วยและแพทย์ผู้ให้บริการ

ในสหรัฐอเมริกากฎหมายที่คุ้มครองข้อมูลทางสุขภาพต่าง ๆ จะอยู่ในระดับแต่ละมลรัฐ ซึ่งมีมาตรฐานที่แตกต่างกันออกไป จากรายงานทางโทรเวชกรรมสู่สภาองค์กรของสหรัฐอเมริกาในปี 2540 พบว่า ประมาณ 10 กว่ามลรัฐมีกฎหมายที่พอเพียงในการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลทางสุขภาพอนามัย อย่างไรก็ตาม มีกฎหมายหลายรัฐคุ้มครองข้อมูลทางสุขภาพบางกรณีเท่านั้น เช่น กฎหมายคุ้มครองข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS) และผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ข้อมูลผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิต เป็นต้น

การคุ้มครองความลับของข้อมูลผู้ป่วยในระดับสหรัฐ (FEDERAL PROTECTION) ค่อนข้างจะมีอยู่อย่างจำกัดมาก<sup>66</sup> แม้ว่าจะมีการรับรู้ในฐานะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน กฎหมายของรัฐบาลกลาง (FEDERAL LAW) ที่คุ้มครองความลับข้อมูลทางสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ กฎหมายที่ควบคุมการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด<sup>67</sup>

<sup>66</sup> Telemedicine Report to congress, January 31, 1997.

<sup>67</sup> 42 U.S.C. secs 290 dd-3, 290 cc-3 (1988) The Federal Privacy Act 1974, 5 U.S.C. Section 552 a (1988).

อย่างไรก็ตาม ก็มีความพยายามในระดับรัฐบาลกลางที่จะปกป้องคุ้มครองข้อมูลผู้ป่วย แต่ก็ยังให้ความสำคัญค่อนข้างน้อยในกรณีการรักษาทางโทรเวชกรรม ดังนั้น จึงเป็นข้อบกพร่องหรือเป็นอุปสรรคประการหนึ่งในการพัฒนาโทรเวชกรรมของสหรัฐอเมริกา

คณะทำงานร่วมทางโทรเวชกรรมของสหรัฐอเมริกาได้ร่วมกันประเมินและกำหนดปัญหาในเรื่องการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยทางโทรเวชกรรม ดังนี้

1. การขาดการบัญญัติกฎหมายที่คุ้มครองความลับและข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นรูปแบบเดียวกัน (UNIFORM) ในระดับมลรัฐ ในประเด็นเรื่องการถ่ายโอนหรือส่งข้อมูลสุขภาพทางโทรเวชกรรม เพราะเหตุว่าการให้คำปรึกษาทางโทรเวชกรรมอาจเกิดขึ้นระหว่างรัฐได้ จึงไม่มีความแน่นอนว่าจะใช้มาตรฐานทางกฎหมายของรัฐไหน
2. ความลับของแพทย์ผู้ให้บริการ เนื่องจากการแพทย์โทรเวชกรรมเป็นการให้การปรึกษาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การให้การรักษาดังกล่าวอาจถูกบันทึกเทปไว้ได้ทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากการรักษาแบบปกติที่แพทย์สามารถวินิจฉัยได้ด้วยตัวเองว่าจะบันทึกหรือไม่บันทึกข้อมูลทางภาพ หรือเสียง ส่วนใดแต่การติดต่อสื่อสารทางโทรเวชกรรม โดยปกติแล้วจะถูกบันทึกการติดต่อไว้ตลอด
3. ในแง่ความลับของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทราบได้เลยว่ามีใครบ้างนอกเหนือจากแพทย์ผู้ทำการรักษาที่กำลังรับรู้ข้อมูลในขณะที่มีการรักษา ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลที่สามที่ลักลอบรับข้อมูล หรืออาจเป็นผู้อื่นกับแพทย์ในสถานที่ที่ให้การรักษาทางโทรเวชกรรม รวมถึงช่างเทคนิคที่มีส่วนในการให้บริการทางโทรเวชกรรม

4. ทางด้านเทคนิค เนื่องจากปริมาณและความซับซ้อนของข้อมูลในการสื่อสารระหว่างการใช้บริการโทรเวชกรรมมีมาก ถือเป็นปัญหาทางเทคนิคประการหนึ่งที่จะรักษาความปลอดภัยของข้อมูลได้เพียงใด

#### 4.6 การควบคุมการสั่งยาของแพทย์ทางอินเทอร์เน็ต

สมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA)) มีจุดยืนในเรื่องการสั่งยาของแพทย์ทางอินเทอร์เน็ต โดยไม่มีการตรวจอาการผู้ป่วยก่อนว่าเป็นการฝ่าฝืนนโยบายของสมาคมแพทย์ ขณะนี้ยังไม่มีกฎหมายของมลรัฐใดระบุถึงการสั่งจ่ายยาโดยตรง ดังนั้นสมาคมจึงมีความพยายามที่จะพัฒนากฎหมายดังกล่าวร่วมกับสหพันธ์คณะกรรมการสอบแห่งรัฐ (FEDERATION OF STATE MEDICAL BOARDS (FSMP)) และพยายามให้แพทยสภาของแต่ละรัฐทำการตรวจสอบและดำเนินการลงโทษกับแพทย์ที่สั่งจ่ายยาทางอินเทอร์เน็ต โดยไม่รู้จักผู้ป่วย นอกจากนี้ สมาคมแพทย์ยังร่วมมือกับสมาคมคณะกรรมการเภสัชกรรมแห่งชาติ (NATIONAL ASSOCIATION OF BOARDS OF PHARMACY) และ องค์การอาหารและยา (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) ในการจำกัดการสั่งจ่ายยาออนไลน์ที่ไม่ถูกต้อง ในเบื้องต้นสมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา มีความเห็นว่า การสั่งจ่ายยาออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต และการให้คำปรึกษาทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่ถูกต้องเหมาะสม แพทย์และผู้ป่วยต้องมีความสัมพันธ์กันมาก่อน (PREEXISTING RELATIONSHIP)<sup>68</sup>

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>68</sup> Center for Telemedicine Law, "Online Prescriptions by Physicians Undergoing Increased Scrutiny", July 19, 1999.



ทางการควบคุมเภสัชกรโดยตรงนั้น สมาคมคณะกรรมการเภสัชกรรมแห่งชาติ ถือว่าอินเทอร์เน็ตไซต์ที่มีการถามตอบ (QUESTIONAIRE) โดยไม่มีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ และผู้ป่วยที่ถูกต้องก่อน ถือว่าเว็บไซต์ที่ผิดกฎหมาย และใบสั่งยาทางอินเทอร์เน็ตเป็นใบสั่งยาที่ไม่มีผล สมาคมมีมาตรการที่ให้คำแนะนำแก่ผู้บริโภค โดยการพัฒนาโปรแกรมที่เรียกว่า NABP VERIFIED INTERNET PHARMACY PRACTICE SITE (VIPPS) ซึ่งโปรแกรมนี้อาจรับประกันเว็บไซต์ที่ได้มาตรฐานการสั่งจ่ายยาออนไลน์ โดยแต่ละเว็บไซต์ต้องทำการสมัครเข้ามาเพื่อรับการรับรอง ซึ่งการรับรองนี้ได้รับการเห็นชอบจาก DRUG ENFORCEMENT AGENCY (DEA) องค์การอาหารและยา และสมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา<sup>69</sup>

ดังนั้น สิ่งที่ยังปฏิบัติคือควรมีการตรวจสอบผู้ป่วยทางกายภาพในเบื้องต้นก่อนมีการจ่ายยาทางอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ แต่ละเว็บไซต์ควรตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีใบอนุญาตที่เหมาะสมของแต่ละรัฐที่มีการทำธุรกิจอยู่

#### 4.7 ตัวอย่างกฎหมายโทรเวชกรรมของต่างประเทศ

##### 4.7.1 กฎหมายโทรเวชกรรมของประเทศมาเลเซีย

ประเทศมาเลเซียเป็นประเทศในเอเชียประเทศหนึ่งที่มีการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ CYBER LAWS หนึ่งในกลุ่มกฎหมายดังกล่าวของมาเลเซีย ได้แก่ กฎหมายโทรเวชกรรม ซึ่งมีผลเป็นกฎหมายเพื่อประกาศในราชกิจจานุเบกษาในปี ค.ศ. 1997 กฎหมายนี้มีชื่อว่า กฎหมายโทรเวชกรรม ค.ศ. 1997 (TELEMEDICINE ACT 1997)<sup>70</sup> โดยมีสาระสำคัญเป็น 5 ส่วน ได้แก่

<sup>69</sup> Ibid.

<sup>70</sup> ตัวย่อ TELEMEDICINE ACT 1997 ดูเอกสารแนบ

- ส่วนที่ 1 บทนำ
- ส่วนที่ 2 คำนิยาม
- ส่วนที่ 3 คุณสมบัติของผู้ที่สามารถประกอบกรโทรเวชกรรม
- ส่วนที่ 4 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม
- ส่วนที่ 5 ความยินยอมของผู้ป่วย
- ส่วนที่ 6 ข้อบังคับ

กฎหมายโทรเวชกรรมของมาเลเซียกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่สามารถประกอบกรโทรเวชกรรมไว้ดังนี้<sup>71</sup>

1. ต้องเป็นผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และถือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ยังมีผลอยู่ หรือ
2. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนหรือได้รับอนุญาตในต่างประเทศและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมที่ออกโดยแพทยสภาของมาเลเซีย (MALAYSIAN MEDICAL COUNCIL) ตามกฎหมายวิชาชีพเวชกรรม ค.ศ.1971 และต้องประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากต่างประเทศโดยผ่านผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ขึ้นทะเบียน และมีใบอนุญาต

อย่างไรก็ตาม กฎหมายก็ได้ให้อำนาจแก่อธิบดีสาธารณสุขที่จะอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม เป็นลายลักษณ์อักษรตามคำขอของผู้ขึ้นทะเบียนวิชาชีพเวชกรรม ให้แก่ ผู้ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างมีเงื่อนไข ผู้ช่วยแพทย์ขึ้นทะเบียน (REGISTERED MEDICAL ASSISTANT) พยาบาลขึ้นทะเบียน (REGISTERED NURSE) นางผดุงครรภ์ขึ้นทะเบียน (REGISTERED MIDWIFE) หรือผู้ให้บริการทางสุขภาพอื่น หากอธิบดีพิจารณาว่ามีความเหมาะสมและต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแล และบังคับบัญชาของผู้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ยื่นคำขอ อนุญาต<sup>72</sup>

<sup>71</sup> มาตรา 3 ของกฎหมายโทรเวชกรรม

<sup>72</sup> มาตรา 3(2)

หากมีผู้ให้บริการโทรเวชกรรมโดยฝ่าฝืนกฎหมายดังกล่าว จะมีโทษปรับไม่เกินห้าแสนริงกิต หรือจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ

ในกรณีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ออกให้แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศดังกล่าวจะต้องทำคำขอมายังแพทยสภา โดยยื่นผ่านทางผู้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศมาเลเซีย พร้อมเอกสารประกอบและรายละเอียดต่าง ๆ ตามแต่จะกำหนด โดยแพทยสภาอาจมีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ โดยมีกำหนดระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี ภายใต้เงื่อนไขที่อาจกำหนดลงในใบอนุญาตโดยแพทยสภา<sup>73</sup> ซึ่งเงื่อนไขที่กำหนดในใบอนุญาตดังกล่าวสามารถถูกแก้ไข เปลี่ยนแปลง หรือถูกยกเลิกหากมีการฝ่าฝืนเงื่อนไขในใบอนุญาตโดยแพทยสภาได้<sup>74</sup> อย่างไรก็ตาม ถ้าคำขอใบอนุญาตดังกล่าวถูกปฏิเสธ หรือใบอนุญาตที่ได้รับถูกยกเลิกในภายหลังสามารถยื่นอุทธรณ์ต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ โดยถือเอาคำตัดสินของรัฐมนตรีเป็นที่สุด<sup>75</sup>

อย่างไรก็ตาม ก่อนที่ผู้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะให้บริการทางโทรเวชกรรมกับผู้ป่วย ผู้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพเวชกรรมดังกล่าวจะต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วย โดยผู้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าก่อนในเรื่องดังต่อไปนี้<sup>76</sup>

## สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>73</sup> มาตรา 4(1), (2)

<sup>74</sup> มาตรา 4(3), (4)

<sup>75</sup> มาตรา 4(5)

<sup>76</sup> มาตรา 5(2)

- ก. ผู้ป่วยอาจถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลต่อสิทธิได้รับการดูแลรักษาในอนาคตของผู้ป่วย
- ข. ผู้ป่วยได้รับทราบถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และผลดีผลเสียต่าง ๆ ของโทรเวชกรรม
- ค. ข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับหรือที่ผู้ป่วยเปิดเผยจากการรักษาทางโทรเวชกรรมจะถูกเก็บเป็นความลับ
- ง. ภาพจำลองหรือข้อมูลต่าง ๆ ที่สื่อสารหรือมีการใช้หรือที่เกิดขึ้นจากการรักษาทางโทรเวชกรรมของผู้ป่วย จะไม่ถูกเผยแพร่ให้แก่ผู้วิจัยหรือบุคคลอื่นใดโดยปราศจากความยินยอมของผู้ป่วย

โดยความยินยอมของผู้ป่วยจะต้องลงชื่อโดยผู้ป่วยและแสดงด้วยว่าได้รับรู้และปรึกษาหารือกับผู้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพเวชกรรมในรายการที่แจ้งให้ทราบข้างต้นแล้ว ซึ่งความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรนี้ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วย<sup>76</sup>

ในกรณีที่ผู้ป่วยยังเป็นผู้เยาว์หรือเป็นผู้มีความพิการทางจิต ซึ่งไม่อาจให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวได้ ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ดูแล (GUARDIAN AD IDEM)<sup>77</sup> อาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยได้

ผู้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดในเรื่องความยินยอมของผู้ป่วยนี้ถือว่ามีความผิดต้องรับโทษปรับไม่เกินหนึ่งแสนริงกิต หรือจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ<sup>78</sup>

<sup>76</sup> มาตรา 5(3), (4)

<sup>77</sup> มาตรา 5(5)

<sup>78</sup> มาตรา 5(6)

นอกจากนี้กฎหมายโทรเวชกรรมของมาเลเซียยังให้อำนาจแก่รัฐมนตรีที่จะออกคำสั่งที่จำเป็นเพื่อการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมายฉบับนี้ในมาตรา 6 โดยอาจมีคำสั่งเพื่อ

- ก. กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาทางโทรเวชกรรม
  - ข. กำหนดการควบคุมคุณภาพในการให้บริการทางโทรเวชกรรม
  - ค. กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางโทรเวชกรรมเก็บบันทึกและรายงานต่าง ๆ ตามที่จำเป็น รวมทั้งกำหนดวิธีการเก็บและบันทึกดังกล่าว
  - ง. กำหนดโทษของการฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งที่ออกโดยรัฐมนตรีภายใต้กฎหมายฉบับนี้ โดยมีโทษปรับไม่เกินห้าพันริงกิต หรือจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือทั้งจำทั้งปรับ
  - จ. กำหนดความผิดภายใต้กฎหมายนี้หรือภายใต้คำสั่งรัฐมนตรีที่ออกภายใต้กฎหมายนี้ รวมทั้งบุคคลหรือพฤติกรรมซึ่งความผิดอาจรวมถึง
- ฉ. กำหนดกฎเกณฑ์อื่น ๆ ที่จำเป็นภายใต้กฎหมายฉบับนี้

#### 4.7.2 กฎหมายโทรเวชกรรมของมลรัฐโอกลาโฮมา สหรัฐอเมริกา<sup>79</sup>

กฎหมายโทรเวชกรรมของมลรัฐโอกลาโฮมา เริ่มมีผลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 1997 โดยกฎหมายฉบับนี้แบ่งเป็น 6 มาตรา กฎหมายให้นิยามของ "โทรเวชกรรม" ว่า "การให้การดูแลรักษาสุขภาพ การวินิจฉัยโรค การให้คำปรึกษา การบำบัด การส่งข้อมูลทางการแพทย์ หรือการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการศึกษาทางการแพทย์ โดยวิธีการสื่อสารทางเสียง ภาพ หรือข้อมูล โทรเวชกรรมไม่ใช่การให้คำปรึกษาที่กระทำทางโทรศัพท์ หรือโทรสาร"<sup>80</sup>

ข้อสังเกตในความหมายของโทรเวชกรรมข้างต้นคือ กำหนดไว้ชัดเจนว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือโทรสาร ไม่ถือเป็นการให้การรักษาทางโทรเวชกรรม จึงไม่อยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายโทรเวชกรรม ดังนั้นจึงมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือโทรสาร จึงถือเป็นการให้การรักษากรณีปกติทั่วไป

นอกจากนี้กฎหมายกำหนดเกี่ยวกับการได้รับการชดเชยการรักษาทางโทรเวชกรรมจากรัฐหรือจากการประกันสุขภาพไว้ว่า แผนบริการดูแลสุขภาพ โปรแกรมการประกันความพิการหรือโปรแกรมการช่วยเหลือทางการแพทย์ของรัฐ (STATE MEDICAID MANAGED CARE, PROGRAM) ที่ออก แก่ไข หรือต่ออายุ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 1998 ไม่จำเป็นต้องมีการติดต่อบุคคลต่อบุคคล (PERSON-TO-PERSON CONTACT) ระหว่างผู้ประกอบการรักษาทางโทรเวชกรรม และผู้ป่วยโดยมีเงื่อนไขบางประการ<sup>81</sup>

<sup>79</sup> ดั้วบทดูแลเอกสารแนบท้าย

<sup>80</sup> มาตรา 2 แห่งกฎหมายโทรเวชกรรมของมลรัฐโอกลาโฮมา 1997

<sup>81</sup> มาตรา 3 แห่งกฎหมายโทรเวชกรรมมลรัฐโอกลาโฮมา 1997



ข้อสังเกตของมาตรา 3 คือ ปกติผู้ที่ได้รับการชดเชยค่ารักษาพยาบาลจากรัฐภายใต้โปรแกรม MEDICAID จะต้องมีการติดต่อบุคคลต่อบุคคลระหว่างแพทย์และผู้ป่วย มิฉะนั้น ผู้ป่วยไม่อาจขอรับค่าชดเชยการรักษาพยาบาลจากรัฐได้ ดังนั้น มาตรา 3 จึงยกเว้นหลักนี้

กฎหมายกำหนดเงื่อนไขสำคัญก่อนมีการให้การรักษาทางโทรเวชกรรมแก่ผู้ป่วยไว้ว่า ผู้ให้การดูแลรักษาที่มีการติดต่อกับผู้ป่วยต้องมีอำนาจเป็นที่สุดเหนือผู้ป่วย และต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องได้รับการแจ้งข้อมูลเหล่านี้ทั้งทางวาจาและทางลายลักษณ์อักษร<sup>82</sup>

- ก. ผู้ป่วยสามารถถอนสิทธิที่จะระงับหรือถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบสิทธิที่จะได้รับการรักษาในอนาคต หรือไม่เสียสิทธิประโยชน์ใด ๆ ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับ
- ข. ผู้ป่วยต้องได้รับคำอธิบายถึงความเสี่ยง ผลกระทบหรือข้อดีข้อเสียของการรักษาทางโทรเวชกรรม
- ค. ผู้ป่วยต้องรับทราบว่าข้อมูลในการรักษาจะถูกเก็บเป็นความลับ
- ง. ผู้ป่วยต้องได้รับการรับประกันว่า ผู้ป่วยจะสามารถเข้าสู่ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีการสื่อสารในระหว่างการรักษาทางโทรเวชกรรม และมีสิทธิขอสำเนาของข้อมูลตามราคาที่กำหนดแต่ไม่เกินต้นทุนโดยตรงในการทำสำเนา
- จ. ผู้ป่วยต้องได้รับประกันว่าจะไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลหรือภาพจำลองอันกำหนดได้ว่าเป็นของผู้ป่วยจากการติดต่อทางโทรเวชกรรมแก่ นักวิจัย หรือหน่วยงานหรือบุคคลภายนอกอื่นใดก่อนได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วย

82

มาตรา 4A

ทั้งนี้ผู้ปวยต้องลายมือชื่อให้ความยินยอมก่อนมีการรักษา<sup>83</sup>

นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ปวยเป็นผู้เยาว์ หรือไร้ความสามารถบุคคลเหล่านี้จึงไม่อาจให้ความยินยอมได้ กฎหมายจึงกำหนดให้บิดามารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ให้ความยินยอม<sup>84</sup>

อย่างไรก็ตาม กฎหมายก็มีข้อยกเว้นหลักเรื่องความยินยอมของผู้ปวยในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน ที่ผู้ปวยและผู้แสดงความยินยอมแทนไม่อาจให้ความยินยอมได้<sup>85</sup> ผู้ให้การรักษาที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายในเรื่องการได้รับความยินยอมของผู้ปวย ถือว่ากระทำการฝ่าฝืนมาตรฐานวิชาชีพ (UNPROFESSIONAL CONDUCT) ข้อยกเว้นอีกประการหนึ่งในเรื่องการได้รับความยินยอมจากผู้ปวยคือ ในการปรึกษาหารือกันระหว่างผู้ให้การรักษาทางโทรเวชกรรม ซึ่งผู้ปวยไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

83 มาตรา 4B

84 มาตรา 4C

85 อ้างแล้ว

## บทที่ 5

### แนวคิดในการพัฒนากฎหมายโทรเวชกรรมในประเทศไทย

จากเนื้อหาในบทก่อน ๆ จะเห็นว่าในปัจจุบันโทรเวชกรรมเข้ามามีบทบาทในทางการแพทย์มากขึ้น และเมื่อเทคโนโลยีมีพัฒนาการก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว จึงเชื่อได้ว่าโทรเวชกรรมมีแนวโน้มที่จะได้รับการพัฒนาและมีการใช้แพร่หลายในทางการแพทย์มากขึ้นเช่นกัน สำหรับประเทศไทยผู้เชี่ยวชาญเริ่มมีการให้บริการทางโทรเวชกรรมมากขึ้นแม้ว่าจะยังไม่แพร่หลายมากนัก เท่าที่ทราบเดิมเคยมีการใช้โทรเวชกรรมในการผ่าตัดผู้ป่วยที่โรงพยาบาลกรุงเทพ เป็นการดำเนินการผ่าตัดหัวใจ โดยแพทย์ผู้ให้การผ่าตัดอยู่ในต่างประเทศ แต่สามารถทำการผ่าตัดผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรุงเทพได้โดยอาศัยเทคโนโลยี เช่น ROBOTIC ARMS

ปัจจุบันมีความพยายามใช้โทรเวชกรรมในการรักษาสัตว์ที่โรงพยาบาลสัตว์ของหล่อ<sup>1</sup> โดยทางโรงพยาบาลต้องการเป็นโรงพยาบาลสัตว์เจ้าแรกที่ทำโทรเวชกรรมผ่านเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ เหตุที่การรักษาทางโทรเวชกรรมไม่ค่อยมีการใช้มากนัก ในอดีตโรงพยาบาลให้ความเห็นว่า เนื่องจากโรงพยาบาลสัตว์ยังเป็นธุรกิจขนาดเล็ก ขณะที่ระบบและซอฟต์แวร์ต่าง ๆ ต้องใช้เงินลงทุนค่อนข้างสูง โรงพยาบาลอยู่ในระหว่างจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับโครงการรักษาผ่านอินเทอร์เน็ต ทำการเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างพันธมิตรในต่างประเทศ จึงไม่จำเป็นต้องเดินทางไปรักษาในต่างประเทศอีกต่อไป ในเบื้องต้นโรงพยาบาลสัตว์ของหล่อได้จัดทำโฮมเพจขึ้นมาให้บริการก่อน โดยจะบรรจุข้อมูลข่าวสารการให้บริการ การให้คำปรึกษา การนัดหมายกับแพทย์ การถาม-ตอบ ซึ่งโรงพยาบาลคาดว่าจะการดำเนินงานทั้งหมดนี้จะเป็นรูปธรรมภายในปี พ.ศ. 2543 นี้

---

<sup>1</sup> สริญญา แดงอินทวัฒน์, “โรงพยาบาลสัตว์ของหล่อก้าวสู่ยุครักษาผ่านเน็ต” หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ 2543, หน้า 5

นอกจากนี้มีการใช้โทรเวชกรรมเป็นฐานข้อมูลทางการแพทย์ เช่นที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ที่หมอแต่ละคนสามารถเรียกดูแผ่นฟิล์มเอกซเรย์ของคนไข้ได้ด้วยตัวเอง ไม่ต้องรอพยาบาลหรือคนส่งเอกสารมาส่งให้ โดยที่ฟิล์มทั้งหมดจะถูกสแกนเก็บไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ โดยที่จะตรงกับข้อมูลของคนไข้คนนั้น ๆ เวลาที่หมอต้องการข้อมูล ระบบก็จะแสดงข้อมูลทั้งหมดที่จำเป็นให้<sup>2</sup> ผู้เขียนยังสังเกตเห็นว่า มีการโฆษณารับสมัครแพทย์ที่มีความสามารถทางโทรเวชกรรมอยู่บ้างทางหนังสือพิมพ์ สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นได้ว่าการให้บริการทางโทรเวชกรรมในสังคมไทยจากที่ไม่เคยมีคนรู้จัก เริ่มมีการแพร่หลายมากขึ้นกว่าเดิม จึงมีความจำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษาทางโทรเวชกรรม ไม่ว่าจะ เป็นแพทย์ ผู้รับการรักษาบุคลากรโรงพยาบาล และบุคคลทั่วไปพึงจะได้รับความรู้ทางกฎหมายบ้างว่าโทรเวชกรรม มีประเด็นสำคัญทางกฎหมายของไทยอย่างไรบ้าง และรัฐหรือองค์กรทางการแพทย์ควรมีบทบาทควบคุมดูแลการให้บริการการแพทย์ทางโทรเวชกรรมอย่างไร

#### 5.1 ประเด็นสำคัญทางกฎหมายไทยที่ควรเกี่ยวกับโทรเวชกรรม

จากการศึกษาข้อเท็จจริงและหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมของต่างประเทศในบทก่อน ๆ สามารถสรุปประเด็นทางกฎหมายของไทยที่สำคัญในการพิจารณาเพื่อให้เกิดความเข้าใจประเด็นทางกฎหมาย ซึ่งอาจเกิดปัญหาเมื่อมีการใช้โทรเวชกรรมในประเทศไทย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>2</sup> ปิยนัฐ ปิยนิธิ, นิตยสาร E-COMMERCE, “หาหมอผ่านอินเทอร์เน็ต HOSPITAL 2010”, ธันวาคม 2543, หน้า 37

### 5.1.1 ความรับผิดของแพทย์ตามกฎหมายไทย (CIVIL LIABILITY)

ประเทศไทยไม่มีกฎหมายที่กำหนดเรื่องความรับผิดจากการรักษาที่ไม่ถูกต้องของแพทย์ไว้โดยเฉพาะกฎหมายหลักที่ใช้บังคับกับเรื่องคือ อาศัยบทบัญญัติในเรื่องละเมิด มาตรา 420 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<sup>3</sup> แต่ปัญหาไม่ได้อยู่ที่ไม่มีกฎหมายเฉพาะกับวิชาชีพแพทย์ แต่ปัญหาอยู่ที่อย่างไรจะถือว่าเป็นการกระทำโดยประมาท จะใช้มาตรฐานใดมาเป็นมาตรฐานวัดว่าแพทย์กระทำการโดยประมาท และต้องรับผิดเพราะปฏิบัติหน้าที่ต่ำกว่ามาตรฐาน เพราะมาตรฐานของแพทย์ทางโทรเวชกรรมยังไม่มีแม้ในต่างประเทศก็ตาม กล่าวโดยสรุปก็คือ มาตรฐานของแพทย์ (STANDARD) DUTY OF CARE) และ DUTY OF SKILL ทางโทรเวชกรรมของแพทย์มีเพียงใด ซึ่งต้องพิจารณาจากความระมัดระวังตามวิสัยและพฤติการณ์

ปัญหาของการที่ไม่มีมาตรฐาน (STANDARD) ของ DUTY OF CARE และ DUTY OF SKILL ทางโทรเวชกรรมก่อให้เกิดภาระอย่างมากแก่ผู้เสียหายมีหน้าที่นำสืบให้เห็นถึงความเสียหายเพื่อสนับสนุน คำฟ้องของตน ตามที่กำหนดในมาตรา 84 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง<sup>4</sup> ดังนั้นจึงเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้เสียหายจากการรักษาทางโทรเวชกรรม เพราะผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม และอาจไม่มีความรู้ความเข้าใจเพียงพอที่จะเข้าใจ การรักษาทางโทรเวชกรรมได้ดีเท่าแพทย์ผู้ให้การรักษา เพราะแพทย์ดังกล่าวได้รับการฝึกฝนอบรมมาก่อน

<sup>3</sup> มาตรา 420 กำหนดว่า

“ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

<sup>4</sup> มาตรา 84 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง กำหนดว่า

“ถ้าคู่ความฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งกล่าวอ้างข้อเท็จจริงอย่างใด ๆ เพื่อสนับสนุนคำฟ้องหรือคำให้การของตน ให้หน้าที่นำสืบข้อเท็จจริงนั้นตกอยู่กับคู่ความฝ่ายที่กล่าวอ้าง แต่

- (1) คู่ความไม่ต้องพิสูจน์ข้อเท็จจริงซึ่งเป็นที่รู้กันอยู่ทั่วไป หรือซึ่งไม่อาจโต้แย้งได้ หรือศาลเห็นว่าคู่ความอีกฝ่ายหนึ่งได้รับแล้ว
- (2) ถ้ามีข้อสันนิษฐานไว้ในกฎหมายเป็นคุณแก่คู่ความฝ่ายใด คู่ความฝ่ายนั้นต้องพิสูจน์เพียงแต่ว่าตนได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขแห่งการที่ตนจะได้รับประโยชน์จากข้อสันนิษฐานนั้นครบถ้วนแล้ว”

ปัญหาอีกประการหนึ่งได้แก่ ความผิดของผู้มีส่วนร่วมในการให้บริการรักษาทางโทรเวชกรรมที่ไม่ใช่แพทย์ เช่น ผู้ให้บริการด้านเทคนิค เทคโนโลยี สื่อสารโทรคมนาคม จะมีส่วนร่วมรับผิดชอบผู้ป่วยที่ได้รับ ความเสียหายจากการรักษาทางโทรเวชกรรมหรือไม่ หรือต้องรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว ทั้งนี้เพราะสาเหตุแห่งความเสียหายอาจไม่ได้เกิดจากการวินิจฉัยและการรักษาที่ผิดพลาดของแพทย์ แต่อาจเกิดจากความบกพร่องของระบบสื่อสารทางโทรเวชกรรม เช่น การตั้งความถี่สัญญาณสื่อสารไม่รับกัน ทำให้ข้อมูลผิดเพี้ยน การวินิจฉัยโรคของแพทย์จึงผิดพลาดไปด้วยโดยไม่ได้เกิดจากความประมาทหรือความไม่รู้ของแพทย์ หรืออาจเกิดจากไวรัสคอมพิวเตอร์ ทำให้ข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ในฐานข้อมูลเสียหายไปทั้งหมดหรือบางส่วน ทำให้เกิดการวินิจฉัยที่ผิดพลาด กรณีหากไม่อาจทราบได้ว่าผู้ใดเป็นผู้ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยแล้ว ผู้มีส่วนร่วมในการให้บริการรักษาทางโทรเวชกรรม ทั้งแพทย์และผู้ที่ไม่ใช่แพทย์อาจต้องมีความรับผิดชอบร่วมกันตามที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 432<sup>5</sup> หรือหากความผิดเกิดจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แพทย์แต่หากบุคคลอื่นนั้นเป็นลูกจ้างของแพทย์ แพทย์ก็ต้องรับผิดชอบร่วมกับบุคคลอื่นนั้นต่อผู้ป่วยด้วย ในฐานะเป็นนายจ้าง-ลูกจ้างกัน

<sup>5</sup> มาตรา 432 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ กำหนดว่า

“ถ้าบุคคลหลายคนก่อให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น โดยร่วมกันทำละเมิด ท่านว่าบุคคลเหล่านั้นจะต้องร่วมกันรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทน เพื่อความเสียหายนั้น ความข้อนี้ท่านให้ใช้ตลอดถึงกรณีที่ไม่สามารถสืบตัวผู้ใดได้ว่าในจำพวกที่ละเมิดร่วมกันนั้น คนไหนเป็นผู้ก่อให้เกิดความเสียหายนั้นด้วย

อนึ่ง บุคคลผู้ยุยงส่งเสริมหรือช่วยเหลือในการทำละเมิด ท่านก็ให้ถือว่าเป็นผู้กระทำละเมิดร่วมกันด้วย ในระหว่างบุคคลทั้งหลายซึ่งต้องรับผิดชอบร่วมกันใช้ค่าสินไหมทดแทนนั้น ท่านว่าต่างต้องรับผิดชอบเป็นส่วนเท่าๆ กัน เว้นแต่โดยพฤติการณ์ ศาลจะวินิจฉัยเป็นประการอื่น”



ที่กำหนดในมาตรา 425<sup>6</sup> นอกจากนี้หากสาเหตุแห่งความเสียหายแก่ผู้ป่วยเกิดจากความชำรุดบกพร่องของเครื่องมือเครื่องใช้ในทางการแพทย์โทรเวชกรรม แพทย์ผู้ให้การรักษาก็ต้องสันนิษฐานในเบื้องต้นให้ต้องรับผิดชอบในฐานะเป็นผู้ครอบครองเครื่องมืออุปกรณ์เหล่านั้นตามมาตรา 437<sup>7</sup> ผู้ป่วยเพียงนำสืบให้ได้ความว่าตนได้รับความเสียหายจากทรัพย์สินอันตรงนั้น โดยไม่ต้องนำสืบในศาลเห็นถึงความจงใจ ประมาทเลินเล่อของแพทย์ ซึ่งทั้งมาตรา 432, 425 และ 437 ต้องพิจารณาประกอบกับมาตรา 420 ซึ่งเป็นมาตราหลักเรื่องละเมิดมาก่อน

นอกจากนี้แพทย์ยังมีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ (PROFESSIONAL LIABILITY) ของตนเองต่อองค์กรที่ควบคุมดูแลและพิจารณาลงโทษอันได้แก่ แพทยสภา ตามที่กฎหมายควบคุมวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 บัญญัติไว้ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรับผิดชอบต่อแพทยสภา ดังนี้

1. ประพฤติตนให้เหมาะสมในฐานะสมาชิกแพทยสภา
2. ต้องรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับ

<sup>6</sup> มาตรา 425

“นายจ้างต้องร่วมกันรับผิดชอบกับลูกจ้างในผลแห่งละเมิด ซึ่งลูกจ้างได้กระทำไปในทางการที่จ้างนั้น”

<sup>7</sup> มาตรา 437

“บุคคลใดครอบครองหรือควบคุมดูแลยานพาหนะอย่างใด ๆ อันเดินด้วยกำลังเครื่องจักรกล บุคคลนั้นจะต้องรับผิดชอบเพื่อการเสียหายอันเกิดแต่ยานพาหนะนั้น เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่าการเสียหายนั้นเกิดแต่เหตุสุดวิสัย หรือเกิดเพราะความผิดของผู้ต้องหาเสียหายนั้นเอง

ความข้อนี้ให้ใช้บังคับได้ตลอดถึงบุคคลมีไว้ในครอบครองของตนซึ่งทรัพย์สิน อันเป็นของเกิดอันตรงนี้ได้โดยสภาพ หรือโดยความมุ่งหมายที่จะใช้ หรือโดยอาการกลไกของทรัพย์สินนั้นด้วย”

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอาจต้องรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้<sup>8</sup>

- ก. ถ้าประพฤตินไม่สมควร หรือประพฤติดัวเสียหาย ซึ่งคณะกรรมการแพทยสภาเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ คณะกรรมการแพทยสภาอาจมีมติให้สมาชิกผู้นั้นพ้นจากสมาชิกภาพ เมื่อพ้นจากสมาชิกภาพแล้ว ย่อมหมดสิทธิที่จะประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตของผู้นั้นจะสิ้นสุดทันทีตามกฎหมาย
- ข. ถ้าประพฤติปฏิบัติอันเป็นการละเมิด จริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภา อาจถูกคณะกรรมการแพทยสภาสอบสวน และอาจต้องได้รับโทษดังต่อไปนี้คือ ว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์พักใช้ใบอนุญาต หรือเพิกถอนใบอนุญาต ตามความหนักเบาแห่งพฤติการณ์ที่กระทำนั้น

### 5.1.2 พยานเอกสารในรูปอิเล็กทรอนิกส์

ปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการพิสูจน์ความผิดและความเสียหายอันเกิดจากการรักษาทางโทรเวชกรรมเรื่องหลักฐานทางศาล ได้แก่ ปัญหาเรื่องพยานหลักฐานที่อยู่ในรูปของ อิเล็กทรอนิกส์ ทั้งนี้เพราะการรักษาทางโทรเวชกรรมเป็นการรักษาแห่งอนาคตที่อาศัยเทคโนโลยีติดต่อสื่อสารในการรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์กับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์แบบ FACE-TO-FACE ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางโทรเวชกรรมจึงอยู่ในรูปแบบทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่นภาพเอกซเรย์ของผู้ป่วยที่อยู่ในฐานข้อมูล ข้อมูลการติดต่อรักษาของแพทย์กับผู้ป่วยที่อยู่ในรูปดิจิทัล ข้อมูลเหล่านี้สามารถใช้อ้างอิงเป็นพยานเอกสารต่อศาลได้เพียงใด

<sup>8</sup>

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, นิติเวชศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2533, หน้า 116

ทางกฎหมายพยาน พยานเอกสาร หมายถึง ข้อความหรือเครื่องหมายใด ๆ ที่อยู่บนกระดาษ หนังสือ หรือวัตถุอื่นใด โดยทำให้ปรากฏความหมายด้วย ตัวอักษร ตัวเลข ผัง หรือแผนอย่างอื่น จะเป็นโดยวิธีพิมพ์ ภาพถ่าย หรือวิธีอื่นใด ซึ่งคู่ความเสนอต่อศาลเพื่อใช้ความหมายของข้อความ หรือเครื่องหมายนั้นพิสูจน์ความจริง<sup>9</sup> ดังนั้น ข้อมูลต่าง ๆ ทางการรักษาทางโทรเวชกรรมที่อยู่ในรูปอิเล็กทรอนิกส์ก็ถือเป็นพยานเอกสารอย่างหนึ่ง

ในการยอมรับฟังพยานเอกสารของศาลไทยนั้น เมื่อคู่ครองฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งอ้างพยานเอกสารเข้าสืบตามข้ออ้างของตน ให้ศาลยอมรับฟังแต่ต้นฉบับเอกสารเท่านั้น<sup>10</sup> หลักข้อนี้ที่มาจากหลักเรื่องการรับฟังพยานหลักฐานที่ดีที่สุด (BEST EVIDENCE RULE) โดยที่พยานเอกสารนั้น ต้นฉบับเอกสารเป็นพยานชั้น 1 ส่วนสำเนาเอกสารเป็นพยานชั้น 2 ดังนั้นคู่ครองจึงต้องนำต้นฉบับมาสืบเสมอ เว้นแต่กรณีไม่อาจนำต้นฉบับมาได้ เช่น ต้นฉบับสูญหาย หรือถูกทำลายโดยเหตุสุดวิสัย หรือนำมาศาลไม่ได้ ศาลจึงยอมรับสำเนาแทน<sup>11</sup>

ดังนั้นข้อมูลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นแผนผัง กราฟ ตัวเลข ภาพเอกซเรย์ต่าง ๆ ที่ถ่ายออกมาจากคอมพิวเตอร์ จึงถือได้ว่าเป็นสำเนาเอกสาร ไม่ใช่เอกสารต้นฉบับ จึงเป็นพยานชั้น 2 เพราะสำเนาอาจผิดพลาดได้ ซึ่งปกติหากนำสำเนาเอกสารมาอ้างอิงต่อศาล ศาลจะไม่รับฟัง เว้นแต่เข้าข้อยกเว้นตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 93 ดังกล่าว

<sup>9</sup> เลิศลักษณ์ ปานเลิศ, การใช้เอกสารคอมพิวเตอร์เป็นพยานในศาล, วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2531 อ้างถึงในรายงานการศึกษาวิจัยเรื่องกฎหมายพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ โดย กฤษณะ ช่างกล่อม, 2542, หน้า 108

<sup>10</sup> ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 93

<sup>11</sup> เข็มชัย ชูติวงศ์, คำอธิบายกฎหมายลักษณะพยาน, นิติบรรณการ 2541, หน้า 197

อย่างไรก็ตาม มีผู้เห็นว่า กรณีเอกสารจากเครื่องคอมพิวเตอร์คู่ความสามารถนำเสนอเข้ามาเป็นพยานหลักฐานได้ ในฐานะเป็นพยานบอกเล่า<sup>12</sup> เพราะเหตุว่ากฎหมายไทย ไม่มีบทบัญญัติห้ามรับฟังพยานบอกเล่าที่เป็นพยานเอกสาร ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 95 ใช้บังคับเฉพาะกับบุคคลเท่านั้น<sup>13</sup>

แต่ปัญหาข้อนี้ปัจจุบันกำลังจะได้รับการเยียวยา กล่าวคือ ประเทศไทยกำลังจะมีกฎหมายธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ใช้บังคับในระยะเวลาไม่นานนี้ ขณะนี้ยังเป็นเพียงร่างกฎหมายอยู่เท่านั้น โดยกฎหมายฉบับนี้จะรองรับสถานะทางกฎหมายของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ให้เสมือนกับการทำเป็นหนังสือ หรือหลักฐานเป็นหนังสือ การรองรับ วิธีการส่งและรับข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตลอดจนรับฟังพยานหลักฐานที่เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ดังนั้น ปัญหาในเรื่องพยานเอกสารทางอิเล็กทรอนิกส์คงจะคลี่คลายไป

<sup>12</sup> เลิศลักษณ์ ปานเลิศ อ้างถึงในรายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง กฎหมายพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ โดยกฤษณะ ช่างกล่อม, 2542 หน้า 110

<sup>13</sup> อ้างแล้ว

### 5.1.3 การเกิดขึ้นของสัญญาและความรับผิดชอบ

ข้อแตกต่างประการสำคัญสำคัญระหว่างวิชาชีพโทรเวชกรรม และวิชาชีพเวชกรรมก็คือ กรณีโทรเวชกรรมแพทย์และผู้ป่วยไม่ได้พบปะกันจริง ๆ กล่าวคือ เป็นการให้การรักษาทางไกลซึ่งทั้งคู่อยู่ห่างกันโดยระยะทาง ซึ่งอาจจะเป็นคนละประเทศ คนละทวีป เกณฑ์พิจารณาทางกฎหมายคือสัญญาเกิดขึ้นเมื่อใด จะถือว่าเป็นการแสดงเจตนาทักขะทำต่อบุคคลเฉพาะหน้าตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 168<sup>14</sup> หรือเป็นการแสดงเจตนาต่อบุคคลที่อยู่ห่างโดยระยะทางตามมาตรา 169<sup>15</sup> ทั้งนี้เพราะสัญญาจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการแสดงเจตนาเสนอสนองถูกต้องตรงกัน ผู้เขียนมีความเห็นว่า แม้คู่สัญญาคือแพทย์และผู้ป่วยจะอยู่ห่างกันโดยระยะทางแต่หากคู่สัญญาสามารถแสดงเจตนาโต้ตอบกันได้ในพื้นที่ก็จะเป็นการแสดงเจตนาแก่ผู้อยู่เฉพาะหน้า สัญญาจึงเกิดขึ้นทันทีที่มีเจตนาเสนอสนองถูกต้องตรงกัน ซึ่งสอดคล้องกับตัวบทกฎหมายที่กำหนดให้การแสดงเจตนาแก่ผู้อยู่เฉพาะหน้าให้ใช้ได้ตลอดถึงการแสดงเจตนาทางโทรศัพท์ หรือโดยเครื่องมือสื่อสารอื่น หรือวิธีอื่น ซึ่งสามารถติดต่อถึงกันได้ในการทำงานเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตาม หากคู่สัญญาทั้งสองฝ่ายไม่อาจทราบเจตนาของอีกฝ่ายหนึ่งอันจะสามารถโต้ตอบกันได้โดยทันทีแล้ว ก็ถือเป็นการแสดงเจตนาที่อยู่ห่างโดยระยะทางจะมีผลเมื่อการแสดงเจตนาไปถึงผู้รับการแสดงเจตนา

<sup>14</sup> มาตรา 168 กำหนดว่า

“การแสดงเจตนาที่กระทำต่อบุคคลซึ่งอยู่ต่อหน้า ให้ถือว่ามีผลนับแต่ผู้รับการแสดงเจตนาได้ทราบการแสดงเจตนา นั้น ความข้อนี้ให้ใช้ได้ตลอดถึงการที่บุคคลหนึ่งแสดงเจตนาไปยังอีกคนหนึ่งทางโทรศัพท์ หรือโดยเครื่องมือสื่อสารอื่น หรือโดยวิธีอื่นซึ่งสามารถติดต่อถึงกันได้ทำงานเดียวกัน”

<sup>15</sup> มาตรา 169 กำหนดว่า

“การแสดงเจตนาที่กระทำต่อบุคคลซึ่งไม่ได้อยู่เฉพาะหน้าให้ถือว่ามีผลนับแต่เวลาที่การแสดงเจตนา นั้นไปถึงผู้รับการแสดงเจตนา - - - - - “

ปัญหาที่ควรพิจารณาถึงการให้บริการโทรเวชกรรมข้ามประเทศ คือ สัญญาเกิดขึ้นที่ไหน กล่าวคือ การรักษาพยาบาลเกิดขึ้นที่ไหน อันจะเป็นการพิจารณาว่าหากเกิดความผิดพลาดในการรักษาแล้ว ความผิดเกิดขึ้นที่ไหน จะถือว่าแพทย์เดินทางมารักษาผู้ป่วย หรือผู้ป่วยเดินทางไปหาแพทย์ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งในกรณีแรกถือว่าการรักษาเกิดที่ถิ่นที่อยู่ของผู้ป่วย และกรณีหลังถือว่าการรักษาเกิดที่ถิ่นที่อยู่ของแพทย์ หรือไม่ใช่ทั้งสองที่แต่เกิดบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตซึ่งไม่มีพรมแดนของใคร ผู้เขียนเห็นว่าควรถือว่าการรักษาเกิดขึ้นในดินแดนของผู้ป่วย โดยถือว่าแพทย์เป็นผู้เดินทางเข้ามาโดยสื่อในการให้บริการทางโทรเวชกรรม หากไม่ถือเช่นนั้นแล้ว และถือว่าผู้ป่วยเป็นผู้เดินทางไปพบแพทย์ ดังนั้นแพทย์ก็สามารถให้บริการทางโทรเวชกรรมได้ทุกที่ทั่วโลก เพราะถือว่าแพทย์อยู่ในสำนักงานของตนเอง ซึ่งประเด็นเรื่องใบอนุญาตโทรเวชกรรมข้ามประเทศจะไม่เกิดขึ้น

นอกจากนี้การแสดงเจตนาในการทำสัญญาอาจเกิดระหว่างคนกับคอมพิวเตอร์ก็ได้ กล่าวคือ เป็นการแสดงเจตนาของผู้ป่วยไปยังระบบคอมพิวเตอร์อัตโนมัติของแพทย์ ซึ่งการแสดงเจตนาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์นี้มีบัญญัติรับรองในร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์<sup>16</sup>

<sup>16</sup> มาตรา 12 แห่งร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยธุรกรรม อิเล็กทรอนิกส์ กำหนดว่า “เว้นแต่จะตกลงไว้เป็นประการอื่น คำเสนอจะทำสัญญาและคำสนองอาจทำเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ก็ได้ และเมื่อสัญญาเกิดขึ้นในรูปแบบของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์แล้ว ไม่พึงปฏิเสธการมีผลทางกฎหมายของสัญญาเพียงเพราะเหตุที่สัญญานั้นได้ทำขึ้นในรูปแบบเช่นนั้น”

มาตรา 13

“เว้นแต่จะตกลงไว้เป็นอย่างอื่นในระหว่างผู้ส่งข้อมูลและผู้รับข้อมูล การแสดงเจตนาหรือคำบอกกล่าวจะทำเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ก็ได้”



#### 5.1.4 ศาลมีอำนาจพิจารณาคดี (CHOICE OF JURISDICITON)

ศาลที่มีอำนาจพิจารณาพิพากษาคดีได้แก่ ศาลที่มีอำนาจรับคำฟ้องและพิจารณาพิพากษาคดีของโจทก์ ตามมาตรา 4 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาแพ่ง และพาณิชย์ของไทย กำหนดให้โจทก์เสนอคำฟ้องคดีแพ่งต่อศาลที่จำเลยมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตศาล หรือต่อศาลที่มูลคดีเกิดขึ้นไม่ว่าจำเลยจะมีภูมิลำเนาอยู่ในราชอาณาจักรหรือไม่ ปัญหาที่ต้องพิจารณาคือ มูลคดีเกิดขึ้นที่ใดเพราะการให้บริการโทรเวชกรรมไม่มีการปรากฏตัวทางกายภาพของคู่สัญญาได้แก่ แพทย์และผู้ป่วย โดยผู้ให้บริการอยู่ในต่างประเทศหรือจะถือว่ามูลคดีเกิด ON-LINE

อย่างไรก็ตาม หากจำเลยไม่มีภูมิลำเนาอยู่ในราชอาณาจักรและมูลคดีก็ไม่ได้เกิดขึ้นในราชอาณาจักร แต่ถ้าโจทก์เป็นผู้มีสัญชาติไทยหรือมีภูมิลำเนาอยู่ในราชอาณาจักร โจทก์สามารถเสนอคำฟ้องต่อศาลแพ่งที่โจทก์มีภูมิลำเนาได้ตามมาตรา 4 ตรี ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง

สิ่งที่ต้องพิจารณาประกอบคือ การบังคับคดีภายหลังมีคำพิพากษาศาลของศาลไทยแก่จำเลยในต่างประเทศจะกระทำได้อย่างไร

#### 5.1.5 กฎหมายที่ใช้บังคับ (CHOICE OF LAW)

ในกรณีที่ต้องใช้กฎหมายเพื่อบังคับกับสัญญาที่มีเนื้อหาระหว่างประเทศ เช่นกรณีให้บริการโทรกรรมจากต่างประเทศ จะใช้กฎหมายใดบังคับแก่สาระสำคัญของสัญญา มาตรา 13 ของพระราชบัญญัติว่าด้วยการชื้อกันแห่งกฎหมาย พ.ศ. 2481 กำหนดว่า กฎหมายที่จะใช้บังคับกับสาระสำคัญของสัญญา (สาระสำคัญของสัญญาได้แก่ การแสดงเจตนาในการทำสัญญา วัตถุประสงค์ของสัญญา ทรัพย์สินหรือวัตถุในสัญญา คำเสนอ คำสนอง คำมั่น การเกิดขึ้นของสัญญา และเหตุต่างๆ ที่ทำให้การแสดงเจตนา วิปริต) หรือผลแห่งสัญญา ให้วินิจฉัยตามเจตนาของคู่กรณี ในกรณีไม่ทราบเจตนาชัดแจ้งหรือโดยปริยายของคู่กรณี ให้ใช้กฎหมายที่คู่สัญญามีสัญชาติเดียวกัน ถ้าสัญชาติของคู่สัญญาแตกต่างกันให้ใช้กฎหมายแห่งถิ่นที่สัญญานั้นได้ทำขึ้น<sup>17</sup>

<sup>17</sup> กมล สนิทเกษตริน, คำอธิบายกฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีบุคคล, นิติบรรณการ, 2539, หน้า 266

ในทางปฏิบัติทางการให้บริการโทรเวชกรรม ในกรณีที่ไม่มีการทำสัญญา ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ จึงเป็นการยากที่จะทราบเจตนา ของคู่กรณีว่าจะใช้กฎหมายใดบังคับแก่สาระสำคัญและผลของสัญญา และผู้ให้บริการโทรเวชกรรมอาจเป็นชาวต่างชาติ จึงไม่มีคู่สัญญาจึงอาจไม่มีสัญชาติ เดียวกัน ดังนั้น กฎหมายที่ใช้บังคับจึงได้แก่กฎหมายแห่งถิ่นที่สัญญานั้นได้ทำขึ้น ประเด็นว่าสัญญาเกิดขึ้นที่ใดผู้เขียนได้แสดงความเห็นไว้ในหัวข้อเรื่องการเกิดขึ้น ของสัญญา

#### 5.1.6 ความลับในข้อมูล (PRIVACY AND CONFIDENTIALITY)

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายโดยเฉพาะที่คุ้มครองความลับในข้อมูล ซึ่งรวมถึงข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยด้วย แต่ในต่างประเทศบางประเทศมี กฎหมายเฉพาะคุ้มครองข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยแยกต่างหากจากข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาความลับของตนเพราะถือว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยอัน ประกอบด้วย<sup>18</sup>

1. สิทธิในการตัดสินใจจะรับหรือเลือกบริการทางการแพทย์
2. สิทธิส่วนตัวและสิทธิในครอบครัว
3. สิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ
4. สิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวหรือสิทธิที่จะรู้
5. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย
6. สิทธิที่จะได้รับค่าชดเชยความเสียหาย
7. สิทธิที่จะได้รับการปกปิดเรื่องราวเป็นความลับ

18

วิฑูรย์ อั้งประพันธ์, "สิทธิผู้ป่วย", กรุงเทพฯ : สำนักงานพิมพ์คบไฟ, 2537, หน้า 132

ในต่างประเทศสิทธิของผู้ป่วยมีการรับรองโดยกฎหมาย เช่น PATIENT'S BILL OF RIGHTS 1992 ของสหรัฐอเมริกา ซึ่งรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่ขอรับบริการจากโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาไว้ 12 ประการ ดังนี้<sup>19</sup>

1. รับบริการที่ให้ความเคารพ เห็นอกเห็นใจ
2. รับทราบข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับโรค การรักษา ผลการรักษา วิธีการรักษา แต่ละวิธี ความเสี่ยง ผล
3. ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแผนการรักษาเอง
4. ผู้ป่วยสามารถให้คำสั่งเสียไว้ก่อนกรณีผู้ป่วยมีอันเป็นไป
5. พึงทักษ์ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย
6. รักษาข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับ
7. ผู้ป่วยอาจอ่าน ตรวจสอบ ได้รับอธิบายเพิ่มประวัติการป่วยของตน
8. ได้รับการดูแล รักษา ส่งต่อที่เหมาะสม
9. ทราบความสัมพันธ์ทางธุรกิจระหว่างโรงพยาบาล ผู้ให้บริการ ผู้ประกัน
10. ร่วม หรือไม่ร่วมการทดลอง
11. รับการดูแลต่อเนื่องนอกโรงพยาบาล
12. ทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นโยบาย ะหว่างปฏิบัติของโรงพยาบาล ราคาค่าบริการ วิธีการร้องเรียนเมื่อมีปัญหา

แม้จะยังไม่มีกฎหมายคุ้มครองข้อมูลผู้ป่วย แต่ก็มีข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย ซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือหน้าที่<sup>20</sup>

<sup>19</sup> สุรวงศ์ ศาสตราวหา, บรรณานิการ, “กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข” เอกสารวิชาการโครงการ สำนักงานส่งเสริมการวิจัย กฎหมายการแพทย์ สาธารณสุขสิ่งแวดล้อมและวิทยาศาสตร์, บัณฑิตย วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เดือนตุลา, 240 หน้า 158

<sup>20</sup> หมวด 3 ข้อ 9. แห่งข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 ออกตาม ความในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

ปัจจุบันมีความพยายามเสนอกฎหมายพระราชบัญญัติความลับทางการค้า โดยมุ่งประสงค์คุ้มครองความลับทางการค้าจากการใช้โดยไม่มีสิทธิ ตามร่างกฎหมายดังกล่าว นิยามความลับทางการค้าว่าหมายถึง ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าในเชิงพาณิชย์ เนื่องจากเป็นความลับ หรือผลการทดสอบหรือข้อมูลที่ยังไม่เปิดเผย<sup>21</sup> นอกจากนี้กฎหมายให้การคุ้มครองแก่ผู้ทรงสิทธิในความลับทางการค้าเท่านั้น<sup>22</sup> ซึ่งหากพิจารณาตามนิยามของกฎหมายแล้ว อาจมีการนำข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยไปเสนอขายแก่บริษัทประกันชีวิต อันจะมีผลต่อการพิจารณารับหรือไม่รับการทำประกันชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วย หรืออาจมีการนำข้อมูลสุขภาพส่วนตัวของผู้ป่วยไปเสนอขายแก่บริษัทรับสมัครงานหรือบริษัทนายจ้างเมื่อต้องการรับสมัครงาน อันจะมีผลถึงการได้รับการจ้างงานหรือไม่ ข้อเสนอแนะดังกล่าวซึ่งนำไปซื้อขายกันได้ ย่อมมีคุณค่าในเชิงพาณิชย์

<sup>21</sup> มาตรา 4 ร่าง พรบ. ความลับทางการค้า “ความลับทางการค้า” หมายถึง

- (1) ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าในเชิงพาณิชย์เนื่องจากเป็นความลับ โดยข้อเสนอแนะนั้นไม่ว่าจะอยู่ในรูปของหน่วยหนึ่งก็ดี หรืออยู่ในรูปลักษณะและการรวมกันขององค์ประกอบของข้อเสนอแนะที่ชัดเจนก็ดี เป็นข้อเสนอแนะที่ยังไม่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปหรือเข้ากันได้ในกลุ่มบุคคลในวงการ ซึ่งโดยปกติเกี่ยวข้องกับข้อเสนอแนะในประเภทดังกล่าว และผู้ควบคุมข้อเสนอแนะนั้นโดยชอบด้วยกฎหมาย ได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่สมควรตามสภาพการณ์ในอันที่จะรักษาข้อเสนอแนะดังกล่าวไว้เป็นความลับ หรือ
- (2) ผลการทดสอบหรือข้อมูลที่ยังไม่เปิดเผย ซึ่งการจัดทำ ค้นพบ หรือสร้างสรรค์ต้องใช้ความพยายามอย่างมาก และผู้มีสิทธิโดยชอบในผลการทดสอบหรือข้อมูลดังกล่าวได้เสนอผลการทดสอบ หรือข้อมูลนั้นต่อหน่วยงานของรัฐที่กำหนด หรือที่มีกฎหมายกำหนดให้การเสนอผลการทดสอบหรือข้อมูลนั้นเป็นเงื่อนไขในการอนุญาตให้ผลิต นำเข้า ส่งออก หรือขาย ผลิตภัณฑ์ ยา หรือ เคมีภัณฑ์ทางเกษตรซึ่งใช้สารเคมีชนิดใหม่

<sup>22</sup> มาตรา 4 ร่างพรบ. ความลับทางการค้า”

“ผู้ทรงสิทธิในความลับทางการค้า” หมายความว่า ผู้ค้นพบ คิดค้น รวบรวม หรือสร้างสรรค์ข้อเสนอแนะที่เป็นความลับทางการค้า โดยมิได้เป็นการละเมิดในความลับทางการค้าของผู้อื่น หรือผู้มีสิทธิโดยชอบในผลการทดสอบหรือข้อมูลที่เป็นความลับทางการค้า และในกรณีที่ได้มีการโอนสิทธิในความลับทางการค้าตามมาตรา 6 วรรคสองแล้ว ให้หมายถึงผู้รับโอนสิทธิดังกล่าว

ผู้ที่กฎหมายคุ้มครองคือ คุ้มครองผู้ทรงสิทธิในความลับทางการค้า ได้แก่ ผู้ค้นพบ คิดค้น รวบรวมหรือสร้างสรรค์ข้อเสนอเทคโนโลยีสารสนเทศทำเป็นความลับทางการค้า จึงเห็นได้ว่า กฎหมายมุ่งคุ้มครองผู้ค้นพบ คิดค้น รวบรวม สร้างสรรค์ ซึ่งอาจเป็นแพทย์ หรือผู้เกี่ยวข้องอื่นในการให้บริการโทรเวชกรรม แต่กฎหมายไม่ได้คุ้มครองถึงเจ้าของข้อมูลส่วนตัวอันได้แก่ตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการคุ้มครองข้อมูลส่วนตัวตามร่างพระราชบัญญัติความลับทางการค้าฉบับนี้

เนื่องด้วยความจำเป็นที่ต้องมีกฎหมายโดยเฉพาะคุ้มครองข้อมูลส่วนตัวของเจ้าของข้อมูล จึงมีความพยายามที่จะร่างกฎหมายที่จะคุ้มครองข้อมูลส่วนตัวบุคคล (DATA PROTECTION LAW) เป็นหนึ่งในโครงการพัฒนานโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศของไทย แต่ในปัจจุบันยังไม่มีร่างกฎหมายเพื่อการศึกษา

อย่างไรก็ตาม หลักการสำคัญ ๆ ที่ควรกำหนดไว้ในกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลตามมาตรฐานสากลควรมี ดังนี้<sup>23</sup>

1. หลักข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูล (COLLECTION LIMITATION PRINCIPLE)
2. หลักคุณภาพของข้อมูล (DATA QUALITY PRINCIPLE)
3. หลักในการกำหนดวัตถุประสงค์ (PURPOSE SPECIFICATION PRINCIPLE)
4. หลักในการจำกัดการใช้ข้อมูล (USE LIMITATION PRINCIPLE)
5. หลักความปลอดภัย (SECURITY SAFEGUARD PRINCIPLE)
6. หลักการเปิดเผยข้อมูล (OPENESS PRINCIPLE)
7. หลักการมีส่วนร่วมของปัจเจกชน (INDIVIDUAL PARTICIPATION PRINCIPLE)
8. หลักความรับผิดชอบ (ACCOUNTABILITY PRINCIPLE)

23

เอกสารโครงการพัฒนานโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศ  
เทคโนโลยีสารสนเทศแห่งชาติ, กรกฎาคม 2543, หน้า 41

โดยสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการ

ดังนั้น สิ่งที่ต้องพิจารณาต่อไปคือ ผู้ป่วยทั้งการรักษาทางโทรเวชกรรม และผู้ป่วยโดยทั่วไป จะได้รับความคุ้มครองข้อมูลส่วนตัวตามกฎหมาย คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลฉบับนี้หรือไม่เพียงใด

### 5.1.7 ความยินยอมของผู้ป่วย (PATIENT'S CONSENT)

ก่อนการรักษาพยาบาลของแพทย์ ผู้ป่วยต้องให้ความยินยอมในการรับการรักษาจากแพทย์ก่อน ความยินยอมนี้ต้องมีตลอดไปและผู้ป่วยอาจถอนความยินยอมนี้เมื่อใดก็ได้ ความยินยอมนี้ต้องเกิดจากการที่แพทย์ได้มีการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในวิธีการการรักษา และผลกระทบจากการรักษาแล้ว ความยินยอมนี้จึงเรียกว่าความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (INFORMED CONSENT) รายละเอียดได้มีการกล่าวถึงในบทที่ 4

ในทางโทรเวชกรรม แพทย์ก็จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเช่นเดียวกัน แม้ว่าผู้ป่วยจะได้เคยให้ความยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาโดยวิธีการตามปกติแล้ว และหากแพทย์จำเป็นต้องให้การรักษาเพิ่มเติมทางโทรเวชกรรมแก่ผู้ป่วย เช่นเคยได้รับความยินยอมให้แพทย์ผ่าตัดโดยวิธีปกติแต่ภายหลังแพทย์ต้องอาศัยการผ่าตัดผ่านดาวเทียมทาง ROBOTIC ARMS ผู้เขียนเห็นว่าแพทย์ก็จำเป็นต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วยอีกครั้ง โดยต้องอธิบายถึงข้อดีข้อเสียผลกระทบจากการรักษา รวมทั้งค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมต่าง ๆ ทั้งนี้ เป็นจริยธรรมของแพทย์ที่ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย<sup>24</sup> และหากแพทย์ไม่ได้รับความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวจากผู้ป่วย อาจถูกสันนิษฐานได้ว่าแพทย์ทำการทดลองทางโทรเวชกรรมโดยอาศัยผู้ป่วยเป็นผู้ถูกทดลอง ซึ่งขัดกับหลักจริยธรรมของแพทย์<sup>25</sup>

<sup>24</sup> ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 ข้อ 6. กำหนดว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย และความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย”

<sup>25</sup> หมวด 6 ข้อ 1. กำหนดว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการทดลองในมนุษย์ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลองและต้องพร้อมที่จะป้องกัน ผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลองนั้น ๆ”



กรณีแพทย์จากต่างประเทศที่ให้บริการโทรเวชกรรมผ่านแพทย์ในไทยไปยังผู้ป่วย ข้อที่ควรต้องพิจารณาคือ ผู้ป่วยต้องให้ความยินยอมต่อใครผู้เขียนเห็นว่าผู้ป่วยต้องให้ความยินยอมต่อแพทย์ทั้งหมดเพราะทุกคนถือว่ากำลังเป็นแพทย์ที่ให้บริการทางเวชกรรมแก่ผู้ป่วยอยู่

## 5.2 การควบคุมกำกับดูแลโทรเวชกรรม

### 5.2.1 หน่วยงานที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม

เนื่องจาก พรบ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ให้อำนาจแก่แพทยสภา (MEDICAL COUNCIL) มีอำนาจในการควบคุมดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ดังนั้นกฎหมายโทรเวชกรรมควรกำหนดให้แพทยสภามีหน้าที่ในการควบคุมดูแลผู้ประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม เช่นเดียวกัน เพราะโดยหลักแล้ว ผู้ประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมต้องมีคุณสมบัติเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมก่อน ดังนั้นจึงสามารถอ้างอิงอำนาจหน้าที่ของแพทยสภาตาม พรบ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ได้ แต่แพทยสภาอาจจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติมเพราะเหตุว่าโทรเวชกรรมมีประเด็นเรื่องเทคโนโลยีสื่อสารโทรคมนาคมเข้ามาเกี่ยวข้องมารวมทั้งอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ทางการแพทย์ ความซับซ้อนเหล่านี้แฝงประเด็นทางกฎหมายที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ โดยผู้ทรงวุฒิจากสาขาวิชาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นพิเศษเช่นกัน

### 5.2.2 หลักเกณฑ์ในการควบคุม

กฎหมายควรอาศัยหลักเกณฑ์ด้านการขึ้นทะเบียน และมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมเช่นเดียวกันกับ พรบ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 แต่ภายใต้เงื่อนไขที่อาจแตกต่างกันบ้างตามวิธีการรักษาทางโทรเวชกรรมที่มีองค์ประกอบหลายอย่างหลายประการที่ไม่เหมือนกับการรักษาตามปกติ เช่น ไม่มีการรักษาตามปกติแบบ FACE-TO-FACE RELATIONSHIP แพทย์อาจอยู่ที่ใดที่หนึ่งในโลกนี้ก็ได้ เครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษาที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ หลักเกณฑ์ที่ควรพิจารณาในการกำหนดเงื่อนไขของการขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม มีดังนี้

## 1) การให้คำนิยาม (DEFINITION)

กฎหมายควรกำหนดคำนิยามของคำว่า “การประกอบวิชาชีพ โทรเวชกรรม” ทั้งนี้เพื่อป้องกันปัญหาว่าการให้การรักษาใดเป็นการให้การรักษาทางโทรเวชกรรมหรือไม่ ซึ่งจะเป็นประเด็นเรื่องต้องมีใบอนุญาตให้ถูกต้องกับการประกอบวิชาชีพแต่ละอย่าง ข้อที่ควรพิจารณาในการกำหนดนิยาม มีดังนี้

1. วิธีการให้การรักษา ต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าวิธีการให้การรักษาอย่างไรจึงจะเป็นโทรเวชกรรม เช่น ต้องเป็นการรักษาที่อาศัยเทคโนโลยีในการรักษาผ่านสื่อทางเสียง (AUDIO) ภาพ (VIDEO) และข้อมูล (DATA) หรือไม่อย่างเช่นที่กำหนดใน TELEMEDEICINE ACT ของมาเลเซีย เพราะถ้าเป็นเช่นนั้นการให้การรักษาที่ไม่ครบองค์ประกอบ เช่น การให้การรักษาทางโทรศัพท์ หรือทางแฟกซ์ ก็จะไม่ถือเป็นกรให้การรักษาทางโทรเวชกรรม
2. อย่างเป็นการรักษา (PRACTICE) การให้การรักษาจะรวมถึงการให้ความเห็นในทางการแพทย์ทางโทรเวชกรรมแก่แพทย์ที่ติดต่ขอความเห็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือการให้ความเห็นของแพทย์แก่ผู้ป่วยทางโทรเวชกรรมด้วยหรือไม่

2) ข้อพิจารณาเรื่องคุณสมบัติ

ภายในประเทศ

คุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์จะขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมประการอย่างน้อยที่สุด คือ ต้องเป็นผู้ขึ้นทะเบียนและถือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม กับแพทยสภาตามเงื่อนไขและคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525<sup>26</sup> แต่ควรมีการกำหนดคุณสมบัติพิเศษเพิ่มเติมโดยเฉพาะคุณสมบัติทางด้านทักษะทางโทรเวชกรรม ซึ่งอาจมีการกำหนดเพิ่มเติมโดยเป็นกฎหมายหรือกฎกระทรวง

แม้ว่าวางข้อกำหนดคุณสมบัติผู้ประสงค์จะขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมไว้อย่างไร ข้อยกเว้นในเรื่องคุณสมบัติก็ควรได้รับการพิจารณาเช่นกัน เช่นเดียวกับการพิจารณาเรื่องคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เช่น ผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ ได้แก่ นักเรียนนักศึกษา ผู้รับการฝึกอบรม ในความควบคุมของสถาบันการศึกษา สถาบันทางการแพทย์ที่แพทยสภารับรอง ทำการฝึกหัดอบรมการประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม เป็นต้น

26

ดูคุณสมบัติของผู้ขึ้นทะเบียนและผู้ถือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ในบทที่ 3

## ต่างประเทศ

เนื่องจากการให้บริการทางโทรเวชกรรมอาจเกิดจากการให้บริการจากต่างประเทศ โดยผู้ให้บริการไม่ได้เข้ามาให้บริการในประเทศไทยก็ได้ ผู้ให้บริการในต่างประเทศก็ควรต้องเป็นผู้ขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายในประเทศนั้น ๆ เช่นกัน ส่วนผู้ให้บริการโทรเวชกรรมจากต่างประเทศสามารถให้บริการได้โดยตรงจากต่างประเทศ หรือต้องให้บริการผ่านผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในไทยเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาว่าควรกำหนดเป็นเงื่อนไขเพิ่มเติมหรือไม่ ผู้เขียนมีความเห็นว่าจำเป็นต้องให้บริการผ่านผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในไทยเพราะผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในไทยเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สุด และเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถทางการแพทย์ ย่อมเข้าใจเนื้อหาของการวินิจฉัย และการให้คำแนะนำจากแพทย์ต่างประเทศ และถ่ายทอดสู่ผู้ป่วยหรือร่วมสังเกตการณ์ดูแลอยู่ด้วย ย่อมเป็นหลักประกันได้ดีกว่าที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยรับการรักษาโดยตรงจากแพทย์ต่างประเทศ เพราะผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจการให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอาจเกิดได้จากอุปสรรคทางด้านความรู้พื้นฐาน หรืออุปสรรคทางด้านภาษาที่ใช้ ดังนั้น แพทย์ในไทยอาจทำหน้าที่กลั่นกรองและถ่ายทอดข้อมูลที่ถูกต้องให้กับทั้งสองฝ่ายได้

### 3) ข้อพิจารณาเรื่องการขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตโทรเวชกรรม

แม้การควบคุมการประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมด้วยการกำหนดให้ต้องมีการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมเป็นสิ่งจำเป็น แต่รัฐต้องพิจารณาผลดีผลเสียอื่น ๆ นอกเหนือจากการควบคุมด้วย โดยอยู่บนพื้นฐานของสุขภาพอนามัยในชีวิตของพลเมืองของรัฐ โดยไม่ให้ใบอนุญาตมาเป็นอุปสรรคในการนำการแพทย์ไปสู่ประชาชน เพราะหากจะพิจารณาในด้านความก้าวหน้าทางวิชาการทางการแพทย์แล้ว ประเทศไทยอาจอยู่ในฐานะประเทศผู้รับบริการมากกว่าให้บริการทางการแพทย์ ข้อกำหนดเรื่องการขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาต อาจก่อให้เกิดปัญหาในโทรเวชกรรมระหว่างประเทศ ดังนี้

1. ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการขึ้นทะเบียน และขอใบอนุญาตรวม ถึงต่อใบอนุญาต นอกจากนี้ แพทย์อาจต้องเดินทางมาด้วยตนเองในการดำเนินการต่าง ๆ
2. ปัญหาเรื่องความยุ่งยากแก่แพทย์ โดยเฉพาะกรณีที่มีการให้บริการโทรเวชกรรมในหลายประเทศ การที่ต้องมีใบอนุญาตทุกๆ ประเทศจึงมีความยุ่งยาก
3. ปัญหาในการปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ เมื่อได้ขึ้นทะเบียน และมีใบอนุญาตแล้ว เช่น ข้อกำหนดหรือกฎหมายของประเทศของแพทย์ในต่างประเทศ ถ้าข้อกำหนดกฎหมายตามใบอนุญาตโทรเวชกรรมของไทยแตกต่างกัน เช่น กฎหมายไทยอาจกำหนดให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบข้อมูลทางการแพทย์ได้ แต่ตามกฎหมายของแพทย์ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยตรวจสอบข้อมูล กรณีเหล่านี้จะทำอย่างไร

จากตัวอย่างปัญหาเรื่องการขึ้นทะเบียน และมีใบอนุญาต ประกอบโทรเวชกรรมในระดับระหว่างประเทศข้างต้น จึงควรต้องมีการพิจารณาข้อยกเว้นหรือลดหย่อน เรื่องการขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตของแพทย์ต่างประเทศบ้าง ตัวอย่าง ข้อพิจารณาเพื่อการยกเว้นอาจเป็นดังนี้

1. การให้ความเห็นของแพทย์เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ อย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเมื่อได้รับการร้องขอจากแพทย์หรือผู้ป่วย
2. การให้การรักษาที่ไม่เป็นปกติธุระ โดยพิจารณาจากจำนวนครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่ได้ให้การรักษาดังปี

3. มีการตั้งสำนักงานต่างประเทศในไทยเพื่อบริการผู้ป่วยบ้างหรือไม่
4. การให้การรักษาในกรณีจำเป็น ฉุกเฉิน
5. จะยกเว้นได้หรือไม่หากเป็นการกระทำผ่านแพทย์ในไทย โดยแพทย์ในไทยเป็นผู้รับผิดชอบอย่างสมบูรณ์ต่อผู้ป่วย

จากข้อพิจารณาเรื่องปัญหาเรื่องการขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมในระดับระหว่างประเทศ อาจมีวิธีพิจารณาเพื่อลดปัญหาเรื่องความยุ่งยากดังกล่าวได้ ซึ่งต้องเกิดในระดับรัฐบาลไม่ใช่ระดับองค์กรแพทยสภา ดังนี้

1. อาศัยหลักต่างตอบแทนระหว่างรัฐ กล่าวคือ อาจให้ข้อยกเว้นเรื่องการขึ้นทะเบียน และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมแก่แพทย์ของประเทศที่ให้ข้อยกเว้นแก่ไทยเช่นเดียวกัน ซึ่งอาจอยู่ในรูปสัญญาทวิภาคี (BILATERAL) หรือพหุภาคี (MULTILATERAL) ก็ได้ แต่ในข้อนี้ประเทศไทยอาจไม่ได้ประโยชน์มากนัก เพราะดังได้กล่าวแล้วว่า ประเทศไทยอยู่ในฐานะผู้รับบริการมากกว่าผู้ให้บริการโทรเวชกรรม
2. การพิจารณาเพื่อการขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตเป็นภูมิภาค เช่น ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตภูมิภาคแล้วสามารถให้บริการโทรเวชกรรมแก่ประเทศสมาชิกได้โดยไม่ต้องขึ้นทะเบียน และมีใบอนุญาตเพิ่มเติม
3. การพิจารณาเรื่องการขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตของสถาบันใดสถาบันหนึ่งที่ยอมรับร่วมกัน ดังนั้น แพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตจากสถาบันดังกล่าว จึงไม่ต้องขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตเพิ่มเติมอีก



## บทที่ 6

### บทสรุป และข้อเสนอแนะ

โทรเวชกรรมเป็นการให้บริการทางแพทย์แก่ผู้ป่วย หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ให้บริการและผู้รับบริการอยู่ห่างกันโดยระยะทาง และไม่มีการพบปะกับทางกายภาพ (FACE-TO-FACE RELATIONSHIP) อย่างแท้จริง หากแต่อาศัยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์ และโทรคมนาคมประเภทต่าง ๆ เป็นสื่อในการเชื่อมต่อเพื่อให้บริการทางการแพทย์ แต่ประโยชน์ของโทรเวชกรรมมิได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะการให้การรักษาพยาบาลนั้น โทรเวชกรรมยังมีประโยชน์ในการให้การศึกษาทางการแพทย์ เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้คำแนะนำทางการแพทย์จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ จากทั่วโลก ทำให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ (KNOW-HOW) ทางการแพทย์ อันจะส่งผลให้เกิดพัฒนาการทางการแพทย์ขึ้น คาดว่าในอนาคตการแพทย์โทรเวชกรรมจะแพร่หลายมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นแนวโน้มการแพทย์แห่งอนาคต

การแพทย์โทรเวชกรรม แม้ว่าจะมีความจำเป็นและมีประโยชน์อย่างมาก แต่เนื่องจากการให้บริการทางการแพทย์โทรเวชกรรมมีผลกระทบต่อสังคม ทั้งนี้เพราะการแพทย์เป็นวิชาชีพที่อาศัยความรู้ ความชำนาญ เป็นพิเศษโดยผ่านการเรียนรู้ การศึกษา และประสบการณ์ในการวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยเพื่อการเยียวยารักษาผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเชื่อฟังคำแนะนำต่าง ๆ ของแพทย์ การประกอบวิชาชีพของแพทย์จึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อสังคม ดังนั้นเพื่อประโยชน์ของสังคม (PUBLIC INTEREST) แล้ว จำเป็นที่รัฐจะต้องเข้ามาควบคุมดูแล โดยใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อใช้บังคับโดยเฉพาะกับโทรเวชกรรม และต้องพิจารณาถึงประเด็นสำคัญทางกฎหมายที่แตกต่างจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหลายประการดังที่อธิบายไว้ในบทก่อน ๆ

หากประเทศไทยไม่มีมาตรการทางกฎหมายควบคุมการให้บริการทางวิชาชีพโทรเวชกรรม เช่น ในเรื่องการขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาต ก็จะมีผลกระทบหลายประการโดยเฉพาะหากเป็นการให้บริการทางโทรเวชกรรมจากต่างประเทศ เช่น หากแพทย์ผู้ให้บริการโทรเวชกรรมไม่มีคุณสมบัติเพียงพอ หรือหากเป็นการหลอกลวงกัน ผู้ได้รับผลร้ายก็คือผู้รับการรักษาที่อยู่ในประเทศไทย และหากจะมีการดำเนินการฟ้องร้องแพทย์โทรเวชกรรม ก็มีปัญหาอีกมากที่ต้องพิจารณา เช่น ประเด็นเรื่องเขตอำนาจศาล กฎหมายที่ใช้บังคับแก่คดีการบังคับคดีให้เป็นไปตามคำพิพากษา อันจะเห็นความจำเป็นว่าหากกฎหมายไม่มีมาตรการที่กำหนด มาตรฐานผู้ให้บริการโทรเวชกรรมตั้งแต่เบื้องต้นแล้ว ย่อมเกิดปัญหาอย่างมากหากผู้รับบริการประสงค์จะปกป้องสิทธิหรือเรียกร้องค่าเสียหาย ซึ่งมีความยากลำบากใช้เวลานาน และคงต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างมาก ซึ่งก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในฐานะผู้บริโภค ดังนั้นการป้องกันโดยกำหนดมาตรการในเรื่องการขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตย่อมจำเป็นดีกว่าการเยียวยาเมื่อปัญหาเกิดขึ้นมาแล้ว

อย่างไรก็ตาม กฎหมายที่ใช้บังคับกับโทรเวชกรรม ควรมีลักษณะที่เอื้อต่อการพัฒนาการโทรเวชกรรม กฎหมายจึงไม่ควรมีลักษณะที่กำหนดเงื่อนไขการควบคุมจนเกินไป (OVER REGULATING) จนเป็นอุปสรรคในการพัฒนาการแพทย์ทางโทรเวชกรรม แต่ควรเป็นการซึ่งน้ำหนักผลประโยชน์ระหว่าง การควบคุมกำกับดูแลของรัฐเพื่อผลประโยชน์ของประชาชนผู้ให้บริการ และการพัฒนาการโทรเวชกรรมและผลประโยชน์ของแพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องทางโทรเวชกรรม

ในด้านของแพทย์ แพทย์ควรให้ความสำคัญและใส่ใจในประเด็นทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องทางโทรเวชกรรมโดยเฉพาะในเรื่องความรับผิดชอบของแพทย์จากการรักษาทางโทรเวชกรรม แพทย์อาจมีความเสี่ยงที่ต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยจากการรักษาทางโทรเวชกรรมมากขึ้น เพราะแพทย์ต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้นทั้งในการรับผิดชอบต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจมีความคาดหวังกับแพทย์สูงเนื่องจากวิทยาการความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการรักษา เช่น แพทย์สามารถตรวจดูอาการผู้ป่วย (MONITORING) ได้ใกล้ชิดมากขึ้น และแพทย์ยังอาจปรึกษารักษาหรือกับแพทย์เฉพาะทางอื่น ๆ ได้ด้วยวิธีการทางโทรเวชกรรม นอกจากนี้แพทย์ยังต้องมีความรับผิดชอบต่อดูแลรักษาเครื่องมือที่ใช้ในทางโทรเวชกรรมให้อยู่ในสภาพดีเหมาะสมกับการใช้งาน เมื่อความคาดหวังของผู้ป่วยมีอยู่สูง หากแพทย์ปฏิบัติต่ำกว่าความคาดหวังก็อาจมีแนวโน้มที่แพทย์จะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีได้เช่นกัน แพทย์อาจต้องพิจารณาการทำประกันความรับผิดชอบของแพทย์ทางแพ่งจากการให้บริการทางโทรเวชกรรมไว้บ้าง

เมื่อเห็นว่าการแพทย์โทรเวชกรรมมีประโยชน์ต่อสังคม ดังนั้น โทรเวชกรรมควรจะได้รับ การสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหลาย วิธีทางที่จะส่งเสริมโทรเวชกรรมก็คือ การกำหนดแนวทาง อย่างเป็นระบบในการนำโทรเวชกรรมมาใช้ในสังคม ซึ่งกฎหมายโทรเวชกรรมจะเป็นปัจจัยหลัก ในการวางกรอบ แนวทางการให้บริการการแพทย์โทรเวชกรรมอย่างมีระบบ นอกจากนี้ แพทย สภาซึ่งเป็นหน่วยงานที่ต้องควบคุมดูแลแพทย์โดยตรงควรให้ความสนใจโทรเวชกรรมเป็นพิเศษ ด้วย

ข้อเสนอแนะและแนวทางในการพัฒนาโทรเวชกรรมมีดังนี้

1. รัฐควรมีนโยบายพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน สารสนเทศและการศึกษา ได้แก่ การขยาย ระบบสื่อสารโทรคมนาคมสารสนเทศให้ทั่วถึงและเพียงพอ ในการสามารถนำเอาโทรเวช กรรมทางการแพทย์และสาธารณสุขไปสู่ประชาชน โดยเฉพาะในท้องที่ห่างไกล นอกจากนี้ รัฐควรเร่งให้การศึกษแก่นักศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทางการแพทย์ต่าง ๆ ทางโทร เวชกรรม และตัวแพทย์เองควรพัฒนาทักษะทางการแพทย์ให้ทันกับความก้าวหน้าทาง เทคโนโลยี โดยเฉพาะสามารถใช้ประโยชน์จากโทรเวชกรรมได้ เช่น สามารถใช้ฐานข้อมูลทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศได้
2. รัฐควรมีนโยบายพัฒนากฎหมายเพื่อรองรับและส่งเสริมการพัฒนาการแพทย์โทรเวช กรรม เช่น การมีข้อกำหนดทางกฎหมายในเรื่องการขึ้นทะเบียน และมีใบอนุญาตโทรเวช กรรม การปกป้องคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่อยู่ในไทย เช่นอาจกำหนดให้เป็นเงื่อนไขในการขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตโทรเวชกรรมของแพทย์ในต่างประเทศว่าให้ยอมรับที่จะ ขึ้นศาลไทยและใช้กฎหมายไทยในการพิจารณาคดีที่อาจเกิดขึ้น หรือกำหนดให้แพทย์ใน ไทยที่ให้บริการร่วมกับแพทย์จากต่างประเทศ เป็นผู้รับผิดชอบต่อผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เพราะถือว่าเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางการรักษาที่ใกล้ชิดที่สุดกับผู้ป่วย แม้ความผิด พลาดอาจเกิดจากแพทย์ผู้ให้บริการนอกประเทศ ส่วนแพทย์ภายในประเทศอาจเยียวยา ความรับผิดชอบได้โดยการทำประกันภัยความรับผิดชอบร่วมกัน หรือทำสัญญาขาดใจระหว่างกัน ข้อพิพาทเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยกรณีอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยต้องให้ความยินยอม การคุ้มครอง ความลับข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย เป็นต้น มาตรการเพื่อคุ้มครองอื่น ๆ เช่น กำหนดว่า อุปกรณ์ทางเทคโนโลยี หรือคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในโทรเวชกรรมใดเป็นเครื่องมือแพทย์ ซึ่ง ต้องอยู่ภายใต้การคุ้มครองตามกฎหมาย เครื่องมือแพทย์ และกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำ เกี่ยวกับสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ทางโทรเวชกรรมต่าง ๆ

นอกจากนี้รัฐควรมีมาตรการที่ป้องกันการให้บริการโทรเวชกรรม โดยไม่ขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาต โดยเฉพาะจากแพทย์ในต่างประเทศ เช่น มาตรการทางด้านกาห้ามชำระเงินหากเป็นการให้บริการโทรเวชกรรมที่ไม่ถูกกฎหมาย

โดยสรุปมาตรการต่าง ๆ ทางกฎหมายควรควบคุมดูแลการให้บริการโทรเวชกรรม เช่น เดียวกับการส่งเสริมเพราะโทรเวชกรรมมีประโยชน์และจำเป็นอย่างยิ่งโดยคำนึงถึงประโยชน์ของสังคม แม้ว่าประเทศไทยจะอยู่ในฐานะเป็นผู้รับบริการมากกว่า แต่ก็มีโอกาสที่จะเป็นผู้ให้บริการโทรเวชกรรมได้ แพทย์ไทยอาจเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการรักษาทางโทรเวชกรรมก็ได้ ดังจะสังเกตว่ามีแพทย์เก่ง ๆ หลายคนไปทำงานในต่างประเทศเพราะมีรายได้ที่ดีกว่า หากแต่ในในยุคโลกไร้พรมแดน การให้การรักษาสามารถทำได้โดยไม่มีพรมแดน อาจเป็นโอกาสให้แพทย์กลับมาทำงานในประเทศไทย แต่สามารถให้การรักษาในต่างประเทศได้โดยอาศัยโทรเวชกรรม อันจะเป็นการแก้ไขปัญหาสมองไหลและทำรายได้เข้าประเทศได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น รัฐต้องพิจารณาโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีสารสนเทศให้เพียงพอแก่การพัฒนาโทรเวชกรรม



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กมล สนธิเกษตริน. คำอธิบายกฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีบุคคล. กรุงเทพมหานคร :  
นิติบรรณาการ, 2539.

กฤษณะ ช่างกล่อม, (ร่าง) รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องกฎหมายพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์.  
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลาคม, 2542

เข็มชัย ชุตินวงศ์, คำอธิบายกฎหมายลักษณะพยาน, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติบรรณาการ, 2541.

ปิยัญญู ปิยนิธิ. “หาหมอนอินเทอร์เน็ตเนท HOSPITAL 2010”, วารสาร E-COMMERCE  
(ธันวาคม 2543).

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, นิติเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง,  
2532.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, “เปรียบเทียบความรับผิดเพื่อละเมิดจากการประกอบวิชาชีพของแพทย์  
ตามกฎหมาย คอมนมอนลอว์ และกฎหมายไทย”, วารสารบทบัณฑิต (กันยายน 2536).

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, สิทธิผู้ป่วย, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์คบไฟ, 2537.

สร้อยญา แดงอินทวัฒน์, “โรงพยาบาลสัตว์ทองหล่อก้าวสู่ยุครักษาผ่านเน็ต” หนังสือพิมพ์  
กรุงเทพธุรกิจ 2543.

สุรวงศ์ ศาสตรวาทา, บรรณาธิการ, กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข เอกสารวิชาการโครงการ  
การสำนักงานส่งเสริมการวิจัยกฎหมายการแพทย์ สาธารณสุขสิ่งแวดล้อม และวิทยา  
ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพิมพ์เดือนตุลาคม, กรุงเทพฯ: 2540.

เอกสารโครงการพัฒนากฎหมายเทคโนโลยีสารสนเทศแห่งชาติ, กรกฎาคม 2543.

ภาษาอังกฤษ

Andrew Cashman, "Telemedicine: Until the Current Legal Barriers are Addressed and Corrected, It will Continue to be the Future of Medicine, May 1999.

Barbara J. Tyler, "Cyberdoctor: The Virtual Housecall The Actual Practice of Medicine on the Internet is Here, Is it a Telemedical Accident Waiting to Happen, 1998.

Barry R. Furrow, Sandra H. Johnson, Timothy S. Jost and Robert L. Schwartz, Health Law: Cases, Materials and Problem (2<sup>nd</sup> edition). Mennapolis: West Publishing, 1991.

Barry B. Cepelewicz, Telemedicine Liability: Strategies to Minimize Risk, 15 No 2 Med. Malpractice L. and Strategy, 1997.

"Boards of Nursing Adopt Revolutionary Change for Nursing: Mutual Recognition Model of Nursing Regulation National Council of State Board of Nursing", Press Release 29 August 1997.

Center for Telemedicine Law, "Jurisdiction in Cyberspace", Newsletter, June 1997.

Center for Telemedicine Law, "Online Prescriptions by Physicians Undergoing Increased Scrutiny", July 19, 1999.

Center for Telemedicine Law, Telemedicine Interstate Licensure White Paper, February 12, 1997.

Christopher J. Caryl, "Malpractice and Other Legal Issues Preventing the Development of Telemedicine" 1998.

FDA. Safety and Standards, Department of Commerce. National Communication and Information Administration, Telemedicine Report to Congress, January 21, 1997.

Julian Ding, E-Commerce Law & Practice. Malaysia: Sweet & Maxwell Asia, 1999



Kausao Telemedicine Group, "Telemedicine: Assessing the Kansao Environment, The role of Telemedicine in Health Case Delivery", Kansao Department of Health and Environment, 1993.

KK. Gunawardana, "Telemedicine and Health Case in Developing Countries, Medicare Asia 96, 25 October 1996.

Linda Gobis, "An Overview of State Laws and Approaches to Minimize Licensure Barriers", Telemedicine Today Magazine, vol. 5-6.

Marilyn J. Field, Editor, Telemedicine: A guide to assessing Telecommunications in Health Care, Washington DC : National Aeadeing Press, 1996.

Maryann Karinch, Telemedicine, New Jersey: New Horizon Press, 1998.

Melvyn Greberman, Center for Devices and Radiological Health, Food and Drug Administration, August 5, 1997.

Narong Kasitipradith, "Telemedicine Perspective in Thailand" Asia Pacific Information Infrastructure Workshop Held in Bangkok Thailand, 1997.

National Library of Medicine, Telemedicine, Past, Present, Future, 1995.

Peter S. Reichertz and Naomi Joy Leven Halpern, "FDA Regulation of Telemedicine Devices", 1997.

Rodgers, Boyd Q Wilson, "The HMO Contract and quality of Care ", 1988.

Telemedicine Report to Congress, January 31, 1997.

The Midwest Medical Insurance Company Risk Management Committee, The Journal of Ramsey Medical Society, May/June 1998.

Tung X, Bui, "Software Agents in Telemedicine", papers presented at APII Workshop Thailand, Asia-Pacific Information Infrastructure Workshop, organized by ALEC TEL HRD Steering, Bangkok, Thailand, August, 1997.

ภาคผนวก



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ก.

MALAYSIA TELEMEDICINE ACT 1997

## ARRANGEMENT OF CLAUSES

1. Short title and commencement.
2. Interpretation.
3. Persons who may practice telemedicine.
4. Certificate to practice telemedicine.
5. Patient's consent.
6. Regulations.

## EXPLANATORY STATEMENT

**1. Short title and commencement**

- (1) This Act may be cited as the Telemedicine Act 1997.
- (2) This Act shall come into force on a date to be appointed by the Minister by notification in the Gazette and the Minister may appoint different dates for different provisions of this Act.

**2. Interpretation**

In this Act, unless the context otherwise requires "Council" means the Malaysian Medical Council established under section 3 of the Medical Act;

"Director General" means the Director General of Health, Malaysia;

“Fully registered medical practitioner” means any person who is fully registered under section 14 of the Medical Act;

“Medical Act” means the Medical Act 1971;

“Practicing certificate” means a practicing certificate issued under section 20 of the Medical Act;

“Provisionally registered” means provisionally registered under section 12 of the Medical Act;

“Registered medical assistant” means any person who is registered under the Medical Assistants (Registration) Act 1997;

“Registered midwife” means any person who is registered under the Midwives Act 1966;

“Registered nurse” means any person who is registered under the Nurses Act 1950;

“Telemedicine” means the practice of medicine using audio, visual and data communications.

### 3. Persons who may practice telemedicine

(1) No person other than:-

- (a) a fully registered medical practitioner holding a valid practicing certificate; or
- (b) a medical practitioner who is registered or licensed outside Malaysia and:-

- (i) holds a certificate to practice telemedicine issued by the Council;  
and
  - (ii) practices telemedicine from outside Malaysia through a fully registered medical practitioner holding a valid practicing certificate, may practice telemedicine.
- (2) Notwithstanding paragraph (1)(a), the Director General may, upon an application being made by a fully registered medical practitioner, permit in writing, subject to such terms and conditions as the Director General may specify, a provisionally registered medical practitioner, a registered medical assistant, a registered nurse, a registered midwife or any other person providing healthcare, to practice telemedicine if such person:
- (a) is deemed suitable by the Director General to be so permitted; and
  - (b) is under the supervision, direction and authority of the fully registered medical practitioner making the application.
- (3) Any person who practices telemedicine in contravention of this section, notwithstanding that he so practices from outside Malaysia, shall be guilty of an offence and shall on conviction be liable to a fine not exceeding five hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding five year or to both.

#### 4. Certificate to practice telemedicine

- (1) An application for a certificate to practice telemedicine referred to in paragraph 3(1)(b) shall be made by a medical practitioner registered or licensed outside Malaysia through a fully registered medical practitioner to the Council in such manner or form and accompanied by such documents, particulars and fees as may be prescribed.

- (2) The Council may issued to the applicant a certificate to practice telemedicine for a period not exceeding three years subject to such terms and conditions as the Council may specify in such certificate.
- (3) The Council may at any time vary the terms and conditions of a certificate to practice telemedicine issued under subsection (2).
- (4) The Council may at any time cancel any certificate to practice telemedicine issued under subsection (2) if the person to whom the certificate is issued contravenes any term or condition specified in the certificate.
- (5) Any person who is aggrieved by the refusal of the Council to issue a certificate to practice telemedicine or by the cancellation of a certificate to practice telemedicine may appeal to the Minister whose decision shall be final.

#### 5. Patient's consent

- (1) Before a fully registered medical practitioner practices telemedicine in relation to a patient; the fully registered medical practitioner shall obtain the written consent of the patient.
- (2) The consent given by a patient under subsection (1) is not valid for the purpose of that subsection unless the fully registered medical practitioner has before the consent is given, informed the patient:-
  - (a) that he is free to withdraw his consent at any time without affecting his right to future care or treatment;



- (b) of the potential risks, consequences and benefits of telemedicine;
  - (c) that all existing confidentiality protection apply to any information about the patient obtained or disclosed in the course of the telemedicine interaction;
  - (d) that any image or information communicated or used during or resulting from telemedicine interaction which can be identified as being that of or about the patient will not be disseminated to any researcher or any other person without the consent of the patient.
- (3) The consent given by a patient under subsection (1) shall not be valid for the purpose of that subsection unless the consent contains a statement signed by the patient indicating that he understands the information provided pursuant to subsection (2) and that this information has been discussed with the fully registered medical practitioner.
- (4) The written consent under subsection (1) and statement under subsection (3) of a patient shall become part of the patient's medical record.
- (5) Where the patient is a minor, or is under such mental disability as to render him incapable of giving an informed consent, consent may be given on his behalf by his next friend or guardian ad idem.
- (6) Any fully registered medical practitioner who contravenes this section shall be guilty of an offence and shall on conviction be liable to a fine not exceeding one hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding two years or to both.

## 6. Regulations

- (1) The Minister may make such regulations as appear to hi to be necessary or expedient for carrying into effect the provisions of this Act.
- (2) Without prejudice to the generality of subsection (1), regulations may be made:-
  - (a) to prescribe the minimum standards in respect of any facility, computer, apparatus, appliance, equipment, instrument, material, article and substance which are to be used in the practice of telemedicine on any premises;
  - (b) to provide for acceptable quality assurance and quality control in respect of telemedicine services;
  - (c) to require persons practicing telemedicine to maintain such books, records and reports as may be necessary for the proper enforcement and administration of this Act and to prescribe the manner in which such books, records and reports are to be kept and issued;
  - (d) to require the furnishing of statistical information to the Director General.
  - (e) to provide that the contravention of any provision of any regulation made under this Act shall constitute an offence and that persons convicted of such offence shall be liable to a fine or imprisonment o both but such fine shall not exceed five thousand ringgit and such imprisonment shall not exceed one year;

- (f) to prescribe the offences under this Act or the regulations made under this Act which may be compounded and the person by whom and the manner in which such offences may be compounded;
- (g) to prescribe any other matter which is required or permitted by this Act to be prescribed.

### EXPLANATORY STATEMENT

This Bill seeks to make provisions for the regulation and control of the practice of telemedicine and for matters connected therewith.

1. Clause 1 contains the short title and the commencement provisions.
2. Clause 2 seeks to define certain words and expressions used in this Bill.
3. Clause 3 seeks to regulate the practice of telemedicine by specifying the persons who may practice telemedicine. Apart from fully registered medical practitioners, a medical practitioner registered outside Malaysia may also practice telemedicine in Malaysia if he has been granted a certificate to practise telemedicine. This clause also seeks to empower the Director General to permit certain persons who work under the supervision, control and authority of a fully registered medical practitioner to practice telemedicine. Persons other than those specified commit an offence if they practice telemedicine.
4. Clause 4 sets out the procedure for obtaining a certificate to practice telemedicine.
5. Clause 5 seeks to require a person who practices telemedicine to obtain the consent of a patient before telemedicine is practiced in relation to that patient.
6. Clause 6 contains the power of the Minister to make regulations.

(คำแปลภาษาไทย)

## กฎหมายโทรเวชกรรมประเทศมาเลเซีย พ.ศ. 2540

### ถ้อยแถลงอธิบาย

#### 1. ชื่อกฎหมายและการเริ่มมีผลบังคับ

- (1) กฎหมายนี้ให้เรียกว่า กฎหมายโทรเวชกรรม พ.ศ. 2540
- (2) กฎหมายนี้ให้มีผลบังคับตามรัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา และรัฐมนตรีอาจกำหนดอันมีผลบังคับของแต่ละมาตราที่แตกต่างกันได้

#### 2. การตีความ

เว้นแต่กำหนดไว้เป็นประการอื่น ภายใต้กฎหมายนี้

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการแพทยสภาตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 3 แห่งกฎหมายวิชาชีพเวชกรรม

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสาธารณสุขแห่งมาเลเซีย

“ผู้ประกอบวิชาชีพจดทะเบียน” หมายความว่า บุคคลผู้ได้รับการขึ้นทะเบียนตามมาตรา 14 แห่งกฎหมายวิชาชีพเวชกรรม

“กฎหมายวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า กฎหมายวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2514

“ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งออกภายใต้มาตรา 20 แห่งกฎหมายวิชาชีพเวชกรรม

“การขึ้นทะเบียนแบบมีเงื่อนไข” หมายความว่า การขึ้นทะเบียนแบบมีเงื่อนไขภายใต้มาตรา 12 แห่งกฎหมายวิชาชีพเวชกรรม

“ผู้ช่วยแพทย์ขึ้นทะเบียน” หมายความว่า บุคคลผู้ขึ้นทะเบียนภายใต้กฎหมายการขึ้นทะเบียน ผู้ช่วยแพทย์ พ.ศ. 2520

“ผดุงครรภ์ขึ้นทะเบียน” หมายความว่า บุคคลผู้ขึ้นทะเบียนภายใต้กฎหมายการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2509

“พยาบาลขึ้นทะเบียน” หมายความว่า บุคคลผู้ขึ้นทะเบียนภายใต้กฎหมายการพยาบาล พ.ศ. 2493

“โทรเวชกรรม” หมายความว่า การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยการใช้การสื่อสารทางเสียง ภาพ และข้อมูล

### 3. บุคคลที่สามารถประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม

(1) ห้ามบุคคลใดนอกจาก

(ก) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียน ซึ่งได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีผลบังคับใช้อยู่ หรือ

(ข) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียน และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากรายนอกประเทศมาเลเซีย และผู้ซึ่ง

i) ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม ซึ่งออกให้โดยคณะกรรมการ และ

ii) ประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมจากนอกประเทศมาเลเซีย โดยผ่านทางผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียน ซึ่งได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีผลบังคับใช้อยู่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม

- (2) แม้ว่าจะมีบัญญัติในวรรค (1) (ก) ก็ตาม เลขาธิการอาจอนุญาต เลขาธิการอาจอนุญาต เป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อมีคำขอโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียน โดยอาจ กำหนดเงื่อนไขตามที่เลขาธิการเห็นสมควร ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียน ผู้ช่วยแพทย์ขึ้นทะเบียน พยาบาลขึ้นทะเบียน ผดุงครรภ์ขึ้นทะเบียน หรือ บุคคลผู้ให้บริการดูแลทางสุขภาพอนามัยอื่นใดให้ผู้ประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมเมื่อ บุคคลดังกล่าว
- (ก) เลขาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่ามีความเหมาะสมที่ควรได้รับอนุญาต และ
- (ข) อยู่ภายใต้การดูแล ควบคุม และอำนาจของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียน ซึ่งเป็นผู้ยื่นคำขอ
- (3) บุคคลใดประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมการโดยฝ่าฝืนบทบัญญัตินี้แม้ว่าจะกระทำการดังกล่าวจากภายนอกประเทศมาเลเซีย ถือว่ามีความผิดและถูกปรับไม่เกิน ห้าแสน ริงกิต หรือถูกจำคุกไม่เกินห้าปี หรือทั้งจำทั้งปรับ

#### 4. ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม

- (1) การยื่นใบสมัครเพื่อขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมตาม 3(1)(ข) ให้กระทำโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียน หรือถ้าเป็นกรณีผู้ประกอบวิชาชีพกรรมขึ้นทะเบียนนอกประเทศมาเลเซีย ให้กระทำการยื่นผ่าน ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียนในประเทศมาเลเซีย โดยยื่นให้แก่คณะกรรมการตามรูปแบบ วิธี พร้อม เอกสาร รายการและค่าธรรมเนียมตามที่กำหนด
- (2) คณะกรรมการอาจออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมมีกำหนดไม่เกิน 3 ปี ภายใต้เงื่อนไขใด ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นสมควรและกำหนดลงในใบอนุญาต ให้แก่ผู้ยื่นขอ



- (3) ในเวลาใด ๆ คณะกรรมการอาจแก้ไขเงื่อนไขในใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมที่ออกตามมาตรา ๒๒ (2)
- (4) ในเวลาใด ๆ คณะกรรมการอาจยกเลิกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมที่ออกตามมาตรา ๒๒ (2) หากบุคคลผู้ได้รับใบอนุญาตกระทำการฝ่าฝืนเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในใบอนุญาต
- (5) บุคคลที่คณะกรรมการปฏิเสธไม่ออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม หรือที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมถูกเพิกถอน อาจอุทธรณ์คำสั่งของคณะกรรมการดังกล่าวไปยังรัฐมนตรี คำตัดสินของรัฐมนตรีถือเป็นที่สุด

## 5. ความยินยอมของผู้ป่วย

- (1) ก่อนประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมกับผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียนต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย
- (2) ความยินยอมของผู้ป่วยตามมาตรา ๒๒ (1) จะไม่มีผลหากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียนไม่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องต่อไปนี้ก่อนที่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอม
  - (ก) ผู้ป่วยสามารถถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิในการรักษาหรือบำบัดในอนาคต
  - (ข) ความเสี่ยง ผลกระทบ และประโยชน์จากการรักษา
  - (ค) จะได้รับการรักษาความลับในข้อมูลใด ๆ ของผู้ป่วยที่ได้จากการรักษาหรือที่เปิดเผยในระหว่างการรักษาทางโทรเวชกรรม
  - (ง) ภาพหรือข้อมูลใด ๆ ที่ใช้ในการสื่อสารในระหว่างหรือเป็นผลจากการติดต่อทางโทรเวชกรรม ซึ่งสามารถกำหนดได้ว่าเป็นภาพหรือข้อมูลของผู้ป่วยจะไม่ได้ถูกเผยแพร่ไปยังผู้วิจัยหรือบุคคลอื่นใด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย

- (3) ความยินยอมของผู้ป่วยภายใต้มาตราย่อย (1) จะไม่มีผลในมาตราย่อยนั้น หากความยินยอมไม่ได้มีข้อความซึ่งลงนามโดยผู้ป่วยว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลที่ได้รับแจ้งตามมาตรา ย่อย (2) และได้มีการหารือข้อมูลดังกล่าวกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียนแล้ว
- (4) ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรตามมาตราย่อย (1) และข้อความตามมาตราย่อย (3) ของผู้ป่วย ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วย
- (5) กรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์หรือมีความพิการทางจิต ซึ่งไม่อาจให้ความยินยอมที่ได้รับการ บอกรู้ได้ เตือนผู้ใกล้ชิดหรือผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ดูแล อาจให้ความยินยอม แทนผู้ป่วยได้
- (6) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียนที่กระทำการฝ่าฝืนบทบัญญัติ ในส่วนนี้จะมี ความผิดและถูกปรับไม่เกินหนึ่งแสนริงกิต หรือถูกจำคุกไม่เกินสองปีหรือทั้งจำทั้งปรับ

## 6. ข้อบังคับ

- (1) รัฐมนตรีอาจวางข้อบังคับตามที่จำเป็นหรือเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามกฎหมายนี้
- (2) โดยไม่เป็นการจำกัดสิทธิที่จะกำหนดข้อบังคับเป็นการทั่วไปตามมาตราย่อย (1) ข้อ บังคับอาจกำหนดเพื่อ
  - (ก) กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำที่เกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก คอมพิวเตอร์ อุปกรณ์ เครื่องมือ วัสดุดิบ สิ่งของ หรือสารใด ๆ ซึ่งใช้ในทางโทรเวชกรรมในสถานที่ใด ๆ
  - (ข) กำหนดหลักประกันคุณภาพและการควบคุมคุณภาพที่สามารถยอมรับได้ ในการ ให้บริการทางโทรเวชกรรม
  - (ค) กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม เก็บรักษาสมุดบันทึก และรายงานการ รักษาตามที่จำเป็น เพื่อการบังคับและการบริหารงานภายใต้กฎหมายนี้

- (ง) กำหนดให้แจ้งข้อมูลทางสถิติให้แก่เลขาธิการ
- (จ) กำหนดการฝ่าฝืนข้อกำหนดใด ๆ ในข้อบังคับภายใต้กฎหมายฉบับนี้เป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย และบุคคลผู้ถูกตัดสินว่ากระทำผิดต้องถูกปรับหรือจำคุก หรือทั้งจำทั้งปรับแต่ไม่ให้ปรับเกินกว่าห้าพันริงกิต และจำคุกไม่เกินหนึ่งปี
- (ฉ) กำหนดการกระทำความผิดภายใต้กฎหมายนี้หรือข้อบังคับภายใต้กฎหมายนี้ที่ถูกรวมถึง รวมทั้งบุคคลและการกระทำที่ต้องร่วมรับผิดชอบ
- (ช) กำหนดเรื่องอื่น ๆ ที่จำเป็นและมีอำนาจกระทำได้ตามที่กำหนดโดยกฎหมายนี้

### ถ้อยแถลงอธิบาย

1. กฎหมายฉบับนี้มุ่งหมายที่จะวางข้อกำหนดเพื่อควบคุมการประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม และเพื่อการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. มาตรา 1 กำหนดชื่อและการมีผลบังคับของกฎหมาย
3. มาตรา 2 มุ่งหมายเพื่อกำหนดความหมายของคำนิยามที่ใช้ในกฎหมาย
4. มาตรา 3 มุ่งควบคุมการประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม โดยกำหนดบุคคลผู้ซึ่งสามารถประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมได้ นอกเหนือจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียน ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียนภายนอกประเทศมาเลเซีย อาจสามารถประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมในประเทศมาเลเซียได้หากได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม มาตรานี้ยังให้อำนาจแก่เลขาธิการที่จะอนุญาตแก่บุคคลบางประเภทให้สามารถประกอบวิชาชีพทางโทรเวชกรรมได้ ภายใต้การกำกับดูแลและควบคุมรับผิดชอบโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียนบุคคลอื่นนอกจากที่ได้กล่าวมา หากประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมจะถือว่ากระทำความผิด
5. มาตรา 4 กำหนดขั้นตอนการได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม
6. มาตรา 5 กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรมต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนให้การรักษาทางโทรเวชกรรม
7. มาตรา 6 กำหนดอำนาจของรัฐมนตรีที่จะวางข้อกำหนดใด ๆ

**ภาคผนวก ข.****The Oklahoma Telemedicine Act****AS INTRODUCED**

BE IT ENACTED BY THE PEOPLE OF THE STATE OF OKLAHOMA;

**SECTION 1.** NEW LAW A new section of law to be codified in the Oklahoma statutes as Section 6801 of Title 36, unless there is created a duplication in numbering reads as follows: This act shall be known and may be cited as the "Oklahoma Telemedicine Act".

**SECTION 2.** NEW LAW A new section of law to be codified in the Oklahoma statutes as Section 6802 of Title 36, unless there is created a duplication in numbering reads as follows: As used in this act, "telemedicine" means the practice of health care delivery, diagnosis, consultation, treatment, transfer of medical data, or exchange of medical education information by means of interactive audio, video, or data communications.

**SECTION 3.** NEW LAW A new section of law to be codified in the Oklahoma statutes as Section 6803 of Title 36, unless there is created a duplication in numbering reads as follows:

- A. For services that a health care practitioner determines to be appropriately provided by means of telemedicine, health care service plans, disability insurer programs, or state Medicaid managed care program contracts issued, amended, or renewed on or after January 1, 1998, shall not require person-to-person contact between a health care practitioner and a patient.

B. Subsection A of this section shall apply to health care service plan contracts with the state Medicaid managed care program only to the extent that both of the following apply:

1. Telemedicine services are covered by, and reimbursed under, the state Medicaid managed care program fee-for-service program; and
2. Oklahoma Medicaid Program contracts with health care service plans are amended to add coverage to telemedicine services and make any appropriate capitation adjustments.

C. Health care service plans shall not be required to pay for consultation provided by the health care provider by telephone or facsimile machines.

**SECTION 4.** NEW LAW A new section of law to be codified in the Oklahoma statutes as Section 6804 of Title 36, unless there is created a duplication in numbering reads as follows:

A. Prior to the delivery of health care via telemedicine, the health care practitioner who has ultimate authority over the care of primary diagnosis of the patient shall obtain verbal and written informed consent from the patient. The informed consent procedure shall ensure that, at least, all the following information is given to the patient verbally and in writing.

1.A statement that the individual retains the option to withhold or withdraw consent at any time without affecting the right to future care or treatment or risking the loss or withdrawal of any program benefits to which the individual would otherwise be entitled;

2.A description of the potential risks, consequences, and benefits of telemedicine;

3.A statement that all existing confidentiality protections apply;

4.A statement that patient access to all medical information transmitted during a telemedicine interaction is guaranteed, and that copies of this information are available at stated costs, which shall not exceed the direct cost of providing the copies; and

5.A statement that dissemination to researchers or other entities or persons external to the patient-practitioner relationship of any patient-identifiable images or other patient-identifiable information from the telemedicine interaction shall not occur without the written consent of the patient.

B. The patient shall sign a written statement prior to the delivery of health care via telemedicine indicating that the patient understands the written information provided pursuant to subsection A of this section and that this information has been discussed with the health care practitioner or the practitioner's designee.



- C. If the patient is a minor or is incapacitated or mentally incompetent such that the patient is unable to give informed consent, the consent provisions of this section shall apply to the patients representative. The consent provisions of this section shall not apply in an emergency situation in which a patient is unable to give informed consent and the patient's representative is unavailable.
- D. The failure of a health care practitioner to comply with the provisions of this section shall constitute unprofessional conduct.
- E. The written consent statement signed by the patient shall become part of the patients medical record.
- F. The consent provisions of this section shall not apply to consultations among or between health care practitioners or to other telemedicine interactions in which the patient is not directly involved.

**SECTION 5.** NEW LAW A new section of law to be codified in the Oklahoma statutes as Section 6805 of Title 36, unless there is created a duplication in numbering reads as follows: The state Medicaid managed care program shall conduct an evaluation cost effectiveness and quality of health care provided through telemedicine by those providers who are reimbursed for telemedicine services by the program.

**SECTION 6.** This act shall become effective July 1, 1997.

**SECTION 7.** It being immediately necessary for the preservation of the public peace, health, and safety, an emergency is hereby declared to exist, by reason whereof this act shall take effect in full force from and after its passage and approval.

## กฎหมายโทรเวชกรรมมลรัฐโอกลาโฮมา

### ตราขึ้นโดยประชาชนแห่งมลรัฐโอกลาโฮมา

**มาตรา 1** มาตราใหม่ของกฎหมาย ที่จะได้รับการตราในรัฐธรรมนูญของมลรัฐโอกลาโฮมา มาตรา 6801 ของหมวด 36 เว้นแต่กรณีมีลำดับเลขที่ซ้ำกัน มีดังนี้

กฎหมายฉบับนี้ให้เรียกว่า “กฎหมายโทรเวชกรรมแห่งมลรัฐโอกลาโฮมา”

**มาตรา 2** มาตราใหม่ของกฎหมาย ที่จะได้รับการตราในรัฐธรรมนูญของมลรัฐโอกลาโฮมา มาตรา 6802 ของหมวด 36 เว้นแต่กรณีมีลำดับเลขที่ซ้ำกัน มีดังนี้

เมื่อใช้ในกฎหมายนี้ “โทรเวชกรรม” หมายถึง การให้บริการทางการดูแลสุขภาพอนามัย การวินิจฉัย การปรึกษา การบำบัดรักษา การโอนข้อมูลทางการแพทย์ หรือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการศึกษาทางการแพทย์ โดยวิธีการติดต่อสื่อสารทางเสียง ภาพ และข้อมูลโทรเวชกรรม ไม่ใช่การให้คำปรึกษาที่กระทำผ่านโทรศัพท์หรือโทรสาร

**มาตรา 3** มาตราใหม่ของกฎหมาย ที่จะได้รับการตราในรัฐธรรมนูญของมลรัฐโอกลาโฮมา มาตรา 6803 ของหมวด 36 เว้นแต่กรณีมีลำดับเลขที่ซ้ำกัน มีดังนี้

ก. บริการทางการแพทย์ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเห็นสมควรให้บริการทางโทรเวชกรรม การวางแผนสุขภาพอนามัย โปรแกรมคุ้มครองความพิการ หรือสัญญาโปรแกรมรักษาจัดการช่วยเหลือทางการแพทย์ ที่ออก แก่ไข หรือมีผลอีกครั้งหนึ่ง เมื่อหรือภายหลัง 1 มกราคม 2541 ไม่จำเป็นต้องมีการติดต่อซึ่งหน้าต่อบุคคลระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และผู้ป่วย

ข. มาตราย่อยของ ก. ในหมวดนี้ให้ใช้บังคับแก่สัญญาแผนบริการสุขภาพอนามัยที่ทำกับโปรแกรมรักษาจัดการช่วยเหลือทางการแพทย์ของรัฐ เพียงภายใต้เงื่อนไขสองข้อต่อไปนี้

1. การบริการทางโทรเวชกรรมได้รับความคุ้มครองโดย และได้รับการชดเชย ภายใต้โปรแกรมรักษาจัดการช่วยเหลือทางการแพทย์ของรัฐ เพื่อค่าบริการรักษา และ
  2. สัญญาโปรแกรมรักษาจัดการช่วยเหลือทางการแพทย์ของรัฐกับแผนบริการสุขภาพอนามัย ได้รับการแก้ไขเพื่อให้ครอบคลุมถึงการบริการโทรเวชกรรม และรับการปรับปรุงภาษีต่อหัวตามที่เหมาะสม
- ค. แผนบริการดูแลสุขภาพอนามัยจะไม่กำหนดให้จ่ายค่าบริการรักษาทางสุขภาพที่กระทำโดยโทรศัพท์หรือดทรสาร

**มาตรา 4** มาตราใหม่ของกฎหมาย ที่จะได้รับการตราในรัฐธรรมนูญของมลรัฐโอกลาโฮมา มาตรา 6804 ของหมวด 36 เว้นแต่กรณีมีลำดับเลขที่ซ้ำกัน มีดังนี้

- ก. ก่อนการให้บริการทางสุขภาพอนามัยโดยทางโทรเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ให้บริการซึ่งมีการติดต่อกับผู้ป่วยทางกายภาพจะต้องมีอำนาจเป็นที่สุดในการดูแลรักษาและต้องได้รับความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวจากผู้ป่วย ในขั้นตอนการให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว จะต้องปรากฏว่าอย่างน้อยข้อมูลดังต่อไปนี้ได้มีการแจ้งไปยังผู้ป่วยทั้งทางวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษร
- 1ก. ข้อความที่แสดงว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะไม่ให้ความยินยอม หรือถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบสิทธิของผู้ป่วยในอนาคตที่จะได้รับการดูแลรักษาและบำบัด หรือมีความเสี่ยงที่ต้องสูญเสียหรือถูกเพิกถอนสิทธิประโยชน์ใด ๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่
  - 2ก. รายละเอียดของความเสี่ยง ผลกระทบ และผลประโยชน์ของโทรเวชกรรม
  - 3ก. ข้อความที่แสดงว่าจะได้รับการคุ้มครองความลับ
  - 4ก. ข้อความที่แสดงว่าผู้ป่วยจะสามารถเข้าสู่ข้อมูลทางการแพทย์ที่ถ่ายทอดระหว่างการให้บริการทางโทรเวชกรรม และสามารถได้รับสำเนาของข้อมูลดังกล่าวตามราคาที่กำหนดไว้ ซึ่งต้องไม่เกินต้นทุนโดยตรงในการจัดทำสำเนาดังกล่าว

- 5ก. ข้อความซึ่งแสดงว่าจะไม่มีการกระจายภาพหรือข้อมูลของผู้ป่วยจากการติดต่อทางโทรเวชกรรมไปยังผู้วิจัยหรือหน่วยงานอื่น หรือบุคคลภายนอก ความสัมพันธ์ของแพทย์และตัวผู้ป่วย เว้นแต่ผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมด้วย
- ข. ผู้ป่วยจะต้องลงนามในเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการให้บริการทางโทรเวชกรรมว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อความที่แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรตามมาตราย่อย ก. ของหมวดนี้ และว่าข้อมูลดังกล่าวได้มีการหารือกับแพทย์ผู้ให้การรักษาหรือผู้ที่แพทย์ได้มอบหมายแล้ว
- ค. หากผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์หรือไร้ความสามารถหรือจิตวิปริต ซึ่งทำให้ไม่สามารถให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวได้ ข้อกำหนดเรื่องการให้ความยินยอมให้ใช้แก่ผู้แทนของผู้ป่วย ข้อกำหนดเรื่องการให้ความยินยอมจะไม่ใช้บังคับกรณีเหตุฉุกเฉิน ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวได้ และไม่ปรากฏผู้แทนของผู้ป่วย
- ง. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใด ไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดที่ระบุไว้นี้ถือเป็นการปฏิบัติอันเป็นการละเมิดวิชาชีพ
- จ. ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งลงนามโดยผู้ป่วย ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลทางการแพทย์
- ฉ. ข้อกำหนดเรื่องความยินยอมในหมวดนี้ไม่ใช้บังคับแก่การให้คำปรึกษาระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันเอง หรือไม่ใช้บังคับแก่การติดต่อทางโทรเวชกรรม ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรง

**มาตรา 5** มาตราใหม่ของกฎหมาย ซึ่งจะได้รับการตราในรัฐธรรมนูญของมลรัฐโอกลาโฮมา มาตรา 6805 ของหมวด 36 เว้นแต่กรณีมีลำดับเลขที่ซ้ำกันดังนี้ให้โปรแกรมรักษาจัดการช่วยเหลือทางการแพทย์ของรัฐ ทำการประเมินประสิทธิภาพของต้นทุน และคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ทางโทรเวชกรรม โดยผู้ให้บริการที่ได้รับการชดเชยค่าบริการภายใต้โปรแกรม

**มาตรา 6** กฎหมายนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2540

**มาตรา 7** เนื่องจากความจำเป็นโดยรีบด่วน ในการรักษาความสงบสุขสาธารณะ สุขภาพ และความปลอดภัย จึงถือเป็นเหตุฉุกเฉิน ด้วยเหตุผลดังกล่าวกฎหมายฉบับนี้ ให้มีผลบังคับโดยสมบูรณ์นับจากและภายหลังการผ่านกฎหมายและได้รับการรับรอง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.

### ข้อบังคับแพทยสภา

ว่าด้วยการรักษาราชการแพทยสภา พ.ศ. ๒๕๒๖

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ (๓) (ข) และด้วยความเห็นชอบของ  
สภานายกพิเศษตามมาตรา ๒๕ แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕  
คณะกรรมการแพทยสภาออกข้อบังคับว่าด้วยการรักษาราชการแพทยสภา พ.ศ. ๒๕๒๖  
ไว้ดังต่อไปนี้

#### หมวด ๑

##### หลักทั่วไป

- ข้อ ๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมดำรงคนให้สมควรในสังคมโดยธรรม  
และเคารพต่อกฎหมายของบ้านเมือง
- ข้อ ๒ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมไม่ประพฤติก่อหรือกระทำการใดๆ อัน  
อาจเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- ข้อ ๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่  
คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง

#### หมวด ๒

##### การโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- ข้อ ๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่โฆษณา ใ้ จ้าง หรือยินยอมให้  
ผู้อื่นโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพ  
เวชกรรมของตน
- ข้อ ๒ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่โฆษณา ใ้ จ้าง หรือให้ผู้อื่น  
โฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวช-  
กรรมของผู้อื่น
- ข้อ ๓ การโฆษณาตามหมวด ๒ ข้อ ๑ และข้อ ๒ อาจกระทำได้ในกรณี  
ต่อไปนี้



- (๑) การแสดงผลงานในวารสารทางวิชาการหรือในการประชุมวิชาการ
- (๒) การแสดงผลงานในหน้าที่ หรือในการบำเพ็ญประโยชน์สาธารณะ
- (๓) การแสดงผลงานหรือความก้าวหน้าทางวิชาการเพื่อการศึกษาของ

มวลชน

- (๔) การประกาศเกียรติคุณเป็นทางการโดยสถาบันวิชาการ สมาคม หรือมูลนิธิ

ทั้งนี้ ต้องละเว้นการแสวงหาประโยชน์ที่จะเกิดต่อผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมส่วนบุคคล

ข้อ ๔ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอาจแสดงข้อความเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของคนที่สำนักงานได้เพียงข้อความเฉพาะเรื่องต่อไปนี้

- (๑) ชื่อ นามสกุล และอาจมีคำประกอบชื่อได้เพียงคำว่านายแพทย์ หรือแพทย์หญิงอภิโรช ตำแหน่งทางวิชาการ ฐานันดรศักดิ์ ยศ และบรรดาศักดิ์ เท่านั้น

- (๒) ชื่อปริญญา วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ หรือหนังสือแสดงคุณวุฒิ อย่างอื่น ซึ่งคนได้รับมาโดยวิธีการถูกต้องตามกฎหมายของแพทยสภาหรือสถาบันอื่นๆ

- (๓) สาขาของวิชาชีพเวชกรรม

- (๔) เวลาทำการ

ข้อ ๕ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอาจแจ้งความการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เฉพาะการแสดงที่อยู่ ที่ตั้งสำนักงาน หมายเลขโทรศัพท์ และหรือข้อความที่อนุญาต ในหมวด ๒ ข้อ ๔ เท่านั้น

ข้อ ๖ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการเผยแพร่หรือตอบปัญหาทางสื่อมวลชน ถ้าแสดงตนว่าเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่แจ้งสถานที่ทำการประกอบวิชาชีพส่วนตัวเป็นทำนองการโฆษณาและต้องไม่มีการแจ้งความตามหมวด ๒ ข้อ ๕ ในที่เดียวกันหรือขณะเดียวกันนั้นด้วย

ข้อ ๗ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องระมัดระวังตามวิสัยที่พึงมีมิให้การประกอบวิชาชีพเวชกรรมของคนแพร่ออกไปในส้อมวลชนเป็นทำนองโฆษณาความรู้ความสามารถ

### หมวด ๓

#### การประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ ๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด และพยายามให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการทรมานจากโรคและความพิการต่างๆ โดยไม่เรียกร้องสินจ้างรางวัลพิเศษนอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ

ข้อ ๒ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่จงใจหรือชักชวนผู้ป่วยให้มารับบริการทางวิชาชีพเวชกรรมเพื่อผลประโยชน์ของตน

ข้อ ๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ให้หรือรับผลประโยชน์เป็นค่าตอบแทน เนื่องจากการรับหรือส่งผู้ป่วยเพื่อรับบริการทางวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ ๔ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยสุภาพ และปราศจากการบังคับขู่เข็ญ

ข้อ ๕ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยให้หลงเข้าใจผิดเพื่อประโยชน์ของตน

ข้อ ๖ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย และความสันติของของผู้ป่วย

ข้อ ๗ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่สั่ง ใ้ หรือสนับสนุนการใช้ยาตำรับลับ รวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์อันไม่เปิดเผยส่วนประกอบ

ข้อ ๘ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ออกใบรับรองอันเป็นความเท็จโดยตั้งใจ หรือให้ความเห็นโดยไม่มีสุจริตในเรื่องใดๆ อันเกี่ยวกับวิชาชีพของตน

ข้อ ๙ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่

ข้อ ๑๐ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ใน  
ระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับคำขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้

ข้อ ๑๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ใช้หรือสนับสนุนให้มีการประกอบ  
วิชาชีพเวชกรรมหรือการประกอบโรคศิลปะโดยผิดกฎหมาย

#### หมวด ๔

##### การปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ

ข้อ ๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพึงยกย่องให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรี  
ซึ่งกันและกัน

ข้อ ๒ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ทับถมให้ร้ายหรือกลั่นแกล้งกัน

ข้อ ๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ชักจูงผู้ป่วยของผู้อื่นมาเป็นของตน

#### หมวด ๕

##### การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน

ข้อ ๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพึงยกย่องให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรี  
ของผู้ร่วมงาน

ข้อ ๒ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ทับถมให้ร้าย หรือกลั่นแกล้งผู้  
ร่วมงาน

ข้อ ๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพึงส่งเสริมและสนับสนุนการประกอบวิชา  
ชีพของผู้ร่วมงาน

#### หมวด ๖

##### การทดลองในมนุษย์

ข้อ ๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการทดลองในมนุษย์ ต้องได้รับความ  
ยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่อาจ  
เกิดขึ้นจากการทดลองนั้นๆ

ข้อ ๒ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องปฏิบัติต่อผู้ถูกทดลองเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อผู้ช่วยในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามหมวด ๓ โดยอนุโลม

ข้อ ๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหาญเนื่องจากกรทดลองที่บังเกิดต่อผู้ถูกทดลอง อันมิใช่ความผิดของผู้ถูกทดลองเอง  
ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๒๖

หนังสือ อณ.นน.น.น.

นายกแพทยสภา

( ๑๐๐ ร.จ. ๒๕ ตอนที่ ๑๑๕ (ฉบับพิเศษ) ลงวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๒๖ )

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้วิจัย

นายอดิเรก หลิมศิริวงศ์ เกิดเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2512 ที่จังหวัดพิจิตร สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรีจากคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อปีการศึกษา 2533 ปริญญาโทบริหารธุรกิจจากมหาวิทยาลัย WESTERN INTERNATIONAL UNIVERSITY ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปีการศึกษา 2538 ประกาศนียบัตรบัณฑิตทางกฎหมายธุรกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์เมื่อปีการศึกษา 2539 ปัจจุบันทำงานที่บริษัท ที่ปรึกษากฎหมายและ ภาษี แอนเดอร์เซน จำกัด



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย