

บทที่ 2

การให้บริการสาธารณสุขกับความรับผิดชอบทางกฎหมาย

ผู้ให้บริการสาธารณสุข หมายความว่า แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานพยาบาล ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งของทุกกระทรวง ทบวง กรม และส่วนราชการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยที่มีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐวิสาหกิจ โรงพยาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ รวมไปถึงโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน สถานพยาบาล สถานือนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล) ฯลฯ ที่อาจได้รับผลกระทบจากการที่หากประเทศไทยจะผ่านร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ซึ่งปัจจุบันยังคงเป็นประเด็นโต้แย้งกันอยู่ว่าสมควรมีกฎหมายลักษณะนี้ใช้บังคับในสังคมไทยหรือไม่ และหากจะมีกฎหมายดังกล่าวนี้สมควรจะมีลักษณะบังคับใช้ประการใดที่จะเป็นธรรมสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค องค์กรทางการแพทย์ต่างๆ (แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภากายภาพ ฯลฯ) เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย เครือข่ายผู้ป่วยโรคไต ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชนเข้าถึงเอดส์ เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ฯลฯ

จากที่กล่าวถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจะเห็นได้ว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับทั้งบุคคล คณะบุคคล และองค์กรเป็นจำนวนมาก เนื้อหาในบทที่ 2 ของการวิจัยนี้จะแบ่งรายละเอียดออกเป็นหัวข้อต่าง ๆ อาทิ บุคลากรทางการแพทย์กับความคาดหวังของสังคมไทย นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บทบัญญัติว่าด้วยจริยธรรมในวิชาชีพการให้บริการทางสาธารณสุข ทุรเวชปฏิบัติ ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขในฐานะผู้บริโภค และเพื่อนำมาสู่หัวข้อสำคัญคือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ การใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันการกระทำความผิดในต่างประเทศ และตัวอย่างคดีทุรเวชปฏิบัติในต่างประเทศ

บุคลากรทางการแพทย์กับความคาดหวังของสังคมไทย

แพทย์ตลอดบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เป็นผู้ที่สังคมไทยให้การยอมรับนับถือว่าเป็นผู้มีความรู้ เสียสละ และอุทิศตนให้แก่ผู้เจ็บไข้ได้ป่วยมาช้านาน ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตามในปัจจุบันสังคมไทยเริ่มมีมุมมองต่อวิชาชีพแพทย์ที่แตกต่างออกไป จากบทบาทของสภามหาวิทยาลัยทางการแพทย์ การเกิดขึ้นของโรงพยาบาลเอกชนที่มุ่งในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่มีศักยภาพทางด้านรักษาพยาบาลในระดับหนึ่ง คลินิกเฉพาะทาง คลินิกเสริมความงาม ซึ่งมีใช้การให้บริการทางสาธารณสุขจากภาครัฐที่เป็นเสมือนสวัสดิการ การที่ผู้ป่วยยอมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่ค่อนข้างสูง โดยคาดหวังว่าจะได้รับการอันเป็นทางเลือกที่ดีกว่า แต่ในการปฏิบัติงานของ

บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย โดยที่มิได้เป็นความผิดของแพทย์ หรืออาจเป็นการกระทำของแพทย์ที่เกิดจากความประมาทเลินเล่อทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตพลุพลาง ฯลฯ เช่นนี้ก็เป็นที่น่าแปลกใจที่บางครั้งมีการฟ้องบุคลากรทางการแพทย์ต่อศาล ทั้งในคดีแพ่งและคดีอาญา และแม้แต่ในโรงพยาบาลของรัฐก็ตามที่เริ่มมีแนวโน้มในการดำเนินคดีต่อบุคลากรทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น ทั้งที่แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐต่างก็แบกรับหน้าที่ที่มีต่อผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่มาพึ่งการให้บริการทางด้านสาธารณสุขในลักษณะรัฐสวัสดิการ ที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยมากในกรณีปกติ

ในปัจจุบันประเทศไทยมีแพทย์ทั้งสิ้น 40,994 คน² เทียบกับจำนวนประชากรในประเทศที่มีจำนวน 63,878,226 คน³ คิดเป็นสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากร ซึ่งถือได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์เป็นวิชาชีพที่ขาดแคลน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาลของรัฐที่ถูกสถานพยาบาลของเอกชนทำลายในเรื่องค่าตอบแทน ดังจะเห็นได้จากประกาศการรับสมัครแพทย์ของสถานพยาบาลเอกชนที่ให้เงินเดือนสูงมาก โดยในบางสถานพยาบาลถึงขนาดรับประกันรายได้ขั้นต่ำต่อเดือนของแพทย์ว่าไม่ต่ำกว่า 200,000 บาท หรือแม้แต่คลินิกเสริมความงามที่ทำให้แพทย์เบนเข็มมาทำงานทางด้านนี้โดยมีค่าตอบแทนที่สูงใจมากกว่าสถานพยาบาลของรัฐ จึงเป็นอีกเหตุปัจจัยหนึ่งที่ทำให้จำนวนแพทย์มีหน้าที่ในการรักษาคนป่วยยิ่งน้อยลงไปอีก หากแพทย์ที่จบใหม่ต่างก็คิดว่าการลาออกจากสถานพยาบาลของรัฐโดยยอมใช้ทุน หรือใช้ทุนจนหมดแล้วจึงไปสู่คลินิกเสริมความงามที่ให้บริการเกี่ยวกับผิวพรรณ สิว ผ่า

อย่างไรก็ตาม มิใช่มีแต่บุคลากรทางการแพทย์ที่หันเหไปสู่สถานพยาบาลของเอกชนหรือคลินิกเสริมความงามด้วยเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นไปตามเหตุผลของแต่ละบุคคลที่มีความเห็นที่แตกต่างกันได้แม้ต่อบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจจะมีมุมมองอื่นในเรื่องความสะดวก ความคล่องตัว และเครื่องใช้เครื่องมือที่เอื้อประโยชน์มากกว่าในระบบราชการของรัฐ โดยมีเป้าหมายที่คล้ายกันคือการดูแลรักษาผู้ป่วยให้หายหรือบรรเทาอาการจากโรคร้ายไข้เจ็บทั้งปวง นอกเหนือจากนี้ในปัจจุบันก็ยังคงมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นจำนวนมากที่ยังคงปฏิบัติราชการอยู่ในสถานพยาบาลของรัฐโดยมิได้คำนึงถึงผลตอบแทนเมื่อเปรียบเทียบกับสถานพยาบาลของเอกชน ซึ่งจากที่กล่าวมาแล้ว การปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐนั้นค่อนข้างน่าเห็นใจ จากนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวนผู้ป่วยที่มีเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบอัตราส่วนกับแพทย์ แพทย์และบุคลากรที่ให้บริการทางสาธารณสุขต้องทุ่มเทแรงกาย แรงใจ ในการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละ และเปรียบเสมือนผู้มีพระคุณที่คนไข้ไม่ว่ายากดีมีจน เด็กหรือคนชรา ต่างก็ยกมือไหว้ด้วยความศรัทธาในตัวแพทย์

แม้ว่าสังคมไทยจะมีความคาดหวังอย่างสูงต่อบุคลากรทางการแพทย์ว่าแพทย์จะต้องเป็นผู้อุทิศ เสียสละ รักษาผู้ป่วยจนสุดกำลังความสามารถ และเมื่อเกิดความเสียหายจากการให้บริการทาง

² www.bloggang.com : ข้อมูลจำนวนแพทย์และกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ที่มา : สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา 31 มิถุนายน 2553, เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2554

³ เว็บไซต์กรมการปกครอง/การให้บริการสถิติและข้อมูล/จำนวนประชากร/<http://203.113.84.149/xstat/ppp53-1.html> ประกาศสำนักทะเบียน กรมการปกครอง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2553

สาธารณสุขก็สมควรมีกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองโดยมีกองทุนคุ้มครองผู้เสียหาย ตลอดจนการดำเนินการทางกฎหมายต่อแพทย์และสถานพยาบาลได้ แต่ในขณะเดียวกันบุคลากรทางการแพทย์ก็มีความคาดหวังว่าจะมีกฎหมายที่ให้ความเป็นธรรมต่อการปฏิบัติงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับชีวิตและความตายของผู้ป่วย โดยไม่ว่าจะต้องคาดหวังจากการประกันภัยในวิชาชีพของแพทย์ และในขณะเดียวกันกฎหมายดังกล่าวก็สมควรที่จะให้ความเป็นธรรมต่อทุกฝ่าย มิใช่เป็นการคุ้มครองผู้เสียหายหรือผู้รับบริการทางสาธารณสุข ในขณะที่สามารถดำเนินคดีต่อแพทย์และสถานพยาบาลได้อย่างเด็ดขาด หรือเป็นการคุ้มครองผู้ให้บริการทางสาธารณสุขมากเกินไปจนไม่สมกับเจตนารมณ์ของการมีกฎหมายเพื่อใช้ในการคุ้มครองผู้เสียหายหรือผู้รับบริการทางสาธารณสุข

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นโยบายอันเป็นกรอบคิดของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) เป็นนโยบายที่สร้างหลักประกันทางด้านสุขภาพให้ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิเสมอภาคกันในการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ป่วยที่เป็นผู้ยากไร้ที่มีสิทธิเสมอภาคกันในการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งโดยผลจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือที่รู้จักกันดีว่าเป็น “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ได้มีการผ่านพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545 ภายใต้อำนาจของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 52 ที่บัญญัติให้ “ชาวไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่และผู้ป่วยไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และมาตรา 82 ได้บัญญัติให้ “รัฐต้องจัดการและส่งเสริมบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชนและสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า”

ปัจจุบัน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security System) ได้ให้การคุ้มครองดูแลสุขภาพตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพ ตามข้อบังคับทางการแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งคนไทยกว่า 47.24 ล้านคน หรือประมาณ 75.29% จากจำนวนประชากรทั้งประเทศกว่า 64 ล้านคน มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากขึ้น นอกนั้นเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ 15.42% และ 7.89% ตามลำดับ เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึงในทุกพื้นที่ ปัจจุบันมีหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) กว่า 11,460 แห่งทั่วประเทศ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 843 แห่ง โรงพยาบาลของรัฐสังกัดอื่น 326 แห่ง โรงพยาบาลเอกชนกว่า 60 แห่ง สถานีอนามัยกว่า 9,800 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกว่า 165 แห่ง และคลินิกชุมชนอบอุ่นมากกว่า 180 แห่งทั่วประเทศ พร้อมให้บริการสาธารณสุขอย่างครบวงจร ตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพและ

ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁴ ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายที่อาจมีผลกระทบกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลของเอกชนที่ประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการ โดยเมื่อโรงพยาบาลสมัครใจเข้าร่วมโครงการ กระทรวงสาธารณสุขจะจัดสรรเงินให้ตามจำนวนผู้ป่วยที่มีการรับการรักษา เมื่อจ่ายเงินจึงต้องตามมาด้วยการตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งก็คือการตรวจสอบหน่วยบริการ ไม่เกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบการวิชาชีพจะถูกกล่าวโทษ ถูกสอบสวนก็เฉพาะกรณีที่เข้าไปมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ หากเป็นกรณีที่ถูกล่ามำหาเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ เป็นเรื่องของพระราชบัญญัติวิชาชีพ ซึ่งมีองค์กรวิชาชีพดูแลอยู่แล้ว ไม่ใช่การพิจารณาโดยคณะกรรมการตามพระราชบัญญัติฉบับนี้⁵

อย่างไรก็ตาม ภายใต้มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ บัญญัติให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

ทำให้อาจเกิดความเข้าใจได้ว่าภายใต้พระราชบัญญัติฉบับนี้ ผู้ป่วยที่เป็นผู้เสียหายจากการรักษาพยาบาลสามารถดำเนินการฟ้องร้องหน่วยบริการหรือแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์ได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะฟ้องแพทย์หรือไม่นั้น ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ ได้ทำการวิเคราะห์สาเหตุของการฟ้องร้อง อันเนื่องมาจากปัจจัย 2 ประการ คือ⁶

1. มีผลไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง (Serious unexpected outcome) เกิดขึ้น ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยตาย หรือพิการ หรือได้รับความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น มีผลให้ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยมิได้คาดหมายมาก่อน ผลร้ายแรงดังกล่าวอาจจะเรียกได้หลายชื่อ เช่น ผลตาม (Consequence) โรคแทรกซ้อน (Complications) อุบัติเหตุ (Mishaps) ความผิดพลาด (Medical Error) อันตรายจากการรักษา (Medical Injury) โรคหมอทำ (Iatrogenis diseases) ฯลฯ

สาเหตุของการเกิดผลไม่พึงประสงค์ดังกล่าว อาจจะแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ

ก. ผลร้ายแรงดังกล่าวเกิดจากความรุนแรงของโรค หรือบาดเจ็บโดยตรงอยู่แล้ว แม้แพทย์จะช่วยเหลือเต็มที่โดยถูกต้อง ก็ไม่อาจหลีกเลี่ยงมิให้เกิดผลนั้นได้ เช่น กรณีเลนส์ตาหลุดอยู่ก่อนที่จะพบแพทย์ ต่อมาเกิดจอบประสาทตาลอก ทำให้เสียตาไป หรือกรณี Reye's Syndrome เป็นต้น

⁴ www.nhso.go.th กำเนิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มิติใหม่แห่งการบริการด้านสาธารณสุขเพื่อสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทย, เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2554

⁵ แสวง บุญเฉลิมวิภาส, พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพส่งผลกระทบต่อผู้ประกอบการวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขจริงหรือไม่ ในหนังสือกฎหมายการแพทย์, หน้า 343

⁶ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ, งานวิจัยคดีแพทย์ บุคลากรแพทย์ถูกฟ้อง (แพทยสภา), 2544 หน้า 193 - 203

ข. ผลร้ายแรงดังกล่าวเกิดแทรกซ้อนที่ไม่อาจยับยั้งได้ (Unavoidable) เช่น กรณีแพ้ยาดังกล่าวโดยไม่มีประวัติการแพ้มาก่อน

ค. ผลร้ายแรงดังกล่าวสามารถป้องกันหรือยับยั้งไม่ให้เกิดขึ้นได้ (Avoidable) แต่มีความบกพร่องในการที่จะยับยั้งผลร้ายแรงนั้น ความบกพร่องดังกล่าวอาจเป็นผลจากความบกพร่องส่วนบุคคล (Personal Error) หรือการบกพร่องของระบบงาน (Management Error) หรือสองอย่างประกอบกัน เช่น โรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์ 1 หรือ 2 คน ซึ่งต้องเข้าเวรทุกวัน หรือวันเว้นวัน ถ้ามีผู้ป่วยมารับบริการมาก ย่อมเกินกำลังของบุคลากรที่มีอยู่ ความอ่อนล้าของร่างกายอาจนำไปสู่ความบกพร่องในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยบางอย่างได้ นี่เป็นความบกพร่องส่วนบุคคลซึ่งมาจากระบบ การให้เลือดที่มี HIV บวกแก่ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉิน เกิดจากความบกพร่องของระบบตรวจสอบและระบบรายงานผล ส่วนกรณีแพทย์ละทิ้งหน้าที่ในการอยู่เวรเป็นความบกพร่องส่วนบุคคลชัดเจน เป็นต้น

2. ปัจจัยที่จูงใจให้มีการตัดสินใจฟ้องศาล ซึ่งประกอบด้วยเหตุใดเหตุหนึ่ง หรือหลายสาเหตุต่อไปนี้รวมกัน คือ

(1) ผู้ฟ้องร้องเชื่อว่าความบกพร่องส่วนบุคคลเป็นสาเหตุทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์นั้น เช่น แพทย์ไม่อยู่ พยาบาลตามแพทย์ไม่ได้ แพทย์วินิจฉัยโรคผิด เป็นต้น

(2) ผู้ฟ้องร้องคาดหวังถึงผลสำเร็จของบริการสูง เช่น บริการด้านศัลยกรรมตกแต่ง ผู้ป่วยอาจหวังว่าทำแล้วน่าจะทำให้รูปทรงของตนดูดีขึ้น อย่างมั่นใจ แต่ผลที่ออกมาไม่ถูกใจ หรือกรณีเกิดผลไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเสี่ยงภัยอย่างเพียงพอ ก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจยอมรับบริการ

(3) ผู้ฟ้องร้องไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงภัยต่ออันตรายที่ไม่อาจยับยั้งได้ ทั้งก่อนและหลังที่เกิดอันตรายขึ้นจากฝ่ายแพทย์และได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนจากบุคคลที่ 3 ซึ่งอาจจะเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพเอง หรือบางครั้งได้รับข้อมูลจากฝ่ายผู้ให้บริการหลายคนไม่ตรงกัน การตัดสินใจฟ้องร้องก็เพื่อต้องการพิสูจน์ความจริง

(4) ผู้ฟ้องร้องต้องการค่าสินไหมทดแทนความสูญเสียที่เกิดขึ้น ทั้งค่าเสียหายที่ได้สูญเสียไปแล้วจากค่ารักษาพยาบาลและค่าสูญเสียที่จะเกิดต่อไปในอนาคต โดยเฉพาะกรณีความพิการหรือบกพร่องที่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพของเขา กรณีเช่นนี้อาชีพของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญด้วย

(5) การฟ้องคดีแพ่งเรียกค่าเสียหายหลายราย ได้มีการแจ้งความดำเนินคดีอาญาด้วย แต่ไม่มีการฟ้องคดีต่อศาลและการฟ้องคดีเป็นมาตรการขั้นสุดท้ายที่ผู้เสียหายได้ร้องเรียนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นมาแล้ว แต่ไม่เป็นที่พอใจ

อย่างไรก็ตาม หากเกิดกรณีที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้เสียหายประสงค์ที่จะทำการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์ การฟ้องร้องตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 จะเป็นการเยียวยาผู้เสียหายได้มากกว่า เพราะพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด พ.ศ. 2539 เป็นกลไกสำคัญที่ป้องกันการฟ้องร้องผู้ประกอบการวิชาชีพ ในคดีละเมิดที่เจ้าหน้าที่ของรัฐปฏิบัติงานเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในหน้าที่ ขณะเดียวกันก็เป็นเครื่องมือให้ผู้ได้รับความเสียหายเนื่องมาจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในหน่วยงานของรัฐ ได้รับค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น

เร็วกว่าการฟ้องคดีในศาลทั่วไป เงินชดเชยที่ผู้เสียหายได้รับมาจากงบประมาณแผ่นดินโดยตรง ผ่านกระทรวงการคลัง จากผลการพิจารณาจากคณะกรรมการที่หน่วยงานนั้น ๆ ตั้งขึ้น ซึ่งน่าจะให้ความเป็นธรรมกับผู้เสียหายได้ระดับหนึ่ง ถ้าผู้เสียหายไม่พอใจยังมีสิทธิเสนอคดีต่อศาลปกครองอีกชั้นหนึ่งด้วย กลไกโดยกฎหมายฉบับนี้ยังมีผู้ใช้ไม่มากนัก อีกทั้งแนวปฏิบัติของกฎหมายฉบับนี้น่าจะก่อให้เกิดความยุติธรรมได้ระดับหนึ่ง แต่เมื่อมีการร้องเรียนโดยอาศัยช่องทางนี้มากขึ้น ไม่น่าจะมีปัญหาอะไรตามมา ขณะนี้ดูเหมือนจะยังมีผู้ที่ไม่เข้าใจเจตนารมณ์ของกฎหมายนี้อยู่ไม่น้อย เพราะฉะนั้นจึงเสนอแนะว่าน่าจะมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อขัดข้องในการใช้บังคับพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ที่จะช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบความเสียหายจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷

ซึ่งภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายอีกฉบับหนึ่งที่ได้เยียวยาผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้เสียหาย ในการเรียกเงินจากหน่วยบริการอันน่าจะเป็นความเสียหายจากผู้ให้บริการสาธารณสุขในภาพรวม ซึ่งมีใช้กรณีที่เป็นการฟ้องร้องบุคคลทางการแพทย์เฉพาะรายแต่ประการใด

ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขในฐานะผู้บริโภค

หลังจากที่พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มีผลบังคับใช้ในวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ก็มีความชัดเจนยิ่งขึ้นและเป็นที่ยอมรับกันในบรรดาบุคคลทางการแพทย์ว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขอยู่ในฐานะผู้บริโภค ที่สามารถได้รับการเยียวยา จากทั้งพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 หรือแม้แต่พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 และจะทำให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้เสียหายจากการกระทำของบุคลากรทางการแพทย์ดำเนินคดีฟ้องร้องต่อสถานพยาบาลในฐานะผู้ประกอบการธุรกิจในฐานะที่ผู้ป่วยเป็นผู้บริโภคได้ด้วย

ในการนี้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มาตรา 4 ให้ความหมายของผู้บริโภค โดยหมายความว่า “ผู้ซื้อหรือได้รับบริการจากผู้ประกอบการธุรกิจ หรือผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือการชักชวนจากผู้ประกอบการธุรกิจเพื่อให้ผู้ซื้อสินค้าหรือรับบริการ และหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบการธุรกิจโดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม”

โดยกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคให้ความหมายของ “บริการ” หมายความว่า “การรับจัดทำ การงาน การให้สิทธิใด ๆ หรือการให้ใช้หรือให้ประโยชน์ในทรัพย์สินหรือกิจการใด ๆ โดยเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่น แต่ไม่รวมถึงการจ้างแรงงานตามกฎหมายแรงงาน”

ทั้งนี้คำว่า “ผู้ประกอบการธุรกิจ” กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคก็ได้ให้ความหมายว่า “ผู้ขาย ผู้ผลิต เพื่อขาย ผู้ส่งหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อขาย หรือผู้ซื้อเพื่อขายต่อซึ่งสินค้าหรือผู้ให้บริการ และหมายความรวมถึงผู้ประกอบการโฆษณาด้วย”

⁷ อ้างแล้ว, หน้า 205

เมื่อพิจารณาจากค่านิยมของทั้งผู้บริโภค บริการ และผู้ประกอบการแล้ว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ได้เข้ามาทำการรักษา ณ สถานพยาบาล เป็นผู้ได้รับบริการจากสถานพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ประกอบการ โดยที่ผู้ป่วยที่เป็นผู้เสียค่าตอบแทนหรือแม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนโดยญาติผู้ป่วยเป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม กรณีเช่นนี้ถือได้ว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้บริโภคจากการได้รับบริการ ซึ่งประเด็นต่อมาคือสถานพยาบาลถือเป็นผู้ประกอบการตามกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคหรือไม่ โดยอาจแยกออกเป็นสถานพยาบาลของเอกชน และสถานพยาบาลของรัฐ

ในการนี้ นายพิฑูร ธรรมธรรานนท์ มีความเห็นในกรณีต่อไปนี้เข้าข่ายเป็น “ผู้ประกอบการ”⁸

- แพทย์หรือสถานพยาบาลของเอกชน เนื่องจากมีการเรียกค่าตอบแทนหรือผลประโยชน์อื่นจากการรักษาพยาบาล แม้ว่าผู้จ่ายค่าตอบแทนจะไม่ใช้ตัวผู้รับบริการก็ตาม

- สถานพยาบาลของรัฐ ที่ทำการให้บริการสุขภาพที่มีลักษณะชัดเจนว่ามีการเรียกค่าตอบแทนจากการให้บริการ เช่น การรับตรวจสุขภาพตามสถานประกอบการต่าง ๆ การเปิดให้บริการนอกเวลาและเก็บค่าบริการ ส่วนแพทย์ที่เป็นข้าราชการหรือพนักงานของรัฐที่ทำงานในสถานพยาบาลรัฐไม่น่าจะถือเป็น “ผู้ประกอบการ” เพราะการตรวจรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยนั้นเป็นการทำตามหน้าที่ให้แก่รัฐ อีกทั้งไม่ได้มีการเรียกค่าตอบแทนหรือผลประโยชน์โดยตรงจากการตรวจรักษา

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 ยังได้กำหนดความหมายของผู้บริโภค ผู้ประกอบการ และคดีผู้บริโภคไว้ ดังนี้

“ผู้บริโภค” หมายความว่า ผู้บริโภคตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค และให้หมายความรวมถึงผู้เสียหายตามกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยด้วย

“ผู้ประกอบการ” หมายความว่า ผู้ประกอบการตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคและให้หมายความรวมถึงผู้ประกอบการตามกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยด้วย

“คดีผู้บริโภค” หมายความว่า

(1) คดีแพ่งระหว่างผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคตามมาตรา 19 หรือตามกฎหมายอื่น กับผู้ประกอบการซึ่งพิพาทกันเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการบริโภคสินค้าหรือบริการ

(2) คดีแพ่งตามกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย

(3) คดีแพ่งที่เกี่ยวข้องกันกับคดีตาม (1) หรือ (2)

(4) คดีแพ่งที่มีกฎหมายบัญญัติให้ใช้วิธีพิจารณาตามพระราชบัญญัตินี้

⁸ พิฑูร ธรรมธรรานนท์, www.medlawstory.com, เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2554.

อย่างไรก็ตาม อาจมีกรณีโต้แย้งว่าข้อพิพาทในคดีที่มีความหลากหลายและความเกี่ยวว่่าเป็นคดีผู้บริโภคหรือมีปัญหาว่าคดีใดเป็นคดีผู้บริโภคหรือไม่ ประธานศาลอุทธรณ์จะเป็นผู้วินิจฉัยและคำวินิจฉัยของประธานศาลอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด⁹

ภายใต้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 นี้ มีบทบัญญัติพิเศษทางด้านวิธีพิจารณาคความเพื่อความสะดวก และเอื้อประโยชน์ต่อผู้บริโภคค่อนข้างมาก อาทิ ผู้บริโภค หรือผู้มีอำนาจฟ้องแทนผู้บริโภค สามารถฟ้องคดีได้ภายใน 3 ปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายและรู้ตัวผู้ประกอบธุรกิจที่ต้องรับผิดชอบ แต่ไม่เกิน 10 ปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหาย¹⁰ ซึ่งมีอายุความยาวกว่าคดีแพ่งตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ที่ผู้เสียหายต้องฟ้องคดีภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ผู้เสียหายถึงการละเมิดและรู้ตัวผู้ที่จะถึงต้องใช้ค่าสินไหมทดแทน และไม่เกิน 10 ปี นับแต่วันที่ผู้เสียหายรู้ถึงการละเมิดและรู้ตัวผู้ที่จะถึงต้องใช้ค่าสินไหมทดแทน และไม่เกิน 10 ปี นับแต่วันที่ทำการละเมิด¹¹ และหากมีการเจรจาเกี่ยวกับค่าเสียหายที่พึงจ่ายระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจและผู้บริโภค ให้อายุความสะดุดหยุดอยู่ไม่นับระหว่างนั้นจนกว่าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งได้บอกเลิกการเจรจา¹² โดยผู้บริโภคสามารถนำประกาศ โฆษณา คำรับรองของผู้ประกอบธุรกิจที่ทำให้ผู้บริโภคได้เข้าใจในขณะทำสัญญาว่าผู้ประกอบธุรกิจตกลงจะมอบให้จัดทำมาเพื่อตอบแทนการที่ผู้บริโภคที่เข้าทำสัญญา โดยถือว่าสิ่งต่าง ๆ นี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาที่ผู้บริโภคสามารถนำพยายามบุคคลเข้าสืบ แม้ว่าการทำสัญญานั้นกฎหมายจะกำหนดว่าต้องทำเป็นหนังสือหรือมีหลักฐานเป็นหนังสือ และไม่ปรากฏข้อตกลงนั้นในหนังสือที่ได้ทำขึ้นก็ตาม¹³ และให้การฟ้องคดีผู้บริโภคนั้น โจทก์จะฟ้องด้วยวาจาหรือเป็นหนังสือก็ได้¹⁴ โดยผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคจะได้รับยกเว้นค่าฤชาธรรมเนียมทั้งปวง¹⁵ และที่สำคัญอีกสองประการคือ ในประเด็นข้อพิพาท ข้อใดที่ต้องพิสูจน์ถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการผลิต การประกอบ การออกแบบ หรือส่วนผสมของสินค้า การให้บริการ หรือการดำเนินการใด ๆ ที่ศาลเห็นว่าข้อเท็จจริงดังกล่าวอยู่ในความรู้เห็นโดยเฉพาะของคุณความฝ่ายที่เป็นผู้ประกอบธุรกิจให้ภาระการพิสูจน์ (burden of proof) ในประเด็นดังกล่าวตกอยู่กับคุณความฝ่ายที่เป็นผู้ประกอบธุรกิจนั้น¹⁶ นอกจากนี้ในคดีที่ผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคเป็นโจทก์ หากความปรากฏแก่ศาลว่าจำนวนค่าเสียหายที่โจทก์เรียกร้องไม่ถูกต้องหรือวิธีการบังคับตามคำขอของโจทก์ไม่เพียงพอต่อการแก้ไขเยียวยาความเสียหายตามฟ้อง ศาลมีอำนาจยกขึ้นวินิจฉัยให้ถูกต้อง หรือกำหนดวิธีการบังคับให้เหมาะสมได้ แม้จะเกินกว่าที่ปรากฏ

⁹ พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551, มาตรา 8

¹⁰ อ้างแล้ว, มาตรา 13

¹¹ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 448

¹² พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551, มาตรา 14

¹³ อ้างแล้ว, มาตรา 11

¹⁴ อ้างแล้ว, มาตรา 20

¹⁵ อ้างแล้ว, มาตรา 18

¹⁶ อ้างแล้ว, มาตรา 29

ในคำขอบังคับของโจทก์ก็ตาม¹⁷ และศาลมีอำนาจสั่งให้ผู้ประกอบธุรกิจจ่ายค่าเสียหายเชิงลงโทษ (punitive damages) เพิ่มขึ้นจากจำนวนค่าเสียหายที่แท้จริงที่ศาลกำหนดได้ตามที่เห็นสมควร ในกรณีที่ผู้ประกอบธุรกิจมีเจตนาเอาเปรียบผู้บริโภคโดยไม่เป็นธรรม หรือจงใจให้ผู้บริโภคได้รับความเสียหายหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ไม่นำพาต่อความเสียหายที่จะเกิดแก่ผู้บริโภค หรือกระทำการอันเป็นการฝ่าฝืนต่อความรับผิดชอบในฐานะผู้มีอาชีพหรือธุรกิจอันย่อมเป็นที่ไว้วางใจของประชาชน¹⁸

บทบัญญัติว่าด้วยจริยธรรมในเรื่องวิชาชีพการให้บริการสาธารณสุข

เนื้อหาในหัวข้อนี้จะประกอบไปทั้งกฎหมายและจริยธรรมที่ใช้กำกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการสาธารณสุข ที่ถือได้ว่าเป็นนักวิชาชีพ

คำว่า “วิชาชีพ” มาจากคำว่า “Profession” มาจากคำว่า “to profess” จากคำลาติน pro+fateri แปลว่า ยอมรับหรือรับว่าเป็นของตน ศัพท์คำนี้เดิมใช้ในทางศาสนา เป็นการประกาศตนว่ามีศรัทธาในศาสนาหรือการประกาศปฏิญาณตน¹⁹ ดังนั้น ตามรูปศัพท์จึงหมายถึง อาชีพที่มีการสาบานตัวในการเข้าประกอบอาชีพนั้น ๆ นั่นเอง²⁰

กรมหมื่นนราธิปพงศ์ประพันธ์ ทรงอธิบายคำนี้ไว้ ดังนี้²¹

“คำว่า Profession นั้นตามศัพท์หมายความว่าปฏิญาณ เพราะฉะนั้น สภาพอันแท้จริงแห่งอาชีพคือ อาชีพปฏิญาณ คือ การปฏิญาณตนต่อสรรพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่าจะประกอบอาชีพตามธรรมเนียม ซึ่งมีวางไว้เป็นบรรทัดฐาน อาชีพปฏิญาณในขั้นต้นได้แก่ วิถีอาชีพของนักบวชซึ่งต้องเคร่งในระเบียบวินัยที่บังคับไว้ และต่อมาได้แก่ นักกฎหมายและนายแพทย์ ฯลฯ ซึ่งเขาได้จัดองค์การควบคุมกันเข้าเอง มีวินัยและมรรยาทอันเคร่งครัดและการเป็นทนายความก็ต้องมีการฝึกหัดในสำนักทนายความทำงานในหัวหน้าสำนัก เป็นการฝึกหัดอบรมและทดลองไปก่อน แล้วเลื่อนขึ้นไปเป็นลำดับ จนในที่สุดอาจเป็นหัวหน้าสำนักแทนได้

ผู้ที่เลือกวิชาชีพได้แม้ยังเยาว์ อยู่ในวัยศึกษาในมหาวิทยาลัย ก็จะต้องทำใจของตนอบรมใจของตน ตั้งอธิษฐานเป็นการปฏิญาณตน มอบตนไว้ให้แก่วิชาชีพที่จะประกอบ คือความหมายว่า จะต้องถือวิชาชีพของตนเป็นสิ่งที่ศักดิ์สิทธิ์อย่างหนึ่ง ซึ่งตนมอบชีวิตส่วนหนึ่งไว้ให้และชีวิตส่วนนั้นก็

¹⁷ อ้างแล้ว, มาตรา 39

¹⁸ อ้างแล้ว, มาตรา 42

¹⁹ ปรีดี เกษมทรัพย์, หลักรับวิชาชีพนักกฎหมายในภาคพื้นยุโรป, ในรวมคำบรรยายหลักกฎหมายวิชาชีพนักกฎหมาย, แสง บุญเลิศวิภาส บรรณาธิการ, พิมพ์ครั้งที่ 3, โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, พ.ศ. 2540, น. 115

²⁰ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, กฎหมายการแพทย์ : ความรับผิดชอบทางกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข, สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2546, หน้า 103

²¹ นราธิป พงศ์ประพันธ์, อาชีพปฏิญาณ, ใน แสง บุญเลิศวิภาส, บก. รวมคำบรรยายหลักวิชาชีพกฎหมาย, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2531 : 1-4.

ควรจะนับถือว่าเป็นส่วนสำคัญ อาชีวปฏิญาณเป็นอัจฉริยะใจของบุคคล ตั้งแต่ก่อนเข้าประกอบวิชาชีพ และตลอดเวลาที่ประกอบวิชาชีพนั้น...”

จะเห็นได้ว่าวิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่สังคมเล็งเห็นถึงความสำคัญมาเป็นเวลาช้านาน ซึ่งแพทย์สมควรจะมีวินัยและความเคร่งครัดต่อวิชาชีพของตน เพื่อให้เป็นที่ยอมรับและแบบแผนอันดีงามต่อสังคมที่ให้ความคาดหวังไว้อย่างสงบต่อวิชาชีพแพทย์

ทั้งนี้ ตามข้อบังคับของแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม กำหนดให้การเรียกค่าตอบแทนที่แพทย์จะพึงได้รับว่าค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ²² ทำให้ผู้มีวิชาชีพในการให้บริการสาธารณสุขจะต้องเป็นผู้มีศรัทธาและเป็นผู้ที่มุ่งมั่นในการอุทิศตนต่อคนไข้หรือผู้รับบริการทางสาธารณสุข โดยยึดถือกฎเกณฑ์ที่ใช้เป็นแนวทางในการควบคุมวิชาชีพของตน

ในการนี้สมเด็จพระบรมชนก กรมหลวงสงขลานครินทร์ ทรงให้แนวคิดสำหรับแพทย์ไว้ว่า

“ในขณะที่ท่านประกอบกิจแพทย์ อย่างนี้ที่ท่านตัวคนเดียวจงนึกว่าท่านเป็นสมาชิกของ “สงฆ์” คนะหนึ่ง คือคนะแพทย์ ท่านทำดีหรือร้ายได้ความเชื่อถือหรือความดูถูก เพื่อนแพทย์อื่น ๆ จะพลอยยินดี หรือเจ็บร้อนอับอายด้วย นึกถึงความรับผิดชอบต่อผู้ที่เป็นแพทย์ด้วยกัน

แพทย์ทุกคนมีกิจที่จะแสดงความกลมเกลียวในคณะแพทย์ต่อสาธารณชน เมื่อเกิดความเลื่อมใสในคณะแพทย์ขึ้นในหมู่ประชาชนแล้ว ผู้ที่จะตั้งต้นทำการแพทย์จึงจะยังไม่ได้มีโอกาสตั้งตัวในความไวใจของตน ก็จะได้ส่วนความไวใจ เพราะเป็นสมาชิกของคนที่มีผู้นำถือ เราเห็นพระบวชใหม่ที่ยังไม่เป็นสมภารเราก็ยกมือไหว้ เพราะเรามีความนับถือในลัทธิของพระสงฆ์ฉันใดก็ตี แพทย์หนุ่มก็ได้ความไวใจเพราะคณะของเขาเป็นที่น่าไวใจ ฉะนั้น ความประพฤติของแพทย์บุคคลนำมาซึ่งประโยชน์แก่แพทย์ใหม่ และเราก็อยากจะช่วยผู้ที่ตั้งต้นในทางอาชีพของเราเสมอไป”

สำหรับบทบัญญัติของกฎหมายที่ใช้ในการควบคุมวิชาชีพในการให้บริการทางสาธารณสุขมีการใช้บังคับมานานแล้ว โดยจุดเริ่มต้นมาจากการตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นในแห่งแรก เมื่อ พ.ศ. 2432 จากนั้นมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ จากสหรัฐอเมริกาได้ช่วยเหลือรัฐบาลไทยในการปรับปรุงโรงเรียนแพทย์ กล่าวคือคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว โดยได้ช่วยยกระดับการศึกษาแพทย์ขึ้นเป็นระดับปริญญาด้วย อิทธิของต่างชาติอาจมีส่วนผลักดันให้รัฐบาลไทยต้องตรา พ.ร.บ. การแพทย์ พ.ศ. 2466 ขึ้น ประกอบกับได้มีการจัดตั้งแพทยสภาแห่งกรุงสยามขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2464 แพทยสมาคมอาจมีส่วนผลักดันการตรากฎหมายฉบับแรกนี้ด้วยก็ได้²³ และเหตุผลของการตรา พ.ร.บ. ดังกล่าว ปรากฏในคำปรารภของกฎหมายดังนี้

“มีพระบรมราชโองการ ในพระบาทสมเด็จพระรามาธิบดี ศรีสินทรมหาวชิราวุธ พระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวดำรงสเหณีเกล้าว่า

โดยที่การประกอบโรคศิลปะย่อมมีอิทธิพลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน โดยที่ กาลบัดนี้ในกรุงสยาม ยังไม่มีระเบียบบังคับควบคุมการประกอบกิจเช่นนี้ ปล่อยให้มิมีหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตรายอันเกิดแก่การประกอบกิจแห่งผู้ที่ไร้ความรู้และมีได้ฝึกหัด และโดยที่ทรง

²² ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 ข้อ 1

²³ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, กฎหมายการแพทย์, หน้า 113

พระราชดำริเห็นสมควรควบคุมวางระเบียบ และเลื่อนฐานะแห่งการเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะให้สูงขึ้นไป จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติไว้ดังต่อไปนี้...”²⁴

ซึ่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฯ ดังกล่าวนี้นี้มีขึ้นเพื่อการควบคุมทั้งกระบวนการในการเข้าสู่วิชาชีพ (Control over entry) ตลอดจนการควบคุมผู้ที่อยู่ในวิชาชีพผู้ประกอบโรคศิลปะ²⁵ และยังเป็น การคุ้มครองประชาชนผู้รับบริการทางการแพทย์ ทั้งยังได้มีการจัดตั้งสภาการแพทย์²⁶ ให้มีอำนาจหน้าที่ออกใบอนุญาตและจดทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะ จากนั้นได้มีการยกเลิกพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 และได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 โดยได้นิยามคำว่า “โรคศิลปะ” ให้ โดยแยกตามความต่าง ๆ ในทางการแพทย์ มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ แทนสภาการแพทย์ที่ถูกยกเลิกไป กฎหมายที่สำคัญที่มีผลบังคับใช้ต่อมาคือ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 ซึ่งได้มีการก่อตั้งแพทยสภา ที่เป็นองค์กรนิติบุคคล ทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยการรับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม นอกจากนี้ก็ยังมีกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมของบุคลากรทางการแพทย์อีก อาทิ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 และพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537

สำหรับกฎหมายที่ถือเป็นสาระสำคัญในการควบคุมจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพของผู้ให้บริการทางสาธารณสุขในที่นี้ คือ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นการกำกับดูแลบุคลากรทางการแพทย์ในภาพรวม (ในที่นี้จะไม่กล่าวถึงกฎหมายเกี่ยวกับวิชาชีพเฉพาะ อาทิ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 พระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวแพทย์ พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ.

²⁴ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 ให้นิยาม

“โรคศิลปะ” หมายความว่า การบำบัดโรคทางยา และทางผ่าตัด รวมทั้งการผดุงครรภ์ การช่างฟัน การสัตวแพทย์ การปรุงยา การพยาบาล การนวด หรือการรักษาคนบาดเจ็บป่วยไข้ โดยการใด ๆ

²⁵ และสภาการแพทย์ (ภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466) ได้แบ่งการประกอบโรคศิลปะเป็น 2 ประเภท คือ

(ก) ประเภทแผนปัจจุบัน คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยความรู้จากตำรา อันเป็นหลักวิชาโดยสากลนิยม ซึ่งดำเนินและจำเริญขึ้น อาศัยการศึกษาตรวจค้นและทดลองของผู้รู้ในทางวิทยาศาสตร์ทั่วโลก

(ข) ประเภทแผนโบราณ คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยอาศัยความสังเกต ความชำนาญ อันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้งหรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณ มิได้ดำเนินไปในทางวิทยาศาสตร์

²⁶ โรคศิลปะ หมายความว่า กิจการอันเกี่ยวกับการบำบัดโรคของมนุษย์ ในสาขาต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- (ก) เวชกรรม คือ การบำบัดโรคทางยา หรือทางผ่าตัด หรือทั้งสองอย่าง หรือรวมทั้งสูติกรรมด้วย
- (ข) ทันตกรรม คือ การบำบัดโรคฟัน การช่างฟัน หรือทั้งสองฝ่าย
- (ค) เภสัชกรรม คือ การปรุงยา หรือผสมยา หรือประดิษฐ์วัตถุใด ๆ ขึ้นเป็นยา
- (ง) การผดุงครรภ์
- (จ) การพยาบาล
- (ฉ) การกระทำโดยวิธีอื่นใดเพื่อบำบัดโรค

2547 และพระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547 ซึ่งเป็นการควบคุมการประกอบวิชาชีพเฉพาะด้าน)

- พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

กฎหมายวิชาชีพเวชกรรมนี้ถือได้ว่าเป็นกฎหมายหลักที่ได้กำกับดูแลจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม²⁸ ซึ่งในทางวิชาการจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่ารัฐสนับสนุนให้กลุ่มวิชาชีพควบคุมตนเอง (state sanction self control) โดยมีองค์การอิสระในการควบคุมวิชาชีพ เรียกว่าแพทยสภา²⁹ ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลายประการ แต่ที่สำคัญคือการควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมและแห่งวิชาชีพเวชกรรม มีอำนาจหน้าที่รับขึ้นทะเบียน ออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ในการควบคุมจริยธรรมสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้น เป็นไปตามข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษাজริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 อาทิ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมดำรงตนให้สังคมโดยธรรม และเคารพต่อกฎหมายของบ้านเมือง³⁰ ไม่ประพฤติหรือกระทำการใด ๆ อันอาจเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ³¹ การประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะและเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง³² ต้องไม่โฆษณา ใช้อ้าง หรือยินยอมให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของตน³³ ต้องไม่โฆษณา ใช้อ้าง หรือให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของผู้อื่น³⁴ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ทำการเผยแพร่หรือตอบปัญหาทางสื่อมวลชน ถ้าแสดงตนว่าเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสามารถแจ้งสถานที่ประกอบ

²⁸ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 4 บัญญัติความหมายของวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบอาชีพเวชกรรม ไว้ว่า

“วิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสาร การสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้ เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา

²⁹ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, กฎหมายการแพทย์, หน้า 130

³⁰ ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษাজริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549, ข้อ 5

³¹ อ้างแล้ว, ข้อ 6

³² อ้างแล้ว, ข้อ 7

³³ อ้างแล้ว, ข้อ 8

³⁴ อ้างแล้ว, ข้อ 9

วิชาชีพเวชกรรมได้ แต่ต้องไม่เป็นการสื่อบุไปในการทำงานโฆษณาโอ้อวดเกินความจริง หลอกลวง หรือทำให้ผู้ป่วยหลงเชื่อมาใช้บริการ³⁵ ฯลฯ

ทั้งนี้ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด สถานการณ์นั้น ๆ ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามสภาวะ วัสดุ และพฤติการณ์ที่มีอยู่³⁶ ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยปราศจากการบังคับขู่เข็ญ³⁷ ต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยให้หลงเชื่อ เข้าใจผิด เพื่อประโยชน์ของตน³⁸ ต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย³⁹ และโดยไม่คำนึงถึงความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย⁴⁰ ต้องไม่สั่ง ใช้ หรือสนับสนุนการใช้ยาตำรับลับ รวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์อันไม่เปิดเผยส่วนประกอบ⁴¹ ต้องไม่เจตนาทุจริตในการออกไปรับรองแพทย์⁴² ต้องไม่ให้ความเห็นโดยไม่สุจริตอันเกี่ยวกับวิชาชีพเวชกรรม⁴³ ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยหรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว ซึ่งตนทราบเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ⁴⁴ ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำขอร้อง และตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้⁴⁵ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ใช้หรือสนับสนุนให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือวิชาชีพใด ๆ ทางทางแพทย์หรือสาธารณสุข หรือการประกอบโรคศิลปะโดยผิดกฎหมาย⁴⁶ ซึ่งที่กล่าวข้างต้นนี้เป็นข้อบังคับแพทยสภาของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งยังมีบทบัญญัติเฉพาะเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาล การศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะและเกี่ยวกับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากผู้บริจาคอีกด้วย

- พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

กฎหมายการประกอบโรคศิลปะ เป็นกฎหมายที่ควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขหลายวิชาชีพด้วยกัน ซึ่งกฎหมายได้เรียกกลุ่มวิชาชีพเหล่านี้รวม ๆ กันว่า “การประกอบโรคศิลปะ” ซึ่งการควบคุมการประกอบวิชาชีพตามกฎหมายฉบับนี้ ต่างจากกฎหมายใน

³⁵ อ่างแล้ว, ข้อ 13

³⁶ อ่างแล้ว, ข้อ 15

³⁷ อ่างแล้ว, ข้อ 20

³⁸ อ่างแล้ว, ข้อ 21

³⁹ อ่างแล้ว, ข้อ 22

⁴⁰ อ่างแล้ว, ข้อ 23

⁴¹ อ่างแล้ว, ข้อ 24

⁴² อ่างแล้ว, ข้อ 25

⁴³ อ่างแล้ว, ข้อ 26

⁴⁴ อ่างแล้ว, ข้อ 27

⁴⁵ อ่างแล้ว, ข้อ 28

⁴⁶ อ่างแล้ว, ข้อ 29

กลุ่มที่รัฐสนับสนุนให้กลุ่มวิชาชีพควบคุมกันเอง เพราะไม่มีการจัดตั้งสภาวิชาชีพ แต่เป็นการควบคุมโดยใช้กลไกของรัฐโดยตรง (state control)⁴⁹ ในการควบคุมผู้ประกอบการโรคศิลปะ⁵⁰ ตามสาขาของการประกอบโรคศิลปะ อาทิ สาขาการแพทย์แผนไทย สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ฯลฯ

พระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะฯ เป็นกฎหมายที่ใช้ควบคุมจริยธรรมของผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการวิชาชีพในสาขาต่าง ๆ ที่มีอำนาจหน้าที่ในการรับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น ๆ และมีอำนาจเพิกถอนใบอนุญาตในกรณีที่ผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น ๆ ขาดคุณสมบัติอีกด้วย

สำหรับกระบวนการควบคุมจรรยาบรรณในการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายการประกอบโรคศิลปะบัญญัติไว้ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้⁵¹

ก. เมื่อมีการร้องเรียนผู้ประกอบโรคศิลปะต่อคณะกรรมการวิชาชีพ ว่ามีการประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพหรือกรรมการวิชาชีพใดอาจกล่าวโทษผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น ๆ

คณะกรรมการวิชาชีพจะต้องพิจารณาว่า คำร้องเรียนดังกล่าวมีมูลหรือไม่ ถ้าเห็นว่าไม่มีมูล การร้องเรียนนั้นก็ตกไป

ข. เมื่อคณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าคดีนั้นมีมูลก็ส่งเรื่องให้คณะอนุกรรมการทำหน้าที่สอบสวน ดำเนินการสอบสวน โดยประธานอนุกรรมการวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่สอบสวนต้องทำหนังสือแจ้งข้อร้องเรียนนั้น ให้ผู้ถูกร้องเรียนทราบ ไม่น้อยกว่า 15 วันก่อนเริ่มทำการสอบสวน

นั่นหมายความว่า เมื่อคณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่ามีความผิดเกิดขึ้นต้องทราบตัวผู้กระทำหรือประพฤติผิดด้วย เพราะถ้าไม่ทราบคณะอนุกรรมการวิชาชีพ ซึ่งทำหน้าที่สอบสวนย่อมไม่อาจเริ่มทำการสอบสวนได้

ผู้ถูกร้องเรียนมีสิทธิคำทำชี้แจงหรือนำพยานหลักฐานใด ๆ มาแสดงต่ออนุกรรมการดังกล่าว โดยให้ยื่นต่อประธานภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง หรือภายในกำหนดเวลาที่คณะอนุกรรมการจะขยายให้

หลังจากดำเนินการดังกล่าว กระบวนการสอบสวนก็ดำเนินการต่อไปจนเสร็จสิ้นงานการสอบสวนและความเห็นของคณะอนุกรรมการฯ จะนำเสนอต่อคณะกรรมการวิชาชีพ

หลักเกณฑ์และวิธีการร้องเรียน (การกล่าวหาโดยบุคคลผู้ได้รับความเสียหายและการกล่าวโทษโดยผู้อื่น) หรือการสอบสวนให้เห็นไปตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด

ค. เมื่อได้รับสำนวนแล้ว คณะกรรมการวิชาชีพจะต้องพิจารณาวินิจฉัย ดังนี้

(1) กรณีที่เห็นว่าผู้ประกอบโรคศิลปะที่ถูกร้องเรียนมิได้กระทำผิด ให้ยกคำกล่าวหรือกล่าวโทษ

⁴⁹ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, กฎหมายการแพทย์, หน้า 136

⁵⁰ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 4 “ผู้ประกอบโรคศิลปะหมายความว่าบุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะจากคณะกรรมการวิชาชีพ”

⁵¹ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, กฎหมายการแพทย์, หน้า 139 - 140

(2) กรณีที่วินิจฉัยว่า ผู้ประกอบโรคศิลปะที่ถูกร้องเรียนได้กระทำผิดจริง ก็ให้ลงโทษอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ ว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาตตามกำหนดเวลาที่สมควร แต่ไม่เกิน 2 ปี หรือเพิกถอนใบอนุญาต

ง. ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ แจ้งมติของคณะกรรมการวิชาชีพเป็นหนังสือให้คณะกรรมการประกอบโรคศิลปะและผู้ถูกร้องเรียนทราบภายใน 7 วัน นับแต่วันที่มีคำวินิจฉัย

จ. ถ้าผู้ประกอบโรคศิลปะถูกลงโทษโดยถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาต หรือเพิกถอนใบอนุญาต มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

ฉ. การพิจารณาอุทธรณ์ของคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ ปรากฏผลการวินิจฉัยอย่างไรก็ดี ถือเป็นสิ้นสุด

หลักเกณฑ์และวิธีการยื่นอุทธรณ์และวิธีพิจารณาอุทธรณ์ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะกำหนด

บทบัญญัติว่าด้วยจริยธรรมในวิชาชีพการให้บริการทางสาธารณสุข ตามที่กล่าวมาในหัวข้อนี้ เป็นเสมือนบทบัญญัติที่ใช้ในการควบคุมผู้ประกอบการวิชาชีพให้อยู่ภายใต้กรอบของกฎหมายที่มีการบัญญัติไว้โดยเฉพาะสำหรับผู้ให้บริการสาธารณสุขเท่านั้น อย่างไรก็ตาม หากผู้ให้บริการทางสาธารณสุขกระทำการอันเป็นการฝ่าฝืนบทบัญญัติว่าด้วยจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เช่น พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ซึ่งนอกจากจะมีความผิดตามบทบัญญัติว่าด้วยจริยธรรมวิชาชีพแล้ว ยังอาจมีความรับผิดตามกฎหมายทั่วไป (จะกล่าวถึงในหัวข้อสุดท้าย) อีกด้วย

ทุรเวชปฏิบัติ

เนื่องจากกระบวนการรักษาทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีโอกาสสูงที่อาจจะต้องกระทบต่อสิทธิในเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วยหรือคนไข้ ในลักษณะหรือวิธีการบำบัดรักษาโรคทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดกรณีการรักษาทางการแพทย์ที่ผิดพลาด ซึ่งเรียกว่า “ทุรเวชปฏิบัติ” ขึ้น⁵² และจากการศึกษางานวิจัยทางด้านทุรเวชปฏิบัติพบว่า การเกิดทุรเวชปฏิบัติในสังคมไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น⁵³ และทำให้ผู้ป่วยตลอดจนญาติผู้ป่วยดำเนินการทางกฎหมายต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการรักษาผิดพลาด

คำว่า “ทุรเวชปฏิบัติ” (malpractice) ซึ่งตามพจนานุกรมศัพท์นิติเวชของสมาคมนิติเวชกรุลอนดอน ได้ให้ความหมายของ “malpractice” ไว้ว่า “การขาดทักษะที่ควรพึงมีอย่างสมเหตุสมผลตามสมควรในฐานะแพทย์ และขาดการเอาใจใส่ดูแลคนไข้จนทำให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพหรือชีวิต

⁵² ธีัญญธร อินศร และคณะ, การดำเนินคดีทุรเวชปฏิบัติที่เป็นคดีอาญาในประเทศไทย กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ, ดุลพาท เล่มที่ 2 ปีที่ 55 พฤษภาคม - สิงหาคม 2551, หน้า 117

⁵³ อภิวรรณ อินศร, กระบวนการยุติธรรมเกี่ยวกับคดีทุรเวชปฏิบัติในประเทศไทย : กรณีศึกษาเฉพาะการดำเนินคดีแพ่ง, ดุษฎีนิพนธ์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545, หน้า 14 - 16

ของคนไข้”⁵⁴ อย่างไรก็ตาม คำว่า “malpractice” ที่จริงไม่ได้ใช้เฉพาะกับวงการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นคำที่ใช้ในการประกอบวิชาชีพอื่นด้วย และหากจะให้เฉพาะเจาะจงลงไปถึงการประกอบอาชีพ แพทย์ก็ต้องใช้คำว่า medical นำหน้า เป็น “medical malpractice” แต่ในทางปฏิบัติหากเราพูด คำว่า malpractice ก็มักจะเข้าใจตรงกันว่าเราหมายถึง medical malpractice นั่นเอง⁵⁵

ในการกระทำที่ถือว่าเป็นทิวเวชปฏิบัติ หรือความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical error) ดังกล่าวในทางการแพทย์นั้นไม่ว่าจะเป็นผลโดยตรงจากโรคหมอกทำ (iatrogenic disease) อันเกิด จากความไม่รู้ ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์หรือความผิดพลาดในการใช้เครื่องมือเครื่องใช้เพื่อวินิจฉัย หรือ รักษาโรค⁵⁶ หรือทิวเวชปฏิบัติที่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามหลักวิชาชีพหรือแม้แต่การปราศจากความ ระมัดระวังในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพ ก่อให้เกิดความรับผิดชอบตามกฎหมายหลายประการ ทั้งทางแพ่ง ทางอาญา ตลอดจนกฎหมายที่เข้ามากำกับดูแลวิชาชีพเวชปฏิบัติ

มีตัวอย่างกรณีทิวเวชปฏิบัติตามคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 946-947/2473 และคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1604/2527 กรณีแพทย์ให้ยาเด็กเกินขนาด ทำให้เด็กตาย ดังนี้

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 946-947/2473

จำเลยที่ 1 เป็นแพทย์สั่งให้จำเลยที่ 2 นักปรุงยาผสมยาเบื่อพยาธิให้บุตรโจทก์กินแรงเกิน ขนาดเป็นเหตุให้บุตรโจทก์ตายเพราะพิษยานั้น ทั้งเมื่อยาเกิดเป็นพิษแก่เด็ก จำเลยที่ 1 ก็ได้ไปแก้ไข ให้ทันทวงที เมื่อเด็กตายแล้วผ่าศพตรวจก็ไม่พบพยาธิเลยดังนี้

ศาลเดิมตัดสินว่าจำเลยมีผิดตาม ม. 252 ให้จำคุกจำเลยที่สอง 2 ปี จำเลยที่หนึ่ง 1 ปี กับ ปรับ 500 บาท แต่ให้รอการลงอาชญาจำเลยที่ 1 ไว้กับให้จำเลยช่วยกันใช้ค่าทำขวัญโจทก์ 2000 บาท

ศาลอุทธรณ์แก้ไขจำคุกจำเลยที่ 1 ไปทีเดียว ส่วนจำเลยที่ 2 ให้ลดโทษเหลือ 6 เดือนและรอ การลงอาชญาไว้ นอกนี้ยืนตาม

จำเลยที่ 1 ฎีกา เป็นข้อกฎหมายว่า(1) ศาลฟังข้อเท็จจริงผิดจากสำนวน (2)เมื่อศาลวินิจฉัย ว่าเด็กตายเพราะกินยาของจำเลยที่ 1 เกินขนาด ควรเป็นหน้าที่โจทก์ต้องนำสืบว่าจำเลยที่ 1 สั่งยา เกินขนาดไม่ใช่หน้าที่จำเลย(3) จำเลยที่ 1 ไม่ได้สั่งให้จำเลยที่ 2 ผสมยาเกินขนาดจำเลยที่ 1 จะมีผิด ด้วยหรือไม่

ศาลฎีกาเห็นว่าฎีกาข้อ 1 ฟังไม่ขึ้นแล้วข้อ 2 นั้นศาลอุทธรณ์ไม่ได้วินิจฉัยว่าเป็นหน้าที่จำเลย ต้องนำสืบดังจำเลยฎีกาคัดค้าน ศาลอุทธรณ์ชี้ขาดไว้ว่าความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงของจำเลย ที่ 1 เด็กทั้งสองจึงตายเพราะพิษยาซึ่งจำเลยสั่งเกินขนาดซึ่งศาลฎีกาต้องฟังตาม ส่วนข้อ 3 จำเลยที่ 2 ได้ผสมยาตามขนาดที่จำเลยที่ 1 สั่ง แต่เป็นขนาดที่เกินขนาดสำหรับเด็กทั้งสอง จึงให้ยกฎีกาจำคำ พิพากษาศาลฎีกาที่ 1604/2527

⁵⁴ บุตร ประดิษฐภูมิ, แพทย์ ยา วิชาชีพหรือการค้า, สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2532, หน้า 169

⁵⁵ พิฑูร ธรรมธรรานนท์, www.medlawstory.com, เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2554

⁵⁶ แสงว บัญเฉลิมวิภาส, เอนก ยมจินดา, กฎหมายการแพทย์, สำนักพิมพ์วิญญูชน, พิมพ์ครั้งที่ 2 2546, หน้า 85

จำเลยที่ 2 เป็นศัลยแพทย์ตกแต่ง เป็นลูกจ้างของจำเลยที่ 1 เจ้าของคลินิก ทำศัลยกรรมตกแต่งจมูกของโจทก์ด้วยความประมาท เลินเล่อเป็นเหตุให้จมูกอักเสบและมีเลือดคั่งที่หน้าผากต้องรักษา ประมาณ 2 เดือนเศษ ดังนี้ จำเลยทั้งสองต้องใช้ค่าเสียหายในการที่โจทก์เจ็บปวดทรมาน ค่าขาดประโยชน์ในการทำมาหาได้ และ ค่ารักษาพยาบาลจากแพทย์อื่น

3. พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ การที่เจ้าหน้าที่ดำเนินกิจการต่าง ๆ ของหน่วยงานของรัฐนั้น หาได้เป็นไปเพื่อประโยชน์อันเป็นการเฉพาะตัวไม่ การปล่อยให้ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ ในกรณีที่ปฏิบัติงานในหน้าที่และเกิดความเสียหายแก่เอกชนเป็นไปตามหลักกฎหมายเอกชนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์จึงเป็นการไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความเข้าใจผิดว่า เจ้าหน้าที่ที่จะต้องรับผิดในการกระทำต่าง ๆ เป็นการเฉพาะตัวเสมอไป เมื่อการที่เข้าไปทำให้หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอกเพียงใดก็จะมีผลป้องกันเอื้ออำนวยแก่เจ้าหน้าที่เต็มจำนวนนั้น ทั้งที่บางกรณีเกิดขึ้นโดยความไม่ตั้งใจหรือความผิดพลาดเพียงเล็กน้อยในการปฏิบัติหน้าที่ นอกจากนี้ ยังมีการนำหลักเรื่องลูกหนี้ร่วมในระบบกฎหมายแพ่งมาใช้บังคับ ให้เจ้าหน้าที่ต้องร่วมรับผิดในการกระทำของเจ้าหน้าที่ผู้อื่นด้วย ซึ่งระบบนั้นมุ่งหมายแต่จะได้เงินครบโดยไม่คำนึงถึงความเป็นธรรมที่จะมีต่อแต่ละคน กรณีเป็นการก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่เจ้าหน้าที่และยังเป็นการบั่นทอนกำลังขวัญในการทำงานของเจ้าหน้าที่ด้วย จนบางครั้งกลายเป็นปัญหาในการบริหารเพราะเจ้าหน้าที่ไม่กล้าตัดสินใจดำเนินงานเท่าที่ควร เพราะเกรงความรับผิดชอบที่จะเกิดแก่ตน อนึ่ง การให้คุ้มครองแก่เจ้าหน้าที่เพื่อควบคุมการทำงานของเจ้าหน้าที่ยังมีวิธีการในการบริหารงานบุคคลและการดำเนินการทางวินัยกำกับดูแลอีกส่วนหนึ่ง อันเป็นหลักประกันมิให้เจ้าหน้าที่ทำการใด ๆ โดยไม่รอบคอบอยู่แล้ว ดังนั้น จึงสมควรกำหนดให้เจ้าหน้าที่ต้องรับผิดทางละเมิดในการปฏิบัติงานในหน้าที่เฉพาะเมื่อเป็นการจงใจกระทำเพื่อการเฉพาะตัว หรือจงใจให้เกิดความเสียหายหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้น และให้แบ่งแยกความรับผิดของแต่ละคนมิให้นำหลักลูกหนี้ร่วมมาใช้บังคับ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเพิ่มพูนประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของรัฐ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

เกี่ยวกับความรับผิดของรัฐในผลแห่งละเมิดที่เกิดขึ้นแก่เอกชน รองศาสตราจารย์ ดร.กมลชัย รัตนสกวาวงศ์ ได้ให้คำอธิบายในเรื่องนี้⁵⁷ ว่า พระราชบัญญัตินี้มิได้บัญญัติเรื่องความรับผิดของรัฐต่อผู้เสียหายไว้ จึงคงเป็นไปตามเดิม คือ รัฐต้องรับผิดโดยตรงต่อผู้เสียหายในคดีที่เกิดขึ้นจากการกระทำละเมิดของเจ้าหน้าที่ตาม ป.พ.พ. มาตรา 420 มาตรา 425 มาตรา 426 หรือมาตรา 427 แล้วแต่กรณี ซึ่ง

⁵⁷ กมลชัย รัตนสกวาวงศ์, สรุปลำบรรยายพิเศษ เรื่องพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2536,

ไม่ได้ทำให้หลักประกันในเรื่องการฟ้องทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ลดลงไป เพราะรัฐยังคงต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียหายตามหลักละเมิดในทางแพ่งเหมือนเดิม⁵⁸

พระราชบัญญัติฉบับนี้มีผลใช้บังคับต่อ “เจ้าหน้าที่” อย่างกว้างตามมาตรา 4 ซึ่งบัญญัติว่า “ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง หรือผู้ปฏิบัติงานประเภทอื่น ไม่ว่าจะเป็นการแต่งตั้งในฐานะเป็นกรรมการหรือฐานอื่นใด”

ทำให้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง หรือแม้แต่ว่าผู้ปฏิบัติงานประเภทอื่นก็อยู่ในฐานะที่เป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐ ตามมาตราเดียวกันที่กำหนดความหมายไว้ว่า “กระทรวง ทบวง กรม หรือส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นและมีฐานะเป็นกรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจที่ตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติหรือพระราชกฤษฎีกา และให้หมายความถึงหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีพระราชกฤษฎีกากำหนดให้เป็นหน่วยงานของรัฐตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย”

ดังนั้น แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ว่าจะสังกัดกระทรวง กรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น แม้แต่รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีพระราชกฤษฎีกากำหนดให้เป็นหน่วยงานของรัฐตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย เช่น มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก สถาบันพระปกเกล้า สำนักงานศาลยุติธรรม สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) โรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ฯลฯ

หลักการสำคัญตามกฎหมายฉบับนี้คือ หากความเสียหายเกิดจากแพทย์ที่ได้กระทำการปฏิบัติหน้าที่ หน่วยงานของรัฐจะต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียหายในผลแห่งละเมิด และผู้เสียหายสามารถฟ้องหน่วยงานของรัฐที่แพทย์สังกัดได้โดยตรง โดยจะฟ้องแพทย์ไม่ได้ ตามมาตรา 5⁵⁹ แต่หากว่าความเสียหายอันเกิดจากการกระทำละเมิดนั้นมีใช้การกระทำการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ แพทย์จะต้องรับผิดชอบในการเฉพาะตัว โดยผู้เสียหายอาจทำการฟ้องแพทย์ได้โดยตรง ห้ามฟ้องหน่วยงานของรัฐ ตามมาตรา 6⁶⁰

โดยในการกระทำละเมิดของแพทย์ในฐานะเจ้าหน้าที่นี้ หลังจากที่ผู้เสียหายฟ้องหน่วยงานของรัฐให้รับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนแล้ว กฎหมายฉบับนี้จะเข้ามาเยียวยาแก่แพทย์ในแง่ที่ว่าหากแพทย์กระทำละเมิดโดยประมาทเลินเล่อธรรมดา หน่วยงานของรัฐไม่มีสิทธิไล่เบี้ยโดยเรียกให้แพทย์ผู้ทำละเมิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่หน่วยงานของรัฐได้ ซึ่งหน่วยงานของรัฐมีสิทธิฟ้องไล่เบี้ยจาก

⁵⁸ ชาญชัย แสงศักดิ์, คำอธิบายกฎหมายว่าด้วยความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่, พิมพ์ครั้งที่ 3, 2544, สำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด, หน้า 53

⁵⁹ “มาตรา 5 หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียหายในผลแห่งละเมิดที่เจ้าหน้าที่ของตนได้กระทำการปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีนี้ผู้เสียหายอาจฟ้องหน่วยงานของรัฐดังกล่าวได้โดยตรง แต่จะฟ้องเจ้าหน้าที่ไม่ได้

ถ้าการละเมิดจากเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ได้สังกัดหน่วยงานของรัฐแห่งใด ให้ถือว่ากระทรวงการคลังเป็นหน่วยงานของรัฐที่ต้องรับผิดชอบตามวรรคหนึ่ง”

⁶⁰ “มาตรา 6 ถ้าการกระทำละเมิดของเจ้าหน้าที่มิใช่การกระทำการปฏิบัติหน้าที่ เจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบในการนั้นเป็นการเฉพาะตัว ในกรณีนี้ผู้เสียหายอาจฟ้องเจ้าหน้าที่ได้โดยตรง แต่จะฟ้องหน่วยงานของรัฐไม่ได้”

แพทย์ในฐานะเจ้าหน้าที่ได้เฉพาะในกรณีที่เจ้าหน้าที่ได้กระทำละเมิดด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ตามมาตรา 8 วรรคหนึ่ง⁶¹ ในกรณีนี้ แม้ว่าเจ้าหน้าที่จะไม่ต้องรับผิดชอบโดยตรงต่อผู้เสียหายในการชดเชยค่าสินไหมทดแทนก็ตาม แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าเจ้าหน้าที่จะหลุดพ้นจากความรับผิดไปเสียทีเดียว กล่าวคือเจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบในจำนวนค่าสินไหมทดแทนนั้นด้วย ถ้าหากท่านได้กระทำให้เกิดการละเมิดขึ้นด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ในกรณีเช่นนี้ เมื่อหน่วยงานของรัฐได้ชดเชยค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้เสียหายไปแล้ว ก็มีสิทธิมาไล่เบี้ยเอาแก่เจ้าหน้าที่ได้⁶²

นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ที่กระทำละเมิดไปแล้ว การไล่เบี้ยของหน่วยงานของรัฐก็ให้คำนึงถึงความร้ายแรงแห่งการกระทำและความเป็นธรรมในแต่ละกรณีประกอบ โดยเจ้าหน้าที่ไม่จำเป็นต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเต็มจำนวนของความเสียหายก็ได้⁶³ และเมื่อเจ้าหน้าที่ต้องรับผิดในละเมิดที่เกิดขึ้น กฎหมายฉบับนี้ก็ได้กำหนดให้คณะรัฐมนตรีจัดให้มีระเบียบเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถผ่อนชำระเงินที่จะต้องรับผิดนั้นได้ โดยคำนึงถึงรายได้ ฐานะ ครอบครัวและความรับผิดชอบและพฤติการณ์แห่งกรณีประกอบด้วย⁶⁴ ปัจจุบันคณะรัฐมนตรีได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ออกตามความในมาตรา 13 แล้ว

กฎหมายเกี่ยวกับทุรเวชปฏิบัติในต่างประเทศ

เคยเป็นวัณโรคเลย ศาลตัดสินให้โจทก์ได้รับค่าสินไหมทดแทน

กรณีตัวอย่างของทุรเวชปฏิบัติในการรักษาโรค⁶⁵

- ผู้ป่วยหญิงมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดไหล่ขวาจากอาการของถุงบรรจุของเหลวบริเวณข้อไหล่อักเสบ (bursitis) ได้รับการรักษาโดยการฉายเอ็กซเรย์ตามโปรแกรมของแพทย์ด้านรังสีรักษา หลังจากฉายรังสีรักษาครั้งที่ 3 ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้แต่แพทย์ได้ทำการฉายรังสีต่อ แล้วสั่งยาให้ผู้ป่วยทาน เมื่อทำการฉายรังสีครบ 6 ครั้ง ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวด แพทย์รังสีรักษาแจ้งว่า ถ้ายังคงมีอาการปวดเธอควรจะมาพบแพทย์อีก เมื่ออาการปวดดำเนินต่อไปนาน 3 วัน ผู้ป่วยจึงกลับมาพบแพทย์หลังการรักษาด้วยเอ็กซเรย์อีก ไหล่ผู้ป่วยมีอาการคัน บวมแดงอักเสบขึ้นเป็นตุ่มใสแล้วตกสะเก็ด อาการบางส่วนเป็นอยู่หลายเดือนส่วนที่ตกค้างเป็นนานหลายปี และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคผิ

⁶¹ สะเทือน ชูสกุล “พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539” สารสำคัญของกฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองและความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ เอกสารเผยแพร่จัดทำโดยสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2540, หน้า 36

⁶² “มาตรา 8 วรรคสอง สิทธิเรียกให้ชดเชยค่าสินไหมทดแทนตามวรรคหนึ่งจะมีได้เพียงใดให้คำนึงถึงระดับความร้ายแรงแห่งการกระทำ และความเป็นธรรมในแต่ละกรณีเป็นเกณฑ์ โดยมีต้องให้ใช้เต็มจำนวนของความเสียหายก็ได้”

⁶³ “มาตรา 13 ให้คณะรัฐมนตรีจัดให้มีระเบียบเพื่อให้เจ้าหน้าที่ซึ่งต้องรับผิดตามมาตรา 8

⁶⁴ มาตรา 10 สามารถผ่อนชำระเงินที่จะต้องรับผิดนั้นได้โดยคำนึงถึงรายได้ ฐานะ ครอบครัว และความรับผิดชอบและพฤติการณ์แห่งกรณี

⁶⁵ Ibid, P.94-95

หนังอักเสบเรื้อรังอันเนื่องมาจากการฉายรังสี (chronic radiodermatitis) ผู้ป่วยปรึกษาทนายแล้วเตรียมฟ้องแพทย์รังสีรักษาเพื่อเรียกค่าเสียหายจากผิวหนังอักเสบดังกล่าว

- ทนายความส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ด้านโรคผิวหนังเพื่อทำการตรวจ ซึ่งนับเป็นโชคร้ายของแพทย์รังสีรักษา เพราะแพทย์โรคผิวหนังแนะนำให้ผู้ป่วยมารับการตรวจเช็คทุก 6 เดือน เพราะบริเวณไหล่ขวาที่ไหม้จากเอ็กซเรย์ อาจกลายเป็นมะเร็งได้ คดีจึงขยายผลเป็นการเรียกร้องค่าเสียหายในกรณีที่ผู้ป่วยอาจกลายเป็นมะเร็งได้

- ในคดีผู้ป่วยอ้างแพทย์ด้านประสาทจิตเวชพยานว่า ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากความกลัวว่าจะเกิดโรคมะเร็งขึ้นตรงบริเวณที่ไหม้จากการฉายเอ็กซเรย์ จนเป็นโรคกลัวจะเป็นมะเร็งอย่างรุนแรง (severe cancerphobia) และแพทย์ด้านประสาทจิตเวชให้การว่า อาการวิตกกังวลของผู้ป่วยอาจเป็นอยู่ตลอดไป ศาลตัดสินให้โจทก์ได้รับค่าสินไหมทดแทน

