

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง

กลไกธรรมาภิบาลในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ :
กรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้

โครงการ

“การศึกษากลไกธรรมาภิบาลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ :
กรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้”

โดย

ไพศาล ลิ้มสถิตย์

ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

ที่ปรึกษาโครงการ

ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เมษายน 2555

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และผศ.ดร.จรวพร ศรีศัลลักษณ์ ผู้จัดการงานวิจัย สวรส. ที่ให้ความไว้วางใจข้าพเจ้าในการศึกษาโครงการ “การศึกษากลไกอภิบาลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ : กรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้” ซึ่งเน้นกรณีศึกษาแพทยสภาในต่างประเทศในฐานะองค์กรควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม มีภารกิจหลักในการคุ้มครองผู้ป่วยและสุขภาพของประชาชน แพทยสภาจึงเป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพหรือระบบบริการสาธารณสุขในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย

การศึกษาโครงการนี้มีประเด็นท้าทายหลายเรื่อง ซึ่งหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของไทย ควรนำมาพิจารณาปรับใช้กับประเทศไทยตามความจำเป็นและความเหมาะสมในอนาคต โดยเฉพาะกลไกธรรมาภิบาลในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภาในกรณีศึกษาต่างประเทศ ซึ่งน่าจะช่วยเสริมสร้างภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นของประชาชนที่มีต่อแพทยสภาว่าเป็นองค์กรที่มีความเป็นกลาง โปร่งใส ตรวจสอบได้ มีมาตรการป้องกันปัญหาผลประโยชน์ขัดกันหรือการครอบงำองค์กรของกลุ่มผลประโยชน์หรือกลุ่มบุคคลใด ๆ เพื่อมิให้ทำให้สังคมเข้าใจผิดว่าแพทยสภาเป็นองค์กรที่ปกป้องผู้ประกอบวิชาชีพ ๆ หรือเป็นคู่ขัดแย้งกับผู้ป่วย

ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงเนื้อหาารายงานนี้ ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงคือ ศาสตราจารย์ นพ.วันชัย วัฒนศัพท์ ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันพระปกเกล้า และนพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ (สวปก.)

ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ที่ปรึกษาโครงการ ซึ่งได้กรุณาให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทยสภาอังกฤษและให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงรายงานให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณ อาจารย์ตามพงษ์ ขอบอิสระ ผู้ช่วยวิจัย ที่ช่วยค้นคว้าข้อมูลเบื้องต้นทำยนี้ ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สุดา วิสชุดพิชญ์ ผู้อำนวยการศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ให้การสนับสนุนโครงการนี้ด้วยดี รวมถึงศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส ที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์หลายประการ

ไพศาล ลิมสิตติย์

หัวหน้าโครงการ

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่องกลไกธรรมาภิบาลในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ : กรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้ โดยเน้นเรื่องบทบาทหน้าที่ขององค์กรควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมคือ แพทยสภา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน 3 ประเทศคือ ประเทศสหราชอาณาจักร ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศแอฟริกาใต้ เนื่องด้วยแพทยสภาเป็นองค์กรที่บทบาทสำคัญในการเสริมสร้างระบบอภิบาลในระบบสุขภาพ (health system governance) เพราะเป็นองค์กรกำกับดูแลที่ต้องมีความเป็นกลาง มีความน่าเชื่อถือในสายตาของประชาชน มีกลไกตรวจสอบธรรมาภิบาลในองค์กร การดำเนินงานของแพทยสภาในประเทศเหล่านี้ จะถูกตรวจสอบการปฏิบัติงานอย่างเข้มข้น

กรณีศึกษาแพทยสภาทั้ง 3 ประเทศคือ แพทยสภาอังกฤษ (General Medical Council), แพทยสภานิวซีแลนด์ (Medical Council of New Zealand) และสภาผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้ (Health Professions Council of South Africa) สาธารณรัฐแอฟริกาใต้ มีลักษณะเป็นสภาวิชาชีพหรือองค์กรที่ควบคุมหรือกำกับดูแล (regulatory body) การประกอบการวิชาชีพเวชกรรมวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งแพทยสภานั้น มิใช่เพื่อปกป้องหรือรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มวิชาชีพของตนแต่อย่างใด เพราะแพทยสภามีไว้เป็นองค์กรในลักษณะของสมาคมวิชาชีพ แพทยสภามีบทบาทในฐานะเป็นตัวกลางระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย รวมถึงคุ้มครองสุขภาพและประโยชน์ของผู้ป่วยและประชาชนเป็นสำคัญ

ผลการศึกษาแพทยสภาในต่างประเทศพบว่า องค์กรเหล่านี้ได้พยายามปรับตัวหรือพัฒนาองค์กรของตนเองอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น ๆ โดยเฉพาะกรณีที่ประชาชนหรือผู้ป่วยได้รับความเสียหายหรืออันตรายจากการรักษาของแพทย์บางราย ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากข้อบกพร่องของแพทยสภา จนทำให้ประชาชน ผู้ป่วย แม้กระทั่งกลุ่มแพทย์ด้วยกันเองขาดความเชื่อถือในแพทยสภา ดังตัวอย่างกรณีแพทยสภาอังกฤษ จนนำไปสู่การปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษในที่สุด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับแพทยสภาในต่างประเทศ มีเป้าหมายเพื่อผลดูรักษาความเชื่อมั่นศรัทธาของประชาชนที่มีต่อแพทยสภา และรักษาคู่ครองผู้ป่วยและประชาชน

หากแพทยสภามีความน่าเชื่อถือและได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ก็จะมีส่วนช่วยลดข้อพิพาทหรือความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสาธารณสุขให้ลดลงได้ ทำให้มีการฟ้องร้องเป็นคดีความลดน้อยลง

ประเทศสหราชอาณาจักร

แพทยสภาอังกฤษ (General Medical Council) ก่อตั้งขึ้นตามกฎหมายชื่อ Medical Act (1858) ถือเป็นแพทยสภาที่มีอายุเก่าแก่มากที่สุด กฎหมายฉบับนี้มีเจตนารมณ์เพื่อแยกแยะความแตกต่างระหว่างคุณสมบัติของแพทย์หรือนุคคลที่สามารถให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ ออกจากกับบุคคลไม่มีคุณสมบัติที่จะเป็นประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อคุ้มครองประชาชนทั่วไปในการรับบริการสาธารณสุข กฎหมายปัจจุบันที่กำหนดบทบาท อำนาจหน้าที่ของแพทยสภาอังกฤษคือ Medical Act 1983 แพทยสภาอังกฤษถือเป็นต้นแบบในการจัดตั้งแพทยสภาของไทยตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

แม้ว่าแพทยสภาอังกฤษจะเป็นองค์กรที่ได้รับความเชื่อถือจากประชาชนทั่วไป แต่ช่วงทศวรรษที่ 1980 ถึง 1990 เป็นต้นมา ประชาชนเริ่มมีความไม่เชื่อมั่นต่อกลไกการตรวจสอบแพทย์ในเรื่อง fitness to practise ของแพทยสภาอังกฤษ ทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ประชาชน ผู้ป่วย ผู้ให้บริการสุขภาพ และแพทยสมาคมอังกฤษ ต่างก็ไม่เชื่อมั่นในการดำเนินงานของแพทยสภาอังกฤษ จนนำไปสู่การปฏิรูปครั้งสำคัญในช่วงปี 2000 ถึง 2002 และสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

ประเทศนิวซีแลนด์

การควบคุมหรือกำกับดูแลการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศนิวซีแลนด์ ประกอบด้วยหน่วยงานหลัก 3 หน่วยงานคือ **แพทยสภานิวซีแลนด์ (Medical Council of New Zealand)**, **Health and Disability Commissioner (HDC)** และ **Health Practitioners Disciplinary Tribunal (HPDT)** หน่วยงานทั้งสามนี้มีอำนาจหน้าที่หรือบทบาทที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน การทำงานมีความเป็นอิสระจากกัน แต่ต่างก็เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในการควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และมีการประสานการทำงานระหว่างกัน

Health and Disability Commissioner เป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการเป็นด่านแรกที่จัดการในเรื่องการร้องเรียนเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพของแพทย์และมาตรฐานการรักษาของผู้ให้บริการสุขภาพในนิวซีแลนด์ เน้นเรื่องการส่งเสริมสิทธิผู้บริโภค สิทธิผู้ป่วย โดยจะประสานงานกับหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะแพทยสภานิวซีแลนด์ กระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการสุขภาพต่าง ๆ

กรณีศึกษาประเทศนิวซีแลนด์มีจุดเด่นเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาความผิดของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในขั้นสุดท้ายที่ถือเป็นอำนาจหน้าที่ของ Health Practitioners Disciplinary Tribunal โดยแยกออกจากบทบาทหน้าที่ของแพทยสภาอย่างชัดเจน

ประเทศแอฟริกาใต้

องค์กรที่ทำหน้าที่เป็นแพทยสภาคือ “สภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้” (Health Professions Council of South Africa - HPCSA) เป็นสภาวิชาชีพตามกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (health professional) ทุกสาขา รวมถึงผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม กฎหมายจัดตั้งแพทยสภาแห่งแอฟริกาใต้ในปัจจุบันมีชื่อว่า “HEALTH PROFESSIONS ACT” (No.56) (1974) องค์กรประกอบของคณะกรรมการบริหาร HPCSA มีจำนวนทั้งสิ้น 32 คน แบ่งเป็นกรรมการที่เป็นกลุ่มผู้แทนชุมชน (community representatives) 9 คน และมีคณะกรรมการวิชาชีพ (Professional Boards) จำนวน 16 คน และกรรมการอื่นจากผู้แทนหน่วยงาน สถาบันการศึกษา

จุดเด่นของกรณีศึกษาแอฟริกาใต้คือ การให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทุกคนรวมถึงแพทย์ มีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามประกาศสิทธิผู้ป่วย แพทยสภาแอฟริกาใต้ (HPCSA) ออกหลักเกณฑ์ทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมที่เข้มงวด เช่น การคิดค่าธรรมเนียมหรือค่ารักษาพยาบาลสูงเกินความเป็นจริง, การให้บริการที่เกินความจำเป็น โดยมุ่งหวังที่จะต้องการเรียกค่าธรรมเนียม ค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วย หรือการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของแพทย์

กลไกธรรมาภิบาลในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรม

การสร้างเชื่อมั่นของแพทยสภาในสายตาของประชาชนและผู้เกี่ยวข้องนั้น จะต้องอาศัยระบบหรือกลไกธรรมาภิบาล

1) ความเป็นอิสระ (independence)

องค์กรควบคุมหรือกำกับดูแล (regulatory body) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะต้องมีความเป็นอิสระ ไม่ถูกแทรกแซงการทำงานจากหน่วยงาน องค์กร กลุ่มบุคคล หรือกลุ่มผลประโยชน์ใด ๆ เพื่อสร้างความมั่นใจว่า การออกกฎหมายควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จะเป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ประชาชน

ความเป็นอิสระขององค์กร กรณีศึกษาแพทยสภาอังกฤษและแพทยสภานิวซีแลนด์เป็นตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจนในเรื่องความเป็นอิสระดังกล่าว โดยเฉพาะความเป็นอิสระขององค์กรแพทยสภา

เอง กล่าวคือสถานะทางกฎหมายของแพทยสภาที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นอิสระ มิใช่ส่วนราชการ
ทั่วไป

ความเป็นอิสระด้านงบประมาณของแพทยสภา กล่าวคืองบประมาณของแพทยสภามาจากเงิน
ค่าธรรมเนียมการขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ต้องชำระเป็นรายปี
(registration fees/ annual fees) ทำให้แพทยสภาในต่างประเทศไม่ต้องพึ่งพางบประมาณจากรัฐบาลแต่
อย่างใด ทำให้ไม่ถูกแทรกแซงการทำงานจากรัฐบาลหรือนักการเมือง

กระบวนการสรรหากรรมการแพทยสภาที่มีความเป็นอิสระ เช่น กรรมการที่มาจากการเลือกตั้ง
จะมีขั้นตอนการตรวจสอบคุณสมบัติของแพทย์ที่สมัครอย่างเข้มงวด การสรรหากรรมการแพทยสภาทุก
ประเภท จะมีกลไกกลั่นกรองผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์การทำงานที่โดดเด่น มีความ
น่าเชื่อถือ และมีประวัติการทำงานเพื่อสังคมในด้านการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย สิทธิผู้บริโภค

2) การป้องกันปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interests)

แพทยสภาอังกฤษและแพทยสภานิวซีแลนด์ได้กำหนดแนวปฏิบัติทางจริยธรรมของกรรมการ
แพทยสภา ซึ่งกรรมการแพทยสภามีหน้าที่ต้องปฏิบัติตาม เพื่อหลีกเลี่ยงกรณีการถูกล็อบบี้ (lobby) ถูก
ครอบงำหรือถูกแทรกแซงการทำงานจากองค์กรหรือกลุ่มบุคคล หรือกลุ่มผลประโยชน์ที่อาจทำให้เกิด
ปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน อันอาจกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการแพทยสภา หรือทำให้
ประชาชนไม่เชื่อถือหรือไม่ไว้วางใจแพทยสภา

3) ความโปร่งใส (transparency)

แพทยสภาอังกฤษกำหนดให้กรรมการแพทยสภามีหน้าที่เปิดเผยตำแหน่งหน้าที่ ความเป็น
หุ้นส่วน เจ้าของ หรือการถูกว่าจ้างในหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรพัฒนา
เอกชน สถาบันการศึกษา ราชวิทยาลัยแพทย์ต่าง ๆ ความเป็นสมาชิกพรรคการเมือง รวมถึงการเปิดเผย
ผลประโยชน์ส่วนตัวต่อสาธารณชน

นอกจากนี้ แพทยสภาอังกฤษและแพทยสภานิวซีแลนด์ยังให้ความสำคัญในเรื่องการเปิดเผย
ข้อมูลข่าวสารการดำเนินงานของแพทยสภา การเผยแพร่รายงานการประชุม มติที่ประชุม และเอกสารที่
เกี่ยวข้องทางเว็บไซต์ อีกทั้งยังจัดทำรายงานประจำปีเผยแพร่ผลการดำเนินงานในภาพรวมของแพทย
สภา

4) ความรับผิดชอบ (accountability)

ผู้ที่ดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการแพทยสภาในสหราชอาณาจักร นอกจากจะผ่านกระบวนการคัด
สรรหาที่เข้มงวดแล้ว ยังมีหน้าที่ปฏิบัติตาม “แนวปฏิบัติทางจริยธรรมของกรรมการแพทยสภา” โดยมี
ข้อพึงปฏิบัติและข้อห้ามหลายประการที่นำศึกษาวิเคราะห์

แพทยสภาอังกฤษและสภาวิชาชีพด้านสุขภาพหลายแห่งในประเทศสหราชอาณาจักร ต่างก็เป็นผู้ที่ถูกตรวจสอบการดำเนินงานจากหน่วยงานอื่นคือ หน่วยงานที่ชื่อว่า Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE) ที่มีอำนาจหน้าที่ในการตรวจสอบคำตัดสินของแพทยสภาในกรณีการพิจารณาไต่สวนที่เป็นกรณีร้ายแรงในเรื่อง fitness to practise ของแพทย์ที่ถูกร้องเรียนที่เสนอเรื่องต่อคณะกรรมการ Fitness to Practise Panel โดยจะตรวจสอบกระบวนการพิจารณา fitness to practise ตั้งแต่ขั้นต้น

5) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของแพทยสภา (public participation)

การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของแพทยสภา ทำให้ประชาชนเกิดความมั่นใจว่า การปฏิบัติงานของแพทยสภาจะมีความเป็นอิสระ มิได้มีลักษณะเป็นการปกป้องวิชาชีพของตนเอง กรณีศึกษาแพทยสภาใน 3 ประเทศได้ข้อสรุปว่า คณะกรรมการแพทยสภาประกอบด้วยกรรมการ 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรก กรรมการที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และกลุ่มที่ 2 กรรมการที่เป็นบุคคลที่มีใช้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (lay members) โดยแพทยสภานิวซีแลนด์และแอฟริกาใต้มีกรรมการที่เป็นแพทย์มากกว่ากรรมการที่เป็นบุคคลทั่วไป ในขณะที่แพทยสภาอังกฤษจะมีกรรมการที่เป็นแพทย์ในสัดส่วนที่เท่ากับกรรมการที่เป็น lay members

การริเริ่มทางนโยบาย หรือการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของแพทยสภา รวมถึงประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่มีผลต่อการให้บริการสุขภาพประชาชน มักจะผ่านกระบวนการรับฟังความเห็น (consultation) จากกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย กลุ่มองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6) การปรับปรุงบทบาทหน้าที่ในด้าน fitness to practice

จากการศึกษาพัฒนาการของแพทยสภาทั้ง 3 ประเทศพบว่า มีความเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องกำหนดอำนาจหน้าที่ของแพทยสภา ในกรณีการตรวจสอบข้อร้องเรียนแพทย์ในเรื่อง fitness to practice กรณีร้ายแรง ซึ่งปัจจุบันนี้ แพทยสภานิวซีแลนด์จะไม่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในเรื่องดังกล่าวแล้ว โดยได้โอนอำนาจได้ไปยังหน่วยงานอื่นที่ชื่อว่า "Health Practitioners Disciplinary Tribunal" (HPDT) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในกระบวนการพิจารณาความผิดของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในขั้นสุดท้าย สำหรับแพทยสภาอังกฤษก็อยู่ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงอำนาจหน้าที่ในเรื่องนี้เหมือนนิวซีแลนด์ โดยจะมีการโอนอำนาจหน้าที่ดังกล่าวให้แก่หน่วยงานใหม่ที่ชื่อว่า Medical Practitioners Tribunal Service (MPTS)

7) ช่องทางการใช้สิทธิของผู้ป่วยหรือประชาชนที่เปิดกว้างและเป็นธรรม

การเปิดช่องทางให้ประชาชนหรือผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิร้องเรียน เมื่อเห็นว่าตนเองถูกละเมิดสิทธิ ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ที่เป็นความบกพร่องของแพทย์ หรือเชื่อว่าตนเองไม่ได้รับความเป็นธรรม จะมีส่วนช่วยให้ลดปัญหาความขัดแย้งเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพได้ทาง

หนึ่ง ดังตัวอย่างกรณีศึกษานิวซีแลนด์ที่มีช่องทางรับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทำงานของแพทย์ของผู้ป่วยและประชาชนที่น่าสนใจคือ Health and Disability Commissioner (HDC) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางด่านแรกที่รับเรื่องร้องเรียนแพทย์หรือการให้บริการของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (health care providers)

ประเทศสหราชอาณาจักรก็มีช่องทางการร้องเรียนแพทย์และการให้บริการของผู้ให้บริการสุขภาพหลายช่องทาง ได้แก่ แพทย์สภา และหน่วยงานอื่น ๆ อาทิเช่น NHS Trust หรือ Primary Care Trust (PCT), Patient Advice and Liaison Services (PALS) ทำหน้าที่ให้คำอธิบายขั้นตอนการร้องเรียนและอาจช่วยผู้ป่วยในการหาข้อยุติในกรณีที่มีข้อร้องเรียนร้ายแรง, Independent Complaints Advocacy Services (ICAS) เป็นบริการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้บริการของ NHS ซึ่งถือเป็นการให้บริการที่รักษาความลับของผู้ร้องเรียน หรือ Citizens Advice Bureau

ประเทศแอฟริกาใต้ ให้ความสำคัญกับเรื่องประกาศสิทธิผู้ป่วย (The Patients' Rights Charter) โดยมีหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยคือ กระทรวงสาธารณสุข หากผู้ประกอบการวิชาชีพใดมิได้ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่บัญญัติไว้แล้ว เช่น สิทธิผู้ป่วย ก็จะถูกถือว่าเป็นการกระทำหรือละเว้นการกระทำที่ผิด ซึ่งคณะกรรมการในวิชาชีพในสาขานั้น ๆ (professional board) อาจจะพิจารณาลงโทษทางจริยธรรม

สารบัญ

บทคัดย่อ

บทนำ	1
บทที่	
1. การควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศสหราชอาณาจักร	7
1.1 ระบบการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในอังกฤษ	8
1.2 บทบาทหน้าที่ของแพทยสภาตามกฎหมาย	32
1.3 การควบคุม fitness to practice และจริยธรรมทางการแพทย์ ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม	39
1.4 การตรวจสอบการดำเนินงานของแพทยสภาอังกฤษ และการปฏิรูปกระบวนการพิจารณา ใต้วงแพทย์ที่ถูกร้องเรียน	53
2. การควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศนิวซีแลนด์	62
2.1 ระบบการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในนิวซีแลนด์	63
2.2 บทบาทหน้าที่ของแพทยสภาตามกฎหมาย	76
2.3 การควบคุม fitness to practice และจริยธรรมทางการแพทย์ ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม	79
2.3.1 บทบาทหน้าที่ของ Health and Disability Commissioner	80
2.3.2 บทบาทหน้าที่ของแพทยสภา	86
2.3.3 บทบาทหน้าที่ของ Health Practitioners Disciplinary Tribunal	92

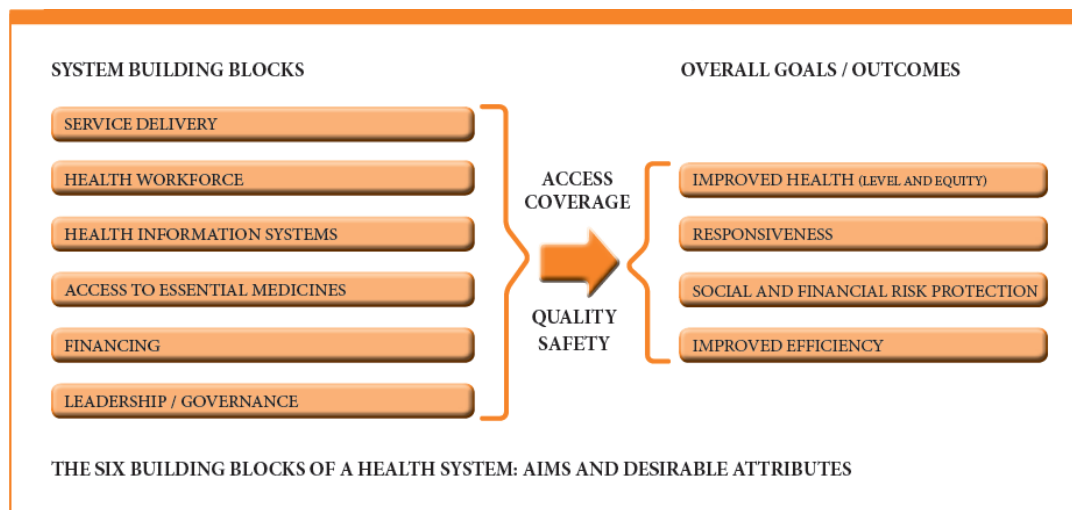
3. การควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศแอฟริกาใต้	102
3.1 ระบบการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในแอฟริกาใต้	103
3.2 บทบาทหน้าที่ของแพทยสภาตามกฎหมาย	110
3.3 การควบคุมfitness to practice และจริยธรรมทางการแพทย์ ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม	116
 4. บทสรุป และข้อเสนอแนะ	 128
4.1 หลักปรัชญาและบทบาทหน้าที่ของแพทยสภา	128
4.2 กลไกธรรมาภิบาลในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรม	132
4.3 ข้อเสนอแนะ	140
 บรรณานุกรม	 142

บทนำ

1. ความสำคัญของปัญหาที่ต้องดำเนินการวิจัย

เมื่อปี ค.ศ. 2008 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) ได้จัดทำร่างคู่มือในการตรวจสอบความเข้มแข็งหรือระดับธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ หรือที่บางครั้งเรียกว่า กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ (health system governance) โดยกำหนดคุณค่าที่เป็นสาระสำคัญของ governance ที่จะต้องยึดถือคือ หลักการเรื่อง accountability โดยมีการจัดทำตัวชี้วัดหลัก 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) Policy index 2) Marker indicators of governance 3) Country Policy and Institutional Assessment (CPIA)¹ ต่อมาได้มีการพัฒนาเป็น “กรอบแนวคิดในการเฝ้าระวังประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ” (frameworks for monitoring health systems performance) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการ ได้แก่ 1) การให้บริการ (service delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) 3) ระบบข้อมูลสุขภาพ (health information systems) 4) การเข้าถึงผลิตภัณฑ์จำเป็น (access to essential medicines) 5) การเงิน (financing) 6) ภาวะการนำและการอภิบาล (ธรรมาภิบาล) (leadership/governance) (กรุณา ดูแผนผังด้านล่างนี้ประกอบ)²

แผนผังแสดงกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพของ WHO



¹ (Draft) Health Systems Governance :Toolkit on monitoring health systems strengthening (WHO, 2008).

² “Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies” (WHO, 2010).

องค์กรที่มีบทบาทหน้าที่ในการกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมหรือแพทยสภา (medical council) มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในบริหารจัดการกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ เพื่อที่จะควบคุม กำกับดูแลให้แพทย์สามารถปฏิบัติงานได้ตามกับมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ และสอดคล้องกับหลักจริยธรรมทางการแพทย์ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ เพื่อคุ้มครองประโยชน์ของผู้ป่วยหรือประชาชน แพทยสภาที่จัดตั้งในประเทศต่าง ๆ มีกฎหมายบัญญัติรองรับให้มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายอย่างชัดเจน จึงควรมีการศึกษาตัวอย่างการปฏิบัติหน้าที่ของแพทยสภาในต่างประเทศที่น่าจะแม่แบบอันดี (best practice) ได้

การจัดตั้งแพทยสภามีแนวคิด ปรัชญาหรือเป้าหมายที่แตกต่างไปจากแพทยสมาคม (medical association) ที่เป็นการรวมกลุ่มของแพทย์ ซึ่งเน้นเรื่องการพัฒนาวิชาชีพเวชกรรมให้มีความก้าวหน้า และการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการสุขภาพ รวมถึงการให้คำปรึกษาแนะนำในเรื่องที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา วิเคราะห์เรื่องกลไกอภิบาลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ อันได้แก่ บทบาทของแพทยสภา จึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ทราบถึงวิวัฒนาการในการปฏิรูปแพทยสภา จุดแข็ง จุดอ่อนของกลไกในประเทศต่าง ๆ เพื่อที่จะนำมาเป็นบทเรียนในการพัฒนากลไกการสร้างธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพของไทย

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาความสำคัญของแพทยสภา ในฐานะที่เป็นกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ (health system governance) โดยเฉพาะแนวคิด ปรัชญา บทบาทหน้าที่ของแพทยสภาในฐานะองค์กรกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพกรรม

3.2 เพื่อศึกษากลไกเสริมสร้างธรรมาภิบาลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม การสร้างความเชื่อมั่น ศรัทธาของประชาชนที่มีต่อแพทยสภา โดยเฉพาะระบบการควบคุมจริยธรรมทางการแพทย์ (medical ethics) และการรักษาประโยชน์ของผู้ป่วย

3.3 เพื่อเสนอแนะกลไกเสริมสร้างธรรมาภิบาลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่สามารถนำมาพิจารณาปรับใช้กับแพทยสภาของไทยตามความเหมาะสม

3. ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาบทวนข้อมูล เอกสารวิชาการ ข้อเสนอเชิงนโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการปฏิรูปแพทยสภาในต่างประเทศ 3 ประเทศ ได้แก่ ประเทศสหราชอาณาจักร ประเทศนิวซีแลนด์ และสาธารณรัฐแอฟริกาใต้

แพทยสภาอังกฤษ (the General Medical Council) เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งก่อตั้งมาเป็นเวลามากกว่า 150 ปี ตามกฎหมายชื่อ the Medical Act 1858 ถือเป็นองค์กรที่ได้รับความเชื่อถือจากประชาชนทั่วไปเป็นอย่างมาก และถือเป็นต้นแบบในการจัดตั้งแพทยสภาของไทยตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

ในปี ค.ศ.2000 แพทยสมาคมอังกฤษ (the British Medical Association) ได้ลงมติเห็นชอบให้มีการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลแพทย์คือ แพทยสภาอังกฤษ เนื่องจากประชาชนเริ่มขาดความเชื่อถือในแพทยสภาแล้ว จึงเสนอให้มีการปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษอย่างเร่งด่วน ส่งผลให้มีการปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษในช่วงเวลาต่อมา กระบวนการปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษครั้งนั้นทำอย่างเปิดกว้าง และมีการนำเอาความเห็นของหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ มาพัฒนา โดยเฉพาะองค์กรที่เป็นผู้แทนกลุ่มผู้ป่วย ผู้บริโภค การปฏิรูปเสร็จสิ้นในปี ค.ศ. 2002 ทำให้มีการแก้ไขกฎหมาย กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องหลายเรื่อง

กรณีศึกษาการปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษ ทำให้ทราบถึงเหตุผล ความจำเป็นในการปฏิรูปองค์กรกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของอังกฤษที่มีประวัติความเป็นมายาวนาน ซึ่งจะต้องปรับตัวให้เข้ากับยุคสมัยปัจจุบันที่มักจะมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ปัญหาความไม่ไว้วางใจ หรือไม่เชื่อถือของประชาชนหรือผู้ป่วยที่มีต่อองค์กรวิชาชีพดังกล่าว ตลอดจนปัญหาการปฏิบัติหน้าที่ของแพทยสภาที่ผิดเพี้ยนไปจากบทบาท หน้าที่ที่ควรจะเป็น

แพทยสภาอังกฤษ (General Medical Council) ในประเด็นสำคัญต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเชื่อถือศรัทธาในหมู่ประชาชน อาทิเช่น การปรับปรุงโครงสร้างของคณะกรรมการแพทยสภา การกำหนดบทบาทหน้าที่ของแพทยสภา การแก้ไขปัญหาคือความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย กลไกการกำกับดูแลหรือควบคุมจริยธรรมของกรรมการแพทยสภาและผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และกลไกการตรวจสอบการปฏิบัติงานของแพทยสภาอังกฤษ

แพทยสภานิวซีแลนด์ (Medical Council of New Zealand)

แพทยสภานิวซีแลนด์เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย the Health Practitioners Competence Assurance Act 2003 มีสถานะเป็นองค์กรตามกฎหมายที่เรียกว่า statutory bodies ซึ่งจะมีกระบวนการสรรหากรรมการที่น่าสนใจหลายประการ มีการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ที่สมัครเข้าเป็นกรรมการอย่างเข้มงวด เช่น ประเด็นผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest) ที่อาจมีผลเสียหรือมีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่เป็นกรรมการแพทยสภา รวมถึงข้อกำหนดเรื่องการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลบางอย่างของกรรมการที่ได้รับการสรรหาแล้ว นอกจากนี้ โครงสร้างของแพทยสภานิวซีแลนด์ยังได้รับอิทธิพลทางแนวคิดจากแพทยสภาอังกฤษอีกด้วย กล่าวคือ กรรมการแพทยสภาชุดปัจจุบันมีจำนวน 12 คน (กฎหมายกำหนดจำนวนขั้นต่ำไม่น้อยกว่า 9 คน) ประกอบด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสุขภาพ (Minister of Health) จำนวน 4 คน, ผู้ประกอบวิชาชีพเวช

กรรมที่เลือกตั้งกันเอง จำนวน 4 คน และผู้ที่มีไข้แพทย์ (laypersons) จำนวน 4 คน ที่ได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสุขภาพ

แพทยสภาแอฟริกาใต้ (Health Professions Council of South Africa)

การศึกษาในโครงการวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับกลไกการอภิบาลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศกำลังพัฒนาคือ แพทยสภาแอฟริกาใต้ซึ่งมีความประวัติด้านความเป็นมายาวนานถึงปลายศตวรรษที่ 19 ที่เริ่มมีการควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยได้รับอิทธิพลจากประเทศตะวันตกในยุคล่าอาณานิคม จุดเด่นของแพทยสภาแอฟริกาใต้ (Health Professions Council of South Africa) คือ มีกฎ ระเบียบในการตรวจสอบบรรณาภิบาลขององค์กรที่เข้มงวด เพื่อให้กรรมการแพทยสภาสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง เพื่อประโยชน์ของสาธารณชนและผู้ป่วยเป็นสำคัญ การสร้างความเชื่อมั่นต่อสาธารณะ การป้องกันปัญหาผลประโยชน์ขัดกันของกรรมการ รวมถึงการกำหนดให้มีการพัฒนาและรักษามาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอยู่เสมอ เช่น การลงทะเบียนต่อใบอนุญาตรายปี

4. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาโครงการนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงเอกสาร และเชิงคุณภาพ (documentary research and qualitative research) คือศึกษา วิเคราะห์บทวนเอกสารวิชาการเรื่องแนวทางการปฏิรูปองค์กรกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศรวม 3 ประเทศ และสังเคราะห์แนวทางการพัฒนากลไกเสริมสร้างบรรณาภิบาลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศที่ศึกษา และจะจัดประชุมนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น และส่งมอบรายงานฉบับสมบูรณ์

5. ระยะเวลาและแผนการดำเนินการ

ระยะเวลาดำเนินการ รวม 5 เดือน โดยมีแผนการดำเนินการ ดังนี้

กิจกรรม กำหนดเวลา	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5
1. ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล เอกสารวิชาการ					
2. นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น					
3. จัดทำและส่งมอบรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์					

6. งบประมาณโครงการ

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบบทบาทหน้าที่ของแพทยสภา ในฐานะที่เป็นกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ (health system governance)
2. ทำให้ได้ตัวอย่างกลไกเสริมสร้างธรรมาภิบาลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม การสร้างความเชื่อมั่น ศรัทธาของประชาชนที่มีต่อแพทยสภาของต่างประเทศ โดยเฉพาะระบบการควบคุมจริยธรรมทางการแพทย์ (medical ethics) และการรักษาประโยชน์ของผู้ป่วย
3. ทำให้ทราบเหตุผล ความจำเป็น และแนวทางการปฏิรูปแพทยสภาในบางประเทศ
4. สามารถนำแนวทางการออกแบบกลไกอภิบาลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ ที่สามารถนำมาเป็นองค์ความรู้ทางวิชาการในการพัฒนากลไกอภิบาล ฯ ของประเทศไทยตามความเหมาะสม อาทิเช่น การพิจารณาบทบาทหน้าที่และโครงสร้างแพทยสภาของไทยตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

8. รายชื่อคณะผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการ

นายไพศาล ลิ้มสถิตย์

คุณวุฒิ นิติศาสตรมหาบัณฑิต และนิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

หน่วยงานที่สังกัด ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

ที่ปรึกษาโครงการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

คุณวุฒิ - แพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิต Dr.Med จากมหาวิทยาลัย Bonn (ทุน DAAD ศึกษาต่อในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน)

- คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยศิริราช พ.ศ. 2503 รุ่น 65

- นิติศาสตรบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2506

ตำแหน่งปัจจุบัน (ทางวิชาการ/ราชการ)

- กรรมการกฤษฎีกา (วาระปัจจุบัน พ.ศ. 2552 ถึง 2555) และได้รับโปรดเกล้าเป็น
กรรมการกฤษฎีกาหลายวาระ (พ.ศ. 2543-2545, พ.ศ. 2546-2549 พ.ศ. 2549-2552)

- กรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ

- ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ตำแหน่งในอดีตที่เกี่ยวกับแพทยสภา

- พ.ศ. 2515-2519 ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเลขาธิการแพทยสภา

- พ.ศ. 2531-2536 ได้รับเลือกเป็นอุปนายกคนที่ 2 ของแพทยสภา และได้รับแต่งตั้งเป็น

อคม.วิสามัญ เกี่ยวกับวินัยและการออกจากราชการ

- เคยได้รับการแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการสอบสวนของแพทยสภาหลายวาระ

- เคยได้รับแต่งตั้งเป็นที่ปรึกษาแพทยสภาหลายวาระ

ผู้ช่วยวิจัย

อาจารย์ตามพงษ์ ขอบอิสระ อาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คุณวุฒิ นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

หน่วยงานที่สังกัด คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

บทที่ 1

การควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศสหราชอาณาจักร

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับประเทศสหราชอาณาจักร¹

ประเทศสหราชอาณาจักรเป็นประเทศที่มีการปกครองในระบอบประชาธิปไตยแบบมีกษัตริย์เป็นประมุข คือ สมเด็จพระราชินีนาถเอลิซาเบธที่ 2 เป็นประมุขฝ่ายบริหาร ทรงมีบทบาทสำคัญด้านนิติบัญญัติ เป็นประมุขฝ่ายตุลาการ เป็นผู้บัญชาการทหารรักษาพระองค์ และทรงเป็น “ผู้บริหารสูงสุด” ของคริสตจักรแห่งอังกฤษ สหราชอาณาจักรประกอบด้วยบริเตนใหญ่ (Great Britain) คืออังกฤษ สกอตแลนด์ เวลส์ ซึ่งรวมเข้ากับไอร์แลนด์เหนือ สหราชอาณาจักรเป็นประเทศที่ไม่มีกฎหมายรัฐธรรมนูญเป็นลายลักษณ์อักษร มีกฎหมายหลักของประเทศคือ กฎหมายจารีตประเพณี (Common Law) และกฎหมายลายลักษณ์อักษรที่เป็นพระราชบัญญัติ รัฐสภาทำหน้าที่ทางนิติบัญญัติและถือเป็นสถาบันที่มีอำนาจสูงสุดของประเทศ ฝ่ายบริหารประกอบด้วยรัฐบาลที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นหัวหน้าคณะรัฐมนตรี

สหราชอาณาจักรไม่มีกฎหมายรัฐธรรมนูญแบบเรียงลำดับมาตรา แต่ใช้พระราชบัญญัติและกฎหมายจารีตประเพณีในการบริหารประเทศ รัฐสภาทำหน้าที่ทางนิติบัญญัติและในทางปฏิบัติ เป็นสถาบันที่มีอำนาจสูงสุดของประเทศ ฝ่ายบริหารประกอบด้วยรัฐบาล (คณะรัฐมนตรี) หน่วยงานทางราชการ หน่วยงานบริหารส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอิสระ และหน่วยงานที่อยู่ในความดูแลของรัฐมนตรี ฝ่ายตุลาการกำหนดกฎหมายและตีความจารีตประเพณี รัฐบาลสหราชอาณาจักรประกอบด้วยรัฐมนตรีต่างๆ ที่รับผิดชอบดูแลกิจการของประเทศ สมเด็จพระราชินีนาถทรงแต่งตั้งนายกรัฐมนตรี (หัวหน้าพรรคการเมืองที่มีจำนวนสมาชิกสภาสามัญที่ได้รับเลือกตั้งมากที่สุด) และทรงแต่งตั้งรัฐมนตรีไม่เกิน 20 คน ตามคำแนะนำจากนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีส่วนใหญ่มาจากสภาผู้แทนราษฎร อย่างไรก็ดี รัฐมนตรีสามารถได้รับแต่งตั้งจากสภาขุนนาง (House of Lords) ได้

ระบบกฎหมายและระบบศาลของประเทศนี้มีความแตกต่างกันตามเขตปกครอง ยกเว้นฝ่ายบริหารของรัฐบาลอังกฤษและฝ่ายนิติบัญญัติที่รวมกัน ตัวอย่างเช่น อังกฤษกับเวลส์จะมีระบบกฎหมายเดียวกัน ส่วนสกอตแลนด์กับไอร์แลนด์เหนือจะมีระบบกฎหมายเฉพาะแยกออกไป

ประชากรในสหราชอาณาจักรในปี 2011 มีจำนวนราว 62.4 ล้านคน ประชากรมีอายุเฉลี่ยราว 80.2 ปี จากการจัดลำดับของสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) โดยใช้ตัวชี้วัด

¹ <http://www.direct.gov.uk/en/index.htm> และ “สหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ” at <http://www.mfa.go.th/web/479.php?id=265>

Human Development Index (HDI)²) ในปี ค.ศ. 2011 เป็นประเทศที่ประชากรมีคุณภาพชีวิตอยู่ในลำดับที่ 28 ของโลกจากทั้งหมด 184 ประเทศ

ข้อมูลเกี่ยวกับระบบสุขภาพ (health system) ของสหราชอาณาจักรที่สำคัญคือ การให้บริการสุขภาพ (healthcare) ในอังกฤษ อังกฤษ สกอตแลนด์ เวลส์ และไอร์แลนด์เหนือ ต่างก็มีระบบให้บริการสุขภาพของตนเอง หน่วยงานให้บริการสุขภาพหลักของประเทศคือ National Health Service (NHS³) ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพของภาครัฐที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนมากที่สุดจากกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) คือในปีงบประมาณ 2011 ถึง 2012 NHS ได้รับงบประมาณเป็นเงิน 1.06 แสนล้านปอนด์ (หรือคิดเป็นเงินไทยราว 5.182 ล้านล้านบาท⁴) โดยมีหน่วยงานให้บริการสุขภาพให้บริการตามพื้นที่ต่าง ๆ ที่รับผิดชอบ ข้อมูลในปีงบประมาณ 2011 ถึง 2012 มีการจ้างงานมากถึง 1.7 ล้านตำแหน่ง แพทย์ส่วนใหญ่ในสหราชอาณาจักรเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioners -GPs) มีแพทย์ GP มีจำนวนมากถึง 39,409 คน มีจำนวนพยาบาล 410,615 คน มีเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลและหน่วยให้บริการสุขภาพของชุมชนราว 103,912 คน เฉพาะหน่วยงาน NHS ในอังกฤษก็ต้องให้บริการประชากรมากถึง 52 ล้านคน โดยมีประชากรเฉลี่ยราว 3 ล้านคน เข้ารับการรักษาในอังกฤษภายในเวลา 1 สัปดาห์

1.1 ระบบการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในสหราชอาณาจักร

เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในสหราชอาณาจักร ผู้วิจัยขออธิบายถึงภาพรวมของการควบคุมผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพในสหราชอาณาจักรในปัจจุบันโดยสังเขปเป็นลำดับแรก และจะได้กล่าวถึงประวัติความเป็นมาของการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในลำดับต่อไป

ปัจจุบันมีองค์กรควบคุมหรือกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพในสหราชอาณาจักรที่ทำหน้าที่เป็น “healthcare regulator” จำนวน 10 องค์กร⁵ โดยแต่ละองค์กรมีขอบเขตความรับผิดชอบในการควบคุมหรือกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพในสาขาต่าง ๆ องค์กรเหล่านี้จัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์สำคัญคือเพื่อคุ้มครองประชาชนและสิทธิของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยเฉพาะความ

² “United Kingdom: HDI values and rank changes in the 2011 Human Development Report (UNDP)” at <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/GBR.html>

³ “About the NHS” at <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>

⁴ เงิน 1 ปอนด์ เท่ากับเงินไทยราว 48.89 บาท (อัตราแลกเปลี่ยนของธนาคารแห่งประเทศไทย ณ วันที่ 1 มีนาคม 2555)

⁵ “Who regulates health and social care professionals?” at http://www.gmc-uk.org/publications/corporate_publications.asp

ปลอดภัยจากการรับบริการด้านสุขภาพ โดยมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายซึ่งผู้ประกอบการวิชาชีพ ฯ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน มีหน้าที่จะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขต่าง ๆ อาทิ เช่น การขึ้นทะเบียน (registration) ของผู้ประกอบการวิชาชีพ ถือเป็นเงื่อนไขสำคัญในการประกอบวิชาชีพทุกสาขากับนายทะเบียน ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ สำหรับบุคคลที่มีได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย แต่ได้ทำการรักษาดูแลประชาชนโดยแสดงตนว่าเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพ ก็ถือว่ากระทำการละเมิดกฎหมายและจะต้องถูกฟ้องร้องดำเนินคดีอาญา ข้อมูลผู้ประกอบการวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนแล้ว ถือเป็นข้อมูลสาธารณะที่ประชาชนสามารถตรวจสอบได้ ไม่ว่าจะเป็นการโทรสอบถามหรือติดต่อทางอินเทอร์เน็ต

องค์กรที่ทำหน้าที่เป็นสภาวิชาชีพหรือ regulators ที่เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ มีดังนี้

1) General Medical Council (GMC)

ผู้ประกอบการวิชาชีพที่รับผิดชอบคือ Doctor

2) General Dental Council (GDC)

ผู้ประกอบการวิชาชีพที่รับผิดชอบคือ Dentists; Dental nurses; Dental technicians; Dental hygienists; Dental therapists; Clinical dental technicians; Orthodontic therapists

3) General Optical Council (GOC)

ผู้ประกอบการวิชาชีพที่รับผิดชอบคือ Optometrists; Dispensing opticians

4) General Osteopathic Council (GOsC)

ผู้ประกอบการวิชาชีพที่รับผิดชอบคือ Osteopaths

5) General Chiropractic Council (GCC)

ผู้ประกอบการวิชาชีพที่รับผิดชอบคือ Chiropractors

6) General Pharmaceutical Council (GPhC)

ผู้ประกอบการวิชาชีพที่รับผิดชอบคือ Pharmacists; Pharmacy technicians

7) Health Professions Council (HPC)⁶

⁶ Health Professions Council เป็นสภาวิชาชีพด้านสุขภาพที่ดูแลวิชาชีพ 15 สาขา ปัจจุบันมีผู้ประกอบการวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในความดูแลรวม 219,000 คน อนึ่ง ผู้ที่ประกอบวิชาชีพในสาขาเหล่านี้โดยมิได้รับอนุญาตจะถือว่ามีความผิดตามกฎหมายอาญา

ผู้ประกอบวิชาชีพที่รับผิดชอบคือ Arts therapists; Biomedical scientists; Chiropodists/podiatrists; Clinical scientists; Dietitians; Hearing aid dispensers; Occupational therapists; Operating department practitioners; Orthoptists; Paramedics; Physiotherapists; Practitioner psychologists; Prosthetists/orthotists; Radiographers; Speech and language therapists

8) Nursing and Midwifery Council (NMC)

ผู้ประกอบวิชาชีพที่รับผิดชอบคือ Nurses; Midwives

9) Pharmaceutical Society of Northern Ireland (PSNI)

ผู้ประกอบวิชาชีพที่รับผิดชอบคือ Pharmacists

10) Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE)

CHRE เป็นหน่วยงานนี้มีความสำคัญในการกำกับดูแลและตรวจสอบการทำงานของ regulators ด้านสุขภาพทั้ง 9 องค์กรข้างต้น มีเป้าหมายในการคุ้มครองประชาชน การสนับสนุนให้มีแนวปฏิบัติที่ดีในการควบคุม กำกับดูแลการประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพของสภาวิชาชีพต่าง ๆ รวมถึงการตรวจสอบการปฏิบัติงานของแพทย์สภาด้วย ซึ่งจะได้อ้างถึงรายละเอียดในหัวข้อที่ 1.4

ประวัติความเป็นมาของการควบคุมวิชาชีพเวชกรรม⁷

ประวัติศาสตร์เรื่องการควบคุมหรือกำกับดูแลแพทย์ในสหราชอาณาจักร ย้อนหลังไปถึงในช่วงยุคกลาง (Middle Age) (ยุคกลางในยุโรปเริ่มตั้งแต่ ค.ศ. 1066 – 1485) คือช่วงเวลานั้น ผู้ที่แพทย์ในขณะนั้นยังไม่มีมารวมตัวกันเป็นองค์กรหรือสภาวิชาชีพ แพทย์หรือผู้ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในขณะนั้น จึงยังไม่มีลักษณะเป็น “ผู้ประกอบวิชาชีพ” (profession) ในขณะนั้นในช่วงเวลาเดียวกันนั้น ผู้ที่เป็นนักกฎหมายและกลุ่มคริสตจักรได้มีการจัดตั้งสภาวิชาชีพของตนเองขึ้นแล้ว โดยเฉพาะในอังกฤษที่มีความก้าวหน้าในการรวมตัวกันเป็นกลุ่มวิชาชีพ กล่าวคือ คริสตจักรได้จัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมนักบวชในเมือง Oxford และ Cambridge ส่วนนักกฎหมายก็ได้จัดตั้งโรงเรียนกฎหมายในกรุงลอนดอนเรียกว่า the Inns of Court สาเหตุที่กลุ่มแพทย์มีพัฒนาการที่ล่าช้าในเรื่องนี้ คงเป็นเพราะความเชื่อทางศาสนาที่มีต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ตลอดจนสุขภาพของประชาชนในช่วงเวลานั้นว่า เกิดจากบาปของมนุษย์ถูกทดสอบหรือถูกลงโทษจากพระเจ้า

⁷ JOHN H. RAACH, “ENGLISH MEDICAL LICENSING IN THE EARLY SEVENTEENTH CENTURY” (YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE, VOL. 16, NO. 4.) (1943), pp.267-288.

“History of medical regulation in the UK” at

http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_medical_regulation_in_the_UK

ต่อมาในช่วงต้นศตวรรษที่ 15 ในราวปี ค.ศ. 1421 แพทย์กลุ่มหนึ่งได้รวมตัวกันยื่นข้อเรียกร้อง (petition) ต่อรัฐสภาอังกฤษ เพื่อเสนอแนวคิดที่จะควบคุมหรือหาแนวทางกำกับดูแลแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาโรค ซึ่งถือเป็นการยื่นข้อเรียกร้องที่จะควบคุมกันเองเป็นครั้งแรกในยุโรปด้วย ใจความหลักในการเรียกร้องครั้งนั้นคือ ต้องการให้มีกฎหมายควบคุมผู้ที่ไม่มีคุณสมบัติหรือไม่ผ่านการศึกษาที่เพียงพอ (unqualified practitioners) เข้ามาทำการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและอาจเข้ากรณีการฆาตกรรมได้ แต่ก็ได้การตอบรับจากรัฐสภาและรัฐบาล ประกอบกับกลุ่มแพทย์ในอังกฤษมีปัญหาความขัดแย้ง ไม่ลงรอยกัน ทำให้การพัฒนาเป็นวิชาชีพประสบปัญหา อีกทั้งมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในอังกฤษยังเป็นผู้ก่อกำหนดใบอนุญาตให้แก่แพทย์ในอังกฤษ ทำให้การรวมตัวเป็นสภาวิชาชีพไม่ประสบความสำเร็จ

พัฒนาการที่สำคัญของกฎหมายควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในอังกฤษคือ ในช่วงต้นรัชสมัยของกษัตริย์เฮนรีที่ 8 (Henry VIII) รัฐสภาได้ผ่านกฎหมายสำคัญ 2 ฉบับช่วงต้นศตวรรษที่ 16 คือ ในปี ค.ศ. 1511 มีการออกกฎหมายควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในลอนดอนและทั่วประเทศอังกฤษ จะต้องอยู่ในการควบคุมของบิชอป (bishops) มีผลเป็นการห้ามบุคคลที่มีคุณสมบัติไม่เหมาะสมที่จะมาเป็นแพทย์ และกฎหมายปี ค.ศ. 1522 ที่เกี่ยวกับการควบคุมแพทย์ในลอนดอนและเขตท้องถิ่นต่าง ๆ ในรัศมี 7 ไมล์ห่างจากลอนดอน กฎหมายดังกล่าวมีอิทธิพลต่อระบบการควบคุมแพทย์ในอังกฤษในเวลาต่อมาอีกถึง 3 ศตวรรษ

ในปี ค.ศ. 1518 มีการจัดตั้งองค์กรของกลุ่มแพทย์ที่เรียกว่า the King's College of Physicians (ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น Royal College of Physicians of London ในศตวรรษที่ 17) ซึ่งเป็นผลจากการยื่นฎีกาต่อกษัตริย์เฮนรีที่ 8 ของนักวิชาการชั้นนำของอังกฤษชื่อ นาย Thomas Linacre และกลุ่มแพทย์กลุ่มหนึ่ง ราชวิทยาลัยแพทย์อังกฤษจัดตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่เป็นองค์กรวิชาชีพของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในการออกใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเอง โดยโอนอำนาจการออกใบอนุญาตมาจากศาสนจักรหรือ bishop ปัจจุบันเรียกว่า Royal College of Physicians ถือเป็นราชวิทยาลัยแพทย์ที่มีอายุเก่าแก่มากที่สุดในอังกฤษ เป็นผลทำให้เกิดข้อถกเถียงถึงอำนาจของกลุ่มแพทย์ที่จะดำเนินการในเรื่องนี้เอง

ต่อมาในปี ค.ศ. 1523 รัฐสภาอังกฤษได้ผ่านกฎหมายฉบับหนึ่ง มีผลทำให้ขยายอำนาจการออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ๆ ของราชวิทยาลัยแห่งนี้ที่มีอำนาจเฉพาะแพทย์ในลอนดอนเป็นแพทย์ทั่วประเทศ อย่างไรก็ดี อาร์คบิชอปส์ (archbishops) ก็ยังคงมีอำนาจในการออกใบอนุญาตในการรักษาโรคหลายโรค ในช่วงต้นศตวรรษที่ 17 แพทย์ในอังกฤษราว 1 ใน 4 ยังคงได้รับใบอนุญาตจากอาร์คบิชอปส์

จุดเริ่มต้นของการควบคุมหรือกำกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในยุคสมัยใหม่

แพทยสภาอังกฤษ ถูกก่อตั้งเป็นครั้งแรกโดยชื่อว่า “General Council of Medical Education and Registration of the United Kingdom” ตามกฎหมายชื่อ Medical Act (1858) ถือเป็นจุดเริ่มต้น

สำคัญของการควบคุมหรือกำกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในยุคสมัยใหม่คือ กฎหมายฉบับนี้มีเจตนารมณ์เพื่อแยกแยะความแตกต่างระหว่างคุณสมบัติของบุคคลที่สามารถให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (medical aid) กับบุคคลไม่มีคุณสมบัติที่จะเป็นประกอบวิชาชีพเวชกรรม (unqualified practitioners) เพื่อคุ้มครองประชาชนทั่วไปในการรับบริการสาธารณสุข องค์กรที่จัดตั้งตามกฎหมายนี้ก็คือ แพทยสภาอังกฤษในปัจจุบันนั่นเอง

องค์ประกอบของคณะกรรมการแพทยสภา ชุดก่อตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกตามกฎหมาย มีทั้งหมด 24 คน มีดังนี้

กลุ่มที่ 1 กรรมการที่เป็นผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์ต่าง ๆ และมหาวิทยาลัยที่เป็นโรงเรียนแพทย์ องค์กรละ 1 คน (รวมจำนวน 15 คน) ได้แก่

- The Royal College of Physicians
- The Royal College of Surgeons of England
- The Apothecaries Society of London
- The University of Oxford:
- The University of Cambridge
- The University of Durham
- The University of London
- The College of Physicians of Edinburgh
- The College of Surgeons of Edinburgh
- The Faculty of Physicians and Surgeons of Glasgow
- The King and Queen's College of Physicians in Ireland
- The Royal College of Surgeons in Ireland
- The Apothecaries Hall of Ireland
- The University of Dublin
- The Queen's University in Ireland

กลุ่มที่ 2 กรรมการที่เป็นผู้แทนมหาวิทยาลัยต่อไปนี้ ซึ่งมีสัดส่วนที่แตกต่างจากกลุ่มที่ 1 (รวมจำนวน 3 คน) ได้แก่

- กรรมการ 1 คน คัดเลือกจาก the University of Edinburgh และมหาวิทยาลัย 2 แห่ง ใน Aberdeen
- กรรมการ 1 คน คัดเลือกจาก the University of Glasgow และ the University of Saint Andrew's
- กรรมการ 1 คน คัดเลือกจากผู้แทนองค์กรละ 1 คน โดยใช้วิธีสลับหมุนเวียนกันดำรงตำแหน่งตามช่วงเวลา ได้แก่ the King and Queen's College of Physicians in Ireland; the Royal College of Surgeons in Ireland; the Apothecaries Hall of Ireland; the University of Dublin และ the Queen's University in Ireland

กลุ่มที่ 3 กรรมการ 6 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อจากสมเด็จพระราชินีนาถ (Her Majesty) โดยคำแนะนำของ Privy Council โดยในจำนวนนี้ 4 คน เป็นผู้แทนของอังกฤษ 1 คน เป็นผู้แทนของ สก็อตแลนด์ และ 1 คน เป็นผู้แทนไอร์แลนด์

ประธานกรรมการจะคัดเลือกกันเองของกรรมการทั้งหมด

ผู้วิจัยมีข้อสังเกตคือ ผู้ที่เป็นคณะกรรมการแพทยสภาในช่วงแรก ส่วนใหญ่มาจากผู้แทน ราชวิทยาลัยและโรงเรียนแพทย์ ยังไม่มีแพทย์ที่มาจากการเลือกตั้งของกลุ่มแพทย์ด้วยตนเอง

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการแพทยสภาในระยะแรกเริ่มคือ การกำหนดให้แพทย์ต้องขึ้นทะเบียนกับนายทะเบียนตามกฎหมาย, กับแพทยสภา การกำหนดความผิดและบทลงโทษแก่ผู้ที่มีได้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ แต่ได้แสดงตัวเป็นแพทย์หรือทำการรักษาผู้ป่วย, การแจ้งข้อมูลเป็นเท็จในการขึ้นทะเบียน, การควบคุมจริยธรรมของแพทย์ที่ประพฤติในเชิงชั่วช้า, การประพฤติผิดข้อพึงปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในกรณีต่าง ๆ (เช่น การโฆษณาอวดอ้าง) รวมถึงการกำกับดูแลเรื่องการสอบแพทย์เฉพาะทาง

องค์ประกอบของคณะกรรมการแพทยสภามีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตั้งแต่มีกฎหมายจัดตั้งแพทยสภา อาทิเช่น ในปี ค.ศ. 1886 มีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย **Medical Act (1858⁸)** ทำให้มีกรรมการแพทยสภาที่มาจากการเลือกตั้งจำนวน 5 คน ต่อมาในช่วงปี ค.ศ. 1926 ได้แก้ไขกฎหมายฉบับนี้ให้มีกรรมการที่มาจากตัวแทนผู้บริโภครือ lay member จำนวน 1 คน หรือในปี ค.ศ. 1978 มีการแก้ไขกฎหมายอีกครั้ง ทำให้มีจำนวนกรรมการแพทยสภาเพิ่มขึ้นจากเดิม 46 คน เป็นจำนวน 93 คน

⁸ ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยว่า พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 ได้แนวทางการบัญญัติกฎหมายจากกฎหมายอังกฤษชื่อ Medical Act 1858 และพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ก็ได้นำเอาแบบอย่างของกฎหมาย Medical Act ที่แก้ไขปรับปรุงในเวลาต่อมาเช่นกัน

กรรมการส่วนใหญ่เป็นกรรมการที่มาจากการเลือกตั้ง มากกว่ากรรมการที่เป็นตัวแทนราชวิทยาลัยและโรงเรียนแพทย์ และมีกรรมการที่เป็น lay members เพียง 7 คน⁹

การดำเนินงานของแพทยสภาอังกฤษในช่วงแรกจนถึงช่วงต้นถึงกลางศตวรรษที่ 20 ไม่มีเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับการควบคุมผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม

การแก้ไขปรับปรุงกฎหมายฉบับนี้เมื่อปี ค.ศ. 1950 เริ่มมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาความประพฤติของแพทย์ (disciplinary boards) เป็นครั้งแรก และเปลี่ยนชื่อแพทยสภาเป็น **General Medical Council (GMC)** ซึ่งเป็นองค์กรควบคุมหรือกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมในสหราชอาณาจักร

ช่วงทศวรรษที่ 1970 ถึง 1980 มีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย Medical Act หลายครั้ง การแก้ไขปรับปรุงครั้งสำคัญคือ **Medical Act 1983** ซึ่งถือเป็นกฎหมายจัดตั้งแพทยสภาอังกฤษในปัจจุบัน

ช่วงทศวรรษที่ 1990 ได้เกิดกรณีอื้อฉาวเกี่ยวกับมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยของแพทย์ กรณีที่โด่งดังและรู้จักกันดีคือ **คดี Bristol** ¹⁰ ที่เกิดในช่วงปี ค.ศ. 1998 ซึ่งเป็นกรณีที่คณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทยสภา (Professional Conduct Committee) ตัดสินว่า แพทย์ 3 คน ของโรงพยาบาล Bristol Royal Infirmary ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐในสังกัด National Health Service แพทย์เหล่านี้ได้กระทำความผิดในเรื่องการประกอบวิชาชีพโดยมิชอบที่เป็นกรณีร้ายแรง (serious professional misconduct)

ข้อมูลเกี่ยวกับคดี Bristol

คดี Bristol เกิดในช่วงปี ค.ศ. 1998 ซึ่งเป็นกรณีที่คณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทยสภา (Professional Conduct Committee) ตัดสินว่า แพทย์ 3 คน ของโรงพยาบาล Bristol Royal Infirmary ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐในสังกัด National Health Service ซึ่งถูกกำหนดให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดหัวใจเด็ก แพทย์ที่ถูกร้องเรียนทั้งสามรายถูกแพทยสภาตัดสินว่ากระทำความผิดในเรื่องการประกอบวิชาชีพโดยมิชอบที่เป็นกรณีร้ายแรง (serious professional misconduct) เป็นเหตุทำให้มีผู้ป่วยเด็กที่ต้องเสียชีวิตไปราว 29 ราย (4 ราย รอดชีวิตและสมองได้รับความเสียหาย) จากการผ่าตัดหัวใจคนไข้เด็กจำนวนทั้งหมด 53 ราย ที่มารับการรักษาในช่วงปี ค.ศ. 1984-1995 แพทย์ 2 คนที่ให้การรักษาคือ นายแพทย์ James Wisheart (เป็นศัลยแพทย์โรคหัวใจที่มี

⁹ Sally Sheard, Liam J. Donaldson, The nation's doctor: the role of the Chief Medical Officer 1855-1998 (UK: Nuffield Trust, 2006), p.92.

¹⁰ Bolsin SN., Professional misconduct: the Bristol case Med J Aust, 1998 Oct 5;169 (7): 369-72.

ชื่อเสียงมาก และเป็นผู้อำนวยการ the United Bristol Healthcare Trust ในขณะนั้น) และ นายแพทย์ Janardan Dhasmana ทั้งสองคนเป็นศัลยแพทย์โรคหัวใจของเด็กและผู้ใหญ่ (a paediatric and adult cardiac surgeon) ประกอบวิชาชีพในระดับต่ำกว่ามาตรฐานทางการแพทย์ อีกทั้งยังไม่อธิบายข้อมูลความเสี่ยงให้ผู้ปกครองของคนไข้เด็กทราบ ศัลยแพทย์ทั้งสองรายถูกสั่งห้ามทำการผ่าตัดคนไข้เด็กเป็นเวลา 3 ปี ส่วนแพทย์อีก 1 คนชื่อว่า นายแพทย์ John Roylance เป็นผู้บริหารโรงพยาบาล ซึ่งถูกตัดสินว่ามีความผิด โดยถูกเพิกถอนการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพกรรม เนื่องจากละเลยไม่ตรวจสอบการปฏิบัติงานของแพทย์ทั้งสองรายที่ทำการผ่าตัดหัวใจในคนไข้เด็ก และพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตในอัตราที่สูง แต่กลับไม่ดำเนินการตรวจสอบสาเหตุ สืบสวนข้อเท็จจริงในเรื่องนี้ แต่ยังคงปล่อยให้แพทย์ทั้งสองนี้ดำเนินการรักษาผู้ป่วยอยู่ต่อไป

ผู้ที่ร้องเรียน คดี Bristol นี้ต่อแพทยสภาคือ วิทยุญแพทย์เชี่ยวชาญด้านหัวใจ (cardiac anaesthetist) ชื่อ นายแพทย์ Stephen Bolsin ซึ่งได้รายงานเรื่องนี้ต่อผู้บริหารโรงพยาบาล แต่ไม่ได้รับการตอบสนอง จึงได้ร้องเรียนมายังแพทยสภาให้ดำเนินการสอบสวนในเรื่องนี้ กรณีร้องเรียนเรื่องนี้ใช้เวลาดำเนินการนานถึง 6 ปี และใช้ระยะเวลาได้ส่วนรวม 8 เดือน GMC ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดำเนินการพิจารณาได้ส่วนเรื่องนี้คิดเป็นเงิน 2.2 ล้านปอนด์

ผลของกรณีนี้อาจนำไปสู่การไต่สวนสาธารณะ (public inquiry) ในเดือนตุลาคม 1998 ถึงเดือนกรกฎาคม 2001 โดยมี Professor Ian Kennedy เป็นประธานของคณะกรรมการไต่สวน ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับข้อบกพร่องหลายประการของระบบการให้การรักษารองของโรงพยาบาลแห่งนี้รวมถึงสถานพยาบาลแห่งอื่นของ NHS โดยเฉพาะการละเลยไม่ให้ความสำคัญลำดับต้น ๆ กับผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหนักมาก และมีข้อเสนอหลายประการเกี่ยวกับการปรับปรุงเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย, การประเมินหรือปรับปรุงความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ ๆ (โดยเฉพาะแพทย์) (competence of healthcare professionals), ระบบบริหารจัดการภายในองค์กร, , มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (standards of care), การเปิดเผยข้อมูลผลการรักษาของแพทย์หรือโรงพยาบาล (openness), กลไกหรือมาตรการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ (monitoring)

ศ.นพ.วันชัย วัฒนศัพท์ได้กล่าวถึงกรณีเบบี๋บิสตอลนี้ว่า มีผลทำให้เกิดคำว่า “clinical governance” หรือ “ธรรมาภิบาลทางการแพทย์” ของประเทศอังกฤษขึ้น เพื่ออธิบายถึงระบบการให้บริการที่ดูแลและปรับปรุงคุณภาพของการบริการผู้ป่วยในระบบสาธารณสุข ซึ่งควรพัฒนาธรรมาภิบาลในระบบสาธารณสุขให้เกิดขึ้นในประเทศไทย¹¹

¹¹ วันชัย วัฒนศัพท์ และนพพร โพธิ์รังสิยากร, คนไทยไม่ทอดทิ้งกัน: คู่มือการจัดการสร้างความปรองดองในระบบบริการสาธารณสุข (นนทบุรี: ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2553), หน้า 157-159.

คดีและเหตุการณ์ที่ทำให้ประชาชนตั้งข้อสงสัยและไม่ไว้วางใจการทำงานของแพทยสภา อังกฤษ คือ คดี Shipman แพทย์ที่เป็นฆาตรกรต่อเนื่อง เหตุการณ์ร้ายแรงนี้ถูกเปิดเผยเนื่องมาจากในเดือนมีนาคม 1998 แพทย์ GP รายหนึ่งในท้องถิ่นได้แจ้งข้อมูลให้โคโรเนอร์ (Coroner) ทราบถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในขณะที่อยู่ในความดูแลของหมอ Shipman มีจำนวนมากผิดปกติ จนมีการสืบสวนสาเหตุ การเสียชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างละเอียด และมีการจับกุมหมอ Shipman ในเดือนกันยายนปี 1998 คดีสะเทือนขวัญนี้ทำให้เกิดการเรียกร้องของประชาชนต่อการทำงานของแพทยสภา และทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษอย่างขนานใหญ่ในเวลาต่อมา



ภาพ Harold Fredrick Shipman

ข้อมูลเกี่ยวกับคดี Shipman

กรณีแพทย์ที่เป็นฆาตรกรต่อเนื่อง(serial killer) ชื่อว่า Harold Fredrick Shipman ซึ่งถูกจับกุมในคดีนี้เมื่อปี 1998 ต่อมาเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2000 ศาล Preston Crown Court ได้ตัดสินให้ นาย Shipman ได้รับโทษจำคุกตลอดชีวิต ในความผิดฐานฆาตกรรมผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนเองจำนวน 15 ราย ในระหว่างที่เป็นแพทย์ในช่วงปี ค.ศ.1975 ถึง 1998 โดยพบหลักฐานว่าได้ฉีดไดอะมอร์ฟิน (diamorphine) เกินขนาดให้ผู้ป่วยในคดีนี้ อีกทั้งยังพบข้อมูลที่ค่อนข้างแน่ชัดว่า มีผู้ป่วยที่ถูกฆาตกรรม ไม่ต่ำกว่า 215 ถึง 218 ราย และข้อมูลการตายที่น่าสงสัยของผู้ป่วยที่ Shipman ให้การดูแลจำนวน 250 ราย แต่ไม่มีหลักฐานในการดำเนินคดีตามกฎหมาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีสุขภาพดี โดยจะถูกฆาตกรรมขณะพักอาศัยโดยลำพังในระหว่างการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามปกติ ศาลตัดสินลงโทษ Shipman ให้จำคุกตลอดชีวิตโดยไม่สามารถขอลดโทษได้ (consecutive life sentences) รวม 15 คดี และ ยังได้รับโทษจำคุกอื่น ๆ อีก¹²

ผู้ป่วยรายแรกที่ถูก Shipman ฆาตกรรมในเดือนมีนาคม 1975 มีชื่อว่า Eva Lyons อายุ 71 ปี โดยในปีเดียวกันนั้นมีการตรวจสอบพบว่า Shipman ได้สั่งใช้ยาที่ถูกควบคุม (controlled drugs) เป็นจำนวนมาก และถูกดำเนินคดีในศาล Halifax Magistrates Court ในปี 1976 ด้วยข้อหาครอบครองยาควบคุมโดยมิชอบและยา pethidine มีการปลอมใบสั่งใช้ยาของ National Health Service ทำให้ถูกปรับในหลาย

¹² Jonathan Herring, Medical Law and Ethics, 3rd edition (UK: Oxford University Press, 2010), p.496.

ข้อหาและต้องจ่ายเงินค่าสินไหมแก่ Family Practitioner Committee อย่างไรก็ดี ภายหลังจากการเข้ารับการบำบัดทางจิตและการรักษาการติดยาแล้ว Shipman ก็สามารถกลับมาเป็นแพทย์ GP ในปี 1977 ที่เมือง Hyde และ Cheshire

คดีฆาตกรรมนี้ได้สร้างรอยด่างพร้อยให้แก่แพทยสภาอังกฤษเป็นอย่างมาก ทำให้ประชาชนไม่พอใจและไม่เชื่อถือการทำงานของแพทยสภา เนื่องจากไม่สามารถตรวจสอบพบกรณีผู้ป่วยถูกทำให้เสียชีวิตโดยมิชอบด้วยกฎหมายเป็นเวลานานราว 23 ปี จนในที่สุดได้มีการไต่สวนสาธารณะในเรื่องนี้ ช่วงเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2001 ที่รู้จักกันดีในชื่อว่า Shipman Inquiry ซึ่งผู้วิจัยได้กล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อการจัดตั้งหน่วยงาน Office for Healthcare Professional Adjudicator

ประวัติส่วนตัวของ Shipman ที่น่าสนใจคือ มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับแม่ซึ่งเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในขณะที่ Shipman มีอายุได้ 17 ปี โดยอยู่ในเหตุการณ์ที่แม่ตัวเองเสียชีวิต ในช่วงระยะสุดท้ายของการป่วยนั้น แพทย์ได้ให้ยามอร์ฟินแก่แม่ของ Shipman ที่ป่วยเป็นมะเร็งที่บ้านเพื่อระงับความปวด ในระหว่างที่ Shipman ถูกจำคุกอยู่นั้น ได้ฆ่าตัวตายในปี 2004 ขณะมีอายุ 57 ปี

นอกจากนี้ ยังมีตัวอย่างคดีความและกรณีปัญหาหลายเรื่อง อาทิเช่น คดี Neale หรือ นรีแพทย์ (gynaecologist) ชื่อ Richard Neale ซึ่งถูกลบชื่อออกจากทะเบียนแพทย์ในเดือนกรกฎาคม 2000 เนื่องจากมีมาตรการในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต่ำกว่ามาตรฐานและกระทำผิดจริยธรรมแห่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมมากและปกปิดข้อมูล (professional misconduct and dishonesty) รวม 34 ครั้ง มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บมากกว่า 30 ราย โดยแพทยสภาอังกฤษเคยได้รับแจ้งจากหน่วยงานของประเทศแคนาดาในเรื่องนี้ แต่แพทยสภาอังกฤษกลับมิได้ดำเนินการใด ๆ กับแพทย์รายนี้ จนนำไปสู่การไต่สวนสาธารณะในเรื่องนี้ในเวลาต่อมา

ข้อมูลเกี่ยวกับคดี Neale¹³

นาย Richard Neale เคยเป็นสูตินรีแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมในประเทศสหราชอาณาจักร ต่อมาได้เดินทางไปประกอบวิชาชีพเวชกรรมในแคนาดาในช่วงทศวรรษที่ 1970 ต่อมาในปี 1979 ได้ถูกหน่วยงานแคนาดาที่ควบคุมกำกับดูแลแพทย์ในมลรัฐ British Columbia สั่งให้ยุติการประกอบวิชาชีพเนื่องจากทำหัตถการที่ไม่ได้มาตรฐานทางวิชาชีพ ซึ่ง Neale จะต้องเข้ารับการฝึกอบรมใหม่หรือยุติการ

¹³ “THE NEALE INQUIRY REPORT PUBLISHED” (09/09/2004) at

<http://www.alexanderharris.co.uk/News/ClinicalDentalNegligence/Pages/TheNealeInquiryReportPublished.aspx>

ประกอบวิชาชีพ ต่อมา Neale ได้เดินทางไปประกอบวิชาชีพที่มณฑล Ontario แทน และถูกดำเนินคดีทางจริยธรรมในทางวิชาชีพในปี 1985 โดย College of Physicians & Surgeons of Ontario ผลการพิจารณาปรากฏว่า แพทย์รายนี้ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเพราะให้ยา prostaglandin ในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บครรภ์อย่างไม่ต้องสงสัย จนถูกตัดสินว่าประกอบวิชาชีพบกพร่อง ต่ำกว่ามาตรฐานวิชาชีพ (incompetent) และถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ฯ

อย่างไรก็ดี ก่อนที่จะมีการออกคำตัดสินอย่างเป็นทางการนั้น Richard Neale ได้เดินทางออกจากแคนาดาไปยังสหราชอาณาจักร เพื่อประกอบวิชาชีพเป็นแพทย์ให้คำปรึกษาใน the Friarage Hospital เมือง Northallerton ในช่วงปี 1984 ซึ่งในขณะนั้นแพทยสภาแคนาดา (Canadian Medical Council) มิได้แจ้งข้อมูลของ Neale ให้แพทยสภาอังกฤษทราบ ทำให้แพทย์รายนี้สามารถขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพในอังกฤษได้ ทำให้ไม่มีการปฏิเสธการประกอบวิชาชีพ

จนกระทั่งมีการเสนอข่าวจากสื่อมวลชนที่ขุดคุ้ยประวัติของแพทย์รายได้ในปี 1993 แต่แพทยสภาอังกฤษก็ยังมิได้ดำเนินการใด ๆ จนกระทั่งสถานพยาบาลที่เป็นนายจ้างของ Neale ได้ดำเนินการตั้งคณะกรรมการสอบสวนข้อกล่าวหาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยร้องเรียน ต่อมา Neale ได้ไปทำงานในสถานพยาบาลของ NHS ในปี 1995 จนถูกเพิกถอนใบอนุญาตอย่างถาวรจากแพทยสภาอังกฤษในเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2000

การปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษ

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า แพทยสภาอังกฤษ (General Medical Council) เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศสหราชอาณาจักร ความเป็นมาของแพทยสภาอังกฤษที่ถูกก่อตั้งมาเป็นเวลามากกว่า 150 ปี ตามกฎหมายชื่อ Medical Act 1858 จึงถือเป็นแพทยสภาที่เก่าแก่ที่สุดในโลก และองค์กรที่ได้รับความเชื่อถือจากประชาชนทั่วไป

ในการประชุมประจำปีของแพทยสมาคมอังกฤษ (British Medical Association - BMA) เมื่อปี ค.ศ. 2000 ที่ประชุมซึ่งประกอบด้วยสมาชิกแพทยสมาคมอังกฤษทั่วประเทศ ได้ลงมติเห็นชอบว่าที่ประชุม BMA ขาดความเชื่อมั่นต่อแพทยสภาอังกฤษที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามอำนาจหน้าที่ที่กฎหมายบัญญัติไว้ และเรียกร้องให้มีการปฏิรูปโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของแพทยสภาอังกฤษอย่างเร่งด่วน เนื่องจากประชาชนเริ่มขาดความเชื่อถือในแพทยสภา นอกจากนี้ ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน

มีการประชุม “สาธารณสุขแห่งชาติ” (public health conference) ประกอบด้วยผู้แทนโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ ก็มีความเห็นในทำนองเดียวกันว่า ขาดความเชื่อมั่นที่มีต่อแพทยสภาอังกฤษ¹⁴

การลงมติของแพทยสมาคมอังกฤษดังกล่าว ทำให้มีการปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษในช่วงเวลาต่อมา กระบวนการปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษครั้งนั้นทำอย่างเปิดกว้าง และมีการนำเอาความเห็นของหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ มาพัฒนา โดยเฉพาะองค์กรที่เป็นผู้แทนกลุ่มผู้ป่วย ผู้บริโภค การปฏิรูปเสร็จสิ้นในปี ค.ศ. 2002 ทำให้มีการแก้ไขกฎหมาย กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องหลายเรื่อง

กรณีศึกษาการปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษ ทำให้ทราบถึงเหตุผล ความจำเป็นในการปฏิรูปองค์กรกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของอังกฤษที่มีประวัติความเป็นมายาวนาน ซึ่งจะต้องปรับตัวให้เข้ากับยุคสมัยปัจจุบันที่มักจะพบปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ปัญหาความไม่ไว้วางใจ หรือไม่เชื่อถือของประชาชนหรือผู้ป่วยที่มีต่อองค์กรวิชาชีพดังกล่าว ตลอดจนปัญหาการปฏิบัติหน้าที่ของแพทยสภาที่ผิดเพี้ยนไปจากบทบาท หน้าที่ที่ควรจะเป็น

ผลของการปฏิรูปแพทยสภาและระบบการควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ ในช่วงปี 2000 ถึง 2002 สรุปได้ดังนี้¹⁵

- การให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้ป่วยหรือประชาชน เป็นหัวใจสำคัญในการออกกฎหมายหรือมาตรการควบคุม กำกับดูแลแพทย์
- การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างคณะกรรมการแพทยสภา ด้วยการลดจำนวนกรรมการให้มีจำนวนไม่เกิน 35 คน และเพิ่มสัดส่วนกรรมการที่เป็น lay members คือ ผู้ที่มีไข้แพทย์ เป็นร้อยละ 40 ของจำนวนกรรมการทั้งหมดคือ จำนวน 14 คน ในขณะที่แพทย์มีจำนวน 21 คน
- การปฏิรูปองค์กรกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แก่ การจัดตั้ง Council for the Regulation of Healthcare Professionals (CRHP), Health Professions Council (HPC) และการแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย Health Act 1999
- ปรับปรุงระบบการทำงานของคณะกรรมการแพทยสภา ให้มีการประชุมบ่อยครั้งมากขึ้นกว่าเดิม
- สิ่งที่เป็นการเปลี่ยนแปลงใหม่คือ การกำหนดให้มีใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (a licence to practice) สำหรับแพทย์ กล่าวคือ แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตนี้จะสามารถ

¹⁴ Linda Beecham, BMA's annual meeting expresses “no confidence” in GMC (BMJ VOLUME 321 8 JULY 2000), p.69.

¹⁵ Reform of the General Medical Council: A paper for consultation (Department of Health, May 2002), p.11-12.

รักษาผู้ป่วยและสั่งใช้ยาได้ แต่หากแพทย์รายใดไม่ปฏิบัติตาม fitness to practise หรือไม่
ดำเนินการต่ออายุใบอนุญาตตามขั้นตอน revalidation ก็จะถูกเพิกถอนใบอนุญาตนี้

- การให้ความสำคัญกับหลักการเรื่อง เวชปฏิบัติที่ดี (good medical practice) โดยถือเป็น
ภารกิจใหม่ของแพทยสภา คือ จะมีการบรรจุเนื้อหาในเรื่องนี้ไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอน
นักศึกษาแพทย์ และการศึกษาอบรมหลังปริญญาในทุกระดับ

- การให้ความสำคัญกับความประพฤติ การประเมินประสิทธิภาพในการทำงานของแพทย์
โดยของค์คณะที่พิจารณาข้อร้องเรียน จะต้องให้ความสำคัญในการสืบสวน การไต่สวน
ข้อเท็จจริงในกรณีร้ายแรงหรือกระทบต่อผู้ป่วยทั่วไป นอกเหนือจากการเพิกถอนทะเบียน และ
ต้องมีกระบวนการพิจารณาที่ไม่ซับซ้อน ยุ่งยาก

ข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับการประเมินเรื่องการปฏิรูปแพทยสภานั้นช่วงเวลาที่ผ่านมานั้น ผู้วิจัยได้
ติดต่อสอบถามไปยังเจ้าหน้าที่ของแพทยสภาอังกฤษทางอีเมลในช่วงกลางเดือนเมษายน 2555 แต่ไม่ได้
รับคำตอบแต่อย่างใด อีกทั้งจากการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมในเว็บไซต์ของแพทยสภาอังกฤษ ก็ไม่พบ
ข้อมูลดังกล่าวแต่อย่างใด

ข้อนำสังเกตอีกประการคือ การปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษนั้นยังดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึง
ปัจจุบันนี้ มิได้สิ้นสุดลงในช่วงปี 2002 แต่อย่างใด เนื่องจากมีกระบวนการรับฟังความเห็นของหน่วยงาน
องค์กรที่เกี่ยวข้องและประชาชนทั่วไปในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือ การปฏิรูป
กระบวนการพิจารณาไต่สวนแพทย์ (adjudication reform) ซึ่งรวมถึงการปฏิรูปการสืบสวน สอบสวน
แพทย์ในเรื่อง fitness to practise (reform of the fitness to practise procedures) อาทิเช่น การจัดตั้ง
Medical Practitioners Tribunal Service (MPTS) ภายในค.ศ. 2012 หรือ ค.ศ.2013 โดยจะมีผลในการ
แยกอำนาจหน้าที่ในเรื่อง adjudication ออกจากแพทยสภา ซึ่งจะได้กล่าวถึงรายละเอียดในตอนท้ายของ
บทนี้

ปรัชญาและหลักการสำคัญในการปฏิบัติงานของแพทยสภาอังกฤษ¹⁶



หลักปรัชญาสำคัญของแพทยสภาอังกฤษ (GMC) คือ การคุ้มครองประชาชนและการรักษามาตรฐานในการให้บริการสุขภาพและคำนึงถึงความปลอดภัยของประชาชนที่มาใช้บริการ ด้วยการกำหนดมาตรฐานที่เหมาะสมในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ ซึ่งปรากฏอยู่ในกฎหมายจัดตั้งแพทยสภาคือ Medical Act 1983 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมในปี ค.ศ.2002, 2006, 2007 และ 2010

หลักการสำคัญและบทบาทหน้าที่หลักของแพทยสภาอังกฤษตามกฎหมาย มีดังนี้¹⁷

- หลักความเป็นอิสระ ความเป็นธรรม ความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- การยกระดับมาตรฐานต่าง ๆ รวมถึงการส่งเสริมความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย (patient safety)
- การผลักดันให้แพทย์ให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพ (professionalism of doctors)
- การส่งเสริมให้มีการปฏิบัติในชุมชนท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพ
- การสนับสนุนเรื่องการรักษาความลับและทำงานร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย (ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยและประชาชน, แพทย์, NHS และผู้ให้บริการสุขภาพ หรือ healthcare providers, โรงเรียนแพทย์ และ the Medical Royal Colleges)

ภารกิจหรือบทบาทหน้าที่สำคัญของแพทยสภาอังกฤษที่มีการบัญญัติไว้ในกฎหมาย Medical Act 1983 มาตรา 1 (1A)¹⁸ และมีการเน้นย้ำอยู่เสมอก็คือ การคุ้มครองผู้ป่วย (patient) และสุขภาพของประชาชน ให้ได้รับการดูแลรักษาเป็นอย่างดีจากแพทย์

ก) หน้าที่คุ้มครองประชาชน (ผู้ป่วย)

แพทยสภาอังกฤษในฐานะที่เป็นองค์กรควบคุม กำกับดูแลแพทย์ในสหราชอาณาจักร จัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองประชาชนหรือผู้ที่มารับบริการสุขภาพจากแพทย์และผู้ให้บริการ

¹⁶ “The role of the GMC” at <http://www.gmc-uk.org/about/role.asp>

¹⁷ “General Medical Council Corporate Strategy 2010-2013” (UK: GMC), p.4.

¹⁸ “The main objective of the General Council in exercising their functions is to protect, promote and maintain the health and safety of the public.”

สาธารณสุข จึงมีหน้าที่กำหนดกรอบมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และจัดให้มีระบบการขึ้นทะเบียนแพทย์ (medical register) การกำหนดมาตรฐานการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย การศึกษาและฝึกอบรมในระดับหลังปริญญา (postgraduate education and training) การกำหนดเรื่องเวชปฏิบัติที่ดี (good medical practice - GMP) และหากมีแพทย์ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพ หรือหลักจริยธรรมที่กำหนดไว้ ก็จะได้รับ การลงโทษในทางวิชาชีพ

GMC มีอำนาจตามกฎหมายที่จะรักษามาตรฐานของแพทย์ที่ดีตามที่ประชาชนหรือผู้ป่วยที่มา รับบริการคาดหวังว่าจะได้รับ แพทย์สภาไม่มีหน้าที่คุ้มครองผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม แต่มีหน้าที่ คุ้มครองผู้ป่วย กล่าวคือผลประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะได้รับความคุ้มครองโดยบุคคล อื่น

“We are not here to protect the medical profession - their interests are protected by others. Our job is to protect patients.”

ในกรณีที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดไว้ แพทย์สภาจะเข้าไปดำเนินการเพื่อ คุ้มครองผู้ป่วยจากอันตรายที่อาจจะได้รับ และหากมีความจำเป็น ก็จะเพิกถอนใบอนุญาตในการขึ้น ทะเบียนเป็นแพทย์ และไม่ให้สิทธิในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

การคุ้มครองประชาชนปรากฏอยู่ใน “ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของแพทย์สภา” ระหว่างปี 2010 ถึง 2013 (strategic priorities for 2010-2013) ตัวอย่างการดำเนินแผนงานของแพทย์สภาที่ให้ ความสำคัญกับการคุ้มครองประชาชน มีดังนี้

- *The next generation of first class doctors* คือ การทำงานร่วมกันระหว่าง GMC กับ โรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ ในการปรับปรุงมาตรฐานการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ เมื่อนักศึกษาเหล่านี้จบ การศึกษาไปแล้ว จะต้องเข้าฝึกอบรมแพทย์จบใหม่เป็นเวลา 2 ปี เรียกว่า the Foundation Programme ภายหลังจากที่แพทย์เหล่านี้ได้เลือกที่จะเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านใดหรือเลือกที่จะเป็น General Practice โดย GMC จะกำหนดช่วงเวลาในการฝึกอบรมรวมถึงรายละเอียดในการวัดผลแพทย์ที่เข้า อบรมว่า จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีหรือไม่

- *Ethical guidance* เป็นการจัดทำมาตรฐานและคุณค่าของการเป็นแพทย์ กล่าวคือ สิ่ง ที่ แพทย์พึงจะประพฤติปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ คือเป็นแนวปฏิบัติทางจริยธรรมของแพทย์ เช่น การรับฟังผู้ป่วย การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยความเคารพ ประเด็นปัญหาต่าง ๆ รวมถึงหน้าที่ที่แพทย์จะต้อง ปฏิบัติตามกฎหมาย

- *The medical register* ข้อมูลล่าสุดในปี 2011 มีแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนใน สหราชอาณาจักรรวม 245,000 คน GMC มีหน้าที่ตามกฎหมายคือ การรับขึ้นทะเบียนแพทย์ทั่วประเทศ โดยเฉพาะแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้และมีความสามารถในการประกอบวิชาชีพ (fit to

practise) และมีหน้าที่พัฒนาฐานข้อมูลแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนให้ทันสมัย เพื่อให้ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วย และนายจ้างของแพทย์ สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลเหล่านี้ เพื่อตรวจสอบสถานะการขึ้นทะเบียนของแพทย์ เนื่องจากประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุด

- *Regular checks* คือ การตรวจสอบแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนแล้ว โดย GMC มีหน้าที่ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่า แพทย์เหล่านี้ยังสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีหรือไม่ เพียงใด ซึ่ง GMC มีแผนงานในช่วงปลายปี 2012 จะเริ่มตรวจสอบการปฏิบัติงานของแพทย์ทุกคนในช่วงเวลาทุก ๆ 5 ปี โดยจะทำงานร่วมกับรัฐบาลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งถือเป็นการเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบที่เรียกว่า **“Revalidation”** ซึ่งมีหลักการสำคัญ 4 ประการ ตามที่กำหนดไว้ใน Good Medical Practice คือ (1) ความรู้ ทักษะและความสามารถในการประกอบวิชาชีพ (2) ความปลอดภัยของผู้ป่วย และคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย (3) การสื่อสาร หลักการทำงานอย่างเป็นทีม (4) การรักษาความเชื่อถือ ศรัทธาที่มีต่อแพทย์

- *Concerns about doctors* สิ่งที่ GMC ให้ความสำคัญคือ ข้อร้องเรียนของผู้ป่วยหรือประชาชนที่มีต่อการปฏิบัติงานของแพทย์ GMC จะดำเนินการสืบสวน สอบสวนข้อเท็จจริงในกรณีที่มีข้อมูล หลักฐานเชื่อได้ว่า การทำงานของแพทย์นั้น ๆ ทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย เมื่อ GMC ตรวจสอบพบว่าแพทย์ทำการรักษาผู้ป่วยโดยมีความเสี่ยงแล้ว ก็จะจำกัดการประกอบวิชาชีพของแพทย์รายนั้นหรือให้ระงับการประกอบวิชาชีพชั่วคราวในขณะที่ส่งแพทย์ไปรับการฝึกอบรมใหม่ แต่ในบางกรณี แพทย์บางรายจะไม่สามารถกลับมาประกอบวิชาชีพได้อีกคือ ถูกลบออกจากทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือที่มักเรียกว่า erasure หรือ ‘struck off’ the register เนื่องจากแพทย์รายนั้นมีพฤติกรรมที่ร้ายแรงที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของสาธารณชนที่มีต่อวิชาชีพเวชกรรม เช่น การกระทำผิดกฎหมายอาญาหรือประพฤติผิดจริยธรรมอย่างร้ายแรง

ข) หลักความเป็นอิสระและหลักความรับผิดชอบ (Independence and accountability)

สิ่งที่แพทย์สถานนั้นย้ำคือ ผลประโยชน์ของผู้ป่วยจะได้รับการคุ้มครองอย่างดีที่สุด ก็ต่อเมื่อกฎการควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความเป็นอิสระและรับผิดชอบ ดังนั้น แพทย์สภาจึงเป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระจากรัฐบาล เนื่องจากรัฐบาลมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนรายสำคัญคือ National Health Service (NHS)

อำนาจหน้าที่ของแพทย์สภาในการกำกับดูแลแพทย์อย่างมีความรับผิดชอบและเป็นอิสระก็คือ การถือว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุด, การสนับสนุนเวชปฏิบัติที่ดี (GMP), การส่งเสริมหลักความเป็นธรรม ความเท่าเทียมและความหลากหลาย, การเคารพหลักการความได้สัดส่วน ความรับผิดชอบ ความโปร่งใส และให้ความสำคัญกับเป้าหมายของแพทย์สภา

ค) สถานะทางกฎหมายของแพทยสภา

แพทยสภาอังกฤษจัดตั้งขึ้นตามกฎหมายปัจจุบันคือ Medical Act 1983 ถือเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งโดยกฎหมาย (statutory body) ระดับ Act ที่ผ่านความเห็นชอบจากรัฐสภาเมื่อปี ค.ศ. 1858 ซึ่งมีการแก้ไขปรับปรุงหลายครั้ง ครั้งล่าสุดคือปี 1983 นอกจากนี้ การจัดตั้งแพทยสภาอังกฤษรวมถึงการดำเนินการของแพทยสภาเอง จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายที่เป็นธรรมเนียมจัดตั้งคณะกรรมการแพทยสภาอังกฤษ ค.ศ. 2008 ชื่อว่า General Medical Council (Constitution) Order 2008

ปัจจุบันแพทยสภาอังกฤษหรือ GMC ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคลในรูปขององค์กรสาธารณกุศล (a registered charity) ในอังกฤษ เวลส์ และสก็อตแลนด์ การบริหารงานของแพทยสภาจะดำเนินการโดยคณะกรรมการแพทยสภา

การบริหารจัดการองค์กรจะดำเนินการโดยผู้ที่มีตำแหน่งเรียกว่า Chief Executive and Registrar ซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุดและทำหน้าที่เป็นนายทะเบียนตามกฎหมาย และมีหน้าที่รายงานผลการดำเนินงานต่อประธานกรรมการแพทยสภา (Chair of Council) โดยตรง ผู้ที่มีตำแหน่งนี้ในปัจจุบันชื่อว่า นาย Niall Dickson สิ่งที่น่าสนใจคือ ผู้ที่มีตำแหน่งนี้จะต้องมิใช่กรรมการแพทยสภาเหมือนกับกรณีผู้ที่ดำรงตำแหน่งเลขาธิการแพทยสภาของไทย แต่จะต้องเป็นผู้ที่ผ่านกระบวนการสรรหาแยกต่างหากออกไป ก่อนหน้านี้ นาย Niall Dickson เคยดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารสูงสุดของ The King's Fund ซึ่งเป็นองค์กรคลังสมองหรือ think tank ชื่อนี้ในช่วงปี 2004 ถึง 2009

โครงสร้างการบริหารงานของแพทยสภา

องค์ประกอบของคณะกรรมการแพทยสภา

คณะกรรมการแพทยสภาตามกฎหมายปัจจุบัน ประกอบด้วยกรรมการ 24 คน โดยได้รับแต่งตั้งจาก Privy Council หรือสภาองคมนตรี¹⁹ กรรมการแพทยสภาแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 กรรมการที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่มาจากการเลือกตั้งกันเอง จำนวน 12 คน

กลุ่มที่ 2 กรรมการที่เป็นบุคคลทั่วไป ที่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือที่เรียกว่า “lay members” จำนวน 12 คน (ใช้กระบวนการสรรหาของ Appointments Commission โดยผู้มีสิทธิเสนอชื่อคือองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรการกุศลที่ดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค สิทธิผู้ป่วย ผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อนี้มักจะมีประสบการณ์การทำงานหรือมีชื่อเสียงในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ผู้บริโภค)

¹⁹ คำว่า Privy Council นั้น ศ.เกียรติคุณ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ แปลว่า สภาองคมนตรี ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถโอนุโลมใช้คำแปลนี้ได้ แม้ว่าบทบาทหน้าที่ของ Privy Council จะแตกต่างจากองคมนตรีของไทย

Privy Council เป็นองค์กรที่มีความประวัติศาสตร์เก่าแก่ที่สุดย้อนหลังไปถึงยุคแรกเริ่มที่มีการก่อตั้งราชวงศ์อังกฤษ โดยถือเป็นเอกลักษณ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงระบบการเมืองการปกครองของสหราชอาณาจักรที่ใช้ระบบ constitutional monarchy ที่มีพระมหากษัตริย์เป็นส่วนสำคัญในการบริหารงานของรัฐบาล กล่าวคือมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการถวายความเห็นต่อพระมหากษัตริย์ในการบริหารราชการแผ่นดิน พระราชาหรือพระราชินีจะทรงแต่งตั้งสมาชิกของ Privy Council หรือที่เรียกว่า Privy Councillor ด้วยพระองค์เอง โดยมีวาระการดำรงตำแหน่งตลอดชีพ สมาชิกส่วนใหญ่มาจาก 3 กลุ่มหลักคือ นักการเมืองอาวุโสในสภาล่างและสภาสูง, ผู้พิพากษาอาวุโส และตัวแทนคริสตจักร สำหรับสมาชิกที่เป็น คณะรัฐมนตรีทุกคน และ junior Ministers จะมีวาระตามตำแหน่งรัฐมนตรีที่ได้รับในรัฐบาล ผู้ที่เป็นประธาน Privy Council เรียกว่า the President of the Council

อำนาจหน้าที่หลักของ Privy Council คือการออกคำสั่งหรือพระบรมราชโองการ แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ (1) Orders in Council (เป็นคำสั่งที่ได้รับความเห็นชอบของที่ประชุม Privy Council ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากสมเด็จพระราชินีนาถ (The Queen) และ (2) Orders of Council ซึ่งไม่ต้องซึ่งผ่านความเห็นชอบจากสมเด็จพระราชินีนาถ โดยสามารถดำเนินการผ่าน The Lords of the Privy Council (คือผู้ที่มีตำแหน่งรัฐมนตรีในรัฐบาล) อย่างไรก็ตาม หากเป็นการออกคำสั่งที่อาศัยอำนาจตามกฎหมายในระดับ Act of Parliament ที่เรียกว่า Statutory Orders นั้น จะต้องมีการเสนอร่างคำสั่งนั้นต่อรัฐสภา เพื่อให้ความเห็นชอบก่อน แล้วจึงเสนอ Privy Council ต่อไป

อำนาจหน้าที่หลักของ Privy Council ที่เกี่ยวกับองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายเฉพาะที่เรียกว่า statutory regulatory bodies ซึ่งรวมถึงองค์กรกำกับดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อาทิเช่น แพทยสภาอังกฤษ, General Dental Council, General Optical Council, Health Professions Council นอกจากนี้ ยังมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องกับองค์กรประเภท Chartered Bodies (มีอยู่ราว 900 สถาบัน) องค์กรสาธารณกุศลและบริษัทที่เกี่ยวข้องกับกิจการของ Chartered Bodies

หน้าที่อื่น ๆ ของ Privy Council ที่เกี่ยวกับอำนาจตุลาการคือ การทำหน้าที่ผ่าน Judicial Committee ในฐานะเป็นผู้ตัดสินคดีพิพาทที่ยังศาล Court of Appeal ซึ่งมีหน่วยงานของรัฐเป็นคู่ความร่วมด้วย หรือเป็นกรณีการอุทธรณ์ต่อสมเด็จพระราชินีเพื่อขอให้กลับคำตัดสินของศาลในคดีความผิดร้ายแรงที่มีโทษประหารชีวิตหรือจำคุกตลอดชีวิต

ข้อมูลในเดือนมกราคม ค.ศ. 2010 มีจำนวนสมาชิกราว 600 คน และไม่มีจำนวนสมาชิกขั้นสูงกำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม ในการประชุมแต่ละครั้ง จะมีได้เชิญสมาชิกทุกคนมาประชุมพร้อมกัน แต่จะได้รับเชิญให้เข้าร่วมประชุมในบางครั้ง

อ้างอิงจาก The Privy Council Office at <http://privycouncil.independent.gov.uk/privy-council>

กระบวนการแต่งตั้งกรรมการแพทยสภา

แม้ว่ากรรมการแพทยสภาทุกตำแหน่งจะได้รับการแต่งตั้งจาก Privy Council อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัติ Privy Council มักจะมอบอำนาจให้ Appointments Commission เป็นองค์กรที่ดำเนินการแทนในเรื่องนี้ โดยจะต้องปฏิบัติตามแนวทางที่ Privy Council กำหนดไว้ จากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่า คณะกรรมการแพทยสภาชุดปัจจุบันที่ได้รับแต่งตั้ง Privy Council ได้มอบหมายให้คณะกรรมการที่ชื่อว่า Appointments Commission²⁰ ดำเนินการแทน คณะกรรมการชุดนี้มีเป็นองค์กรอิสระที่ดำเนินการกระบวนการแต่งตั้งคณะกรรมการในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงองค์กรกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ อย่างกรณีแพทยสภาด้วย โดยมี Commissioner for Public Appointments²¹ (ผู้ดำรงตำแหน่งนี้ในปัจจุบัน ชื่อว่า Sir David Normington) ทำหน้าที่ตรวจสอบกระบวนการสรรหาของ Appointments Commission ว่าดำเนินการอย่างไรโปร่งใส เปิดกว้าง เป็นอิสระ และเป็นธรรม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ²²ที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่ง Commissioner for Public Appointments จะแต่งตั้งผู้ตรวจสอบอิสระที่เรียกว่า Independent Public Appointments Assessors ทำหน้าที่ตรวจสอบกระบวนการสรรหาและแต่งตั้งบุคคลในองค์กรของรัฐ โดยเฉพาะ public bodies อีกทั้งยังรับเรื่องร้องเรียนและตรวจสอบการสรรหาที่ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้²³

ตัวอย่างของการจัดทำประกาศของ Appointments Commission เพื่อรับสมัครบุคคลทั่วไปเข้าเป็นกรรมการในกลุ่ม lay members โดยจะมีการส่งจดหมายไปยังองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรผู้บริโภครองการการกุศลต่าง ๆ เพื่อให้เสนอชื่อบุคคลเข้ารับการสรรหาเป็นกรรมการแพทยสภาประเภทดังกล่าว ในเอกสารประกาศเชิญชวนจะระบุให้ชื่อบุคคลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ระดับสูง โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานในองค์กรทางสังคม

²⁰ Appointments Commission จัดตั้งขึ้นในปี 2001 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการจัดให้มีกระบวนการสรรหาคณะกรรมการหรือบุคคลที่มีความเป็นอิสระ ตรวจสอบได้ เดิมนั้นเน้นเฉพาะหน่วยงานในสังกัดของ Department of Health เช่น การแต่งตั้งประธานและกรรมการของ local NHS boards หลังจากนั้นได้ขยายงานไปยังองค์กรด้านสุขภาพและบริการสังคมทุกองค์กร จนกระทั่งในปี 2006 คณะกรรมการชุดนี้ได้รับความไว้วางใจในการมีอำนาจตามกฎหมายคือ Health and Social Care Act ในการแต่งตั้งและสรรหาบุคคลที่ทำงานในหน่วยงานรัฐบาลทุกแห่งรวมถึงองค์กรกำกับดูแลอย่างแพทยสภาด้วย อย่างไรก็ดี ในปัจจุบันมี Health and Social Care Appointments Committee 6 คณะ เพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบในการแต่งตั้งคณะกรรมการในหน่วยงานด้านสุขภาพและ social care เป็นการเฉพาะ

²¹ จัดตั้งขึ้นตาม the Public Appointments Order in Council 2002

²² แนวปฏิบัตินี้เรียกว่า Code of Practice for Ministerial Appointments to Public Bodies

²³ <http://publicappointmentscommissioner.independent.gov.uk/what-we-do/>

คุณสมบัติต้องห้ามของผู้ที่จะสมัครเป็นกรรมการแพทยสภา

กฎหมายที่เป็นบรรณบัญญัติตั้งคณะกรรมการแพทยสภาอังกฤษ ค.ศ. 2008 ได้บัญญัติคุณสมบัติต้องห้ามของผู้ที่จะสมัครเป็นกรรมการแพทยสภาไว้หลายประการ ในรายงานฉบับนี้จะขอยกตัวอย่างบางกรณีที่น่าสนใจ เช่น ผู้ที่เคยได้ถูกตัดสินความผิดเรื่องทุจริต คอร์รัปชัน หรือหลอกลวงในสหราชอาณาจักร และไม่ถือเป็นความผิดที่เรียกว่า spent conviction²⁴ หรือผู้ที่เคยถูกถอดถอนจากตำแหน่งในองค์กรประเภท public body (เป็นองค์กรของรัฐประเภทหนึ่งที่มีใช้ส่วนราชการ) หรือเคยถูกถอดถอนจากตำแหน่งทรัสต์ (trustee) ในองค์กรสาธารณกุศล หรือผู้ที่เคยถูกศาลตัดสินเป็นบุคคลล้มละลายหรือถูกยึดค้ำประกันทรัพย์สินตามคำพิพากษาศาล หรือผู้ที่เคยถูกสอบสวนเรื่อง fitness to practise โดยองค์กรที่มีอำนาจออกใบอนุญาต (licensing body) หรือแพทยสภาอังกฤษ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลนั้นต้องยุติการรับใบอนุญาตเป็นการชั่วคราวหรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตจากนายทะเบียน

การเปิดเผยข้อมูลประโยชน์ได้เสียของคณะกรรมการแพทยสภาและผู้บริหารแพทยสภา²⁵

แพทยสภาอังกฤษเป็นองค์กรที่กำหนดให้คณะกรรมการแพทยสภาและผู้บริหารแพทยสภา (ได้แก่ Co-opted Members; Chief Executive and Directors; Responsible Officer and Senior Medical Adviser; Fitness to Practise Panellists) มีหน้าที่เปิดเผยข้อมูลประโยชน์ได้เสียของตนต่อสาธารณะ และต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในเรื่องการเปิดเผยข้อมูลที่ชื่อว่า “Guidance on the register of interests” ในรายงานวิจัยนี้จะขอยกกล่าวถึงเฉพาะการเปิดเผยข้อมูลประโยชน์ได้เสียของกรรมการแพทยสภาและคู่สมรส ที่เรียกว่า “register of interests” ตัวอย่างเช่น

ประธานกรรมการแพทยสภาคนปัจจุบันชื่อ Professor Sir Peter Rubin มีตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบันคือ

Organisation	Position
University of Nottingham	Professor of Therapeutics
Nottingham University Hospitals	Hon Consultant Physician
Royal College of Physicians (London)	Fellow
Association of Physicians	Member
Medical Protection Society	Member
BMA	Member

²⁴ เช่น ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป กระทำผิดที่มีโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน จะต้องผ่านระยะเวลาฟื้นฟูแก้ไข (rehabilitation period) เป็นเวลา 7 ปี (เป็นไปตามกฎหมายชื่อ Rehabilitation of Offenders Act 1974)

http://www.lawontheweb.co.uk/Road_Traffic_Law/Rehabilitation_of_Offenders_Act

²⁵ <http://www.gmc-uk.org/about/register.asp>

Royal College of GPs	Honorary Fellow
Royal College of Physicians (Edinburgh)	Honorary Fellow
Medico-legal Consultancy	

นอกจากนี้ คู่ครองของประธานกรรมการ (Chair's partner) ที่มิได้จดทะเบียนสมรสกันตามกฎหมาย ชื่อว่า Professor Lindsey Davies มีตำแหน่งเป็นคณบดีคณะสาธารณสุข โดยได้รับตำแหน่งตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2010 มีวาระตำแหน่ง 3 ปี

กรรมการแพทยสภาอังกฤษที่เป็น lay member ชื่อ Mrs Enid Rowlands มีตำแหน่งปัจจุบันคือ

Organisation	Position
Victim Support	Chair
Consumer Focus	Non-executive Board Member
Information Commissioners Office	Non-Executive Director
National Employment Savings Trust (NEST)	Trustee

วาระการดำรงตำแหน่งของกรรมการแพทยสภา

กรรมการแพทยสภาวาระการดำรงตำแหน่งตามที่กำหนดไว้กฎหมาย คือ เป็นไปตามที่ Privy Council กำหนด แต่ผู้ที่เป็กรรมการแพทยสภา จะดำรงตำแหน่งได้ไม่เกิน 8 ปี ในช่วงเวลา 20 ปี (หลักเกณฑ์นี้เริ่มมีผลใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2005) ตัวอย่างเช่น แพทย์ท่านใดที่เคยได้รับตำแหน่งกรรมการ GMC มาแล้วในช่วงเวลา 15 ปีที่ผ่านมา รวมเวลาที่อยู่ในตำแหน่ง 8 ปี แพทย์รายนั้น จะไม่สามารถสมัครเป็นกรรมการแพทยสภาที่มาจากการเลือกตั้งได้อีกอย่างน้อยเป็นเวลา 5 ปี เนื่องจากกฎหมายไม่ต้องการให้กลุ่มแพทย์กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เข้ามาครอบงำหรือผูกขาดการทำงานใน GMC

คณะกรรมการแพทยสภาชุดปัจจุบัน Privy Council กำหนดให้มีวาระการดำรงตำแหน่งรวม 4 ปี (กรรมการชุดปัจจุบันส่วนใหญ่เริ่มปฏิบัติงานได้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2009 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2012) ประธานกรรมการชุดนี้คือ เซอร์ ปีเตอร์ รูบิน (Sir Peter Rubin) อนึ่ง การประชุมคณะกรรมการ มักจะจัดขึ้น 2 เดือนครั้ง แต่ในบางปีก็มีการจัดประชุมเกือบทุกเดือน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับวาระการประชุม เมื่อมีการจัดประชุมแล้วจะมีการเผยแพร่รายงานการประชุมและเอกสารประกอบการประชุมในเว็บไซต์ของ GMC กรรมการจะได้รับค่าตอบแทนเป็นเบี้ยประชุม (attendance allowance) และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีการเปิดเผยข้อมูลค่าใช้จ่ายดังกล่าวให้สาธารณชนทราบ กรรมการจะไม่ได้รับเงินเดือนหรือค่าตอบแทนอื่น ๆ

งบประมาณของแพทยสภา

งบประมาณการดำเนินการของแพทยสภา ได้รับจากเงินค่าธรรมเนียมการขึ้นทะเบียนประจำปี (annual retention fee) ซึ่งแพทย์ที่ยังประกอบวิชาชีพอยู่ มีหน้าที่จ่ายให้แก่แพทยสภา โดยแนวคิดในเรื่องนี้มาจากหลักการที่ว่า แพทย์ทุกคนควรมีส่วนร่วมในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการควบคุม กำกับดูแล แพทย์ตามกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงว่าการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์แต่ละคน จะมีรายได้มากน้อยต่างกันเพียงใด ผลจากการจัดเก็บรายได้จากเงินค่าธรรมเนียม ณ สิ้นปี 2010 มีเงินรายได้รวม 85 ล้านปอนด์ และมีรายได้มากกว่ารายจ่ายราวร้อยละ 20 ปัจจุบันแพทยสภามีพนักงานราว 600 คน ในสำนักงานเมืองลอนดอน, Cardiff (เวลส์), Edinburgh (สกอตแลนด์) และ Belfast (ไอร์แลนด์เหนือ)

คณะกรรมการภายใต้แพทยสภา²⁶

การดำเนินการของแพทยสภา ยังได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการชุดต่าง ๆ มีดังนี้

- 1) Audit and Risk Committee
- 2) Remuneration and Member Issues Committee
- 3) Resources Committee
- 4) Education and Training Committee
- 5) Fitness to Practise Committee
- 6) Standards and Ethics Committee
- 7) Equality and Diversity Committee
- 8) Undergraduate Board
- 9) Postgraduate Board
- 10) Continued Practice, Revalidation and Registration Board
- 11) GMC and Academy of Medical Royal Colleges (AoMRC) Group

คณะกรรมการแต่ละชุดจะมีกรรมกรแพทยสภาที่ได้รับมอบหมายเป็นประธานกรรมการ คณะกรรมการที่แพทยสภาให้ความสำคัญค่อนข้างมากคือ คณะกรรมการด้านแพทยศาสตร์ศึกษาทั้ง 3 ชุดคือ 1) Undergraduate Board 2) Postgraduate Board (ทำหน้าที่เกี่ยวกับการออกใบรับรองหรือ วุฒิบัตรแก่ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรม) และ 3) Continued Practice, Revalidation and Registration Board

²⁶ <http://www.gmc-uk.org/about/committee.asp>

(ได้รับแต่งตั้งเมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2011 แทนคณะกรรมการชุดเดิมที่เรียกว่า Continued Practice Board) คณะกรรมการแต่ละชุดยังมีหน้าที่เสนอแนะการดำเนินการตามนโยบายของคณะกรรมการแต่ละชุดเพื่อให้แพทยสภาพิจารณาอนุมัติ²⁷

แนวปฏิบัติทางจริยธรรมของกรรมการแพทยสภาอังกฤษ

ผู้ที่ดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการแพทยสภาในสหราชอาณาจักร นอกจากจะผ่านกระบวนการคัดสรรหาที่เข้มงวดแล้ว ยังมีหน้าที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางจริยธรรมของกรรมการแพทยสภาอีกด้วย โดยมีข้อพึงปฏิบัติและข้อห้ามหลายประการที่น่าศึกษาวิเคราะห์ ในรายงานวิจัยนี้จะขอยกตัวอย่างเฉพาะหน้าที่ของกรรมการแพทยสภาแต่ละคนที่ต้องถือปฏิบัติ²⁸ อาทิเช่น

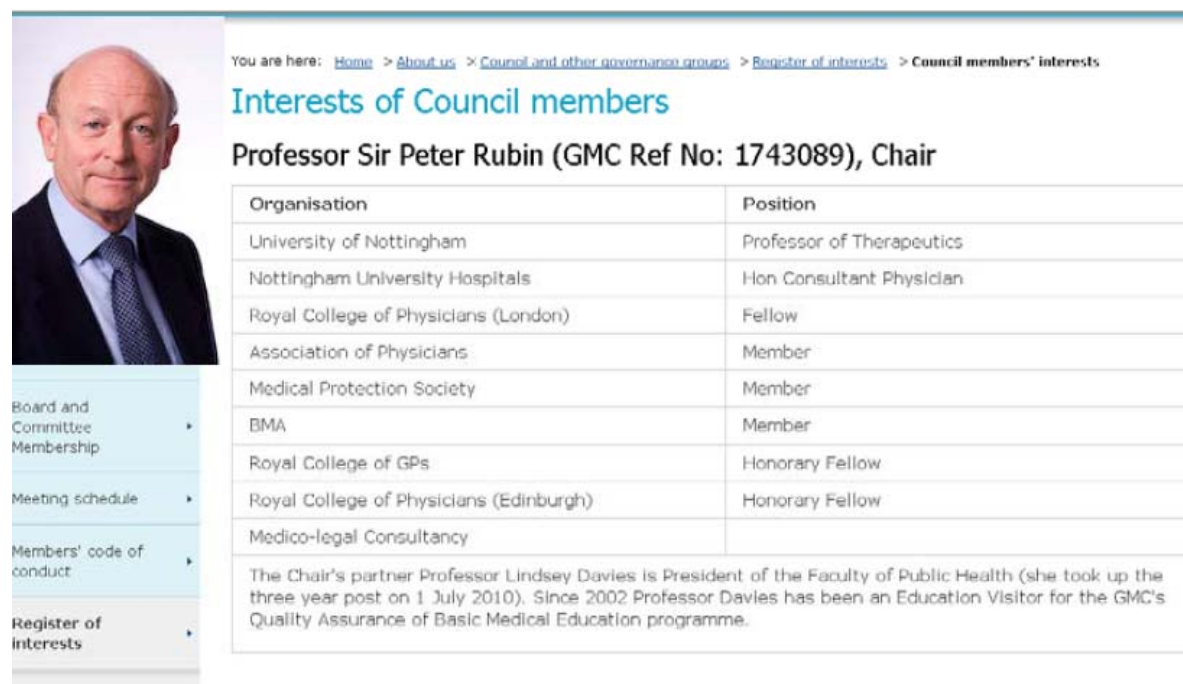
- การปฏิบัติหน้าที่ของกรรมการแพทยสภาในทุกเรื่อง จะต้องเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ (public interest) สำคัญยิ่งกว่าผลประโยชน์ส่วนตัวหรือประโยชน์ของวิชาชีพ (personal or professional interests) กล่าวคือ กรรมการจะต้องปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งแพทยสภาตามกฎหมายคือ การคุ้มครองประชาชน
- จะต้องมีความเข้าใจและปฏิบัติตามขอบอำนาจหน้าที่ของแพทยสภา
- เมื่อคณะกรรมการแพทยสภามีมติใด ๆ แล้ว กรรมการมีหน้าที่ปฏิบัติตามมติของคณะกรรมการ ฯ
- ระมัดระวังในการแสดงความเห็นส่วนตัวต่อสาธารณชน ในกรณีที่มีข้อขัดข้องที่ประชุมคณะกรรมการแพทยสภา และหากมีการให้ข่าวแก่สื่อมวลชน กรรมการจะต้องหารือกับผอ.ฝ่ายสื่อสาร ก่อนเผยแพร่
- หลีกเลี่ยงการให้คำมั่นสัญญา (commitment) หรือการถูกล็อบบี้ (lobby) จากองค์กรหรือบุคคลอื่น และกรรมการมีหน้าที่แจ้งให้ที่ประชุมคณะกรรมการแพทยสภาทราบ
- เปิดเผยข้อมูลผลประโยชน์ส่วนตัวให้สาธารณชนรับทราบที่เรียกว่า Council Members' Register of Interests เพื่อหลีกเลี่ยงกรณีที่อาจขัดต่อการปฏิบัติตามหน้าที่ ความรับผิดชอบในฐานะกรรมการแพทยสภาตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ ตัวอย่างเช่น การดำรงตำแหน่งหน้าที่ทางวิชาการในสถาบันการศึกษา ตำแหน่งในราชวิทยาลัยแพทย ตำแหน่งในองค์กรการกุศล ตำแหน่งที่ปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับบริษัทหรือองค์กรทางสุขภาพหรือบริษัทฯ รวมถึงการมีหุ้นส่วนหรือเป็นเจ้าของในบริษัทเอกชนและผลประโยชน์ส่วนตัวต่าง ๆ

²⁷ http://www.gmc-uk.org/about/three_boards.asp

²⁸ “Members' code of conduct” at http://www.gmc-uk.org/about/register_code_of_conduct.asp

ในบางกรณี ผลประโยชน์บางอย่างอาจเกิดขึ้นภายหลังจากการเข้ารับตำแหน่งเป็นกรรมการแพทยสภา กรรมการก็มีหน้าที่แจ้งให้เลขาธิการแพทยสภา (Council Secretariat) ทราบเพื่อเปิดเผยต่อสาธารณชน หรืออาจเป็นกรณีที่กรรมการท่านนั้นอาจมีผลประโยชน์เกี่ยวข้องกับวาระการประชุมของคณะกรรมการแพทยสภา กรรมการก็มีหน้าที่แจ้งให้ที่ประชุมทราบในทันที

ตัวอย่างการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของประธานกรรมการแพทยสภาอังกฤษ (ชื่อ Professor Sir Peter Rubin)



You are here: [Home](#) > [About us](#) > [Council and other governance groups](#) > [Register of interests](#) > [Council members' interests](#)

Interests of Council members

Professor Sir Peter Rubin (GMC Ref No: 1743089), Chair

Organisation	Position
University of Nottingham	Professor of Therapeutics
Nottingham University Hospitals	Hon Consultant Physician
Royal College of Physicians (London)	Fellow
Association of Physicians	Member
Medical Protection Society	Member
BMA	Member
Royal College of GPs	Honorary Fellow
Royal College of Physicians (Edinburgh)	Honorary Fellow
Medico-legal Consultancy	

The Chair's partner Professor Lindsey Davies is President of the Faculty of Public Health (she took up the three year post on 1 July 2010). Since 2002 Professor Davies has been an Education Visitor for the GMC's Quality Assurance of Basic Medical Education programme.

- หลีกเลี่ยงปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน เช่น การรับของขวัญ การจัดเลี้ยงรับรอง ค่าตอบแทนผู้บรรยาย โดยกรรมการมีหน้าที่เปิดเผยข้อมูลเหล่านี้ให้สาธารณชนทราบ

ในแนวปฏิบัติว่าด้วยการเปิดเผยข้อมูลและผลประโยชน์ขัดกัน (Guidance on the Register of Interests and Conflicts of Interest) ของแพทยสภาอังกฤษ ยังกำหนดกรณีที่กรรมการคนใดคนหนึ่งที่มีผลประโยชน์ส่วนบุคคลในบางเรื่อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบหรือลดความน่าเชื่อถือต่อการปฏิบัติหน้าที่เป็นกรรมการแพทยสภาได้อย่างมีนัยสำคัญที่เข้าลักษณะ “prejudicial interest” โดยเฉพาะกรณีที่ต้องใช้อำนาจตัดสินใจเพื่อรักษาประโยชน์สาธารณะ กรรมการคนดังกล่าวมีหน้าที่ดังนี้คือ

ก. ถอนตัวจากการเข้าร่วมประชุมในขณะที่มีการพิจารณาเรื่องหรือวาระซึ่งที่ประชุมอยู่ระหว่างการพิจารณา และจะต้องไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการลงมติหรือตัดสินใจใด ๆ เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ

ข. แจ้งเวียนการปฏิบัติงานในตำแหน่งกรรมการแพทยสภาที่เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว

ค. หลักเกณฑ์การมีสิทธิพลหรือแทรกแซงการตัดสินใจใด ๆ เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว

1.2 บทบาทหน้าที่ของแพทยสภาตามกฎหมาย

อำนาจหน้าที่ของแพทยสภาตามกฎหมาย Medical Act 1983 มี 4 ประการคือ

1) การดูแลเรื่องการขึ้นทะเบียน และฐานข้อมูลแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนให้ทันสมัยอยู่เสมอ

ข้อมูล ณ สิ้นปี 2009 มีจำนวนแพทย์ที่มาขึ้นทะเบียน (registered doctors) กับ GMC จำนวน 231,000 คน และมีแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนแล้ว และยังประกอบวิชาชีพเวชกรรมอยู่ (hold licence to practice) ในปีดังกล่าวราว 217,000 คน หรือคิดเป็นจำนวนแพทย์ร้อยละ 94 ของแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในสหราชอาณาจักร และในจำนวนแพทย์ทั้งหมดนั้น แพทย์ส่วนใหญ่ราว 1 ใน 4 เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP)

หลักเกณฑ์ในเรื่องการขึ้นทะเบียน (Registration) ของแพทย์ แบ่งออกเป็น 2 กรณีคือ

กรณีที่ 1 แพทย์ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียนกับ GMC จะต้องเข้ารับการอบรม Foundation Programme ในปีที่ (F1) และจะได้รับใบอนุญาตชั่วคราวที่เรียกว่า provisional registration with a licence to practise ซึ่งจะใช้ในการอบรมของแพทย์เท่านั้น และจะต้องชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดไว้ด้วย ในปีสมัครจะมีคำถามในประเด็น fitness to practise หลังจากนั้น แพทย์จะต้องผ่านการอบรมในปีที่ 2 ต่อไป จึงจะมีสิทธิยื่นขอขึ้นทะเบียนแบบสมบูรณ์

กรณีที่ 2 แพทย์ที่ยังขึ้นทะเบียนกับ GMC และเคยสมัครที่ขอลบชื่อตัวเองจากการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นการชั่วคราว ที่เรียกว่า voluntary erasure (เป็นไปตาม Voluntary Erasure and Restoration Regulations 2003) แพทย์ที่ต้องการกลับมาประกอบวิชาชีพอีกครั้งจะต้องยื่นใบสมัครใหม่ โดยถือว่าผ่านอบรม Foundation Programme ในปีที่ (F1) มาแล้ว และถือว่าเป็นแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นการชั่วคราว (provisionally registered doctor) แต่แพทย์ดังกล่าวยังต้องผ่านการฝึกอบรมเป็นเวลา 12 เดือน จึงจะได้รับวุฒิปัตรหรือใบรับรองที่เรียกว่า Certificate of Experience ซึ่งวุฒิปัตรนี้สามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานประกอบการขอขึ้นทะเบียนอย่างสมบูรณ์แบบ full registration ซึ่งจะทำให้แพทย์ท่านนั้นสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้อีกครั้งหนึ่ง

รายละเอียดต่าง ๆ ในการขอขึ้นทะเบียนนั้นยังมีเนื้อหาอีกมาก เช่น แพทย์ที่ถูกลบชื่อออกจากทะเบียนเนื่องจากไม่ชำระค่าธรรมเนียมรายปี หรือมีการเปลี่ยนชื่อ นามสกุล หรือเปลี่ยนที่อยู่และไม่สามารถติดต่อกับ GMC ได้ รวมถึงกรณีแพทย์ที่เคยถูกจำกัดการขึ้นทะเบียน (limited registration) หรือกรณีการขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือกรณีการขึ้นทะเบียนแพทย์ที่จบ

การศึกษาในประเทศอื่น แต่ต้องการเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสหราชอาณาจักร แต่ผู้วิจัยจะไม่กล่าวถึงในรายงานนี้ ผู้สนใจสามารถศึกษาได้เพิ่มเติมในเว็บไซต์ของ GMC²⁹

2) การส่งเสริมมาตรฐานของแพทยศาสตรศึกษาและการฝึกอบรมแพทย์ให้อยู่ในระดับสูง

แพทยสภาหรือ GMC มีหน้าที่กำกับดูแลการพัฒนาวิชาชีพและการฝึกอบรมแพทย์ในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมมาตรฐานแพทยศาสตรศึกษาในระดับสูง และสอดคล้องกับความต้องการในการรักษาผู้ป่วย ลักษณะการให้บริการสุขภาพ และผู้รับการอบรม แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

ก) Undergraduate education

นักศึกษาแพทย์ในสหราชอาณาจักรมีระยะเวลาศึกษารวม 5 ปี จึงจะได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต GMC จะเป็นผู้พิจารณาว่า มหาวิทยาลัยใดสามารถเปิดการเรียนการสอนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตได้ โดยกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขต่าง ๆ ไว้ อีกทั้งยังมีการทดสอบหรือวัดผลคุณภาพ (quality assurance activities) การเข้าตรวจเยี่ยมสถาบันการศึกษาเหล่านั้น โรงเรียนแพทย์ที่ผ่านการรับรองจะต้องจัดส่งรายงานประจำปีให้แก่ GMC โดย GMC จะรับข้อเสนอแนะและตอบข้อกังวลต่าง ๆ ของโรงเรียนแพทย์ นักศึกษาแพทย์ ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งถือเป็นการตรวจสอบโรงเรียนแพทย์อีกชั้นหนึ่ง

ข) Postgraduate education and training

ผู้ที่จบการศึกษาเป็นแพทย์แล้ว จะต้องเข้ารับการอบรมแพทย์จบใหม่เป็นเวลา 2 ปี เรียกว่า the Foundation Programme หลังจากนั้น จึงจะเข้ารับการอบรมเพื่อที่จะเป็นแพทย์ GP ซึ่งใช้เวลาราว 3 ปี หรือเลือกเป็นแพทย์เฉพาะทาง (specialist consultant) ซึ่งใช้เวลานานกว่า 3 ปี โดย GMC จะเป็นผู้พิจารณาอนุมัติหลักสูตรการฝึกอบรมและระบบการประเมินผลดังกล่าว รวมถึงกำหนดเงื่อนไขหรือมาตรฐานต่าง ๆ ในเรื่องนี้ เช่น การให้ผู้เชี่ยวชาญเข้าตรวจเยี่ยมการฝึกอบรม แลกเปลี่ยนความเห็นในการปรับปรุง และแจ้งรายงานการตรวจสอบให้ผู้บริหารหลักสูตรอบรมทราบ ในขณะเดียวกันผู้จัดหลักสูตรก็ต้องส่งรายงานเสนอต่อ GMC เช่นกัน

ค) Continuing professional development

GMC มีอำนาจตามกฎหมายในการสนับสนุนให้มีแพทยศาสตรศึกษา และการพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า continuing professional development (CPD) เพื่อให้แพทย์สามารถพัฒนาทักษะ ความรู้ในวิชาชีพของตนอยู่เสมอตลอดชั่วเวลาที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข้อมูลส่วนนี้มีความสำคัญในการกำหนดเงื่อนไขการขอประเมินผลและการขอต่ออายุการ

²⁹ “Registration and licensing” (GMC) at <http://www.gmc-uk.org/doctors/index.asp>

ประกอบวิชาชีพ (appraisal and revalidation) แต่ GMC ไม่มีหน้าที่ในการให้เครดิตแก่ผู้ผ่านการอบรม หรือโปรแกรม CPD

3) การสนับสนุนเรื่องเวชปฏิบัติที่ดี (good medical practice) ของแพทย์

การพัฒนาหรือปรับปรุงแนวปฏิบัติเรื่องเวชปฏิบัติที่ดี (good medical practice) เป็นสิ่งที่ GMC ให้ความสำคัญอย่างมาก โดยนำเนื้อหาในเรื่องนี้ไปสอดแทรกในการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ใน โรงเรียนแพทย์ การฝึกอบรมแพทย์จบใหม่ การขอขึ้นทะเบียนและขอประกอบวิชาชีพเวชกรรม รวมถึง กระบวนการพิจารณาขอรับรองเรียนในกรณี fitness to practise

ในช่วงต้นปี 2011 แพทยสภาเปิดรับฟังความเห็นจากประชาชนในลักษณะการปรึกษาหารือ (consultation) เกี่ยวกับแนวปฏิบัติเรื่องเวชปฏิบัติที่ดี เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย เช่น การรับฟังความเห็น มีองค์กรที่ขึ้นความเห็นรวม 68 องค์กร ได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรที่เป็น กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงานให้บริการสุขภาพ โรงเรียนแพทย์ แพทยสมาคม และองค์กรกำกับดูแลที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังมีแพทย์ที่ร่วมให้ความเห็นราว 2 พันคน

ปัจจุบัน แพทยสภาได้จัดทำแนวปฏิบัติทางจริยธรรม (ethical guidelines) ในประเด็นต่าง ๆ เช่น Good Medical Practice (2006), การให้ความยินยอมในการรักษา Consent: patients and doctors making decisions together (2008), จริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ Good practice in research and Consent to research (2010), แนวปฏิบัติเรื่องผลประโยชน์ขัดกันของแพทย์ Conflicts of Interest (2008), แนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต Treatment and care towards the end of life (2010) ฯลฯ

4) การดำเนินการต่อแพทย์ที่มีคุณสมบัติไม่เหมาะสมที่จะประกอบวิชาชีพเวชกรรม (fitness to practice may be impaired) อย่างเหมาะสมและเป็นธรรม

แพทยสภาในฐานะที่รับขึ้นทะเบียนแพทย์และออกใบอนุญาตให้แก่แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพใน สหราชอาณาจักร มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการพิจารณาโทษแก่แพทย์ที่มีปัญหาในการประกอบ วิชาชีพในกรณีต่าง ๆ การร้องเรียนของผู้ป่วยหรือประชาชนเกี่ยวกับการทำงานของแพทย์จะแบ่ง ออกเป็น 2 กรณี คือ

กรณีที่ 1 กรณีร้ายแรง ผู้ป่วยสามารถร้องเรียนมายังแพทยสภาโดยตรง

กรณีที่ 2 กรณีที่ไม่ร้ายแรง คือผู้ป่วยมีข้อสงสัย ต้องการคำอธิบายจากแพทย์ ก็สามารถติดต่อไป ยังสถานบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่แพทย์ที่ถูกร้องเรียนปฏิบัติงานอยู่

ข้อร้องเรียนที่แพทยสภาจะรับเรื่องเรียนไว้ดำเนินการเอง จะต้องเป็นกรณีที่ค่อนข้างร้ายแรงที่เกี่ยวกับความสามารถในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ (doctor's fitness to practise) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ professional performance หรือกรณีการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานในเรื่องเวชปฏิบัติที่ดี (good medical practice) รวมถึงกรณีปัญหาความเหมาะสมในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ที่ถูกร้องเรียน (professional conduct) ในกรณีนี้ GMC จะดำเนินการสืบสวน สอบสวนข้อร้องเรียนในทันที ถ้าผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าเป็นกรณีร้ายแรงหรือไม่ ก็สามารถโทรปรึกษาเจ้าหน้าที่ของ GMC ได้ โดยจะถือว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความลับที่ไม่เปิดเผย

ขั้นตอนการตรวจสอบว่า ข้อร้องเรียนดังกล่าวเป็นกรณีร้ายแรงที่อยู่ในความรับผิดชอบของ GMC หรือไม่นั้น จะได้รับการพิจารณาจากผู้ตรวจสอบคดี (case examiners) 2 คน ซึ่งจะต้องเป็นเจ้าหน้าที่ระดับอาวุโสของ GMC ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน และผู้ที่มีไข้แพทย์ 1 คน ผู้ตรวจสอบคดีจะพิจารณาว่าเป็นกรณีร้ายแรงหรือไม่ หากเห็นว่าเป็นกรณีร้ายแรงจะมีการคณะบุคคลที่ทำหน้าที่เป็น panel ทำหน้าที่ไต่สวนข้อเท็จจริง และเชิญแพทย์ ผู้ร้องเรียนมาให้ข้อมูล

ข้อร้องเรียนที่อยู่ในความรับผิดชอบของแพทยสภาหรือ GMC มีลักษณะคือ แพทย์ไม่มีความสามารถในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ (fitness to practise) และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษา หรือกรณีแพทย์ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานในเรื่องเวชปฏิบัติที่ดี ตัวอย่างเช่น

- แพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยโรค หรือทำการหัตถการที่เกิดความผิดพลาดบ่อยครั้ง หรือเป็นความผิดพลาดที่ร้ายแรง เช่น สั่งใช้ยาโดยไม่ถูกต้องที่ทำให้เกิดอันตรายได้
- แพทย์ไม่สามารถทำการตรวจรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม หรือไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้ป่วยได้ (patient's needs)
- กรณีทุจริต หรือประพฤติมิชอบ
- การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลหรือประวัติสุขภาพของผู้ป่วย
- กระทำความผิดทางอาญาในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งผู้ป่วยควรแจ้งตำรวจและแจ้งให้ GMC ทราบในขณะเดียวกัน

อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัติพบว่า ข้อร้องเรียนส่วนใหญ่ไม่เกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่ของ GMC โดยตรง คือ มักจะเป็นกรณีปัญหาความพึงพอใจในการให้บริการของแพทย์หรือสถานบริการสาธารณสุข หรือกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับคำอธิบายที่เพียงพอ ซึ่งกรณีเหล่านี้สามารถแก้ไขหรือหาข้อยุติได้ในระดับพื้นที่ GMC จึงแนะนำให้ผู้ป่วยติดต่อกับผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยรับการรักษา ก่อนเป็นลำดับแรก

การปรับปรุงระบบการรับเรื่องร้องเรียนและการติดตามผล

ช่วงตั้งแต่เดือนตุลาคม 2005 เป็นต้นมา GMC ได้ปรับปรุงระบบการร้องเรียนใหม่ คือเมื่อผู้ป่วยร้องเรียนมายัง GMC โดยตรงแล้ว GMC จะส่งเรื่องร้องเรียนที่เห็นว่าไม่เกี่ยวข้องกับ GMC ไปยังหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ที่ถูกร้องเรียนคือ NHS Trust หรือ Primary Care Trust (PCT)³⁰ หลังจากนั้น GMC จะติดตามเรื่องว่า กรณีดังกล่าวไม่ใช่ปัญหาเรื่อง fitness to practise ของแพทย์จริงหรือไม่ โดยสถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลที่ได้รับเรื่องร้องเรียนสามารถส่งเรื่องกลับมายัง GMC ได้เสมอ หากสถานบริการสาธารณสุขตรวจสอบพบว่า กรณีร้องเรียนนั้น ๆ เกี่ยวข้องกับ fitness to practise ของแพทย์ ซึ่งเป็นอำนาจหน้าที่ของ GMC ที่จะต้องดำเนินการต่อไปคือ อาจต้องมีการดำเนินการสอบสวนหรือระงับทะเบียนของแพทย์ดังกล่าวไว้ เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยรายอื่น ๆ

เนื่องด้วยการร้องเรียนของผู้ป่วยจากการรักษาของแพทย์ จะต้องใช้ประวัติการรักษาของผู้ป่วยเป็นข้อมูลประกอบด้วย GMC จึงต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วย เพื่อขอเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่แพทย์ที่ถูกร้องเรียนรวมถึงผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขที่ไปเข้ารับบริการ โดย GMC จะส่งไปพร้อมกับสำเนาข้อมูลการร้องเรียน ผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขหรือนายจ้างของแพทย์ที่ถูกร้องเรียน อาจดำเนินการสืบสวนข้อเท็จจริงเอง อย่างไรก็ตาม GMC ไม่มีอำนาจตามกฎหมายที่จะบังคับให้สถานบริการฯ ดำเนินการในเรื่องนี้

ช่องทางร้องเรียนอื่น ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของแพทย์ ที่ GMC แนะนำผู้ป่วย มีดังนี้³¹



ก) Patient Advice and Liaison Services (PALS)³² Patient Advice and Liaison Service

Patient Advice and Liaison Services เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งโดย NHS เมื่อปี ค.ศ. 2002 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูล คำแนะนำ คำอธิบายเกี่ยวกับบริการสุขภาพของ NHS รวมถึงขั้นตอนการร้องเรียน และมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย (carers) ในการหาข้อยุติกรณีพิพาท

³⁰ NHS Trust หรือ Primary Care Trust (PCT) เป็นหน่วยให้บริการสุขภาพที่มีอยู่ทั่วประเทศ ตัวอย่างเช่น กรณี Primary Care Trust (PCT) เป็นหน่วยให้บริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิที่มีความสำคัญมาก PCT แต่ละแห่งจะมีแพทย์ GP ทันตแพทย์ หรือจิตแพทย์ รวมถึงเภสัชกรให้บริการ โดย PCT มีให้บริการในท้องถิ่น ในอังกฤษมีราว 151 แห่ง PCT ยังทำงานร่วมกับหน่วยงานและองค์กรอื่น ๆ ในการให้บริการสุขภาพและ social care ปัจจุบันได้รับงบประมาณคิดเป็นร้อยละ 80 ของงบประมาณทั้งหมดของ NHS

³¹ “How to complain about a doctor” (England, General Medical Council, 2011), pp.1-2.

³² <http://www.pals.nhs.uk/cmsContentView.aspx?ItemID=932>

ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในกรณีการได้รับบริการจาก NHS และยังให้คำแนะนำข้อมูลหน่วยงาน องค์กร
อื่นๆ ด้วย ข้อมูลในปี 2011 พบว่า PALS ได้ให้บริการให้คำปรึกษา แนะนำหลายพันครั้งในแต่ละวัน

การให้บริการของ PALS มีส่วนช่วยยกระดับคุณภาพบริการของ NHS ให้ดีขึ้น ผ่านการรับฟัง
ข้อมูล คำแนะนำของผู้รับบริการ และยังเป็นหน่วยงานที่เฝ้าระวัง ตรวจสอบการทำงานของหน่วย
ให้บริการต่าง ๆ ในกรณีที่พบปัญหาอีกด้วย



ข) Independent Complaints Advocacy Services (ICAS³³)

เป็นบริการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ดำเนินการโดยกระทรวง
สุขภาพหรือกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) โดยเน้นเรื่องการรับข้อร้องเรียนต่าง ๆ
เกี่ยวกับการให้บริการของ NHS มีการรักษาความลับของผู้ร้องเรียน โดยเริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ 1
กันยายน 2003 ทั้งนี้ กระทรวงสุขภาพได้ทำสัญญากับหลายองค์กร ที่จะทำหน้าที่ให้บริการ ICAS นี้ใน
อังกฤษ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2006 เป็นต้นไป

ค) องค์กรให้คำแนะนำพลเมืองในท้องถิ่น (local Citizens Advice Bureau³⁴)

องค์กรแห่งนี้จดทะเบียนเป็นองค์กรสาธารณกุศล (a registered charity) มีเป้าหมายในการ
ดำเนินงาน 2 ประการคือ การให้คำแนะนำแก่ประชาชนที่ประสบปัญหาต่าง ๆ และเพื่อปรับปรุง
นโยบายและแนวปฏิบัติของหน่วยงานที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน การให้บริการแก่ประชาชนนั้นไม่
คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ มีความเป็นอิสระและเป็นกลางในการให้คำปรึกษาแนะนำ อีกการให้คำแนะนำ
ดังกล่าวยังถือเป็นข้อมูลความลับที่ไม่เปิดเผยอีกด้วย

มาตรการลงโทษของ GMC ต่อแพทย์ ในกรณีที่พบว่าแพทย์กระทำผิดตามที่ถูกร้องเรียนจริง
หรือ GMC สอบสวนพบการกระทำผิดในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ระดับโทษมีความร้ายแรง
ต่างกัน มีดังนี้

- การตักเตือนแพทย์ที่ถูกร้องเรียน
- การกำหนดเงื่อนไขบางอย่างในการขึ้นทะเบียน โดยกำหนดให้แพทย์สามารถประกอบ
วิชาชีพเวชกรรมภายใต้การควบคุมหรือจำกัดประกอบวิชาชีพเวชกรรมบางอย่าง
- แพทย์ที่ถูกร้องเรียนอาจยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลง (undertakings) ที่ทำกับ GMC โดยทำ
การรักษาผู้ป่วยหรือประกอบวิชาชีพได้ภายใต้การควบคุม

³³ <http://www.seap.org.uk/icas/>

³⁴ <http://www.citizensadvice.org.uk/index/aboutus.htm>

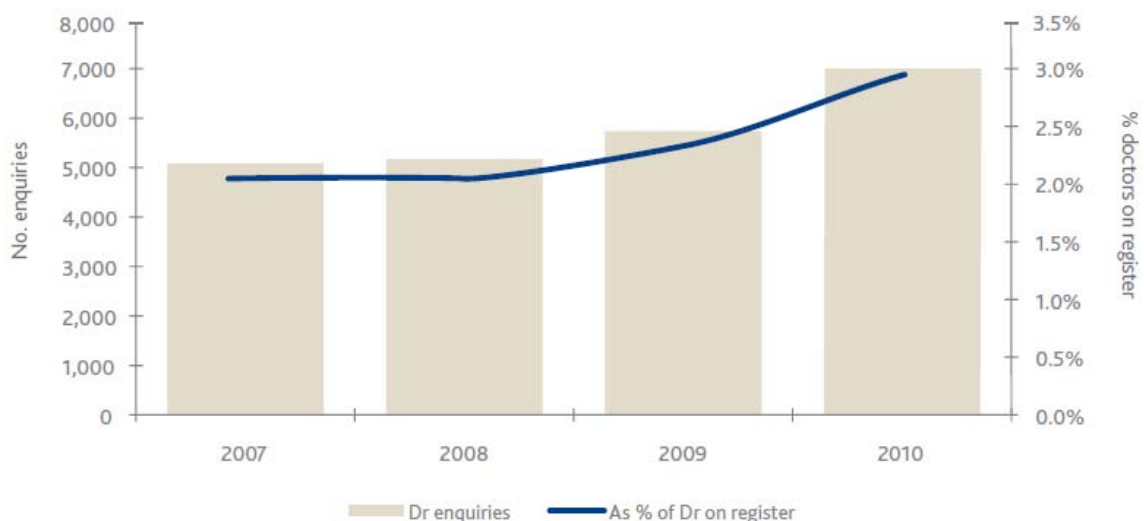
- การสั่งระงับการขึ้นทะเบียนของแพทย์เป็นการชั่วคราว ซึ่งจะมีผลทำให้แพทย์รายนั้นไม่สามารถประกอบวิชาชีพได้ช่วงระยะเวลาดังกล่าว หรือ
- เพิกถอนการขึ้นทะเบียน ซึ่งทำให้ไม่สามารถกลับมาประกอบวิชาชีพได้อีกเลย

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ GMC ไม่มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการได้คือ การสั่งปรับแพทย์ที่กระทำผิด, การให้แพทย์กล่าวคำขอโทษต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

ข้อมูลสถิติจำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับแพทย์ที่มายังแพทยสภา

ระหว่างปี ค.ศ. 2007 – 2010 มีข้อมูลที่น่าสนใจคือ จำนวนเรื่องร้องเรียนในปี 2010 กับ ปี 2009 มีจำนวนเรื่องร้องเรียนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 24 และหากเปรียบเทียบกับข้อมูลในปี 2007 พบว่ามีจำนวนเรื่องร้องเรียนเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 38 และหากจำแนกตามประเภทของผู้ยื่นคำร้องพบว่า มีบุคคลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐที่เรียกว่า ‘person acting in a public capacity’ (PAPC) ยื่นคำร้องในปี 2010 จำนวน 1,395 ราย เพิ่มขึ้นจากปี 2007 ที่มีจำนวน 492 ราย หรือเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 184 และเมื่อคิดสัดส่วนของจำนวนกรณีร้องเรียนกับจำนวนแพทย์ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในสหราชอาณาจักรปรากฏว่า ข้อมูลในปี 2010 มีจำนวนแพทย์ที่ถูกร้องเรียนเกือบร้อยละ 3 ของจำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด³⁵ (ดูกราฟ 1.1 ข้อมูลจำนวนกรณีร้องเรียนเกี่ยวกับแพทย์ที่มายัง GMC ประกอบ)

กราฟ 1.1 ข้อมูลจำนวนกรณีร้องเรียนเกี่ยวกับแพทย์ที่มายัง GMC ระหว่างปี ค.ศ. 2007 - 2010



³⁵ “2010 Annual Statistics Fitness to Practise” (General Medical Council, 2011), p.7.

1.3 การควบคุม fitness to practice และจริยธรรมทางการแพทย์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

กระบวนการพิจารณาข้อร้องเรียนในเรื่อง Fitness to Practise (FTP) และจริยธรรมทางการแพทย์ (medical ethics) ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมาย Medical Act 1983 หมวด 5 FITNESS TO PRACTISE AND MEDICAL ETHICS และ General Medical Council (Fitness to Practise) Rules Order of Council 2004

ความหมายของคำว่า “impaired fitness to practise” มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย Medical Act 1983 มาตรา 35C(2) สรุปได้ดังนี้

- ก) ประพฤติผิดจริยธรรมหรือจรรยาแพทย์ (misconduct)
- ข) ความสามารถในการประกอบวิชาชีพบกพร่องหรือต่ำกว่ามาตรฐานแห่งวิชาชีพ (deficient professional performance)
- ค) ถูกกล่าวหาหรือตั้งข้อหาว่ากระทำความผิดทางอาญาในดินแดนหมู่เกาะอังกฤษ (the British Islands) หรือกระทำความผิดในดินแดนอื่นซึ่งถือว่าเป็นความผิดตามกฎหมายอังกฤษหรือเวลส์
- ง) มีความผิดปกติทางร่างกายหรือจิตเวช
- จ) กรณีอื่น ๆ ที่ถือว่าเข้าข่ายตามการพิจารณาขององค์กรตามกฎหมายที่ควบคุม กำกับดูแล แพทย์

ตัวอย่างกรณีที่อาจเป็นปัญหา fitness to practise อาทิเช่น³⁶

- กรณีที่พบความเสี่ยงหรืออันตรายที่มักจะเกิดขึ้นจากการประกอบวิชาชีพของแพทย์รายนั้น ซึ่งเหตุการณ์เหล่านั้นชี้ให้เห็นถึงความบกพร่องในด้านทักษะ ความชำนาญในการดูแลรักษาผู้ป่วย หรือเกิดความผิดพลาดซ้ำ ๆ กันบ่อยครั้ง หรือเป็นกรณีที่ไม่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ถือว่าเข้าข่ายปัญหาเรื่อง professional performance
- แพทย์ใจจู้หรือประมาทเลินเล่อ (reckless) ที่จะไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานหรือจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยไม่คำนึงว่ากรณีดังกล่าวจะเป็นความผิดอาญาหรือไม่ เหตุการณ์ที่เข้าข่ายกรณีนี้แสดงให้เห็นถึงความบกพร่องของแพทย์ที่มีปัญหาในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม รวมถึงกรณีการแสดงพฤติกรรมหยาบคายต่อผู้ป่วย
- แพทย์ที่ละเมิดต่อความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อตัวแพทย์เอง หรือมีการละเมิดสิทธิผู้ป่วยหรือสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล เช่น การแสดงกริยาอาการที่ไม่เคารพสิทธิหรือความรู้สึกของผู้ป่วย หรือการใช้สถานะความเป็นแพทย์เพื่อละเมิดสิทธิของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

³⁶ “The Meaning of Fitness to Practice” (GMC)

- การแสดงพฤติกรรมของแพทย์ในลักษณะที่ไม่ซื่อสัตย์ (dishonestly) หรือหลอกลวง (fraudulently) ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือละเมิดบุคคลอื่น ก็ถือเป็นเรื่องที่กระทบต่อความเชื่อมั่นของประชาชน
- แพทย์ที่มีปัญหาทางสุขภาพซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วย เช่น แพทย์ที่ติดเครื่องดมแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด และแพทย์รายนั้นมิได้เข้ารับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม

รายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การพิจารณา ตลอดจนกระบวนการ ขั้นตอนหลายประการ สรุปได้ดังนี้

ข้อร้องเรียนหรือกรณีปัญหาที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของแพทยสภา (GMC) ในกรณี Fitness to Practise และจริยธรรมทางการแพทย์ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสืบสวน สอบสวน (investigation stage)

ขั้นตอนการพิจารณาข้อเท็จจริงที่มีการร้องเรียนเกี่ยวกับแพทย์ในเบื้องต้นว่า มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการต่อไปในขั้น adjudication stage หรือไม่ ซึ่งจะมีเกณฑ์พิจารณาในเรื่องนี้เป็นการเฉพาะ ผลการพิจารณาในขั้นนี้อาจเป็นกรณีพบว่า แพทย์มีข้อบกพร่องในเรื่อง fitness to practise จริง แต่เป็นกรณีไม่ร้ายแรง ก็จะออกคำสั่งให้แพทย์ดำเนินการตามที่กำหนดไว้ แต่หากเป็นกรณีที่แพทย์มีข้อบกพร่องในเรื่อง fitness to practise และเป็นกรณีค่อนข้างร้ายแรง ก็จะมีการดำเนินการต่อไปในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การพิจารณาตัดสิน (adjudication stage)

ขั้นตอนหลังจากที่มีการสอบสวนข้อเท็จจริงเบื้องต้นแล้วว่า GMC มีอำนาจพิจารณาข้อร้องเรียนเหล่านั้นได้ ขั้นตอนนี้จะมีการสืบพยานของกลุ่มกรณีและผู้เกี่ยวข้องกับผู้ร้องเรียน ซึ่งจะมีองค์คณะหรือคณะกรรมการที่ทำหน้าที่พิจารณาคัดสิน

ในกรณีที่ปรากฏข้อเท็จจริงว่า แพทย์ที่ถูกร้องเรียนกระทำความผิดอาญาและถูกศาลตัดสินลงโทษจำคุก (ได้แก่ กรณีแพทย์ได้รับโทษจำคุก หรือกรณีแพทย์ได้รับการรอลงอาญา) หรือแพทย์รายนั้นถูกองค์กรกำกับดูแลด้านสุขภาพอื่น (regulatory body³⁷) สั่งลงโทษมาก่อนในเรื่องที่เกี่ยวกับข้อร้องเรียน นายทะเบียนหรือ Registrar ของแพทยสภามีหน้าที่ต้องส่งเรื่องดังกล่าวไปยังขั้นตอน adjudication stage ในทันที โดยไม่ต้องผ่านการสืบสวน investigation stage อีก แต่หากแพทย์ที่ถูกร้องเรียนได้รับโทษอาญาอื่น ๆ Registrar อาจพิจารณาสืบสวนข้อเท็จจริงก่อนดำเนินการต่อไป

³⁷ “regulatory body” means a regulatory body which has the function of authorizing persons to practise as a member of a health or social care profession.

การดำเนินการในกรณีเกี่ยวกับ Fitness to Practise ตามกฎหมายฉบับนี้นั้น จะต้องมีความเกี่ยวข้องกับการร้องเรียนแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับ GMC ใน 3 กลุ่มคือ (ก) แพทย์ที่ขึ้นทะเบียนประเภทสมบูรณ์ เรียกว่า fully registered (ข) แพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนชั่วคราว เรียกว่า provisionally registered หรือ (ค) แพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้ แต่ถูกจำกัดการประกอบวิชาชีพ ๑ บางอย่าง เรียกว่า registered with limited registration ทั้งนี้ ไม่คำนึงว่าแพทย์ดังกล่าวจะมีใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (licence to practise) หรือไม่

นอกจากนี้ หากแพทย์ที่ถูกร้องเรียนได้กระทำความผิดนอกประเทศสหราชอาณาจักร หรือในขณะกระทำความผิดนั้น แพทย์รายนั้นยังมิได้ขึ้นทะเบียนกับ GMC แต่ภายหลังได้เข้ามาประกอบวิชาชีพในสหราชอาณาจักร กรณีเหล่านี้ก็ยังคงอยู่ในอำนาจของ GMC ที่จะรับไปดำเนินการได้เช่นกัน

ขั้นตอนการตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น (enquiries)

ขั้นตอนนี้ เป็นช่วงเริ่มต้นของกระบวนการภายหลังจากที่ GMC ได้รับเรื่องร้องเรียนคือ ขั้นตอนการตรวจสอบข้อมูล ข้อเท็จจริงจากกรณีร้องเรียนที่ GMC ได้รับจากผู้ร้องเรียน³⁸ ซึ่งเจ้าหน้าที่ของ GMC ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการกลั่นกรองในเบื้องต้นว่า เป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของ GMC ที่จะรับไว้ดำเนินการเกี่ยวกับ fitness to practise หรือไม่ โดยปกติแล้วจะใช้เวลาในขั้นตอนนี้ประมาณ 1 สัปดาห์ หากข้อมูลการร้องเรียนไม่พบว่าเกี่ยวข้องกับประเด็น fitness to practise ของแพทย์ ก็จะปิดเรื่อง ไม่ดำเนินการต่อไป เช่น ข้อร้องเรียนนั้นไม่เกี่ยวข้องกับแพทย์แต่อย่างใด หรือเป็นปรากฏชัดเจนว่าเป็นการก่ออาชญากรรมหรือใส่ร้าย แต่ในขั้นตอนนี้เจ้าหน้าที่ GMC มิได้มีหน้าที่พิจารณาว่า แพทย์ที่ถูกร้องเรียนกระทำผิดจริงหรือไม่

แพทย์ที่ถูกร้องเรียนต่อ GMC จะต้องเข้าลักษณะมีความบกพร่อง (impaired) ในเรื่อง Fitness to Practise ซึ่งกฎหมาย Medical Act 1983 มาตรา 35C (2) ได้บัญญัติลักษณะความบกพร่องไว้ 5 ลักษณะ³⁹ คือ

³⁸ ตามกฎหมายอังกฤษกำหนดให้ประชาชนทุกคนสามารถร้องเรียนได้ โดยไม่คำนึงว่าจะต้องเป็นผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเท่านั้น เช่น ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย แพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ทราบข้อมูลการประกอบวิชาชีพที่ไม่ถูกต้องของแพทย์ (เช่น แพทย์ที่เป็นเพื่อนร่วมงาน พยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ทราบหรือสงสัยพฤติกรรมกรรมการประกอบวิชาชีพของแพทย์รายนั้นว่า อาจมีความบกพร่องในเรื่อง fitness to practise) เจ้าหน้าที่ตำรวจที่ได้รับแจ้งเหตุ สื่อมวลชน หรือหน่วยงาน องค์กรที่แพทย์ที่ถูกร้องเรียนทำงานหรือเคยทำงานอยู่ รวมถึงบุคคลทั่วไป

³⁹ “The Meaning of Fitness to Practise” (General Medical Council, 2006).

1) การประกอบวิชาชีพที่ไม่เหมาะสมหรือผิดจริยธรรม (misconduct) เช่น แพทย์งัดใจหรือประมาทเลินเล่อในการรักษาผู้ป่วย หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานทางวิชาชีพที่สามารถดำเนินการได้ ความประพฤติที่ไม่เหมาะสมนี้อาจเป็นความผิดอาญาหรือไม่ก็ได้ บางกรณีเกิดจากแพทย์ไม่เต็มใจที่จะประกอบวิชาชีพตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์ หรือกรณีแพทย์แสดงพฤติกรรมหยาบคาย แสดงอารมณ์รุนแรงที่ไม่ปกติ (atypical rude outburst) หรือกรณีแพทย์มีพฤติกรรมทุจริต หลอกลวง หรือแพทย์ไม่เคารพสิทธิผู้ป่วย ละเมิดสิทธิผู้ป่วยหรือไม่เอาใจใส่ต่อความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย (patients' rights or feelings)

2) ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมบกพร่อง (deficient professional performance) อาทิเช่น ความบกพร่องในการประกอบวิชาชีพของแพทย์รายนั้น ทำให้เกิดความเสียหายหรืออาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย โดยอาจพบความผิดพลาดบ่อยครั้ง หรือมีพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติตามเวชปฏิบัติที่ดีหลายครั้ง

3) กรณีถูกกล่าวหาว่ากระทำผิดกฎหมายอาญา หรือเป็นกรณีที่น่าจะเป็นกระทำผิดกฎหมายอาญาตามหมู่เกาะอังกฤษ (the British Islands⁴⁰) ซึ่งถือเป็นความผิดตามกฎหมายอังกฤษและเวลส์

4) มีความบกพร่องทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่มีระดับรุนแรง (adverse physical or mental health) คือความบกพร่องทางสุขภาพของแพทย์ที่มีผลต่อความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย

5) เข้าเกณฑ์การพิจารณาขององค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและ social care ซึ่งมีผลกระทบต่อความบกพร่องในเรื่อง fitness to practise ของแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพนั้น ๆ หรือเข้าเกณฑ์การพิจารณาขององค์กรกำกับดูแลตามกฎหมายอื่น ๆ

กลไกรับเรื่องร้องเรียนที่น่าสนใจของ GMC คือ กรณีที่ผู้ป่วยร้องเรียนต่อ GMC เป็นเวลาต่อเนื่องมาเกินกว่า 5 ปี นับแต่วันที่เกิดเหตุการณ์ที่ร้องเรียนขึ้น Registrar จะไม่ส่งเรื่องต่อให้ GMC ดำเนินการ เว้นแต่เป็นกรณีเพื่อประโยชน์สาธารณะ (public interest) และจะมีการสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นว่า เหตุใดจึงมีการรายงานมายัง GMC ล่าช้าเกินกว่า 5 ปี

ขั้นตอนที่ 1 การสืบสวน สอบสวน (investigation stage)⁴¹

ขั้นตอนนี้ จะเริ่มจากแพทย์สภาหรือ GMC มอบหมายให้นายทะเบียนหรือเจ้าหน้าที่ของ GMC ที่รับผิดชอบในเรื่องนี้ซึ่งเรียกรวมกันตามกฎหมายว่า นายทะเบียน หรือ “Registrar” เป็นผู้พิจารณาว่า

⁴⁰ the British Islands ประกอบด้วย ประเทศสหราชอาณาจักร, the Bailiwick of Jersey, Bailiwick of Guernsey (including Alderney, Herm, and Sark) และ the Isle of Man

⁴¹ Guidance to the GMC's Fitness to Practise Rules 2004

ข้อร้องเรียนนั้น ๆ เข้ากรณีตามที่บัญญัติไว้ใน Medical Act 1983 มาตรา 35C (2) ข้างต้นหรือไม่ ในกรณีจำเป็นที่ต้องการสืบสวนเบื้องต้น เจ้าหน้าที่จะดำเนินการติดต่อกับนายจ้าง (employer) หรือผู้บริหารของแพทย์ที่ถูกร้องเรียน เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่ง Registrar อาจจะสรุปความเห็นในเรื่องนี้ได้ หรืออาจต้องส่งเรื่องไปให้ Investigation Committee ที่อยู่ในขั้นตอน investigation stage เพื่อดำเนินการต่อไป หรืออาจเสนอให้ส่งเรื่องเข้าสู่ขั้นตอน กระบวนการ การดำเนินการในชั้นพิจารณาได้สวนและตัดสิน (adjudication stage) ได้ทันที

ในทางกลับกันหาก Registrar พบว่า ข้อร้องเรียนนั้น ไม่เกี่ยวข้องกับแพทย์หรือเป็นกรณีที่ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของ GMC หรือเป็นกรณีร้องเรียนเพื่อกลั่นแกล้งหรือรบกวนการปฏิบัติงานของแพทย์ ก็จะไม่ยกเลิกการดำเนินการในกรณีนั้น ๆ

กรณีที่ Registrar พิจารณาไม่ส่งเรื่องดำเนินการต่อไป Registrar มีหน้าที่แจ้งเรื่องนี้พร้อมเหตุผลให้ผู้ร้องเรียนทราบ Registrar อาจให้คำแนะนำแก่ผู้ร้องเรียนให้ติดต่อหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น NHS หรืออาจส่งเรื่องร้องเรียน (refer) ไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป อาทิเช่น กรณีแพทย์ที่เป็นพนักงานหรือปฏิบัติงานให้กับ NHS ที่เป็นหน่วยงานของรัฐ GMC ก็จะส่งเรื่องไปให้หน่วยให้บริการของ NHS ที่แพทย์ที่ถูกร้องเรียนพิจารณาดำเนินการ และให้รายงานกลับมายัง GMC ถ้าเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกกรณีคือ แพทย์ที่ทำงานให้กับโรงพยาบาลเอกชน GMC จะติดต่อกับเจ้าของกิจการของแพทย์รายนั้นโดยตรง เพื่อให้พิจารณาว่ามีประเด็นข้อกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์รายนั้นหรือไม่ และมีความจำเป็นจะต้องสืบสวนต่อไปหรือไม่ อย่างไร

ในขั้นตอนการสืบสวน สอบสวนนี้ เจ้าหน้าที่ GMC จะเป็นผู้พิจารณาแนวทางหรือรูปแบบการตรวจสอบข้อเท็จจริงที่เหมาะสมในแต่ละกรณี โดยอาจมีการร้องขอข้อมูล เอกสารประวัติการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขที่แพทย์ที่ถูกร้องเรียนปฏิบัติงานอยู่ หรือขอเอกสารจากผู้ร้องเรียน รวมถึงพยานหลักฐานจากบุคคลอื่น เช่น ตำรวจ นายจ้างของแพทย์รายนั้น ในบางกรณีจะมีการเชิญบุคคลมาให้การเป็นพยานบุคคล หรือขอความเห็นจากพยานผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางคลินิก และอาจต้องมีการประเมินสุขภาพของแพทย์ที่ถูกร้องเรียน ประเมินประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของแพทย์ดังกล่าว

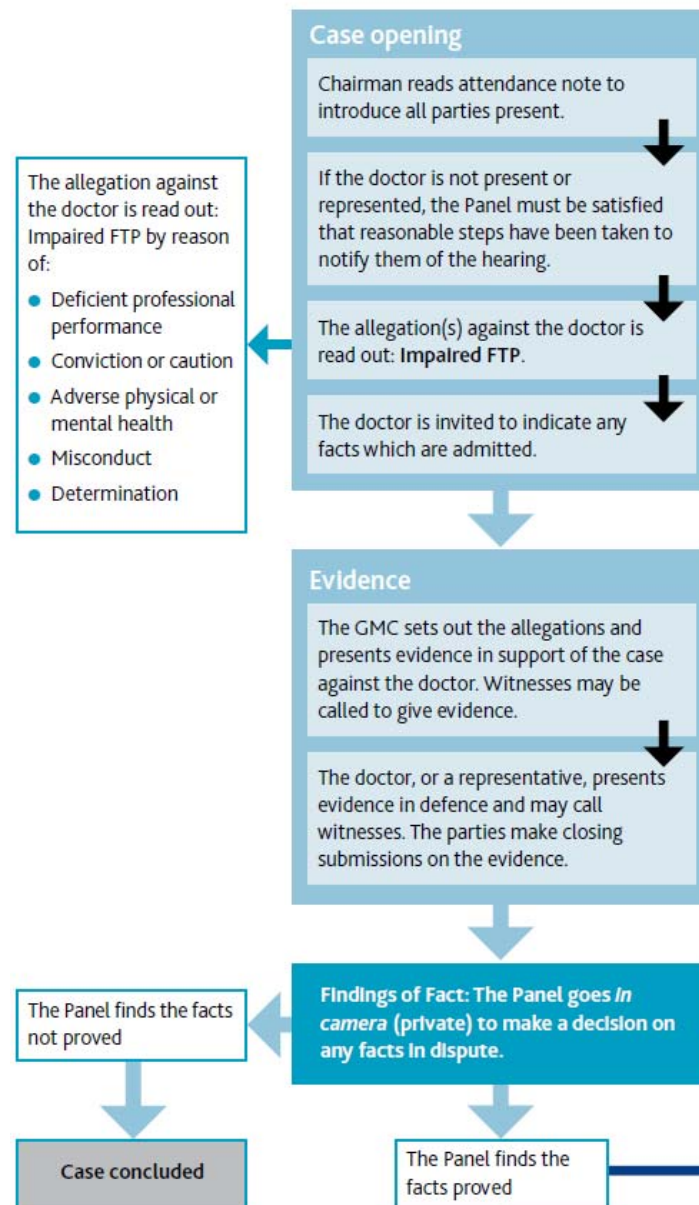
กฎหมายยังให้อำนาจแก่ Registrar ในการสืบสวน ตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อร้องเรียนเพิ่มเติมได้ตามที่เห็นควร รวมถึงการสั่งให้มีการตรวจสอบหรือประเมินความสามารถในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ก็ได้⁴² แต่ในทางปฏิบัตินั้น Registrar จะมอบอำนาจนี้ให้แก่กฏหมาย

⁴² Rule 7 ...

(2) The Registrar shall carry out any investigations, whether or not any have been carried out under rule 4(4), as in his opinion are appropriate to the consideration of the allegation under rule 8.

ประจำ GMC หรือผู้ที่หน้าที่เป็น **case examiner**⁴³ โดยหากเป็นกรณีที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิกด้วย ก็จะต้องมอบหมายให้ case examiner ที่มีความรู้ทางการแพทย์ร่วมตรวจสอบด้วย (กรุณาดู แผนผัง 1.2 ขั้นตอนการดำเนินการในชั้นสืบสวน สอบสวนประกอบ)

แผนผัง 1.2 ขั้นตอนการดำเนินการในชั้นสืบสวน สอบสวน (investigation stage)



แหล่งข้อมูล : “Fitness to Practise investigations and hearings Information for journalists” (2011 General Medical Council).

(3) The Registrar may direct that an assessment of the practitioner's performance or health be carried out in accordance with Schedule 1 or 2.

⁴³ case examiner เป็นเจ้าหน้าที่ของ GMC ซึ่งได้รับแต่งตั้งจาก Registrar และต้องผ่านขั้นตอนการคัดเลือกที่เข้มงวด ภายใต้การควบคุมดูแลของ the Office of the Commissioner for Public Appointments

การประเมินความสามารถในการประกอบวิชาชีพ ฯ หรือการประเมินสุขภาพของแพทย์

หากเป็นการตรวจสอบแพทย์ในประเด็นการประเมินความสามารถในการประกอบวิชาชีพ ฯ หรือการประเมินสุขภาพของแพทย์ (health assessment) โดยหลักการจะต้องขอความยินยอมจากแพทย์ที่ถูกร้องเรียนด้วย โดยการประเมินในลักษณะนี้ **ทีมผู้ประเมิน (Assessment Team)** จะประกอบด้วยบุคคล 3 คนคือ แพทย์ 2 คนที่ GMC คัดเลือก ในหลายกรณีแพทย์ทำการประเมินมักจะเป็นจิตแพทย์ ส่วนผู้ประเมินอีกหนึ่งคนคือ ผู้มิใช่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (lay assessor) อีก 1 คน ทีมผู้ประเมินสามารถขอคำแนะนำหรือขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ และสามารถอนุญาตให้แพทย์ที่ถูกประเมิน ตอบคำถามในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในท้ายที่สุดทีมประเมินจะจัดทำรายงานสรุปผลประเมินเสนอต่อ GMC ว่าจำกัดการประกอบวิชาชีพอย่างไร และให้คำแนะนำในเรื่องการบำบัดรักษาในกรณีแพทย์รายนั้นมีสุขภาพบกพร่อง ผลการพิจารณาจะต้องเปิดเผยให้แพทย์ที่ถูกประเมินทราบ และต้องแจ้งให้นายจ้างหรือสถานพยาบาลของแพทย์รายนั้นทราบด้วย

ในกรณีที่แพทย์ที่ถูกร้องเรียนไม่ให้ความยินยอมในการประเมินของทีมประเมิน ในกรณีนี้จะมีการส่งเรื่องไปยัง Fitness to Practise Panel เพื่อพิจารณาว่า แพทย์รายนั้นมีความสามารถบกพร่องในการประกอบวิชาชีพหรือไม่ หากผลการพิจารณาชี้ว่าแพทย์รายนั้นไม่ควรประกอบวิชาชีพ ก็จะถูกสั่งให้ระงับการขึ้นทะเบียนของแพทย์เป็นการชั่วคราว หรือกำหนดเงื่อนไขบางอย่างในการขึ้นทะเบียน หรือถ้าเป็นกรณีแพทย์ที่ถูกร้องเรียนมีอาการเจ็บป่วยทางกายหรือจิตใจขึ้น

ผลการพิจารณาในขั้นตอนการสืบสวน สอบสวน (investigation stage)

เมื่อมีการพิจารณาข้อเท็จจริงในขั้นตอนนี้แล้วเสร็จ GMC จะมอบหมายให้ case examiner จำนวน 2 คน (คนหนึ่งเป็นแพทย์ อีกคนหนึ่งมิได้เป็นแพทย์) ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ระดับอาวุโสของ GMC ทั้งนี้ case examiner จะทำการสรุปผลคดีและดำเนินการต่อไปนี้ คือ

- 1) ไม่ดำเนินการใด ๆ ต่อไป (no action) (คือ ข้อร้องเรียนไม่มีมูล หรือไม่เกี่ยวข้องกับ GMC)
- 2) ออกคำเตือน (warning) ส่งถึงแพทย์ที่ถูกร้องเรียน
- 3) ส่งเรื่องร้องเรียนให้แก่ Fitness to Practise Panel ดำเนินการต่อไป
- 4) เห็นชอบให้มีการทำความตกลงกับแพทย์ที่ถูกร้องเรียน

การตัดสินใจของ case examiner ทุกกรณีข้างต้น จะต้องเห็นชอบร่วมกันทั้งสองคน และต้องแจ้งให้คู่กรณีทุกฝ่ายทราบ แต่หากเป็นกรณีที่ case examiner ไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันได้ ก็จะถือเป็นอำนาจการตัดสินใจของ Investigation Committee ในการพิจารณาว่าจะดำเนินการต่อไปอย่างไร อย่างไรก็ตาม ก่อนที่จะมีการสรุปผลการสืบสวน สอบสวนเบื้องต้นนั้น Registrar จะต้องแจ้งข้อมูลให้

คู่กรณีทุกฝ่ายทราบ และต้องเปิดโอกาสให้มีการยื่นเอกสาร หลักฐานต่าง ๆ ต่อ Registrar โดยแพทย์ที่ถูกร้องเรียนจะเวลาส่งเอกสารต่อ Registrar ภายในกำหนดเวลา 28 วันก่อนวันสรุปผลการพิจารณา

กรณีแพทย์ถูกตัดเค้น คือเป็นกรณีที่พบว่า ไม่เข้ากรณี Fitness to Practise บกพร่อง แต่การตรวจสอบข้อเท็จจริงพบว่าแพทย์รายนั้นไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของ GMC หรือไม่ปฏิบัติตาม Good Medical Practice ถ้าแพทย์ที่ถูกตัดเค้นโต้แย้ง ไม่ยอมรับผลการพิจารณาดังกล่าว หรือร้องขอให้มีการไต่สวนเพิ่มเติมโดย Investigation Committee แล้ว ก็จะมีการดำเนินการไต่สวนอย่างเปิดเผยต่อสาธารณชน (The hearing will be held in public)

Investigation Committee จะดำเนินการตรวจสอบข้อมูล พยานหลักฐานทั้งหมดอีกครั้ง และเปิดโอกาสให้มีการเสนอพยานหลักฐานเพิ่มเติม รวมถึงการเชิญมาให้การโดยวาจา หลังจากนั้น Investigation Committee จะสรุปผลข้อร้องเรียนดังนี้

- ยืนยันตามผลการพิจารณาเดิมที่ให้เค้นแพทย์ที่ถูกร้องเรียน
- ไม่ดำเนินการใด ๆ ต่อไป (no action)
- ส่งเรื่องร้องเรียนไปยัง Fitness to Practise Panel (เมื่อพบพยานหลักฐานใหม่ในระหว่างการไต่สวนว่า ควรมีการดำเนินการเรื่องนี้ต่อไป)

ในกรณีที่ผลการพิจารณาของ Investigation Committee พบว่า ยังคงยืนยันตามคำสั่งเดิมที่ให้มีการทำคำเตือนแก่แพทย์ GMC จะดำเนินการจัดพิมพ์รายชื่อแพทย์ที่ถูกเตือนในรายชื่อ List of Registered Medical Practitioners (LRMP)⁴⁴ และเปิดเผยข้อมูลนี้ให้ประชาชนทั่วไปที่ต้องการทราบเป็นระยะเวลา 5 ปี ภายหลังจากครบเวลา 5 ปีแล้ว ก็จะไม่มีการพิมพ์คำเตือนนั้นอีก แต่ GMC จะจัดเก็บข้อมูลนี้ไว้ในฐานข้อมูล และสามารถเปิดเผยให้แก่นายจ้างหรือสถานบริการสาธารณสุขของแพทย์รายนั้นที่ต้องการทราบ

กฎหมาย Medical Act 1983 มาตรา 35C (5) ยังให้อำนาจแก่ “คณะกรรมการสืบสวนสอบสวน” (Investigation Committee) ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นได้เองว่า กรณีดังกล่าวควรจะส่งต่อไปให้คณะกรรมการหรือองค์คณะที่ชื่อว่า “Fitness to Practise Panel” ที่อยู่ในขั้นตอน adjudication stage หรือไม่

กรณีที่ Investigation Committee มีความเห็นว่า ควรส่งเรื่องให้ Fitness to Practise Panel พิจารณาดำเนินการต่อไป Investigation Committee จะต้องแจ้งผลการดำเนินการนี้ให้ Registrar ทราบ เพื่อให้ Registrar จะได้ส่งเรื่องร้องเรียนไปยัง Fitness to Practise Panel ทั้งนี้ Registrar มีหน้าที่แจ้งผลในเรื่องนี้ให้ผู้ร้องเรียนทราบด้วย ในทางกลับกันหาก Investigation Committee มีความเห็นว่า ไม่ควรส่ง

⁴⁴ “List of Registered Medical Practitioners” at <http://www.gmc-uk.org/doctors/register/LRMP.asp>

เรื่องให้ Fitness to Practise Panel ก็ต้องแจ้งเรื่องนี้ให้ Registrar ทราบ เพื่อที่ Registrar จะได้แจ้งให้ ผู้ร้องเรียนทราบตามลำดับ

การทำหน้าที่ของ Interim Orders Panel

ในระหว่างขั้นตอนการสืบสวน สอบสวนนี้ GMC อาจพิจารณาส่งกรณีแพทย์ผู้ร้องเรียนไปยัง **Interim Orders Panel (IOP)** เป็นองค์คณะที่ทำหน้าที่ออกคำสั่งชั่วคราว ซึ่งจะมีผลทำให้แพทย์ที่ถูก ร้องเรียนไม่สามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นการชั่วคราว หรือถูกจำกัดการประกอบวิชาชีพ บางอย่างจนกว่าจะเสร็จสิ้นกระบวนการในชั้น investigation หรือการพิจารณาในชั้น adjudication ทั้งนี้ IOP ไม่มีอำนาจในการพิจารณาว่า แพทย์รายนั้นกระทำผิดตามที่ผู้ร้องเรียนในเรื่อง fitness to practise จริงหรือไม่ โดยปกติแล้วการพิจารณาของ IOP จะทำการลับเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้อง เว้นแต่แพทย์ที่ถูก ร้องเรียนจะร้องขอให้ทำโดยเปิดเผยต่อสาธารณชน การออกคำสั่งของ IOP นั้น GMC ไม่สามารถ แทรกแซงการทำงานหรือให้ความเห็นใด ๆ ได้

ขั้นตอนที่ 2 การพิจารณาไต่สวนและตัดสิน (adjudication stage)

เมื่อผ่านการดำเนินการพิจารณาข้อร้องเรียนในขั้นสืบสวน สอบสวน และการไต่สวนเบื้องต้น (preliminary enquiries) มาแล้ว GMC จะพิจารณาว่า ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับแพทย์รายนั้น สมควรนำเข้าสู่ การพิจารณาของ Fitness to Practise Panel หรือไม่ หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเรื่องนี้ของ GMC คือ ข้อ ร้องเรียนแพทย์มีความร้ายแรงมากน้อยเพียงใด และมีข้อมูล หลักฐานที่จะสามารถใช้พิสูจน์ความจริงใน ขั้นพิจารณาไต่สวนและตัดสินได้หรือไม่ ในทางปฏิบัติ GMC จะให้ case examiners หรือ the Investigation Committee เป็นผู้พิจารณาในเรื่องนี้

ในการพิจารณาเรื่องนี้ในชั้นแรกนั้น GMC อาจพิจารณาดำเนินการเพิ่มเติมคือ การขอเอกสาร ข้อมูลเพิ่มเติม, การเรียกให้บุคคลมาให้ถ้อยคำเป็นพยาน, การขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับข้อมูล ทางคลินิกหรือเรื่องที่เกี่ยวข้อง, สั่งให้แพทย์ที่ถูกร้องเรียน เข้ารับการประเมินผลสุขภาพหรือประเมิน ความสามารถของตนเอง แต่คำสั่งในเรื่องนี้จะต้องได้รับความเห็นชอบจาก medical case examiner ก่อน

การบริหารจัดการคดีร้องเรียน (case management) Registrar จะแต่งตั้งนักกฎหมาย 1 คน หรือ มากกว่านั้น ให้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการคดี (case managers) ซึ่งสามารถจัดการจำนวนคดีหรือเรื่อง ร้องเรียนที่จะเข้าสู่การพิจารณาของ Fitness to Practise Panel รวมถึงการทบทวนกระบวนการไต่สวน ข้อร้องเรียน หรือดำเนินการตามที่ Registrar มอบหมาย ในบางกรณีจะมีการพิจารณาทบทวนข้อ ร้องเรียน (case review) อีกครั้ง โดยจัดประชุมทางโทรศัพท์ (telephone conference) โดยต้องทำอย่าง เปิดเผยต่อหน้าคู่กรณีทั้งสองฝ่าย และผู้จัดการคดี

กระบวนการพิจารณาของ Fitness to Practise Panel

การพิจารณาของ Fitness to Practise Panel (หรือเรียกว่า คณะกรรมการ FTP หรือ Panel) มีขั้นตอนที่คล้ายคลึงการกับพิจารณาคดีในกระบวนการยุติธรรมตามปกติ กล่าวคือ คู่กรณีทั้งสองฝ่ายสามารถแต่งตั้งทนายความมาทำหน้าที่แทนตนเองได้ คู่กรณีสามารถให้การด้วยวาจาเอง หรือเรียกพยานบุคคลมานำสืบพยานหลักฐาน พยานบุคคลที่มาให้ถ้อยคำ ก็อาจถูกซักค้านหรือซักถามจากคู่กรณีอีกฝ่ายหนึ่งได้ คู่กรณีอาจถูกคณะกรรมการ FTP ซักถามข้อมูลจากพยานบุคคล นอกจากนี้ คู่กรณีทุกฝ่ายสามารถยื่นเอกสารเพิ่มเติมของฝ่ายตนเอง การพิจารณาของ คณะกรรมการ FTP จะกระทำอย่างเปิดเผยต่อหน้าสาธารณชน ยกเว้นกรณีจะเป็นการพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องเป็นความลับ (confidential information) เกี่ยวกับสุขภาพของแพทย์ที่ถูกร้องเรียน⁴⁵ ในการพิจารณาของคณะกรรมการ FTP จะมีเจ้าหน้าที่ของแพทยสภาอังกฤษ (มีคุณสมบัติทางกฎหมายเป็น solicitor หรือ barrister) ทำหน้าที่กล่าวโทษแพทย์ที่ถูกร้องเรียน

เดิมนั้น แพทยสภาอังกฤษมีคณะกรรมการที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมรวม 4 คณะคือ 1) Committee on Professional Ethics and Standard of Practice 2) คณะกรรมการไต่สวนเบื้องต้น (Professional Proceeding Committee หรือ PPC) 3) คณะกรรมการมรรยาทแห่งวิชาชีพ (Professional Conduct Committee หรือ PCC) 4) คณะกรรมการสุขภาพ (Health Committee)

คณะกรรมการมรรยาทแห่งวิชาชีพเป็นคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาคดีที่แพทย์ถูกร้องเรียนกรณีกระทำความผิดจรรยาแพทย์อย่างร้ายแรง (serious professional misconduct) หรือถูก

⁴⁵ “Fitness to Practise Panels” at [http://www.gmc-](http://www.gmc-uk.org/concerns/hearings_and_decisions/fitness_to_practise_panels.asp#who)

[uk.org/concerns/hearings_and_decisions/fitness_to_practise_panels.asp#who](http://www.gmc-uk.org/concerns/hearings_and_decisions/fitness_to_practise_panels.asp#who)

⁴⁶ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, “การควบคุมจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทยสภาไทยและต่างประเทศ” *คลินิก* (ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กุมภาพันธ์ 2537), หน้า 133-135.

⁴⁷ Committee for Professional Performance เป็นคณะกรรมการภายใต้แพทยสภาที่ทำหน้าที่พิจารณาเกี่ยวกับความสามารถหรือมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ว่า อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสุขภาพหรือไม่ โดยเรียกกระบวนการพิจารณาในเรื่องนี้ว่า “performance procedures” โดยแยกออกมาจากกรณีการพิจารณาด้านความประพฤติหรือจริยธรรมของแพทย์ที่เกี่ยวข้องเป็นเรื่อง “conduct procedures”

กล่าวหาว่ากระทำความผิดอาญา ภายหลังจากการพิจารณาของคณะกรรมการได้สวนเบื้องต้น และหากพบว่าแพทย์ที่ถูกร้องเรียนมีปัญหาด้านสุขภาพ จนไม่สามารถประกอบวิชาชีพได้ ก็จะส่งเรื่องไปยังคณะกรรมการสุขภาพดำเนินการต่อไป⁴⁶ จากการศึกษาพบว่า ข้อเสนอในการปฏิรูปแพทยสภาในช่วงปี 2003 มีการเสนอให้ยกเลิกคณะกรรมการสุขภาพและ Professional Conduct Committee รวมถึง Committee for Professional Performance⁴⁷ (CPP) โดยจัดตั้งเป็นองค์กรเดียวที่ทำหน้าที่พิจารณาเรื่องเหล่านี้คือ Fitness to Practise Panel⁴⁸

คณะกรรมการที่พิจารณาคัดสินเรื่อง fitness to practise คือ Fitness to Practise Panel⁴⁹ จะพิจารณาข้อร้องเรียนอย่างเป็นองค์รวมคือ พิจารณายานหลักฐานทุก ๆ ด้านที่เกี่ยวข้อง หากการได้สวนพบว่า แพทย์ที่ถูกร้องเรียนมีข้อบกพร่องในการประกอบวิชาชีพจริง (impaired fitness to practise) (กรณาคู แผนผัง 1.3 ขั้นตอนการดำเนินการลงโทษ (sanction) แก่แพทย์ที่ถูกร้องเรียน) คณะกรรมการ FTP มีอำนาจหน้าที่ตาม Medical Act 1983 มาตรา 35D (12) คือ

1) สั่งให้ลบชื่อแพทย์รายนั้นออกจากทะเบียนแพทย์ (erasure) ทำให้ไม่สามารถประกอบวิชาชีพได้อีก

2) สั่งให้ระงับการขึ้นทะเบียนแพทย์เป็นเวลาชั่วคราว (suspension) ไม่เกิน 12 เดือน

3) สั่งให้แพทย์รายนั้นประกอบวิชาชีพอย่างจำกัดหรือมีเงื่อนไขตามที่กำหนดไว้เพิ่มเติม เช่น ขยายเวลาของเงื่อนไขออกไป โดยมีระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้ป่วยและประโยชน์ของแพทย์รายนั้นเอง อย่างไรก็ตาม การทำข้อตกลงหรือเงื่อนไขดังกล่าว จะถูกตรวจสอบจาก Case Review Team หรือหากพบว่าแพทย์ที่ถูกร้องเรียนละเมิดข้อตกลงหรือเงื่อนไข หรือแพทย์มีข้อบกพร่องเรื่อง fitness to practise จะมีการนำข้อร้องเรียนมาพิจารณาได้สวนใหม่อีกครั้ง เพื่อดำเนินการตามความ

ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 1997 อันเป็นผลจากการเสนอกฎหมายชื่อ Medical (Professional Performance) Act 1995

Andrew Grubb, *Principles of Medical Law*, 2nd edition (UK: Oxford University Press, 2004), p.106.

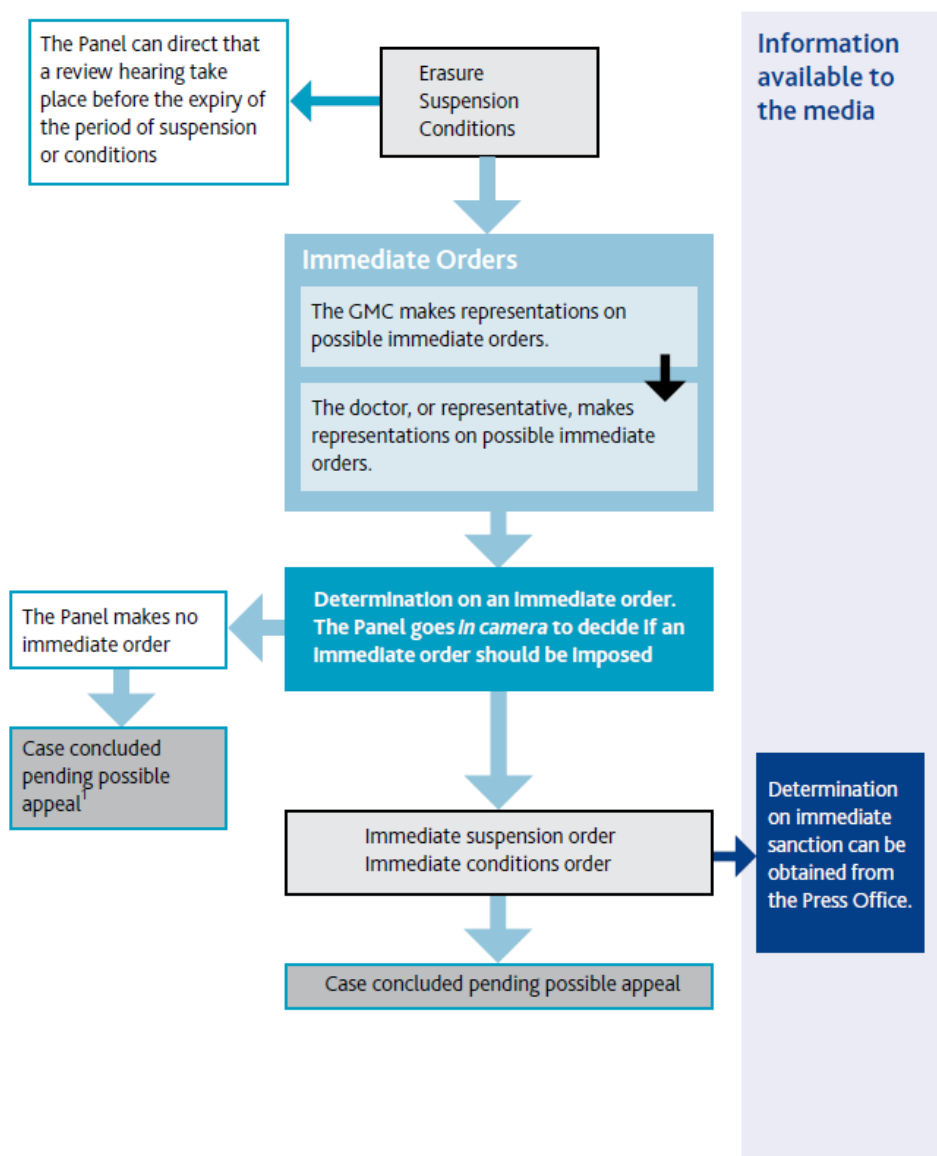
⁴⁸ Andrew Grubb, *Principles of Medical Law*, *op. cit.*, pp.110-111.

⁴⁹ Fitness to Practise Panel เป็นองค์กรที่ได้รับการแต่งตั้งจาก GMC ซึ่งจะต้องทำงานอย่างอิสระ ไม่อยู่ภายใต้การควบคุม สั่งการของแพทยสภา องค์กรประกอบด้วยบุคคลที่เป็นแพทย์และบุคคลที่ไม่ใช่แพทย์ โดยปกติแล้วจะมีการแต่งตั้ง Fitness to Practise Panel หลายคณะ ปัจจุบันมีอยู่เกือบ 300 คน ในแต่ละคณะจะมีสมาชิกราว 3 ถึง 5 คน การเลือกบุคคลที่มาทำหน้าที่นี้ จะต้องผ่านการแข่งขันอย่างเปิดกว้าง (ยกเว้นกรรมการแพทยสภาที่ทำหน้าที่เป็น Fitness to Practise Panel) และแต่ละคณะจะต้องประกอบด้วยแพทย์และผู้ที่ไม่ใช่แพทย์อย่างน้อย 1 คน

เหมาะสม คืออาจสั่งให้ระงับการประกอบวิชาชีพชั่วคราว ทั้งนี้ คณะกรรมการ FTP จะต้องกำหนดมาตรการที่ทำให้เชื่อมั่นว่า แพทย์ที่ถูกร้องเรียนจะไม่หวนมากระทำความผิดอีกครั้ง และจะพัฒนาทักษะความรู้ให้ดียิ่งขึ้น

หากการไต่สวนได้ข้อสรุปว่า แพทย์มิได้กระทำความผิดตามที่ถูกร้องเรียน คณะกรรมการ FTP ก็จะสามารถสั่งยกเลิกคำสั่งลงโทษเดิม หรือยกเลิกการกำหนดเงื่อนไขต่าง ๆ ในการประกอบวิชาชีพของแพทย์รายนั้น แต่ถ้า คณะกรรมการ FTP เห็นว่า แพทย์ก็มีส่วนต้องรับผิดชอบอยู่ ก็อาจสั่งให้แก้ไขคำสั่งหรือเงื่อนไขบางอย่าง เช่น ปรับลดเงื่อนไขหรือระยะเวลาที่ห้ามมิให้ประกอบวิชาชีพ

แผนผัง 1.3 ขั้นตอนการดำเนินการลงโทษ (sanction) แก่แพทย์ที่ถูกร้องเรียน



แหล่งข้อมูล : “Fitness to Practise investigations and hearings Information for journalists” (2011 General Medical Council).

นอกจากนี้ คณะกรรมการ FTP อาจพิจารณาแล้วเห็นว่า ไม่ควรดำเนินการใด ๆ ในกรณีนี้ เพราะแพทย์ที่ร้องเรียนมิได้บกพร่องในเรื่อง fitness to practise หรืออาจเลือกที่จะพักเดือนแพทย์ดังกล่าวแทน ในกรณีที่แพทย์มิได้ บกพร่องในเรื่อง fitness to practise หรือคณะกรรมการ FTP อาจมีการจัดทำข้อตกลงกับแพทย์ที่ถูกร้องเรียน เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยและประโยชน์สาธารณะ

การอุทธรณ์คำตัดสินของคณะกรรมการ FTP

แพทย์ที่คณะกรรมการ FTP วินิจฉัยว่า ไม่เหมาะสมที่จะประกอบวิชาชีพเวชกรรมต่อไป ได้แก่ กรณีถูกลบชื่อออกจากทะเบียน (erasure), ถูกพักใช้ใบอนุญาตหรือระงับการประกอบวิชาชีพเป็นการชั่วคราว (suspension) หรือจะต้องขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ซึ่งแตกต่างจากเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนแพทย์ทั่วไป แพทย์ที่ถูกตัดสินว่ามีความผิดสามารถใช้สิทธิอุทธรณ์คำวินิจฉัยของคณะกรรมการ FTP ตาม Medical Act 1983 มาตรา 40 เพื่อให้ศาล High Court^{50 51} (หรือศาล Court of Session กรณีอยู่ในเขตพื้นที่แคว้นสก็อตแลนด์) ซึ่งศาลมีอำนาจพิจารณา ทบทวนหรือสั่งแก้ไขคำตัดสินของคณะกรรมการ FTP ตาม Medical Act 1983 มาตรา 40 (7)

ศาล High Court จะเป็นผู้ตัดสินว่า คำวินิจฉัยของคณะกรรมการ FTP มีความผิดพลาดหรือไม่ ถูกต้องหรือไม่ ตัวอย่างเช่น คณะกรรมการ FTP อาจกำหนดมาตรการลงโทษแพทย์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งศาลมีอำนาจที่จะกลับหรือแก้ไขคำวินิจฉัยของคณะกรรมการ FTP ได้ รวมถึงการสั่งให้แพทยสภา ดำเนินการให้คณะกรรมการ FTP พิจารณาได้สวนคดีที่แพทย์ถูกร้องเรียนใหม่อีกครั้ง หรือศาลอาจสั่งไม่รับคำอุทธรณ์ของแพทย์ก็ได้

นอกจากนี้ หน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินของแพทยสภาอังกฤษชื่อว่า Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE) ก็มีอำนาจอุทธรณ์คำตัดสินของคณะกรรมการ FTP ที่วินิจฉัยเกี่ยวกับกรณีร้องเรียนแพทย์ต่อศาล High Court หากเห็นว่าคำวินิจฉัยของคณะกรรมการ FTP ไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นธรรมต่อผู้ป่วยหรือประชาชน โดยเป็นไปตามกฎหมาย National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002 มาตรา 29 ซึ่งในหัวข้อต่อไปผู้วิจัยจะได้

⁵⁰ High Court ตามระบบศาลของประเทศสหราชอาณาจักร เป็นศาลที่มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัยคดีความที่เคยผ่านการวินิจฉัยของศาลชั้นต้นอื่นมาก่อนรวมถึงการพิจารณาในชั้นต้นกรณีอื่น ๆ ปัจจุบันแบ่งเป็น 3 แผนกคือ Chancery, Queen's Bench และ Family

“High Court” at <http://www.judiciary.gov.uk/you-and-the-judiciary/going-to-court/high-court>

⁵¹ Sosanya v GMC [2009] EWHC 2814 (Admin) per Davis J, para 2.

Margaret Brazier and Emma Cave, *Patients and the Law*, 5th edition (UK: Penguin Books, 2011), p.22-23.

ยกตัวอย่างคดีบางคดีซึ่งCHRE ได้อุทธรณ์ต่อศาล High Court และมีการแก้ไขหรือกลับคำตัดสินของคณะกรรมการ FTP

การเปิดเผยกระบวนการพิจารณากรณีร้องเรียน⁵²

โดยปกติแล้วการพิจารณากรณีแพทย์ถูกร้องเรียนในเรื่อง fitness to practise จะกระทำโดยเปิดเผยต่อสาธารณชน กล่าวคือประชาชนทั่วไปสามารถเข้าร่วมฟังการพิจารณาในทุกขั้นตอนได้ โดยสื่อมวลชนก็สามารถเข้าร่วมรับฟังได้เช่นกัน แต่ในบางกรณีคณะกรรมการหรือองค์คณะ (Panel) ที่พิจารณาอาจไม่อนุญาตให้ประชาชนทั่วไปรับฟังการพิจารณานั้น ๆ ทั้งหมดหรือส่วนใดส่วนหนึ่งก็ได้ โดยจะต้องชั่งระหว่างประโยชน์สาธารณะที่คนทั่วไปจะรับทราบเรื่องดังกล่าว กับการรักษาความเป็นส่วนตัวของแพทย์ที่ถูกพิจารณา ตัวอย่างที่มักจะให้พิจารณาเป็นการลับก็คือ ข้อร้องเรียนในเรื่องสุขภาพของแพทย์ อย่างไรก็ตาม การนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนจะต้องติดต่อขอข้อมูลหรือสอบถามจาก Press Office ของแพทยสภาก่อนเสมอ หรือหากต้องการถ่ายรูปก็จะต้องขออนุญาตและแจ้งให้เจ้าหน้าที่ Press Office ทราบล่วงหน้า เมื่อกระบวนการพิจารณาเสร็จสิ้นแล้ว จะมีการเปิดเผยผลการพิจารณาตัดสินเผยแพร่ โดย Press Office

ภาพห้องพิจารณาได้ส่วนของ Fitness to Practise Panel ที่ให้สาธารณชนเข้าร่วมรับฟัง



⁵² “Fitness to Practise investigations and hearings Information for journalists” (2011 General Medical Council), p.4.

1.4 การตรวจสอบการดำเนินงานของแพทยสภาอังกฤษ และการปฏิรูปกระบวนการพิจารณาไต่สวนแพทย์ที่ถูกร้องเรียน

จากการศึกษาวิเคราะห์ระบบการพิจารณาข้อร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่อง fitness to practise ของแพทย์ ซึ่งดำเนินการโดยแพทยสภาหรือ GMC มาแล้วในตอนต้น ผู้วิจัยพบว่า กระบวนการปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษยังดำเนินการอย่างต่อเนื่องจากในช่วงปี 2000 ถึง 2002 จนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะการตรวจสอบการดำเนินงานของแพทยสภาอังกฤษและการปรับปรุงกระบวนการพิจารณาไต่สวนแพทย์ (Adjudication reform)⁵³ แบ่งเป็น 3 ช่วงเวลาคือ

ระยะที่ 1 การปฏิรูปแพทยสภาช่วงปี ค.ศ. 2000 – 2002

การปรับเปลี่ยนบทบาทของแพทยสภาหรือ GMC ในการพิจารณาตัดสินข้อร้องเรียนเกี่ยวกับ fitness to practise ซึ่งแต่เดิมนั้น เป็นอำนาจหน้าที่ทั้งหมดเป็นของ GMC แต่การแก้ไขปรับปรุงกฎหมายในปี ค.ศ. 2002 คือ **Medical Act 1983 (Amendment) Order 2002** มีผลทำให้มีการโอนอำนาจดังกล่าวให้แก่คณะกรรมการหรือองค์คณะที่ประกอบด้วยบุคคลที่มีใช้กรรมการแพทยสภา อีกทั้งยังประกอบด้วยแพทย์และบุคคลที่มีใช้แพทย์ (lay people) ด้วย⁵⁴ ได้แก่ Investigation Committee, Interim Orders Panels และ Fitness to Practise Panels

นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้ง **Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE)** เมื่อปี ค.ศ. 2002 ขึ้นตามกฎหมายชื่อ **National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002** หน่วยงานที่ชื่อว่า Council for Healthcare Regulatory Excellence เป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นอิสระ มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการกำกับดูแล ตรวจสอบ การปฏิบัติหน้าที่ของสภาวิชาชีพหรือหน่วยงานกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ (healthcare regulators) จำนวน 9 หน่วยงาน ซึ่งรวมถึงแพทยสภาด้วย ผู้วิจัยขอกล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของ CHRE ที่เชื่อมโยงกับบทบาทของ GMC ในประเด็นการควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า แพทยสภาเป็นสภาวิชาชีพ ที่มีบทบาทหน้าที่ในการควบคุมหรือกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมในประเทศสหราชอาณาจักรมาเป็นเวลานาน และเป็นองค์กรที่ได้รับความเชื่อถือจากผู้ประกอบวิชาชีพ และประชาชนทั่วไป แต่แพทยสภาอังกฤษก็ประสบปัญหาวิกฤตศรัทธาจากประชาชน ทำให้ต้องมีการปฏิรูปแพทยสภาในช่วงปี 2000 ถึง ปี 2002 โดยในช่วงดังกล่าวได้มีการเสนอกฎหมายชื่อ **National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002** (2002 CHAPTER 17) ซึ่งเป็นกฎหมายจัดตั้งหน่วยงานที่ชื่อว่า **Council for the Regulation of Healthcare**

⁵³ “Adjudication reform” at http://www.gmc-uk.org/concerns/hearings_and_decisions/OHPA.asp

⁵⁴ “Reform of the General Medical Council: A paper for consultation”, *op. cit.*

Professionals (CRHP) และในเวลาต่อมา มีการเปลี่ยนแปลงชื่อหน่วยงาน CRHP เป็นหน่วยงานที่มีชื่อว่า Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE) โดยผลของการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายชื่อ Health and Social Care Act ในปี ค.ศ. 2008

Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE) เป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นอิสระตามกฎหมายที่เรียกว่า Non Departmental Public Bodies (NDPBs) อยู่ในการกำกับดูแลของรัฐสภาและ Privy Council จากการศึกษาพบว่า CHRE มิใช่เป็นหน่วยงานของรัฐที่อยู่ในสังกัดส่วนราชการทั่วไป วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งหรือบทบาทความรับผิดชอบหลักของ CHRE คือ การสนับสนุนสุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป รวมทั้งการทำหน้าที่เป็นเสมือนตัวแทนของผู้ป่วยที่มีความเป็นอิสระและเข้มแข็ง (a strong, independent voice for patients) ในการกำกับและตรวจสอบการประกอบวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทั้งหลายในสหราชอาณาจักร

ปรัชญาในการปฏิบัติงานของ CHRE คือ การให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยและประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Patient and public centred), หลักความเป็นอิสระ, ความเป็นธรรม, ความโปร่งใส ตรวจสอบได้, หลักการได้สัดส่วน (Proportionate) และการคำนึงถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (Outcome focused) ส่วนหลักการสำคัญที่ยึดถือ มีดังนี้ Proportionality, Accountability, Consistency, Targeting, Transparency และ Agility

คณะกรรมการ CHRE มีจำนวน 8 คน คือ

- ประธานกรรมการจะได้รับการแต่งตั้งจาก Privy Council
- กรรมการประเภท non-executive members 3 คน ได้รับแต่งตั้งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (the Secretary of State for Health)
- กรรมการประเภท non-executive members 3 คน ได้รับแต่งตั้งจาก the Scottish Minister, the Welsh Ministers และ the Department of Health, Social Services and Public Safety in Northern Ireland
- กรรมการอีก 1 คน เป็นกรรมการประเภท executive member ได้รับแต่งตั้งจากกรรมการด้วยตนเอง⁵⁵

อำนาจหน้าที่ของ CHRE ตามกฎหมาย มีดังนี้

- ส่งเสริมประโยชน์ของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ด้วยการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ขององค์กรกำกับดูแลด้านสุขภาพ (healthcare regulators)
- ส่งเสริมแนวปฏิบัติที่ดีขององค์กรกำกับดูแลด้านสุขภาพเหล่านั้น

⁵⁵ Council for Healthcare Regulatory Excellence at <http://www.chre.org.uk/council/>

- จัดทำหลักการเกี่ยวกับการกลไกตรวจสอบผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพที่ดี (good professional self-regulation) และผลักดันให้องค์กรกำกับดูแลด้านสุขภาพเหล่านั้นนำไปปรับใช้ในทางปฏิบัติ
- ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างองค์กรกำกับดูแลด้านสุขภาพ หรือความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

อำนาจหน้าที่สำคัญของ CHRE คือ บทบาทหน้าที่ในการกำกับดูแล ตรวจสอบ (scrutiny) การปฏิบัติหน้าที่ของสภาวิชาชีพหรือหน่วยงานกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ (healthcare regulators) จำนวน 9 หน่วยงาน โดยประสานความร่วมมือในการปรับปรุงการควบคุมหรือกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพ ฯ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และยังทำงานร่วมกับหน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐบาลในเรื่องนี้เช่นกัน

สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ 9 หน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ CHRE มีดังนี้⁵⁶

1. General Medical Council (GMC)
2. General Dental Council (GDC)
3. General Optical Council (GOC)
4. General Osteopathic Council (GOsC)
5. General Chiropractic Council (GCC)
6. General Pharmaceutical Council (GPhC)
7. Health Professions Council (HPC)
8. Nursing and Midwifery Council (NMC)
9. Pharmaceutical Society of Northern Ireland (PSNI)

Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE) จึงเป็นหน่วยงานกำกับดูแลการดำเนินงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทั้ง 9 หน่วยงาน รวมถึงแพทยสภาอังกฤษ ซึ่งมีอำนาจหน้าที่แตกต่างกันไปตามขอบเขตความรับผิดชอบ แนวทางการตรวจสอบจะดำเนินการเป็นประจำทุกปี โดยจะเสนอแนะสิ่งที่เป็นข้อบกพร่องและสิ่งที่ควรแก้ไขปรับปรุงขององค์กรนั้น ๆ ปัจจุบันผู้ประกอบการวิชาชีพ ฯ ที่อยู่ในการกำกับดูแลของ CHRE มีจำนวน 31 สาขา คิดเป็นจำนวนถึง 1.2 ล้านคน ที่

⁵⁶ “Healthcare regulation” at <http://www.chre.org.uk/regulators>

ปฏิบัติงานในสหราชอาณาจักร ผู้ประกอบวิชาชีพ ๆ เหล่านี้จะปฏิบัติงานได้ ก็ต่อเมื่อได้ขึ้นทะเบียนกับสภาวิชาชีพหรือหน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพของตนเองตามกฎหมาย

การตรวจสอบการปฏิบัติงานของแพทยสภาของ CHRE

ผู้วิจัยจะอธิบายบทบาทของ CHRE ในการปฏิบัติงานของแพทยสภาหรือ GMC ในเรื่อง fitness to practise ของแพทย์ที่ถูกร้องเรียน ไม่ว่าจะเป็นการร้องเรียนจากผู้ป่วย นายจ้างหรือผู้บริหารของสถานบริการสาธารณสุข และบุคคลทั่วไป CHRE มีบทบาทหน้าที่ในการตรวจสอบคำตัดสินของแพทยสภา ในกรณีการพิจารณาได้ส่วนที่เป็นกรณีร้ายแรงที่เสนอเรื่องต่อคณะกรรมการ FTP โดยจะตรวจสอบกระบวนการพิจารณา fitness to practise ตั้งแต่ขั้นต้น และมีการสุ่มตรวจตัวอย่างคำตัดสินของแพทยสภา เช่น การตรวจสอบข้อร้องเรียนเรื่องจริยธรรมหรือความประพฤติของแพทย์ในชั้น investigation stage ที่มีการปิดคดีคือ ไม่มีการดำเนินการส่งกรณีต่อไปในชั้น adjudication stage เพื่อได้ส่วนข้อเท็จจริง ภาระหน้าที่ของ CHRE อีกประการคือ การตรวจสอบว่ากลไกหรือกระบวนการพิจารณาของแพทยสภามีประสิทธิภาพหรือไม่ เพียงใด หรือกรณีที่แพทยสภามีการออกคำตัดสินตามผลการพิจารณา CHRE ก็จะพิจารณาว่าเนื้อหาคำตัดสินนั้น มีลักษณะคุ้มครองผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปหรือไม่

การตรวจสอบการทำงานของแพทยสภา และ regulators ด้านสุขภาพอื่น ๆ ของ CHRE ก็คือการพิจารณาส่ง (refer) ข้อร้องเรียนที่มีคำตัดสินของ Fitness to Practise Panel ไปยังศาลที่มีเขตอำนาจพิจารณาตัดสินคดี (กฎหมายบัญญัติให้พิจารณาจากภูมิอำนาจของแพทย์ที่ปรากฏในหลักฐานการขึ้นทะเบียน) จะกระทำได้ก็ต่อเมื่อ CHRE พิจารณาแล้วเห็นว่า คำตัดสินนั้นถูกแทรกแซงโดยมิชอบและมิได้มีลักษณะคุ้มครองประชาชน โดยอ้างอำนาจการตรวจสอบตามกฎหมายชื่อ National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002 มาตรา 29 วัตถุประสงค์ในการทบทวนคำตัดสินของแพทยสภาก็คือ เพื่อปรับปรุงคุณภาพในการกระบวนการพิจารณา fitness to practise ของแพทยสภา หรือ regulators อื่น ๆ ในภาพรวม

ในบางกรณี แม้ว่าจะมีการส่งเรื่องไปยังศาลเพื่อพิจารณาต่อไปแล้ว CHRE ยังสามารถติดต่อประสานงานกับ regulator และผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกร้องเรียน เพื่อให้ทำความเข้าใจร่วมกันเพื่อใช้กลไกระงับข้อพิพาททางเลือก (Alternative Disputes Resolution - ADR) โดยไม่ต้องดำเนินคดีต่อในชั้นศาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกรณีฟ้องเรียกค่าเสียหายทางแพ่ง หรือเป็นคดีอาญาที่ไม่ร้ายแรง

ตัวอย่างคดีผ่านการพิจารณาของแพทยสภาแล้ว แต่ CHRE ได้ส่งเรื่องให้ศาลพิจารณาใหม่ อาทิ เช่น

- Dr BASIOUNY เป็นแพทย์ที่ถูกร้องเรียนเรื่องแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือมีลักษณะล่วงเกินผู้ป่วยหญิง ทำให้ Professional Conduct Committee (PCC) ของแพทยสภา สั่งให้ยุติการ

ประกอบวิชาชีพเป็นเวลา 6 เดือน CHRE ได้ส่งเรื่องให้ศาล High Court พิจารณา ผลการพิจารณาคือศาลตัดสินว่า แพทย์มีความผิดจริง ต่อมาได้มีการส่งเรื่องกลับไปยังแพทยสภา PCC จึงได้พิจารณาไต่สวนคดีนี้ใหม่และสั่งให้เพิกถอนทะเบียน Dr BASIOUNY ในเดือนมีนาคม 2005

- Dr MULHEM ถูกกล่าวหาว่า กระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย (manslaughter of a patient) อีกทั้งยังทำร้ายร่างกายลูกของผู้ป่วยอย่างรุนแรง และทำร้ายร่างกายภริยาของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วย Professional Conduct Committee (PCC) ของแพทยสภา ตัดสินให้ระงับการประกอบวิชาชีพเป็นเวลา 12 เดือน CHRE ได้ส่งเรื่องนี้ให้ศาล High Court ผลปรากฏว่าศาลตัดสินว่า แพทย์รายนี้มีความผิดฐานกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ศาลยังสั่งให้แพทยสภาลบชื่อ Dr MULHEM ออกจากทะเบียนแพทย์ ซึ่งถือเป็นโทษที่รุนแรงกว่าการที่แพทยสภาสั่งให้ระงับการประกอบวิชาชีพเป็นการชั่วคราว
- Dr URQUHART and Dr BRENNAN โดย Dr URQUHART แพทย์ถูกกล่าวหาว่า ตรวจวินิจฉัยโรคผิดพลาดคือ มิได้ดำเนินการตามหัตถการที่ถูกต้องในการตรวจสอบมะเร็งเต้านม ทำให้ตรวจไม่พบมะเร็งดังกล่าว ส่วน Dr BRENNAN มีตำแหน่งเป็นผู้จัดการแผนกที่ Dr URQUHART ทำงานอยู่ ผลคือ เดิมทีแพทย์ทั้งสองรายนี้ถูกสั่งให้ปฏิบัติตามภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดไว้ แต่ PCC ของแพทยสภาวินิจฉัยว่า ไม่ควรมีการกำหนดข้อจำกัดใด ๆ ในกรณีนี้ CHRE ได้ส่งเรื่องนี้ให้ศาล High Court ผลปรากฏว่า แพทย์ทั้งสองยินยอมที่จะให้กำหนดเงื่อนไขในการปฏิบัติงานตามวิชาชีพตามที่แพทยสภากำหนด

นอกจากนี้ CHRE ยังอาจถูกร้องขอให้มีการตรวจสอบผลการพิจารณาตัดสินของ regulators อื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ หรืออาจเป็นการตรวจสอบการปฏิบัติงานของแพทยสภาในประเทศอื่น ๆ ซึ่งเรียกว่า การตรวจสอบในกรณีพิเศษ (special reviews)

ระยะที่ 2 การจัดตั้ง Office for Healthcare Professional Adjudicator (OHPA)

การเปลี่ยนแปลงของกระบวนการตรวจสอบ fitness to practise ของแพทย์ที่สำคัญคือ การจัดตั้งหน่วยงานแห่งใหม่คือ Office for Healthcare Professional Adjudicator (OHPA) อันเป็นผลจากการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายชื่อว่า Health and Social Care Act 2008

หน่วยงานที่ชื่อว่า **Office for Healthcare Professional Adjudicator (OHPA)** ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 25 มกราคม 2010 มีความรับผิดชอบในการดำเนินการจัดให้มีการพิจารณาไต่สวนในกรณี fitness to practise ของแพทย์ ในชั้นการพิจารณาไต่สวน (adjudication) ของแพทยสภา (GMC) แทนการทำหน้าที่ของคณะกรรมการหรือองค์กรคณะเดิมที่อยู่ภายใต้ GMC

วัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง OHPA คือ การจัดตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่พิจารณาไต่สวนแพทย์ที่มีความเป็นอิสระ (independent adjudication) จาก GMC เพื่อให้ประชาชน กลุ่มผู้ป่วย และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกิดความเชื่อมั่นว่า ผลการพิจารณาหรือคำตัดสินในประเด็น fitness to practise ของแพทย์ที่ถูกร้องเรียน จะไม่มีอคติ (impartial) มีความโปร่งใส (transparent) ทำให้ทุกฝ่ายยอมรับ (consistent) และแยกออกจากการปฏิบัติหน้าที่ขององค์กรควบคุม กำกับดูแล, ผู้ประกอบวิชาชีพ และรัฐบาลอย่างชัดเจน⁵⁷

สำหรับความเป็นมาของ OHPA นั้น จากการศึกษาพบว่า เป็นผลสืบเนื่องมาจากผลการไต่สวนสาธารณะในคดี Shipman หรือที่เรียกว่า “**Shipman Inquiry**” โดยเป็นข้อเสนอแนะในรายงานของคณะกรรมการไต่สวนคดี Shipman ที่มีผู้พิพากษาชื่อ นาง Dame Janet Smith⁵⁸ เป็นประธาน การไต่สวนดังกล่าวเป็นผลมาจากความร้ายแรงของคดีนี้ที่แพทย์เป็นฆาตรกรสังหารผู้ป่วยของตนเองหลายราย ในรายงานการไต่สวนคดี Shipman ฉบับที่ 5 ผู้พิพากษาหญิง นาง Smith ได้แสดงความกังวลเรื่อง ความเป็นไปได้ในการแยกขั้นตอน adjudication ที่จะดำเนินการอย่างเป็นอิสระแยกจาก GMC

รายละเอียดของการไต่สวนในคดี Shipman นั้น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นได้ประกาศให้มีการไต่สวนกรณีนี้แบบ private inquiry อย่างอิสระ แต่ถูกคัดค้านจากกลุ่มญาติผู้ตายให้มีการไต่สวนสาธารณะในกรณีนี้ ที่เรียกว่า public inquiry โดยร้องขอต่อคณะกรรมการ Judicial Review ในศาลสูง (High Court) จนศาลสูงมีคำสั่งให้รัฐบาลดำเนินการไต่สวนสาธารณะในที่สุด

“การไต่สวนสาธารณะ” (public inquiries) เป็นกระบวนการที่มักจะใช้ในประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศในเครือจักรภพอังกฤษที่ใช้ระบบกฎหมาย Common Law เพื่อพิจารณา ทบทวนประเด็นหรือเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสาธารณะที่มีความซับซ้อน หรือเป็นการละเมิดต่อหลักนิติธรรม (rule of law) บางกรณีจะใช้ในการตรวจสอบข้อกล่าวหาเรื่องการกระทำโดยมิชอบของรัฐบาล หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือการสอบสวนกรณีเหตุการณ์ร้ายแรงที่มีความสำคัญ หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจัดให้มีการสอบสวนการไต่สวนสาธารณะที่ใช้ของตามกฎหมายอังกฤษ เช่น ความร้ายแรงในการสูญเสียชีวิต, ผลกระทบต่อสุขภาพหรือความปลอดภัยของประชาชน, ความล้มเหลวในการบังคับใช้กฎหมาย, ความล้มเหลวของรัฐในการคุ้มครองประชาชน หรือเหตุการณ์ร้ายแรงต่าง ๆ

⁵⁷ Office of the Health Professions Adjudicator at <http://ohpa.org.uk/about-us/>

⁵⁸ นาง Janet Smith เป็นผู้พิพากษาชาวอังกฤษ ที่เคยได้รับแต่งตั้งเป็น former President of the Council of The Inns of Court, ผู้พิพากษาใน High Court และเป็นผู้พิพากษาหญิงคนที่ 4 ในประวัติศาสตร์ที่ได้รับตำแหน่งใน Court of Appeal

วัตถุประสงค์สำคัญคือ เพื่อจัดสืบหาข้อมูล ข้อเท็จจริง สาเหตุของประเด็นหรือเหตุการณ์นั้น ๆ แล้วนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อเสนอต่อรัฐบาลต่อไป ปัจจุบันการไต่สวนสาธารณะตามกฎหมายอังกฤษเป็นไปตามกฎหมายชื่อ Inquiries Act 2005

จึงกล่าวได้ว่า การไต่สวนสาธารณะถือเป็นส่วนสำคัญของหลักความรับผิดชอบ (accountability) และการควบคุม กำกับดูแลของภาครัฐที่มีต่อพลเมืองหรือประชาชนทั่วไป ในทางปฏิบัติมักพบว่า มีการใช้การไต่สวนนี้เมื่อเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงขึ้นแล้ว จึงต้องมีการพิจารณาไต่สวนข้อเท็จจริงว่า เหตุใดโครงสร้างการบริหารงานของรัฐ ไม่สามารถป้องกันหรือแก้ไขเหตุการณ์เหล่านั้นได้ เพื่อค้นหาสาเหตุของความผิดพลาดนั้น ๆ และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่สาธารณชน⁵⁹

กระบวนการการไต่สวนสาธารณะมีลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ

(1) การไต่สวนสาธารณะจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนที่กฎหมายรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่นบัญญัติไว้

(2) ผลที่ได้คือ การนำเสนอข้อมูล ข้อเท็จจริงในด้านต่าง ๆ และข้อเสนอแนะต่อรัฐบาล แต่ไม่มีอำนาจที่จะบังคับให้รัฐบาลปฏิบัติตามแต่อย่างใด

(3) เป็นกระบวนการที่มีความเป็นอิสระจากรัฐบาลที่อนุญาตให้ดำเนินการในระดับหนึ่ง (semi-independence) กล่าวคือ รัฐบาลจะเป็นผู้กำหนดวัตถุประสงค์ในการไต่สวนและสนับสนุนงบประมาณ แต่จะไม่ถูกแทรกแซงกระบวนการไต่สวนหรือข้อเสนอแนะ

(4) เป็นกระบวนการที่เปิดกว้างและสนับสนุนให้สาธารณชนเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ประชาชนทั่วไปสามารถให้ข้อมูล หลักฐาน หรือแสดงความเห็นต่อกระบวนการไต่สวนได้ รายงานสรุปผลการไต่สวนจะเผยแพร่แก่สาธารณชนทั้งหมด

ผลของการไต่สวนสาธารณะในคดี Shipman ที่เริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2001 และได้มีการจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2005 ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในระบบกระบวนการพิจารณาไต่สวนในเรื่อง fitness to practise ของแพทย์ของสหราชอาณาจักร เนื่องจากข้อเท็จจริงในคดี Shipman ได้สะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวของแพทยสภา (GMC) ในการตรวจสอบผู้ประกอบการวิชาชีพกรรมที่กระทำความผิดในเรื่อง fitness to practise ซึ่งมีความร้ายแรงมาก โดยมีการกระทำความผิดต่อเนื่องเป็นเวลากว่า 20 กว่าปี โดยผู้กระทำความผิดที่เป็นฆาตรกรต่อเนื่อง (serial killer) ที่เป็นแพทย์โดยพบหลักฐานว่าได้ฉีดโคอะมอร์ฟิน (diamorphine) ให้ผู้ป่วย 15 ราย แต่ถูกตำรวจจับกุมได้เนื่องจากได้ปลอมพินัยกรรมของผู้ป่วยรายหนึ่ง และขโมยทรัพย์สินของผู้ตายที่เป็นผู้ป่วยของตนเอง ผลการไต่สวนสาธารณะในคดีนี้ ยังพบข้อมูลที่ค่อนข้างแน่ชัดว่า มีผู้ป่วยที่ถูกฆาตกรรมไม่ต่ำกว่า 218

⁵⁹ <http://publicinquiries.org/home>

ราย และข้อมูลการตายที่น่าสงสัยของผู้ป่วยที่ Shipman ให้การดูแลจำนวน 250 ราย ตั้งแต่ปี 1971 ถึง 1998⁶⁰

อย่างไรก็ดี การไต่สวนสาธารณะในเรื่องนี้ ไม่สามารถระบุจำนวนผู้ที่ถูกฆาตกรรมได้แน่นอน เนื่องจาก Shipman เป็นแพทย์ที่ออกไปรับรองการตายให้แก่ผู้ป่วยของตนเองทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเสียชีวิตในบ้านพักหรือที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ไม่มียุคคลอื่นอยู่ด้วย

- บทบาทหน้าที่หลักของ Office for Healthcare Professional Adjudicator (OHPA) ที่เกี่ยวกับการพิจารณา fitness to practise ของแพทย์คือ
- การพิจารณาว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือทัศนแพทย์ (optician) มีความบกพร่องในเรื่อง fitness to practise หรือไม่
- เพื่อสร้างความมั่นใจในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและประชาชน ด้วยการจำกัดขอบเขตการประกอบวิชาชีพของแพทย์ หรือมิให้ผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ ดังกล่าวขึ้นทะเบียนในวิชาชีพของตนเอง
- พิจารณาความจำเป็นในการออกมาตรการลงโทษชั่วคราว (เช่น interim orders) เพื่อจำกัดหรือระงับการประกอบวิชาชีพเป็นการชั่วคราวก่อนที่การพิจารณาไต่สวนจะเสร็จสิ้น
- พิจารณาตัดสินว่า ควรอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพรายนั้น กลับเข้ามาประกอบวิชาชีพได้อีกหรือไม่ ภายหลังจากที่ได้ถูกถอดการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพไปแล้ว ด้วยเหตุผลเกี่ยวกับเรื่อง fitness to practise

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการปรึกษาหารือที่ดำเนินการโดยรัฐบาลอังกฤษชุดปัจจุบัน ได้ข้อสรุปว่า เห็นควรชะลอการปฏิบัติหน้าที่ของ OHPA เป็นการชั่วคราว รวมถึงขอให้ระงับการบังคับใช้กฎหมาย Health and Social Care Act 2008 เนื่องจากรัฐบาลได้เสนอให้มีการจัดตั้งหน่วยงานใหม่ที่ชื่อว่า Medical Practitioners Tribunal Service แทน

ระยะที่ 3 การจัดตั้ง Medical Practitioners Tribunal Service (MPTS)

เมื่อเดือนกรกฎาคม 2011 ที่ผ่านมา คณะกรรมการแพทยสภาได้มีมติเห็นชอบแผนงานในการปฏิรูปขั้นตอนการพิจารณาไต่สวน ด้วยการจัดทำระบบการพิจารณาไต่สวนแบบใหม่ที่ชื่อว่า **Medical Practitioners Tribunal Service (MPTS)** โดยมีกระบวนการรับฟังความเห็น (consultation) ของหน่วยงาน องค์กร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งส่วนใหญ่เห็นด้วยกับข้อเสนอในเรื่องนี้ ทั้งนี้ ข้อเสนอ

⁶⁰ “Sixth Report - Shipman: The Final Report” (27 January 2005), p.101. at <http://www.shipman-inquiry.org.uk/finalreport.asp>

ดังกล่าวเป็นผลมาจากการตัดสินใจของรัฐบาลที่มีนโยบายยกเลิกหน่วยงานชื่อ **Office for Healthcare Professional Adjudicator (OHPA)** และให้จัดตั้ง MPTS ขึ้นแทน

ความเป็นมาในการจัดตั้ง Medical Practitioners Tribunal Service เกิดจากข้อเสนอของแพทยสภาในการที่ต้องการให้ MPTS ทำหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาไต่สวน fitness to practise ของแพทย์ (adjudication) โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ

1) เพื่อปรับปรุงขั้นตอน adjudication ให้ทันสมัยมากยิ่งขึ้น ด้วยการแยกอำนาจหน้าที่ของ GMC ในด้านการสืบสวน สอบสวน (investigation) ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับแพทย์ ออกจากกระบวนการพิจารณาไต่สวนเรื่อง fitness to practise อย่างเด็ดขาด เพื่อสร้างความเชื่อมั่นของประชาชนที่มีต่อกระบวนการพิจารณากรณีร้องเรียนแพทย์ที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดในเรื่อง fitness to practise

2) เพื่อลดค่าใช้จ่าย และประหยัดงบประมาณในกระบวนการ adjudication

3) เพื่อลดระยะเวลาในขั้นตอน adjudication ให้น้อยลงกว่าเดิมที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา สอดคล้องกับข้อเสนอของ Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE) ที่ต้องการให้มีการปรับปรุงประสิทธิภาพในการพิจารณาในขั้นตอนนี้

อำนาจหน้าที่ของ MPTS คือการแต่งตั้งบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นองค์กร (tribunal) ในการพิจารณาไต่สวนคดีที่แพทย์ถูกกล่าวหาเรื่องการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การแต่งตั้ง case managers รวมถึงการแต่งตั้งที่ปรึกษาที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ การจัดฝึกอบรมและประเมินผลการทำงานของ legal assessors

แพทยสภาได้หารือกับกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องกำหนดเวลาที่จะให้ MPTS เริ่มปฏิบัติงานอย่างเป็นทางการ รวมถึงการแต่งตั้งคณะกรรมการตามกฎหมายในรูปของ statutory committee โดยคาดว่าจะมีความพร้อมในราวปลายปี 2013 แต่แพทยสภาเห็นว่า MPTS ควรเริ่มดำเนินการในช่วง summer ปี 2012 ปัจจุบันผู้ที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นประธาน Medical Practitioners Tribunal Service คือ ผู้พิพากษาชื่อ His Honour Judge David Pearl

บทที่ 2

การควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศนิวซีแลนด์

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับประเทศนิวซีแลนด์¹

ประเทศนิวซีแลนด์เป็นประเทศที่มีการปกครองในระบอบประชาธิปไตยแบบรัฐสภา (parliamentary democracy) ภายใต้รัฐธรรมนูญ ประมุขแห่งรัฐคือสมเด็จพระราชินีนาถเอลิซาเบธที่ 2 และมีตำแหน่งผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์เป็นผู้แทนพระองค์ (the governor general) ผู้นำฝ่ายบริหารของประเทศมีตำแหน่งเป็นนายกรัฐมนตรี ซึ่งมักจะเป็นสมาชิกรัฐสภาที่ได้เสียงข้างมาก ระบบกฎหมายนิวซีแลนด์ใช้ระบบกฎหมายอังกฤษ โดยกฎหมายหลักของประเทศจะผ่านการพิจารณาของรัฐสภา การเลือกตั้งสมาชิกรัฐสภาในประเทศนี้จะมีขึ้นทุก ๆ 3 ปี โดยชาวนิวซีแลนด์ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปสามารถออกเสียงเลือกตั้งสมาชิกรัฐสภา 1 คน และอีกสามารถเลือกสมาชิกสภาท้องถิ่นได้ ทั้งนี้ จำนวนที่นั่งของสมาชิกรัฐสภาจะคำนวณจากจำนวนเสียงรวมที่ประชาชนเลือกพรรคการเมืองนั้น ๆ

ปัจจุบันนิวซีแลนด์มีประชากรราว 4,430,000 ล้านคน (ข้อมูล ณ สิ้นเดือนกุมภาพันธ์ 2555) ประชากรส่วนใหญ่มีเชื้อสายมาจากชาวยุโรป คนเผ่าพื้นเมืองของประเทศคือ ชาวเมารี (Maori) มีจำนวนประชากรราว 6.7 แสนคน (ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2554) ประชากรในประเทศนี้มีอายุขัยเฉลี่ยราว 80.7 ปี และถือว่าเป็นประเทศที่ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ลำดับต้น ๆ ของโลก โดยการจัดลำดับของสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ใช้ตัวชี้วัด Human Development Index (HDI)² ในปี ค.ศ. 2011 คือ อยู่ในลำดับที่ 5 ของโลกจากทั้งหมด 184 ประเทศ นิวซีแลนด์มีแนวโน้มที่จะได้ค่า HDI value สูงขึ้นในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา

ข้อมูลเกี่ยวกับระบบสุขภาพ (health system) ของนิวซีแลนด์ที่สำคัญ³คือ กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) เป็นหน่วยงานหลักด้านนโยบาย การให้บริการสุขภาพ และการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยประสานกับหน่วยงานด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศคือ National Health Board (NHB) ซึ่งจัดตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 2009 มีบทบาทหน้าที่ในการวางแผนงานระบบให้บริการสุขภาพ การจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ และกำกับดูแลคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (District

¹ “New Zealand in Brief” at <http://www.teara.govt.nz/en/new-zealand-in-brief>

² <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/NZL.html>

³ “New Zealand: HDI values and rank changes in the 2011 Human Development Report (UNDP)” at <http://newzealand.govt.nz/browse/health/health-system/>

Health Boards - DHBs) จำนวน 20 เขตทั่วประเทศ นอกจากนั้น ยังมีหน่วยงานอื่น ๆ ที่สำคัญคือ Health Workforce New Zealand และ National Health Committee รวมทั้งยังทำงานร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพในภาคเอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชน ในโครงสร้างระบบสุขภาพของนิวซีแลนด์ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่จะมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการ การให้บริการสุขภาพแก่ประชากรในพื้นที่ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยเน้นการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน (primary care), การให้บริการในโรงพยาบาล, การให้บริการสาธารณสุขอื่น ๆ, การดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการให้งบประมาณสนับสนุนบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชนและกลุ่มชนพื้นเมือง

2.1 ระบบการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในนิวซีแลนด์

การควบคุม กำกับดูแลวิชาชีพด้านสุขภาพ

หน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นสภาวิชาชีพ เพื่อควบคุมหรือกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ (health professional regulatory bodies) ในนิวซีแลนด์มีหลายองค์กร ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานทางวิชาชีพ และควบคุม กำกับดูแลจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่าง ๆ ตามกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act 2003 รวม 16 สภาวิชาชีพ มีดังนี้

1. แพทยสภานิวซีแลนด์ (Medical Council of New Zealand)
2. สภาการพยาบาลแห่งนิวซีแลนด์ (Nursing Council of New Zealand)
3. สภาเภสัชกรรม (Pharmacy Council)
4. ทันตแพทยสภา (Dental Council)
5. Medical Sciences Council of New Zealand
6. Midwifery Council of New Zealand
7. Medical Radiation Technologists Board
8. Psychotherapy Board
9. Chiropractic Board
10. Dieticians Board
11. Occupational Therapy Board
12. Optometrists and Dispensing Opticians Board
13. Osteopathic Council

14. Physiotherapists Board

15. Podiatrists Board

16. Psychologists Board

สภาวิชาชีพเหล่านี้เป็นองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการกำหนดขอบเขตของวิชาชีพในสาขานั้น ๆ, การกำหนดคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ, การขึ้นทะเบียนวิชาชีพและการออกใบรับรอง รวมถึงการกำหนดมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ และมาตรฐานทางจริยธรรม องค์กรเหล่านี้มักจะแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพ (professional conduct committees) ซึ่งสามารถดำเนินการสืบสวนผู้ประกอบวิชาชีพในเรื่องความสามารถในการปฏิบัติงาน (competence) และความประพฤติต่าง ๆ

การจัดสรรงบประมาณการดำเนินงานของสภาวิชาชีพเหล่านี้ จะได้รับการจัดเก็บค่าธรรมเนียมประจำปีของผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นสมาชิก องค์กรเหล่านี้จะมีสถานที่ทำงานและเจ้าหน้าที่ของตนเอง⁴

บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่มีต่อสภาวิชาชีพเหล่านี้ก็คือ การตรวจสอบการทำงานของสภาวิชาชีพเหล่านี้ โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะมีอำนาจในการแต่งตั้งกรรมการของสภาวิชาชีพเหล่านี้ตามกฎหมายชื่อว่า **Health Practitioners Competence Assurance Act 2003** เช่น กระทรวงมีอำนาจออกกฎหมายลำดับรอง (regulation) ในเรื่องกำหนดสัดส่วนของกรรมการในสภาวิชาชีพต่าง ๆ ที่มาจากการเลือกตั้งของผู้ประกอบวิชาชีพในสาขานั้น ๆ ซึ่งจะต้องได้รับการแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

กฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act เป็นกฎหมายสำคัญที่ควบคุม กำกับดูแลการประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสาขาต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว กฎหมายฉบับนี้มีเจตนารมณ์สำคัญคือ เพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชนทั่วไป ด้วยการสร้างกลไกที่สามารถรับประกันได้ว่า ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสาขาต่าง ๆ (health practitioners) เป็นผู้มีทักษะ ความรู้ ความสามารถ (competence) และเหมาะสมที่จะปฏิบัติงานในวิชาชีพของตนเอง กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดหลักการสำคัญอื่น ๆ ได้แก่

(1) หลักการรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

⁴ “Professional and regulatory bodies” at <http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/key-health-sector-organisations-and-people/professional-and-regulatory-bodies>

(2) หลักเกณฑ์การพิจารณาผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพแต่ละรายว่า มีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติงานในวิชาชีพได้หรือไม่

(3) การจัดระบบที่ห้ามบุคคลที่มีใช้ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพเข้ามาประกอบวิชาชีพนี้ได้

(4) การกำหนดเงื่อนไขกิจกรรมบางอย่างที่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพไม่สามารถดำเนินการได้ เพื่อคุ้มครองประชาชนจากอันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

(5) การให้คุ้มครองบางอย่างแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมประกันคุณภาพ

อนึ่ง ในช่วงปี ค.ศ. 2007 เคยมีการศึกษาวิจัยน่าสนใจชื่อ Awareness, Trust and Information: Research with New Zealand Medical Consumers TNS social Research (2007) เปิดเผยผลการสำรวจความเชื่อถือของประชาชนนิวซีแลนด์ที่มีต่อแพทย์ในประเทศ ผลปรากฏว่า มีประชาชนเพียงร้อยละ 9 ที่ยังมีความเชื่อถือและไว้วางใจในแพทย์ และให้คะแนนเฉลี่ยเรื่องความไว้วางใจ 4.9 จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความไว้วางใจในแพทย์ที่ทำให้การรักษาตนเองเป็นประจำค่อนข้างมากคิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 5.5 จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน ผลการสำรวจนี้แสดงให้เห็นว่า ชาวนิวซีแลนด์ยังมีความเชื่อถือและไว้วางใจในแพทย์ในระดับค่อนข้างต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในประเทศอื่น จึงควรมีการพิจารณาปรับปรุงกฎหมายควบคุมหรือกำกับวิชาชีพเวชกรรม เพื่อสร้างความเชื่อถือ ไว้วางใจให้แก่ประชาชนทั่วไปมากขึ้น

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมวิชาชีพเวชกรรม

การควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในประเด็นต่าง ๆ คือ จริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม, ความปลอดภัยหรือมาตรฐานการรักษาพยาบาลผู้ป่วย, ความสามารถของแพทย์ที่ทำให้การรักษา หรือการให้บริการสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติในเรื่องสิทธิของผู้บริโภค สิทธิผู้ป่วยตามที่กฎหมายรับรองไว้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมที่กล่าวมาข้างต้นมี 2 หน่วยงานหลักคือ

ก) แพทยสถานิวซีแลนด์

แพทยสถานิวซีแลนด์ (Medical Council of New Zealand) เป็นสภาวิชาชีพของผู้ประกอบเวชกรรม (medical practitioner⁵) ในนิวซีแลนด์คือ มีความประวัติดีความเป็นมาย้อนหลังไปถึงราวศตวรรษที่ 19 คือ มีการจัดตั้งสภาวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นครั้งแรกชื่อว่า Medical Board ในปี ค.ศ. 1868⁶ ซึ่งได้พัฒนามาเป็นแพทยสภาในเวลาต่อมา

คณะกรรมการของแพทยสภาในช่วงทศวรรษที่ 1960 ประกอบด้วย กรรมการที่ได้รับแต่งตั้งจากผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์ (Governor General), กรรมการโดยตำแหน่งซึ่งได้แก่ คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ของโรงเรียนแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุดในนิวซีแลนด์ชื่อว่า the Otago Medical School (ทำการเรียนการสอนครั้งแรกในปี ค.ศ. 1875), ผู้บริหารสูงสุดของกระทรวงสาธารณสุข และผู้แทนของแพทยสมาคมอังกฤษประจำนิวซีแลนด์ (the New Zealand Branch of the British Medical Association⁷)

ต่อมา มีการออกกฎหมายชื่อ **Medical Practitioners Act (1995)** มาตรา 124⁸ กำหนดองค์ประกอบของแพทยสถานิวซีแลนด์ กรรมการจำนวน 10 คน มีสัดส่วนกรรมการมาจาก 4 กลุ่มคือ

- 1) ผู้บริหารสูงสุดของกระทรวงสาธารณสุข 1 คน ที่มีตำแหน่ง the Director-General of Health⁹

⁵ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายนิวซีแลนด์ คือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนหรือถือว่าขึ้นทะเบียนกับแพทยสถานิวซีแลนด์ตามกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act 2003 มาตรา 114 (1) (a)

⁶ Sir Arthur Porritt, "the History of Medicine in New Zealand", *Med Hist.* 1967 October; 11(4): p.339.

⁷ New Zealand Branch of the British Medical Association เป็นองค์กรที่จัดตั้งมาเป็นเวลานานราว 120 ปี คือราวปลายทศวรรษที่ 1896 โดยในขณะนั้นยังถือเป็นสำนักงานสาขาของแพทยสมาคมอังกฤษ (BMA) เพียงไม่กี่แห่งในกลุ่มประเทศอาณานิคมของจักรวรรดิอังกฤษในขณะนั้น โดยมีความเป็นมาจากความล้มเหลวในการจัดตั้งแพทยสมาคมแห่งนิวซีแลนด์ (New Zealand Medical Association) ในระยะแรก จนกระทั่งได้แยกตัวออกจาก BMA ในปี ค.ศ. 1967

⁸ ปัจจุบันกฎหมายนี้ถูกยกเลิกไปแล้ว

⁹ Director-General of Health and Chief Executive เป็นตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานในกระทรวงสุขภาพของนิวซีแลนด์ (Ministry of Health) มีวาระการดำรงหน้าที่กำหนดไว้ 3 ปี ผู้ที่ดำรงตำแหน่งคนปัจจุบันคือ Dr. Kevin Woods (ก่อนหน้านี้ที่เคยดำรงตำแหน่งเป็น the Director General for Health and Chief Executive, National Health Service (NHS) Scotland เมื่อปี ค.ศ. 2005 - 2011)

2) กรรมการที่มาจากสถาบันการศึกษาที่มีคณะแพทยศาสตร์หรือโรงเรียนแพทย์ จำนวน 1 คน ซึ่งได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และผ่านการหารือกับคณบดีคณะแพทยศาสตร์ทุกแห่งแล้ว

3) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับการเลือกตั้งกันเอง จำนวน 4 คน

4) กรรมการจำนวน 4 คน ที่ได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้เพียง 1 คนเท่านั้น

ข้อมูลในช่วงปี ค.ศ. 2009 ถึง 2010 นิวซีแลนด์มีแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับแพทยสถานิวซีแลนด์จำนวน 12,500 คน แพทยสถานิวซีแลนด์ปัจจุบันจัดตั้งขึ้นตามกฎหมายชื่อ **Health Practitioners Competence Assurance Act 2003** มาตรา 114¹⁰ แพทยสถานิวซีแลนด์เป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นอิสระ (an independent statutory body) อยู่ภายใต้สังกัดของรัฐสถานิวซีแลนด์ (New Zealand Parliament) งบประมาณการดำเนินงานของแพทยสภาเกือบทั้งหมดส่วนใหญ่มาจากค่าธรรมเนียมรายปีของแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม รวมถึงการออกใบรับรองหรือใบประกาศนียบัตรให้แก่แพทย์ แพทยสภามีได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลแต่อย่างใด

องค์ประกอบของกรรมการแพทยสถานิวซีแลนด์

ตามกฎหมายปัจจุบันคือ Health Practitioners Competence Assurance Act (2003) มาตรา 120 กำหนดองค์ประกอบของกรรมการแพทยสถานิวซีแลนด์ไว้ไม่เกิน 14 คน โดยกรรมการชุดปัจจุบันมีจำนวนทั้งสิ้น 12 คน กรรมการทุกคนได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และจะมีผลตามกฎหมายเมื่อประกาศในราชกิจจานุเบกษา กรรมการแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับการเลือกตั้งกันเองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 3 บุคคลที่มีใช้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและมีใช้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ขึ้นทะเบียน และมีใช้บุคคลที่มีคุณสมบัติที่จะขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย จำนวน 4 คน

การกำหนดสัดส่วนของคณะกรรมการแพทยสภาดังกล่าวนี้ เป็นไปตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act ซึ่งกำหนดให้กรรมการส่วนใหญ่ในสภาวิชาชีพด้าน

¹⁰ Schedule 2 Bodies continued in existence and appointed as authorities in respect of health professions . . .

Medical Council of New Zealand (being the Council continued by section 122(1) of the Medical Practitioners Act 1995)

สุขภาพ (health practitioner) จะต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชานั้น ๆ¹¹ กล่าวคือ กรณีแพทยสภา กรรมการส่วนใหญ่จะต้องเป็นแพทย์ กฎหมายฉบับนี้ยังบัญญัติให้ต้องมีบุคคลที่มีใช้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ หรือ laypersons ในสัดส่วนที่กฎหมายกำหนดด้วย เช่น คณะกรรมการแพทยสภาที่มีจำนวนกรรมการตั้งแต่ 9 คนขึ้นไป ก็จะต้องมี layperson จำนวนไม่ต่ำกว่า 3 คน หรือคิดเป็นจำนวน 1 ใน 3 ของจำนวนกรรมการทั้งหมด

ดังนั้น คณะกรรมการแพทยสภาชุดปัจจุบันมีจำนวน 12 คน จึงมี layperson จำนวน 4 คน การประชุมคณะกรรมการแพทยสภาจะกำหนดจำนวนครั้งที่แน่นอนคือ 8 ครั้งต่อปี โดยจะมีกำหนดวันประชุมทั้งปีไว้ล่วงหน้า การประชุมในแต่ละครั้งจะมีวันประชุมติดต่อกัน 2 วัน

วาระการดำรงตำแหน่งและการพ้นจากตำแหน่ง

วาระการดำรงตำแหน่งของผู้ที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นกรรมการแพทยสภา มีกำหนดเวลาไม่เกิน 3 ปี หรืออาจมีกำหนดเวลาน้อยกว่านั้นก็ได้ กรรมการที่ได้รับแต่งตั้งแล้ว อาจได้รับแต่งตั้งใหม่ได้ แต่กรรมการแต่ละคนจะมีระยะเวลาดำรงตำแหน่งรวมกันได้ไม่เกิน 9 ปี กรรมการจะต้องดำรงตำแหน่งจนครบวาระ

เหตุที่ทำให้กรรมการแพทยสภาพ้นจากตำแหน่งตามที่กฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act 2003 บัญญัติไว้ มีดังนี้

ก. กรรมการลาออก

ข. กรรมการอาจพ้นจากตำแหน่งจากสาเหตุอื่น ๆ คือ เสียชีวิต หรือกลายเป็นบุคคลล้มละลายตามกฎหมายล้มละลาย (Insolvency Act 2006)

ค. กรรมการอาจถูกถอดถอนจากตำแหน่งโดยคำสั่งของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เนื่องด้วยเหตุผลคือ ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง, ปฏิบัติหน้าที่โดยประมาทเลินเล่อ (neglect of duty) หรือปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ (misconduct)

ง. กรรมการอาจพ้นจากตำแหน่งโดยคำสั่งของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการแพทยสภา เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่ของกรรมการรายนั้นไม่ผ่านการประเมิน

แม้ว่ากรรมการรายหนึ่งรายใดพ้นจากตำแหน่งกรรมการ แต่ก็ไม่ส่งผลกระทบต่ออำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการแพทยสภาที่ยังคงอยู่ในตำแหน่ง นอกจากนี้ กรรมการที่มีปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน

¹¹ ตามกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act 2003 ปัจจุบันมีสภาวิชาชีพที่อยู่ภายใต้กฎหมายนี้รวม 16 สาขาวิชาชีพ (responsible authorities) ที่กฎหมายนี้กำหนดไว้

(conflict of interest) กับการปฏิบัติงานในตำแหน่งกรรมการแพทยสภา จะต้องพ้นจากตำแหน่งตามกฎหมาย

หน้าที่และความรับผิดชอบของกรรมการแพทยสภา¹²

ความรับผิดชอบหลักของแพทยสภานิวซีแลนด์ บัญญัติไว้ในกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act 2003 มาตรา 118 สรุปได้ 4 ด้านหลัก คือ

- 1) การขึ้นทะเบียนแพทย์ที่ต้องการประกอบวิชาชีพในนิวซีแลนด์
- 2) การกำหนดกรอบมาตรฐานความสามารถและมาตรฐานทางจริยธรรมของแพทย์
- 3) การจัดทำแนวปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเวชปฏิบัติในประเด็นต่าง ๆ และส่งเสริมการศึกษาการฝึกอบรมแพทย์
- 4) การคุ้มครองประชาชน ด้วยการรักษามาตรฐานในเวชปฏิบัติของแพทย์ให้อยู่ในระดับสูง

แพทยสภานิวซีแลนด์ในฐานะที่เป็นหน่วยงานของรัฐตามกฎหมาย ยังมีหน้าที่เปิดเผยข้อมูลกิจกรรม การดำเนินงานต่าง ๆ ต่อสาธารณชน กรรมการแพทยสภาจะต้องประพฤติตนและปฏิบัติหน้าที่ตามหลักจริยธรรม กรรมการแพทยสภาจึงมีหน้าที่และความรับผิดชอบสรุปได้ดังนี้

หน้าที่ ความรับผิดชอบทั่วไปของกรรมการคือ กรรมการทุกคนมีหน้าที่ในการปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์ของประชาชนชาวนิวซีแลนด์ ด้วยการสร้างระบบการควบคุม ตรวจสอบความสามารถในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ กรรมการแต่ละจะต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเป็นอิสระ ไม่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของกลุ่มองค์กรวิชาชีพ (professional organisations) หรือกลุ่มบุคคล ชุมชนใด ๆ ประเด็นนี้มีความสำคัญอย่างมาก

กรรมการแพทยสภาจะต้องปฏิบัติตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ และมีหน้าที่รักษาความลับของมติที่ประชุม เอกสารในการประชุม การเปิดเผยข้อมูล เอกสารใด ๆ จะต้องได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุม สำหรับการแสดงความเห็นส่วนตัวนั้น แม้ว่าสามารถกระทำได้ แต่ก็ต้องอยู่ภายในขอบเขตของเนื้อหาของการประชุมหรือเป็นภาระงานตามอำนาจหน้าที่ของแพทยสภาตามกฎหมายเท่านั้น และเมื่อกรรมการแพทยสภาพ้นจากตำแหน่งแล้ว จะต้องส่งมอบเอกสารทุกอย่างคืนให้แก่แพทยสภาเพื่อเก็บรักษาไว้

¹² “Candidate Information on the Terms and Conditions of Appointment to the Medical Council of New Zealand” (Medical Council of New Zealand, March 2005).

การประชุมและองค์ประชุมของคณะกรรมการ

ในทางปฏิบัติ แพทยสภาจะกำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการแพทยสภาอย่างเป็นทางการ ปีละ 10 ครั้ง โดยจะมีการประชุม 6 ครั้ง ซึ่งเป็นการประชุมครั้งละ 2 วัน กรรมการแต่ละคนมีหน้าที่ที่จะต้องเข้าร่วมการประชุมดังกล่าว โดยเคยมีการคำนวณจำนวนวันที่กรรมการจะต้องร่วมประชุมหรือร่วมกิจกรรมของแพทยสภาได้ปีละ 30 ถึง 40 วัน

สิ่งที่น่าสนใจคือ การนับองค์ประชุมของคณะกรรมการแพทยสภานั้น จะต้องประกอบด้วย กรรมการไม่น้อยกว่า 6 คน และจะต้องมีกรรมการที่เป็น lay member อย่างน้อย 1 คน จึงจะถือเป็นองค์ประชุมตามกฎหมาย

ประเด็นผลประโยชน์ขัดกัน

การปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายและประเด็นผลประโยชน์ขัดกัน (conflicts of interest) มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act 2003 (Schedule 3) กล่าวคือ กรรมการทุกคนจะต้องมีความเข้าใจตรงกันว่า บทบาทของแพทยสภาตามกฎหมายคือ การคุ้มครองผลประโยชน์ของประชาชนหรือประโยชน์สาธารณะ มิใช่การคุ้มครองประโยชน์ของแพทย์หรือกลุ่มวิชาชีพ กรรมการทุกคนจะต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์ หลักสุจริต (good faith) ไม่มีอคติ (impartial) หลีกเลี่ยงกรณีปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน

ตัวอย่างเช่น หากมีการประชุมกรรมการแพทยสภาซึ่งมีวาระประชุมเกี่ยวกับองค์กรวิชาชีพ กรรมการสังกัดอยู่ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาผลประโยชน์ขัดกันขึ้นแล้ว กรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ต้องแจ้งให้ที่ประชุมทราบในทันทีที่ทราบถึงเรื่องดังกล่าว และกรรมการดังกล่าวจะไม่สามารถเข้าร่วมการพิจารณาตัดสินใจในการประชุมหรือกิจกรรมนั้น ๆ ได้ ตามกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act 2003 ยังบัญญัติว่า จะไม่นับกรรมการที่มีผลประโยชน์ขัดกันเป็นองค์ประชุมในการประชุมครั้งนั้น

นอกจากนี้ กรรมการแพทยสภาจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ และปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ของแพทยสภา ได้แก่ Health Practitioners Competence Assurance Act 2003; Health and Disability Commissioner Act 1994; Code of Health and Disability Services Consumers' Rights; Health and Disability Services Act 1993; Privacy Act 1993; Health Information Privacy Code 1994; Human Rights Act 1993; Treaty of Waitangi และประมวลจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (Codes of Ethics of the Profession)

ประเด็นต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ถือว่ามีผลสำคัญอย่างยิ่งต่อความเชื่อถือศรัทธาของประชาชนที่มีต่อแพทยสภา

สำหรับเรื่องค่าตอบแทนของกรรมการ กรรมการแพทยสภาแต่ละคนจะได้รับค่าตอบแทนเป็น เบี้ยประชุมเท่านั้น ไม่มีค่าตอบแทนรายเดือนแต่อย่างใด อัตราค่าเบี้ยประชุมในปี ค.ศ. 2005 ถึง 2006 คือ 856 เหรียญนิวซีแลนด์ต่อวัน หรือคิดเป็นอัตราชั่วโมงละ 107 เหรียญ (ก่อนหักภาษีเงินได้) และจะมีการ พิจารณาทบทวนทุกปี ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของกรรมการ เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหารจะมีการกำหนด อัตราที่สามารถเบิกจ่ายได้



๒) Health and Disability Commissioner

Health and Disability Commissioner (HDC¹³) เป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นอิสระ (an independent agency) ที่เรียกว่า Crown entity¹⁴ ก่อตั้งขึ้นตามกฎหมายชื่อ Health and Disability Commissioner Act ในเดือนตุลาคม ค.ศ. 1994 วิสัยทัศน์ (vision) ขององค์กรแห่งนี้คือ การเป็นองค์กร คู่ครองสิทธิผู้บริโภคในแนวทาง (Champions of consumers' rights หรือภาษาเมารีอ่านว่า Kai kōkiri i nga tika kai hokohoko) มีพันธกิจคือ การระงับข้อพิพาท, การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และส่งเสริมการเรียนรู้สิทธิของผู้บริโภค

บทบาทหน้าที่หลักสำคัญของ HDC มี 2 ประการคือ

1) ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคในฐานะที่เป็นผู้ใช้บริการสุขภาพและบริการสำหรับ คนพิการ (health and disability services) การให้การศึกษาและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพ ของผู้บริโภคแก่ประชาชนทั่วไป กลุ่มคนพิการ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

2) ทำหน้าที่เป็นผู้รับเรื่องร้องเรียนด้านแรก (initial recipient of complaints) ระหว่างผู้บริโภค (ผู้ป่วย) กับผู้ให้บริการสุขภาพ และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้บริโภคว่า ข้อร้องเรียนจะได้รับการ ดำเนินการอย่างเหมาะสม มีความเป็นธรรม รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ผ่านเครือข่ายผู้ให้คำปรึกษาทั่ว ประเทศ (a national network of independent advocates)

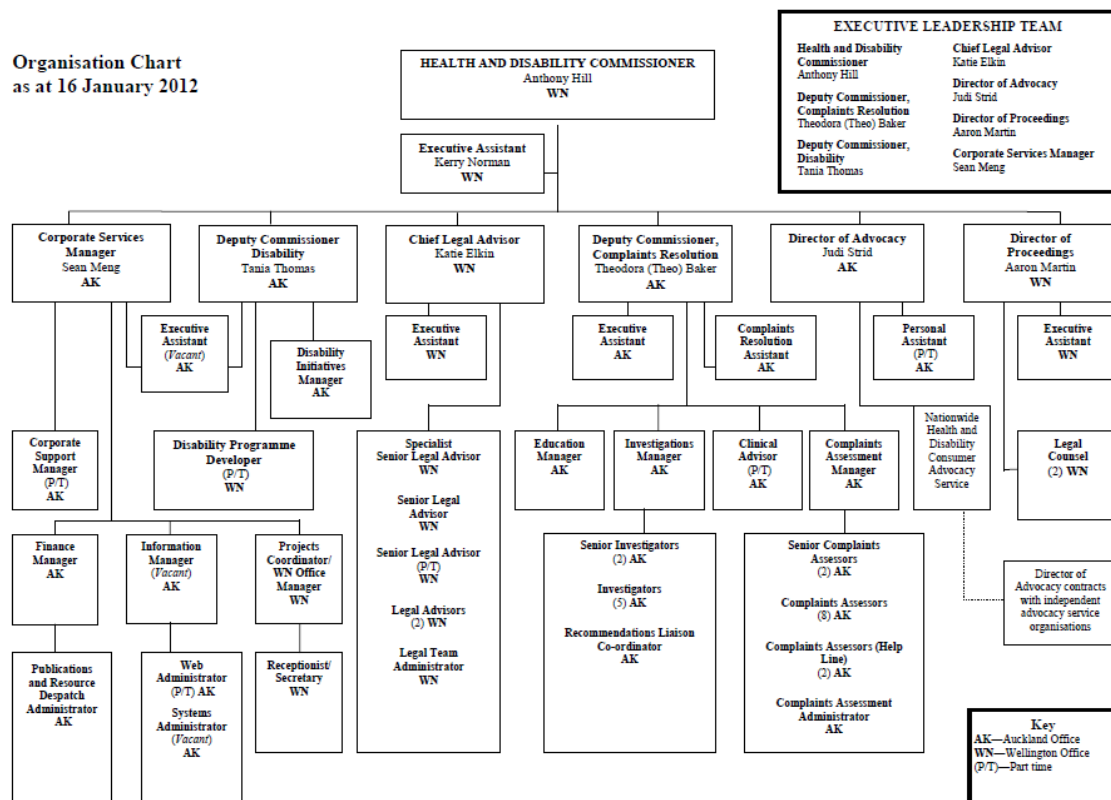
¹³ ต่อไปนี้ในรายงานฉบับนี้ จะเรียกว่า HDC หรือ Commissioner

¹⁴ HDC มีสถานะตามกฎหมายชื่อ Crown Entities Act 2004 และ Public Finance Act 1989 การดำเนินงานของ คณะกรรมการชุดนี้จะรับผิดชอบต่อรัฐสภาโดยตรง ไม่อยู่ภายใต้การควบคุมหรือกำกับดูแลของรัฐบาลหรือ หน่วยงานใด ๆ

ข้อที่น่าสนใจก็คือ HDC มิได้มีรูปแบบการทำงานแบบองค์กรกลุ่มที่เป็นคณะกรรมการ แต่มีบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารสูงสุดในตำแหน่ง Commissioner (กรุณาดูแผนผัง 2.1 โครงสร้างองค์กรของ HDC ประกอบ) โดยผู้ที่ดำรงตำแหน่ง Health and Disability Commissioner คนปัจจุบัน เป็นนักกฎหมายชื่อว่า นาย Anthony Hill โดยก่อนหน้านี้เคยดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารระดับสูงในตำแหน่ง a Deputy Director-General of Health ของกระทรวงสาธารณสุขนิวซีแลนด์เป็นเวลากว่า 6 ปี

จากการศึกษาวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของ HDC ทำให้ทราบว่า องค์กรแห่งนี้มีบทบาทสำคัญในการเป็นหน่วยงานด่านแรกที่จัดการในเรื่องการควบคุมวิชาชีพของแพทย์และมาตรฐานการรักษาของผู้ให้บริการสุขภาพในนิวซีแลนด์ โดยเฉพาะในเรื่องปัญหาจริยธรรมของแพทย์ จึงเรียกว่าเป็น “gatekeeper for professional discipline”

2.1 โครงสร้างองค์กรของ Health and Disability Commissioner (HDC)





ก) Health Practitioners Disciplinary Tribunal ¹⁵

Health Practitioners Disciplinary Tribunal (HPDT) เป็นหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน ในกรณีที่น่าจะได้รับความเสียหายจากการได้รับการบำบัดรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความสามารถบกพร่องหรือไม่มีความสามารถ (incompetent) หรือกรณีผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความประพฤติไม่เหมาะสม ผ่าฝืนหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

HPDT เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในกระบวนการพิจารณาความผิดของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีอำนาจหน้าที่พิจารณา ได้สวนข้อเท็จจริงเกี่ยวกับคดีละเมิดจริยธรรมหรือการกระทำ ความผิดด้านความประพฤติที่ร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในขั้นสุดท้าย (final stage) โดยสภาวิชาชีพหรือองค์กรกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทุกด้าน (healthcare professional regulatory bodies) จะส่งเรื่องร้องเรียนเหล่านี้ให้แก่ HPDT ดำเนินการ ในปัจจุบัน วิชาชีพด้านสุขภาพที่อาจถูกตรวจสอบจาก HPDT ประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพ 22 สาขา ได้แก่¹⁶

1. Chiropractors
2. Dentists
3. Dental Therapists
4. Dental Hygienists
5. Dental Technicians
6. Clinical Dental Technicians
7. Dietitians
8. Dispensing Opticians
9. Optometrists

¹⁵ Health Practitioners Disciplinary Tribunal จัดตั้งขึ้นในปี 2004 (เดิมนั้นมีชื่อว่า Medical Practitioners Disciplinary Tribunal จัดตั้งตามกฎหมาย Medical Practitioners Act ในปี 1995) มีอำนาจหน้าที่คล้ายคลึงกับ Office of the Health Professions Adjudicator (OHPA) ของอังกฤษ

¹⁶ Health Practitioners Disciplinary Tribunal at <http://www.hpdt.org.nz/>

10. Medical Practitioners
11. Medical Laboratory Scientists
12. Medical Laboratory Technologists
13. Medical Radiation Technologists
14. Midwives
15. Nurses
16. Occupational Therapists
17. Osteopaths
18. Pharmacists
19. Physiotherapists
20. Podiatrists
21. Psychologists
22. Psychotherapists

โครงสร้างการบริหารของ Health Practitioners Disciplinary Tribunal ประกอบด้วย ประธาน 1 คน (ประธานคนปัจจุบันชื่อ Mr Bruce Corkill) รองประธาน 3 คน และรองประธาน 3 คน โดยจะต้องเป็นนักกฎหมายที่มีประสบการณ์การทำงานสูง คือจะต้องเป็นนักกฎหมายที่ว่าความในศาล (barrister) หรือเป็นที่ปรึกษาทนาย (solicitor) ของศาลสูง (High Court) มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 7 ปี โดยไม่คำนึงว่าจะมีตำแหน่งในสำนักงานศาลหรือไม่ก็ตาม HPDT ยังมีองค์คณะที่ทำหน้าที่เป็น Panel ตามกฎหมาย ซึ่งจะต้องประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและประชาชนทั่วไป สมาชิกของ Tribunal ทุกคนจะได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดเกี่ยวกับ HPDT จะได้กล่าวถึงในตอนท้ายที่เกี่ยวกับการไต่สวนข้อร้องเรียนในกรณีร้ายแรง

แนวปฏิบัติทางจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

การทำความเข้าใจระบบการควบคุมหรือกำกับดูแลวิชาชีพเวชกรรมในนิวซีแลนด์ จะต้องทำความเข้าใจกฎหมายพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ เสียก่อน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (health professionals) ทุกสาขาในประเทศนี้ มีหน้าที่จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายและ

แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพ กับผู้บริโภค ผู้ป่วย หรือประชาชนที่มารับบริการสุขภาพ แนวปฏิบัติที่รู้จักกันดีคือ “แนวปฏิบัติว่าสิทธิผู้บริโภคในการรับบริการสุขภาพและบริการสำหรับคนพิการ” (Code of Health and Disability Services Consumer’s Rights Regulation, 1996) และมีหน้าที่แจ้งให้ผู้บริโภคหรือผู้ป่วยทราบว่า พวกเขามีสิทธิอะไรบ้าง และต้องดำเนินการให้ผู้บริโภคสามารถใช้สิทธินั้น ๆ ได้ ชื่อนำสังเกตคือ แนวปฏิบัตินี้มีสถานะเป็นกฎหมายในระดับ regulation¹⁷ โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ค.ศ. 1996 แนวปฏิบัตินี้ใช้บังคับกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ รวมถึงสถานพยาบาล โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน องค์กรที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป รวมถึงผู้ให้บริการด้านสุขภาพแบบทางเลือก (alternative health providers) การแพทย์ที่ใช้การแพทย์กระแสหลักทั่วไป (medical mainstream) อาทิเช่น naturopaths, homeopaths, acupuncturists, rest homes จึงกล่าวได้ว่าแนวปฏิบัตินี้ครอบคลุมผู้ให้บริการสุขภาพทุกกลุ่ม ซึ่งมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติตาม¹⁸

เนื้อหาของแนวปฏิบัตินี้ระบุสิทธิผู้ป่วยหรือผู้บริโภคที่สำคัญหลายประการ ได้แก่

- 1) สิทธิที่จะได้รับบำบัดรักษาด้วยความเคารพ
- 2) สิทธิที่จะไม่ถูกเลือกปฏิบัติ, บังคับ ข่มขู่, ลวนลามทางเพศ หรือกระทำการโดยมิชอบอื่น ๆ
- 3) สิทธิในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และมีอิสระในการตัดสินใจ
- 4) สิทธิที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพและได้รับการรักษาด้วยความเอาใจใส่และมีทักษะ
- 5) สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งผู้ป่วยหรือผู้บริโภคสามารถเข้าใจได้และสามารถสื่อสารกับผู้ให้บริการได้
- 6) สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพหรือความพิการของผู้ป่วยหรือผู้บริโภค บริการที่จะได้รับรักษาและชื่อและหน้าที่ของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลการทดสอบ การทำหัตถการที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบ ในประเทศนิวซีแลนด์นั้น ผู้รับบริการจะได้รับคำแนะนำให้สอบถามข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับพวกเขาบ้าง
- 7) สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเองถึงวิธีการบำบัดรักษา และสามารถเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจได้
- 8) สิทธิที่จะมีคนใกล้ชิดที่คอยดูแลผู้ป่วยเท่าที่จะสามารถทำได้

¹⁷ กฎหมายหลักของแนวปฏิบัตินี้คือกฎหมายชื่อว่า Health and Disability Commissioner Act ซึ่งมีผลใช้บังคับในปี ค.ศ. 1994

¹⁸ “The Code of Rights” at <http://www.hdc.org.nz/the-act--code/the-code-of-rights>

- 9) สิทธิที่กล่าวมาข้างต้น สามารถปรับใช้กับกรณีการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยหรือการเรียนการสอนของผู้ประกอบวิชาชีพ
- 10) สิทธิที่จะร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการ และจะต้องมีการพิจารณาการร้องเรียนนั้นอย่างจริงจัง

2.2 บทบาทหน้าที่ของแพทยสภาตามกฎหมาย

กฎหมายชื่อ Health Practitioners Competence Assurance Act (2003) บัญญัติบทบาทหน้าที่สำคัญของแพทยสภาไว้ มีดังนี้

- จินตนาการแพทย์ที่สามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ (practising doctors) และดูแลทะเบียนรายชื่อแพทย์ที่จินตนาการตามกฎหมาย หน้าที่ในเรื่องนี้ถือเป็นวัตถุประสงค์หลักของแพทยสภานิวซีแลนด์ เพื่อให้ประชาชนเชื่อมั่นว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสามารถประกอบวิชาชีพได้ตามหลัก fitness to practice
- ออกใบรับรองในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมแก่แพทย์ที่ชำระค่าธรรมเนียมรายปี (annual practising certificates) และต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถ (competence) ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการด้าน clinical competence และ cultural competence¹⁹
- กำหนดกรอบมาตรฐานทางจริยธรรมหรือความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ethical conduct)
- กำกับดูแลการเรียนการสอน การฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์ในสถาบันการศึกษาต่าง ๆ รวมถึงแพทย์ที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า การเรียนการสอนแพทยศาสตร์ศึกษามีความเหมาะสม ถือเป็นการดูแลมาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างหนึ่ง
- กำหนดให้แพทย์จะต้องได้รับการศึกษาต่อเนื่อง หากแพทย์เหล่านั้นจะเข้ามาประกอบวิชาชีพ

¹⁹ การคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยในนิวซีแลนด์ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากประชากรชาวนิวซีแลนด์มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะกลุ่มชนพื้นเมือง คนเผ่าเมารี กลุ่มคนพิการ กลุ่มศาสนา กลุ่มรักร่วมเพศ ประเด็นวัฒนธรรมของผู้ป่วยจะมีผลต่อความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง และยังมีผลต่อการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วย แพทย์จึงต้องเรียนรู้วัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วยที่ตนเองให้การดูแลรักษา แพทย์ต้องมีความเคารพวัฒนธรรมของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่มีความหลากหลาย

“Statement on cultural competence” (Medical Council of New Zealand, August 2006).

- กำหนดให้แพทย์ได้รับการบำบัดรักษา หากพบว่าแพทย์เจ็บป่วยอันเป็นผลมาจากการปฏิบัติงานในวิชาชีพ
- สามารถตั้งระงับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์
- ดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์ เมื่อได้รับการร้องเรียนจากผู้ป่วย เพื่อนร่วมวิชาชีพ หรือบุคคลทั่วไป

บทบาทของแพทยสภาในฐานะองค์กรขึ้นทะเบียน (registration bodies) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างมาก เพราะมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบการตรวจสอบความสามารถและมาตรฐานที่จำเป็นในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ เพื่อที่จะรับประกันว่าสามารถทำเวชปฏิบัติที่มีความปลอดภัย (safe practice) และยังเป็นประโยชน์แก่ตัวผู้ประกอบวิชาชีพเองที่จะปฏิบัติงานได้อย่างดีตามความสามารถของตนเอง บทบาทหน้าที่หลักของแพทยสภานิวซีแลนด์ตามกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act คือ การทำหน้าที่เป็นองค์กรขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

กฎหมายฉบับนี้เป็นกฎเกณฑ์ควบคุมการประกอบวิชาชีพ (occupational health regulation) ที่จะกั้นกรองบุคคลที่มีมาตรฐานความรู้ ความสามารถขั้นต่ำเพียงพอที่จะประกอบวิชาชีพในสาขานั้นได้ แพทย์ที่มีคุณสมบัติที่จะสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้จะเรียกว่า “prescribed” จะเป็นไปตามที่แพทยสภากำหนด (มาตรา 12 (2)) ซึ่งแพทย์แต่ละสาขามีคุณสมบัติแตกต่างกันไป ตามขอบเขตของเวชปฏิบัติของตนเอง (scope of practice) คุณสมบัติทั่วไปที่แพทย์ที่จะประกอบวิชาชีพในนิวซีแลนด์คือ วุฒิการศึกษาทางแพทยศาสตรศึกษา และ/หรือได้รับการฝึกอบรมจากวิทยาลัยหรือโรงเรียนแพทย์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขอบเขตของเวชปฏิบัติหรือลักษณะงานของแพทย์แต่ละราย กล่าวโดยสรุปคือ แพทย์จะต้องมีคุณสมบัติครบถ้วน 3 ด้านหลักคือ²⁰

- ก) มีคุณสมบัติพื้นฐานในการขึ้นทะเบียนตามขอบเขตของเวชปฏิบัติของตนเอง
- ข) มีความสามารถในการประกอบวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ (competent to practise in that scope of practice)
- ค) มีความเหมาะสมที่จะประกอบวิชาชีพ (fit to practise)

²⁰ David Dunbar, “How medical practice standards are set by legislation: the Health Practitioners Competence Assurance Act” in Ian St George, *Cole’s Medical practice in New Zealand 2011*, 10th edition (Medical Council of New Zealand, August 2010) , pp.180-182.

เกณฑ์การประเมินใบสมัครของแพทย์ที่ยื่นขอขึ้นทะเบียนนั้น แพทยสภาจะกำหนดเงื่อนไขของแพทย์ที่แตกต่างกันตามขอบเขตงานหรือความเชี่ยวชาญของแพทย์ในแต่ละด้าน อย่างไรก็ตาม ใ้ใดก็ดีเงื่อนไขเหล่านี้มิได้ทำให้แพทย์สามารถขึ้นทะเบียนได้เสมอไป แต่เป็นสิ่งที่ใช้ประกอบการขึ้นทะเบียน ทำให้ทราบได้ว่า แพทย์แต่ละคนมีประสบการณ์การทำงานเดิมในด้านใดบ้าง หรือใช้เป็นข้อมูลในการประเมินผล ในบางกรณีจะระบุเงื่อนไขในเรื่องระยะเวลาในการทำงานภายใต้การกำกับดูแลของผู้ฝึกอบรม หรือกำหนดให้ต้องมีผลการสอบผ่านที่กำหนดไว้ เมื่อแพทย์ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้ว ก็จะมีการเผยแพร่ข้อมูลของแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถตรวจสอบได้จากเจ้าหน้าที่ที่เป็นนายทะเบียนทางการแพทย์ (medical register)

บทบาทหน้าที่สำคัญอื่น ๆ ของแพทยสภานิวซีแลนด์คือ การคุ้มครองประชาชน (protection of the public) กล่าวคือ แพทย์มีหน้าที่รักษามาตรฐานทางวิชาชีพเวชกรรมในระดับสูง (high standards of practice)

ในแผนการปฏิบัติงานของแพทยสภา (Business Plan for Medical Council of New Zealand) ในระหว่างปีงบประมาณ 2009 ถึง 2010 ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการทำงาน สรุปเนื้อหาได้คือ วัตถุประสงค์สำคัญในการจัดตั้งแพทยสภานิวซีแลนด์คือ การคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน ด้วยการจัดทำกลไกที่จะรับประกันเรื่อง ความสามารถในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ รวมถึงมีทักษะ ความรู้ของแพทย์ที่ได้มาตรฐานเหมาะสม และมีเป้าหมายคือ การจัดทำกลไกที่รับประกันเรื่องความสามารถของแพทย์ในการประกอบวิชาชีพ, การปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างแพทยสภากับประชาชน ผู้ประกอบวิชาชีพ, สนับสนุนการระบบตรวจสอบตนเอง โดยกำหนดมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่สอดคล้องกับความคาดหวังของประชาชน แพทย์ และผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย และการปรับปรุงกฎหมายควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพ ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของแพทยสภากำหนดไว้ 4 ข้อ คือ 1. Fitness to Practise 2. Medical Migration 3. Medical Education 4. Accountability to the Public and Stakeholders

2.3 การควบคุม fitness to practice และจริยธรรมทางการแพทย์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

จากการศึกษาบทบาทหน้าที่ของแพทยสภาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการควบคุมจริยธรรมทางการแพทย์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งจะมีความเชื่อมโยงกับมาตรฐานแห่งวิชาชีพเวชกรรม ในประเด็นความสามารถ (competence) และความประพฤติ (conduct) หรือมาตรฐานแห่งวิชาชีพเวชกรรม (professional standards) ของผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ศึกษากลไกการควบคุมหรือกำกับดูแลจริยธรรมและการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ ซึ่งมีความซับซ้อนพอสมควร สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้²¹

1. ช่องทางการร้องเรียนเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพของแพทย์ กรณีที่ผู้ร้องเรียนเป็นผู้บริโภค (ผู้รับบริการหรือผู้ป่วย)

ตามกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act (Part 4) ผู้บริโภค คือ ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยสามารถร้องเรียนเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพของแพทย์ผ่าน 2 หน่วยงานคือ แพทยสภา หรือ Health and Disability Commissioner (HDC) ในบางกรณีจะเป็นการร้องเรียนผ่านกลุ่มผู้ให้คำปรึกษาของ HDC ที่เรียกว่า HDC Consumer Advisory Group²²

อย่างไรก็ดี ในขั้นต้นที่ประชาชนหรือผู้บริโภคทั่วไปร้องเรียนเกี่ยวกับจริยธรรมหรือความสามารถของแพทย์ในการประกอบวิชาชีพ กฎหมายบัญญัติว่า ในขั้นต้นนั้น แพทยสภาไม่มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการกรณีแพทย์ถูกผู้บริโภคหรือผู้ป่วยร้องเรียน แต่หากมีผู้ป่วยหรือผู้รับบริการร้องเรียนมาแพทยสภา กฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act มาตรา 64 บัญญัติให้แพทยสภามีหน้าที่ส่งเรื่องร้องเรียนดังกล่าวให้แก่ HDC ดำเนินการ กล่าวคือ หากเป็นการร้องเรียนของผู้บริโภคหรือผู้ป่วยแล้วจะต้องส่งเรื่องให้ HDC ก่อนเป็นลำดับแรก

ในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริง HDC จะแนะนำให้ผู้บริโภคหรือผู้รับบริการสุขภาพ (ผู้ป่วย) ติดต่อกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพเป็นลำดับแรกคือ พูดคุยกับแพทย์หรือผู้แทนสถานพยาบาลที่ตนเห็นว่าละเมิดสิทธิผู้ป่วย ผู้บริโภค หรือปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามหลักจรรยาบรรณ หรือไม่รักษามาตรฐานในการรักษาทางการแพทย์ แต่หากการพูดคุยเจรจาไม่เกิดขึ้นใด ๆ ผู้บริโภคสามารถติดต่อ HDC Consumer advocate โดยตรง เพื่อขอคำแนะนำว่า ควรจะดำเนินการต่อไปอย่างไร

²¹ Ibid., pp.184-185.

²² บทบาทของเครือข่ายผู้ให้คำปรึกษาผู้บริโภคของ HDC (HDC Consumer Advisory Group) คือ การให้คำแนะนำแก่ Commissioner ในประเด็นทางยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการกับกรณีร้องเรียนของผู้บริโภคในเรื่องการให้บริการสุขภาพและบริการสำหรับคนพิการ, การปรับปรุงคุณภาพการให้บริการสุขภาพ, การให้คำแนะนำในประเด็นผลประโยชน์สาธารณะ (public interest) ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานของ HDC, ประเด็นการสนับสนุนการใช้สิทธิของผู้ป่วย สิทธิผู้ป่วยและการให้การศึกษา และประเด็นนโยบายที่ Commissioner ต้องการหารือ

ผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ให้บริการที่ถูกร้องเรียน มีหน้าที่ตาม Code of Health and Disability Services Consumer's Rights ที่จะต้องแจ้งเหตุผลหรือข้อมูลในเรื่องที่ถูกร้องเรียนกลับมายังผู้ร้องเรียน ภายในเวลาที่เหมาะสม โดยไม่ชักช้า หากผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตาม ก็จะถือเป็นเหตุที่จะถูกร้องเรียนได้เพิ่มเติมขึ้นมาได้อีก

2. รูปแบบ วิธีการ และเนื้อหาที่สามารถร้องเรียนได้ของผู้บริโภค

กฎหมายบัญญัติว่าสามารถทำเป็นหนังสือลายลักษณ์อักษรหรือร้องเรียนโดยวาจาก็ได้ โดยระบุเนื้อหาที่ผู้ป่วยหรือผู้บริโภคต้องการร้องเรียนผู้ให้บริการสุขภาพ (health care provider²³) ที่มีความสามารถบกพร่องในการบำบัดรักษา หรือผู้ให้บริการสุขภาพที่ละเมิดสิทธิด้านสุขภาพตามของผู้บริโภคที่กำหนดไว้ใน the Code (Code of Health and Disability Services Consumer's Rights Regulation)

3. ขั้นตอนการดำเนินการของ HDC

ดังที่กล่าวมาแล้วในตอนต้นว่า บทบาทหน้าที่ของ HDC ในเรื่องการร้องเรียนคือ การประเมินหรือพิจารณาข้อร้องเรียนและข้อมูลที่เกี่ยวข้องในเบื้องต้นที่เรียกว่า *preliminary assessment* ตาม Health and Disability Commissioner Act มาตรา 33 ในทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่ของ HDC จะเป็นผู้ประสานงานในการติดต่อกับผู้ให้บริการที่ถูกร้องเรียน เพื่อขอคำชี้แจงจากผู้ถูกร้องเรียน

2.3.1 บทบาทหน้าที่ของ Health and Disability Commissioner

เจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนของ HDC จะให้คำแนะนำแก่ Commissioner ว่า ควรดำเนินการอย่างไรต่อไป ซึ่ง Commissioner สามารถตัดสินใจดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ต่อไปนี้

1) ยุติการดำเนินการ เมื่อพบว่าการดำเนินการต่อไปไม่มีความจำเป็นหรือไม่เหมาะสม ตาม Health and Disability Commissioner Act มาตรา 38 โดย Commissioner มีดุลพินิจในการพิจารณาประเด็นต่างๆ คือ ผู้ให้บริการสุขภาพได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงตามที่ผู้ร้องเรียนแจ้งมาแล้วหรือไม่, ข้อร้องเรียนเป็นเรื่องที่อาจเกิดขึ้นได้ทั่วไปหรือไม่, ข้อร้องเรียนเกิดจากการการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตหรือไม่, ผู้ถูกร้องเรียนแสดงความเสียใจหรือยอมรับผิดแล้วหรือไม่ หรือเป็นกรณีที่มีการเยียวยาหรือใช้สิทธิอุทธรณ์เรียกร้องสิทธิตามกฎหมายอย่างเหมาะสมเพียงพอแล้วหรือไม่

²³ นิยามคำว่า health care provider มีความหมายค่อนข้างกว้าง อาทิเช่น ผู้ประกอบวิชาชีพทุกสาขาที่มีหน้าที่ให้บำบัดรักษาผู้ป่วย (health practitioner) หรือบุคคลที่มีใช้ผู้ประกอบวิชาชีพ แต่มีหน้าที่ให้บริการรักษาผู้ป่วย รวมถึงหน่วยงานที่ทำหน้าที่ควบคุมโรงพยาบาลตามกฎหมายด้านสุขภาพจิตที่ชื่อว่า Compulsory Assessment and Treatment) Act 1992

ในทางปฏิบัติ Commissioner อาจร้องขอให้ผู้ให้บริการกล่าวคำขอโทษ (apology) แก่ ผู้บริโภคหรือผู้ป่วยที่ร้องเรียน พร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้เกี่ยวข้อง

2) เสนอให้ดำเนินการต่อไป โดยมีช่องทางดังนี้

2.1) ส่งเรื่องร้องเรียนไปยังหน่วยงานหรือบุคคลที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง (ตาม Health and Disability Commissioner Act มาตรา 34 หรือมาตรา 36) คือ เป็นกรณีได้ข้อสรุปในเบื้องต้นว่า ข้อร้องเรียนมีมูล HDC จะดำเนินการส่งเรื่องดังกล่าวไปยังหน่วยงานหรือองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่หรือมีความเกี่ยวข้องกับข้อร้องเรียนนั้น ๆ ดำเนินการต่อไป

2.2) ส่งเรื่องร้องเรียนไปยังผู้ให้คำปรึกษา (an advocate)

เมื่อ Commissioner ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นแล้ว อาจมอบหมายให้ผู้ให้คำปรึกษาของ HDC ที่เรียกว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาฝ่ายผู้บริโภค (HDC Consumer advocate) เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนของผู้บริโภคหรือผู้ป่วย ทำให้เกิดข้อยุติร่วมกันระหว่างคู่กรณีทั้งสองฝ่ายคือ ฝ่ายผู้ร้องเรียนกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกร้องเรียน

กลไกการระงับข้อพิพาทในชั้นนี้ถือเป็นหัวใจสำคัญของ HDC ผู้วิจัยขออธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมคือ ผู้ให้คำปรึกษาฝ่ายผู้บริโภคของ HDC หรือ consumer advocate เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนท้องถิ่น ซึ่งสามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสิทธิในการรับบริการสุขภาพแก่ผู้บริโภค และช่วยเหลือกรณีการร้องเรียนเกี่ยวกับบริการสุขภาพและบริการสำหรับคนพิการ เช่น กรณีที่ผู้บริโภคซึ่งได้รับการบริการทางการแพทย์เกิดความเสียหายขึ้น หรือพบว่าการละเมิดสิทธิผู้บริโภค สิทธิผู้ป่วย consumer advocate ก็จะมีบทบาทหน้าที่ในการให้คำแนะนำช่วยเหลือ รวมถึงการชี้แนะให้ร้องเรียนไปยัง HDC หรือหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา (advocate) ทุกประเภทจะต้องผ่านการฝึกอบรมเป็นการเฉพาะ โดยจะต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานหรือคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้หลายประการ อาทิเช่น แนวปฏิบัติเรื่อง Maori Cultural Competencies, Cultural Competencies และ Disability Competencies ผู้ให้คำปรึกษายังมีหน้าที่จัดส่งรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีให้แก่ Director of Advocacy ซึ่งจะใช้ในการประเมินผลและการต่อสัญญาว่าจ้างต่อไป

ดังนั้น ผู้ที่เป็น consumer advocate จึงมิใช่เจ้าหน้าที่ของ HDC และมีเจ้าหน้าที่ของ รัฐ จึงสามารถทำงานได้อย่างเป็นอิสระ ไม่ถูกแทรกแซงจากหน่วยงานหรือองค์กรใด ๆ อย่างไรก็ตาม consumer advocate มิได้ทำหน้าที่ในการเป็นผู้ไกล่เกลี่ยข้อพิพาท (mediator) และมิได้ทำหน้าที่เป็นผู้สืบสวนสอบสวนข้อเท็จจริง (investigator) และมิได้เป็นผู้ตัดสินว่ามีละเมิดสิทธิผู้บริโภคหรือไม่

ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่ HDC คือ Judi Strid ผู้อำนวยการฝ่าย Advocacy (Director of Advocacy)²⁴ สรุปสาระได้คือ ผู้ให้คำปรึกษาฝ่ายผู้บริโภคน (advocate) ใน นิวซีแลนด์ในปัจจุบันมีสำนักงาน 25 แห่งกระจายอยู่ในชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ โดยมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนในชุมชน ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภค คนในชุมชนเกี่ยวกับสิทธิต่าง ๆ มีการจัดตั้งเครือข่ายผู้ให้คำปรึกษาและมีกระบวนการคัดเลือกประชาชนที่สมัครเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา นอกจากนี้ ยังมีผู้คำปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญที่เรียกว่า specialist advocates ซึ่งเป็นคนพิการทางการได้ยิน 3 คน ทำงานร่วมกับชุมชนคนพิการทางการได้ยิน และมีผู้ให้คำปรึกษาที่ทำงานกับกลุ่มผู้อพยพหรือคนต่างด้าว (refugee/migrant advocates) เป็นการเฉพาะ

ในกรณีที่ผู้ให้คำปรึกษา (advocate) ไม่สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้ ก็จะส่งเรื่องต่อให้ HDC พิจารณาต่อไป หรืออาจให้คำแนะนำอื่น ๆ ทั้งนี้ เป็นไปตาม Health and Disability Commissioner Act มาตรา 34

ผู้ให้คำปรึกษายังมีหน้าที่แจ้งผลการดำเนินการให้ผู้บริโภคที่เกี่ยวข้องทราบ ไม่ว่าจะเป็นผู้บริโภคที่ร้องเรียนและแพทย์หรือโรงพยาบาลที่ถูกร้องเรียนทราบ พร้อมระบุเหตุผลที่ไม่สามารถหาข้อยุติในเรื่องนั้น ๆ

2.3) HDC เชิญผู้กรณีที่เกี่ยวข้องกับกรณีร้องเรียนมาประชุมร่วมกัน เพื่อดำเนินการไกล่เกลี่ยเพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน โดยเฉพาะกรณีที่มีการตกลงเรื่องค่าเสียหายทางแพ่งที่จะมีการชดเชย

2.4) Commissioner ดำเนินการสั่งให้มีการสืบสวน สอบสวนข้อเท็จจริงที่มีการร้องเรียน

Commissioner มีหน้าที่แจ้งผลการพิจารณาหรือผลการประเมินเบื้องต้นให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบในทันที อย่างไรก็ตาม Commissioner สามารถที่จะดำเนินการประเมินผลการพิจารณาเบื้องต้นใหม่อีกครั้งและดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กฎหมายบัญญัติไว้ แต่ก็ต้องมีการแจ้งผลการประเมินครั้งใหม่ให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทราบเช่นกัน

²⁴ ข้อมูลจากอีเมลล์ของ Judi Strid ตำแหน่ง Director of Advocacy, HDC ที่ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2555

อำนาจหน้าที่ของ HDC ในการส่งเรื่องให้หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (Referral of complaint to agencies or persons involved in health or disability sector)

ในกรณีที่ Commissioner ต้องการส่งเรื่องร้องเรียนให้หน่วยงานอื่นดำเนินการต่อไป มีรายละเอียดบัญญัติไว้ในกฎหมาย Health and Disability Commissioner Act มาตรา 34 ที่จำแนกกรณีต่าง ๆ มีสาระสำคัญดังนี้

ก) ส่งเรื่องร้องเรียนถึงหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย (appropriate authority) ในการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพ (เช่น แพทยสภา ในกรณีการร้องเรียนแพทย์) ถ้าเป็นการร้องเรียนเกี่ยวกับความสามารถ (competence) ของผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ หรือกรณีที่ผู้ประกอบการวิชาชีพมีความบกพร่องจนไม่สามารถปฏิบัติงานในการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้ (fitness to practise) หรือเป็นกรณีที่ผู้ประกอบการวิชาชีพมีความประพฤติที่ไม่เหมาะสมหรือมีข้อน่าสงสัย (appropriateness of his or her conduct)

ข) ส่งเรื่องร้องเรียนถึงหน่วยงานที่ชื่อว่า Accident Compensation Corporation ในกรณีเป็นการร้องเรียนสิทธิในค่าชดเชยความเสียหายจากกรณีอุบัติเหตุของบุคคลตามกฎหมาย Accident Compensation Act 2001

ค) ส่งเรื่องร้องเรียนถึงผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขคือ the Director-General of Health ในกรณีที่เป็นการร้องเรียนเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยหรือผู้รับบริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการสุขภาพ (health care provider) หรือผู้ให้บริการสำหรับคนพิการ (disability services provider) ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหรือความปลอดภัยของประชาชนที่มารับบริการ

ง) ส่งเรื่องร้องเรียนถึงผู้ให้บริการสุขภาพหรือผู้ให้บริการสำหรับคนพิการ ในกรณีที่มิใช่การร้องเรียนเกี่ยวกับกรณีที่อาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพหรือความปลอดภัยของประชาชนที่มารับบริการตามความเห็นของ Commissioner แต่เป็นเรื่องที่ผู้ให้บริการสามารถช่วยแก้ไขปัญหานั้น ๆ ได้

ภายหลังจากที่ Commissioner ได้ส่งเรื่องไปยังหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องข้างต้นแล้ว Commissioner มีหน้าที่แจ้งให้ผู้ร้องเรียนและผู้ให้บริการสุขภาพที่ถูกร้องเรียนทราบ และหน่วยงานหรือองค์กรที่รับเรื่องร้องเรียนไปดำเนินการต่อ มีหน้าที่แจ้งผลการดำเนินการให้ HDC ทราบ ทั้งนี้ Commissioner สามารถส่งเรื่องร้องเรียนไปยังหน่วยงานหรือองค์กรที่มีความเกี่ยวข้องกันมากกว่าหนึ่งแห่ง

หน่วยงานหรือบุคคลที่เป็นผู้แทนหน่วยงานนั้น ๆ ที่ได้รับส่งข้อร้องเรียนจาก Commissioner ก็ มีหน้าที่แจ้งให้ Commissioner ทราบตามมาตรา 35 ในเรื่องต่อไปนี้คือ

1) แจ้งให้ทราบในทันทีว่า หน่วยงานหรือบุคคลนั้น ๆ ได้รับข้อร้องเรียนตามมาตรา 34 ข้างต้นแล้ว

2) แจ้งให้ทราบในทันทีว่า หน่วยงานหรือบุคคลนั้น ๆ จะดำเนินการอะไรที่เป็นขั้นตอนสำคัญต่อไป หรือจะมีการตรวจสอบ ได้สวนข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อร้องเรียนอย่างไรบ้าง

3) แจ้งให้ทราบในทันทีว่า หน่วยงานหรือบุคคลนั้น ๆ ได้สรุปผลการพิจารณาหรือการตรวจสอบข้อร้องเรียนอย่างไรบ้าง เช่น สั่งยกเลิกการร้อง หรือมีการดำเนินการลงโทษต่อผู้ประกอบการวิชาชีพ ๆ ที่กระทำความผิดอย่างไร

อำนาจหน้าที่อื่น ๆ ของ HDC ที่แตกต่างจากจากหน่วยงานอื่น

การสืบสวน สอบสวนที่ดำเนินการโดย HDC

นอกเหนือจากกรณี HDC สามารถส่งเรื่องไปยังหน่วยงานหรือองค์กรอื่นดำเนินการแล้ว HDC หรือ Commissioner ยังมีอำนาจหน้าที่ในการสืบสวน สอบสวนข้อร้องเรียนดังกล่าวได้ตามที่กฎหมาย Health and Disability Commissioner Act มาตรา 40 บัญญัติไว้ใน 3 กรณี คือ

กรณีที่ 1 เมื่อปรากฏว่า ผู้ให้บริการสุขภาพหรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้ประกอบวิชาชีพในลักษณะที่ละเมิดสิทธิผู้ป่วยหรือผู้บริโภค

กรณีที่ 2 กรณีผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในช่วงก่อนวันที่ 1 กรกฎาคม ค.ศ. 1996 (คือ ก่อนวันที่กฎหมาย Health and Disability Commissioner Act จะมีผลใช้บังคับเป็นกฎหมาย) เมื่อ Commissioner เห็นว่า การประกอบวิชาชีพของผู้ประกอบการวิชาชีพดังกล่าว เป็นกรณีที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภค ผู้รับบริการหรือผู้ป่วย และมีข้อมูลเพียงพอที่สามารถดำเนินการทางวิชาชีพต่อผู้ประกอบการรายนั้นตามกฎหมายเดิมได้ (คือกฎหมายที่ถูกยกเลิกไปคือ Medical Practitioners Act 1995)

กรณีที่ 3 Commissioner ก็ยังสามารถดำเนินการสืบสวน สอบสวนข้อร้องเรียนดังกล่าว หรือริเริ่มในการดำเนินการสืบสวน สอบสวนเรื่องอื่น ๆ ตามที่ Commissioner เห็นสมควร เช่น Commissioner เห็นว่า ผู้ประกอบการวิชาชีพอาจกระทำผิดในเรื่องอื่น ๆ นอกเหนือจากข้อร้องเรียนของผู้ป่วยหรือผู้บริการสุขภาพ ก็สามารถริเริ่มดำเนินการสืบสวนได้เอง

โดยปกติแล้ว ระยะเวลาในการสืบสวน สอบสวนข้อเท็จจริง (investigation) ของ HDC จะถือหลักความเป็นอิสระ (independent) ความเป็นกลาง ไม่มีอคติ (impartial) เหมือนการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม ซึ่งมักจะใช้เวลาประมาณ 12 ถึง 18 เดือน โดยก่อนที่จะเริ่มกระบวนการนี้ HDC จะแจ้งวัตถุประสงค์ในการสืบสวน สอบสวนให้คู่กรณีทุกฝ่ายทราบ และเปิดโอกาสให้มีการยื่นพยานหลักฐาน ข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องเสนอต่อ HDC การค้นหาความจริงของ HDC จะพิจารณาจากพยานหลักฐานต่าง ๆ และอาจเชิญบุคคลที่เป็นคู่กรณีและพยานมาให้ถ้อยคำด้วยตนเอง

จากข้อมูลสถิติในการรับเรื่องร้องเรียนของ HDC พบว่า มีการดำเนินการสืบสวน สอบสวน ข้อเท็จจริงราวร้อยละ 10 ของจำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งหมด เนื่องจากกระบวนการให้คำปรึกษาแนะนำ หรือ advocacy เป็นกลไกที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน ทำให้สามารถยุติ ความขัดแย้งระหว่างคู่กรณีได้

กลไกอื่น ๆ ในการตรวจสอบผู้ประกอบการวิชาชีพ ฯ

กฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act มาตรา 34 ยังสร้างกลไกการ ตรวจสอบผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ รวมถึงกรณีแพทย์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม นอกเหนือจากตรวจสอบผ่าน HDC โดยเฉพาะกรณีผู้ประกอบการวิชาชีพ ฯ รายใด ประกอบวิชาชีพต่ำกว่า มาตรฐานของวิชาชีพของตนเอง (practice below required standard of competence) ผู้ที่เกี่ยวข้องตามที่ กฎหมายกำหนดมีหน้าที่แจ้งเรื่องนี้ให้ HDC ทราบ แบ่งได้เป็น 3 กรณี ดังนี้

(1) ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ (health practitioner A) มีข้อมูลหรือเหตุผลที่เชื่อได้ว่า ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพคนใดคนหนึ่ง (health practitioner B) ประกอบวิชาชีพคือ ให้บริการ สุขภาพในลักษณะที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อประชาชน (ผู้รับบริการหรือผู้ป่วย) เพราะผู้ประกอบการ วิชาชีพของผู้ประกอบการวิชาชีพรายอื่น (health practitioner B) ปฏิบัติงานต่ำกว่ามาตรฐานของวิชาชีพ

ผู้ประกอบการวิชาชีพ ฯ (health practitioner A) ที่ทราบถึงความเสี่ยงดังกล่าว สามารถแจ้งข้อมูลนี้ ให้แก่นายทะเบียนที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องทราบว่า ผู้ประกอบการวิชาชีพ ฯ รายนั้น (health practitioner B) โดยทำเป็นหนังสือพร้อมระบุเหตุผลที่ตนเองเชื่อว่าจะเป็นเช่นนั้นประกอบด้วย

มาตรการนี้การให้ผู้ร่วมวิชาชีพด้วยกัน สามารถสอดส่องเพื่อนร่วมวิชาชีพว่า ให้บริการรักษา ผู้ป่วยหรือประชาชนตามมาตรฐานวิชาชีพหรือไม่ โดยไม่ถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย (เพราะกฎหมาย ให้อำนาจไว้ ผู้แจ้งข้อมูลนี้จึงไม่มีความผิดใด ๆ เช่น ไม่มีความผิดฐานหมิ่นประมาทบุคคล) เพราะการ รักษาความปลอดภัยหรือสุขภาพของประชาชนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุด อีกทั้งบุคคลทั่วไปที่ มิใช่ผู้ประกอบการวิชาชีพ คงไม่มีความรู้เพียงพอที่จะทราบได้ว่า มีการดำเนินการให้บริการต่ำกว่า มาตรฐานหรือไม่

(2) ผู้ที่ดำรงตำแหน่ง Commissioner หรือ Director of Proceedings มีเหตุผลอันเชื่อได้ว่า ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพรายใด ประกอบวิชาชีพในลักษณะที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อประชาชน เพราะผู้ประกอบการวิชาชีพต่ำกว่ามาตรฐานของวิชาชีพ

Commissioner หรือ Director of Proceedings มีหน้าที่ตามกฎหมาย Health and Disability Commissioner Act 1994 ที่จะแจ้งเรื่องนี้ให้นายทะเบียนที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องทราบ โดยทำเป็น หนังสือพร้อมระบุเหตุผลที่ตนเองเชื่อว่าจะเป็นเช่นนั้นประกอบด้วย

(3) กรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ถูกว่าจ้างเป็นพนักงาน (employee) ลาออก หรือถูกให้ออกจากงานด้วยเหตุผลที่เกี่ยวกับความสามารถในการประกอบวิชาชีพ นายจ้าง (employer) ของผู้ประกอบวิชาชีพพรายนั้น มีหน้าที่แจ้งเรื่องนี้ให้นายทะเบียนที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องทราบถึงการลาออก หรือถูกออกจากงานในทันที

ผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ หรือบุคคลที่แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับกรณีที่เชื่อได้ว่า อาจมีการกระทำความผิดมาตรฐานแห่งวิชาชีพ จะไม่ถูกต้องฟ้องร้องตามกฎหมาย เช่น ไม่สามารถถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางแพ่ง และไม่ถูกดำเนินการทางจริยธรรม เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่า ผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ หรือบุคคลที่แจ้งข้อมูลดังกล่าว กระทำโดยไม่สุจริต เช่น ต้องการกลั่นแกล้งบุคคลอื่น

บทบาทหน้าที่ของ Director of Proceedings

เมื่อ Commissioner ได้ตรวจสอบพบการกระทำผิดของผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ ที่ละเมิดสิทธิผู้บริโภคหรือสิทธิผู้ป่วย หลังจากนั้น Director of Proceedings²⁵ จะทำหน้าที่ทบทวนคดีที่มีการร้องเรียนมายัง HDC อีกครั้งแล้ว เพื่อที่จะพิจารณาว่า สมควรที่จะดำเนินการกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนต่อไปอย่างไร การทำงานของ Director of Proceedings จะมีความเป็นอิสระตามกฎหมาย กล่าวคือ Commissioner ไม่มีอำนาจสั่งการหรือควบคุมการทำงานของ Director of Proceedings แม้ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ของ HDC ก็ตาม เช่น สามารถดำเนินการอนุมัติกิจกรรม งบประมาณที่เกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่ของ Director of Proceedings ได้ โดยไม่ต้องผ่านความเห็นชอบจาก Commissioner

2.3.2 บทบาทหน้าที่ของแพทยสภา

ภายหลังจากที่ HDC ได้พิจารณาข้อร้องเรียนเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพแล้ว หากเป็นกรณีผู้ถูกร้องเรียนเป็นแพทย์ที่ถูกร้องเรียนเกี่ยวกับแพทย์ที่ไม่มีความสามารถเพียงพอในการประกอบวิชาชีพ หรือแพทย์ไม่ใช้ความสามารถ (competence) อย่างเต็มที่ในการประกอบวิชาชีพ ตามระดับมาตรฐานที่กำหนดไว้ หรือมีความบกพร่องอย่างใดอย่างหนึ่ง จนไม่สามารถปฏิบัติงานในการบำบัดรักษาผู้บริโภคได้ (fitness to practise) เช่น กรณีที่แพทย์ทำผิดจริยธรรมหรือมีความประพฤติที่ไม่เหมาะสม หรือแพทย์ป่วยเป็นโรคจิตเวช หรือป่วยด้วยโรคที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน หรือกรณีที่แพทย์ที่ถูกร้องเรียน เป็นผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ หรือมีชื่อเสียงในการรักษาผู้ป่วยโรคดังกล่าวอย่างสูง แต่กลับไม่ยอมใช้ความสามารถในการรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ กรณีดังกล่าวถือว่าแพทย์มีข้อบกพร่องในเรื่อง competent เช่นกัน²⁶

²⁵ Director of Proceedings ตามกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act มาตรา 15 คือ เป็นนักกฎหมายที่เป็นเจ้าหน้าที่ของ HDC ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมาย Health and Disability Commissioner Act

²⁶ David Dunbar, *op. cit.*, pp. 184-185.

1) การตรวจสอบกรณีความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (competent)

แพทยสภาในฐานะหน่วยงานที่มีอำนาจขึ้นทะเบียนแพทย์ หรือที่เรียกว่า responsible authority
²⁷ เมื่อได้รับผลการตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นจาก HDC แล้ว แพทยสภาจะเข้ามารับเรื่องร้องเรียนดังกล่าวไปดำเนินการ นั่นคือ แพทยสภาจะต้องประเมินข้อร้องเรียนดังกล่าว โดยพิจารณาจากข้อเท็จจริง พยานหลักฐานที่ได้รับจาก HDC แล้วพิจารณาว่า จะดำเนินการกับแพทย์ที่ถูกร้องเรียนอย่างไร เช่น

กระบวนการพิจารณาเรื่องความสามารถในการประกอบวิชาชีพของแพทยสภา

กฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act มาตรา 36 บัญญัติให้สภาวิชาชีพหรือแพทยสาดำเนินการได้สวนข้อเท็จจริงและพิจารณาทบทวนความสามารถในการประกอบวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพ (competent) เมื่อได้รับการร้องเรียนหรือได้รับข้อมูลจากองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีที่แพทยสภาจะดำเนินการได้สวนประเด็น competent ของแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพ ๑ มีดังนี้

ก) แพทยสภาได้รับข้อเสนอแนะของคณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพ (Professional Conduct Committees – PCC) ที่เสนอแนะตามมาตรา 80 (2) (a) หรือมาตรา 79 (b) ในประเด็นเกี่ยวกับ competent ซึ่งจะได้นำกล่าวถึงในลำดับภายหลังถึงอำนาจหน้าที่ของ PCC

ข) กรณีการได้รับแจ้งข้อมูลตามมาตรา 34 ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ในกรณีการตรวจสอบตนเองของผู้ประกอบวิชาชีพ ๑ ที่เป็นเพื่อนร่วมงาน หรือการแจ้งข้อมูลของนายจ้างของผู้ประกอบวิชาชีพ ๑ ยกเว้นกรณีที่แพทยสภามีเหตุผลที่เชื่อได้ว่า เป็นกรณีที่การรับแจ้งข้อมูลตาม 34 เป็นกรณีที่ไม่มีมูลความจริง หรือเกิดจากการกลั่นแกล้งกัน

ทั้งนี้ สิ่งที่ควรทราบก็คือ สภาวิชาชีพที่มีหน้าที่รับผิดชอบในกรณีแพทย์คือ แพทยสภาอาจยับยั้งประเด็น competent ของผู้ประกอบวิชาชีพ ๑ มาพิจารณาทบทวนเมื่อใดอีกก็ได้ โดยไม่ต้องคำนึงว่ามีข้อมูลที่เชื่อถือได้ว่าแพทย์รายนั้นมีสามารถบกพร่องหรือไม่ และไม่ต้องคำนึงว่าแพทยสภาจะได้รับข้อมูลหรือข้อเสนอแนะของคณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

²⁷ responsible authority, in relation to—

(a) a health profession, means the authority appointed in respect of the profession:

(b) a health practitioner, an applicant, or a former health practitioner, means the authority responsible for the registration of practitioners of the profession that the person concerned practises or seeks to practise or has practised

การพิจารณาของแพทยสภาในประเด็น competent ของแพทย์ แพทยสภาจะต้องพิจารณาว่าการประกอบวิชาชีพของแพทย์รายนั้น สอดคล้องกับมาตรฐานแห่งวิชาชีพที่กำหนดไว้ (the required standard of competence) หรือไม่

การพิจารณาของแพทยสภาในประเด็น competent ของแพทย์ที่ถูกร้องเรียน หรือ ได้รับแจ้งจากองค์กรอื่นว่ามีปัญหานั้น แพทยสภาจะกำหนดรูปแบบในการพิจารณาปัญหาดังกล่าว ที่สำคัญก็คือ แพทยสภาจะต้องให้สิทธิแก่แพทย์ที่ถูกตรวจสอบในเรื่องนี้ ดังนี้

ก) แจ้งข้อมูลเรื่องที่แพทย์รายนั้น กำลังถูกตรวจสอบความสามารถในการปฏิบัติงานตามวิชาชีพ

ข) ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติตามวิชาชีพของแพทย์รายนั้น ซึ่งเป็นข้อมูลที่อยู่ในความครอบครองของแพทยสภา ยกเว้นข้อมูลที่ไม่สามารถเปิดเผยได้ตาม มาตรา 154 คือ กรณีที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลตามกฎหมายความลับส่วนบุคคลที่ชื่อว่า the Privacy Act 1993 หรือมีข้อห้ามในการเปิดเผยข้อมูลนั้นตามกฎหมายว่าด้วยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของราชการ หรือ the Official Information Act 1982

ค) ให้โอกาสแก่แพทย์ที่ถูกตรวจสอบในการยื่นเอกสารชี้แจงข้อมูลหรือแก้ต่างข้อกล่าวหาในประเด็น competent เพื่อให้แพทยสภาตรวจสอบ โดยอาจยื่นเอกสารนั้นเองหรือยื่นผ่านผู้แทนหรือทนายความก็ได้

แพทย์ที่ถูกตรวจสอบยังสามารถนำบุคคลอื่นมาเป็นพยานให้การสนับสนุนข้อมูลคำชี้แจงของฝ่ายตนเองก็ได้เช่นกัน

คำสั่งของแพทยสภาในกรณีปัญหา competent ของแพทย์

หากแพทยสภาประเมินความสามารถในการปฏิบัติงาน (performance assessment) ของแพทย์ที่ถูกร้องเรียนรายนั้นแล้วเชื่อได้ว่า แพทย์มิได้ประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานความสามารถที่ควรจะเป็นแล้ว แพทยสภาสามารถออกคำสั่งอย่างหนึ่งอย่างใด หรือสั่งให้ดำเนินการหลายอย่างพร้อมกัน ตามกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act มาตรา 38 คือ

- สั่งให้แพทย์รายนั้นเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร competence programme
- กำหนดเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์รายนั้น
- สั่งให้แพทย์เข้ารับการสอบความรู้ (examination) หรือประเมินความสามารถ
- สั่งให้แพทย์เข้ารับการปรึกษาแนะนำหรือรับการช่วยเหลือจากบุคคลที่กำหนดไว้

2) การตรวจสอบความประพฤติหรือจริยธรรมของแพทย์ (professional conduct)

หากเป็นกรณีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับความประพฤติหรือจริยธรรมของแพทย์ แพทยสภาอาจตัดสินใจให้ส่งกรณีร้องเรียนดังกล่าวไปยัง “คณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพ” (Professional Conduct Committees - PCC) ซึ่งขั้นตอนนี้ ถือเป็นขั้นตอนภายหลังจากที่ HDC ได้ส่งเรื่องกลับมาให้แพทยสภาดำเนินการต่อไปแล้ว

กรณีที่พบว่า แพทย์รายใดถูกศาลตัดสินว่ามีความผิดทางอาญา ต้องโทษจำคุกตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป หรือเป็นความผิดตามกฎหมายต่อไปนี้ ไม่ว่าแพทย์ที่กระทำผิดจะถูกตัดสินจำคุกหรือไม่ก็ตามได้แก่

- (i) the Births, Deaths, Marriages, and Relationships Registration Act 1995; or
- (ii) the Burial and Cremation Act 1964; or
- (iii) the Contraception, Sterilisation, and Abortion Act 1977; or
- (iv) the Coroners Act 2006; or
- (v) the Health Act 1956; or
- (vi) the Health and Disability Services (Safety) Act 2001; or
- (vii) the Human Tissue Act 2008; or
- (viii) the Injury Prevention, Rehabilitation, and Compensation Act 2001; or
- (ix) the Medicines Act 1981; or
- (x) the Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act 1992; or
- (xi) the Misuse of Drugs Act 1975; or
- (xii) the Radiation Protection Act 1965.

เจ้าหน้าที่ศาลที่มีตำแหน่ง registrar of a court มีหน้าที่แจ้งข้อมูลพร้อมคำตัดสินของศาลในคดีดังกล่าวให้แพทยสภาทราบในทันที และกฎหมายบัญญัติให้ต้องแพทยสภาส่งเรื่องดังกล่าวให้ Professional Conduct Committees พิจารณาดำเนินการต่อไป

นอกจากนั้น ในกรณีที่ผู้ร้องเรียนมายังแพทยสภาโดยตรง ซึ่งแพทยสภาเห็นว่า การประกอบวิชาชีพของแพทย์ที่ถูกร้องเรียน น่าจะมีปัญหาด้านความประพฤติหรือทำให้เกิดปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แพทยสภาสามารถพิจารณาเสนอเรื่องให้ Professional Conduct Committees ดำเนินการได้ โดยไม่ต้องผ่าน HDC แต่อย่างใด

“คณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพ” (Professional Conduct Committees - PCC)

“คณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพ” (Professional Conduct Committees) เป็นคณะกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งจากสภาวิชาชีพในแต่ละด้าน ซึ่งสภาวิชาชีพต่าง ๆ จะมี PCC ของตนเอง แพทยสภาก็สามารถแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรม ๑ ได้เช่นกัน องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วยกรรมการ 3 คนคือ กรรมการ 2 คน เป็นแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนกับสภาวิชาชีพแห่งนั้น และกรรมการอีก 1 คน เป็นบุคคลทั่วไปที่มีผู้ใช้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ คณะกรรมการชุดนี้จะต้องทำงานอย่างเป็นอิสระจากแพทยสภา คณะกรรมการจริยธรรม ๑ สามารถแต่งตั้งบุคคลเป็นที่ปรึกษาทางกฎหมายโดยความเห็นชอบจากแพทยสภา และสามารถแต่งตั้งบุคคลที่ทำหน้าที่เป็น investigators หรือผู้สืบสวนสอบสวน รวบรวมข้อมูล พยานหลักฐานต่าง ๆ ก่อนที่จะมีการสรุปความเห็นและจัดทำข้อเสนอแนะของคณะกรรมการจริยธรรม ๑ จะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ร้องเรียนและแพทย์ที่ถูกร้องเรียนยื่นเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรที่เรียกว่า written submissions ก่อนวันสรุปผลการพิจารณา และสามารถเข้าชี้แจงข้อมูลต่อคณะกรรมการ

เมื่อคณะกรรมการจริยธรรม ๑ ดำเนินการสอบสวนข้อเท็จจริงเสร็จเรียบร้อยแล้ว จะต้องแจ้งให้แพทยสภาทราบภายในเวลา 14 วัน นับแต่วันที่ดำเนินการแล้วเสร็จ และต้องจัดทำข้อเสนอแนะ (recommendations) เสนอต่อแพทยสภา ดังนี้

- เสนอให้แพทยสภาพิจารณาทบทวนความสามารถในการประกอบวิชาชีพของแพทย์รายนั้น
- เสนอให้แพทยสภาพิจารณาทบทวนความเหมาะสมในการประกอบวิชาชีพของแพทย์รายนั้น
- เสนอให้แพทยสากำหนดขอบเขตการประกอบวิชาชีพ
- เสนอให้แพทยสภาแจ้งเรื่องให้เจ้าหน้าที่ตำรวจดำเนินคดี
- เสนอให้แพทยสภาปรึกษากับแพทย์ที่ถูกสอบสวนหรือร้องเรียน

ในทางปฏิบัติ ระหว่างกระบวนการสอบสวนข้อเท็จจริง แพทยสภามีอำนาจที่จะสั่งระงับใบอนุญาตเป็นการชั่วคราว หรือกำหนดเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ โดยไม่ต้องรอผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรม ๑ เช่น หากคณะกรรมการจริยธรรม ๑ ตรวจสอบพบว่า การประกอบวิชาชีพของแพทย์รายนั้น จะทำให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายร้ายแรงต่อประชาชน คณะกรรมการ ๑ มีหน้าที่แจ้งให้แพทยสภาทราบในทันที และอาจเสนอให้แพทยสภาระงับการประกอบวิชาชีพของแพทย์รายนั้น ซึ่งแพทยสภาจะต้องพิจารณาดำเนินการที่เหมาะสมเพิ่มเติม โดยอาจกำหนดให้แพทย์ต้องผ่านการสอบหรือประเมินความสามารถในการประกอบวิชาชีพ

หน้าที่อื่น ๆ ของแพทยสภา

หน้าที่แจ้งให้หน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องทราบเรื่องอันตรายจากการประกอบวิชาชีพ

กฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act มาตรา 35 ได้บัญญัติเรื่องหน้าที่ของสภาวิชาชีพที่รับขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพตามกฎหมายในเรื่องการรักษาความปลอดภัยในการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพ ๆ ที่ตนควบคุมหรือกำกับดูแล ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงในกรณีแพทยสภาแล้วคือ กรณีที่พบว่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับนายทะเบียนของแพทยสภา ปฏิบัติงานให้การรักษาประชาชนหรือผู้ป่วย หรือประกอบวิชาชีพในลักษณะที่มีความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ประชาชนหรือผู้ป่วย (the practice of the health practitioner may pose a risk of harm to the public)

แพทยสภามีหน้าที่ทำหนังสือแจ้งข้อมูลดังกล่าวให้หน่วยงาน องค์กรอื่น ๆ หรือบุคคลต่อไปนี้เพื่อรับทราบผลการพิจารณาของแพทยสภาโดยไม่ชักช้า อันได้แก่

(ก) the Accident Compensation Corporation

(ข) ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข (the Director-General of Health)

(ค) the Health and Disability Commissioner (HDC)

(ง) บุคคลใด ๆ ที่เป็นนายจ้างของผู้ประกอบวิชาชีพรายนั้น ตามที่แพทยสภาทราบ

นอกจากนั้น แพทยสภายังมีหน้าที่ทำหนังสือแจ้งข้อมูลดังกล่าวแก่บุคคลอื่น ซึ่งเป็นผู้ร่วมงานที่ทำงานร่วมกับผู้ประกอบวิชาชีพ ๆ รวมถึงผู้ช่วยของผู้ประกอบวิชาชีพรายนั้นรับทราบถึงข้อมูลข้อเท็จจริงดังกล่าว

ภายหลังจากที่แพทยสภาได้ส่งหนังสือแจ้งข้อมูลไปยังหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องข้างต้นรับทราบแล้ว ต่อมาแพทยสภาได้ตรวจสอบพบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพรายนั้นมีได้ประกอบวิชาชีพในลักษณะที่มีความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ประชาชนหรือผู้ป่วยแต่อย่างใด แพทยสภาจะต้องทำหนังสือแจ้งให้หน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องทราบผลการตรวจสอบผู้ประกอบวิชาชีพรายนั้น

นายทะเบียนของสภาวิชาชีพหรือแพทยสภา มีหน้าที่ส่งจดหมายหรือประกาศในเรื่องนี้ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกตั้งข้อสงสัยในเรื่องการประกอบวิชาชีพด้วย

2.3.3 บทบาทหน้าที่ของ Health Practitioners Disciplinary Tribunal

Health Practitioners Disciplinary Tribunal (HPDT) เป็นหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน ในกรณีที่อาจได้รับความเสียหายจากการได้รับการบำบัดรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความสามารถบกพร่องหรือไม่มีความสามารถ (incompetent) หรือกรณีผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความประพฤติไม่เหมาะสม ฝ่าฝืนหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

ดังที่กล่าวมาแล้วในตอนต้นว่า HPDT เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในกระบวนการพิจารณาความผิดของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในขั้นสุดท้าย เมื่อกรณีปรากฏว่า เป็นกรณีร้องเรียนที่ร้ายแรงผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยสภาวิชาชีพหรือองค์กรกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทุกด้าน (healthcare professional regulatory bodies) จะส่งเรื่องร้องเรียนเหล่านี้ให้แก่ HPDT ดำเนินการ

องค์ประกอบของ HPDT ที่ทำหน้าที่พิจารณาคดีหรือข้อร้องเรียน

ผู้ที่ทำหน้าที่เป็น Tribunal ในการพิจารณาข้อร้องเรียน ประกอบด้วยองค์คณะจำนวน 5 คน ได้แก่ ประธานหรือรองประธาน จำนวน 1 คน ที่เป็นนักกฎหมาย, บุคคลทั่วไปที่ไม่มีผู้ประกอบวิชาชีพ (lay person) จำนวน 1 คน ซึ่งคัดเลือกจากบุคคลที่ได้รับแต่งตั้งให้ทำหน้าที่เป็น Panel²⁸ และ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ จำนวน 3 คน ที่คัดเลือกจากผู้ที่เป็น Panel และจะต้องเป็นผู้ชื่อเสียงทางจริยธรรมจนได้รับการยอมรับนับถือในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพในสาขานั้น ๆ (professional peers) อย่างไรก็ตาม บุคคลที่ทำหน้าที่เป็น Tribunal จะต้องไม่เป็นสมาชิกของสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกร้องเรียน²⁹ เช่น หากเป็นกรณีแพทย์ถูกร้องเรียนการทำความผิดจริยธรรมหรือประพฤติตนไม่เหมาะสม ผู้ที่จะเป็น Tribunal จะต้องไม่ใช่สมาชิกของแพทยสภา จึงต้องใช้ผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นมาทำหน้าที่แทน ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้ร่างกฎหมายฉบับนี้คงต้องการป้องกันข้อครหา หรือการช่วยเหลือกันของผู้ประกอบวิชาชีพ ๆ ที่อยู่สาขาเดียวกัน จึงบัญญัติกฎหมายในลักษณะนี้ไว้

Director of Proceedings และ/หรือ Professional Conduct Committee อาจส่งเรื่องร้องเรียนนี้ให้แก่องค์กรอื่นคือ Health Practitioners Disciplinary Tribunal (HPDT) ดำเนินการต่อไป เมื่อพบว่าเป็น

²⁸ องค์คณะของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ หรือ Panel ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งประกอบด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในทุกด้าน ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และบุคคลทั่วไปที่ไม่มีผู้ประกอบวิชาชีพ ๆ

²⁹ 86 Membership of Tribunal

...

(3) No person who is a member of an authority is eligible for appointment as chairperson or as a deputy chairperson or as a member of the panel.

กรณีความผิดของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพด้านจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ฯ หรือความประพฤติที่ไม่เหมาะสม หรือกรณีที่มีความสามารถบกพร่องในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งมักจะเป็นกรณีที่มีความผิดร้ายแรง หรืออาจส่งผลกระทบต่อประชาชน ระบบบริการสุขภาพ

กฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act มาตรา 85 กำหนดอำนาจหน้าที่ของ HPDT ไว้ 2 ประการคือ

(1) การรับฟังและพิจารณาตัดสินข้อกล่าวหาหรือคำร้องเรียนต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ตามกระบวนการที่กฎหมายฉบับนี้กำหนดไว้ในมาตรา 91 คือ เป็นกรณีที่ the Director of Proceedings พิจารณาแล้วเห็นว่า สมควรที่จะมีการดำเนินการลงโทษผู้ประกอบวิชาชีพรายนั้นในขั้นตอนต่อไป หรืออาจเป็นกรณีที่ได้รับเรื่องมาจากคณะกรรมการจริยธรรม ฯ (PCC) ตามมาตรา 81 และมาตรา 82 ซึ่งถือเป็นกรณีความผิดที่ค่อนข้างร้ายแรง

(2) อำนาจหน้าที่อื่น ๆ ที่กฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act หรือตามที่กฎหมายอื่นบัญญัติให้อำนาจไว้

แนวทางการตัดสินของ HPDT

ผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ หรือแพทย์สามารถถูกลงโทษในทางวิชาชีพ ตามกรอบอำนาจหน้าที่ของ Health Practitioners Disciplinary Tribunal ที่สามารถตัดสินผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ หรือแพทย์ที่กระทำความผิด ตามกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act มาตรา 100 ดังนี้

ก) ตัดสินว่าผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีความผิดทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ฯ อันเป็นมาจากการกระทำหรือละเว้นการกระทำ ซึ่งมีลักษณะเป็นการประกอบวิชาชีพที่เข้าข่ายกรณี malpractice (เช่น การประกอบวิชาชีพที่ขัดจริยธรรมแห่งวิชาชีพของตนเอง หรือประกอบวิชาชีพที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ หรือเกิดข้อผิดพลาดในการรักษาผู้ป่วย) หรือ กระทำโดยประมาทเลินเล่อ (negligence) ซึ่งเกี่ยวกับขอบเขตการประกอบวิชาชีพของตนที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ในขณะนั้น

ข) ตัดสินว่าผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ รายนั้น กระทำความผิดจริงในฐาน professional misconduct คือ มีการกระทำการหรือละเว้นการกระทำ ซึ่ง Tribunal เห็นว่าทำให้เกิดหรืออาจทำให้ลดทอนหรือเสื่อมศักดิ์ศรีของผู้ประกอบวิชาชีพ (discredit to the profession)

ค) ตัดสินว่า ผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ รายนั้น กระทำความผิดตามกฎหมายที่มีโทษอาญา ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียหายในเรื่องความเหมาะสมในการประกอบวิชาชีพ (fitness to practise) ของบุคคลดังกล่าว

ง) ประกอบวิชาชีพในขณะที่ตนเองยังมิได้รับอนุมัติใบรับรองให้ประกอบวิชาชีพดังกล่าวได้ (เช่น ยังมิได้ชำระค่าขึ้นทะเบียนประจำปี หรือมิได้ชำระค่าธรรมเนียม)

จ) ดำเนินการให้การบำบัดรักษานุคคลอื่น ซึ่งอยู่นอกเหนือขอบเขตของการประกอบวิชาชีพของตนเองที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมาย โดยมีได้รับอนุญาตให้ทำการรักษาได้

ฉ) มิได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขต่าง ๆ ในการประกอบวิชาชีพที่ถูกกำหนดไว้

ช) ละเมิดคำสั่งของ Tribunal ตามมาตรา 101 ของกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act

กระบวนการพิจารณาของ Tribunal

กระบวนการพิจารณาของ Health Practitioners Disciplinary Tribunal หรือ Tribunal มีขั้นตอนที่ค่อนข้างมีความซับซ้อน มีหลักเกณฑ์ วิธีการที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย Health Practitioners Competence Assurance Act และจะต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้³⁰

ก) ขั้นตอนการพิจารณาของ Tribunal ในขั้นต้น

ขั้นตอนการพิจารณาของ Tribunal ในขั้นต้นก่อนเริ่มกระบวนการสืบสวน สอบสวนข้อเท็จจริง (Tribunal's Pre-hearing Procedures) มีดังนี้ (กรณาคู แผนผัง 2.2 ขั้นตอนการพิจารณาของ Tribunal ขั้นต้นประกอบ)

1) Director of Proceedings (แต่งตั้งโดย HDC) หรือ Professional Conduct Committee ส่งกรณีร้องเรียนมาให้ Tribunal พิจารณาตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดไว้ดังที่กล่าวมาในตอนต้น โดย Tribunal จะใช้ระยะเวลาพิจารณาข้อเท็จจริงไม่เกิน 60 วัน นับแต่วันที่ได้รับเรื่องกรณีร้องเรียน

2) ประธาน Tribunal จะส่งสำเนาเอกสารต่อไปให้ผู้ประกอบวิชาชีพ ๆ ที่ถูกร้องเรียนทราบ ได้แก่ ข้อกล่าวหาที่ถูกร้องเรียน, คำแนะนำเรื่องกำหนดวันพิจารณา, คำแนะนำเรื่องกำหนดวันพิจารณาตัดสิน เพื่อหาวันที่สามารถเข้าชี้แจงหรือรับฟังการพิจารณาได้ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

3) ผู้ประกอบวิชาชีพ ๆ ที่ถูกร้องเรียนจะต้องแจ้งความจำนงค์ว่า ตนเองประสงค์จะเข้าชี้แจงหรือไม่ ภายในเวลา 10 วันทำการ นับแต่วันที่รับทราบเรื่องร้องเรียน

³⁰ “A Guide to Disciplinary Proceedings” (New Zealand Health Practitioners Disciplinary Tribunal, OCTOBER 2009).

4) เจ้าหน้าที่ระดับบริหารของ Tribunal จะต้องแจ้งเรื่องกรณีร้องเรียนให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทราบคือ ผู้ร้องเรียน, Director of Proceedings และ/หรือ Professional Conduct Committee และสภาวิชาชีพที่รับผิดชอบเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ ที่ถูกร้องเรียน

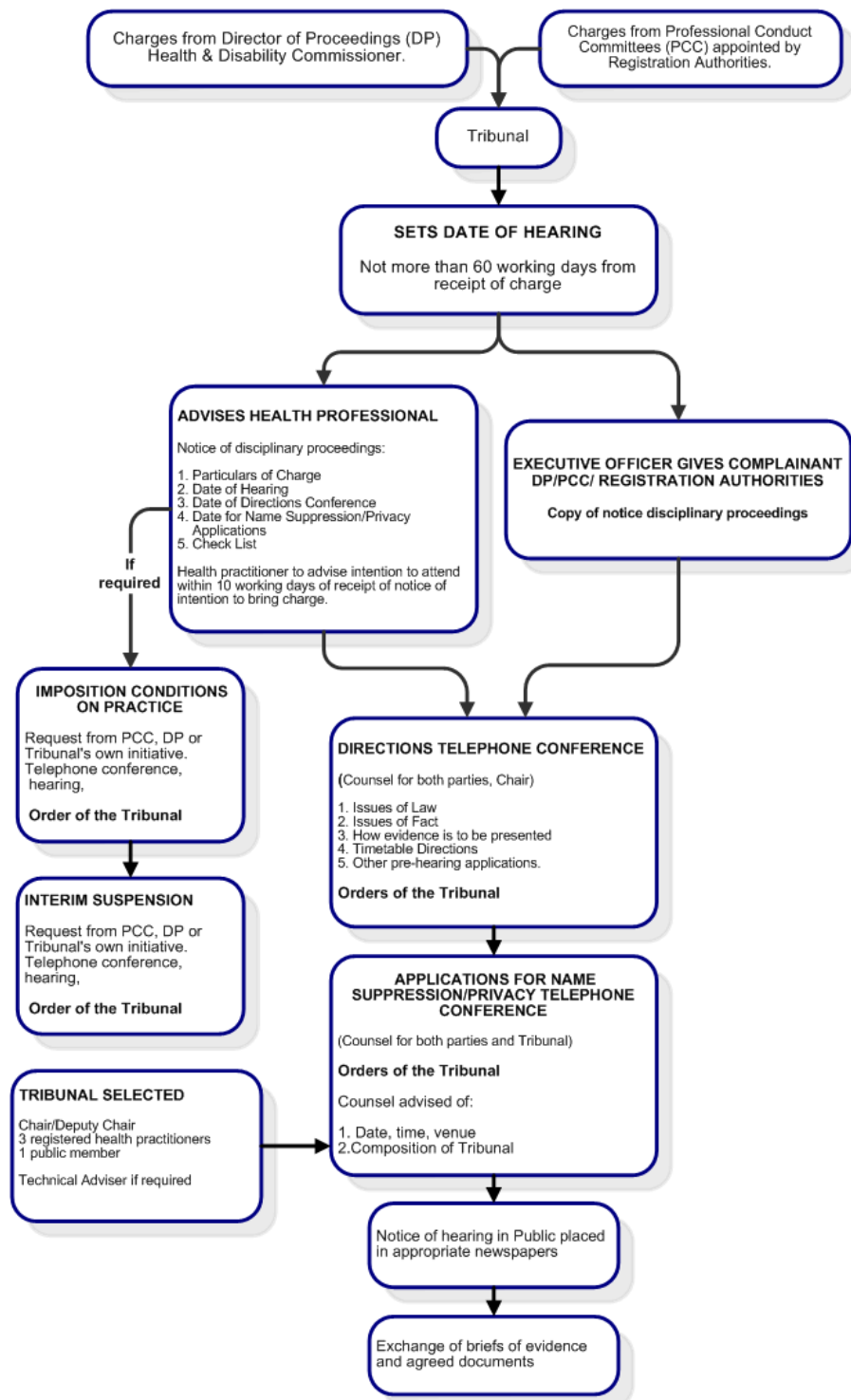
5) เริ่มจัดการประชุมรับฟังข้อเท็จจริงเบื้องต้น โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมคือ ประธาน Tribunal นักกฎหมายหรือทนายความของคู่กรณีทั้งสองฝ่าย เพื่อกำหนดวันนัดพิจารณา

6) ประธาน Tribunal จะเป็นผู้เลือก Tribunal ที่จะพิจารณากรณีร้องเรียนนั้น ๆ และจะแจ้งให้คู่กรณีทั้งสองฝ่ายทราบองค์ประกอบของ Tribunal ที่ได้รับเลือก และต้องมีการจัดทำประกาศให้ประชาชนทั่วไปรับทราบอย่างเป็นทางการ

7) คู่กรณีทั้งสองฝ่ายจะได้รับเอกสารสรุปย่อที่ใช้เป็นหลักฐานของคู่กรณีอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะต้องไม่มีการเปิดเผยให้บุคคลอื่นล่วงรู้

8) คู่กรณีทั้งสองฝ่ายจะต้องยื่นรายชื่อพยานหลักฐานและเอกสารเสนอต่อ Tribunal โดยความเห็นชอบร่วมกัน โดยต้องดำเนินการก่อนวันเริ่มพิจารณาไม่น้อยกว่า 7 วันทำการ

แผนผัง 2.2 ขั้นตอนการพิจารณาของ Tribunal ชั้นต้น



ข) รายละเอียดในการพิจารณาของ Tribunal

กระบวนการพิจารณากรณีร้องเรียนของ Tribunal ที่ต่อเนื่องจากการพิจารณาของ Tribunal ในขั้นต้น มีขั้นตอนที่จะต้องปฏิบัติตาม (กฎาคู แผนผัง 2.3 ประกอบ) ดังนี้

การดำเนินการพิจารณาของ Tribunal ทุกครั้ง จะต้องมีคนบุคคลที่ได้รับแต่งตั้งเป็น Tribunal เข้าร่วมพิจารณาครบทุกคนคือ มีจำนวน 5 คน จึงจะถือเป็นองค์คณะที่เริ่มกระบวนการพิจารณาได้ สำหรับการลงมติของ Tribunal นั้น กฎหมายบัญญัติให้ถือเสียงข้างมากขององค์คณะเป็นมติของ Tribunal

1) โดยปกติแล้ว กระบวนการพิจารณา (hearing) ของ Tribunal จะทำอย่างเปิดเผยต่อสาธารณชน ทำนองเดียวกับการพิจารณาคดีของศาลในกระบวนการยุติธรรม แต่ก็มีข้อยกเว้นคือ Tribunal อาจจะมีคำสั่งให้พิจารณาเป็นการลับเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรณีที่พยานหลักฐานเกี่ยวข้องกับข้อกล่าวหาที่มีประเด็นทางเพศ (sexual matter), เรื่องที่มีเป็นส่วนตัวของบุคคลอย่างมาก หรือกรณีที่มีความกดดัน พยานหลักฐานของผู้ร้องเรียนจะถูกพิจารณาโดยลับ รวมถึงกรณีที่พยานบุคคลที่เป็นบุคคลภายนอก ร้องขอให้มีการสืบพยานโดยลับคือ อนุญาตให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อร้องเรียน เจ้าหน้าที่ของ Tribunal และบุคคลอื่นที่ Tribunal อนุญาตให้เข้ารับฟังการสืบพยานบุคคล

2) Tribunal จะต้องพิจารณาพยานหลักฐาน คำชี้แจงของกลุ่มกรณีทุกฝ่ายมาประกอบกัน

3) Tribunal จะต้องแจ้งสรุปผลการพิจารณา แต่ในบางกรณี Tribunal จะขอสงวนสรุปผลการตัดสิน

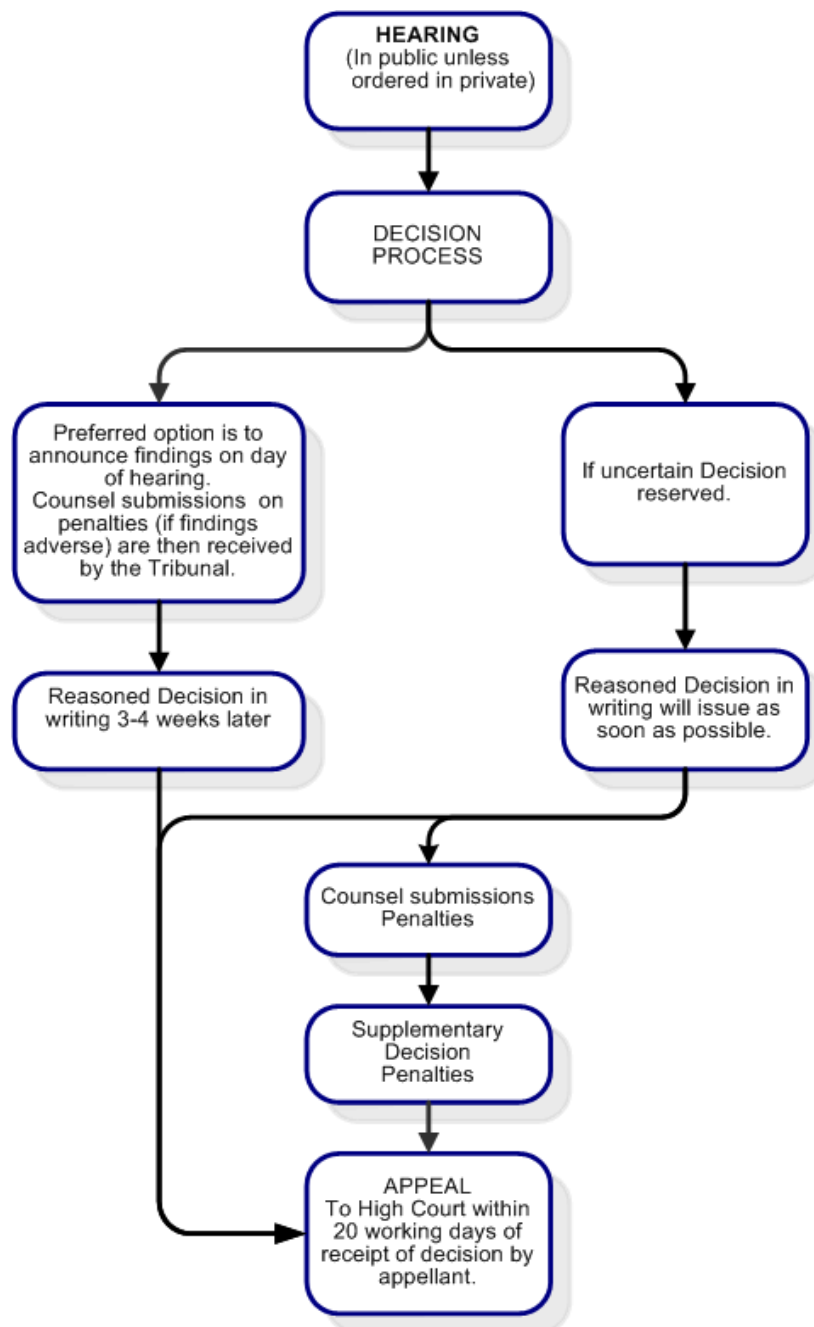
4) Tribunal จะต้องจัดทำเหตุผลประกอบคำตัดสินภายในกำหนดเวลา 3 ถึง 4 สัปดาห์ ภายหลังจากที่ได้ประชุมสรุปผลการพิจารณาแล้ว คือ องค์คณะของผู้ที่ทำหน้าที่ Tribunal จะมีการนัดประชุมเป็นการภายใน เพื่อพิจารณาพยานหลักฐานทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง โดย Tribunal อาจตัดสินไปตามข้อกล่าวหาหรือการร้องเรียนของผู้บริโภคหรือผู้ป่วยที่เป็นคู่กรณี หรือยกคำร้องดังกล่าว

5) ในกรณีที่พบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพ ๑ กระทำผิดจริง Tribunal จะพิจารณาแนวทางการกำหนดโทษ และระบุรายละเอียดของค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ และการปกปิดชื่อของบุคคลอื่น Tribunal จะออกคำตัดสิน (decision) ในวันพิจารณาครั้งสุดท้าย โดยออกคำตัดสินโดยวาจา หากคู่กรณีไม่เดินทางมารับทราบคำตัดสินของ Tribunal ก็จะมีการจัดส่งคำตัดสินเป็นลายลักษณ์อักษรแก่คู่กรณี และทนายความของแต่ละฝ่าย

6) Tribunal จะจัดส่งเอกสารคำตัดสินเกี่ยวกับบทลงโทษผู้ประกอบวิชาชีพ ๑ ให้แก่คู่กรณีทุกฝ่ายทราบ

7) คู่กรณีที่ไม่พอใจผลการตัดสินของ Tribunal สามารถอุทธรณ์คำตัดสินนี้ต่อศาลสูง (High Court) ภายในกำหนดเวลา 20 วันทำการ นับแต่วันที่รับคำตัดสินของ Tribunal

แผนผัง 2.3 กระบวนการพิจารณากรณีร้องเรียนของ Tribunal



ค) บทกำหนดโทษตามคำสั่งของ Tribunal

ในกรณีที่ผลการพิจารณาของ Tribunal ปรากฏว่า ผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ ที่ถูกตัดสินว่ากระทำความผิดจริ Tribunal มีอำนาจออกคำสั่งกำหนดบทลงโทษแก่ผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ ดังต่อไปนี้

ก) สั่งให้เพิกถอนการขึ้นทะเบียนของผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ รายนั้น

ข) สั่งให้ระงับการขึ้นทะเบียนของผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ รายนั้นเป็นการชั่วคราว โดยมีกำหนดเวลาไม่เกิน 3 ปี นับแต่วันที่รับคำสั่ง

ค) สั่งให้ผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ ต้องประกอบวิชาชีพ ภายในขอบเขตหรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้เป็นระยะเวลาชั่วคราวไม่เกิน 3 ปี นับแต่วันที่รับคำสั่ง โดยถือเป็นเงื่อนไขที่เกี่ยวกับการจ้างงาน, การเข้ารับการฝึกอบรม หรือการดำเนินการใด ๆ ของผู้ประกอบวิชาชีพรายนั้น

ง) สั่งให้มีการประณามหรือว่ากล่าวตักเตือนผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ รายนั้นว่า กระทำความผิดจริง

จ) สั่งให้ผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ ชำระเงินค่าปรับเป็นเงินไม่เกิน 30,000 เหรียญนิวซีแลนด์ (หรือคิดเป็นเงินไทยราว 774,600 บาท³¹)

ฉ) สั่งให้ผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ ชำระเงินค่าดำเนินการและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้งหมดหรือบางส่วน ที่เกิดจากการดำเนินกระบวนการพิจารณาของ Tribunal รวมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยงานอื่น ๆ ที่เคยพิจารณากรณีร้องเรียนดังกล่าวนี้ เช่น ค่าใช้จ่ายในการสืบสวน สอบสวนของ Health and Disability Commissioner (HDC) หรือค่าใช้จ่ายของคณะกรรมการจริยธรรม ฯ (PCC) หรือค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้องดำเนินคดีของ Director of Proceedings หรือคณะกรรมการจริยธรรม ฯ (PCC) ในกรณีที่มีการสั่งเรื่องให้ดำเนินคดีทางอาญา

ง) การอุทธรณ์คำตัดสินของ Tribunal

เมื่อ Tribunal พิจารณา ตัดสินคดี และออกคำสั่งให้คู่กรณีปฏิบัติตาม โดยเฉพาะกรณีผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ ที่ถูกตัดสินว่ากระทำความผิดจริง ผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ รายนั้นสามารถใช้สิทธิอุทธรณ์คำตัดสินนี้ได้ โดยต้องยื่นอุทธรณ์ต่อศาลสูงของนิวซีแลนด์ที่เรียกว่า High Court หากคู่ความไม่พอใจคำตัดสินของศาล ก็สามารถยื่นอุทธรณ์ต่อ the Court of Appeal ซึ่งกฎหมายถือว่าคำตัดสินหรือคำพิพากษาของ the Court of Appeal ถือเป็นที่สุด³²

³¹ 1 เหรียญนิวซีแลนด์เท่ากับเงินไทยราว 25.82 บาท (อัตราแลกเปลี่ยนของธนาคารแห่งประเทศไทย ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2555)

³² ระบบศาลของนิวซีแลนด์มีความแตกต่างจากระบบศาลไทย กล่าวคือ ศาลในกระบวนการยุติธรรมทั่วไปจะแบ่งออกตามลำดับชั้นดังนี้ ศาลสูงสุดคือ the Supreme Court รองลงมาตามลำดับคือ the Court of Appeal, the High Court และศาลชั้นต้นคือ the District Courts

“Structure of the Court System” (Court of New Zealand) at <http://www.courtsofinz.govt.nz/about/high/role-structure/#Jurisdiction>

หลักเกณฑ์ในการยื่นอุทธรณ์ต่อศาล มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย สรุปได้คือ ผู้ที่ต้องการยื่นอุทธรณ์ จะต้องดำเนินการยื่นอุทธรณ์ต่อศาลที่มีเขตอำนาจพิจารณาคัดสินคดีของตนเอง และมีกำหนดเวลายื่นอุทธรณ์ภายในเวลา 20 วันทำการ นับแต่ ผู้นั้นรับทราบคำตัดสินหรือคำสั่งของ Tribunal แต่ศาลสูงอาจอนุญาตให้ขยายเวลาขึ้นอุทธรณ์ได้ตามที่เห็นควร

ข้อมูลสถิติในการพิจารณาคัดสินใจกรณีร้องเรียนของ HPDT³³

ข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับการพิจารณาคัดสินใจกรณีร้องเรียนของ HPDT คือข้อมูลสถิติระหว่างปี ค.ศ. 2009 ถึง 2010 ซึ่งมีจำนวนข้อร้องเรียนที่ผ่านการพิจารณาของ Tribunal ปีละประมาณ 5 ราย ถึง 15 ราย พบว่า จำนวนข้อร้องเรียนที่ Tribunal รับเรื่องเข้ามาพิจารณาตามกฎหมายนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นกรณี ที่ Tribunal พิจารณาแล้วตัดสินว่า แพทย์มีความผิดจริงตามข้อร้องเรียน เช่น ข้อมูลในปี 2009 มีจำนวน เรื่องร้องเรียน 5 เรื่อง Tribunal ตัดสินว่าแพทย์กระทำความผิดทั้ง 5 เรื่อง ส่วนข้อมูลในปี 2010 มีจำนวน เรื่องร้องเรียน 15 เรื่อง Tribunal ตัดสินว่าแพทย์กระทำความผิดรวม 13 เรื่อง และคู่กรณีฝ่ายที่ร้องเรียน ขอลถอนเรื่องออกไป 2 เรื่อง

ตารางแสดงจำนวนเรื่องร้องเรียนมายัง Tribunal ในปี 2009	
Charges Received:	5
Number of Practitioners Charged	5
Guilty - Professional Misconduct	3
Guilty - Conviction	2
Not Guilty	-
Withdrawn	-
Struck Out	-
Not completed	0

³³ “Tribunal's Statistics – Medical Practitioners” (New Zealand Health Practitioners Disciplinary Tribunal) at <http://www.hpdt.org.nz/Default.aspx?tabid=87#2011>

ตารางแสดงจำนวนเรื่องร้องเรียนมายัง Tribunal ในปี 2010	
Charges Received:	15
Number of Practitioners Charged	12
Guilty - Professional Misconduct	10
Guilty - Conviction	3
Not Guilty	-
Withdrawn	2
Struck Out	
Not completed	0

บทที่ 3

การควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศแอฟริกาใต้

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับประเทศแอฟริกาใต้

ประเทศแอฟริกาใต้ มีชื่อเป็นทางการว่า “สาธารณรัฐแอฟริกาใต้” เป็นประเทศกำลังพัฒนา มีระบอบการปกครองประชาธิปไตย ประธานาธิบดีเป็นประมุขของประเทศโดยได้รับการเลือกตั้งจากสมาชิกรัฐสภา ปัจจุบันมีการจัดแบ่งเขตปกครองออกเป็น 9 เขตแดนหรือจังหวัด (province) ดังนี้ Free State; Eastern Cape; Gauteng; KwaZulu-Natal; Limpopo; Mpumalanga; Northern Cape; North West และ Western Cape ในแต่ละเขตแดนจะมีรัฐสภา รัฐบาลและคณะผู้บริหารของตนเอง

ในปี ค.ศ.1990 รัฐบาลคนผิวขาวที่เป็นคนส่วนน้อยได้ยกเลิกนโยบายเหยียดผิวและปล่อยตัวนักโทษการเมืองชาวผิวสีที่เป็นพรรคฝ่ายค้าน ทำให้มีการเลือกตั้งเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1994 จนได้ประธานาธิบดีชาวคนผิวสีคนแรกที่ยึดมั่นคตินานาชาติในฐานะผู้ต่อสู้เพื่อสิทธิมนุษยชนและเป็นผู้ได้รับรางวัลโนเบลสาขาสันติภาพคือ นายเนลสัน แมนเดลา (Nelson Mandela) ซึ่งเคยถูกจำคุกในคดีการเมืองเป็นเวลานานถึง 27 ปี ข้อมูลประชากรในปี 2011 (พ.ศ. 2554) พบว่ามีราว 50 ล้านคน ประชากรส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 75 – 80 เป็นคนผิวสี มีฐานะยากจน พลเมืองส่วนใหญ่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล¹

เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพชีวิตของประชากรในแอฟริกาใต้จากตัวชี้วัดที่เรียกว่า Human Development Index (HDI)² ของสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ หรือ ยูเอ็นดีพี (UNDP) ที่มีการจัดลำดับเป็นประจำทุกปี ข้อมูล HDI ในปี ค.ศ. 2011 ประเทศแอฟริกาใต้ถูกจัดอยู่ในลำดับที่ 123 ด้วยคะแนน 0.619 การจัดทำตัวชี้วัด HDI จะใช้ข้อมูล 3 ด้านคือ ระดับรายได้, การศึกษา และสุขภาพของประชากรในแต่ละประเทศ เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของประเทศในทวีปแอฟริกาในกลุ่มภูมิภาค Sub-Saharan Africa จะพบว่าแอฟริกาใต้มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของภูมิภาคแอฟริกา³ และมีแนวโน้มสูงกว่าในอดีตย้อนหลังไปราว 10 – 20 ปีที่ผ่านมา (กรุณาดู ตาราง 3.1 ประกอบ)

¹ กรุณาข้อมูลเพิ่มเติมในเว็บไซต์รัฐบาลแอฟริกาใต้ <http://www.gov.za/>

² Human Development Index เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชากรในแต่ละประเทศ จัดทำโดย UNDP เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ถือเป็นทางเลือกในการวัดระดับการพัฒนาประเทศอย่างหนึ่ง นอกเหนือจากวิธีการเดิมที่จะเน้นการเติบโตทางเศรษฐกิจหรือระดับรายได้ของประชากรเท่านั้น

³ “South Africa: HDI values and rank changes in the 2011 Human Development Report” (UNDP) at <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/ZAF.html>

ตาราง 3.1 แสดงแนวโน้ม HDI และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรแอฟริกาใต้ (ค.ศ. 1980 – 2011)

	Life expectancy at birth	Expected years of schooling	Means years of schooling	GNI per capita (2005 PPP\$)	HDI value
1980	56.9	11.1	4.8	8,388	0.564
1985	59.8	11.1	4.8	7,877	0.576
1990	61.5	11.4	6.5	7,668	0.615
1995	59.9	13.1	8.2	7,338	0.644
2000	54.8	13.1	8.2	7,443	0.616
2005	51.1	13.1	8.2	8,420	0.599
2010	52.2	13.1	8.5	9,257	0.615
2011	52.8	13.1	8.5	9,469	0.619

ข้อมูลด้านสาธารณสุขที่น่าสนใจอีกประการคือ อายุขัยเฉลี่ยของประชากรแอฟริกาใต้ทั้งเพศชายและหญิงคือ อายุ 52.8 ปี โดยมีแนวโน้มที่อายุขัยเฉลี่ยของประชากรในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่ปี 1980 ถึง 2011) จะมีแนวโน้มลดลง อีกทั้งยังมีอายุขัยเฉลี่ยน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรทั่วโลกที่มีอายุ 68 ปี⁴ ประชากรในประเทศนี้ป่วยด้วยโรคเอดส์ (HIV) ในอัตราความชุกของโรคนี้สูงกว่าประเทศอื่นคือ ประชากร 1,000 คน ที่มีช่วงอายุระหว่าง 15 – 49 ปี จะป่วยด้วยโรคนี้มากถึง 178 คน ในขณะที่อัตราความชุกของประชากรทั่วโลกมีราว 8 คนต่อประชากร 1,000 คน และยิ่งสูงกว่าประเทศในภูมิภาคแอฟริกาที่มีอัตราความชุกราว 47 คนต่อประชากร 1,000 คน รัฐบาลแอฟริกาใต้ถือว่าเรื่องนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จึงได้จัดทำแผนงาน โครงการหลายเรื่อง เพื่อสนับสนุนการป้องกันการติดต่อของโรคนี้ รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก การตรวจหาเชื้อเอดส์ โรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและมีการระบาดในประเทศนี้ อาทิเช่น โรคมาลาเรีย และวัณโรค ในด้านการจัดบริการสาธารณสุขของแอฟริกาใต้พบว่า ประเทศนี้ที่ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (National Health Insurance - NHI) เพื่อให้ประชาชนที่มีสัญชาติแอฟริกาใต้ทุกคน (รวมถึงคนต่างด้าวที่มีถิ่นที่อยู่ถาวรตามกฎหมาย ที่เรียกว่า legal long-term residents) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน ปัจจุบันมีแพทย์ในแอฟริกาใต้ราว 3.4 แสนคน

3.1 ระบบการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในแอฟริกาใต้

ความเป็นมาของแพทยสภาแอฟริกาใต้

ความเป็นมาในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสาขาอื่น ๆ ในประเทศแอฟริกาใต้ มีความเป็นมาย้อนหลังไปถึงช่วงปลายศตวรรษที่ 19 ที่เริ่มก่อตั้งเป็นสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ หรือกว่า 120 ปีมาแล้ว ในขณะนั้นมีการจัดตั้งสภาวิชาชีพชื่อว่า “แพทยสภาอาณานิคมแห่ง

⁴ Ibid.

เขตแดนเคป” (Colonial Medical Council of the Cape Province) ซึ่งเป็นองค์กรตามกฎหมายคือ the ‘Medical and Pharmacy Act’ of 1891 (มาตรา 18) การประชุมครั้งแรกของแพทยสภาในขณะนั้นมีขึ้นเมื่อวันที่ 4 มกราคม ค.ศ. 1892 ในปี ค.ศ. 1896 ก็มีการจัดตั้ง “แพทยสภาแห่งเขตแดนนาตาล” (Natal Medical Council) ตามกฎหมายของดินแดนที่เป็นเขตปกครอง Natal ชื่อกฎหมาย Medical and Pharmacy Act’ of 1896 โดยมีการจัดประชุมแพทยสภาแห่งนี้เป็นครั้งแรกในวันที่ 9 ตุลาคม 1896

หลังจากนั้น ก็มีการจัดตั้งสภาวิชาชีพของแพทย์และเภสัชกรร่วมกันชื่อว่า “Medical and Pharmacy Council of the Orange River Colony” ตามกฎหมายชื่อ Ordinance 29 of 1904 ต่อมาในปี 1905 มีการจัดตั้งแพทยสภาตามกฎหมายฉบับนี้ชื่อว่า “Transvaal Medical Council”

องค์ประกอบของแพทยสภากรรมการแพทยสภาในขณะนั้น มี 2 ประเภท คือ ประเภทแรก กรรมการแพทยสภาบางส่วนได้รับแต่งตั้งจากรัฐบาล ประเภทที่ 2 กรรมการแพทยสภาได้มาจากการเลือกตั้งกันเอง กรรมการมีวาระการดำรงตำแหน่ง 5 ปี กล่าวโดยสรุปคือ สภาวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในช่วงเริ่มแรกที่มีการก่อตั้งแพทยสภาในประเทศแอฟริกาใต้ จะมีการแบ่งแยกอำนาจหน้าที่ของแพทยสภาตามพื้นที่อาณานิคมต่าง ๆ ในขณะนั้นยังไม่มีแพทยสภาที่เป็นองค์กรระดับชาติที่ควบคุมหรือกำกับดูแลการประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั่วประเทศ



การก่อตั้งแพทยสภาแอฟริกาใต้⁵

องค์กรที่ทำหน้าที่เป็นแพทยสภาในประเทศนี้คือ “สภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้” (Health Professions Council of South Africa - HPCSA⁶) มีประวัติย้อนหลังไปถึงช่วงปี ค.ศ. 1928 ซึ่งมีการจัดตั้งสภาวิชาชีพของแพทย์และทันตแพทย์ร่วมกันตามกฎหมายชื่อ กฎหมายว่าด้วยแพทยสภาและทันตแพทยสภาแห่งแอฟริกาใต้ (South African Medical and Dental Council - SAMDC) (Act 13 of 1928) องค์กรวิชาชีพนี้มีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่แทนแพทยสภา 4 องค์กรในพื้นที่อาณานิคม (provincial councils) ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และมีการประชุมคณะกรรมการครั้งแรกในวันที่ 22 ตุลาคม 1928 ที่กรุงพริทอเรีย (Pretoria)

⁵ Health Professions Council of South Africa (HPCSA) at <http://www.hpcsa.co.za/>

⁶ ต่อไปนี้ในรายงานฉบับนี้จะเรียกว่า HPCSA หรือ แพทยสภาแอฟริกาใต้

กฎหมายว่าด้วยแพทยสภาและทันตแพทยสภาแห่งแอฟริกาใต้ ค.ศ.1928 เป็นกฎหมายที่ให้อำนาจจัดตั้งสภาวิชาชีพ 2 องค์การคือ

1) แพทยสภาแอฟริกาใต้ (South African Medical Council - SAMC) และ

2) สภาวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมชื่อว่า “คณะกรรมการเภสัชกรแห่งแอฟริกาใต้” (South African Pharmacists' Commission - SAPC)

ในรายงานวิจัยนี้จะขออธิบายถึงเฉพาะกรณีแพทยสภาแอฟริกาใต้หรือ SAMC ซึ่งในขณะนั้นทำหน้าที่ขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 2 วิชาชีพคือ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาล เนื่องจากยังไม่มีการจัดตั้งสภาวิชาชีพพยาบาล⁷ในขณะนั้น และยังรับขึ้นทะเบียนผู้ที่ทำหน้าที่เป็น dental technicians⁸ อีกด้วย กฎหมายฉบับนี้มีการแก้ไขครั้งสำคัญในปี 1971 ส่งผลทำให้มีบทบัญญัติกฎหมายในการจัดตั้งคณะกรรมการของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาที่ต้องมาขึ้นทะเบียนกับ SAMC อาทิเช่น Professional Boards for Physiotherapy, Optometry, Medical Technology, Chiropody (Podiatry), Health Inspectors, Occupational Therapy, Psychology, Radiography, Medical Orthotists and Prosthetists, Speech Therapy, Audiology, Dietetics, Oral Hygiene, Opticians และ Clinical Technology

ต่อมาได้มีการออกกฎหมายใหม่ชื่อว่า “กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพด้านสุขภาพ” (Health Professions Act) (No.56) (1974⁹) ซึ่งเป็นกฎหมายที่เป็นกฎหมายจัดตั้งแพทยสภาแห่งแอฟริกาใต้ในปัจจุบัน โดยเปลี่ยนชื่อจากสภาวิชาชีพเดิมคือ South African Medical and Dental Council (SAMDC) เป็น “สภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้” (Health Professions Council of South Africa - HPCSA¹⁰) ซึ่งถือเป็นสภาวิชาชีพตามกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (health professional) ทุกสาขา รวมถึงผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย จึงกล่าวได้ว่า HPCSA ทำหน้าที่เป็นแพทยสภาของแอฟริกาใต้ สำหรับรายละเอียดของบทบาทหน้าที่ของแพทยสภาแอฟริกาใต้ จะได้กล่าวถึงในหัวข้อถัดไป

ปัจจุบัน HPCSA เป็นองค์กรที่มีสถานะเป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย (statutory body) ชื่อ **Health Professions Act 56 of 1974** มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพ

⁷ มีการจัดตั้งสภาการพยาบาลแห่งแอฟริกาใต้ (South African Nursing Council - SANC) ในปี ค.ศ. 1944

⁸ ในปี ค.ศ. 1945 มีการจัดตั้งสภาวิชาชีพของ dental technicians ชื่อว่า South African Dental Technicians' Council

⁹ กฎหมายฉบับนี้มีการแก้ไขเพิ่มเติมหลายครั้งรวมกันราว 20 ครั้ง โดยมีการแก้ไขครั้งล่าสุดเมื่อปี ค.ศ. 2007 ตาม Health Professions Amendment Act 29 of 2007

¹⁰ Health Professions Council of South Africa (HPCSA) at <http://www.hpcsa.co.za/>

ด้านสุขภาพทุกสาขาในแอฟริกาใต้ โดยเฉพาะการขึ้นทะเบียน, การจัดระบบมาตรฐานทางการศึกษา และการฝึกอบรม, การควบคุมจริยธรรมและพฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ และการบังคับใช้ตามมาตรฐานวิชาชีพต่าง ๆ ต่อผู้ประกอบวิชาชีพ

วิสัยทัศน์ของ HPCSA คือ การส่งเสริมคุณภาพในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ด้วยการพัฒนากรอบนโยบายเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ และจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับ Professional Boards รวม 12 สาขา ใน 3 ด้านหลักคือ

ภารกิจหลักของ HPCSA ที่เกี่ยวกับคณะกรรมการของผู้ประกอบวิชาชีพทั้ง 12 สาขา แบ่งออกเป็น 3 ด้านหลัก คือ

(1) การกำหนดมาตรฐานการฝึกอบรมและการมาตรฐานจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพทั้งหลายที่ขึ้นทะเบียนไว้กับ HPCSA

(2) การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (on-going professional competence)

(3) การควบคุม กำกับดูแลมาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละสาขา

จึงกล่าวได้ว่า HPCSA มีภารกิจหลักเป็นผู้ประสานงานในการจัดกิจกรรมระหว่างสภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพชุดต่าง ๆ ส่งเสริมการกำกับดูแลระหว่างวิชาชีพ, การจัดฝึกอบรมวิชาชีพสาขาต่าง ๆ ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับ HPCSA

จากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่า การประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในแอฟริกาใต้ กฎหมายกำหนดให้บุคคลที่ประสงค์จะเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ๓ ต้องขึ้นทะเบียนตามลักษณะงานหรือกิจกรรม อาทิเช่น นักศึกษาแพทย์หรือแพทย์จบใหม่ก็ต้องขึ้นทะเบียนเช่นกัน หรือหากเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ก็ต้องขึ้นทะเบียนใหม่ในภายหลัง แนวทางปฏิบัติในการขึ้นทะเบียนของวิชาชีพแต่ละสาขามีเนื้อหาที่แตกต่างกันตามสาขาทั้ง 12 ด้าน ซึ่งไม่ขอลำถึงรายละเอียดในรายงานนี้ การจัดแบ่งตามกลุ่มวิชาชีพที่ต้องขึ้นทะเบียนเป็น 6 กลุ่มหลัก ดังนี้¹¹

- 1) นักศึกษาที่เพิ่งเข้าศึกษา (Student Registration)
- 2) แพทย์จบใหม่ที่อยู่ระหว่างฝึกงาน (Intern Registration)
- 3) ผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับบริการสาธารณะ เช่น งานบริการชุมชน (Community Service)

¹¹ “REGISTRATION & RESTORATION: REGISTRATION CRITERIA” at

http://www.hpcsa.co.za/registration_criteria.php

4) ผู้ประกอบวิชาชีพที่ทำงานอิสระ (Independent Practice) (ซึ่งรวมถึงผู้ที่ผ่านการอบรมเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือ specific speciality)

5) ผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัย (Education)

6) ผู้ประกอบวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี (Post Graduate) ซึ่งทำหน้าที่ฝึกอบรมแพทย์

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น หากมิได้ขึ้นทะเบียนขอต่อใบอนุญาต ก็จะไม่สามารถประกอบวิชาชีพนั้น ๆ ได้ กล่าวคือ ผู้นั้นจะถูกลบชื่อออกจากทะเบียนผู้ถือใบอนุญาต แต่ก็สามารถกลับมาขอขึ้นทะเบียนใบอนุญาตใหม่อีกครั้งได้ โดยต้องสมัครขอขึ้นทะเบียนและต้องชำระค่าธรรมเนียมการขอขึ้นทะเบียนใหม่ (restoration fee) ต่างหาก อย่างไรก็ตาม ผู้ประกอบวิชาชีพก็สามารถขอลบชื่อจากทะเบียนวิชาชีพได้เป็นการชั่วคราวโดยสมัครใจ เรียกว่า voluntary erasure เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพรายนั้นไม่ประสงค์ที่จะประกอบวิชาชีพอีกต่อไปในแอฟริกาใต้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพราะต้องการไปทำงานในประเทศอื่นแทน การขอลบทะเบียนของตนเอง จะต้องยื่นก่อนวันที่ 31 มีนาคมของทุกปี

หากบุคคลใดพ้นสภาพจากการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพนานกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี ผู้นั้นจะต้องเข้ารับการอบรมหรือผ่านกิจกรรมที่เรียกว่า Continuing Professional Development (CPD) ก่อนที่จะได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนใบอนุญาตอีกครั้ง โดยผู้เข้ารับการอบรมจะต้องมีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แต่ก็มีข้อยกเว้นในกรณีที่ผู้นั้นผ่านการสอบของคณะกรรมการวิชาชีพ (professional board examination) หรือผ่านการทำงานภายใต้การกำกับของผู้ประกอบวิชาชีพเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี สำหรับผู้ที่พ้นสภาพจากการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพนานกว่า 3 ปี จะขอขึ้นทะเบียนใหม่ได้ ก็ต่อเมื่อยื่นใบสมัครต่อ CPD Committee เพื่อที่จะให้คณะกรรมการวิชาชีพ (professional board) นั้น ๆ พิจารณานุมัติต่อไป

โครงสร้างการจัดการองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ

ในแอฟริกาใต้ คณะกรรมการวิชาชีพชุดต่าง ๆ (Professional Board) เป็นองค์กรที่อยู่ภายใต้ Health Professions Council of South Africa (HPCSA¹²) คณะกรรมการแต่ละสาขามีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาของตนเองเป็นการเฉพาะ เช่น การจัดฝึกอบรม, การกำหนดกรอบทั่วไปในการจัดทำแผนการศึกษา การพัฒนาหลักสูตร โดยร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการของ Professional Boards แต่ละสาขา จะมี

¹² ต่อไปนี้ในรายงานนี้ จะเรียก Health Professions Council of South Africa ว่า แพทยสภาแอฟริกาใต้

องค์ประกอบคล้ายคลึงกันคือ กรรมการส่วนหนึ่งได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าด้วยกระทรวงสุขภาพ¹³ (Minister of Health) หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาชีพนั้น ๆ, ผู้แทนสถาบันการศึกษาต่าง ๆ, กรรมการอีกส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการสรรหาจากกลุ่มวิชาชีพด้วยตนเอง ซึ่งกฎหมายกำหนดให้ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสาขานั้น ๆ รวมทั้งยังกำหนดให้มีกรรมการที่เป็นผู้แทนชุมชน (community representative) ซึ่งจะมีจำนวนมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับ Professional Boards ในสาขานั้น ๆ

ปัจจุบันนี้ แอฟริกาใต้มีสภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพ (Professional Boards) รวม 12 สาขา¹⁴ ซึ่งรวมถึงคณะกรรมการที่ควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย มีดังนี้

- 1) Professional Board for Dietetics
- 2) Professional Board for Dental Therapy & Oral Hygiene
- 3) Professional Board for Emergency Care Practitioners
- 4) Professional Board for Environmental Health Practitioners
- 5) Professional Board for Medical Technology
- 6) **Medical & Dental Professions Board**¹⁵ (เน้น โดยผู้เขียน)
- 7) Professional Board for Occupational Therapy, Medical Orthotics & Prosthetics
- 8) Professional Board for Optometry & Dispensing Opticians
- 9) Professional Board for Physiotherapy, Podiatry & Biokinetics
- 10) Professional Board for Psychology
- 11) Professional Board for Radiography & Clinical Technology
- 12) Professional Board for Speech, Language & Hearing Professions

กรณีศึกษา Medical and Dental Professional Board

ในรายงานฉบับนี้จะขอยกตัวอย่าง Professional Board เฉพาะสาขาที่เกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม คือ “คณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม” (Medical

¹³ ต่อไปในรายงานนี้ จะเรียกรัฐมนตรีว่าด้วยกระทรวงสุขภาพว่า รัฐมนตรีว่าด้วยกระทรวงสาธารณสุข

¹⁴ PROFESSIONAL BOARDS at http://www.hpcsa.co.za/board_overview.php

¹⁵ Medical & Dental Professions Board เป็นสภาวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 3 สาขาหลักคือ (1) วิชาชีพเวชกรรม (2) ทันตกรรม และ (3) วิทยาศาสตร์การแพทย์

and Dental Professions Board of the Health Professions Council of South Africa) ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของ HPCSA ทำหน้าที่เป็นนายทะเบียน รับขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพตามที่กฎหมายกำหนด โดยการเสนอของ HPCSA ปัจจุบัน Medical and Dental Board ไม่มีสถานะทางกฎหมาย ถือเป็นส่วนหนึ่งของ HPCSA เท่านั้น

วิชาชีพที่อยู่ในการควบคุม กำกับดูแลของ Medical and Dental Board แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ¹⁶

กลุ่ม 1 วิชาชีพเวชกรรม (Medical) มี 4 ด้านคือ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม, ผู้ช่วยแพทย์ (Clinical Assistants), ผู้ช่วยวิสัญญีแพทย์ (Anesthetist's Assistants) และ Health Assistants

กลุ่ม 2 วิชาชีพทันตกรรม (Dental) คือ ทันตแพทย์

กลุ่มที่ 3 วิชาชีพวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Medical Science) คือ Genetic Counsellors, Medical Physicists, Medical Biological Scientist, Biomedical Engineers (register closed for new registrations) และ Clinical Biochemists (register closed for new registrations)

ข้อมูลในปี ค.ศ. 2009 ถึง 2010 พบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนในแอฟริกาใต้มีจำนวน 83,975 คน และมีผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือทันตแพทย์ จำนวน 10,465 คน และมีผู้ประกอบวิชาชีพวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 1,100 คน¹⁷

บทบาทหน้าที่ของ คณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

บทบาทหน้าที่หลักของคณะกรรมการชุดนี้คือ การทำหน้าที่เป็นหน่วยงานขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ 3 สาขาหลักคือ (1) วิชาชีพเวชกรรม (2) ทันตกรรม และ (3) วิทยาศาสตร์การแพทย์

เป้าหมายสำคัญของคณะกรรมการคือ การจัดทำกรอบมาตรฐานทั่วไปในเรื่องมาตรฐานความรู้ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพทั้งสามสาขาที่กล่าวมานี้ การฝึกอบรม การพัฒนาหลักสูตรร่วมกับสถาบันการศึกษา การพัฒนา ปรับปรุงกฎเกณฑ์ว่าด้วยจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เช่น การฝึกอบรมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของผู้ประกอบวิชาชีพกับผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบของคณะกรรมการ Medical and Dental Board

กฎหมายชื่อ **REGULATIONS RELATING TO THE CONSTITUTION OF THE MEDICAL AND DENTAL PROFESSIONS BOARD (November 2008)** บัญญัติให้มีกรรมการรวมทั้งสิ้น 45 คน ประกอบด้วย

¹⁶ http://www.hpcsa.co.za/board_meddent.php

¹⁷ Health Professions Council of South Africa Annual Report 2009/2010, p.10.

- (1) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 25 คน (โดยจะต้องมีผู้หญิงอย่างน้อยร้อยละ 40)
- (2) ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม 5 คน (โดยจะต้องมีผู้หญิงอย่างน้อยร้อยละ 40)
- (3) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 3 คน ซึ่งได้รับแต่งตั้งจาก Higher Education South Africa (HESA)
- (4) ผู้แทนโรงเรียนแพทย์ 1 คนที่ได้รับแต่งตั้งจาก Colleges of Medicine of South Africa (CMSA)
- (5) ผู้แทนจากนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 คน
- (6) ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม 1 คน ที่เป็นตัวแทนสถาบันอุดมศึกษา และได้รับแต่งตั้งจาก Higher Education South Africa (HESA)
- (7) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข 1 คน และ
- (8) ผู้แทนชุมชน ท้องถิ่น 8 คน โดยจะต้องมี 2 คนที่เป็นนักกฎหมาย) ซึ่งได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่น่าสนใจคือ โครงสร้างคณะกรรมการบริหาร (EXECUTIVE COMMITTEE) ของ Medical and Dental Board ตามกฎหมาย ประกอบด้วยกรรมการบริหารจำนวน 9 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากกระบวนการสรรของบุคคลที่สมัครเข้าเป็นกรรมการจากกลุ่มต่าง ๆ คือ กลุ่มแพทย์, กลุ่มทันตแพทย์, กลุ่มนักวิทยาศาสตร์การแพทย์, สมาชิกของ Higher Education South Africa, ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มผู้แทนชุมชน ท้องถิ่น (community representatives) และกลุ่มโรงเรียนแพทย์ในแอฟริกาใต้ จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า ผู้แทนของแต่ละกลุ่มจะได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการชุดดังกล่าวอย่างน้อย 1 คน แต่ในคณะกรรมการชุดปัจจุบันผู้แทนของกลุ่มโรงเรียนแพทย์ในแอฟริกาใต้มิได้รับเลือกเป็นกรรมการ

3.2 บทบาทหน้าที่ของแพทยสภาตามกฎหมาย

แพทยสภาแอฟริกาใต้ (HPCSA) เป็นสภาวิชาชีพที่ควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ รวมถึงแพทย์ วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งแพทยสภาแอฟริกาใต้และอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย HEALTH PROFESSIONS ACT มาตรา 3 บัญญัติไว้ มีดังนี้

1. ประสานงานในการดำเนินกิจกรรมและให้คำปรึกษา แนะนำแก่ Professional Boards ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้

2. ส่งเสริมและกำกับดูแลการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีความเชื่อมโยงระหว่างกัน (interprofessional liaison) โดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ
3. พิจารณาจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (national health policy) ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
4. ให้คำปรึกษาและประสานงานแก่เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพต่าง ๆ
5. ช่วยเหลือในการส่งเสริมสุขภาพของประชากรในประเทศ
6. ควบคุมและดำเนินการจัดให้มีการจัดการศึกษา การฝึกอบรมบุคคล รวมถึงการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัย, การบำบัดรักษา หรือการป้องกันโรคทางกาย โรคจิตเวช หรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดในมนุษย์ ทั้งนี้ จะต้องอยู่ภายใต้กฎหมายเฉพาะที่กำกับดูแล health care provider หรือเป็นไปตามนโยบายที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
7. ส่งเสริมการประสานงานด้านการศึกษาและการฝึกอบรมตามข้อ 6 และสนับสนุนการจัดทำมาตรฐานในเรื่องนี้
8. ให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในกรณีที่กฎหมายนี้บัญญัติไว้เพื่อสนับสนุนเรื่องพื้นฐานและคุณค่าแห่งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (health professions) และคำนึงถึงหลักประชาธิปไตย ความเท่าเทียม ความโปร่งใส การเข้าถึง และการมีส่วนร่วมของชุมชน
9. สื่อสารกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้ประชาชนทั่วไป รับทราบถึงความสำคัญของการคุ้มครองการชดเชย
10. รักษาประโยชน์ของสาธารณชนเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
11. ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบ เพื่อประโยชน์ของประชาชน และสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
12. ดำเนินงานด้วยความโปร่งใสและรับผิดชอบต่อสาธารณะตามอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย
13. ผลักดันให้ซึ่งมาตรฐานแห่งวิชาชีพและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

14. สร้างความเชื่อมั่นในการสืบสวนกรณีที่มีข้อร้องเรียนบุคคลที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายนี้ และให้คำรับรองว่าจะดำเนินการลงโทษทางวิชาชีพตามกฎหมายนี้ เพื่อปกป้องผลประโยชน์ของประชาชน

15. สร้างความเชื่อมั่นว่า ผู้ที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายนี้ จะประพฤติตนต่อผู้รับบริการสุขภาพ (ผู้รับบริการ, ผู้ป่วย) ด้วยความเคารพต่อสิทธิในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามรัฐธรรมนูญ หลักความเท่าเทียมกัน และดำเนินการต่อผู้ฝ่าฝืนวิชาชีพ

16. เสนอรายงาน เอกสารต่าง ๆ ต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ เช่น การเสนอรายงานประจำปี หรือการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทุก ๆ 5 ปี

17. สร้างความเชื่อมั่นว่างบประมาณประจำปีของกรรมการและคณะกรรมการวิชาชีพชุดต่าง ๆ จะได้รับเพิ่มมากขึ้น

บทบาทหน้าที่สำคัญของ HPCSA อีกประการหนึ่งคือ การรับผิดชอบในเรื่องการตรวจสอบความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพว่า เหมาะสมที่จะปฏิบัติงานตามวิชาชีพของตนได้อยู่หรือไม่ที่เรียกว่า **“fitness to practice”** เช่น บุคคลผู้นั้นมีปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตที่จะเป็นปัญหาหรืออุปสรรคในการประกอบวิชาชีพของตนเอง เช่น นักศึกษาแพทย์หรือแพทย์ที่มีปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต ซึ่งไม่เหมาะสมที่จะประกอบวิชาชีพอีกต่อไป หรือกรณีที่บุคคลนั้นกระทำความผิดกฎหมายหรือผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพของตนเอง กรณีปัญหาในเรื่อง fitness to practice มักเกิดจากการร้องเรียนของผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันเองหรือเกิดจากข้อร้องเรียนของประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหาร HPCSA (Executive Council) ตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย มีจำนวน 32 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย

(1) กรรมการที่เป็นผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพ (Professional Boards) จำนวน 16 คน

(2) กรรมการที่เป็นกลุ่มผู้แทนชุมชน (community representatives) จำนวน 9 คน ซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่มีเชื้อประกอบวิชาชีพ (layman) และได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(3) กรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งจากหน่วยงานของรัฐ 4 แห่งคือ กระทรวงสาธารณสุข 2 คน (โดยกำหนดให้ 1 คน ต้องเป็นนักกฎหมาย), กระทรวงศึกษาธิการ 1 คน และ กระทรวงกลาโหม 1 คน รวมจำนวน 4 คน

(4) กรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งจากสมาคมสถาบันอุดมศึกษาในแอฟริกาใต้ (the South African University Vice-Chancellors' Association) จำนวน 3 คน

คณะกรรมการบริหาร HPCSA ชุดปัจจุบัน มีกรรมการจำนวน 30 คน ประธานกรรมการชื่อ Prof. Mochichi S Mokgokong ซึ่งมีตำแหน่งเป็น President of the Health Professions Council of South Africa รองประธานกรรมการชื่อ Prof. Tholene Sodi ผู้วิจัยข้อสังเกตคือ ตัวแทนของกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ ที่มี 12 คณะนั้น จะต้องมีส่วนน้อย 1 คน โดยกรรมการชุดปัจจุบัน มีผู้แทนจากวิชาชีพชุดละ 1 คน ยกเว้นคณะกรรมการบางชุด ได้แก่ Professional Board for Emergency Care มีกรรมการมากที่สุดคือ 3 คน และมีผู้แทนจาก Medical & Dental Professions Board 2 คน¹⁸

ระบบการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพทุกสาขา เป็นไปตามกฎหมาย HEALTH PROFESSIONS ACT ซึ่งจะต้องมีการยื่นขอต่อใบอนุญาตต่อ HPCSA เป็นประจำทุกปีภายในวันที่ 1 เมษายน และต้องเสียค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดไว้ ซึ่งจะมีการแก้ไขปรับปรุงเป็นประจำทุกปี อาทิเช่น ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือแพทย์ (MEDICAL PRACTITIONERS) จะต้องเสียค่าธรรมเนียมรายปี ปีละ 1,243 เหยียญแอฟริกาใต้ (รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว) หรือคิดเป็นเงินไทยราว 5,046.58 บาทแต่หากเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (MEDICAL PRACTITIONERS- SPECIALISTS) จะต้องเสียค่าธรรมเนียมรายปี สูงกว่าเล็กน้อยคือปีละ 1,267 เหยียญแอฟริกาใต้ (รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว) หรือคิดเป็นเงินไทยราว 5,144.02 บาท ซึ่งถือเป็นอัตราสูงสุดของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่น เทียบเท่ากับทันตแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (DENTISTS - SPECIALISTS) (กรุณา ดูตาราง 3.2 แสดงอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาต ฯ)

ตาราง 3.2 แสดงอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตรายปี
ของกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม (MEDICINE AND DENTISTRY)
ปีงบประมาณ ค.ศ. 2012 ถึง 2013

REGISTER		
CODE	CATEGORY	FEE VAT INCLUSIVE South African Rand (ZAR) ¹⁹
AN	ANAESTHETIST ASSISTANTS	203.00
BE	BIOMEDICAL ENGINEERS	712.00
KB	CLINICAL BIOCHEMISTS	387.00
DP	DENTISTS	1243.00
DP	DENTISTS (SPECIALISTS)	1267.00
GC	GENETIC COUNCELORS	712.00
GR	GENETIC COUNCELORS	712.00

¹⁸ “Council Overview” (HPCSA) at <http://www.hpcsa.co.za/about-council-overview.php>

¹⁹ ค่าเงินของแอฟริกาใต้คือ South African Rand (ZAR) 1 เหยียญ เท่ากับ 4.06 บาท (อ้างอิงจากราคาขายตามอัตราแลกเปลี่ยนของธนาคารแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2555)

REGISTER		
CODE	CATEGORY	FEE VAT INCLUSIVE South African Rand (ZAR) ¹⁹
HA	HEALTH ASSISTANTS	203.00
PH	MEDICAL PHYSICISTS	712.00
MP	MEDICAL PRACTITIONERS	1243.00
MP	MEDICAL PRACTITIONERS (SPECIALISTS)	1267.00
MS	MEDICAL SCIENTISTS	712.00
MW	MEDICAL BIOLOGICAL SCIENTISTS	712.00
SMW	SUPPLEMENTARY MEDICAL SCIENTISTS	712.00
CA	CLINICAL ASSOCIATES	528.00

บุคคลที่กล่าวอ้างว่า ตนเองเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาใด ๆ ก็ตาม แต่มิได้มาขึ้นทะเบียนกับ HPCSA จะถือว่ามีความผิดทางอาญาตามกฎหมาย HEALTH PROFESSIONS ACT ตัวอย่างเช่น

กรณีที่ 1 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย จะไม่สามารถประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพใด ๆ ได้ เว้นแต่จะได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษปรับ (กฎหมายมิได้บัญญัติค่าปรับไว้) หรือต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 12 เดือน หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 39) เช่น แพทย์ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนและเสียเงินค่าธรรมเนียมรายปีขอต่อใบอนุญาตตามกฎหมาย ก็จะมี ความผิดในกรณีนี้

กรณีที่ 2 บุคคลที่ไม่ได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แต่ได้แสดงตัวเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ๑ ที่ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย หรือใช้ชื่อ คำนาน้ำชื่อ คำบรรยาย หรือสัญลักษณ์ใด ๆ ที่ทำให้คนทั่วไป เข้าใจว่า บุคคลนั้นเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ๑ ที่มีคุณสมบัติที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมาย แต่บุคคล ดังกล่าวมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ๑ ผู้กระทำความผิดในกรณีนี้ระวางโทษปรับ (กฎหมายมิได้บัญญัติ ค่าปรับไว้) หรือได้รับโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 40)

ปัจจุบัน ผู้ประกอบวิชาชีพที่อยู่ภายใต้การควบคุมหรือกำกับดูแลของแพทยสภาแอฟริกาใต้ หรือ HPCSA มีจำนวนทั้งสิ้น 319,345 คน (ข้อมูลปี ค.ศ. 2009 – 2010) จำแนกตามวิชาชีพสาขาต่าง ๆ มีดังนี้²⁰

Audiologists	Biokineticists
Clinical technologists	Dental Therapists
Dentists	Dietitians

²⁰ “CONDUCT & ETHICS: LODGE A COMPLAINT” at http://www.hpcsa.co.za/conduct_complaint.php

Dispensing Opticians	Emergency Care Practitioners
Environmental Health Officers	Hearing Aid Acousticians
Medical Orthotists	Medical Prosthetists
Medical Practitioners	Medical Scientists
Medical Technologists	Occupational Therapists
Optometrists	Oral Hygienists
Physiotherapists	Podiatrists
Psychologists	Psychometrists
Psycho-technicians	Radiographers
Speech-language	Therapists

หมายเหตุ ผู้ประกอบวิชาชีพที่ไม่ต้องขึ้นทะเบียนกับ HPCSA คือ ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (เภสัชกร), พยาบาล, chiropractors, homoeopaths, dental technicians และสถาบันหรือหน่วยงานให้บริการสุขภาพ (เช่น โรงพยาบาลและคลินิก)

ธรรมาภิบาลในการปฏิบัติงานของแพทยสภาแอฟริกาใต้

แพทยสภาแอฟริกาใต้ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติธรรมาภิบาลขององค์กรของรัฐตามที่กำหนดไว้ในรายงานชื่อว่า King Report on Corporate Governance (King II²¹) และอยู่ระหว่างการพิจารณาดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่ดีในรายงานฉบับล่าสุดคือ King III ซึ่งจะทำให้มีการปรับปรุงระบบการรับเรื่องร้องเรียนของแพทยสภาแอฟริกาใต้ในอนาคต รวมถึงการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและมาตรฐานการปฏิบัติงานของคณะกรรมการแพทยสภาและคณะกรรมการวิชาชีพสาขาต่าง ๆ โดยยึดถือหลักการสำคัญคือ หลักการบริหารจัดการภายในองค์กร ความโปร่งใส หลักความรับผิดชอบ หลักความเป็นธรรมและความรับผิดชอบต่อสังคม และต้องรักษาประโยชน์ของผู้เกี่ยวข้องฝ่ายต่าง ๆ รวมถึงการปฏิบัติตาม the Code of Corporate Governance ที่ใช้บังคับกับหน่วยงานของรัฐทุกแห่งในแอฟริกาใต้

การดำเนินงานของ HPCSA จะถูกตรวจสอบจากคณะกรรมการที่ทำหน้าที่เป็น Councillors สำหรับรายงานการเงินจะถูกตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบบัญชีรับอนุญาต นอกจากนี้ ยังมีคณะกรรมการอิสระที่เรียกว่า Audit Committee of Council ทำหน้าที่ตรวจสอบกิจกรรม การดำเนินงานทุกด้านของ HPCSA ทั้งการดำเนินงานทั่วไปและการจัดการงบประมาณ และให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่

²¹ รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นสืบเนื่องจากข้อเสนอของคณะกรรมการชื่อ the King Committee on Corporate Governance รายงานฉบับแรก (King I) จัดทำขึ้นในปี ค.ศ. 1994 มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติที่ดีของธรรมาภิบาลการบริหารจัดการองค์กรของรัฐ และมีการจัดทำรายงานฉบับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2002

สำคัญที่มีผลกระทบต่อการตรวจสอบภายในและการตรวจสอบจากหน่วยงานอื่น นอกจากนี้ HPCSA ยังให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสกลุ่มต่าง ๆ ตามนโยบาย Black Economic Empowerment

3.3 การควบคุม fitness to practice และจริยธรรมทางการแพทย์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หลักเกณฑ์ทางจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่จะต้องถือปฏิบัติในแอฟริกาใต้²² ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย HPCSA มีเนื้อหา ดังนี้

1) ประกาศสิทธิผู้ป่วย (The Patients' Rights Charter)²³

เป็นที่ทราบกันดีว่า ในอดีตนั้นประชาชนในแอฟริกาใต้ส่วนใหญ่ ได้รับผลกระทบจากการละเมิดสิทธิมนุษยชนเป็นเวลาหลายทศวรรษในช่วงที่ตกอยู่ในภายใต้รัฐบาลของคนที่ผิวขาวที่มโนนโยบายเหยียดผิวและเชื้อชาติ รวมถึงการถูกละเมิดสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ทำให้มีการบัญญัติสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในรัฐธรรมนูญแห่งสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ ค.ศ. 1996 (the Constitution of the Republic of South Africa, Act No.109 of 1996) โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิในเรื่องนี้ ประกาศสิทธิผู้ป่วยนี้ ถือเป็นมาตรฐานสำคัญในการบรรลุสิทธิในสุขภาพนั่นเอง โดยผู้ประกอบวิชาชีพทุกคนจะต้องถือปฏิบัติตามประกาศสิทธิผู้ป่วยนี้อย่างเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ

เนื้อหาสำคัญคือ บุคคลทุกคนย่อมมีสิทธิที่จะมีสุขภาพและได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ซึ่งผู้ให้บริการหรือผู้ประกอบวิชาชีพ จะต้องคำนึงถึงหลักการสำคัญ ต่อไปนี้

1. HEALTHY AND SAFE ENVIRONMENT
2. PARTICIPATION IN DECISION-MAKING
3. ACCESS TO HEALTH CARE
4. KNOWLEDGE OF ONE'S HEALTH INSURANCE/MEDICAL AID SCHEME
5. CHOICE OF HEALTH SERVICES

²² "International Comparison of Ten Medical Regulatory Systems" prepared for the UK General Medical Council (RAND Corporation, 2009), pp.127-128.

²³ "GUIDELINES FOR GOOD PRACTICE IN THE HEALTH CARE PROFESSIONS: NATIONAL PATIENTS' RIGHTS CHARTER" (PRETORIA, MAY 2008).

6. TREATED BY A NAMED HEALTH CARE PROVIDER
7. CONFIDENTIALITY AND PRIVACY
8. INFORMED CONSENT
9. REFUSAL OF TREATMENT
10. A SECOND OPINION
11. CONTINUITY OF CARE
12. COMPLAINTS ABOUT HEALTH SERVICES

ตัวอย่างเช่น แพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีหน้าที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับค่าธรรมเนียม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบ โดยเฉพาะกรณีที่การรักษาที่จะต้องจ่ายนั้นสูงกว่าเงินประกันสุขภาพที่กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้ ซึ่งเป็นไปตามหลักสิทธิผู้ป่วยในข้อ 4. KNOWLEDGE OF ONE'S HEALTH INSURANCE/MEDICAL AID SCHEME และสอดคล้องตามแนวปฏิบัติที่ชื่อว่า Policy Document on Undesirable Business Practices²⁴ ในทางปฏิบัตินี้ แพทย์มักจะขอคำปรึกษาแนะนำจากแพทยสภาหรือ HPCSA ในประเด็นปัญหาจริยธรรม และการปฏิบัติตามวิชาชีพของเพื่อนร่วมวิชาชีพ

มาตรฐานทางจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทุกสาขา จะมีการพิจารณาทบทวนเพื่อปรับปรุงทุก ๆ 5 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในขณะนั้น การออกกฎหมายหรือเกณฑ์ควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพ มักจะเกิดจากความต้องการของสังคม กระบวนการแก้ไขปัญหาลักษณะทางจริยธรรมเหล่านี้ จะต้องคำนึงประเด็นสิทธิมนุษยชนเป็นสำคัญและต้องให้ผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมด้วย (stakeholder inclusive process)

2) หลักการ Batho Pele Principles

หลักการ Batho Pele (คำว่า Batho Pele เป็นภาษาท้องถิ่นแปลว่า ประชาชนมาก่อน หรือ People First) เป็นการริเริ่มที่จะให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมีส่วนร่วมในการให้บริการแก่ประชาชนที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ การให้บริการของข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่รัฐ จะต้องคำนึงถึงประชาชนเป็นศูนย์กลาง ทั้งในด้านการวางแผนงานและการปฏิบัติงานทุกระดับ โดยมีการจัดทำคู่มือชื่อ Batho Pele Handbook²⁵ หัวใจ

²⁴ Providers must inform their patients of medically appropriate treatment options regardless of their cost or the extent of their coverage.

²⁵ KwaZulu-Natal Department of Education at

<http://www.kzneducation.gov.za/DocumentsPublications/BathoPeleHandbook.aspx>

สำคัญของ Batho Pele คือการส่งเสริมและรักษามาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพในระดับสูง, การให้บริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ มีความเป็นธรรม เท่าเทียมกัน ไม่มีอคติ, การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล รวมถึงการให้ประชาชนหรือผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลของรัฐในแอฟริกาใต้ มักจะพบโปสเตอร์หรือแผ่นป้ายที่มีเนื้อหาระบุถึงประกาศสิทธิผู้ป่วย และหลักการ Batho Pele อยู่เสมอ

กฎเกณฑ์ควบคุมจรรยาบรรณที่สำคัญของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่สำคัญอีกฉบับคือ **“ETHICAL RULES OF CONDUCT FOR PRACTITIONERS REGISTERED UNDER THE HEALTH PROFESSIONS ACT, 1974” (4 August 2006)** เนื้อหาของกฎเกณฑ์นี้จะใช้บังคับกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทุกสาขา ที่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย HEALTH PROFESSIONS ACT สาระสำคัญโดยย่อของกฎเกณฑ์ฉบับนี้คือ กำหนดสิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพพึงปฏิบัติ และสิ่งที่พึงงดเว้น หรือหลีกเลี่ยงไม่กระทำเพราะอาจผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ กล่าวคือ หากผู้ประกอบวิชาชีพรายใดมิได้ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่บัญญัติไว้แล้ว จะถือว่าเป็นการกระทำหรืองดเว้นการกระทำที่คณะกรรมการในวิชาชีพในสาขานั้น ๆ (a professional board) อาจพิจารณาลงโทษทางจรรยาบรรณตามบัญญัติไว้ในหมวด 4 แห่งกฎหมาย HEALTH PROFESSIONS ACT ในที่นี้จะขอกล่าวถึงเนื้อหาในส่วนการควบคุมจรรยาบรรณหรือจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพในบางเรื่องที่น่าสนใจ

หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพในทางจรรยาบรรณและการรักษามาตรฐานการปฏิบัติงานแห่งวิชาชีพของตน คือ ผู้ประกอบวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย (practitioner), แพทย์ฝึกหัด²⁶ (intern) และนักศึกษา (student) มีหน้าที่รายงานกรณีที่ทราบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพ (ตนเองหรือผู้อื่น) มีความสามารถบกพร่องหรือไม่สามารถที่ปฏิบัติงานตามวิชาชีพ (impairment) หรือกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพ ๆ ประพฤติตนขัดต่อจรรยาบรรณ, ประพฤติที่ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ หรือละเมิดกฎหมายอื่น ๆ อาจถูกร้องเรียนผ่าน 3 ช่องทาง คือ

ช่องทางที่ 1 การรายงานข้อมูลของผู้ประกอบวิชาชีพคนอื่น โดยจะต้องรายงานข้อมูลนี้ต่อคณะกรรมการวิชาชีพในสาขาของบุคคลที่ถูกรายงานนั้น ๆ ดังกล่าวอยู่ เช่น แพทย์ที่มีอาการทางประสาท แต่ไม่รู้ตัวว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยได้แล้ว

ช่องทางที่ 2 การรายงานข้อมูลของตนเองในฐานะที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ หากเห็นว่าตนเองไม่อยู่ในสภาพที่จะปฏิบัติงานในวิชาชีพของตนได้อีกต่อไป หรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับความสามารถของ

²⁶ แพทย์ฝึกหัดในแอฟริกาใต้จะมีระยะเวลาในการฝึกหัดรวม 2 ปี ภายหลังจากที่ได้รับความรู้ทางแพทยศาสตรศึกษามาแล้วเป็นเวลา 5 ปี หลังจากจบการศึกษาแล้ว แพทย์จบใหม่จะต้องทำงานบริการชุมชน (community service) เป็นเวลา 1 ปี

ตนเอง หรือเป็นกรณีที่สาธารณชนทราบข้อมูลดังกล่าวแล้ว หรือเป็นกรณีที่ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนร่วมวิชาชีพว่าเป็นกรณีร้ายแรงที่เพื่อนร่วมงานเห็นว่าควรจะต้องได้รับความช่วยเหลือ

ช่องทางที่ 3 การรายงานกรณีของผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไปพบว่า มีผู้ประกอบวิชาชีพ ๑ ประพฤติตนขัดต่อจริยธรรม หรือประพฤติน่าสงสัยคล้อยกับมาตรฐานวิชาชีพ หรือละเมิดกฎหมายอื่น ๆ

กระบวนการร้องเรียนจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ดังที่กล่าวมาแล้วในตอนต้นว่า ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสามารถถูกถอดชื่อจากทะเบียนผู้ถือใบอนุญาตตามกฎหมาย เนื่องจากกรณีที่มีความสามารถบกพร่องหรือไม่สามารถที่ปฏิบัติงานตามวิชาชีพได้ที่เรียกว่า “fitness to practice” ยังมีกรณีอื่น ๆ ที่ผู้ประกอบวิชาชีพ ๑ สามารถถูกถอนชื่อจากทะเบียนได้เช่นกัน ได้แก่ กรณีผู้ประกอบวิชาชีพ ๑ ประพฤติตนขัดต่อจริยธรรมแห่งวิชาชีพ (unethical conduct) หรือประพฤติน่าสงสัยคล้อยกับมาตรฐานวิชาชีพ (unprofessional) หรือกระทำความผิดตามกฎหมายอาญา

การดำเนินกระบวนการพิจารณา ในกรณีที่เป็นการกล่าวหาหรือร้องเรียนจากประชาชนทั่วไปหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันเอง แต่ไม่ใช่กรณีร้ายแรง แพทยสภาแอฟริกาใต้ (HPCSA) จะดำเนินการตักเตือน (warning) และเรียกให้บุคคลที่ถูกร้องเรียนเข้าพบเพื่อสอบถามข้อเท็จจริง แต่หากเป็นกรณีที่เป็นการประพฤติน่าสงสัยหรือผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ หรือเป็นการประกอบวิชาชีพที่ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานแห่งวิชาชีพแล้ว ก็อาจถูกผู้รับบริการหรือผู้บริโภคร้องเรียนได้ ตัวอย่างกรณีที่สามารถร้องเรียนไปยัง HPCSA อาทิเช่น²⁷

- การโฆษณาโดยมิชอบด้วยกฎหมาย Unauthorised advertising.
- กรณีผู้ประกอบวิชาชีพ ๑ เป็นบุคคลที่ขาดความสามารถ (incompetence) ในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- การให้บริการที่เกินความจำเป็น โดยมุ่งหวังที่จะต้องการเรียกค่าธรรมเนียม เงินค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วย (Over-servicing patients²⁸)
- การคิดค่าธรรมเนียมหรือค่ารักษาพยาบาลสูงเกินความเป็นจริง (Charging excessive fees)

²⁷ Ibid.

²⁸ แพทยสภาแอฟริกาใต้ได้จัดทำ แนวปฏิบัติที่ดีของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในเรื่อง การป้องกันปัญหา Over-servicing เป็นการเฉพาะ โดยระบุว่าผู้ประกอบวิชาชีพ ๑ จะต้องคำนึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยและความจำเป็นทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

กรุณาดู “GUIDELINES ON OVERSERVICING, PERVERSE INCENTIVES AND RELATED MATTERS (BOOKLET 5)” (PRETORIA, MAY 2008).

- การกระทำผิดทางอาญาในเรื่องต่าง ๆ (Criminal convictions)
- การละเลย ไม่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
- ความสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพ ๗ กับผู้ป่วย (Improper relationships)
- การเลือกปฏิบัติหรือกีดกันทางเชื้อชาติ (Racial discrimination)
- การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของแพทย์ (Improper conduct)
- การแสดงความประพฤติที่หยาบคายต่อหน้าผู้ป่วย (Rude behaviour towards patients)
- การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง โดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย (informed consent)
- การสั่งใช้ยาบางอย่างที่ไม่เหมาะสม (Prescription of specific medicine to maintain the dependency of a patient)
- การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยไม่ได้รับความยินยอม (Disclosing information regarding the patient without his/her permission)

ขั้นตอนดำเนินการร้องเรียนผู้ประกอบวิชาชีพ ๗ รวมถึงกรณีแพทย์ มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้ที่ร้องเรียนจะต้องยื่นคำร้องต่อ HPCSA ผ่านผู้ที่ทำหน้าที่เป็นนายทะเบียนของ HPCSA (registrar²⁹) และฝ่ายกฎหมาย (Legal Department) เมื่อนายทะเบียนได้รับคำร้องแล้ว กฎหมายกำหนดจะต้องนายทะเบียนส่งคำร้องดังกล่าวพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้อง (เช่น คำอธิบายของผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกร้องเรียน) ไปยังคณะกรรมการวิชาชีพ (professional board) ในสาขาที่เกี่ยวข้องภายในกำหนดเวลา 7 วัน นับแต่วันที่รับคำร้องดังกล่าว โดยนายทะเบียนอาจขอให้คณะกรรมการวิชาชีพทำหนังสือชี้แจงกลับมาถึงนายทะเบียนก็ได้ (แต่คณะกรรมการวิชาชีพอาจปฏิเสธที่จะทำหนังสือชี้แจงดังกล่าว)

ในกรณีที่แพทย์ถูกร้องเรียน นายทะเบียนจะส่งเรื่องให้แก่ “คณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม” (Medical and Dental Board) พิจารณาตามขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 คณะกรรมการวิชาชีพ (หรือ Medical and Dental Board ในกรณีแพทย์ถูกร้องเรียน) จะพิจารณาคำร้องดังกล่าวว่า มีหลักฐานสนับสนุนมากน้อยเพียงใด โดยจะส่งเรื่องให้แก่ “คณะกรรมการไต่สวนข้อเท็จจริงเบื้องต้น” (Preliminary Committee of Inquiry หรือ Committee of Preliminary Inquiry) ซึ่งอยู่ภายใต้คณะกรรมการวิชาชีพสาขานั้น ๆ เพื่อสืบสวน รวบรวมข้อเท็จจริง

²⁹ นายทะเบียนเป็นผู้ที่ได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยคำแนะนำของ HPCSA

พยานหลักฐานที่เกี่ยวข้อง แต่ถ้าเป็นกรณีการละเมิดหรือประพฤติดังกล่าวจรรยาบรรณที่ไม่ร้ายแรง ก็จะได้ข้อยุติในขั้นนี้

ขั้นตอนที่ 3 กรณีที่คณะกรรมการได้สวนข้อเท็จจริงเบื้องต้นเห็นว่า เป็นกรณีการละเมิดหรือประพฤติดังกล่าวจรรยาบรรณที่ร้ายแรง ก็จะส่งเรื่องให้ “คณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพ” (professional conduct committee³⁰) ดำเนินการได้สวนข้อเท็จจริงต่อไป รูปแบบการได้สวนนั้นจะมีการเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องมาให้ถ้อยคำ รวมถึงการสืบพยานผู้เชี่ยวชาญ (expert witnesses) ที่มีความเป็นอิสระ ขั้นตอนการได้สวนนี้จะต้องทำอย่างเปิดเผยต่อสาธารณชนและสื่อมวลชน เว้นแต่ประธานคณะกรรมการ ฯ จะเห็นว่าควรเชิญเฉพาะผู้เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 4 คณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพจะดำเนินการพิจารณาได้สวนทางจรรยาบรรณที่เรียกว่า disciplinary hearing โดยจะต้องมีการเชิญผู้ร้องเรียนและผู้ถูกร้องเรียนมาให้ข้อมูลต่าง ๆ จุดเด่นที่น่าสนใจคือ ในกระบวนการนี้จะกำหนดให้มีผู้พิพากษา 1 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำแก่คณะกรรมการชุดดังกล่าวด้วย

ในระหว่างกระบวนการพิจารณาของคณะกรรมการ ฯ อาจมีการออกหมายเรียก (summons) ให้คู่กรณีหรือผู้ที่เกี่ยวข้องมาให้การ หรือมาเป็นพยานให้ข้อเท็จจริง บุคคลที่ฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามหมายเรียก เช่น ไม่มาให้การต่อคณะกรรมการที่รับผิดชอบ, ไม่ยื่นพยานหลักฐานในคดีตามกำหนดเวลา หรือปฏิเสธที่จะกล่าวคำสาบานต่อหน้าประธานกรรมการที่ทำหน้าที่ได้สวน หรือปฏิเสธที่จะจัดทำหนังสือเอกสาร หรือมอบสิ่งของที่ระบุในหมาย ผู้ฝ่าฝืนจะถือว่ามีความผิดตามกฎหมายนี้ คือ มีโทษปรับตามจำนวนที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมกำหนดร่วมกัน โดยออกเป็นประกาศอัตราค่าปรับในราชกิจจานุเบกษา

ขั้นตอนที่ 5 เมื่อผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรม ฯ พบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ มีความผิดทางจรรยาบรรณจริงตามข้อกล่าวหา ก็จะได้รับบทลงโทษตามที่กล่าวถึงไว้ข้างต้น นอกจากนั้น HPCSA มีหน้าที่เปิดเผยชื่อของผู้ประกอบวิชาชีพที่กระทำความผิด ตีพิมพ์ในจดหมายข่าวของ HPCSA (Bulletin)

ผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ ที่ถูกได้สวนแล้วพบว่ามีความผิด จะต้องรับผิดจากสภาวิชาชีพตามบทลงโทษที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย HEALTH PROFESSIONS ACT (มาตรา 42) บทลงโทษที่ร้ายแรงแตกต่างกันไปตามลักษณะการกระทำผิดว่ามีความร้ายแรงมากน้อยเพียงใด ดังนี้

³⁰ องค์ประกอบของคณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ประกอบด้วยบุคคล 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ และกลุ่มบุคคลที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพ ที่เรียกว่า lay members และกฎหมายกำหนดให้ lay member ทำหน้าที่เป็นประธานกรรมการชุดนี้ ทั้งนี้ กรรมการในคณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพจะต้องไม่อยู่ในกระบวนการพิจารณาทางจรรยาบรรณก่อนหน้านี้

- (ก) ตักเตือนให้ระมัดระวัง หรือกล่าวคำหยาบ หรือตักเตือนพร้อมทั้งกล่าวคำหยาบ
- (ข) พักใช้ใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพ เป็นระยะเวลาชั่วคราวตามที่กำหนด
- (ค) เพิกถอนใบอนุญาต
- (ง) ชำระค่าปรับตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ (a prescribed fine)
- (จ) บังคับให้ต้องให้บริการวิชาชีพ (a compulsory period of professional service) ตามระยะเวลาที่กำหนดโดย professional board หรือ
- (ฉ) ชำระเงินค่าใช้จ่ายในการดำเนินกระบวนการสืบสวนและการพิจารณาโทษ (the payment of the costs of the proceedings) หรือกำหนดให้จ่ายเงินชดเชยความเสียหาย หรือทั้งสองกรณี

การตรวจสอบผลการพิจารณาของสภาวิชาชีพ (แพทยสภา)

ผู้ประกอบวิชาชีพ ๆ ที่ไม่เห็นด้วยกับบทลงโทษดังกล่าว สามารถยื่นอุทธรณ์การลงโทษนั้นต่อ “คณะกรรมการอุทธรณ์” (Appeal Committee³¹) คณะกรรมการอุทธรณ์อาจมีความเห็นยืนตามคำตัดสินของคณะกรรมการจริยธรรม ๆ หรือมีการแก้ไขคำตัดสิน หรืออาจส่งเรื่องกลับให้คณะกรรมการจริยธรรม ๆ พิจารณากรณีดังกล่าวใหม่อีกครั้ง³²

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพถูกสั่งลงโทษใน 2 กรณีคือ 1) กรณีได้รับคำสั่งให้ยุติการประกอบวิชาชีพเป็นการชั่วคราว หรือ 2) กรณีถูกเพิกถอนใบอนุญาต (erasure) แต่ในระหว่างที่ยื่นอุทธรณ์นั้น ผลของคำตัดสินของคณะกรรมการจริยธรรม ๆ ยังคงมีผลตามกฎหมาย จนกว่ากระบวนการอุทธรณ์จะสิ้นสุดลง³³

³¹ คณะกรรมการอุทธรณ์ จะได้รับแต่งตั้งจากแพทยสภาแอฟริกาใต้ ซึ่งมีสถานะเป็นคณะกรรมการเฉพาะกิจคือ อาจมีการจัดตั้งคณะกรรมการอุทธรณ์หลายชุด เพื่อทำหน้าที่พิจารณาในกรณีต่าง ๆ องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วย ประธาน 1 คน ที่ต้องเป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ทางกฎหมายเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี, กรรมการอื่น ๆ จะมีผู้ประกอบวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนและเป็นประกอบวิชาชีพเดียวกันที่ถูกร้องเรียนได้ไม่เกิน 2 คน และกรรมการที่เป็นผู้แทนชุมชนที่เป็นประชาชนทั่วไป 1 คน

³² HEALTH PROFESSIONS ACT มาตรา 10 (3)

³³ HEALTH PROFESSIONS ACT มาตรา 42 (1A)

ผลของการพิจารณาของแพทยสภากับการใช้สิทธิตามกฎหมายอื่น ๆ

ผลของคำตัดสินของคณะกรรมการจริยธรรม ฯ (professional conduct committee) ข้างต้น ไม่มีผลกระทบต่อการฟ้องร้องดำเนินคดีแพ่ง หรือคดีอาญาของผู้เสียหาย ซึ่งสามารถฟ้องร้องผู้ประกอบการวิชาชีพ ฯ ได้ตามสิทธิตามกฎหมายทั่วไป โดยไม่เกี่ยวข้องหรือไม่คำนึงถึงผลการพิจารณาทางจริยธรรมทางวิชาชีพแต่อย่างใด ทั้งนี้ แพทยสภาแอฟริกาใต้และสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ไม่สามารถออกคำสั่งให้ผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ ที่กระทำความผิดชำระค่าสินไหมทดแทนความเสียหายได้³⁴ จึงต้องดำเนินคดีต่างหาก

อนึ่ง ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้ร้องเรียนผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลของรัฐแล้ว แต่ไม่พอใจผลการพิจารณาของคณะกรรมการวิชาชีพ ผู้ร้องสามารถติดต่อกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ของตนเองได้ในเวลาราชการ

สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพที่อยู่ในสังกัดโรงพยาบาลเอกชนนั้น ผู้ร้องสามารถรายงานข้อมูลไปยังหน่วยงานที่ชื่อว่า สมาคมโรงพยาบาลเอกชนแห่งแอฟริกาใต้ (Hospital Association of South Africa)

ผู้ประกอบการวิชาชีพที่มีได้ขึ้นทะเบียนกับ HPCSA เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (เภสัชกร) โรงพยาบาล ผู้ร้องจะต้องร้องเรียนต่อสภาวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพนั้น ๆ โดยตรง คือ กรณีการร้องเรียนเภสัชกร ก็จะต้องยื่นคำร้องต่อ South African Pharmacy Council หรือกรณีพยาบาล ก็สามารถร้องเรียนไปยัง South African Nursing Council (SANC) เพื่อให้ดำเนินการสืบสวน สอบสวนข้อเท็จจริงตามคำร้องต่อไป หรือหากเป็นการร้องเรียนผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพทางเลือก เช่น ผู้บำบัดรักษาด้วยวิธีทางธรรมชาติ จะต้องแจ้งต่อ Allied Health Professions Council of South Africa (AHPCSA)

ข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้มาตรการลงโทษแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพของ HPCSA ในภาพรวม ซึ่งรวมถึงผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม มีดังนี้

ช่วงปีงบประมาณ 2009 – 2010 มีจำนวนเรื่องร้องเรียนมาที่ฝ่ายกฎหมาย (Legal Department) จำนวน 2,703 เรื่อง (เพิ่มขึ้นจากช่วงปีงบประมาณ 2008 – 2009 ที่มีจำนวนเรื่องร้องเรียน 2,310 เรื่อง) โดยในจำนวน 2,703 เรื่องนี้ มีเรื่อง que เข้าสู่การพิจารณาของ Preliminary Committees จำนวน 1,238 เรื่อง และสามารถหาข้อยุติได้ในขั้นนี้จำนวน 631 เรื่อง กรณีมีการสืบสวน สอบสวนข้อเท็จจริง รวมถึงการไต่สวนพยานหลักฐานขั้นสุดท้ายคือ disciplinary inquiry จำนวน 203 เรื่อง โดย Professional Board ได้พิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าวและหาข้อยุติได้จำนวน 199 เรื่อง

จำนวนกรณีร้องเรียนที่ยัง HPCSA ในระหว่างปี 2007 ถึง ต้นปี 2010 พบว่า มีจำนวนคดีหรือข้อร้องเรียนที่ถูกตัดสินว่ามีความผิดนั้น มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (กรุณาดู ตาราง 3.3 ประกอบ)

³⁴ Dr Kgosi Letlape, “Professional conduct inquiries open to the public” (October 28 2011).

ตาราง 3.3 สรุปผลรูปแบบการลงโทษผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนของ HPCSA

Summary of Finalised Matters According to Penalties			
Description	2007/2008 (12 months)	2008/2009 (12 months)	2009/2010 (12 months)
Fines	76	71	64
Acquitted	30	16	27
Suspensions	42	45	47
Erasures	9	4	3
Caution and Reprimand	9	6	9
Defence Objections Upheld			1
Matters Referred to Prelim for Noting		48	48
TOTAL	173	190	199

เมื่อนำเรื่องร้องเรียนระหว่างปี 2009 – 2010 มาได้ข้อยุติในชั้นสุดท้าย สามารถจำแนกตามกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ ๆ ได้คือ กลุ่มแพทย์และทันตแพทย์เป็นกลุ่มที่มีผู้ร้องเรียนมากที่สุด จำนวน 139 เรื่อง จากจำนวนทั้งหมด 199 เรื่อง อย่างไรก็ตาม ไม่มีข้อมูลจำแนกว่ามีแพทย์กี่รายและเป็นแพทย์เชี่ยวชาญด้านใด (กรุณาดู ตาราง 3.4 ประกอบ)

ตาราง 3.4 กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ ๆ ที่ได้ข้อยุติในปีงบประมาณ 2009

Breakdown of finalised matters per Professional Board 1 April 2009 – 31 March 2010		
	BOARD	MATTERS FINALISED
1.	Medical and Dental	139
2.	Dental Therapy and Oral Hygiene	9
3.	Dietetics	0
4.	Medical Technology	0
5.	Occupational Therapy, Medical Orthotics & Prosthetics	2
6.	Optometry & Dispensing Opticians	14
7.	Physiotherapy, Podiatry and Biokinetics	6
8.	Psychology	21
9.	Speech, Language and Hearing	3
10.	Emergency Care Personnel	4
11.	Radiography and Clinical Technology	1
12.	Environmental Health	0
	TOTAL	199

เรื่องร้องเรียนที่ Professional Board ได้พิจารณาได้ข้อยุติในปีงบประมาณ 2009 จำนวน 199 เรื่อง สามารถจำแนกตามรูปแบบการกระทำผิดได้หลายกรณี โดยส่วนใหญ่ 43 เรื่อง เป็นกรณีผู้ประกอบวิชาชีพหรือแพทย์คิดค่ารักษาพยาบาลหรือค่าธรรมเนียมสูงเกินความเป็นจริงหรือให้บริการทาง

การแพทย์ที่ไม่มีความจำเป็นแก่ผู้ป่วย รองลงมาคือ การรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานหรือดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยคุณภาพไม่ดีเพียงพอ มีจำนวน 31 เรื่อง (กรุณาดู ตาราง 3.5 ประกอบ)

ตาราง 3.5 แสดงรูปแบบการกระทำผิดของผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ ที่ถูกลงโทษในปีงบประมาณ 2009

TYPE OF OFFENCE	NUMBER OF MATTERS
Unethical Advertising	8
Incompetence	26
Overservicing	3
Breach of confidentiality	4
Damaging Professional Reputation of Colleague	0
Insufficient Care/Treatment & Mismanagement of Patients	31
Negligence	15
Unacceptable/Inappropriate Relationship with Patients	3
Refusing to treat patients	2
Misdiagnosis	4
Practicing Outside Scope of competence	10
Fraudulent Certificates/Incorrect Information on Death Certificates	1
Refusing to complete forms / Producing inaccurate reports	12
Overcharging / Charging for Services not Rendered	43
Issues relating to Consent	4
Fraud and theft	13
Bringing the Professions into disrepute	7
Employing unregistered practitioners	5
Unethical dispensing and prescribing of drugs	2
Contempt of Council	3
Supersession	2
Contravening the Hazardous Substances Act, 1973	1
TOTAL	199

ตัวอย่างการปฏิบัติงานที่สำคัญของแพทยสภาแอฟริกาใต้ ในกรณีแพทย์ถูกตัดสินลงโทษตามมาตรการทางวิชาชีพที่น่าสนใจ เช่น

ข้อมูลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ถูกตัดสินลงโทษ	บทลงโทษที่ได้รับ
Dr BJ Barnetson MP (0118788/1300/2009) แพทย์รายนี้ได้รับการร้องเรียนว่า กระทำความผิดในเรื่องประกอบวิชาชีพโดยไม่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ (unprofessional conduct) โดยแพทย์ได้ทำการรักษาผู้ป่วยที่ถูกส่งเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล Little Company of Mary Hospital เมือง Pretoria เมื่อ	จ่ายค่าปรับจำนวนเงินในฐานะที่กระทำความผิดตามคำร้องเรียน (guilty fine) จำนวน 5,000 เหยียญ

ข้อมูลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ถูกตัดสินลงโทษ	บทลงโทษที่ได้รับ
วันที่ 17 กรกฎาคม 2009 เพื่อเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งขณะนั้น Dr BJ Barnetson เป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วย แพทยสภาตัดสินว่า Dr BJ Barnetson ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพหรือกระทำการโดยประมาทเลินเล่อในการดูแลรักษาผู้ป่วย คือ มิได้มอบหมายให้แพทย์อื่นเข้ามาทำหน้าที่แทนตนตามหน้าที่ที่พึงจะกระทำในขณะที่ไม่อยู่ในโรงพยาบาล จนเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายในวันที่ 27 กรกฎาคม 2009	
Dr RM Jardine MP (0190276/286/2009) แพทย์รายนี้ถูกร้องเรียนว่า ได้ทำการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2008 โดยประกอบวิชาชีพโดยไม่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ (unprofessional conduct) แพทยสภาตัดสินว่า Dr RM Jardine ทำการรักษาผู้ป่วยในลักษณะที่เข้าข่าย incompetent และ/หรือมิได้ปฏิบัติตามมาตรฐานและขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยตามหลักวิชาชีพเวชกรรม จึงถือว่าจนเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยรายนั้น จึงถือว่าละเว้นการกระทำการ และ/หรือกระทำการโดยประมาทต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิต	จ่ายค่าปรับจำนวนเงินในฐานะที่กระทำความผิดตามคำร้องเรียน (guilty fine) จำนวน 10,000 เหรียญ
Dr D Singh (MP 0430293/142/2010) แพทย์รายนี้ถูกร้องเรียนว่า เป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ประพฤติตนไม่เหมาะสมโดยเกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม กล่าวคือ ในช่วงเดือนเมษายน ถึง สิงหาคม 2009 Dr D Singh ได้มีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้ป่วยของตนเอง (sexual relationship with your patient) ในขณะที่ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์เป็นแพทย์กับผู้ป่วย แพทยสภาตัดสินว่า กระทำความผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพโดยประพฤติตนไม่เหมาะสม	ถูกสั่งให้ระงับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นเวลา 5 ปี อย่างไรก็ดี แพทย์รายนี้เคยถูกสั่งให้ระงับการประกอบวิชาชีพในกรณีการมีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้ป่วยเป็นเวลา 4 ปีมาก่อน แต่ไม่พบหลักฐานว่าได้กระทำความผิด จึงเหลือระยะเวลาที่ระงับการประกอบวิชาชีพ 1 ปี แพทยสภายังสั่งให้แพทย์รายได้

ข้อมูลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ถูกตัดสินลงโทษ	บทลงโทษที่ได้รับ
	ทำรายงานให้แก่ Health Committee ทุก ๆ 6 เดือน ซึ่ง Health Committee จะเป็นผู้พิจารณาว่าสมควรจะให้แพทย์รายนี้กลับมาขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพได้อีกครั้งหรือไม่
Dr MV Phetla (MP 0608033/243/2008) แพทย์รายนี้ถูกร้องเรียนว่า ประกอบวิชาชีพไม่เป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ (unprofessional) คือ เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2008 Dr MV Phetla ทำการตรวจวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยผิดพลาด และ/หรือไม่ทำการรักษาผู้ป่วยของตนอย่างเหมาะสม แม้ว่าจะพบสัญญาณหรืออาการป่วยของผู้ป่วยที่แสดงออกมาชัดเจน จนในที่สุดต้องมีการทดสอบพิเศษและ/หรือทำการเอ็กซเรย์ผู้ป่วย	จ่ายค่าปรับจำนวนเงินในฐานที่กระทำความผิดตามคำร้องเรียน (guilty fine) จำนวน 5,000 เหรียญ
Dr FGH Bux (MP 0255289/1179/2007) แพทย์รายนี้ถูกกล่าวหาว่า ประกอบวิชาชีพไม่สอดคล้องกับมาตรฐานแห่งวิชาชีพ (unprofessional conduct) โดยในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม 2003 ถึง กุมภาพันธ์ 2006 Dr FGH Bux ประมาทเลินเล่อหรือมิได้ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพคือ มิได้บันทึกข้อมูลข้อมูลอาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่เพียงพอ จนทำให้ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยรายนี้ ที่ต้องรายงานต่อ Discovery Health มีเนื้อหาขัดแย้งกันเอง	แพทย์รายนี้เลือกที่จะจ่ายค่าปรับจำนวน 10,000 เหรียญ แทนการถูกเสนอเรื่องไปยังกระบวนการไต่สวนจริยธรรมแห่งวิชาชีพของสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (professional conduct inquiry)

บทที่ 4

บทสรุป และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่องกลไกธรรมาภิบาลในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ : กรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้ โดยเน้นเรื่องบทบาทหน้าที่ขององค์กรควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมคือ แพทยสภาใน 3 ประเทศคือ ประเทศสหราชอาณาจักร ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศแอฟริกาใต้ ในฐานะที่เป็นกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ (health system governance) ได้ข้อสรุปสำคัญ ดังต่อไปนี้

4.1 หลักปรัชญาและบทบาทหน้าที่ของแพทยสภา

ผลการศึกษาวิเคราะห์แนวคิด ปรัชญา บทบาทหน้าที่ของแพทยสภาในฐานะองค์กรกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภาในกรณีศึกษา 3 ประเทศ ได้ข้อสรุปดังนี้

วิวัฒนาการของแพทยสภาในกรณีศึกษา 3 ประเทศ สะท้อนให้เห็นถึงแนวคิด ปรัชญาในการจัดตั้งแพทยสภาคือ การคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชนหรือผู้ป่วยที่รับบริการสุขภาพ หรือได้รับการบำบัดรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม กล่าวคือ ผู้ที่จะเป็นแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยหรือประชาชนได้นั้น จะต้องผ่านการศึกษาอบรมที่เข้มงวด อีกทั้งยังต้องได้รับการศึกษาต่อเนื่องตลอดเวลาที่ยังคงประกอบวิชาชีพเวชกรรมอยู่ ในบางประเทศมีการกำหนดระยะเวลาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ มีกระบวนการตรวจสอบความสามารถหรือความเหมาะสมในการประกอบวิชาชีพ การกำหนดหลักเกณฑ์หรือแนวปฏิบัติทางจริยธรรม และกลไกการตรวจสอบและลงโทษทางวิชาชีพในเรื่อง fitness to practice ที่มีความน่าเชื่อถือ เปิดเผย และมีความเป็นกลาง

แพทยสภาในต่างประเทศซึ่งมีฐานะเป็นองค์กรควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมเป็นองค์กรที่พยายามปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลงตัวเองอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ดังตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือ แพทยสภาอังกฤษที่มีการปฏิรูปโครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย เพื่อผลดูรักษาความเชื่อมั่น ศรัทธาของประชาชนที่มีต่อแพทยสภาที่ก่อตั้งมาเป็นเวลานานนับร้อยปี

เป้าหมายสำคัญในการควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภาในกรณีศึกษาทั้งสามประเทศ แม้ว่าจะมีความเป็นมาที่แตกต่างกัน แต่ก็มีเป้าหมายในการจัดตั้งที่คล้ายคลึงกันคือ

ก. เพื่อเป็นหลักประกันด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และคุณภาพการให้บริการสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพ ฯ

บทบาทหน้าที่สำคัญของแพทยสภาในกรณีศึกษาทั้งสามประเทศนั้น คือการเป็นองค์กรกำกับดูแล (regulator) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพจะให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ประชาชนได้อย่างปลอดภัย สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดไว้ และมีกระบวนการดำเนินการกับแพทย์ที่มีคุณสมบัติไม่เหมาะสมที่จะประกอบวิชาชีพได้ตามมาตรฐานหรือไม่เข้าเกณฑ์ในเรื่อง fitness to practice ซึ่งมีมาตรการในหลายระดับ ขึ้นอยู่กับความร้ายแรงหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือประชาชนที่มารับบริการในกรณีนั้น ๆ เช่น การพักใบอนุญาตชั่วคราว การกำหนดเงื่อนไขการประกอบวิชาชีพ หรือการเพิกถอนใบอนุญาต

ข. เพื่อคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นสำคัญ

การจัดตั้งแพทยสภาในกรณีศึกษาทั้งสามประเทศ รวมถึงแพทยสภาประเทศอื่น ๆ ต่างก็มีเป้าหมายเหมือนกันคือ คุ้มครองประโยชน์ของผู้ป่วยหรือประชาชนเป็นสำคัญ อาทิเช่น การจัดทำเวชปฏิบัติที่ดี (good medical practice) การออกหลักเกณฑ์หรือแนวปฏิบัติทางจริยธรรมในประเด็นต่าง ๆ การเคารพในสิทธิผู้ป่วย สักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ค. เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจของประชาชนและแพทย์ด้วยตนเอง

แพทยสภาในต่างประเทศจะให้ความสำคัญกับการสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ (trust) ของประชาชนทั่วไปเป็นอย่างมาก โดยจะต้องรักษาภาพลักษณ์ของแพทยสภาที่มีความเป็นกลาง น่าเชื่อถือ เน้นการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แพทยสภาจึงมีองค์กรที่มีจัดตั้งขึ้นเพื่อปกป้องหรือรักษาผลประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วยตนเอง แพทยสภาจะมีลักษณะต่างจากสมาคมของผู้ประกอบวิชาชีพหรือแพทยสมาคม (medical association) อย่างสิ้นเชิง

ข้อสำคัญคือแพทยสภาในต่างประเทศจะไม่เข้ามาเป็นคู่ขัดแย้งกับผู้ป่วยหรือประชาชนอย่างเด็ดขาด กรรมการแพทยสภาจะหลีกเลี่ยงหรือระมัดระวังในการให้ความเห็นส่วนตัวต่อสื่อมวลชนหรือสาธารณชน ในเรื่องที่มีข้อพิพาทของคณะกรรมการแพทยสภา ในทางกลับกันแพทยสภาจะมีระบบหรือกระบวนการตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อแพทย์คนใดคนหนึ่งถูกร้องเรียน เพื่อให้ความเชื่อมั่นว่า แพทย์จะได้รับความเป็นธรรม มิได้ถูกกลั่นแกล้ง กระบวนการเหล่านี้มักจะทำในรูปของการไต่สวนโดยเปิดเผยต่อสาธารณชนและถูกตรวจสอบจากองค์กรหรือหน่วยงานภายนอกได้ เช่น หน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินงานของแพทยสภา หรือองค์กรศาล

บทบาทหน้าที่ของแพทยสภา

โดยทั่วไปนั้น แพทยสภาในแต่ละประเทศจะมีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายที่คล้ายคลึงกัน แต่ก็มีรายละเอียดบางประการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระบบสาธารณสุขและระบบการเมืองการปกครองของประเทศนั้น ๆ สำหรับกรณีศึกษาแพทยสภา 3 ประเทศในรายงานวิจัยนี้คือ ประเทศสหราชอาณาจักร ประเทศนิวซีแลนด์ และสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ มีบทบาทหน้าที่ที่คล้ายคลึงกัน โดยได้รับอิทธิพลจากประเทศสหราชอาณาจักรที่เป็นต้นแบบของแพทยสภาของหลายประเทศทั่วโลก สรุปได้ดังนี้

1) การสนับสนุนและกำหนดมาตรฐานของแพทยศาสตร์ศึกษาและการฝึกอบรมแพทย์

แพทยสภาในกรณีศึกษาทั้งสามประเทศ เป็นองค์กรสำคัญที่มีหน้าที่กำหนดมาตรฐานแพทยศาสตร์ศึกษา กำกับดูแลการพัฒนาวิชาชีพและการฝึกอบรมแพทย์ใน 3 ระดับคือ การส่งเสริมมาตรฐานแพทยศาสตร์ศึกษาในก่อนปริญญา (undergraduate education) ระดับหลังปริญญา (postgraduate education) การฝึกอบรมแพทย์ และการพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (continuing professional development) ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับมาตรฐานทางวิชาชีพและความต้องการในการรักษาผู้ป่วย

2) การขึ้นทะเบียนและปรับปรุงฐานข้อมูลทะเบียนแพทย์

หน้าที่สำคัญของแพทยสภาอีกประการคือ การจัดทำหลักเกณฑ์ในเรื่องการขึ้นทะเบียน (registration) ของแพทย์ และปรับปรุงฐานข้อมูลทะเบียนแพทย์ให้ทันสมัย กรณีศึกษาทั้งสามประเทศมีระบบการขึ้นทะเบียนแพทย์ที่คล้ายคลึงกันในประเด็นเรื่องการขึ้นทะเบียนแพทย์ประจำปี กล่าวคือ แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพจะต้องขึ้นทะเบียนและเสียค่าธรรมเนียมใบอนุญาตประจำปี หากมิได้ขึ้นทะเบียนหรือขอต่อใบอนุญาตแล้ว จะไม่สามารถประกอบวิชาชีพได้ ผู้ที่ฝ่าฝืนกฎหมายในเรื่องนี้จะมีโทษทางอาญา

แพทย์ที่ขึ้นทะเบียนในสหราชอาณาจักรและนิวซีแลนด์ จะประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ก็ต่อเมื่อมีใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (a licence to practice) เท่านั้น กล่าวคือ มีการแยกเรื่องใบอนุญาตขึ้นทะเบียนกับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ๆ ออกจากกันอย่างชัดเจน ในขณะที่แพทย์ในแอฟริกาใต้จะมีรูปแบบการควบคุมแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพแตกต่างกันคือ แพทย์ที่ขึ้นทะเบียนแล้วก็จะสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้

แพทยสภาอังกฤษมีข้อแตกต่างจากประเทศอื่นคือ ได้ปรับปรุงระบบการอนุญาตให้แพทย์ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใหม่ ซึ่งเป็นผลจากการปฏิรูปแพทยสภา โดยจะเริ่มนำกระบวนการตรวจสอบการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนแล้วที่เรียกว่า “revalidation” มาใช้ในช่วงปลายปี 2012 ซึ่งเป็นการตรวจสอบการปฏิบัติงานในช่วงเวลาทุก ๆ 5 ปี

3) การกำหนดมาตรฐานทางจริยธรรมหรือความประพฤติของแพทย์

แพทยสภาของทุกประเทศจะมีการจัดทำประมวลจริยธรรมทางการแพทย์ (code of medical ethics) หรือแนวปฏิบัติทางจริยธรรม (ethical guidance) ในประเด็นจริยธรรมทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม แพทยสภาในกรณีศึกษาทั้ง 3 ประเทศ ก็มีการกำหนดมาตรฐานจริยธรรมดังกล่าวเช่นเดียวกัน

แพทยสภาอังกฤษจะให้ความสำคัญกับ “เวชปฏิบัติที่ดี” (good medical practice) เป็นอย่างมาก โดยจะสอดแทรกเนื้อหาในเรื่องนี้ไว้ในหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษา และการฝึกอบรมทุกระดับ สิ่งที่เป็นจุดเด่นของแพทยสภาอังกฤษอีกประการคือ การกำหนดมาตรฐานจริยธรรมทางการแพทย์นั้น จะมีการรับฟังความเห็นของประชาชนอย่างเปิดกว้าง โดยเฉพาะกลุ่มองค์กร หน่วยงานที่มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย เช่น แพทยสมาคมอังกฤษ (British Medical Association) โรงเรียนแพทย์ องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มตัวแทนผู้ป่วย องค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้อง

แพทยสภานิวซีแลนด์และแพทยสภาแอฟริกาใต้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมเรื่องสิทธิผู้ป่วย สิทธิผู้บริโภคอย่างมาก กล่าวคือ การปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์จะต้องเคารพสิทธิผู้ป่วย สิทธิผู้บริโภค และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพราะหากมีการละเลยหรือไม่เคารพสิทธิดังกล่าวแล้ว อาจเป็นเหตุที่ถือว่าขัดต่อจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม และถูกแพทยสภาดำเนินการสอบสวนได้

4) การดำเนินการกรณีแพทย์ที่มีปัญหาเรื่องการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (fitness to practice)

แพทยสภาในฐานะที่รับขึ้นทะเบียนแพทย์และออกใบอนุญาตให้แก่แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพในสหราชอาณาจักร มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการพิจารณาโทษแก่แพทย์ที่มีปัญหาในการประกอบวิชาชีพในกรณีต่าง ๆ การร้องเรียนของผู้ป่วยหรือประชาชนเกี่ยวกับการทำงานของแพทย์จะแบ่ง 2 กรณีหลัก คือ

กรณีที่ 1 กรณีที่เกี่ยวข้องกับประเด็น fitness to practice ของแพทย์

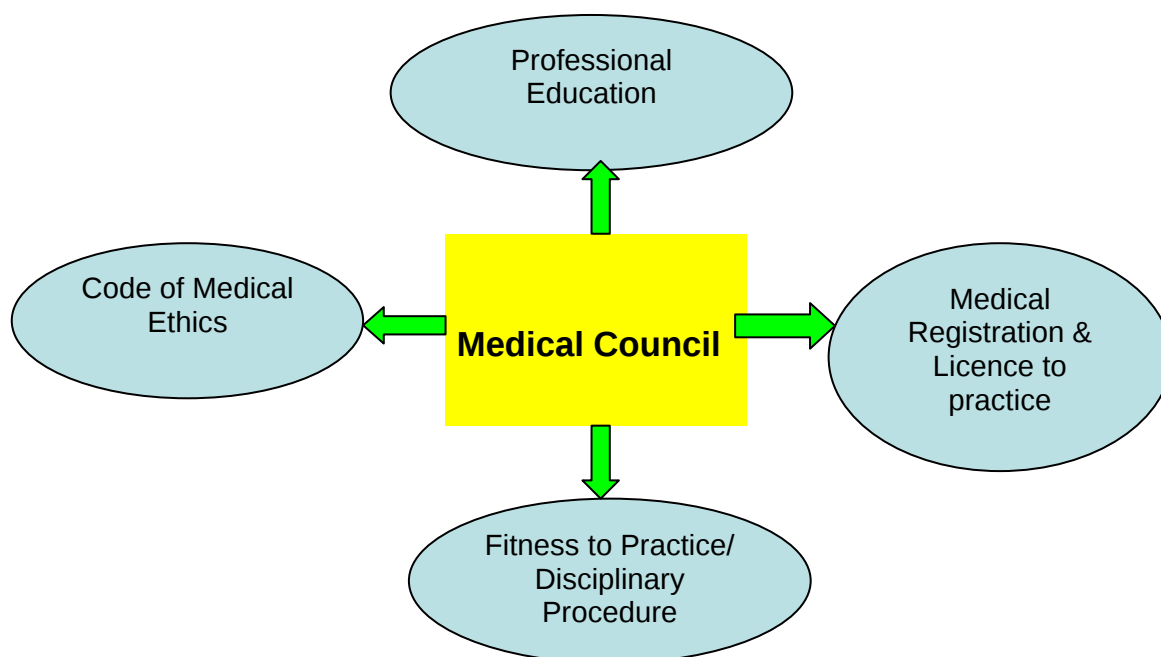
ข้อร้องเรียนที่แพทยสภาจะรับเรื่องเรียนไว้ดำเนินการเอง จะต้องเป็นกรณีที่ค่อนข้างร้ายแรงที่เกี่ยวกับความสามารถในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ (fit to practice) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ professional performance หรือกรณีการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานในเรื่องเวชปฏิบัติที่ดี (good medical practice) รวมถึงกรณีปัญหาความเหมาะสมในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ที่ถูกร้องเรียน (professional conduct)

กรณีที่ 2 กรณีที่ไม่เกี่ยวข้องกับ fitness to practice แต่เป็นกรณีการร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพหรือปัญหาของการให้บริการของแพทย์ หรือสถานบริการสาธารณสุข

ข้อร้องเรียนในกรณีนี้จะไม่อยู่ในความรับผิดชอบของแพทยสภา แต่แพทยสภาในบางประเทศก็มีหน้าที่ประสานงานกับผู้ให้บริการสุขภาพ (health care providers) ของรัฐและเอกชน ตัวอย่างที่ถือ

เป็นแนวปฏิบัติที่ดีคือ กรณีแพทยสภาอังกฤษที่มีบทบาทในการประสานงานกับผู้ให้บริการสุขภาพอย่างใกล้ชิด แม้ว่าจะมีการส่งเรื่องไปยังผู้ให้บริการ ๆ นั้น ๆ แล้วก็ตาม เพราะอาจเป็นกรณีที่มีปัญหา fitness to practice ที่ตรวจสอบพบในภายหลังก็ได้

แผนผังสรุปบทบาทหน้าที่ของแพทยสภาในกรณีศึกษา 3 ประเทศ



4.2 กลไกธรรมาภิบาลในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรม

จากการศึกษาแนวทางการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมใน 3 ประเทศ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์กลไกธรรมาภิบาลในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมที่น่าสนใจ สรุปได้ดังนี้

4.2.1 ความเป็นอิสระ (independence)

องค์กรที่จะทำหน้าที่เป็นองค์กรควบคุมหรือกำกับดูแล (regulatory body) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะต้องมีความเป็นอิสระคือ กรณีศึกษาแพทยสภาใน 3 ประเทศ ได้ข้อสรุปตรงกันว่า สภาวิชาชีพดังกล่าวมีสถานะเป็นองค์กรอิสระตามกฎหมายจัดตั้ง ความเป็นอิสระในที่นี้มีความหมายสรุปได้ดังนี้

- อิสระจากรัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐ หรือการแทรกแซงของนักการเมือง

- อิสระจากกลุ่มวิชาชีพด้วยตัวเอง (independent of health professionals themselves) กล่าวคือสภาวิชาชีพด้านสุขภาพหรือแพทยสภาจะต้องมีความเป็นอิสระในการดำเนินงาน ต้องปราศจากอคติ มีความเป็นกลาง ไม่ทำให้ประชาชนหรือสังคมเข้าใจว่า แพทยสาดำเนินการในลักษณะปกป้องผลประโยชน์ของกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพด้วยตัวเอง

- อิสระจากนายจ้างหรือองค์กรที่ว่าจ้างผู้ประกอบวิชาชีพหรือกรรมการแพทยสภา เช่น ในกรณีแพทยสภาอังกฤษนั้น จะมีความเป็นอิสระจาก NHS องค์กรที่เป็นนายจ้างของกรรมการแพทยสภา รวมถึงกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ เช่น มาตรการป้องกันการถูก lobby จากองค์กรหรือกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ

เป้าหมายของหลักประกันในเรื่องความเป็นอิสระคือ¹ การสร้างความมั่นใจว่า การออกกฎหมายควบคุม กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จะนำไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป (the best interest of patients and the public) ที่จะได้รับความเป็นธรรม องค์กรที่ทำหน้าที่เป็น “regulator” อย่างแพทยสภา และหน่วยงานที่ทำหน้าที่นี้ จึงต้องไม่นำตัวเข้าไปเป็นคู่กรณีในความขัดแย้งใด ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แพทยสภาหรือ regulator อื่น ๆ จึงต้องมีลักษณะที่เป็นอิสระ โปร่งใส มีจริยธรรม ไม่มีอคติ (dispassionate) มีความรับผิดชอบและถูกตรวจสอบได้ (accountable) และต้องให้ความเป็นธรรม (just) แก่ประชาชน

ความเป็นอิสระขององค์กร กรณีศึกษาแพทยสภาอังกฤษและแพทยสภานิวซีแลนด์เป็นตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจนในเรื่องความเป็นอิสระดังกล่าว โดยเฉพาะความเป็นอิสระขององค์กรแพทยสภาเอง กล่าวคือสถานะทางกฎหมายของแพทยสภาที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นอิสระ มิใช่ส่วนราชการทั่วไป

ความเป็นอิสระด้านงบประมาณของแพทยสภา กล่าวคืองบประมาณของแพทยสภามาจากเงินค่าธรรมเนียมการขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ต้องชำระเป็นรายปี (registration fees/ annual fees) เมื่อเทียบกับหลักของแพทยสภาทั้ง 3 ประเทศ มาจากค่าธรรมเนียมของสมาชิกแพทยสภา ทำให้แพทยสภาในต่างประเทศไม่ต้องพึ่งพางบประมาณจากรัฐบาลแต่อย่างใด ทำให้ไม่ถูกแทรกแซงการทำงานจากรัฐบาลหรือนักการเมือง สภาวิชาชีพอื่น ๆ ในต่างประเทศก็มีลักษณะทำนองเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีแพทยสภาไทยที่ยังต้องอาศัยงบประมาณแผ่นดินจึงถือว่ายังล้าหลังอยู่มาก

นอกจากนี้ กระบวนการสรรหากรรมการแพทยสภาที่มีความเป็นอิสระ ถือเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมาก ดังตัวอย่างกรณีแพทยสภาอังกฤษ ในทางกฎหมายจะได้รับการแต่งตั้งจากสภาองคมนตรี

¹ Trust, Assurance and Safety – The Regulation of Health Professionals in the 21st Century (Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty, February 2007), p.24.

(Privy Council) ซึ่งจะมอบหมายให้องค์กรอิสระทำหน้าที่สรรหากรรมการแพทยสภา เช่น กรรมการที่มาจากการเลือกตั้งจะมีขั้นตอนการตรวจสอบคุณสมบัติของแพทย์ที่สมัครอย่างเข้มงวด การสรรหากรรมการแพทยสภาทุกประเภท จะมีกลไกกลั่นกรองผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์การทำงานที่โดดเด่น มีความน่าเชื่อถือ และมีประวัติการทำงานเพื่อสังคมในด้านการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย สิทธิผู้บริโภค

4.2.2 การป้องกันปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interests)

แพทยสภาอังกฤษยังมีการกำหนดไว้เป็นแนวปฏิบัติทางจริยธรรมของกรรมการแพทยสภาอังกฤษ ซึ่งกรรมการแพทยสภาจะต้องหลีกเลี่ยงกรณีการถูกล็อบบี้ (lobby) ถูกครอบงำหรือถูกแทรกแซงการทำงานจากองค์กรหรือกลุ่มบุคคลอื่น ๆ ซึ่งอาจกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการแพทยสภา หรือทำให้ประชาชนไม่เชื่อถือหรือไม่ไว้วางใจแพทยสภา

แพทยสภานิวซีแลนด์ได้วางมาตรการป้องกันการครอบงำขององค์กร กลุ่มบุคคล กลุ่มวิชาชีพ หรือกลุ่มผลประโยชน์ที่อาจทำให้เกิดปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือ การกำหนดในเงื่อนไขการสมัครเข้าเป็นกรรมการแพทยสภาอย่างชัดเจนว่า ผู้ที่เป็นกรรมการแพทยสภาจะต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเป็นอิสระ ไม่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของกลุ่มองค์กรวิชาชีพ (professional organisations) หรือกลุ่มบุคคลใด ๆ แพทยสภานิวซีแลนด์ยังกำหนดมาตรการอื่น ๆ คือ กรรมการทุกคนจะต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์ หลักสุจริต (good faith) ไม่มีอคติ (impartial) หลีกเลี่ยงกรณีปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน กรรมการแพทยสภามีหน้าที่แจ้งให้ที่ประชุมทราบและไม่เข้าร่วมการพิจารณาตัดสินใจหรือกิจกรรมดังกล่าว ที่มีลักษณะผลประโยชน์ขัดกัน

4.2.3 ความโปร่งใส (transparency)

กรณีศึกษาแพทยสภาอังกฤษ มีมาตรการเปิดเผยตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นหุ้นส่วน เจ้าของ หรือการถูกว่าจ้างในหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันการศึกษา ราชวิทยาลัยแพทย์ต่าง ๆ ความเป็นสมาชิกพรรคการเมือง รวมถึงการเปิดเผยผลประโยชน์ส่วนตัวของกรรมการแพทยสภาต่อสาธารณชน การแจ้งข้อมูลประโยชน์ได้เสียของกรรมการแพทยสภาและคู่สมรส ที่เรียกว่า “register of interests” ในกรณีที่มีการเปิดเผยข้อมูลแล้ว แต่ประชาชนทั่วไปสงสัยว่ากรรมการแพทยสภาบางรายยังปกปิดข้อมูลบางอย่าง ก็สามารถแจ้งเรื่องมายังแพทยสภาอังกฤษโดยตรงได้ การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าว ยังครอบคลุมไปถึงเจ้าหน้าที่ระดับผู้บริหารของแพทยสภาอังกฤษด้วย มาตรการเปิดเผยข้อมูลของผู้เป็นกรรมการแพทยสภา ยังป้องกันปัญหาผลประโยชน์ขัดกันที่อาจเกิดขึ้นได้อีกด้วย

นอกจากนี้ การเปิดเผยข้อมูลการดำเนินงานของแพทยสภาเป็นเรื่องสำคัญ แพทยสภาอังกฤษ และแพทยสภานิวซีแลนด์คำนึงถึงความสำคัญของการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารการดำเนินงานของแพทยสภา มีการเผยแพร่รายงานการประชุม มติที่ประชุม และเอกสารที่เกี่ยวข้องทางเว็บไซต์ อีกทั้งยังจัดทำรายงานประจำปีเผยแพร่ผลการดำเนินงานในภาพรวมของแพทยสภา

มาตรการที่เกี่ยวกับความโปร่งใสในการดำเนินงานของแพทยสภาอังกฤษที่ค้นพบอีกประการ คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปเข้าร่วมรับฟังการไต่สวนข้อเท็จจริงกรณีแพทย์ถูกร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่อง fitness to practise ซึ่งจะดำเนินการโดยเปิดเผยต่อสาธารณชน กล่าวคือประชาชนทั่วไปสามารถเข้าร่วมฟังการพิจารณาในทุกขั้นตอนได้ เว้นแต่จะเข้ากรณียกเว้นบางประการ หรือกระบวนการไต่สวนสาธารณะ (public inquiry) ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ที่กระทบต่อประโยชน์สาธารณะ หรือความเชื่อมั่นของประชาชน ดังเช่นกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากแพทย์จำนวนหลายราย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากความบกพร่องในระบบการทำงานของแพทยสภาอังกฤษที่ผ่านมา

4.2.4 ความรับผิดชอบ (accountability)

จรรยาบรรณของคณะกรรมการแพทยสภา

ผู้ที่ดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการแพทยสภาในสหราชอาณาจักร นอกจากจะผ่านกระบวนการคัดสรรหาที่เข้มงวดแล้ว ยังมีหน้าที่ปฏิบัติตาม “แนวปฏิบัติทางจริยธรรมของกรรมการแพทยสภา” โดยมีข้อพึงปฏิบัติและข้อห้ามหลายประการที่น่าศึกษาวิเคราะห์ ในรายงานวิจัยนี้จะขอยกตัวอย่างเฉพาะในบางประเด็น หน้าที่ของกรรมการแพทยสภา อาทิเช่น

- ปฏิบัติตามขอบอำนาจหน้าที่ของแพทยสภา
- ปฏิบัติตามมติของคณะกรรมการ ฯ
- ระมัดระวังในการแสดงความเห็นส่วนตัว ที่ไม่ใช่มติของที่ประชุม GMC และหากมีการให้ข่าวแก่สื่อมวลชนจะต้องหารือกับ ผอ.ฝ่ายสื่อสาร ก่อนเผยแพร่
- ระวังการถูกลobbies จากองค์กรหรือบุคคลอื่น และมีหน้าที่แจ้งให้ที่ประชุม GMC ทราบ
- เผยแพร่ข้อมูลผลประโยชน์ส่วนตัวให้สาธารณชนรับทราบ เช่น ตำแหน่งหน้าที่ทางวิชาการ, ธุรกิจ, ผลประโยชน์ส่วนตัวต่าง ๆ
- หลีกเลี่ยงปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน เช่น การรับของขวัญ ค่าตอบแทนผู้บรรยาย และต้องเปิดเผยข้อมูลให้สาธารณชนทราบ

การตรวจสอบและการบังคับใช้กฎเกณฑ์เรื่อง fitness to practice ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

กระบวนการตรวจสอบและบังคับใช้กฎเกณฑ์เรื่อง fitness to practice ของแพทย์นั้น โดยปกติแล้วผู้ที่เป็นการกรรมการแพทยสภาจะไม่มีอำนาจพิจารณาตัดสินในเรื่องนี้ กฎหมายกำหนดให้มีการสรรหาบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นองค์คณะพิจารณาในระดับต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์และบุคคลที่มีผู้ใช้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถได้รับการคัดเลือกเป็นองค์คณะในการพิจารณา วินิจฉัยข้อร้องเรียนเกี่ยวกับแพทย์

กลไกการตรวจสอบการทำงานของแพทยสภาขององค์กรภายนอก

แม้ว่าแพทยสภาอังกฤษจะถือเป็นองค์กรที่ได้รับความเชื่อถือจากประชาชนเป็นเวลานาน แต่เหตุการณ์ในช่วงทศวรรษที่ 1980 ถึง 1990 ได้สะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนหรือข้อบกพร่องของแพทยสภาอังกฤษ ซึ่งไม่สามารถตรวจสอบการประกอบวิชาชีพของแพทย์ได้อย่างเหมาะสม จนเกิดผลเสียอย่างร้ายแรงต่อประชาชนและผู้ป่วย จนกลายเป็นจุดเปลี่ยนแปลงสำคัญในการปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษ ในช่วงปี 2000 ถึง 2002 ตัวอย่างในกรณีแพทยสภาอังกฤษนี้ ทำให้มีแนวคิดในเรื่องการตรวจสอบการทำงานของแพทยสภาขององค์กรภายนอก

ปัจจุบันนี้ แพทยสภาอังกฤษเป็นองค์กรที่ถูกตรวจสอบการทำงานจากหน่วยงานอื่นคือ หน่วยงานที่ชื่อว่า Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE) โดยมีบทบาทหน้าที่ในการตรวจสอบคำตัดสินของแพทยสภาในกรณีการพิจารณาไต่สวนที่เป็นกรณีร้ายแรงในเรื่อง fitness to practise ของแพทย์ที่ถูกร้องเรียนที่เสนอเรื่องต่อคณะกรรมการ Fitness to Practise Panel โดยจะตรวจสอบกระบวนการพิจารณา fitness to practise ตั้งแต่ขั้นต้น

เงื่อนไขการตรวจสอบของ CHRE ตามกฎหมายคือ CHRE พิจารณาแล้วเห็นว่า คำตัดสินนั้นถูกแทรกแซงโดยมิชอบและมีได้มีลักษณะคุ้มครองประชาชน ก็จะส่งข้อร้องเรียนที่มีคำตัดสินของ Fitness to Practise Panel ไปยังศาลที่มีเขตอำนาจพิจารณาคำตัดสินคดี ศาลจะมีอำนาจวินิจฉัย ทบทวนคำตัดสินของแพทยสภา และตัดสินโทษในทางวิชาชีพของแพทย์ที่ถูกร้องเรียนได้ใหม่ CHRE ยังมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการตรวจสอบการดำเนินงานของสภาวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ อีก 9 แห่งซึ่งได้กล่าวถึงแล้วในรายงานนี้

การตรวจสอบการทำงานของแพทย์ของเพื่อนร่วมวิชาชีพด้านสุขภาพ

กรณีศึกษาทั้ง 3 ประเทศ มีกลไกการตรวจสอบการทำงานของแพทย์ของเพื่อนร่วมวิชาชีพด้านสุขภาพ ในบางประเทศคือ ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศแอฟริกาใต้ถือเป็นหน้าที่ของแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะต้องแจ้งข้อมูลปัญหา fit to practice หรือปัญหาจริยธรรมของแพทย์ให้แพทยสภาทราบ

ประเทศนิวซีแลนด์ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (health practitioner) ทุกสาขา รวมถึงแพทย์ สามารถแจ้งข้อมูลกรณีผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพรายหนึ่งรายใดที่ให้บริการสุขภาพในลักษณะที่ อาจทำให้เกิดอันตรายต่อประชาชนหรือผู้ป่วย หรือทำการดูแลรักษาผู้ป่วยต่ำกว่ามาตรฐานวิชาชีพ โดย แจ้งให้นายทะเบียนที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องทราบ ถือเป็นมาตรการที่ให้ผู้ร่วมวิชาชีพด้วยกัน สามารถ สอดส่องเพื่อนร่วมวิชาชีพว่า ให้บริการรักษาผู้ป่วยหรือประชาชนตามมาตรฐานวิชาชีพหรือไม่ โดยไม่ ถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย (เพราะกฎหมายให้อำนาจไว้ ผู้แจ้งข้อมูลนี้จึงไม่มีความผิดใด ๆ เช่น ไม่มีความผิดฐานหมิ่นประมาทบุคคล) เพราะบุคคลทั่วไปที่มีใช้ผู้ประกอบวิชาชีพ ไม่มีความรู้เพียงพอที่จะ ทราบได้ว่า มีการดำเนินการให้บริการต่ำกว่ามาตรฐานหรือไม่

ประเทศแอฟริกาใต้ ผู้ประกอบวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย (practitioner), แพทย์ฝึกหัด (intern) และนักศึกษา (student) มีหน้าที่รายงานกรณีที่ทราบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพ (ตนเองหรือผู้อื่น) มีความสามารถบกพร่องหรือไม่สามารถที่ปฏิบัติงานตามวิชาชีพ (impairment) หรือกรณีที่ผู้ประกอบ วิชาชีพ ๆ ประพฤติตนขัดต่อจริยธรรม, ประพฤติที่ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ หรือละเมิด กฎหมายอื่น ๆ โดยมีหน้าที่รายงานข้อมูลนี้ต่อคณะกรรมการวิชาชีพในสาขาของบุคคลที่ถูกรายงานนั้น ๆ ดังกัอยู่ เช่น รายงานข้อมูลต่อแพทยสภาในกรณีแพทย์

4.2.5 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของแพทยสภา (public participation)

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการเป็นกรรมการในสภาวิชาชีพด้านสุขภาพทั้งหลาย รวมถึง กรณีแพทยสภา ทำให้ประชาชนเกิดความมั่นใจว่า การปฏิบัติงานของแพทยสภาจะมีความเป็นอิสระ มิได้มีลักษณะเป็นการปกป้องวิชาชีพของตนเอง

กรณีศึกษาแพทยสภาใน 3 ประเทศได้ข้อสรุปว่า คณะกรรมการแพทยสภาประกอบด้วย กรรมการ 2 กลุ่มคือ กรรมการที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและกรรมการที่เป็นบุคคลที่มีใช้ผู้ ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (lay members) โดยแพทยสภานิวซีแลนด์และแอฟริกาใต้มีกรรมการที่เป็น แพทย์มากกว่ากรรมการที่เป็นบุคคลทั่วไป ในขณะที่แพทยสภาอังกฤษจะมีกรรมการที่เป็นแพทย์ใน สัดส่วนที่เท่ากับกรรมการที่เป็น lay members กล่าวคือ แพทย์ที่มาจากเลือกตั้ง 12 คน และกรรมการที่ เป็นบุคคลที่มีใช้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 12 คน

รัฐบาลอังกฤษให้ความสำคัญ และผลักดันให้แพทยสภาและสภาวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ จะต้องประกอบด้วย lay members ในสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ประชาชนในเรื่อง ความเป็นอิสระของแพทยสภาหรือสภาวิชาชีพด้านสุขภาพนั้น ๆ อาทิเช่น สภาการพยาบาล (Nursing

and Midwifery Council) และ Health Professions Council ต่างก็มีกรรมการที่เป็น lay members ในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 48 ของกรรมการทั้งหมด²

การรับฟังความเห็นของประชาชน หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการรับฟังความเห็น (consultation) จากกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย กลุ่มองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ถือเป็นช่องทางสำคัญที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของแพทยสภา เช่น การริเริ่มทางนโยบาย หรือการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของแพทยสภา รวมถึงประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่มีผลต่อการให้บริการสุขภาพประชาชน จะมีส่วนช่วยสร้างบรรยากาศการทำงานร่วมกัน ดังจะเห็นได้จากกรณีแพทยสภาอังกฤษ และแพทยสภานิวซีแลนด์

4.2.6 การปรับปรุงบทบาทหน้าที่ในด้าน fitness to practice

จากการศึกษาพัฒนาการของแพทยสภาทั้ง 3 ประเทศพบว่า มีความเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องการกำหนดอำนาจหน้าที่ของแพทยสภา ในกรณีการตรวจสอบข้อร้องเรียนแพทย์ในเรื่อง fitness to practice กรณีร้ายแรง ซึ่งปัจจุบันนี้ แพทยสภานิวซีแลนด์จะไม่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในเรื่องดังกล่าวแล้ว โดยได้โอนอำนาจได้ไปยังหน่วยงานอื่นที่ชื่อว่า "Health Practitioners Disciplinary Tribunal" (HPDT) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในกระบวนการพิจารณาความผิดของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในขั้นสุดท้าย สำหรับแพทยสภาอังกฤษก็ยังคงในระหว่างการเปลี่ยนแปลงอำนาจหน้าที่ในเรื่องนี้เหมือนนิวซีแลนด์ โดยจะมีการโอนอำนาจหน้าที่ดังกล่าวให้แก่หน่วยงานใหม่ ที่ชื่อว่า Medical Practitioners Tribunal Service (MPTS)

4.2.7 ช่องทางการใช้สิทธิของผู้ป่วยหรือประชาชนที่เปิดกว้างและเป็นธรรม

ประเทศนิวซีแลนด์มีช่องทางรับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทำงานของแพทย์ของผู้ป่วยและประชาชนที่น่าสนใจคือ Health and Disability Commissioner (HDC) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางด่านแรกที่รับเรื่องร้องเรียนแพทย์หรือการให้บริการของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (health care providers) HDC เป็นองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค สิทธิผู้ป่วย ได้รับความเชื่อถือจากประชาชนเป็นอย่างมาก HDC อาจพิจารณายุติการดำเนินการหรือส่งเรื่องร้องเรียนให้หน่วยงานอื่นดำเนินการต่อไปตามขอบอำนาจของหน่วยงานนั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็นแพทยสภา กระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการสุขภาพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

² Ibid., pp.24-25.

ประเทศสหราชอาณาจักร มีช่องทางการร้องเรียนแพทย์และการให้บริการของผู้ให้บริการสุขภาพหลายช่องทาง ได้แก่ แพทยสภา และหน่วยงานอื่น ๆ อาทิเช่น NHS Trust หรือ Primary Care Trust (PCT), Patient Advice and Liaison Services (PALS) ทำหน้าที่ให้คำอธิบายขั้นตอนการร้องเรียน และอาจช่วยผู้ป่วยในการหาข้อยุติในกรณีที่มีข้อร้องเรียนร้ายแรง, Independent Complaints Advocacy Services (ICAS) เป็นบริการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้บริการของ NHS ซึ่งถือเป็นการให้บริการที่รักษาความลับของผู้ร้องเรียน หรือ Citizens Advice Bureau

ประเทศแอฟริกาใต้ ให้ความสำคัญกับเรื่องประกาศสิทธิผู้ป่วย (The Patients' Rights Charter) โดยมีหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยคือ กระทรวงสาธารณสุข หากผู้ประกอบการวิชาชีพใดมิได้ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่บัญญัติไว้แล้ว เช่น สิทธิผู้ป่วย ถือว่าเป็นการกระทำหรือละเว้นการทำการ ซึ่งคณะกรรมการในวิชาชีพในสาขานั้น ๆ (professional board) อาจจะพิจารณาลงโทษทางจริยธรรม

บทสรุปโดยรวม

กลไกการควบคุมหรือกำกับดูแลการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในกรณีศึกษาทั้ง 3 ประเทศ มีพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก แพทยสภาในประเทศที่ศึกษา ได้พยายามปรับองค์กรให้เท่าทันต่อสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากในอดีต ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการร้องเรียนแพทย์ในเรื่องมาตรฐานวิชาชีพ ความประพฤติที่ไม่เหมาะสม หรือการละเมิดสิทธิผู้ป่วย สิทธิผู้บริโภคที่มารับบริการสุขภาพ รวมถึงประเด็นที่เชื่อมโยงไปถึงคุณภาพการให้บริการสุขภาพ การเปิดโอกาสให้ layman หรือตัวแทนประชาชนที่มีไข้แพทย์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ด้วยการแต่งตั้งให้เป็นกรรมการแพทยสภาหรือองค์กรอื่น ๆ ที่มีอำนาจพิจารณากรณีร้องเรียนในด้าน fitness to practice ของแพทย์

แพทยสภาเป็นองค์กรที่บทบาทสำคัญในการเสริมสร้างระบบอภิบาลในระบบสุขภาพ (health system governance) เพราะเป็นองค์กรกำกับดูแลที่มีความเป็นกลาง มีความน่าเชื่อถือในสายตาของประชาชนและกลุ่มผู้ป่วย การดำเนินงานของแพทยสภาในประเทศเหล่านี้จะถูกรตรวจสอบการปฏิบัติงานอย่างเข้มข้น และจะต้องคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นสำคัญ มากกว่าประโยชน์ของวิชาชีพของตน และมีกลไกธรรมาภิบาลหลายเรื่องที่กำลังกล่าวนำแล้ว

หากแพทยสภามีความน่าเชื่อถือและได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ก็จะมีส่วนช่วยลดข้อพิพาทหรือความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสาธารณสุขให้น้อยลงได้ ซึ่งอาจทำให้มีการฟ้องร้องเป็นคดีความลดน้อยลง

4.3 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษาแพทยสภาต่างประเทศรวม 3 ประเทศ คือ ประเทศสหราชอาณาจักร ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศแอฟริกาใต้ ที่ควรนำมาพิจารณาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการปรับปรุงระบบการทำงานและประสิทธิภาพของแพทยสภาของไทยที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มีดังนี้

1) การจัดตั้งแพทยสภาไทยตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ได้แบบอย่างจากแพทยสภาอังกฤษ ซึ่งมีพัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในช่วงเวลา 20 ถึง 30 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเกิดจากข้อบกพร่องการดำเนินงานของแพทยสภาอังกฤษในอดีตที่ผ่านมา ทำให้ประชาชนและสังคมขาดความเชื่อมั่น ศรัทธา จนนำไปสู่การปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษครั้งใหญ่

ผู้วิจัยเห็นว่า ควรมีการศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน สภาพปัญหาของระบบการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมของไทย โดยเฉพาะผลการดำเนินงาน ในด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพของแพทยสภาไทย ความเชื่อมั่นของประชาชนหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีต่อแพทยสภา เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขจุดอ่อนหรือข้อบกพร่องทั้งหลาย

2) กรณีศึกษาแพทยสภาต่างประเทศในรายงานวิจัยนี้ ทำให้ทราบถึงกลไกธรรมาภิบาลสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งควรนำมาพิจารณาปรับใช้กับแพทยสภาไทยที่ยังขาดมาตรการหรือระบบธรรมาภิบาลในการปฏิบัติงานของแพทยสภาและคณะกรรมการแพทยสภา โดยเฉพาะกรรมการแพทยสภาที่มาจากการเลือกตั้ง ในบางครั้งพบว่า ผู้สมัครรับเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภา มักจะเคลื่อนไหวในลักษณะที่เป็นการปกป้องผลประโยชน์ของวิชาชีพ หรือสร้างความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับประชาชนหรือกลุ่มผู้ป่วย เช่น การเสนอกฎหมายหรือแก้ไขกฎหมาย เพื่อปกป้องผลประโยชน์ของวิชาชีพ ซึ่งอาจจะบั่นทอนความเชื่อถือ ศรัทธาของประชาชนที่มีต่อแพทยสภา

3) แพทยสภาไทยควรให้ความสำคัญการสร้าง ความเชื่อถือ ศรัทธาของประชาชนที่มีต่อองค์กร การสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ไม่ควรทำตัวเป็นคู่ขัดแย้งหรือสร้างความขัดแย้งใดๆ ที่จะทำให้เกิดความแตกแยกในสังคม มิฉะนั้น แพทยสภาจะกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดข้อพิพาทระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมากขึ้น แล้วนำไปสู่การฟ้องร้องแพทย์เพิ่มมากขึ้นในที่สุด

กรณีแพทยสภาต่างประเทศในรายงานนี้ แพทยสภาจะพยายามสร้างความสัมพันธ์อันดีกับกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป มีการปรับปรุงกระบวนการทำงาน โครงสร้างองค์กร และกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยให้ได้รับบริการอย่างปลอดภัย และสร้างความเชื่อถือ ความไว้วางใจของประชาชนที่มีต่อแพทยสภาให้มากยิ่งขึ้น ทำให้ในหลายกรณี ผู้ป่วยที่ได้รับเสียหายจะไม่ฟ้องร้องดำเนินคดีกับแพทย์หรือสถานพยาบาล

4) ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุงบทบัญญัติกฎหมายหลายเรื่องใน พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 เนื่องจากมีเนื้อหาหลายเรื่องที่ล้าสมัย มีข้อบกพร่อง หรือบทบัญญัติบางเรื่องขาดความชัดเจน ทำให้มีการตีความที่ผิดเพี้ยนไปจากเจตนารมณ์ในการบัญญัติกฎหมาย บางประเด็นไม่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของแพทยสภาอังกฤษที่เป็นต้นแบบของแพทยสภาไทย จึงควรพิจารณานำเอาหลักธรรมาภิบาลจากกรณีศึกษาแพทยสภาอังกฤษ แพทยสภานิวซีแลนด์ และแพทยสภาแอฟริกาใต้มาเป็นแบบอย่างในการปรับปรุงการดำเนินงานของแพทยสภาไทย เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้แก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย

5) ควรพิจารณาปฏิรูปโครงสร้างของคณะกรรมการแพทยสภา โดยเปิดปรับปรุงสัดส่วนของกรรมการแพทยสภาเป็น 4 กลุ่มหลัก คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานด้านสุขภาพ (1 - 2 คน)

กลุ่มที่ 2 ผู้แทนสถาบันการศึกษาที่มีคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยของรัฐ

กลุ่มที่ 3 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มาจากการเลือกตั้งกันเอง

กลุ่มที่ 4 ผู้แทนกลุ่มผู้บริโภคหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งต้องผ่านการสรรหาที่เข้มงวดจากผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อจากองค์กรด้านสิทธิผู้ป่วย สิทธิผู้บริโภค

ทั้งนี้ สัดส่วนของกรรมการในกลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 4 ควรมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน แต่มีจำนวนกรรมการไม่มากเกินไป ควรกำหนดวาระการดำรงตำแหน่งของแพทย์ที่มาจากการเลือกตั้งไม่เกิน 3 ปี และไม่ให้อำนาจตำแหน่งติดต่อกันเกิน 2 วาระหรือเกินระยะเวลาที่กำหนดไว้เหมือนในต่างประเทศ และควรพิจารณาปรับปรุงวิธีการได้มาของแพทย์ที่มาจากการเลือกตั้ง

6) ควรจัดตั้งหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินงานของแพทยสภา เหมือนในกรณี Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE) ของประเทศสหราชอาณาจักร รวมถึงพิจารณาบทบาทของหน่วยงานอื่นที่ทำหน้าที่เป็นตัวกลางเกี่ยวกับการร้องเรียนแพทย์หรือการให้บริการสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ อย่างเช่นกรณี Health and Disability Commissioner (HDC) และ Health Practitioners Disciplinary Tribunal (HPDT) ของประเทศนิวซีแลนด์

7) ควรจัดทำประมวลจริยธรรมของกรรมการแพทยสภาเป็นการเฉพาะ รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลตำแหน่งหน้าที่ในหน่วยงาน องค์กรของรัฐและเอกชน เพื่อป้องกันปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน ที่อาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่เป็นกรรมการแพทยสภา และป้องกันการครอบงำของกลุ่มผลประโยชน์หรือกลุ่มบุคคลใด ๆ

8) ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นระบบการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมของไทย โดยเน้นการศึกษากลไกเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การลดการฟ้องร้อง การสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยหรือประชาชนที่มีต่อแพทยสภาและระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม

บรรณานุกรม

หนังสือ บทความ เอกสารอื่นๆ (ภาษาไทย)

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, “การควบคุมจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทยสภาไทยและต่างประเทศ” คลินิก (ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กุมภาพันธ์ 2537).

วันชัย วัฒนศัพท์ และนพพร โพธิ์รังสิยากร, คนไทยไม่ทอดทิ้งกัน: คู่มือการจัดการสร้างความปรองดองในระบบบริการสาธารณสุข (นนทบุรี: ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2553).

ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (ภาษาไทย)

“สหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ” at
<http://www.mfa.go.th/web/479.php?id=265>

Books, Journals & Others

Books

Margaret Brazier and Emma Cave, Patients and the Law, 5th edition (UK: Penguin Books, 2011).

Andrew Grubb, Principles of Medical Law, 2nd edition (UK: Oxford University Press, 2004)

David Dunbar, “How medical practice standards are set by legislation: the Health Practitioners Competence Assurance Act” in Ian St George, Cole’s Medical practice in New Zealand 2011, 10th edition (Medical Council of New Zealand, August 2010)

Jonathan Herring, Medical Law and Ethics, 3rd edition (UK: Oxford University Press, 2010).

Journals & Others

Linda Beecham, BMA’s annual meeting expresses “no confidence” in GMC (BMJ VOLUME 321 8 JULY 2000)

Bolsin SN., Professional misconduct: the Bristol case Med J Aust. 1998 Oct 5;169 (7).

Sir Arthur Porritt, “the History of Medicine in New Zealand”, Med Hist. 1967 October; 11(4).

JOHN H. RAACH, “ENGLISH MEDICAL LICENSING IN THE EARLY SEVENTEENTH CENTURY” (YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE, VOL. 16, NO. 4.) (1943).

Dr Kgosi Letlape, “Professional conduct inquiries open to the public” (October 28 2011)

Sally Sheard, Liam J. Donaldson, The nation's doctor: the role of the Chief Medical Officer 1855-1998 (UK: Nuffield Trust, 2006).

“2010 Annual Statistics Fitness to Practise” (General Medical Council, 2011).

“Candidate Information on the Terms and Conditions of Appointment to the Medical Council of New Zealand” (Medical Council of New Zealand, March 2005).

“Fitness to Practise investigations and hearings Information for journalists” (2011 General Medical Council)

“General Medical Council Corporate Strategy 2010-2013” (UK: GMC).

“GUIDELINES FOR GOOD PRACTICE IN THE HEALTH CARE PROFESSIONS: NATIONAL PATIENTS’ RIGHTS CHARTER” (PRETORIA, MAY 2008).

“GUIDELINES ON OVERSERVICING, PERVERSE INCENTIVES AND RELATED MATTERS (BOOKLET 5)” (PRETORIA, MAY 2008).

“Health Professions Council of South Africa Annual Report 2009/2010”.

(Draft) Health Systems Governance :Toolkit on monitoring health systems strengthening (WHO, 2008).

“How to complain about a doctor” (England, General Medical Council, 2011).

“International Comparison of Ten Medical Regulatory Systems” prepared for the UK General Medical Council (RAND Corporation, 2009).

“The Meaning of Fitness to Practise” (General Medical Council, 2006).

“Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies” (WHO, 2010).

“Reform of the General Medical Council: A paper for consultation” (Department of Health, May 2002).

“Statement on cultural competence” (Medical Council of New Zealand, August 2006).

ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (ภาษาอังกฤษ)

“About the NHS” at <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>

“Adjudication reform” at http://www.gmc-uk.org/concerns/hearings_and_decisions/OHPA.asp

“The Code of Rights” at <http://www.hdc.org.nz/the-act--code/the-code-of-rights>

“CONDUCT & ETHICS: LODGE A COMPLAINT” at http://www.hpcsa.co.za/conduct_complaint.php

“Council Overview” (HPCSA) at <http://www.hpcsa.co.za/about-council-overview.php>

“Fitness to Practise Panels” at http://www.gmc-uk.org/concerns/hearings_and_decisions/fitness_to_practise_panels.asp#who

“History of medical regulation in the UK” at http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_medical_regulation_in_the_UK

“Healthcare regulation” at <http://www.chre.org.uk/regulators>

“New Zealand: HDI values and rank changes in the 2011 Human Development Report (UNDP)” at <http://newzealand.govt.nz/browse/health/health-system/>

“List of Registered Medical Practitioners” at <http://www.gmc-uk.org/doctors/register/LRMP.asp>

“New Zealand in Brief” at <http://www.teara.govt.nz/en/new-zealand-in-brief>

“The Meaning of Fitness to Practice” (GMC) at www.gmc-uk.org

“Professional and regulatory bodies” at <http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/key-health-sector-organisations-and-people/professional-and-regulatory-bodies>

“Registration and licensing” (GMC) at <http://www.gmc-uk.org/doctors/index.asp>

“REGISTRATION & RESTORATION: REGISTRATION CRITERIA” at http://www.hpcsa.co.za/registration_criteria.php

“The role of the GMC” at <http://www.gmc-uk.org/about/role.asp>

“Sixth Report - Shipman: The Final Report” (27 January 2005), p.101. at <http://www.shipman-inquiry.org.uk/finalreport.asp>

“South Africa: HDI values and rank changes in the *2011 Human Development Report*”
(UNDP) at <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/ZAF.html>

“Structure of the Court System” (Court of New Zealand) at
<http://www.courtsofnz.govt.nz/about/high/role-structure/#Jurisdiction>

“Tribunal's Statistics – Medical Practitioners” (New Zealand Health Practitioners Disciplinary Tribunal) at <http://www.hpdt.org.nz/Default.aspx?tabid=87#2011>

“United Kingdom: HDI values and rank changes in the *2011 Human Development Report* (UNDP)” at <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/GBR.html>

“Who regulates health and social care professionals?” at http://www.gmc-uk.org/publications/corporate_publications.asp

หน่วยงาน องค์การ

Citizens Advice Bureau at <http://www.citizensadvice.org.uk/index/aboutus.htm>

Commissioner for Public Appointments at
<http://publicappointmentscommissioner.independent.gov.uk/what-we-do/>

Council for Healthcare Regulatory Excellence at <http://www.chre.org.uk/council/>

Health Practitioners Disciplinary Tribunal at <http://www.hpdt.org.nz/>

Health Professions Council of South Africa (HPCSA) at <http://www.hpcsa.co.za/>

Independent Complaints Advocacy Services at

KwaZulu-Natal Department of Education at
<http://www.kzneducation.gov.za/DocumentsPublications/BathoPeleHandbook.aspx>

Office of the Health Professions Adjudicator at <http://ohpa.org.uk/about-us/>

Privy Council Office at <http://privycouncil.independent.gov.uk/privy-council/>

PROFESSIONAL BOARDS at http://www.hpcsa.co.za/board_overview.php

South Africa Government at <http://www.gov.za/>

UK Government at <http://www.direct.gov.uk/en/index.htm>