รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยเรื่อง

กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย: สภาพการณ์ ปัญหา และข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป

(Medical Regulation System in Thailand:

State of the Problems and a Reform Proposal)

โดย

ผศ.ปกป้อง จันวิทย์ (Asst.Prof. Pokpong Junvith)

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นาย ตะวัน มานะกุล (Mr.Tawan Manakun)

นักวิจัยอิสระ

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มิถุนายน 2556

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้มิอาจสำเร็จลงได้หากปราศจากการสนับสนุนจากบุคคลหลายท่าน ได้แก่ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผศ.ดร.จรวยพร ศรีศศลักษณ์ คุณสุภาวดี นุชรินทร์ แห่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) องค์การผู้สนับสนุนทุนวิจัย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส รศ.สุดา วิศรุตพิชญ์ และอาจารย์ไพศาล ลิ้มสถิตย์ แห่งศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ให้ความรู้ คำปรึกษา และคำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาวิจัย ทั้งยังให้ความอนุเคราะห์ในการจัดการประชุมกลุ่มย่อย (focus group) อีกด้วย ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนั้น ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาให้สัมภาษณ์เชิงลึกและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศ.นพ.วันชัย วัฒนศัพท์ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ และ รศ.ดร.นวลน้อย ตรีรัตน์ รวมถึงคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัยและพัฒนาธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่กรุณาให้ข้อคิดตลอดการศึกษาวิจัยครั้งนี้

หากงานวิจัยชิ้นนี้พอมีประโยชน์อยู่บ้าง ผู้วิจัยขออุทิศคุณความดีให้แก่เหล่าแพทย์ผู้ยึดมั่นในจริยธรรมแห่งวิชาชีพและยืนหยัดเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วยและสาธารณะ กระนั้น หากงานชิ้นนี้มีข้อผิดพลาดประการใด ความรับผิดชอบย่อมเป็นของผู้วิจัย

ด้วยจิตคารวะ

ปกป้อง จันวิทย์ และ ตะวัน มานะกุล

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการวิจัยนี้มุ่งแสวงหาคำตอบว่า 'แพทยสภา' ในฐานะกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่เป็นทางการของไทย สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล สมดังเจตนารมณ์ในการกำกับควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ การคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วย และการผลักดันนโยบายและมาตรการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและต่อสาธารณะ ได้หรือไม่ เพียงใด เพราะเหตุใด

กรอบการวิเคราะห์

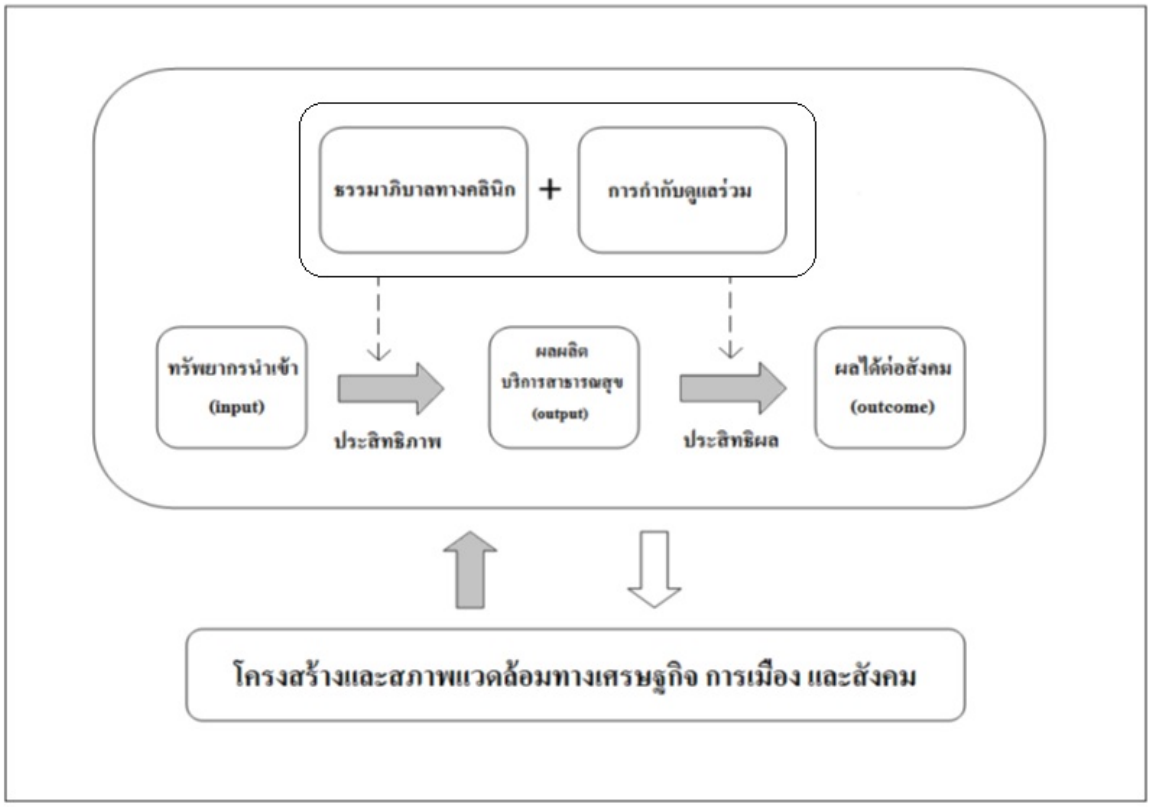
กรอบการวิเคราะห์ใหญ่ของโครงการวิจัยนี้คือ การประเมินและวิเคราะห์ *'ช่องว่างแห่งความคาดหวัง' (expectation gap)* ระหว่าง (1) *'กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่พึงปรารถนา'* อันได้แก่ *กลไกการกำกับดูแลร่วม (partnership regulation) เพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก (clinical governance)* กับ *'กลไกการกำกับ*ดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในความเป็นจริง' ของประเทศไทย

ทั้งนี้ ในงานวิจัยฉบับนี้ *กลไกการกำกับดูแลร่วม* หมายถึง กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่มีกลไกความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดของระบบ ได้แก่ แพทย์และผู้ให้บริการสาธารณสุขอื่นๆ ผู้ป่วย ญาติพี่น้องผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป และภาครัฐ เป็นต้น ส่วน *ธรรมาภิบาลทางคลินิก* หมายถึง ระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลในระบบสาธารณสุขที่มุ่งยกระดับ 'คุณภาพ' ในการบริการสาธารณสุข (quality of care) ทั้งในแง่การพัฒนาขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลและความทั่วถึงของบริการสาธารณสุขเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข (right to health) และความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety)

ในระดับระเบียบวิธีศึกษา ผู้วิจัยใช้ *การวิเคราะห์เชิงสถาบัน (institutional analysis)* เพื่อวิเคราะห์องค์การและกฎกติกาที่เป็นลายลักษณ์อักษรเป็นสำคัญ โดยเฉพาะในแง่ระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ดีหรือ 'ธรรมาภิบาล' (good governance) ประสิทธิภาพ (efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness) และใช้ *เศรษฐศาสตร์การเมือง (Political Economy)* เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปรากฏการณ์ ปัจจัยแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย

ธรรมาภิบาลทางคลินิกและกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่ดีย่อมส่งผลกระทบอย่างสำคัญต่อการสร้าง ‘ประสิทธิภาพ’ (efficiency) และ ‘ประสิทธิผล’ (effectiveness) ของระบบบริการสาธารณสุข กล่าวคือ กระบวนการแปลงทรัพยากรนำเข้า (input) เป็นผลผลิตบริการสาธารณสุข (output) ควรเป็นกระบวนการที่มีธรรมาภิบาลและมีประสิทธิภาพ เช่นนี้แล้ว ผลผลิตบริการสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจึงสามารถสร้างผลได้ต่อสังคม (outcome) ได้อย่างมีประสิทธิผล กล่าวคือ ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีความเชื่อถือในตัวแพทย์และกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้จำนวนคดีที่ผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์ในกระบวนการยุติธรรมลดน้อยลง อันเป็นผลดีต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ดังแสดงให้เห็นในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ระบบบริการสาธารณสุข ธรรมาภิบาล และกลไกการกำกับดูแล



ในระดับเครื่องมือในการศึกษา ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสารปฐมภูมิและทุติยภูมิ การสัมภาษณ์เชิงลึกตัวละครต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การประชุมกลุ่มย่อย (focus group) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือได้รับผลกระทบ และกรณีศึกษาที่สำคัญ ได้แก่ การศึกษาบทบาทของแพทยสภาต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และต่อกระบวนการผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...

บทวิเคราะห์เชิงกฎกติกา

สำหรับกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของไทยนั้น เจตนารมณ์ของกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมมุ่งเน้นไปที่การคุ้มครองผลประโยชน์ของผู้ป่วยและผลประโยชน์สาธารณะมากกว่าการคุ้มครองผลประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทั้งนี้ กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทยเคลื่อนจากกลไกการกำกับดูแลโดยรัฐ (พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 และ พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479) มาสู่กลไกการกำกับดูแลกันเองในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นการเฉพาะ (พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 และ พ.ศ. 2525) แต่ยังไปไม่ถึงกลไกการกำกับดูแลร่วมระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ

กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทยภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมยังคงมี ‘ช่องว่าง’ ในเชิงธรรมาภิบาลอยู่มากในองค์ประกอบด้านต่างๆ ดังนี้

(1) การมีส่วนร่วม

กฎหมายไม่มีบทบัญญัติใดที่เปิดโอกาสให้เกิดการทำงานร่วมกันในกลไกการกำกับดูแลระหว่างแพทย์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ โดยเฉพาะผู้รับบริการสาธารณสุข เช่น การให้บุคคลภายนอกโดยเฉพาะตัวแทนผู้ป่วยหรือองค์การคุ้มครองผู้บริโภคมีส่วนร่วมในฐานะกรรมการแพทยสภาหรือมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในประเด็นสำคัญ

แม้ว่ากฎหมายจะเปิดช่องให้ ‘คนนอก’ สามารถดำรงตำแหน่งเป็นอนุกรรมการของแพทยสภาได้ แต่ที่ผ่านมาแทบไม่ปรากฏว่ามีการแต่งตั้งคนนอกเป็นอนุกรรมการของแพทยสภาแต่อย่างใด หากมีอยู่บ้างก็อาจเป็นคนนอกด้านกฎหมาย มิใช่ตัวแทนผู้ป่วยหรือองค์การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค

(2) ระบบความรับผิดชอบ

โดยโครงสร้างของกฎหมาย กรรมการแพทยสภาอยู่ภายใต้ระบบความรับผิดชอบ 2 รูปแบบ

รูปแบบแรก คณะกรรมการแพทยสภาโดยตำแหน่งมีความรับผิดชอบต่อโครงสร้างการบังคับบัญชาของระบบราชการ นั่นคือ ปลัดกระทรวงและรัฐมนตรีในกระทรวงที่ตนสังกัด

รูปแบบที่สอง คณะกรรมการแพทยสภาที่มาจากการเลือกตั้งมีความรับผิดชอบต่อสมาชิกแพทยสภาซึ่งเป็นผู้มีสิทธิเลือกตั้ง คณะกรรมการแพทยสภาที่มาจากการเลือกตั้งจึงมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ โดยคำนึงถึงการปกป้องผลประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เป็นลำดับแรก เพื่อสร้างคะแนนนิยมให้ตนได้รับเลือกตั้งในสมัยต่อไปได้

ภายใต้กฎกติกาที่บัญญัติไว้ตามกฎหมายดังที่เป็นอยู่ อาจกล่าวได้ว่าคณะกรรมการแพทยสภาไม่จำเป็นต้องมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อสาธารณะเลย

(3) ความโปร่งใส

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ทุกฉบับที่ผ่านมาไม่มีบทบัญญัติใดเลยที่บังคับให้คณะกรรมการแพทยสภาต้องเปิดเผยข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณะ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่างๆ การเปิดเผยรายงานการประชุม การเปิดเผยกระบวนการสืบสวนสอบสวนและผลของการวินิจฉัยชี้ขาดในกรณีการละเมิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ รวมถึงข้อกำหนดว่าด้วยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของสาธารณะ ทั้งที่การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารต่างๆ เหล่านี้อย่างโปร่งใสและเปิดโอกาสให้สาธารณะเข้าถึงได้โดยง่ายและสะดวกย่อมมีส่วนสำคัญในการสร้างธรรมาภิบาลและยกระดับคุณภาพของกลไกการกำกับดูแล

(4) ความเป็นอิสระ

ภายใต้กฎหมายฉบับปัจจุบัน สภานายกพิเศษ (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) ยังมีอำนาจในการยับยั้งมติของแพทยสภาได้ โดยเฉพาะมติเรื่องการให้สมาชิกพ้นสภาพเนื่องจากประพฤติเสียหายและต้องโทษจำคุกในคดีที่เห็นว่าเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ และมติเรื่องการวินิจฉัยชี้ขาดเพื่อลงโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ถูกกล่าวหาหรือผู้ถูกกล่าวโทษ

แม้ว่าคณะกรรมการแพทยสภาจะมีอำนาจในการยืนยันมติด้วยคะแนนเสียงสองในสาม แต่ก็กล่าวได้ว่า กลไกการกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ยังไม่มีความเป็นอิสระจากอำนาจรัฐอย่างสมบูรณ์ เพราะรัฐมนตรียังคงมีบทบาทในการยับยั้งมติของแพทยสภา มิพักต้องพูดถึงการดำรงอยู่ของตัวแทนภาคราชการในคณะกรรมการแพทยสภาจำนวนหนึ่งด้วย

(5) ความสามารถในการรักษาสมดุล

กฎหมายกำหนดวัตถุประสงค์ของแพทยสภาไว้หลายประการ ตั้งแต่ ‘การควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม’ จนถึง ‘การเป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย’ การปฏิบัติหน้าที่เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์แต่ละประการอาจมีความขัดแย้งกันได้ โดยเฉพาะวัตถุประสงค์สองข้อดังกล่าวข้างต้น เพราะมีความเป็นไปได้สูงที่เมื่อผู้นำของกรรมการแพทยสภามุ่งทำหน้าที่คล้าย ‘ผู้นำสหภาพแพทย์’ เพื่อปกป้องผลประโยชน์แพทย์ในฐานะตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม อาจส่งผลให้การทำหน้าที่ควบคุมการประพฤติของแพทย์ให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วยลดประสิทธิภาพลง

ที่ผ่านมา แพทยสภาเคยถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่ามุ่งปกป้องผลประโยชน์ของแพทย์เป็นสำคัญมากกว่าการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย เช่น แพทยสภามีบทบาทในการต่อต้านกฎหมายที่มุ่งคุ้มครองผลประโยชน์ของผู้ป่วยมากขึ้นแต่อาจทำให้ภาระของแพทย์เพิ่มมากขึ้น เช่น การต่อต้านร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข การต่อต้านทิศทางการปฏิรูปตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือแพทยสภามีบทบาทในการช่วยเหลือแพทย์ที่ถูกผู้ป่วยฟ้องร้องในกระบวนการยุติธรรมด้วยวิธีต่างๆ เป็นต้น ในหลายกรณีกรรมการแพทยสภาบางคนกลายเป็นคู่ขัดแย้งของเครือข่ายผู้ป่วยหรือองค์การคุ้มครองผู้บริโภคด้วย

บทวิเคราะห์เชิงวิวัฒนาการองค์การ

ผู้วิจัยศึกษาวิวัฒนาการของแพทยสภาตั้งแต่ก่อตั้งขึ้นในปี 2511 จนถึงปัจจุบัน โดยแบ่งยุคสมัยออกเป็น 3 ยุค ตามกลุ่ม 'ตัวละคร' ที่มีบทบาทนำในองค์การ ได้แก่ ยุคอาจารย์แพทย์ (พ.ศ. 2511-2530) ยุคแพทย์ชนบท (พ.ศ. 2531-2537) และยุคแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และแพทย์เอกชน (พ.ศ. 2538-ปัจจุบัน) ทั้งนี้ แพทยสภาในแต่ละยุคสมัยทำงานภายใต้การเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุข ซึ่งเป็นผลพวงจากความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของสังคมไทย การทำความเข้าใจ 'ชีวิต' ของแพทยสภาในแต่ละยุคสมัยจึงต้องอิงเข้ากับบริบทแวดล้อมด้วย

กล่าวสำหรับแพทยสภาใน *ยุคอาจารย์แพทย์ (พ.ศ. 2511-2530)* เป็นยุคสมัยแห่งการวางรากฐานองค์กรที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นมาใหม่ ภายใต้บริบทแห่งการขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์โดยเฉพาะในชนบท ความสำเร็จของแพทยสภายุคนี้คือการยกระดับความสามารถของแพทย์ไทย และการปฏิรูปกฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลวิชาชีพเวชกรรม จนมีการบังคับใช้กฎหมายฉบับใหม่ในปี 2525

อย่างไรก็ตาม แพทยสภายุคอาจารย์แพทย์ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าไม่ประสบความสำเร็จในการสร้างองค์การที่มีการบริหารจัดการอย่างเข้มแข็ง การทำงานยังเป็นไปด้วยระบบประชุม ขาดเจ้าภาพในการทำงานและขาดเจ้าหน้าที่ประจำองค์การ รวมถึงแนวคิดอนุรักษนิยมและวัฒนธรรมอาวุโสในแพทยสภา ซึ่งเป็นภาพสะท้อนของวงการแพทย์โดยรวมด้วย เป็นอุปสรรคที่ทำให้แนวคิดปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของกรรมการแพทยสภา 'สายก้าวหน้า' ในเวลานั้น เช่น การส่งเสริมให้มีการเพิ่มจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ทั่วไป การตั้งโรงเรียนแพทย์ชุมชน ไม่ประสบความสำเร็จ รวมถึงส่งผลบั่นทอนการปฏิบัติหน้าที่เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยในบางกรณี เช่น ความพยายามช่วยเหลือแพทย์อาวุโสบางคนที่ถูกลงโทษด้านจริยธรรม

กล่าวสำหรับแพทยสภาใน *ยุคแพทย์ชนบท (พ.ศ. 2531-2537)* ทิศทางของนโยบายแพทยสภาในยุคนี้สอดคล้องกับอุดมคติของขบวนการแพทย์ชนบทที่มุ่งปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อสร้างสิทธิและความเป็นธรรม เช่น การแทรกแซงระบบการผลิตแพทย์เพื่อเพิ่มจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน การส่งเสริมการผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ทั่วไป แทนที่จะมุ่งผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาซึ่งเป็นที่ต้องการของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นอกจากนี้ แพทยสภาในยุคนี้ยังบทบาททางสังคมอย่างมาก นับเป็นการเปิดตัวแพทยสภาสู่สาธารณะ เช่น การสนับสนุนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งมีผลงานสำคัญคือโครงการการวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในปี 2531 รวมถึงการทัดทานการขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชนและโรงเรียนแพทย์เอกชน

แพทยสภาในยุคแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการปรับปรุงประสิทธิภาพองค์กรเพื่อรองรับบทบาทเชิงรุก โดยเฉพาะการจัดทำแผนพัฒนาองค์การ การจัดระบบงานธุรการ การเพิ่มเจ้าหน้าที่ประจำ และการปฏิรูประบบการพิจารณาเรื่องร้องเรียนด้านจริยธรรม นอกจากนี้ แพทยสภาในยุคนี้ยังได้รับความเชื่อถือศรัทธาจากสาธารณชนว่าทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา โดยเฉพาะการเข้มงวดเรื่องจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

อย่างไรก็ตาม การมุ่งลงโทษแพทย์ที่กระทำความผิดอย่างจริงจัง ผสานกับท่าทีที่แข็งกราวของกลุ่มแพทย์ชนบทสร้างความไม่พอใจให้แก่แพทย์จำนวนไม่น้อย เนื่องจากเห็นว่าแพทยสภาไม่ทำหน้าที่ปกป้องศักดิ์ศรีและผลประโยชน์ของแพทย์เท่าที่ควร หนำซ้ำยัง ‘รังแก’ และอ้างสังคมมากดดันผู้ประกอบวิชาชีพ ผลพวงที่ตามมาคือการรวมกลุ่มของแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และแพทย์เอกชน เพื่อเข้ายึดแพทยสภา และ ‘ตีกลับ’ ทิศทางของกลุ่มแพทย์ชนบท จนยึดกุมตำแหน่งบริหารได้ในปี 2538 และได้รับคะแนนนิยมอย่างถล่มทลายในปี 2545 เมื่อชูธงต่อต้านกระแสผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่แกนนำของกลุ่มแพทย์ชนบทเองก็หันไปทำงานเชิงนโยบายระดับประเทศในองค์การด้านสาธารณสุขที่ตั้งขึ้นมาใหม่ด้วยการผลักดันของแกนนำกลุ่ม เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และลดหรือเลิกใส่ใจที่จะมีบทบาทในแพทยสภา

กล่าวสำหรับแพทยสภาใน *ยุคแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และแพทย์เอกชน (พ.ศ. 2538-ปัจจุบัน)* มุ่งเน้นการทำหน้าที่ในฐานะตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ โดยมุ่งรักษาผลประโยชน์ของแพทย์และให้การช่วยเหลือแพทย์เมื่อเกิดข้อพิพาทกับผู้ป่วย กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งที่กุมอำนาจนำในแพทยสภาบางคนแสดงแนวคิดต่อสาธารณะอย่างชัดเจนในด้านการเป็นปฏิปักษ์ต่อแนวคิดสิทธิผู้ป่วย การสนับสนุนระบบตลาดเสรีของบริการสาธารณสุข การต่อต้านร่างกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับ

บริการสาธารณสุข และการเคลื่อนไหวคัดค้านกระแสผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการเป็นคู่ขัดแย้งโดยตรงกับประชาชน โดยฟ้องร้องผู้วิพากษ์วิจารณ์องค์การ

ในยุคนี้ ปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีความรุนแรงขึ้น พร้อมกับคำถามที่มีมากขึ้นต่อแพทยสภาในฐานะองค์การกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ซึ่งมีเจตนารมณ์แรกตั้งเพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วย ไม่ใช่การปกป้องผลประโยชน์ของแพทย์ ภาพสะท้อนหนึ่งของปัญหาความขัดแย้งและการขาดความเชื่อใจระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์คือการที่ผู้ป่วยเลือกใช้กระบวนการยุติธรรมในการตัดสินข้อพิพาทแทนที่จะใช้ระบบการไกล่เกลี่ยนอกกระบวนการยุติธรรมหรือร้องเรียนต่อแพทยสภา

ข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าด้วยคณะกรรมการแพทยสภา

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของคณะกรรมการแพทยสภาวาระ พ.ศ. 2554-2556 โดยเฉพาะกรรมการจากการเลือกตั้ง ในแง่ข้อมูลพื้นฐาน เช่น ภูมิหลังด้านอาชีพ ภูมิหลังด้านความรู้ความชำนาญ จำนวนวาระการดำรงตำแหน่ง และในแง่มุมมองของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งต่อประเด็นสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขและบทบาทที่ควรจะเป็นของแพทยสภา รวมถึงการสำรวจข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภา จากการศึกษาคำพิพากษาและคำสั่งของศาลปกครองในคดีที่มีผู้ฟ้องร้องแพทยสภาหรือคณะกรรมการแพทยสภา ผู้วิจัยพบข้อสังเกตดังต่อไปนี้

หนึ่ง กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งมีบทบาทสำคัญในการบริหารแพทยสภาเหนือกรรมการโดยตำแหน่ง โดยดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการบริหารตามกฎหมายทุกตำแหน่งยกเว้นตำแหน่งอุปนายกแพทยสภาคนที่ 2 และดำรงตำแหน่งหลักในคณะอนุกรรมการ 4 ชุดของแพทยสภา ได้แก่ คณะอนุกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม คณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ และคณะอนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์

สอง จากข้อมูลพื้นฐานของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง พบว่ากรรมการส่วนใหญ่มีอาชีพหลักในปัจจุบันเป็นอาจารย์แพทย์หรือแพทย์ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลรัฐ โดยมีจำนวน 19 คน จากทั้งหมด 26 คน (ร้อยละ 73) เป็นผู้ถือหุ้นหรือผู้บริหารสถานพยาบาลเอกชนจำนวน 5 คน (ร้อยละ 19) เป็นแพทย์ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 1 คน (ร้อยละ 4) และเป็นข้าราชการจำนวน 1 คน (ร้อยละ 4) ทั้งนี้ มีอาจารย์แพทย์หรือแพทย์โรงพยาบาลรัฐที่ทำงานเสริมในโรงพยาบาลเอกชน 7 คน และข้าราชการที่ทำงานเสริมในโรงพยาบาลเอกชน 1 คน

นอกจากนั้น ผู้วิจัยพบว่า กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งที่มีบทบาทนำในการบริหารแพทยสภาส่วนใหญ่เป็นกรรมการที่ดำรงตำแหน่งมายาวนานมากกว่า 5 วาระ (ร้อยละ 27) และเป็นกรรมการที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชน โดยเฉพาะเป็นผู้ถือหุ้นหรือผู้บริหารสถานพยาบาลเอกชน

สาม กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง ซึ่งดำรงตำแหน่งบริหารของแพทยสภา มีมุมมองต่อปัญหาในระบบบริการสาธารณสุข โดยให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์จนเกิดการฟ้องร้องแพทย์ในกระบวนการยุติธรรมจำนวนมาก

กล่าวได้ว่ามุมมองของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งมีลักษณะเป็น 'ขาว-ดำ' ได้แก่ การมองว่าปัญหาความขัดแย้งมีสาเหตุจากฝั่งผู้ป่วยมากกว่าฝั่งแพทย์ เนื่องจาก ผู้ป่วยตระหนักในสิทธิของตนเพิ่มขึ้น แต่ใช้สิทธิโดยไม่ได้คำนึงถึงข้อเท็จจริงเรื่องข้อจำกัดของบริการทางการแพทย์ และยังขาดความรู้ความเข้าใจว่าบริการทางการแพทย์เป็นบริการที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่แน่นอนได้ อีกทั้งยังจ้องจับผิดแพทย์และถูกยุยงจากบุคคลที่สาม ในขณะที่แพทย์เป็นผู้ที่เสียสละและมีจริยธรรม

กรรมการแพทยสภาหลายคนปฏิเสธข้อวิพากษ์ที่ว่าปัญหาความขัดแย้งและการฟ้องร้องแพทย์ในปัจจุบันเป็นผลมาจากความเสื่อมจริยธรรมของแพทย์ ส่วนข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่ว่าแพทยสภากลายเป็นองค์การปกป้องวิชาชีพแพทย์ด้วยกันเองนั้น กรรมการแพทยสภาหลายคนเห็นว่าเกิดจากการที่แพทยสภาไม่สามารถตัดสินเรื่องร้องเรียนให้ 'ทันใจ' ผู้ป่วย และขาดการประชาสัมพันธ์เพื่อทำความเข้าใจที่ดีเพียงพอ

นอกจากปัญหาเรื่องความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์แล้ว กรรมการแพทยสภายังให้ความสนใจเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ โดยเห็นว่าระบบสวัสดิการของรัฐสร้างปัญหา เพราะเป็นระบบสวัสดิการในลักษณะเกินพอดี จัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลไม่เพียงพอ และแพทย์ต้องแบกรับภาระทำงานหนักขึ้นมาก ทำให้คุณภาพการรักษาพยาบาลต่ำลง จนเป็นเหตุให้ถูกผู้ป่วยฟ้องร้อง

ส่วนข้อวิพากษ์ว่าระบบสาธารณสุขมีแนวโน้มกลายเป็น 'ระบบแพทย์พาณิชย์' ซึ่งทำให้บริการสุขภาพกลายเป็นสินค้าเพื่อแสวงหากำไรเป็นที่ตั้งนั้น กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งหลายคนมองว่าเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชนเป็นส่วนเสริมที่ช่วยให้ระบบสาธารณสุขดียิ่งขึ้น ไม่ว่าจะในแง่การช่วยให้แพทย์ดูแลตัวเองได้และการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

สี่ กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง ซึ่งดำรงตำแหน่งผู้บริหารของแพทยสภา ตอบโจทย์บทบาทที่ควรจะเป็นของแพทยสภาโดยให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการปกป้องแพทย์จากปัญหาการถูกผู้ป่วยฟ้องร้อง ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญมาตั้งแต่ครั้งหาเสียงเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง

คณะกรรมการแพทยสภาพยายามสร้าง 'กันชน' เพื่อคุ้มครองแพทย์ที่ถูกฟ้องร้องในกระบวนการยุติธรรม ตัวอย่างเช่น (1) การให้คำแนะนำและความช่วยเหลือทางกฎหมายแก่แพทย์ (2) การกำหนดแนวปฏิบัติในชั้นพนักงานสอบสวน เช่น เมื่อเกิดกรณีการฟ้องร้องต่อแพทย์ เมื่อตำรวจรวบรวมพยานหลักฐานเรียบร้อย ให้ส่งเวชระเบียน และบัตรประวัติผู้ป่วยไปยังนายกแพทยสภาก่อนเพื่อขอความเห็นว่าแพทย์ที่ถูกฟ้องร้องได้ดำเนินการตามมาตรฐานเวชปฏิบัติและใช้ความระมัดระวังเพียงพอหรือไม่ โดยการจับกุมสอบสวนต่างๆ ให้ดำเนินการโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีวิชาชีพด้วย (3) การผลักดันกลไกเพื่อแพทย์ต่างๆ ร่วมกับศาลยุติธรรม เช่น การจัดอบรมและผลักดันรายชื่อพยานผู้เชี่ยวชาญของศาลยุติธรรมทางการแพทย์ที่มาจากแพทยสภา เป็นต้น

ห้า กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง ซึ่งดำรงตำแหน่งผู้บริหารของแพทยสภา พยายามเข้าไปมีบทบาทในกระบวนการนิติบัญญัติทุกขั้นตอน ตั้งแต่การผลักดันแนวคิดกับรัฐบาล การเข้าชี้แจงกับคณะกรรมการกฤษฎีกา และการเป็นที่ปรึกษากรรมาธิการทั้งในสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาในประการหลังเห็นได้ชัดว่า แพทยสภามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคณะกรรมาธิการสาธารณสุขของวุฒิสภา ซึ่งมีสมาชิกวุฒิสภาที่แพทยสภาเป็นผู้เสนอชื่อเข้ารับการสรรหาดำรงตำแหน่งสำคัญในนั้น

ผู้นำของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งให้ความสำคัญกับการติดตาม ผลักดัน และเสนอแก้ไขกฎหมายหรือร่างกฎหมายสาธารณสุขที่สำคัญโดยมีเป้าหมายเพื่อ (1) การผลักดันแก้ไขกฎหมายในทางที่เป็นประโยชน์ต่อแพทย์มากกว่าผู้ป่วย เช่น การผลักดันให้มีการตัดบริการทางการแพทย์ออกไปจากพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 การผลักดันให้ยาและเวชภัณฑ์ไม่รวมอยู่ในคำนิยามคำว่า 'สินค้า' ของพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ.2551 เป็นต้น (2) การคัดค้านร่างกฎหมายที่เห็นว่าส่งผลกระทบต่อผลประโยชน์ของแพทย์ เช่น ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (3) การผลักดันร่างกฎหมายที่เป็นการคุ้มครองผลประโยชน์ของแพทย์ เช่น ร่างพระราชบัญญัติความรับผิดและวิธีพิจารณาความสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ พ.ศ. ... เป็นต้น

จะเห็นได้ว่ากฎหมายหรือร่างกฎหมายบางฉบับสะท้อนถึงความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ของแพทย์และผู้ป่วยที่สวนทางกัน และแพทยสภาเลือกทำหน้าที่ในการปกป้องผลประโยชน์ของแพทย์อย่างแข็งขันเหนือผลประโยชน์ของผู้ป่วย

หก กระบวนการพิจารณาคดีของแพทยสภามีปัญหาในเรื่อง การปกปิดข้อมูล ความไม่เป็นกลางในกระบวนการพิจารณาคดี ความล่าช้าในกระบวนการพิจารณาคดี การส่งหนังสือแจ้งมติหรือคำสั่งล่าช้า กระบวนการพิจารณาคดีไม่เป็นธรรม การตีความโดยเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ และ การลงโทษไม่ได้สัดส่วนกับความผิด

กล่าวได้ว่ากระบวนการพิจารณาคดีจริยธรรมของแพทยสภามีปัญหาทั้งในแง่มาตรฐานของกระบวนการพิจารณาคดี ธรรมาภิบาล ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพในกระบวนการพิจารณาคดี

นอกจากนั้น แพทยสภาเป็นสภาวิชาชีพที่มีผู้ฟ้องร้องต่อศาลปกครองมากที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจากสภาทนายความ และเป็นอันดับแรกหากนับเฉพาะคดีที่ผู้ฟ้องไม่ใช่สมาชิกสภาวิชาชีพ หรือเปรียบเทียบกับสภาวิชาชีพด้านสุขภาพด้วยกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นปัญหาในการการใช้อำนาจทางปกครองของแพทยสภา

ช่องว่างของความคาดหวัง

หากเราตั้งเป้าหมายว่ากลไกการกำกับดูแลร่วมระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ (partnership regulation) เพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก (clinical governance) เป็นกลไกการกำกับดูแลที่พึงปรารถนาสำหรับกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยแล้ว กลไกการกำกับดูแลภายใต้แพทยสภาดังสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังคงห่างไกลจากกลไกในอุดมคติดังกล่าวไม่น้อย กล่าวคือ มีช่องว่างของความคาดหวัง (expectation gap) ที่สูงระหว่าง ‘กลไกการกำกับดูแลที่พึงปรารถนา’ กับ ‘กลไกการกำกับดูแลในความเป็นจริง’ โดยพิจารณาในแต่ละมิติได้ดังนี้

(1) ความเป็นอิสระ

หลักความเป็นอิสระ คือการที่ผู้ดำรงตำแหน่งจะต้องไม่ถูกครอบงำจากภาครัฐ ธุรกิจเอกชน ผู้ว่าจ้าง หรือแม้แต่กลุ่มวิชาชีพด้วยกันเอง

เมื่อพิจารณาคณะกรรมการแพทยสภาในปัจจุบันจะพบว่ากรรมการทุกคนล้วนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ รวมถึงคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ ไม่ปรากฏว่ามีบุคคลภายนอกที่มิใช่แพทย์เข้ามาเป็นอนุกรรมการเลย เพราะกฎหมายและข้อบังคับกำหนดไว้เช่นนั้น (ยกเว้นคณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการซึ่งสามารถตั้งบุคคลภายนอกได้ไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ในทางปฏิบัติก็ไม่มีการตั้ง)

มิพักต้องพูดถึงว่ากรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งมีความสัมพันธ์กับเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชนจำนวนไม่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อผู้มีอำนาจนำในแพทยสภาเป็นผู้ถือหุ้นหรือผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน เช่นนี้แล้ว คณะกรรมการแพทยสภาจึงยังห่างไกลจากการเป็นองค์การกำกับดูแลที่มีความเป็นอิสระจาก 'ทุน' และ 'วิชาชีพ'

(2) ระบบความรับผิดชอบ

เจตนารมณ์หลักของกลไกกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ คือการปกป้องคุ้มครองประโยชน์สาธารณะและความปลอดภัยของผู้ป่วยในฐานะศูนย์กลางของกระบวนการรักษาพยาบาล

กระนั้น จากการสำรวจแนวคิดของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งที่มีบทบาทนำในการบริหารแพทยสภากลับพบว่า กรรมการแพทยสภาหลายคนมองต่อผู้ป่วยค่อนไปในทางเป็น 'ศัตรู' และมองว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแพทย์ โดยเห็นว่าสิทธิผู้ป่วยที่สูงขึ้นกลับเป็นต้นตอของปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ บางคนถึงกับเสนอให้แพทย์ต่อสู้กับผู้ป่วยในลักษณะ 'หนามยอกเอาหนามบ่ง' เสียด้วยซ้ำ

เหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากภายใต้โครงสร้างของคณะกรรมการแพทยสภาดังที่เป็นอยู่ กรรมการแพทยสภาไม่ต้องมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อผู้ป่วยหรือสาธารณะเลย เนื่องจาก ที่มาของกรรมการมาจากระบบราชการและการเลือกตั้งโดยสมาชิกผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เท่านั้น ผู้ป่วยหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ไม่สามารถให้คุณให้โทษการทำงานของกรรมการแพทยสภาได้เลย

(3) การมีส่วนร่วม

ในเบื้องต้น พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ไม่มีบทบัญญัติใดที่เปิดโอกาสให้เกิดการทำงานร่วมกันในกลไกกำกับดูแลระหว่างแพทย์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ เมื่อพิจารณาจากข้อเท็จจริงพบว่าไม่ปรากฏนโยบายหรือแนวคิดที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของแพทยสภาเลย มิหนำซ้ำ กรรมการแพทยสภาบางคนยังฟ้องร้องแกนนำของเครือข่ายผู้ป่วยที่วิพากษ์วิจารณ์แพทยสภาอีกด้วย

โดยทั่วไป หลักการมีส่วนร่วมมีพื้นฐานมาจากการปรับความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างแพทย์และผู้ป่วย แต่มุมมองและแนวปฏิบัติของแพทยสภาดูเหมือนว่าจะเป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม คือมุ่งทำหน้าที่เป็น 'คุณพ่อรู้ดี' ที่ต้องทำหน้าที่กำกับให้ความรู้ผู้ป่วยซึ่งไม่มีความพร้อม ไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการแพทย์

(4) การแบ่งแยกอำนาจ

กฎหมายวิชาชีพเวชกรรมฉบับปัจจุบันให้ความสำคัญกับหลักการ ‘ปกครองกันเอง’ ในหมู่ผู้เชี่ยวชาญ แต่ไม่ได้กำหนดให้แพทยสภามีการแบ่งแยกอำนาจภายในองค์การ หรือถ่วงดุลกับองค์กรภายนอก

กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งมีบทบาทสำคัญในการบริหารองค์การ โดยมีแกนนำจำนวนหนึ่งที่ดำรงตำแหน่งสำคัญๆ ต่างๆ ไว้ และแต่ละคนดำรงตำแหน่งหลายตำแหน่ง แม้ว่าจะมีความพยายามกระจายอำนาจการบริหารโดยตั้งคณะอนุกรรมการ 4 ชุดขึ้นมา แต่ปรากฏว่าผู้ที่ดำรงตำแหน่งสำคัญในคณะอนุกรรมการทั้ง 4 ชุด ยังคงเป็นผู้บริหารหลักขององค์การ

นอกจากนี้ แพทยสภาคล้ายจะมีอำนาจทั้ง 3 อำนาจอยู่ในองค์การเดียว กล่าวคือ อำนาจในการออกกฎกติกาต่างๆ (อำนาจนิติบัญญัติ) อำนาจในการบริหารจัดการ (อำนาจบริหาร) และอำนาจในการวินิจฉัยชี้ขาด (อำนาจตุลาการ) โดยหลักการแล้ว โครงสร้างอำนาจลักษณะเช่นนี้เอื้อให้เกิดการใช้อำนาจในการมิชอบ ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบกำกับตรวจสอบ ระบบการถ่วงดุลและคานอำนาจ ทั้งจากภายในองค์การเองและภายนอก

กระนั้น ข้อมูลที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างแพทยสภากับองค์กรที่มีศักยภาพในการตรวจสอบถ่วงดุลสูง เช่น คณะกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา ยิ่งทำให้สามารถคาดหวังการตรวจสอบถ่วงดุลจากองค์กรภายนอกได้ยากขึ้น

(5) หลักการสร้างสมดุล

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา กล่าวได้ว่า การทำงานของคณะกรรมการแพทยสภาในปัจจุบันบรรลุวัตถุประสงค์ข้อ 6 ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 กล่าวคือ การเป็นตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย แต่คำถามก็คือ การบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวต้อง ‘แลก’ มาด้วยอะไรบ้าง โดยเฉพาะการ ‘แลก’ ด้วยวัตถุประสงค์สำคัญลำดับแรกอย่างการควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ที่อาจจะขัดกับวัตถุประสงค์ในการเป็นตัวแทนแพทย์ เพราะสิทธิและผลประโยชน์ของแพทย์และผู้ป่วยย่อมขัดกันได้เสมอ

คำถามสำคัญคือ เมื่อเกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย คณะกรรมการแพทยสภาจะสามารถรักษาสมดุลในแง่การปกป้องรักษาสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและประโยชน์สาธารณะได้หรือไม่และได้ดีเพียงใด

กรรมการแพทยสภาหลายคนให้ความสำคัญกับการปกป้องแพทย์ ซึ่งเป็นผลประโยชน์ระยะสั้น แต่วิถีทางเช่นนั้นไม่แน่ว่าจะสร้างผลประโยชน์ระยะยาวให้แก่แพทย์ได้จริงหรือไม่ หรือจะเป็นการซ้ำเติม

ปัญหา เนื่องจากจะทำให้แพทยสภาไม่ได้รับความเชื่อถือจากผู้ป่วยและประชาชนจนทำให้ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเลือกที่จะพึ่งพากระบวนการยุติธรรมแทนกลไกกำกับดูแลแพทย์ ซึ่งก่อให้เกิดต้นทุนสูงต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

(6) ความโปร่งใส

กระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมยังมีปัญหาในการเรื่องปกปิดข้อมูลข่าวสาร นอกจากนั้น ยังขาดกฎกติกาขององค์การว่าด้วยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่สำคัญต่อสาธารณะ หรือกำหนดให้สาธารณชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของแพทยสภาได้โดยง่าย

(7) ความคาดการณ์ได้และความมีมาตรฐาน

จากการสำรวจข้อเท็จจริงในกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมพบว่า แนวทางการวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการแพทยสภายังไม่มีมาตรฐาน และมีปัญหาด้านธรรมาภิบาล เช่น ความไม่เป็นกลางในกระบวนการพิจารณาคดี กระบวนการพิจารณาคดีไม่เป็นธรรม เช่น การดำเนินการไม่ครบขั้นตอน การละเลยประเด็นสำคัญในการพิจารณา การละเมิดสิทธิคู่กรณี เป็นต้น นอกจากนั้น ยังมีการตีความโดยเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ และการลงโทษที่ไม่ได้สัดส่วนกับความผิด โดยเฉพาะการยกข้อกล่าวหาหรือกล่าวโทษทั้งที่มีการกระทำความผิดหรือการลงโทษเบาเกินไป

(8) ความมีประสิทธิภาพ

จากการสำรวจข้อเท็จจริงในกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมพบว่า มีความล่าช้าในกระบวนการพิจารณาคดี ซึ่งมีผลบั่นทอนความยุติธรรมในกระบวนการตัดสินข้อพิพาทระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า “ความยุติธรรมที่ล่าช้าคือความอยุติธรรม”

จากการสำรวจข้อเท็จจริงแห่งคดีในศาลปกครองเกี่ยวกับระยะเวลาของกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมในชั้นแพทยสภา พบว่าจากกรณีร้องเรียน 32 กรณีที่ปรากฏข้อเท็จจริงในประเด็นดังกล่าว มีถึง 27 กรณี ที่ใช้เวลาพิจารณาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โดยกรณีที่ใช้เวลามากที่สุดคือ 7 ปี

นอกจากความล่าช้าในกระบวนการพิจารณาคดีแล้ว ในกระบวนการส่งหนังสือแจ้งมติหรือคำสั่งยังมีความล่าช้าอีกด้วย จากการสำรวจคดีในศาลปกครองที่มีข้อมูลเรื่องนี้สมบูรณ์ พบว่า จากกรณีร้องเรียน 27 กรณีที่ปรากฏข้อเท็จจริงในประเด็นดังกล่าว มีถึง 25 กรณีที่ใช้เวลาในการส่งหนังสือเกินกว่า 1 เดือน โดยหนังสือแจ้งผลใช้เวลาเดินทางนานที่สุด 15 เดือน

ความท้าทาย

'ช่องว่างแห่งความคาดหวัง' ดังที่กล่าวมาทั้งหมดสะท้อนว่า แพทยสภายังมิได้อยู่บนเส้นทางการปรับตัวสู่กลไกการกำกับดูแลร่วม ซึ่งมีศักยภาพในการปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วยและสาธารณะได้ดีกว่ากลไกการกำกับดูแลกันเองในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ มิพักต้องพูดถึงว่ากลไกการกำกับดูแลตัวเองที่เป็นอยู่ก็ยังมีปัญหาทั้งด้านธรรมาภิบาลและประสิทธิภาพ

หากกลไกกำกับดูแลร่วมคือเครื่องมือในการสร้างสมดุลที่เหมาะสมระหว่างสิทธิและผลประโยชน์ของแพทย์กับผู้ป่วย แนวโน้มของแพทยสภาไทยในปัจจุบัน คือการถอยห่างจากแนวทางการปรับโครงสร้างเพื่อสร้างสมดุลที่เหมาะสม โดยให้ความสำคัญกับผลประโยชน์ของแพทย์เป็นหลักเหนือสิทธิผู้ป่วย หากสถานการณ์ดำเนินไปเช่นนี้ น่าเป็นห่วงว่าในท้ายที่สุด กลไกกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์อาจเสื่อมความน่าเชื่อถือในระยะยาว ส่งผลต่อเนื่องให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เนื่องจากไม่มี 'ตัวกลาง' ที่น่าเชื่อถือมาทำหน้าที่ตัดสินหรือเจรจาไกล่เกลี่ยข้อพิพาท โอกาสที่ผู้ป่วยจะฟ้องร้องแพทย์ในกระบวนการยุติธรรมก็ยิ่งมีมากขึ้น ซึ่งทำให้ทุกฝ่ายต้องสูญเสียทรัพยากรอย่างไม่ควรจะเป็น

ภายใต้สภาพการผูกขาดในตลาดบริการสาธารณสุขภาคเอกชนที่สูงขึ้นโดยลำดับ หากขาดระบบกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และสถานพยาบาลอย่างเหมาะสมอาจเกิดปัญหาการแสวงหากำไรโดยไม่คำนึงถึงความเหมาะสมด้านจริยธรรม

ปัญหาการละเมิดจริยธรรมวิชาชีพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นพร้อมไปกับสถานการณ์การผูกขาดในภาคธุรกิจการแพทย์เอกชนเป็นความท้าทายต่อแพทยสภาในยุคปัจจุบันว่าจะสามารถกำกับดูแลปัญหาด้านจริยธรรมวิชาชีพในยุค 'แพทย์พาณิชย์เฟื่องฟู' ได้อย่างเต็มที่เพียงใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้บริหารแพทยสภาจำนวนไม่น้อยมีแนวคิดสนับสนุนนโยบายตลาดเสรีทางการแพทย์ และเป็นเจ้าของหรือผู้ถือหุ้นเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชน

ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป

วัตถุประสงค์หลักของการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทย คือการสร้างกลไกการกำกับดูแลร่วมเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ผู้วิจัยเสนอให้มีการออกกฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบังคับใช้แทนที่พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 หัวใจสำคัญของกฎหมายฉบับ

ใหม่คือการกำหนดให้กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยประกอบด้วย 2 องค์การหลัก ได้แก่ *คณะกรรมการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ (คกพ.)* ซึ่งเป็นองค์การที่จัดตั้งขึ้นใหม่ตามกฎหมายฉบับใหม่ และ *แพทยสภา* ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนอำนาจหน้าที่ให้แตกต่างจากที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดย คกพ.จะรับโอนหน้าที่ด้านการควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพมาจากแพทยสภา และมีกรรมการทั้งที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ส่วนแพทยสภาจะทำหน้าที่หลักเป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ การจัดทำมาตรฐานการประกอบวิชาชีพแพทย์ และบริหารจัดการระบบทะเบียนประวัติและการออกและต่อใบอนุญาตแพทย์ รวมถึงหน้าที่ด้านการศึกษาแพทย์ด้วย

(1) คณะกรรมการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ (คกพ.)

ผู้วิจัยเสนอให้มีการแยกอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวเนื่องกับการ “ควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม” ตามมาตรา 7(1) ของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 ออกจากแพทยสภา ไปสู่ “คณะกรรมการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์” (คกพ.) องค์การกำกับดูแลที่จัดตั้งขึ้นใหม่ตามกฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมฉบับใหม่

เนื้อหาสาระขั้นต่ำเกี่ยวกับ คกพ. ที่ควรกำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมฉบับใหม่ควรมีรายละเอียดดังนี้

ก. อำนาจหน้าที่

คกพ. มีเจตนารมณ์ในการกำกับดูแลเพื่อมุ่งพัฒนามาตรฐานการประกอบวิชาชีพ และควบคุมพฤติกรรมของแพทย์ให้เป็นไปตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ทั้งนี้ คกพ. ควรมีอำนาจหน้าที่หลัก 3 ประการดังนี้

(1) พิจารณาตัดสินเรื่องกล่าวหา และ/หรือ เรื่องกล่าวโทษ ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการพัฒนามาตรฐานการประกอบวิชาชีพแพทย์ควบคู่กับคำตัดสินในแต่ละกรณีด้วย

(2) นำส่งผลการตัดสินให้แพทยสภาดำเนินการตามคำตัดสิน เช่น การให้ประกอบวิชาชีพภายใต้เงื่อนไข (เช่น อบรมพัฒนาความสามารถเพิ่มเติม) การพักใช้ หรือการเพิกถอนใบอนุญาต

(3) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และความปลอดภัยของผู้ป่วย และสรุปบทเรียนจากประสบการณ์ความผิดพลาดในอดีต เพื่อยกระดับมาตรฐานการประกอบวิชาชีพแพทย์

ข. องค์ประกอบ

ให้ คกพ. มีกรรมการทั้งที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและไม่เป็น โดยมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 8 คน ประกอบด้วย

(1) กรรมการที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 4 คน ได้แก่ กรรมการจากการคัดเลือกโดยแพทยสภา 1 คน คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1 คน ที่ประชุมคณบดีคณะแพทยศาสตร์ 1 คน และที่ประชุมร่วมประธานราชวิทยาลัย 1 คน

(2) กรรมการที่ไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 4 คน ได้แก่ กรรมการจากการคัดเลือกโดยองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค 2 คน และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2 คน

ค. คุณสมบัติและคุณสมบัติต้องห้าม

(1) *กรรมการที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม* มีคุณสมบัติดังนี้

- เคยดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยราชการเทียบเท่าระดับกรมขึ้นไป หรือผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานในกำกับของรัฐที่เกี่ยวเนื่องกับระบบสาธารณสุข คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศาสตราจารย์สาขาแพทยศาสตร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐาน HA หรือเทียบเท่า (สมัยที่ดำรงตำแหน่ง)
- เป็นสมาชิกแพทยสภาไม่ต่ำกว่า 20 ปี
- ต้องไม่เป็นคณะกรรมการบริหารและคณะอนุกรรมการของแพทยสภา
- ต้องไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งบริหาร หรือผู้ถือหุ้นของโรงพยาบาล
- ต้องไม่เคยถูกลงโทษด้านจริยธรรมตาม พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม

(2) *กรรมการที่ไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม* มีคุณสมบัติดังนี้

- เคยดำรงตำแหน่งกรรมการของหน่วยงานในกำกับของรัฐ หรือกรรมการระดับชาติที่เกี่ยวเนื่องกับระบบสาธารณสุข <u>หรือ</u>
- มีประสบการณ์ทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่องและโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์ ไม่ต่ำกว่า 10 ปี <u>หรือ</u>
- มีประสบการณ์ทำงานด้านการทำวิจัยด้านระบบสาธารณสุข และ/หรือด้านการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างต่อเนื่องและโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์ไม่ต่ำกว่า 10 ปี <u>หรือ</u>
- มีประสบการณ์ทำงานด้านกฎหมายหรือการสืบสวนสอบสวน อย่างต่อเนื่องและโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์ไม่ต่ำกว่า 10 ปี

ง. การสรรหา

การสรรหาคณะกรรมการในชั้นแพทยสภา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ราชวิทยาลัย ที่ประชุมคณบดีคณะแพทยศาสตร์ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ให้คณะกรรมการในองค์การเหล่านั้นสามารถเสนอชื่อผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามกฎหมาย โดยได้รับความยินยอมจากเจ้าตัว เพื่อเข้ารับการสรรหา หรือให้ผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามกฎหมายสามารถสมัครเข้ารับการสรรหาด้วยตัวเองได้

คณะกรรมการในแต่ละองค์การลงคะแนนเสียงคัดเลือกผู้เข้ารับการสรรหา โดยผู้ที่ได้รับคะแนนเสียงสูงสุดตามจำนวนที่ต้องการเป็นผู้ได้รับคัดเลือกจากแต่ละองค์การ และให้องค์การจัดทำบัญชีลำดับคะแนนของผู้เข้ารับการสรรหา ในกรณีที่ผู้ได้รับคัดเลือกพ้นจากตำแหน่งก่อนหมดวาระ ให้เลื่อนผู้ที่อยู่ในบัญชีเข้ามาดำรงตำแหน่งแทนตามลำดับคะแนน

จ. วาระการดำรงตำแหน่ง

คกพ. มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 5 ปี และดำรงตำแหน่งได้ไม่เกิน 2 วาระ

ฉ. กระบวนการรับและพิจารณาเรื่องร้องเรียน

ผู้เสียหาย ญาติผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์รายอื่น หรือองค์การคุ้มครองผู้บริโภค สามารถกล่าวหาหรือกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่ไม่ปฏิบัติตามจริยธรรมหรือมาตรฐานการประกอบวิชาชีพที่สำนักงานคณะกรรมการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์

จากนั้น คณะอนุกรรมการกลั่นกรอง ซึ่งมีเลขาธิการสำนักงานฯ เป็นประธานอนุกรรมการ พิจารณาว่าจะรับหรือไม่รับพิจารณา ในคดีที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยให้จัดการโดยแจ้งต่อต้นสังกัด (มีกลไกติดตามผลการดำเนินการของต้นสังกัด) ในคดีขนาดเล็กและมีความผิดเป็นที่ประจักษ์ให้คณะอนุกรรมการกลั่นกรองสามารถตัดสินลงโทษได้ โดยแจ้งให้ คกพ. ทราบ ทั้งนี้ คกพ. มีอำนาจที่จะนำคดีเหล่านี้กลับมาพิจารณาในชั้น คกพ. ได้ด้วยคะแนนเสียงข้างมาก

สำหรับคดีทั่วไป หากคณะอนุกรรมการกลั่นกรองมีมติรับไว้พิจารณาให้ส่งต่อไปยัง คกพ. เพื่อมอบให้คณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียนชุดใดชุดหนึ่ง ซึ่ง คกพ. แต่งตั้งขึ้นจำนวนรวมทั้งสิ้น4 คณะ ทำหน้าที่สืบสวนและไต่สวนเรื่องร้องเรียน และตัดสินลงโทษ

สำหรับองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียน ให้มีกรรมการ คกพ. ที่เป็นและไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์อย่างละ 1 คน เป็นประธานร่วม และให้ประธานร่วมแต่งตั้งอนุกรรมการที่เป็นและไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ฝ่ายละ 3 คน โดยให้อนุกรรมการมีคุณสมบัติสอดคล้องกับ

กรรมการ คกพ. และมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสืบสวนสอบสวนและด้านกฎหมาย รวมอยู่ด้วยอย่างน้อยด้านละ 1 คน

เมื่อตัดสินแล้ว ให้รายงานต่อ คกพ. และส่งต่อไปยังแพทยสภาเพื่อดำเนินการด้านงานทะเบียนประวัติและพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต ในกรณีที่มีการอุทธรณ์ ให้นำเรื่องเข้าพิจารณาใน คกพ. ทั้งนี้ คกพ. สามารถหยิบยกคดีที่สังคมให้ความสนใจ หรือคดีที่มีความเห็นว่าสำคัญหรือร้ายแรงมาพิจารณาภายใต้ คกพ. ได้

กฎหมายควรกำหนดให้ คกพ. และคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะทั้งหมด โดยคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย

(2) แพทยสภาในภูมิทัศน์กลไกการกำกับดูแลใหม่

ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ฉบับใหม่ แพทยสภายังคงมีบทบาทสำคัญอยู่ แม้ว่าอำนาจในการพิจารณาเรื่องกล่าวหาและกล่าวโทษจะถ่ายโอนไปให้ คกพ. แล้วก็ตาม โดยแพทยสภาจะมีบทบาทในเรื่องการเป็นตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ การศึกษาแพทย์ และการทดสอบสมรรถนะของแพทย์

ก. อำนาจหน้าที่ของแพทยสภา

เนื่องจากอำนาจหน้าที่ของแพทยสภาที่เกี่ยวข้องกับการกำกับควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมได้ถูกถ่ายโอนไปให้ คกพ. แล้ว แพทยสภาจึงมีหน้าที่ตามวัตถุประสงค์อื่นๆ ที่บัญญัติไว้ตามกฎหมายฉบับปัจจุบัน ได้แก่ การเป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยการส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับปัญหาการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศและการช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษาแก่ประชาชนและองค์การอื่นในเรื่องที่เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข

ผู้วิจัยเสนอให้แพทยสภามีหน้าที่เพิ่มเติม ได้แก่ การจัดทำมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประมวลจริยธรรมแห่งวิชาชีพ และประมวลจริยธรรมของกรรมการองค์การกำกับดูแล และการบริหารจัดการระบบทะเบียนประวัติ และการออกและการต่อใบอนุญาตแพทย์

ข. โครงสร้างการบริหาร

ปัจจุบัน โครงสร้างการบริหารของคณะกรรมการแพทยสภากำหนดให้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการ 4 ชุด ได้แก่ คณะอนุกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม คณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ และคณะอนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์

ผู้วิจัยเสนอให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารของแพทยสภาให้สอดคล้องกับอำนาจหน้าที่ใหม่ตามแนวทางของกลไกการกำกับดูแลร่วม โดยมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการจำนวน 5 ชุด ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการวิชาการและหลักสูตรการศึกษา คณะอนุกรรมการจัดทำมาตรฐานวิชาชีพและประมวลจริยธรรม คณะอนุกรรมการทะเบียนประวัติ และการออกหรือต่อใบอนุญาตแพทย์ และคณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ทั้งนี้ ให้คณะอนุกรรมการแต่ละชุดประกอบด้วยบุคคลภายนอกที่ไม่ได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามความเหมาะสม กระนั้น ผู้วิจัยเห็นว่าในคณะอนุกรรมการจัดทำมาตรฐานวิชาชีพและประมวลจริยธรรม และคณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ควรมีองค์ประกอบจากบุคคลภายนอกจำนวนครึ่งหนึ่งของกรรมการทั้งหมด

ค. ระบบตรวจสอบสมรรถนะแพทย์

กฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ฉบับใหม่ควรกำหนดไว้อย่างชัดเจนให้แพทยสภามีอำนาจหน้าที่ในการขึ้นทะเบียนสมาชิก ออกใบอนุญาต และพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตตามคำตัดสินของ คกพ.

ทั้งนี้ ให้สมาชิกแพทยสภาขึ้นทะเบียนเป็นประจำทุกปี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนสภาพความเป็นจริงล่าสุด นอกจากนั้น ควรกำหนดให้มีการจัดทำระบบข้อมูลทะเบียนแพทย์ (ประวัติการฝึกอบรมข้อมูลการประกอบวิชาชีพทั้งงานประจำและงานเสริม ข้อมูลการถูกร้องเรียนและผลการตัดสิน) และเปิดเผยให้สาธารณะเข้าถึงได้ง่าย

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า กฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ฉบับใหม่ควรกำหนดให้มีระบบต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์เป็นประจำทุก 5 ปี โดยจัดให้มีการทดสอบสมรรถนะของแพทย์ ทั้งด้านความสามารถในการประกอบวิชาชีพ และด้านจริยธรรม ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าแพทย์สามารถรักษาและพัฒนาสมรรถนะของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย

ง. องค์ประกอบและวาระการดำรงตำแหน่งของกรรมการแพทยสภา

ผู้วิจัยเสนอให้มีการคงโครงสร้างคณะกรรมการแพทยสภาแบบปัจจุบันไว้ คือให้กรรมการแพทยสภาประกอบไปด้วยกรรมการโดยตำแหน่ง ซึ่งยังคงไว้ตามตำแหน่งที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และกรรมการจากการเลือกตั้ง เพื่อให้แพทย์สามารถเลือกตัวแทนของตนได้โดยตรง

ในส่วนของกรรมการโดยตำแหน่ง ผู้วิจัยเสนอให้กรรมการที่เป็นคณบดีคณะแพทยศาสตร์คัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน5 คน เพื่อเป็นตัวแทนเข้าไปเป็นกรรมการแพทยสภา จากกฎหมายฉบับปัจจุบันที่ให้กรรมการแพทยสภาโดยตำแหน่งประกอบด้วยคณบดีคณะแพทยศาสตร์ทุกคน ทั้งนี้เพื่อให้องค์ประกอบของกรรมการแพทยสภาเป็นไปอย่างกระชับจนสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ในส่วนของกรรมการจากการเลือกตั้ง ผู้วิจัยเสนอให้คงหลักการปัจจุบันไว้ โดยให้กรรมการจากการเลือกตั้งมีจำนวนเท่ากับกรรมการโดยตำแหน่ง

กล่าวโดยสรุป กรรมการแพทยสภาตามกฎหมายฉบับใหม่จะมีจำนวนทั้งสิ้น 24 คน ประกอบด้วย (1) *กรรมการโดยตำแหน่ง* ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย เจ้ากรมแพทย์ทหารบก เจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ เจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ นายแพทย์ใหญ่สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ที่ผ่านการคัดเลือกกันเองจำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน และ (2) *กรรมการจากการเลือกตั้ง* จำนวนรวมทั้งสิ้น12 คน

ในส่วนของวาระการดำรงตำแหน่งกรรมการแพทยสภา ผู้วิจัยมีความเห็นว่าผู้ดำรงตำแหน่งแพทยสภาไม่ควรผูกขาดอำนาจยาวนานเกินไป จึงกำหนดให้กรรมการแพทยสภามีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี ไม่เกิน 3 วาระ

จ. ธรรมาภิบาลของแพทยสภา

หัวใจสำคัญของการสร้างธรรมาภิบาลในแพทยสภาคือการกำหนดให้มีการเปิดเผยข้อมูลผู้ดำรงตำแหน่งกรรมการแพทยสภา ข้อมูลการดำเนินงานต่างๆ (เช่น รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทยสภา รายงานประจำปี รายงานงบการเงิน เป็นต้น) และข้อมูลการพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์

แพทยสภาควรเป็นเจ้าภาพเพื่อจัดให้มีประมวลจริยธรรมของกรรมการองค์การกำกับดูแลโดยให้คณะกรรมการยกร่างประมวลจริยธรรม ประกอบด้วย นายกแพทยสภาหรืออดีตนายกแพทยสภา 3 คน คกพ. 3 คน และผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกอีก 3 คน

นอกจากนั้น ควรมีข้อกำหนดว่าด้วยจริยธรรมขององค์การกำกับดูแล เช่น การห้ามกรรมการแพทยสภาอยู่ในที่ประชุมในวาระที่มีปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน การห้ามแพทยสภาทำตัวเป็นคู่ขัดแย้งกับผู้ป่วยหรือเครือข่ายของผู้ป่วยโดยตรง เป็นต้น

ทั้งนี้ กฎหมายฉบับใหม่ควรกำหนดให้กรรมการแพทยสภาจำนวนสองในสาม หรือสมาชิกแพทยสภา จำนวนสองเท่าของคะแนนเสียงที่ได้รับเลือกเข้ามา สามารถเข้าชื่อเพิกถอนกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งในกรณีล่วงละเมิดประมวลจริยธรรมได้ เพื่อสร้างระบบความรับผิดชอบที่ดีขึ้นในแพทยสภา

กฎหมายฉบับใหม่ควรกำหนดให้การทำหน้าที่ของแพทยสภาทั้งหมดต้องเป็นไปอย่างเปิดเผยโปร่งใส และตรวจสอบได้ เช่น กำหนดให้มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารต่างๆ สู่สาธารณะในเวลาที่เหมาะสม การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของกรรมการแพทยสภา เป็นต้น

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ **ii**

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร **iii**

บทที่ 1 บทนำ **1**

1.1 หลักการและเหตุผล 1

1.2 วัตถุประสงค์ 3

1.3 วิธีการวิจัย 4

1.3.1 ระเบียบวิธีศึกษา 5

1.3.2 เครื่องมือในการศึกษา 6

1.4 โครงสร้างรายงานวิจัย 8

บทที่ 2 ธรรมาภิบาลของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ **10**

2.1 ความนำ 10

2.2 ระบบการบริหารจัดการและการกำกับดูแล (governance) 11

2.3 ระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ดี หรือ ‘ธรรมาภิบาล’ (good governance) 13

2.4 ธรรมาภิบาลทางคลินิก (clinical governance) 17

2.4.1 ธรรมาภิบาลทางคลินิกเพื่อสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข (right to health) 17

2.4.2 ธรรมาภิบาลทางคลินิกเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) 19

2.4.3 หลักการสำคัญของธรรมาภิบาลทางคลินิก 21

2.5 กลไกการกำกับดูแลร่วม (partnership regulation) 28

2.5.1 แนวคิดกลไกการกำกับดูแลร่วม 28

2.5.2 แนวโน้มของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์:

สู่กลไกการกำกับดูแลร่วม 30
2.5.3 หลักการสำคัญของกลไกการกำกับดูแลร่วม 32

บทที่ 3 กรอบการวิเคราะห์ธรรมาภิบาลของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของไทย 34
3.1 กรอบการวิเคราะห์: สู่ 'กลไกการกำกับดูแลร่วมเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก' 34
3.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง [ธรรมาภิบาลทางคลินิกและกลไกการกำกับดูแลร่วม] กับ [ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบบริการสาธารณสุข] 38

บทที่ 4 กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย: บทวิเคราะห์เชิงกฎกติกา 40
4.1 ความนำ 40
4.2 กฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ยุคก่อนแพทยสภา 41
4.2.1 สภาการแพทย์ 42
4.2.2 คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ 44
4.2.3 สรุป 49
4.3 กฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในยุคแพทยสภา 49
4.3.1 นิยามของวิชาชีพเวชกรรม 50
4.3.2 วัตถุประสงค์ของแพทยสภา 51
4.3.3 อำนาจหน้าที่ของแพทยสภา 52
4.3.4 รายได้ของแพทย์สภา 53
4.3.5 สมาชิกแพทยสภา 53
4.3.6 องค์ประกอบของคณะกรรมการแพทยสภา 54
4.3.7 โครงสร้างการบริหารและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการแพทยสภา 55
4.3.8 บทบาทของสภานายกพิเศษ 56
4.3.9 ข้อห้ามในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม 56
4.3.10 สิทธิของผู้เสียหายจากการกระทำผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์ 58
4.3.11 กระบวนการพิจารณาเรื่องกล่าวหา และ/หรือ เรื่องกล่าวโทษ กรณีผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ 58

4.4 บทวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทย 66

บทที่ 5 กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของไทย: บทวิเคราะห์เชิงวิวัฒนาการองค์การภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขไทย 73

5.1 ความนำ 73

5.2 ยุคก่อนแพทยสภา (พ.ศ. 2479-2510) 74

5.3 แพทยสภายุคอาจารย์แพทย์ (พ.ศ.2511-2530) 76

5.3.1 บริบทแวดล้อม: ปัญหาขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ในชนบทและปัญหาแพทย์สมองไหลออกนอกประเทศ 77

5.3.2 ทิศทางของแพทยสภา: การวางรากฐานองค์กร และการแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในชนบท 78

5.3.3 ความสำเร็จของแพทยสภา: การยกระดับความสามารถแพทย์และการผลักดันพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 80

5.3.4 ข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่มีต่อแพทยสภา: การบริหารจัดการที่ไร้ประสิทธิภาพ แนวคิดอนุรักษ์นิยม และระบบอาวุโส 81

5.3.5 ผลพวงของยุคสมัย: การก่อตัวของขบวนการแพทย์ชนบท 84

5.4 แพทยสภายุคแพทย์ชนบท (พ.ศ. 2531-2537) 87

5.4.1 บริบทแวดล้อม: การขยายบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทสู่ระดับประเทศและการขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชน 89

5.4.2 ทิศทางของแพทยสภา: การแทรกแซงระบบการผลิตแพทย์ การสนับสนุนสุขภาพที่ดีของประชาชน และการเป็นปฏิปักษ์กับธุรกิจการแพทย์เอกชน 93

5.4.3 ความสำเร็จของแพทยสภา: การปฏิรูปแพทยสภาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและการกำกับดูแลด้านจริยธรรมวิชาชีพ 96

5.4.4 ข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่อแพทยสภา: การคุกคามศักดิ์ศรีและผลประโยชน์วิชาชีพและความล้มเหลวในการใช้แพทยสภาเป็นเครื่องมือในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 99

5.4.5 ผลพวงของยุคสมัย: การก่อตัวของกลุ่มแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

และกลุ่มแพทย์เอกชน 101
5.5 แพทยสภายุคแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และแพทย์เอกชน (พ.ศ.2538-ปัจจุบัน) 103
5.5.1 บริบทแวดล้อม: การทำให้บริการสาธารณสุขกลายเป็นสิทธิของประชาชน และความรู้สึกถูกคุกคามของแพทย์ 106
5.5.2 ทิศทางของแพทยสภา: การเป็นปฏิปักษ์ต่อสิทธิผู้ป่วย การสนับสนุนตลาดเสรีทางการแพทย์ และการปกป้องแพทย์ 112
5.5.3 ความสำเร็จของแพทยสภา: การทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพ 113
5.5.4 ข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่อแพทยสภา: การเป็นสหภาพแพทย์ และการเป็นตัวแทนผลประโยชน์ของธุรกิจการแพทย์เอกชน 113
5.5.5 ผลพวงของยุคสมัย: ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ในกระบวนการยุติธรรม การผูกขาดในภาคธุรกิจการแพทย์เอกชน และการดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรับใช้กลุ่มลูกค้าระดับบน 115
5.6 บทสรุป 128

บทที่ 6 ข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าด้วยคณะกรรมการและกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภา 131
6.1 ความนำ 131
6.2 ข้อมูลพื้นฐานของกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. 2554-2556 132
6.2.1 คณะกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. 2554-2556 132
6.2.2 ภูมิหลังด้านอาชีพ 137
6.2.3 ภูมิหลังด้านความรู้ความชำนาญ 137
6.2.4 วาระการดำรงตำแหน่ง 138
6.2.5 กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งในโครงสร้างการบริหารของคณะกรรมการแพทยสภา 141
6.3 มุมมองของกรรมการแพทยสภาต่อประเด็นสำคัญในระบบสาธารณสุข 152
6.3.1 มุมมองต่อวิชาชีพแพทย์ 152

6.3.2 มุมมองต่อแนวปฏิบัติที่ดีของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ 153
6.3.3 มุมมองต่อสิทธิผู้ป่วย 155
6.3.4 มุมมองต่อการเรียนรู้และการพัฒนาแพทย์ 159
6.3.5มุมมองต่อเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชนและโรงเรียนแพทย์เอกชน 160
6.3.6 มุมมองต่อการกระจายทรัพยากรด้านสาธารณสุข 162
6.3.7 มุมมองต่อข้อวิพากษ์แพทยสภา 164
6.4 มุมมองของกรรมการแพทยสภาต่อบทบาทที่ควรจะเป็นของแพทยสภา 165
6.4.1 การสร้างชีวิตที่ดีให้กับแพทย์ 165
6.4.2 การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน – ประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์ 166
6.4.3 การให้คำแนะนำต่อแพทย์ในการป้องกันการถูกฟ้องร้อง 167
6.4.4 การให้ความช่วยเหลือแพทย์ที่ถูกฟ้องร้อง 169
6.4.5 การติดตาม ผลักดัน และเสนอแก้ไขกฎหมายหรือร่างกฎหมายสาธารณสุขที่สำคัญ 172
6.4.6 การปฏิรูปแพทยสภา 175
6.4.7 การเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการนิติบัญญัติ 176
6.4.8 การสร้างความสามัคคีเพื่อผดุงเกียรติวิชาชีพ 177
6.5 การพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 180
6.5.1 ขั้นตอนและแนวปฏิบัติในการพิจารณาคดีด้านจริยธรรม 184
6.5.2 ‘ชีวิตจริง’ ของกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภา 189
6.5.3 คดีฟ้องร้องต่อแพทยสภาเปรียบเทียบกับสภาวิชาชีพอื่น 206
6.6 บทสรุปและสังเคราะห์ 207

บทที่ 7 กรณีศึกษา: บทบาทของแพทยสภาต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 215
7.1 ความนำ 215
7.2 กระแสผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 216
7.2.1 ที่มา 216

7.2.2 กระบวนการผลักดันพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 219
7.3 กระแสต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 222
7.3.1 ตัวละครฝ่ายต่อต้าน 222
7.3.2 ปฏิบัติการยึดพื้นที่คณะกรรมการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของฝ่ายต่อต้าน 225
7.4 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบนความขัดแย้ง 228
7.4.1 การผลักดันให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย 228
7.4.2 การใช้ระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและระบบเบิกจ่ายปลายปิด 230
7.4.3 การควบคุมต้นทุนค่ารักษาพยาบาล 232
7.4.4 การบูรณาการระบบกองทุนรัฐ 232
7.4.5 การจัดตั้งคณะกรรมการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นตัวแทนประชาชน ‘ผู้ซื้อบริการ’ 233
7.4.6 การสนับสนุนและกระจายอำนาจแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ 234
7.4.7 การกำกับดูแลมาตรฐานและจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายจากการใช้สิทธิ 235
7.4.8 การขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมรอบด้าน 236
7.4.9 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชน 237
7.5 บทบาทของแพทยสภาต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 238
7.5.1 ความเปลี่ยนแปลงของแพทยสภาใน พ.ศ. 2546 239
7.5.2 มุมมองของกรรมการแพทยสภา 240
7.5.3 บทบาทของกรรมการแพทยสภาในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. 252
7.6 บทสรุป 255

บทที่ 8 กรณีศึกษา:บทบาทของแพทยสภาภายใต้กระแสการผลักดันร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข 259
8.1 ความนำ 259

8.2 ที่มาและลำดับเหตุการณ์ 261
8.2.1 ที่มา: ปัญหาของมาตรา 41 และ 42 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 261
8.2.2 ลำดับเหตุการณ์เคลื่อนไหวผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... 267
8.3 การเปรียบเทียบร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ที่นำเสนอโดยฝ่ายต่างๆ 271
8.3.1 หลักการเบื้องต้น 274
8.3.2 หลักการเยียวยาชดเชยความเสียหาย 275
8.3.3 หลักเกณฑ์การพิจารณารับคำร้อง 276
8.3.4 อายุความ 276
8.3.5 ขั้นตอนและกรอบระยะเวลาการพิจารณาคำร้อง 277
8.3.6 แนวทางการปกป้องแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง 279
8.3.7 การไกล่เกลี่ย 282
8.3.8 แนวทางการสร้างบทเรียนจากความผิดพลาด 282
8.3.9 ที่มาของเงินกองทุน 283
8.3.10 เงินสำหรับบริหารจัดการสำนักงาน 285
8.3.11 สำนักงานเลขานุการ 285
8.3.12 สัดส่วนที่มาของคณะกรรมการ 285
8.4 บทบาทและแนวคิดของแพทยสภาต่อกระแสผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... 298
8.4.1 แนวทางการเยียวยาชดเชยความเสียหาย 300
8.4.2 แนวทางการแก้ไขปัญหาการฟ้องร้อง 302
8.4.3 โครงสร้างการได้มาและใช้จ่ายงบประมาณ 304
8.4.4 การมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญ 306
8.5 บทสรุป 308

บทที่ 9 ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย **311**

9.1 ความนำ 311

9.2 การปฏิรูปกลไกกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในโลก: กรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้ 312

9.2.1 โครงสร้างองค์กรเบื้องต้น 312

9.2.2 ลักษณะร่วม 315

9.3 ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปกลไกกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทย 325

9.3.1 คณะกรรมการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ (คกพ.) 326

9.3.2 แพทยสภาในภูมิทัศน์กลไกกำกับดูแลใหม่ 329

เอกสารอ้างอิง **333**

ภาคผนวก **355**

ภาคผนวกที่ 1 รายงานการสัมภาษณ์เชิงลึก 355

ภาคผนวกที่ 2 ประเด็นสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก 357

ภาคผนวกที่ 3 รายงานการจัดประชุมกลุ่มย่อย 359

สารบัญภาพและตาราง

หน้า

ภาพที่ 1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างสถาบันกับพฤติกรรมและผลการดำเนินงาน 5

ภาพที่ 2.1 ระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่มีประสิทธิผล 15

ภาพที่ 2.2 แก่นหลักของธรรมาภิบาลทางคลินิก 24

ภาพที่ 3.1 ธรรมาภิบาลของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: กลไกการกำกับดูแลร่วมเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก 35

ภาพที่ 3.2 ระบบบริการสาธารณสุข ธรรมาภิบาล และกลไกการกำกับดูแล 39

ภาพที่ 5.1 จำนวนกรรมการจากการเลือกตั้งที่เป็นแพทย์ชนบทเทียบกับจำนวนกรรมการทั้งหมด 87

ภาพที่ 5.2 จำนวนโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2515-2547 91

ภาพที่ 5.3 จำนวนเรื่องร้องเรียนด้านจริยธรรมที่เข้าสู่แพทยสภา 107

ภาพที่ 5.4 จำนวนเรื่องร้องเรียนแพทย์ต่อแพทย์ 10,000 คน ระหว่างปี พ.ศ. 2516-2544 109 109

ภาพที่ 5.5 จำนวนคดีแพ่งและคดีอาญาที่ฟ้องร้องผ่าน พ.ร.บ.ความรับผิดทางละเมิด พ.ศ.2539 116

ภาพที่ 6.1 ภูมิหลังด้านอาชีพของคณะกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง 137

ภาพที่ 6.2 จำนวนกรรมการแพทยสภาที่มาจากการเลือกตั้ง แยกตามความรู้ความชำนาญ (คน) 138

ภาพที่ 6.3 จำนวนวาระการดำรงตำแหน่งของกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. 2554-2556 139

ภาพที่ 6.4 โครงสร้างการบริหารของแพทยสภา 142

ภาพที่ 6.5 โครงสร้างการบริหารของแพทยสภา ตามข้อบังคับว่าด้วยโครงสร้างการบริหารฯ พ.ศ. 2547 146

ภาพที่ 6.6 จำนวนคดีที่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือประชาชนฟ้องร้องแพทยสภาต่อศาลปกครองกลางและผลลัพธ์ของคดี 182

ภาพที่ 6.7 จำนวนคดีที่แพทย์หรือผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลฟ้องร้องแพทยสภาต่อศาลปกครองและผลลัพธ์ของคดี 183

ภาพที่ 6.8 เส้นทางคดีในชั้นการพิจารณาโดยคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม 196

ภาพที่ 6.9 เส้นทางคดีในชั้นการพิจารณาโดยคณะอนุกรรมการสอบสวน 197

ภาพที่ 8.1 อัตราผู้ยื่นคำร้องตามมาตรา 41 และผู้ฟ้องคดีต่อศาลต่อจำนวนผู้รับบริการทั้งหมดระหว่าง พ.ศ. 2547-2553(ร้อยละ) 266

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ 4 ฉบับ 61
ตารางที่ 5.1 รายชื่อแพทย์ชนบทที่ดำรงตำแหน่งบริหาร พ.ศ. 2530-2538 88
ตารางที่ 5.2 รายชื่อนายกแพทยสภา และเลขาธิการแพทยสภา ตั้งแต่ พ.ศ. 2538-ปัจจุบัน 105
ตารางที่ 5.3: จำนวนเรื่องร้องเรียนต่อมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพและสาธารณสุข 110
ตารางที่ 5.4 จำนวนเตียงโรงพยาบาลทั่วประเทศและโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2546-2553 117
ตารางที่ 5.5 สินทรัพย์รวม รายได้รวม และกำไรสุทธิ ของกลุ่มธุรกิจการแพทย์ในตลาดหลักทรัพย์ ปี พ.ศ. 2555 119
ตารางที่ 5.6 ผลประกอบการของบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) พ.ศ. 2546-2555 121
ตารางที่ 5.7 รายชื่อและข้อมูลโรงพยาบาลในสังกัดบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) พ.ศ. 2555 122
ตารางที่ 5.8 รายชื่อและข้อมูลของธุรกิจที่เกี่ยวเนื่องกับการรักษาพยาบาลในสังกัด บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) พ.ศ. 2555 124
ตารางที่ 6.1 ข้อมูลพื้นฐานของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งวาระ 2554-2556 136
ตารางที่ 6.2 ข้อมูลพื้นฐานของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งที่ที่ดำรงตำแหน่ง 5 วาระขึ้นไป 140
ตารางที่ 6.3 รายชื่อคณะกรรมการบริหารและคณะอนุกรรมการแพทยสภา 148
ตารางที่ 6.4 ระยะเวลาของกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภา 195
ตารางที่ 6.5 ระยะเวลานับแต่คณะกรรมการแพทยสภาลงมติจนการส่งหนังสือแจ้งผล 198
ตารางที่ 6.6 จำนวนคดีที่มีผู้ฟ้องร้องสภาวิชาชีพต่อศาลปกครองที่พิจารณาแล้วเสร็จระหว่าง พ.ศ. 2544-2555 206
ตารางที่ 6.7 จำนวนคดีที่มีผู้ฟ้องร้องสภาวิชาชีพด้านสุขภาพต่อศาลปกครองกลางที่พิจารณาแล้วเสร็จระหว่าง พ.ศ. 2544-2555 207
ตารางที่ 7.1 ความครอบคลุมด้านสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศไทย พ.ศ. 2543 218
ตารางที่ 7.2 รายชื่อกรรมการหรืออดีตกรรมการแพทยสภาที่ดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข 252

ตารางที่8.1 ผลการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 และ 42 ระหว่าง พ.ศ. 2547-2553 265
ตารางที่ 8.2 รายชื่อร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการ 272
ตารางที่ 8.3 การเปรียบเทียบเนื้อหาร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข ฉบับภาคประชาชน และฉบับปกป้องแพทย์ 289

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบัน กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่เป็นทางการของประเทศไทยคือ แพทยสภา (The Medical Council of Thailand) ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 และ พ.ศ. 2525 แพทยสภามีสถานะเป็นองค์การวิชาชีพของแพทย์ ซึ่งกฎหมายบังคับให้แพทย์ทุกคนต้องเข้าร่วมเป็นสมาชิก ทั้งนี้ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 (มาตรา 7) ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของแพทยสภาไว้ 6 ประการ กล่าวคือ

(1) ควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

(2) ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์

(3) ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติของสมาชิก

(4) ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษาแก่ประชาชนและองค์กรอื่นในเรื่องที่เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข

(5) ให้คำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับปัญหาการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ

(6) เป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

องค์การ ‘แพทยสภา’ จึงเป็นกลไกหลักที่ทำหน้าที่กำกับควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม โดยมีลักษณะเป็นกลไกการกำกับดูแลกันเองในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (pure specialist self-regulation) กฎหมายได้ให้อำนาจแพทยสภาในการลงโทษแพทย์ผู้ประพฤติผิดตั้งแต่ว่ากล่าวตักเตือน พักใบอนุญาตชั่วคราว ไปจนถึงเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม กระนั้น ในอีกด้านหนึ่ง แพทยสภายังมีสถานะเป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยด้วย

โดยมีกรรมการจำนวนหนึ่ง (ในจำนวนเท่ากับกรรมการโดยตำแหน่ง[1]) มีที่มาจากการเลือกตั้งโดยสมาชิกแพทยสภา ซึ่งหมายถึงแพทย์ทุกคนทั่วประเทศเป็นผู้มีสิทธิ์เลือกตั้ง

นอกจากนี้ กฎหมายยังกำหนดให้แพทยสภาต้องทำหน้าที่ด้านการศึกษาวิจัยและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการแพทย์และการสาธารณสุขสู่สาธารณะ รวมถึงให้คำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับปัญหาด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศอีกด้วย

หากพิจารณาถึงองค์ประกอบของแพทยสภาในฐานะองค์การทางการในการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยจะสังเกตได้ว่า กรรมการแพทยสภาทั้งหมดล้วนแล้วแต่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง เช่น ข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข คณบดีคณะแพทยศาสตร์ และกรรมการจากการเลือกตั้ง โดยไม่มีตัวแทนจากฝั่งผู้รับบริการสาธารณสุข เช่น ผู้ป่วยหรือตัวแทนขององค์การทางสังคมต่างๆ เช่น องค์การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค นักวิชาการสาขาอื่น หรือกระทั่งตัวแทนจากภาครัฐนอกภาคบริการสาธารณสุขเลย ในขณะที่องค์การทางสังคมในประเทศไทยที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนเพื่อปกป้องสิทธิและรักษาผลประโยชน์ของผู้รับบริการสาธารณสุขอย่างไม่เป็นทางการก็มีอยู่เป็นจำนวนน้อยและขาดทรัพยากรในการทำหน้าที่อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิผล ตัวอย่างเช่น เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เป็นต้น จนกล่าวได้ว่าทางฝั่งผู้รับบริการสาธารณสุขและองค์การทางสังคมแทบไม่มีบทบาทร่วมในกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เลย

ประเด็นคำถามหลักที่สำคัญในเรื่องนี้ก็คือ กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่เป็นทางการของไทยสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล สมดังเจตนารมณ์ในการกำกับควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ การคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วย และการผลักดันนโยบายและมาตรการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและต่อสาธารณะ ได้หรือไม่ เพียงใด เพราะเหตุใด

โครงการวิจัยนี้มุ่งแสวงหาคำตอบว่า กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย โดยเฉพาะกลไกที่เป็นทางการสามารถรักษา ‘สมดุล’ ระหว่างการปกป้องผลประโยชน์ของผู้รับบริการสาธารณะหรือผลประโยชน์สาธารณะ (วัตถุประสงค์ข้อ 1 ตามกฎหมาย) กับการปกป้องผลประโยชน์ของ

[1] บทบัญญัติมาตรา 14 ของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 กำหนดว่ากรรมการโดยตำแหน่งของแพทยสภา ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย เจ้ากรมแพทย์ทหารบก เจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ เจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ นายแพทย์ใหญ่กรมตำรวจ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัย และผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์

แพทย์ (วัตถุประสงค์ข้อ 6 ตามกฎหมาย) ได้อย่างลงตัวเพียงใด เพราะเหตุใด บทเรียนที่ผ่านมา เช่น ความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจนเกิดการฟ้องร้องเป็นคดีความหลายคดี สะท้อนปัญหาเชิงระบบใดบ้าง เราควรมีการออกแบบกลไกหรือสถาบันอย่างไรเพื่อประสานผลประโยชน์ของทั้งสองฝ่ายให้สอดคล้องต้องกัน ทั้งนี้เพราะหากมีการออกแบบกลไกหรือสถาบันที่ดี ซึ่งมีความเป็นธรรมต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ย่อมสร้างความน่าเชื่อถือและความเป็นที่ยอมรับต่อกลไกการกำกับดูแล และอาจส่งผลให้ความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยถูกผลักเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมลดลง อันเป็นผลดีต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

เพื่อตอบคำถามหลักเหล่านั้น เราจำเป็นต้องประเมินว่า หากกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่เป็นทางการมีวัตถุประสงค์เพื่อธำรงรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วยและผลประโยชน์สาธารณะ มิได้มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ หรือเป็นกลไก ‘ของแพทย์ โดยแพทย์ และเพื่อแพทย์’ เพียงเท่านั้น กลไกที่เป็นทางการอย่างแพทยสภาภายใต้โครงสร้างและสภาพการณ์ดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบันจะมีศักยภาพในการตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ดังกล่าวเพียงใด กระบวนการและผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นเช่นไร ประสบปัญหาประการใดบ้าง เนื่องจากสาเหตุใด และมีแนวทางในการปฏิรูปเพื่อให้แพทยสภาสามารถทำหน้าที่อันพึงปรารถนาได้ดีขึ้นอย่างไร

1.2 วัตถุประสงค์

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ ดังนี้

หนึ่ง เพื่อศึกษาทำความเข้าใจและประเมินบทบาทของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย โดยมุ่งเน้นกลไกการกำกับดูแลที่เป็นทางการ ในแง่ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยมุ่งเน้นมิติด้านธรรมาภิบาล ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในการทำหน้าที่กำกับควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ คุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วย และผลักดันนโยบายและมาตรการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและต่อสาธารณะ

สอง เพื่อศึกษาวิวัฒนาการของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย โดยมุ่งเน้นไปที่วิวัฒนาการของแพทยสภา จากการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ ปัจจัยแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของไทย

สาม เพื่อนำเสนอข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย เพื่อยกระดับธรรมาภิบาล ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของกลไกการกำกับดูแล

1.3 วิธีการวิจัย

โครงการวิจัยนี้มุ่งศึกษากลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ โดยให้น้ำหนักความสำคัญที่กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่เป็นทางการ นั่นคือ แพทยสภา เป็นสำคัญ เนื่องจากเป็นตัวละครที่มีบทบาทสำคัญเหนือตัวละครอื่นๆ ในกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของไทย

คำถามหลักของโครงการวิจัยนี้คือ กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ โดยเฉพาะแพทยสภา สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล สมดังเจตนารมณ์ในการควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ คุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วย และผลักดันนโยบายและมาตรการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและต่อสาธารณะ ได้มากน้อยเพียงใด

กรอบการวิเคราะห์ใหญ่ของโครงการวิจัยนี้คือ การประเมินและวิเคราะห์ *'ช่องว่างแห่งความคาดหวัง' (expectation gap)* ระหว่าง *'กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่พึงปรารถนา'* กับ *'กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในความเป็นจริง'* ของประเทศไทย โดยเฉพาะในแง่ของธรรมาภิบาลของกลไกการกำกับดูแล

จากการสำรวจงานศึกษาเกี่ยวกับธรรมาภิบาลและกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ (โปรดดูบทที่ 2 ประกอบ) ผู้วิจัยมีสมมติฐานว่า *'กลไกการกำกับดูแลร่วม (partnership regulation) เพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก (clinical governance)'* เป็นกลไกการกำกับดูแลที่พึงปรารถนาสำหรับกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย ในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะมุ่งทำความเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริงและสภาพปัญหาในปัจจุบันว่ามีลักษณะที่ห่างไกลจากกลไกการกำกับดูแลที่พึงปรารถนามากน้อยเพียงใด รวมถึงนำเสนอข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยเพื่อลดช่องว่างแห่งความคาดหวังที่ดำรงอยู่จริง

ทั้งนี้ ในงานวิจัยฉบับนี้ *กลไกการกำกับดูแลร่วม* หมายถึง กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่มีกลไกความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดของระบบ ได้แก่ แพทย์และผู้ให้บริการสาธารณสุขอื่นๆ ผู้ป่วย ญาติพี่น้องผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป และภาครัฐ เป็นต้น ส่วน *ธรรมาภิบาลทางคลินิก* หมายถึง ระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลในระบบสาธารณสุขที่มุ่งยกระดับ 'คุณภาพ' ในการบริการสาธารณสุข (quality of care) ทั้งในแง่การพัฒนาขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลและความทั่วถึงของ

บริการสาธารณสุขเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข (right to health) และความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety)

1.3.1 ระเบียบวิธีศึกษา

ในระดับระเบียบวิธีศึกษา ผู้วิจัยใช้*การวิเคราะห์เชิงสถาบัน (institutional analysis)* เป็นระเบียบวิธีศึกษาหลัก คำว่า 'สถาบัน' (institutions) ในสาขาวิชาเศรษฐศาสตร์สถาบันมิได้มีความหมายแคบเพียงแค่ 'องค์การ' (organizations) เท่านั้น หากยังหมายรวมถึง 'กฎกติกา' (rules of the game) อีกด้วย

ทั้งนี้ 'กฎกติกา' หมายถึง โครงสร้างหรือระบบของกติกาที่มีความยั่งยืนถาวรในระดับหนึ่ง ซึ่งมีผลในการกำหนดวิถีคิดและโครงสร้างสิ่งจูงใจ อันส่งผลต่อการตัดสินใจ (decision making) และพฤติกรรม (behavior) ของตัวละครต่างๆ รวมถึงปฏิสัมพันธ์ (interactions) ระหว่างตัวละครต่างๆ ในองค์การ ทั้งในแง่การจัดโครงสร้างและการจัดวางความสัมพันธ์ (structure) การสร้างข้อจำกัดและตีกรอบ (constrain) และการหนุนส่งสนับสนุน (enable) พฤติกรรมของตัวละครต่างๆ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวละครต่างๆ ในท้ายที่สุด 'สถาบัน' มีบทบาทในการกำหนดผลการดำเนินงาน (performance) อันเป็นผลพวงจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวละครต่างๆ (โปรดดูภาพที่ 1.1)

ภาพที่ 1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างสถาบันกับพฤติกรรมและผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์เชิงสถาบันในโครงการวิจัยชิ้นนี้มุ่งวิเคราะห์ 2 ส่วนหลักกล่าวคือ

(1) *การวิเคราะห์องค์การ* ได้แก่ โครงสร้างขององค์การ ที่มาของคณะกรรมการ อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ ข้อมูลพื้นฐานระดับบุคคลของคณะกรรมการ กลไกการดำเนินงานในด้านต่างๆ ขององค์การ และผลลัพธ์ในการดำเนินงานขององค์การ

(2) *การวิเคราะห์กฎกติกา* โดยเน้นที่กฎกติกาที่เป็นลายลักษณ์อักษร ได้แก่ กฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และวิวัฒนาการของกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ในการวิเคราะห์เชิงสถาบันทั้งในระดับองค์การและระดับกฎกติกา ผู้วิจัยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ*การวิเคราะห์และประเมินระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแล (governance)* ของกลไกการกำกับ

ดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเชิงสถาบันที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในแง่ระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ดีหรือ 'ธรรมาภิบาล' (good governance) ประสิทธิภาพ (efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness) สำหรับรายละเอียดของกรอบการวิเคราะห์ธรรมาภิบาลของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของไทย โปรดดูเนื้อหาของบทที่ 3 ประกอบ

นอกจากนั้น ควบคู่ไปกับการวิเคราะห์เชิงสถาบันดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยยังใช้ระเบียบวิธีศึกษาทาง*เศรษฐศาสตร์การเมือง (Political Economy)* เพื่อวิเคราะห์ปรากฏการณ์ ปัจจัยแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยด้วย โดยจะมุ่งศึกษาประเด็นสำคัญในมิติต่างๆ ดังต่อไปนี้

(1) *มิติทางเศรษฐกิจ* ได้แก่ กระบวนการแปลงบริการสาธารณสุขให้เป็นสินค้า (commodification of health care services) ผ่านการขยายตัวของระบบแพทย์พาณิชย์

(2) *มิติทางการเมือง* ได้แก่ การผลักดันนโยบายของรัฐและร่างกฎหมายที่ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างและความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในระบบสาธารณสุขไทย เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เป็นต้น รวมถึงบทบาทของกลุ่มแพทย์ที่เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายระดับชาติซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุข เช่น กลุ่มแพทย์ชนบท กลุ่มกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งในยุคหลัง เป็นต้น

(3) *มิติทางสังคม* ได้แก่ กระแสการตื่นตัวด้านการปกป้องและเรียกร้องสิทธิผู้บริโภค

1.3.2 เครื่องมือในการศึกษา

ในระดับเครื่องมือในการศึกษา ผู้วิจัยจะดำเนินการศึกษาผ่าน 4 เครื่องมือหลัก ดังนี้

(1) *การศึกษาจากเอกสารปฐมภูมิและทุติยภูมิ* เพื่อแสวงหาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เอกสารสำคัญที่ใช้ในงานวิจัยชิ้นนี้ ได้แก่ คำพิพากษาศาลปกครองกลางและศาลปกครองสูงสุดในคดีที่แพทยสภาหรือคณะกรรมการแพทยสภาเป็นผู้ถูกฟ้องกฎหมายและกฎกติกาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินคดีด้านจริยธรรม ข้อมูลจากแพทยสภาสารและจดหมายข่าวแพทยสภา ระหว่างปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2555 เป็นต้น

ควรบันทึกไว้ด้วยว่า ผู้วิจัยประสบปัญหาในการเข้าถึงเอกสารที่จำเป็นในการดำเนินการวิจัยจำนวนมาก เนื่องจากไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารแพทยสภา ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยถึงเลขาธิการแพทยสภา ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2555 เพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับรายชื่อคณะผู้บริหารและ

กรรมการแพทยสภา นโยบายสำคัญในแต่ละยุคสมัย บันทึกการไกล่เกลี่ยจัดการกรณีพิพาทระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย บันทึกการประชุม และข้อมูลงบประมาณย้อนหลังของแพทยสภา แต่ไม่ได้รับความร่วมมือในการดำเนินการส่งมอบหรืออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลเพื่อศึกษาค้นคว้าจากแพทยสภา

ต่อมา เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2555 ผู้วิจัยได้ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ถึงรองเลขาธิการแพทยสภา เพื่อขอข้อมูลทางการต่างๆ อีกครั้งหนึ่ง ได้แก่ (1) รายงานประจำปีของแพทยสภา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ถึงปัจจุบัน (2) รายงานการประชุมแพทยสภา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ถึงปัจจุบัน (3) ข้อมูลงบการเงินของแพทยสภา เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างรายรับและโครงสร้างรายจ่าย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ถึงปัจจุบัน (4) สถิติและข้อมูลการพิจารณาเรื่องการกล่าวหาและการกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ถึงปัจจุบัน ได้แก่ จำนวนเรื่องเข้า จำนวนเรื่องค้าง จำนวนเรื่องพิจารณาแล้วเสร็จ ผลการวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการแพทยสภา จำนวนเรื่องร้องเรียน กล่าวหา และกล่าวโทษแยกเป็นรายประเภทตามสาขาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และระยะเวลาในการพิจารณาคดีจริยธรรมในแต่ละขั้นตอนภายในแพทยสภา (5) กรณีศึกษาเส้นทางเดินของเรื่องกล่าวหา และ/หรือ เรื่องกล่าวโทษเกี่ยวกับจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม โดยเลือกสุ่มกรณีศึกษาซึ่งวินิจฉัยชี้ขาดแล้วประมาณ 10 กรณี เพื่อศึกษากระบวนการพิจารณาคดีจริยธรรมของแพทยสภาในเชิงลึก เช่น ระยะเวลาที่ใช้ ลักษณะของปัญหา ขั้นตอนการพิจารณา สาขาที่เกี่ยวข้อง กระบวนการวินิจฉัยชี้ขาด เป็นต้น (โดยปกปิดรายชื่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อรักษาสิทธิส่วนบุคคล) (6) รายชื่อคณะกรรมการระดับชาติที่มีตัวแทนจากแพทยสภาเป็นกรรมการ และรายชื่อผู้เป็นตัวแทน และ (7) ประวัติสมาชิกแพทยสภา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ถึงปัจจุบัน แต่ท้ายที่สุด นักวิจัยก็ไม่ได้รับข้อมูลเหล่านั้นและไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าไปสืบค้นข้อมูลเหล่านั้นในห้องสมุดหรือห้องเก็บเอกสารของแพทยสภาเลย

(2) *การสัมภาษณ์เชิงลึกตัวละครต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง* โดยมุ่งเน้นตัวแทนจากองค์การสาธารณสุขต่างๆ ทั้งที่ดำรงตำแหน่งในอดีตและปัจจุบัน เช่น ข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง แพทย์ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขของประเทศ นอกจากนั้น ยังให้ความสำคัญแก่ฝั่งผู้รับบริการสาธารณสุข เช่น ผู้ป่วยหรือญาติพี่น้องของผู้ป่วย และองค์การทางสังคมที่เกี่ยวข้อง เช่น เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และนักวิชาการด้านสาธารณสุขและด้านอื่นๆ เช่น กฎหมาย เศรษฐศาสตร์ เป็นต้น (โปรดดู ภาคผนวกที่ 1 รายงานการสัมภาษณ์เชิงลึก และภาคผนวกที่ 2 ประเด็นสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก)

ควรบันทึกไว้ด้วยว่า ผู้วิจัยได้แจ้งต่อรองเลขาธิการแพทยสภาทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ลงวันที่ 7 พฤศจิกายน 2555 เพื่อขอสัมภาษณ์เชิงลึกกรรมการแพทยสภาและอดีตกรรมการแพทยสภา ตามเจตนารมณ์

ของผู้วิจัยที่ต้องการรับฟังข้อมูลและความเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายอย่างกว้างขวางที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ทั้งนี้ รายชื่อของกรรมการแพทยสภาและอดีตกรรมการแพทยสภาที่ผู้วิจัยขอสัมภาษณ์ ได้แก่ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นพ.อรุณ เผ่าสวัสดิ์ นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ นพ.อำนาจ กุสลานันท์ นพ.ประสบศรี อึ้งถาวร นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ นพ.พินิจ หิรัญโชติ นพ.อิทธพร คณะเจริญ และ นพ.เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ แต่สุดท้ายก็ไม่ได้รับความร่วมมือจากคณะกรรมการบริหารแพทยสภา

(3) *การจัดการประชุมกลุ่มย่อย (focus group) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือได้รับผลกระทบ* โดยมุ่งเน้นให้มีตัวแทนจากฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างหลากหลาย (โปรดดู ภาคผนวกที่ 3 รายงานการจัดประชุมกลุ่มย่อย)

(4) *การศึกษาผ่านกรณีศึกษาที่สำคัญ* ได้แก่ การศึกษาบทบาทของแพทยสภาต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และต่อกระบวนการผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข (โปรดดู บทที่ 7 และ 8 ประกอบ)

1.4 โครงสร้างรายงานวิจัย

รายงานวิจัยฉบับนี้ประกอบด้วยเนื้อหารวมทั้งสิ้น 9 บท ได้แก่

บทที่ 1 บทนำ เป็นการนำเสนอหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย โครงสร้างรายงาน ระยะเวลาและแผนการวิจัย

บทที่ 2 ธรรมาภิบาลของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เป็นการสำรวจผลงานศึกษาวิจัยว่าด้วยธรรมาภิบาล ธรรมาภิบาลทางคลินิก และกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์

บทที่ 3 กรอบการวิเคราะห์ธรรมาภิบาลของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของไทย เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากบทที่ 2 เพื่อสร้างกรอบการวิเคราะห์ธรรมาภิบาลของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของไทย นอกจากนั้น ยังวางกรอบอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างธรรมาภิบาลทางคลินิกและกลไกการกำกับดูแลร่วม กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบบริการสาธารณสุข

บทที่ 4 กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย: บทวิเคราะห์เชิงกฎกติกา เป็นการศึกษาวิเคราะห์เนื้อหาสาระและวิวัฒนาการของกฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย โดยศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายตั้งแต่ยุคก่อนแพทยสภา อันได้แก่ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 และพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 จนถึงกฎหมายยุค

แพทยสภา อันได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 และ พ.ศ. 2525 โดยมุ่งศึกษาในประเด็นโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ขององค์การที่มีหน้าที่กำกับดูแล และกลไกการควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

บทที่ 5 กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของไทย: บทวิเคราะห์เชิงวิวัฒนาการขององค์การภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขไทย เป็นการศึกษาวิวัฒนาการของแพทยสภาภายใต้บริบทของระบบสาธารณสุขในแต่ละยุคสมัย โดยคำนึงถึงมิติทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมของยุคสมัยนั้นๆ ด้วย งานวิจัยชิ้นนี้จัดแบ่งแพทยสภาออกเป็น 3 ยุคสมัย ได้แก่ ยุคอาจารย์แพทย์ (พ.ศ. 2511-2530) ยุคแพทย์ชนบท (พ.ศ. 2531-2537) และยุคแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและแพทย์เอกชน (พ.ศ. 2538-ปัจจุบัน) โดยในแต่ละยุคสมัยจะศึกษาถึงสภาพการณ์ของระบบสาธารณสุข ทิศทางขององค์การ ความสำเร็จขององค์การ ข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่อองค์การ และผลพวงของความเปลี่ยนแปลงต่อองค์การในช่วงเวลาถัดไป

บทที่ 6 ข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าด้วยคณะกรรมการและกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภา เป็นการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นด้านต่างๆ ของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง มุมมองของกรรมการแพทยสภาต่อประเด็นสำคัญในระบบสาธารณสุข เช่น สิทธิผู้ป่วย การเรียนรู้และการพัฒนาแพทย์ การจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข เป็นต้น และมุมมองของกรรมการแพทยสภาต่อบทบาทที่ควรจะเป็นของแพทยสภาในเรื่องสำคัญ เช่น การจัดการความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ เป็นต้น นอกจากนั้น ผู้วิจัยยังศึกษา 'ชีวิตจริง' ของกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภา โดยมุ่งเน้นการศึกษาสภาพปัญหาที่ดำรงอยู่ในขั้นตอนต่างๆ ผ่านคำพิพากษาศาลปกครองกลางและศาลปกครองสูงสุดที่มีผู้เสียหายฟ้องร้องแพทยสภา

บทที่ 7 กรณีศึกษา: บทบาทของแพทยสภาต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการศึกษาบทบาทและฐานคิดของแพทยสภาภายใต้กระแสความขัดแย้งว่าด้วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทที่ 8 กรณีศึกษา: บทบาทของแพทยสภาภายใต้กระแสการผลักดันร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เป็นการศึกษาบทบาทและฐานคิดของแพทยสภาภายใต้กระแสการผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...

บทที่ 9 ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย เป็นการทบทวนวรรณกรรมว่าด้วยการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในโลก ผ่านกรณีศึกษาของประเทศต่างๆ จากนั้น เป็นการนำเสนอข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิกภายใต้กลไกการกำกับดูแลร่วม

บทที่ 2

ธรรมาภิบาลของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์

2.1 ความนำ

กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์มีเป้าหมายหลักเพื่อ (1) เป็นหลักประกันด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และด้านคุณภาพของการให้บริการสาธารณสุขของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ (2) คุ้มครองประโยชน์ของประชาชนหรือผู้ป่วย[1] และ (3) สร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของประชาชนและแพทย์ด้วยกันเอง (ไพศาล ลิ้มสถิตย์ 2555, น.128-129) ทั้งนี้ 'แพทยสภา' เป็นองค์การทางการในการทำหน้าที่กำกับดูแลและควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายหลักข้างต้น

ในด้านหนึ่ง กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่ดีมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ดีหรือ 'ธรรมาภิบาล' (good governance) ของระบบสาธารณสุข ซึ่งหลักธรรมาภิบาลของระบบสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่งและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ หลักธรรมาภิบาลทางคลินิก (clinical governance)

ในอีกด้านหนึ่ง กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่ดีก็ต้องมีธรรมาภิบาลเช่นเดียวกัน รวมถึงต้องมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลด้วย กลไกการกำกับดูแลร่วมระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ (partnership regulation หรือ co-regulation) คือคำตอบหนึ่งของการออกแบบกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่มีธรรมาภิบาลในตัวของมันเองเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก

เนื้อหาในบทนี้เป็นการสำรวจวรรณกรรมเบื้องต้นว่าด้วยธรรมาภิบาลของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ โดยเริ่มตั้งแต่การสำรวจวรรณกรรมเบื้องต้นว่าด้วยระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแล หรือ governance (หัวข้อ 2.2) ระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ดีหรือ 'ธรรมาภิบาล' หรือ

[1] คำว่า 'ผู้ป่วย' ในงานวิจัยชิ้นนี้ไม่ได้สื่อความถึงผู้เจ็บไข้ได้ป่วยเพียงเท่านั้น แต่หมายรวมถึงผู้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมดทุกประเภท ซึ่งอาจเรียกว่าผู้บริโภคบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ 2537, น. 19)

good governance (หัวข้อ 2.3) จนถึง ธรรมาภิบาลทางคลินิก หรือ clinical governance (หัวข้อ 2.4) และกลไกการกำกับดูแลร่วม หรือ partnership regulation (หัวข้อ 2.5)

2.2 ระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแล (governance)

คำว่า governance เป็นคำที่มีผู้พยายามให้ความหมายอย่างหลากหลาย ดังเห็นได้จากตัวอย่างของคำนิยามตามพจนานุกรมฉบับสำคัญ เช่น

- *American Heritage Dictionary:* การกระทำ วิถีปฏิบัติ หรืออำนาจในการปกครอง
- *Oxford English Dictionary:* การกระทำหรือวิถีปฏิบัติของการปกครองรัฐ องค์การ หรือสถาบันอื่นๆ
- *Cambridge Dictionary:* วิถีทางบริหารจัดการองค์การหนึ่งๆ ในระดับเบื้องบนที่สุด และระบบในการดำเนินวิถีทางบริหารจัดการนั้น

แนวคิดเรื่อง governance เป็นแนวคิดที่องค์การระหว่างประเทศโดยเฉพาะองค์การด้านการพัฒนาให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจาก governance ถูกมองว่าเป็นปัจจัยเชิงสถาบันหลักที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการพัฒนาประเทศ ประเทศที่ประสบความล้มเหลวในการพัฒนามักเป็นประเทศที่มีปัญหาด้าน governance

หากพิจารณาความหมายของคำว่า governance ตามคำนิยามขององค์การระหว่างประเทศจะพบว่าเนื้อความเป็นไปในทำนองเดียวกับความหมายตามพจนานุกรมแต่มีการขยายขอบเขตของเนื้อหาให้ครอบคลุมสอดคล้องกับประเด็นหลักที่องค์การแต่ละแห่งให้ความสำคัญ ตัวอย่างเช่น

- *ธนาคารโลก (World bank):* วิถีปฏิบัติของการใช้อำนาจในการจัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมเพื่อการพัฒนาของประเทศ (World Bank 1991, 1992)
- *โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme: UNDP):* การใช้อำนาจหน้าที่ทางเศรษฐกิจ การเมือง และการบริหาร เพื่อจัดการกิจการของประเทศในทุกระดับ อันหมายรวมถึงกลไก กระบวนการ และสถาบัน ซึ่งพลเมืองและกลุ่มต่างๆ สามารถใช้ผลักดันเรียกร้องผลประโยชน์ของตนอย่างเป็นระบบ ใช้สิทธิตามกฎหมายของตน บรรลุพันธกิจของตน และประสานไกล่เกลี่ยความแตกต่างระหว่างกัน (UNDP 1997)

- *คณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติสำหรับเอเชียและแปซิฟิก (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific – UNESCAP):* กระบวนการตัดสินใจและกระบวนการแปรการตัดสินใจสู่การปฏิบัติ (หรือไม่ปฏิบัติ) (UNESCAP 2000)

เมื่อพิจารณาตัวอย่างความหมายของคำว่า governance จะเห็นได้ว่า governance มีขอบเขตกว้างขวางกว่าคำว่า government หรือรัฐบาล ซึ่งเป็นองค์การฝ่ายบริหารที่ใช้อำนาจรัฐในการบริหารจัดการประเทศ แต่ governance เป็นวิถีปฏิบัติ เป็นกระบวนการ เป็นกลไก เป็นสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการใช้อำนาจหรือการจำกัดอำนาจในการจัดการกิจกรรมต่างๆ ภายในองค์การหลายระดับ ทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ ระดับบริษัท ระดับองค์การไม่แสวงหากำไร ระดับชุมชน เป็นต้น นอกจากนั้น governance ยังครอบคลุมถึงทั้งตัวแสดงที่เป็นรัฐ (เช่น รัฐบาล) และตัวแสดงที่ไม่เป็นรัฐ (เช่น พลเมือง ภาคธุรกิจเอกชน ภาคประชาสังคม)

แนวคิด governance เชื่อมโยงโดยตรงกับหลักประชาธิปไตย ทั้งนี้เพราะประเทศเสรีนิยมหรือองค์การระหว่างประเทศต่างๆ ซึ่งมีบทบาทในการนิยามและเผยแพร่แนวคิด governance ในฐานะแนวทางการปฏิรูประดับโลก (global reform) ล้วนเป็นตัวแสดงที่ยึดถือปรัชญาและหลักการประชาธิปไตย โดยเชื่อว่ากระบวนการต่างๆ ในสังคมการเมืองควรเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการใช้อำนาจของตัวแสดงทุกภาคส่วน (Weiss 2000, pp.795-796)

ในรายงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอเสนอใช้คำภาษาไทยแทนคำ governance ว่า ‘ระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแล’ โดยนิยามว่า governance หมายถึง ระบบหรือวิถีของ ‘การจัดการอำนาจ’ ในการกำหนดทิศทาง (directing) บริหาร (administrating) กำกับดูแล (regulating) และควบคุม (controlling) สถาบันต่างๆ ทั้งในระดับองค์การ บริษัท และประเทศ ทั้งนี้ คำว่า ‘การจัดการอำนาจ’ ในคำนิยามสะท้อนถึงระบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ครองอำนาจกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ เช่น ผู้ใต้บังคับบัญชา ชุมชน หน่วยธุรกิจ หน่วยงานรัฐ โดยมีความหมายในสองมิติ ได้แก่

(1) *มิติการใช้อำนาจ* เช่น ระบบบริหารจัดการ ระบบบังคับบัญชา โครงสร้างความเป็นเจ้าของ ระบบการเข้าสู่อำนาจและการส่งมอบอำนาจ เป็นต้น

(2) *มิติการจำกัด เข้าร่วม และตรวจสอบการใช้อำนาจ* เช่น ระบบกำกับดูแล ระบบความรับผิดชอบ ระบบการเปิดเผยข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูล ระบบการมีส่วนร่วม เป็นต้น

2.3 ระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ดี หรือ 'ธรรมาภิบาล' (good governance)

หากกล่าวอย่างเคร่งครัด คำว่า governance และ good governance มีความหมายแตกต่างกัน คำแรกหมายถึงระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลโดยทั่วไป ซึ่งยังไม่ผ่านการตัดสินคุณค่าว่า 'ดี' หรือ 'เลว' อาจเป็น good governance หรือ bad governance ก็ได้ ส่วนคำหลังหมายถึงระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ผ่านการตัดสินคุณค่าแล้วว่า 'ดี'

งานศึกษาของสมบูรณ์ ศิริประชัย (2550) ชี้ว่า คำว่า good governance ถูกใช้อย่างเป็นทางการในหนังสือ Sub-Saharan Africa: From Crisis to Sustainable Growth (1989) เมื่อธนาคารโลกพยายามวิเคราะห์ความล้มเหลวในการพัฒนาประเทศของประเทศแถบตอนใต้ทะเลทรายซาฮารา โดยชี้ว่า การพัฒนาอย่างยั่งยืนจะเกิดขึ้นไม่ได้หากปราศจากระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ดีหรือ 'ธรรมาภิบาล' (good governance) ซึ่งในทัศนะของธนาคารโลกประกอบด้วย

- การบริการสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ
- ระบบศาลที่เป็นอิสระ
- ระบบกฎหมายเพื่อบังคับสัญญาต่างๆ
- การบริหารจัดการกองทุนสาธารณะที่มีความรับผิดชอบต่อสาธารณะ
- ระบบตรวจสอบบัญชีที่เป็นอิสระ
- การเคารพกฎหมายและสิทธิมนุษยชนของรัฐบาลทุกระดับ
- โครงสร้างสถาบันแบบพหุนิยม
- สื่อสารมวลชนที่เป็นอิสระ

องค์การระหว่างประเทศ เช่น องค์การสหประชาชาติ ธนาคารโลก มีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่และผลักดันแนวคิดธรรมาภิบาลสู่ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสู่ประเทศกำลังพัฒนา ในฐานะปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาอย่างยั่งยืนและเป็นประชาธิปไตย ตัวอย่างการนิยามคำว่า 'ธรรมาภิบาล' ขององค์การระหว่างประเทศ เช่น คณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติสำหรับเอเชียและแปซิฟิก (UNESCAP 2000) ได้กล่าวถึงลักษณะสำคัญของธรรมาภิบาลไว้ดังนี้

- *การมีส่วนร่วม (participation)* กล่าวคือ สมาชิกมีส่วนร่วมอย่างทั่วถึงทั้งทางตรงและทางอ้อม และมีเสรีภาพในการรวมตัวและการแสดงออก

- *การมุ่งสู่สังคมสมานฉันท์ (consensus-oriented)* กล่าวคือ มีระบบการประสานไกล่เกลี่ยผลประโยชน์ที่แตกต่างกันและความขัดแย้งของกลุ่มต่างๆ เพื่อบรรลุผลประโยชน์ร่วมกันของสังคมวงกว้าง รวมถึงวิสัยทัศน์ร่วมในการพัฒนาประเทศระยะยาวอย่างยั่งยืน เช่น การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
- *ระบบความรับผิดชอบ (accountability)* กล่าวคือ มีกลไกความรับผิดและรับชอบต่อสาธารณะและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด ทั้งนี้ ระบบความรับผิดชอบต้องทำงานควบคู่กับหลักความโปร่งใสและหลักนิติธรรม
- *ความโปร่งใส (transparency)* กล่าวคือ การตัดสินใจและการบังคับผลของการตัดสินใจนั้นเป็นไปตามกฎกติกา ข้อมูลข่าวสารเป็นที่รับรู้ทั่วกันอย่างทั่วถึงโดยไม่มีต้นทุน และผู้ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจและการบังคับผลของการตัดสินใจนั้นสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้โดยตรง
- *ความสามารถในการสนองตอบ (responsiveness)* กล่าวคือ สามารถรับใช้และตอบสนองผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ในกรอบเวลาที่เหมาะสม
- *ประสิทธิภาพ (efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness)* กล่าวคือ กระบวนการและสถาบันสามารถส่งมอบผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคมโดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าที่สุด รวมถึงคำนึงถึงการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืนและการรักษาสิ่งแวดล้อม
- *ความเท่าเทียม (equity) และการร่วมเป็นส่วนหนึ่งอย่างทั่วถึง (inclusiveness)* กล่าวคือ สมาชิกทุกคนรู้สึกว่าตนเป็นผู้ร่วมเป็นเจ้าของและผู้ร่วมมีส่วนได้เสีย และไม่รู้สึกว่าตนถูกตัดตอนจากสังคมหมู่มาก นอกจากนั้น สมาชิกทุกคนมีโอกาสในการยกระดับชีวิตความเป็นอยู่ของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สมาชิกกลุ่มที่ยากจนที่สุดและมีความเสี่ยงที่สุด
- *หลักนิติธรรม (rule of law)* กล่าวคือ ระบบกฎหมายมีความเป็นธรรม การบังคับใช้กฎกติกาเป็นไปโดยไม่เลือกปฏิบัติ ปกป้องสิทธิมนุษยชนโดยเฉพาะสิทธิของชนกลุ่มน้อย ระบบศาลมีความเป็นอิสระ กระบวนการยุติธรรมไม่เลือกปฏิบัติและไม่คดโกง

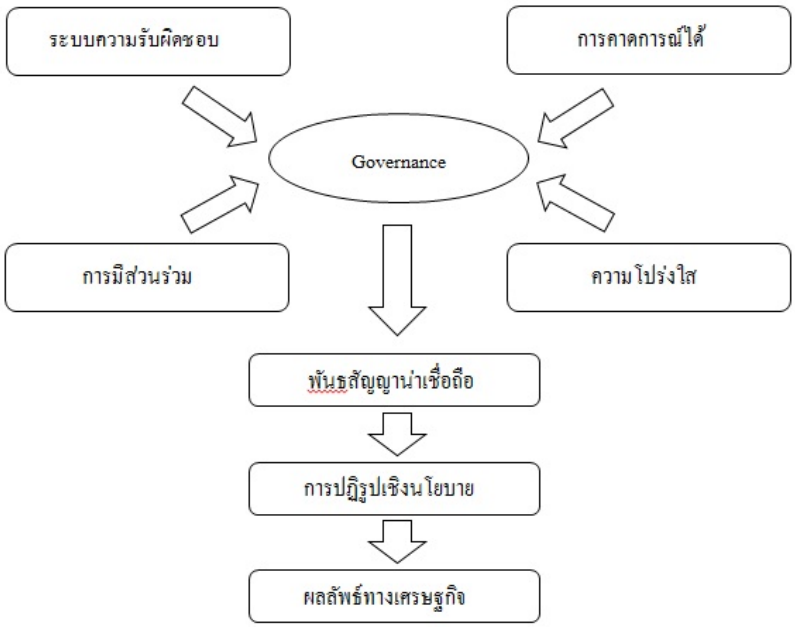
งานศึกษาแต่ละชิ้นได้กำหนดนิยามและคุณลักษณะของธรรมาภิบาลไว้อย่างแตกต่างหลากหลาย ตัวอย่างเช่น Picker (2010) ประเมินระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลขององค์การการค้าโลก (World

Trade Organization – WTO) โดยใช้หลักเกณฑ์ความคาดหวัง 5 ประการสำหรับธรรมาภิบาลของรัฐบาลและองค์การโดยทั่วไป ได้แก่

- การเป็นผู้ควบคุมและผู้กำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ
- ความมีเหตุมีผล ความคาดการณ์ได้ และความคงเส้นคงวา
- ความสามารถในการรักษาสมดุลระหว่างความต้องการระยะสั้นและระยะยาวของสมาชิก
- ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับการออกแบบ
- ความสามารถในการทำงานในฐานะองค์การตัวแทนที่แท้จริง

ทางด้าน Ahrens (2002) ได้ศึกษาระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่มีประสิทธิผล (effective governance) ซึ่งช่วยให้การปฏิรูปเศรษฐกิจส่งผลเกื้อกูลต่อการพัฒนาประเทศอย่างแท้จริง งานศึกษาพบว่าระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่มีประสิทธิผลประกอบด้วยปัจจัยหลัก 4 ประการ ได้แก่ ความคาดการณ์ได้ (predictability) ความโปร่งใส (transparency) การมีส่วนร่วม (participation) และระบบความรับผิดชอบ (accountability) ปัจจัยทั้งสี่ประการช่วยเสริมสร้างธรรมาภิบาลให้เข้มแข็งและทำให้เกิดพันธสัญญาที่น่าเชื่อถือ (credible commitment) ในการปฏิรูปเชิงนโยบาย (policy reform) อันนำมาซึ่งผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ (economic performance) ที่ดีในบั้นปลาย (โปรดดูภาพที่ 2.1 ประกอบ)

ภาพที่ 2.1 ระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่มีประสิทธิผล



ที่มา: Ahrens (2002)

งานศึกษาของสมบูรณ์ ศิริประชัย (2550) ได้สำรวจงานศึกษาของ Ahrens (2006) ซึ่งชี้ว่า โครงสร้างระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลแบบส่งเสริมสถาบันตลาด (market-enhancing governance structure) ทำให้การดำเนินนโยบายเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นไปอย่างมีประสิทธิผล ทั้งนี้ โครงสร้างดังกล่าวมีองค์ประกอบดังนี้

- *การสร้างรัฐที่เข้มแข็ง (creating strong state)* กล่าวคือ รัฐมีความเข้มแข็งในการดำเนินนโยบายเศรษฐกิจ การบังคับใช้กฎหมาย และการกำกับดูแลเศรษฐกิจ
- *การจำกัดบทบาทของรัฐ (limiting the state)* กล่าวคือ รัฐมีอำนาจในขอบเขตจำกัด มีการกระจายอำนาจ มีระบบตรวจสอบถ่วงดุล มีระบบศาลที่เป็นอิสระจากฝ่ายบริหาร มีระบบควบคุมคอร์รัปชั่นและการแสวงหาส่วนเกินทางเศรษฐกิจ ทั้งนี้ การเชื่อมโยงเศรษฐกิจภายในเข้ากับเศรษฐกิจโลกเป็นกลไกสำคัญในการจำกัดอำนาจรัฐบาลโดยอาศัยแรงกดดันจากการแข่งขันในตลาดโลกเป็นเครื่องมือ
- *การสร้างศักยภาพในการปฏิบัติตามนโยบายและการบังคับใช้กฎกติกา (creating capacity for policy implementation and rule enforcement)* กล่าวคือ การสร้างระบบราชการที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ การเพิ่มขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่รัฐ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการรักษาวินัยทางการเงินและการคลัง
- *การสร้างสถาบันทางเศรษฐกิจ (building economic institutions)* กล่าวคือ การสร้างสถาบันทางเศรษฐกิจที่มุ่งเน้นการปกป้องคุ้มครองกรรมสิทธิ์เอกชน รัฐมีบทบาทอย่างจำกัดในการแทรกแซงระบบเศรษฐกิจโดยปล่อยให้เศรษฐกิจดำเนินไปตามกลไกตลาดเสรี แต่รัฐมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการผูกขาด การกระจายรายได้ และการสร้างความมั่นคงทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมว่าด้วยธรรมาภิบาลในเบื้องต้นจะพบว่า เนื้อหาสาระของนิยามว่าด้วยธรรมาภิบาลขององค์การแต่ละแห่ง เช่น World Bank (1991, 1992) และ UNESCAP (2000) และงานศึกษาแต่ละชิ้น เช่น Ahrens (2002, 2006) และ Picker (2010) มีความสอดคล้องต้องกันอย่างมาก โดยแสดงให้เห็นว่าแนวคิดว่าด้วยธรรมาภิบาลมีความสอดคล้องกับ*อุดมการณ์ประชาธิปไตยเสรี* (liberal democracy) เช่น การมีส่วนร่วม ระบบความรับผิดชอบ ระบบสื่อสารมวลชนที่เป็นอิสระ และมีความสอดคล้องกับ*อุดมการณ์*

เสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) ซึ่งเชื่อมั่นในหลักเสรีภาพในการตัดสินใจของปัจเจกบุคคลภายใต้สถาบันตลาดเสรี เช่น การจำกัดบทบาทในฐานะ 'ผู้เล่น' ของรัฐทางเศรษฐกิจ การให้ความสำคัญกับหลักประสิทธิภาพและประสิทธิผล ความเชื่อมั่นในหลักกรรมสิทธิ์ เป็นต้น

ในแง่นี้ ธรรมาภิบาลคือระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลในทางที่ส่งเสริมกระบวนการประชาธิปไตยและในทางที่ส่งเสริมสถาบันตลาดภายใต้เงื่อนไขที่ตลาดสามารถมอบผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาของสังคมได้ นั่นเอง

ในกรณีของประเทศไทย คำว่า good governance ถูกแปลเป็นภาษาไทยในหลากหลายรูปแบบจากหลากหลายกลุ่มตามอุดมการณ์ของแต่ละกลุ่ม เช่น 'ธรรมรัฐ' ในแบบของชัยวัฒน์ สถาอานันท์ ในแบบของธีรยุทธ บุญมี และในแบบของอานันท์ ปันยารชุน 'ประชารัฐ' ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 'รัฐาภิบาล' ของชัยอนันต์ สมุทวณิช 'การบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี' ของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน หรือคำอธิบายความสอดคล้องต้องกันของแนวคิดว่าด้วยธรรมาภิบาลกับหลักทศพิศราชธรรมของสถาบันกษัตริย์ของสุเมธ ตันติเวชกุล เป็นต้น (ในประเด็นการเมืองเรื่องการแปล(ง)good governance ให้เป็นไทย โปรดดู Kasian Tejapira 2010 สมบูรณ์ ศิริประชัย 2550 หรือณัฐฐา วินิจนัยภาค 2553 เป็นต้น)

2.4 ธรรมาภิบาลทางคลินิก (clinical governance)

ธรรมาภิบาลทางคลินิก (clinical governance) หมายถึง ระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลในระบบสาธารณสุขที่มุ่งยกระดับ 'คุณภาพ' ในการบริการสาธารณสุข (quality of care) คำว่า'คุณภาพ' ในที่นี้ครอบคลุมเป้าหมาย 2 ประการ ได้แก่ (1) การพัฒนาขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลและความทั่วถึงของบริการสาธารณสุขเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข (right to health) และ (2) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety)

2.4.1 ธรรมาภิบาลทางคลินิกเพื่อสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข (right to health)

การพัฒนาขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลและความทั่วถึงของบริการสาธารณสุขนับเป็นโจทย์สำคัญในช่วงต้นของการสร้างมาตรฐานทางการแพทย์ภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948) ข้อ 25 ระบุว่า *"ทุกคนมีสิทธิใน*

มาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์และบริการสังคมที่จำเป็น..." (สำนวนแปลของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ 2550)

ธรรมนูญแห่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) ซึ่งสถาปนาขึ้นในปี 1948 หลังสงครามโลกครั้งที่สอง ได้กำหนดหลักสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข หรือ 'right to health' ไว้ว่า *"การใช้ประโยชน์จากบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานสูงสุดเท่าที่มีอยู่เป็นหนึ่งในสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน โดยปราศจากการแบ่งแยกด้านเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคม"* ภายใต้หลักสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข รัฐบาลต้องสร้างเงื่อนไขที่ทุกคนสามารถมีสุขภาพดีได้อย่างเต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การสร้างหลักประกันความมีพร้อมของบริการสาธารณสุข สภาพการทำงานที่ปลอดภัยและคำนึงถึงสุขภาพที่ดี การมีที่พักอาศัยและอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ เป็นต้น (WHO 2007)

ในกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – ICESCR 1966) ข้อ 12 ได้ระบุขั้นตอนสู่สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข ได้แก่ (1) การลดอัตราการตายของเด็กทารกและการสร้างหลักประกันการพัฒนาสุขภาพของเด็ก (2) การปรับปรุงพัฒนาสุขอนามัยทางสิ่งแวดล้อมและอุตสาหกรรม (3) การป้องกัน การรักษา และการควบคุมโรคระบาด โรคประจำถิ่น โรคที่เกิดจากอันตรายของอาชีพ และโรคอื่นๆ และ (4) การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ต่อมา คณะกรรมการแห่งสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ได้ประกาศข้อสังเกตทั่วไปว่าด้วยสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข (General Comment on the Right to Health 2000) โดยเสนอหลัก AAAQ ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ประการในการสร้างธรรมาภิบาลทางคลินิก ได้แก่

- *หลักความมีพร้อม (Availability)* กล่าวคือ การมีอยู่พร้อมของสถานพยาบาล สินค้าและบริการด้านสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญ ยาสำคัญ รวมถึงสาธารณูปโภคพื้นฐานที่ปลอดภัย
- *หลักการเข้าถึง (Accessibility)* กล่าวคือ ทุกคนสามารถเข้าถึงสถานพยาบาลและสินค้าและบริการด้านสาธารณสุขได้โดยไม่เลือกปฏิบัติ (non-discrimination) เข้าถึงได้เชิงกายภาพ (physical accessibility) เข้าถึงได้เชิงทุนทรัพย์ (economical accessibility) และเข้าถึงได้เชิงข้อมูลข่าวสาร (information accessibility)

- *หลักความเป็นที่ยอมรับ (Acceptability)* กล่าวคือ สถานพยาบาลและสินค้าและบริการด้านสาธารณสุขต้องเคารพหลักจริยธรรมทางการแพทย์ (medical ethics) ปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรม และคำนึงถึงความต้องการเชิงเพศสภาพและช่วงอายุที่แตกต่างกัน
- *หลักคุณภาพ (Quality)* กล่าวคือ สถานพยาบาลและสินค้าและบริการด้านสาธารณสุขต้องมีความเหมาะสมในเชิงวิทยาศาสตร์และการแพทย์และต้องมีคุณภาพดี

2.4.2 ธรรมาภิบาลทางคลินิกเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety)

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา เป้าหมายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยทวีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นโจทย์หลักของธรรมาภิบาลทางคลินิกและเป็นองค์ประกอบสำคัญในการนิยาม 'คุณภาพ' ของระบบบริการสาธารณสุข (Chandraharan 2007) สาเหตุหลักเนื่องมาจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical errors) เพิ่มสูงขึ้นมากจนกลายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก

ลือชัย ศรีเงินยวง (2553) ยกตัวอย่างปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาว่า ในแต่ละปี คนไข้ประมาณ 7,000 คนต้องเสียชีวิตลงเพียงเพราะลายมือแพทย์ที่อ่านไม่ออกหรืออ่านแล้วไม่เข้าใจ คนไข้ประมาณ 7.5 ล้านคนต้องถูกผ่าตัดหรือได้รับการรักษาโดยไม่จำเป็นในแต่ละปี คนไข้ทางตอนเหนือของสหรัฐอเมริกาประมาณ 100,000 คนเสียชีวิตเนื่องจากผลข้างเคียงของยา และผลสำรวจสัดส่วนของผู้เคยมีประสบการณ์โดยตรงหรือโดยอ้อมเกี่ยวกับเรื่องความผิดพลาดทางการแพทย์พบว่ามีสูงถึงร้อยละ 34 ส่วนในประเทศอังกฤษ ในแต่ละวันมีความผิดพลาดทางการแพทย์ประมาณ 800 ครั้ง และมีคนไข้ประมาณ 15,000 รายที่กำลังอยู่ในขั้นตอนของการพิจารณาดำเนินการด้านกฎหมาย และมีแพทย์โทรศัพท์ร้องเรียนหรือแสดงความวิตกกับทางสมาคมประมาณ 1,000 ครั้งต่อสัปดาห์ กรณีการฟ้องแพทย์จึงกลายเป็นอุตสาหกรรมขนาดใหญ่สำหรับนักกฎหมายในปัจจุบัน

จเร วิชาไทย (2553) แสดงข้อมูลการศึกษาของ Baker และ Norton (2004) ซึ่งค้นพบว่า อัตราการเกิดผลการรักษาที่ไม่พึงประสงค์ในแคนาดาอยู่ที่ร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาล โดยร้อยละ 36.9 ของผู้ป่วยที่เกิดผลการรักษาที่ไม่พึงประสงค์เป็นกรณีที่หลีกเลี่ยงได้ ร้อยละ 64.4 เกิดความเสียหายต่อสุขภาพผู้ป่วยในระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 5.2 เกิดความพิการถาวร และร้อยละ 15.9 เสียชีวิต นอกจากนั้น ยังแสดงข้อมูลการศึกษาของ US Institute of Medicine (1999) ซึ่งค้นพบว่า ในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุก 8 ราย จะมีผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับความเสียหายอันเกิดจากความผิดพลาดที่หลีกเลี่ยงได้

ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ ก็แสดงถึงปรากฏการณ์ความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เพิ่มสูงขึ้นจนเป็นปัญหาหลักของระบบสาธารณสุข ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ (2546) ให้ข้อมูลว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และออสเตรเลีย พบอุบัติการณ์ของภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยละ 3.7 ถึงร้อยละ 16.6 ส่วน American Association for Justice (2011) แสดงข้อมูลปี 2011 ของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่ห้า โดยมีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าวถึง 98,000 คน และสร้างความเสียหายคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจถึง 29,000 ล้านเหรียญสหรัฐ

จากปรากฏการณ์ความผิดพลาดทางการแพทย์ทั่วโลกดังกล่าวข้างต้น ลือชัย ศรีเงินยวง (2553) ตั้งประเด็นว่า (1) ความเสียหายในการรับบริการทางการแพทย์มีอยู่จริง (2) ความผิดพลาดทางการแพทย์จำนวนมากที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องเกิดจากความผิดพลาดหรือความบกพร่องส่วนบุคคล แต่เป็นปัญหาเชิงระบบ และ (3) ความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นในระบบไม่จำเป็นต้องลงเอยด้วยความขัดแย้ง

หากกล่าวให้ถึงที่สุด ความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นปัญหาในเชิงระบบ มิได้เป็นปัญหาในระดับบุคคลเท่านั้น ซึ่งหากมีการออกแบบระบบที่ดี เช่น มีธรรมาภิบาลทางคลินิกและมีกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่ดี ความผิดพลาดทางการแพทย์และความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยก็มีโอกาสที่จะลดลงได้มาก

หลักธรรมาภิบาลทางคลินิกมีเป้าหมายหลักเพื่อแก้ไขสภาพปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยนำเสนอแนวทางการบริหารจัดการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของบริการสาธารณสุข เพราะเชื่อมั่นในเหตุผลสองประการ *ประการแรก* ผู้ป่วยคือผู้รู้จักร่างกายตนเองดีที่สุด ดังนั้นจึงควรมีสิทธิ์ในการร่วมกำหนดแนวทางการรักษา (Inaugural Australian Patients for Patient Safety 2009) และ *ประการที่สอง* จากกรณีศึกษาโดยทั่วไปพบว่าประเทศที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขจะมีอัตราความสำเร็จด้านความปลอดภัยสูงกว่า (Patient for Patient Safety (PFPS) 2006)

ธรรมาภิบาลทางคลินิกเป็นส่วนหนึ่งของกระแสการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจในระบบสาธารณสุข จากเดิมที่มีลักษณะเป็นแบบ ‘คุณพ่อรู้ดี’ (paternalistic model) ซึ่งมีสมมติฐานว่าแพทย์คือผู้เชี่ยวชาญผู้รู้ดีว่าอะไรคือทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย จึงควรมีสถานะเป็นผู้กำหนดทางเลือกและการตัดสินใจตลอดกระบวนการรักษา ไปสู่โครงสร้างความสัมพันธ์แบบใหม่ที่แพทย์กับผู้ป่วยร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์และข้อมูลส่วนตัว และร่วมตัดสินใจเรื่องต่างๆ ด้วยกัน (shared model) กล่าวคือ แพทย์และผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์สองทางตลอดการรักษา มีการปรึกษาหารือกันในทุกกระบวนการตั้งแต่การ

ออกแบบทางเลือก การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา และการพิจารณาผลสะท้อนกลับของการรักษา (Charles, Whelan and Gafni 1999, pp.780-781)

2.4.3 หลักการสำคัญของธรรมาภิบาลทางคลินิก

ธรรมาภิบาลทางคลินิกเป็นระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่มุ่งธำรงคุณภาพของบริการสาธารณสุขให้อยู่ในระดับสูง รวมถึงพัฒนามาตรฐานและคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยให้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นหลักประกันสำหรับสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขและความปลอดภัยของผู้ป่วย

Royal College of Nursing (RCN) แห่งสหราชอาณาจักรได้พัฒนาหลักการสำหรับปฏิบัติการสร้างธรรมาภิบาลทางคลินิก อันได้แก่ การมุ่งให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การบังคับใช้หลักธรรมาภิบาลทางคลินิกกับบริการสาธารณสุขทุกประเภทในทุกสถานที่ การทำงานร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด การมีส่วนร่วมของสาธารณะและผู้ป่วย การสร้างวัฒนธรรมเรียนรู้จากความผิดพลาดและชื่นชมความสำเร็จ รวมถึงการนิยามและการสื่อสารเรื่องธรรมาภิบาลทางคลินิกอย่างชัดเจนให้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกทุกคนเข้าใจและเชื่อมโยงกับงานของตนได้อย่างถูกต้อง

ปัจจัยสำคัญในการบรรลุหลักธรรมาภิบาลทางคลินิกดังกล่าวข้างต้นคือ การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรม วิธีคิด และพฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อให้หลักธรรมาภิบาลทางคลินิกสามารถเจริญงอกงามเกิดผลในเชิงปฏิบัติได้

Royal College of Nursing (2003) ได้อธิบายถึงแก่นหลักของธรรมาภิบาลทางคลินิก 4 ประการดังต่อไปนี้ (โปรดดูภาพที่ 2.2 ประกอบ)

(1) การยึดถือผู้ป่วยเป็นหัวใจของการบริการ กล่าวคือ การดำเนินการรักษาพยาบาลต้องยึดมั่นในการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ในฐานะผู้เชี่ยวชาญในการให้บริการและผู้ป่วย โดยการวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกันอย่างเท่าเทียมระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในทางที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการสาธารณสุขที่มีความแตกต่างกัน เช่น ในชุมชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม การสื่อสารข้อมูลอาจมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ เป็นต้น นอกจากนั้น ยังต้องให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมของการให้บริการโดยเฉพาะเรื่องความสะอาดของสถานที่ให้บริการ รวมถึง การรักษาสุขอนามัย เช่น การล้างมือ การเคลื่อนย้ายหรือหยิบจับวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ และการติดฉลากยาอย่างถูกต้องชัดเจน ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและพนักงานคลินิกทุกคน

(2) *ปฏิบัติการยกระดับคุณภาพ* ประกอบไปด้วยแนวทางต่างๆ ดังนี้

- *การบริหารจัดการความเสี่ยง* เพื่อเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยของบริการด้วยการคำนึงถึงโอกาสที่ผู้ป่วยอาจได้รับอันตราย เกิดความเสียหาย หรือถูกรบกวนจากกระบวนการรักษา เช่น การติดเชื้อ โดยมีระบบการสืบสวนและการเรียนรู้จากคำร้องเรียนเมื่อเกิดปัญหา
- *การรายงานเหตุการณ์* เช่น ความผิดพลาดในการใช้ยา การเสียชีวิตโดยไม่คาดหมาย ทั้งนี้เพราะความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมักเป็นความผิดพลาดเชิงระบบ เช่น ปัญหาเรื่องการสื่อสาร หรือความไม่พร้อมของเครื่องมือ ดังนั้น การสืบสวนเพื่อแก้ไขและเรียนรู้จากความผิดพลาดจะสามารถช่วยป้องกันความผิดพลาดในภายภาคหน้าได้
- *การร้องเรียนจากผู้ป่วย* ควรมีการสร้างระบบรับคำร้องเรียนจากผู้ป่วยและประชาชน ใส่ใจในคำร้องเรียน และตอบกลับคำร้องเรียนนั้นอย่างสุดกำลัง มีรายละเอียดชัดเจน และตรงไปตรงมา หากการจัดการคำร้องเรียนไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเรียบร้อยในสถานพยาบาลนั้นหรือผู้ป่วยยังไม่พอใจก็อาจส่งเรื่องต่อไปยังหน่วยงานภายนอกหรือจัดตั้งคณะกรรมการอิสระขึ้นมาจัดการปัญหา
- *การวิจัยเพื่อพัฒนาและประสิทธิผล* หมายถึง การตัดสินใจทางคลินิกควรอยู่บนฐานของหลักฐานข้อมูลที่ดีที่สุดเท่าที่มีอยู่ หลักฐานข้อมูลมีที่มาจากหลายแหล่ง เช่น งานศึกษาวิจัยที่มีคุณภาพ ความเห็นร่วมของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และประสบการณ์ของผู้ป่วย เพื่อส่งมอบการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย และมีการประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์เสมอ

(3) การพัฒนาบุคลากร ประกอบไปด้วยแนวทางต่างๆ ดังนี้

- *การจัดการด้านกำลังคนและเจ้าหน้าที่* โดยให้ความสำคัญต่อสมดุลระหว่างการใช้ชีวิตและการทำงาน การมุ่งให้จำนวนผู้ให้บริการมีเพียงพอต่อความต้องการ ความสามารถในการดึงดูดบุคลากรรุ่นใหม่เข้าทำงาน และความทันสมัย
- *การศึกษา การฝึกอบรม และการพัฒนาด้านกำลังคนอย่างต่อเนื่อง* โดยมีทั้งการพัฒนาทักษะทางคลินิกและทักษะด้านอื่นๆ ที่ช่วยให้สามารถทำงานร่วมกับผู้ป่วย และความรู้ในสาขาวิชาอื่นๆ ด้วย นอกจากนั้นควรมีการแบ่งสรรทรัพยากรในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีเพียงพอ ทั้งทรัพยากรทางการเงินและเวลา

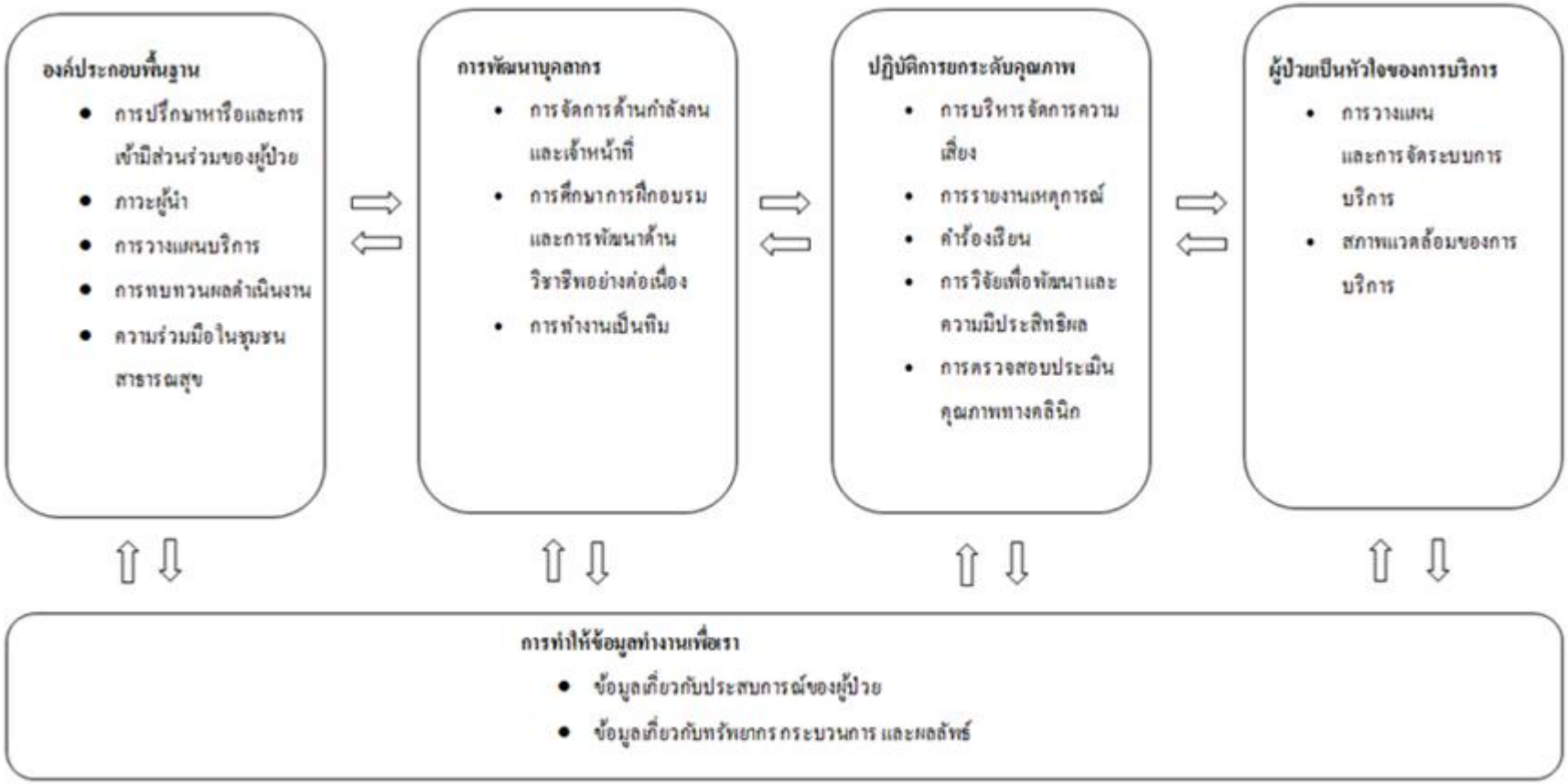
- *การทำงานเป็นทีม* โดยมีการทำงานบนฐานของความไว้เนื้อเชื่อใจ ความมุ่งมั่น และความเคารพต่อกันในหมู่สมาชิกทุกคนในทีมและผู้ป่วย ซึ่งจะสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อผู้นำมีความสามารถ และการมีช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน

(4) องค์ประกอบพื้นฐานของธรรมาภิบาลทางคลินิก ประกอบด้วย

- *การปรึกษาหารือและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุกระดับ* ตั้งแต่ระดับการวางแผน การพัฒนา และระดับปฏิบัติการ
- *ภาวะความเป็นผู้นำ* ผู้นำต้องรับบทบาทนำในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ผลักดันการพัฒนาสุขภาพของประชากร ส่งเสริมให้องค์การมีความอยู่ดีมีสุข มีระบบจัดการที่ดีและมีระบบความรับผิดชอบ รวมถึงมีบทบาทนำในการกระตุ้นและพัฒนาทีมงาน
- *การวางแผนบริการสาธารณสุข* เพื่อปรับปรุง ต่อขยาย และปฏิรูประบบสาธารณสุขในประเด็นต่างๆ เช่น การยกระดับมาตรฐาน การลดความเหลื่อมล้ำในการรับบริการ การเพิ่มการเข้าถึงบริการและความยืดหยุ่นในการบริการ รวมถึงการออกแบบบริการตามความต้องการของผู้ป่วยและสาธารณะ
- *การทบทวนและประเมินผลการดำเนินงาน* ทั้งในแง่ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ รวมถึงการบรรลุมาตรฐานที่มีคุณภาพในระดับสูง
- *ความร่วมมือในชุมชนสาธารณสุข* โดยสร้างกลไกในการดึงภาคสาธารณะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจระดับท้องถิ่น

แก่นหลักของธรรมาภิบาลทางคลินิกทั้งสี่ประการข้างต้นจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อสามารถทำให้ข้อมูลทำงานเพื่อเราได้ โดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากร กระบวนการ และผลลัพธ์ในกระบวนการทางคลินิก หัวใจสำคัญคือ การมีอยู่พร้อมของข้อมูลจากระบบจัดเก็บข้อมูลที่ดีจากทุกภาคส่วน เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการวางแผนการประชุม การดำเนินการ และการตรวจสอบประเมินคุณภาพของบริการสาธารณสุข ระบบข้อมูลที่ดีทำให้การรักษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นหัวใจของการบริการเกิดขึ้นได้จริง และช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของธรรมาภิบาลทางคลินิก

ภาพที่ 2.2 แก่นหลักของธรรมาภิบาลทางคลินิก



ที่มา: Royal College of Nursing (2003)

นอกจาก Royal College of Nursing (2003) แล้ว งานศึกษาอีกหลายชิ้นก็ได้กล่าวถึงรายละเอียดของหลักการสำคัญของธรรมาภิบาลทางคลินิก ตัวอย่างเช่น Starey (2001) Chandraharan (2007) Jaggs-Fowler (2011) ซึ่งสามารถสรุปลักษณะร่วมที่สำคัญได้ดังนี้

(1) หลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย สาธารณชน และผู้ประกอบวิชาชีพ (patient, public and career involvement)

หลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย สาธารณชน และผู้ประกอบวิชาชีพ หมายถึง การเปิดพื้นที่ให้ตัวแสดงทั้งหมดเข้ามามีบทบาทในกิจกรรมสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่การกำหนดและการตัดสินใจเชิงนโยบาย กระบวนการรักษา รวมถึงการส่งผลสะท้อนกลับภายหลังการเข้ารับบริการ ทั้งนี้ แพทย์มีหน้าที่ใช้ความเชี่ยวชาญของตนในการสนับสนุนผู้ป่วยด้วยการสรุปทางเลือกและแนวทางรักษาในรูปแบบที่เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย รวมถึงมีหน้าที่ในการจัดทำและเผยแพร่ข้อมูลที่สาธารณชนวงกว้างสามารถเข้าใจได้ เพื่อสร้างพลังให้ประชาชนทั่วไปที่มิได้มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมได้จริง อันนำมาซึ่งการตัดสินใจร่วมกันบนพื้นฐานของมุมมองที่ครบถ้วน รอบด้าน และหลากหลาย

(2) หลักการพัฒนาและประเมินคุณภาพ (quality improvement)

หลักการพัฒนาและประเมินคุณภาพ หมายถึง การมีกลไกในการประเมินและยกระดับคุณภาพที่ชัดเจน ถูกต้องตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยยังคงไว้ซึ่งเป้าหมายในการสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยได้ รวมถึงมีการวางแผนในระดับยุทธศาสตร์เพื่อตอบสนองสถานการณ์และสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างทันท่วงที เช่น มีการตั้งศูนย์พยาบาลสำหรับชนกลุ่มน้อย หรือผู้หญิงที่ท้องก่อนวัยอันควร ในกรณีที่ทั้งสองประเด็นกลายเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญขึ้นมา

ในแง่การประเมินคุณภาพ ควรมีการกำหนดมาตรฐาน ตัวชี้วัด และบทลงโทษที่ชัดเจนและบังคับใช้ได้จริง รวมถึงมีระบบการประเมินเพื่อต่ออายุผู้เชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอ (revalidation) เช่นกำหนดให้แพทย์ต้องต่ออายุใบอนุญาตทุกห้าปี นอกจากนั้น ควรมีการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ (culture of quality) ขึ้นในองค์การด้วย

(3) หลักการบริหารจัดการความเสี่ยง (risk management)

หลักการบริหารจัดการความเสี่ยง หมายถึง การสร้างวัฒนธรรม กระบวนการ และโครงสร้างที่มุ่งไปสู่การใช้ประโยชน์จากโอกาสต่างๆ อย่างเต็มศักยภาพ ขณะเดียวกันก็พยายามจัดการผลกระทบที่ไม่พึงปรารถนาด้วย หลักการบริหารจัดการความเสี่ยงประกอบด้วยการบ่งชี้ความเสี่ยง การวิเคราะห์และการ

ประเมินความเสี่ยง การลงมือจัดการความเสี่ยง และการควบคุมความเสี่ยง ซึ่งหมายรวมถึงการแบ่งปันและเรียนรู้จากประสบการณ์เผชิญเหตุการณ์เสี่ยงต่างๆ ทั้งหมดนี้ก็เพื่อป้องกันหรือลดโอกาสในการเกิดความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข

เมื่อเกิดความเสียหายขึ้น ระบบสาธารณสุขควรมีกลไกในการสรุปบทเรียน และวางแนวทางการป้องกันความเสียหายทางการแพทย์ในสามระดับ ได้แก่

- *ระดับระบบและองค์การ:* ควรให้ความสำคัญกับการรักษาคุณภาพในการปฏิบัติงาน เช่น การออกแบบขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบและได้มาตรฐาน การประเมินผลงานทั้งในระดับบุคคลและระดับทีมงาน รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และสภาพแวดล้อมที่สามารถรองรับสถานการณ์หรือผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ และกำหนดให้มีการระบุ วิเคราะห์ และประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
- *ระดับผู้ให้บริการ:* แพทย์ควรมีการปรึกษาหารือและประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับสถานการณ์เฉพาะหน้าอย่างสม่ำเสมอ มีการตรวจสอบว่าผู้ปฏิบัติงานมีภูมิคุ้มกันโรคที่กำลังรักษาและทำงานอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย นอกจากนี้ ควรมีระบบการพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ปฏิบัติงานให้ทันสมัยอยู่เสมอ
- *ระดับผู้ป่วย:* การปฏิบัติตามกฎข้อบังคับต่างๆ และการสอบถามข้อมูลของผู้ป่วยที่จำเป็นต่อกระบวนการรักษามีส่วนสำคัญในการลดความเสี่ยงของผู้ป่วย นอกจากนั้น ระบบต่างๆ ควรได้รับการทบทวนและตั้งคำถามอยู่เสมอ โดยเฉพาะการตรวจสอบคุณภาพในสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมถึงการเรียนรู้สรุปบทเรียนจากการร้องเรียนของผู้ป่วย

(4) หลักการบริหารจัดการบุคคล (staff management and performance)

หลักการบริหารจัดการบุคคล หมายถึง แนวทางการคัดเลือกบุคคลที่สอดคล้องกับธรรมาภิบาลทางคลินิก เช่น การผสมผสานทักษะที่แตกต่างหลากหลายเพื่อบรรลุคุณภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย การประเมินทักษะเบื้องต้นที่จำเป็นต่อมาตรฐานคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยและความมุ่งมั่นของผู้สมัคร รวมถึงแนวทางการธำรงรักษาคุณภาพของบุคลากร เช่นมีระบบแรงจูงใจที่ดีในการทำงานเพื่อดึงดูดและรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพ

(5) หลักการศึกษา การฝึกฝน และการพัฒนาความเชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง (education, training and continuous professional development)

หลักการศึกษา การฝึกฝน และการพัฒนาความเชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การสร้างผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้มีคุณภาพ มีความรู้ทันสมัย และมีทัศนคติในการพัฒนาตนเอง แนวทางในการบรรลุหลักการดังกล่าวได้แก่การสร้างความตระหนักรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วขององค์ความรู้ทางการแพทย์ในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพ และสร้างวัฒนธรรมติดตามการเปลี่ยนแปลงขององค์ความรู้ โดยเชื่อว่าองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขยังมีช่องว่างสำหรับการพัฒนาเสมอ นอกจากนั้น ควรมีการออกแบบแนวทางการพัฒนาศักยภาพและทักษะความเชี่ยวชาญให้สอดรับกับบุคลากรเป็นรายบุคคลและเหมาะสมกับวัฒนธรรม รวมถึงมีการพัฒนาอุปกรณ์และฝึกฝนทักษะการใช้งานอุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง และมีการสร้างกลไกเพื่อรับประกันว่าบุคลากรทั้งหมดจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดธรรมาภิบาลทางคลินิก

(6) หลักประสิทธิผลทางคลินิก (clinical effectiveness)

หลักประสิทธิผลทางคลินิก หมายถึง การส่งมอบผลผลิตบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพดีและปลอดภัยโดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ในการนี้ควรมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based) เป็นพื้นฐานในการวางแนวทางการดูแลรักษา และเลือกใช้แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดในการตัดสินใจวางแผนการรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของระบบบริการสาธารณสุขควรได้รับการตรวจสอบประเมินคุณภาพอย่างเป็นวิทยาศาสตร์และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอเพื่อพัฒนาการบริการให้ดียิ่งขึ้น

(7) หลักบริหารจัดการข้อมูล (information management)

หลักบริหารจัดการข้อมูล หมายถึง การสร้างระบบบันทึก เก็บรักษา บริหารจัดการ และเผยแพร่ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมบนพื้นฐานความยินยอมของผู้ป่วย โดยในเบื้องต้นจะต้องมีการออกแบบเอกสารมาตรฐานสำหรับเก็บข้อมูลโดยละเอียดจากผู้เข้ารับการรักษาโดยเฉพาะผู้สูงอายุและมีการบันทึกข้อมูลโดยอาศัยวัสดุที่เสื่อมสลายยาก

(8) หลักการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม (communication and teamwork)

หลักการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม หมายถึง การที่ผู้ให้บริการ ผู้ป่วย รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีวัฒนธรรมในการประสานความร่วมมือภายในองค์การทุกภาคส่วนผ่านการส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารและความร่วมมือในทุกระดับ ตั้งแต่ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้วยกันเอง ในคณะทำงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษา ไปจนถึงการสื่อสารและความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย นอกจากนี้ยังรวมถึงการปรึกษาหารือข้ามองค์การเพื่อค้นหาแนวทางการดูแลรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย

(9) ภาวะผู้นำ (leadership)

ภาวะผู้นำ หมายถึง การที่ผู้บริหารแต่ละระดับมีลักษณะความเป็นผู้นำ สามารถนำพาและกำกับทิศทางในการปฏิบัติตามหลักธรรมาภิบาลทางคลินิกในการปฏิบัติงานประจำวันต่อวัน นอกจากนั้น ควรใช้การประชุมและสัมมนาเป็นเครื่องมือในการสื่อสารแลกเปลี่ยนภายในองค์การเกี่ยวกับกิจกรรมธรรมาภิบาลทางคลินิก ในบางกรณีอาจเชิญตัวแทนผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมด้วย

2.5 กลไกการกำกับดูแลร่วม (partnership regulation)

2.5.1 แนวคิดกลไกการกำกับดูแลร่วม

กลไกการกำกับดูแลร่วม (partnership regulation) หมายถึง กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่มีกลไกความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดของระบบ ได้แก่ แพทย์และผู้ให้บริการสาธารณสุขอื่นๆ ผู้ป่วย ญาติพี่น้องผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป และภาครัฐ เป็นต้น จุดประสงค์สำคัญของกลไกการกำกับดูแลร่วมคือการยกระดับระบบความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุข เพื่อสร้างสมดุลระหว่างความเป็นอิสระของแพทย์และผู้ให้บริการสาธารณสุข กับการมีส่วนร่วม ตรวจสอบ และถ่วงดุลจากผู้รับบริการสาธารณสุขและภาคสาธารณะ

กลไกการกำกับดูแลร่วมมีบทบาทเข้าแทนที่กลไกการกำกับดูแลแบบดั้งเดิมซึ่งมีลักษณะเป็นการกำกับดูแลกันเองภายในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (pure specialist self-regulation) เพราะกลไกแบบกำกับดูแลกันเองถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากในช่วงยี่สิบปีหลังว่าเอื้ออำนวยให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญใช้ปกป้องผลประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันเองมากกว่าผลประโยชน์ของผู้รับบริการ

นวลน้อย ตรีรัตน์ และแบ๊งค์ งามอรุณโชติ (2555) ชี้ว่า ผู้ป่วยเผชิญปัญหาข้อมูลข่าวสารไม่สมบูรณ์ (asymmetric information) ในตลาดบริการสาธารณสุข เพราะผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจทางการแพทย์ไม่มากเท่าผู้ให้บริการ และไม่สามารถที่จะทราบถึงคุณภาพของบริการได้เลยจนกว่าจะได้บริโภคไปแล้ว ทำให้อำนาจต่อรองในตลาดบริการสาธารณสุขอยู่ในมือของแพทย์และโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วย

นอกจากนี้ การให้บริการสาธารณสุขนั้นไม่สามารถรับประกันได้ว่าผลการรักษาจะสมบูรณ์แบบทุกครั้ง ในขณะที่กระบวนการทางการแพทย์ยากที่จะมีเกณฑ์ประเมินที่เป็นวิทยาศาสตร์ เมื่อเกิดเหตุการณ์รักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจึงไม่สามารถชี้วัดได้ว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเหตุสุดวิสัยหรือเป็นผลมาจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ ความไม่ชัดเจนดังกล่าวนี้เปิดโอกาสให้แพทย์มีช่องทางในการตีความ

กฎเกณฑ์ มาตรฐาน และการกระทำของผู้ให้บริการในลักษณะช่วยเหลือกันเอง (Department of Health 2006, p.xi)

รายงาน Good doctors, safer patients (2006) ของ Department of Health แห่งสหราชอาณาจักร ซึ่งเป็นข้อเสนอในการเพิ่มความเข้มแข็งให้แก่ระบบเพื่อรับประกันและพัฒนาการทำงานของแพทย์และคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้เปรียบเทียบกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์กับวิชาชีพอื่นๆ ที่มีลักษณะเสี่ยงสูงและต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้บริโภคเหมือนดั่งวิชาชีพแพทย์เช่น นักบิน ผู้ควบคุมการจราจรทางอากาศ วิศวกรโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ ผู้จัดการขุดเจาะน้ำมันนอกชายฝั่ง เป็นต้น

กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาวิชาชีพที่มีความเสี่ยงสูงเหล่านี้ใช้หลักเกณฑ์การประเมินขีดความสามารถ (competence assessment) และหลักประกัน (assurance) ที่มีลักษณะร่วมกัน อันได้แก่ องค์การกำกับดูแลต้องมีความเป็นอิสระ ต้องมีการตรวจสอบวัดระดับความสามารถอย่างเป็นทางการและสม่ำเสมอ ต้องมีการนิยามมาตรฐานขีดความสามารถอย่างชัดเจน ต้องมีผู้ตรวจสอบประเมินคุณภาพที่ผ่านการฝึกฝนและได้รับการรับรอง ต้องมีทักษะอื่นที่ไม่ใช่ทักษะทางเทคนิค ต้องมีกระบวนการชดเชยความเสียหาย ต้องมีการทำสถานการณ์จำลอง ต้องมีการตรวจเช็คสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และต้องมีการเชื่อมโยงการประเมินขีดความสามารถเข้ากับการจัดการด้านความปลอดภัย

รายงานชี้ว่ากลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ พัฒนาไปไกลกว่าสาขาวิชาชีพแพทย์ในแง่การป้องกันความเสี่ยงสูงและในแง่การคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภคในหลายประเด็นที่สำคัญ เช่น นิยามมาตรฐานขีดความสามารถ การฝึกอบรมอย่างเข้มข้น ผู้ตรวจสอบประเมินคุณภาพที่ผ่านการฝึกฝนและได้รับการรับรอง การฝึกฝนทักษะด้านอื่น เช่น การทำงานเป็นทีม การสื่อสาร การตรวจเช็คสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การเชื่อมโยงการประเมินขีดความสามารถเข้ากับการจัดการความปลอดภัย เป็นต้น

เมื่อโครงสร้างสิ่งจูงใจของระบบการกำกับดูแลกันเองแต่ดั้งเดิมมีปัญหาในการส่งมอบการรักษาพยาบาลที่คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วย จนทำให้เกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ขึ้นมากมาย กลไกการกำกับดูแลร่วมจึงเป็นคำตอบของปัญหาดังกล่าว เพราะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและภาคสาธารณะเข้าไปมีส่วนร่วม ตรวจสอบ และถ่วงดุลกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ได้

2.5.2 แนวโน้มของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: สู่กลไกการกำกับดูแลร่วม

หากกล่าวเฉพาะกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ การสำรวจเชิงเปรียบเทียบในประเทศต่างๆ ได้แก่ ออสเตรเลีย แคนาดา ฟินแลนด์ เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ สหรัฐอเมริกา ในรายงาน Good doctors, safer patients (2006) พบว่า แนวโน้มของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เปลี่ยนแปลงไปสู่ทิศทางร่วมดังนี้

- กลไกการกำกับดูแลเปลี่ยนจากกลไกการกำกับดูแลกันเองสู่กลไกการกำกับดูแลร่วม โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลักและสร้างระบบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในการจัดการกับกรณีที่เกิดความผิดพลาดทางการแพทย์
- กลไกการกำกับดูแลมีกระบวนการและวิธีทำงานที่โปร่งใสมากขึ้น และมีระบบความรับผิดชอบต่อองค์การภายนอกมากขึ้น
- กลไกการกำกับดูแลเปลี่ยนจากการกำกับดูแลภายใต้องค์การเดียว ซึ่งทำหน้าที่ทั้งการกำหนดมาตรฐาน การดูแลระบบใบอนุญาต การสืบสวนสอบสวน การฟ้องคดี และการตัดสินคดี ไปสู่การกระจายอำนาจหน้าที่ไปยังองค์การหลายแห่ง เช่น แยกองค์การที่มีอำนาจหน้าที่ออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพออกจากองค์การควบคุมจริยธรรม และมีหลักเกณฑ์การกำกับดูแลที่หลากหลายขึ้น โดยออกหลักเกณฑ์ร่วมที่ใช้กำกับดูแลวิชาชีพด้านสุขภาพกลุ่มต่างๆ ควบคู่ไปกับหลักเกณฑ์เฉพาะที่ใช้กำกับดูแลวิชาชีพแต่ละด้าน ทั้งนี้เนื่องจากการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีม มากกว่าการทำงานในระดับปัจเจกบุคคล
- ความเป็นอิสระของกลไกการกำกับดูแลจากรัฐบาลมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละประเทศ โดยมีการออกแบบระบบความรับผิดชอบของกลไกการกำกับดูแลต่อรัฐบาลในรูปแบบต่างๆ กัน เช่น การจัดทำรายงานประจำปีเสนอต่อรัฐบาล ส่วนโครงสร้างทางการเงินขององค์การส่วนใหญ่มาจากค่าธรรมเนียมรายปีของสมาชิก นอกจากในฟินแลนด์ที่รัฐบาลมีบทบาทหลักในการกำกับดูแล และในเนเธอร์แลนด์ที่ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาล

- องค์การกำกับดูแลใช้ระบบประเมินขีดความสามารถอย่างสม่ำเสมอและเป็นการประเมินภาคบังคับ นอกจากนั้น บทบาทของสมาคมแพทย์เฉพาะทางและวิทยาลัยแพทย์ในการรักษาขีดความสามารถยังคงมีอยู่อย่างกว้างขวาง
- องค์การกำกับดูแลให้ความสำคัญกับการสร้างความมั่นใจต่อสาธารณชนว่าแพทย์สามารถรักษาขีดความสามารถในการทำหน้าที่ได้ ผ่านระบบการศึกษาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง การทดสอบความรู้ทางคอมพิวเตอร์ ระบบการประเมินแบบ 360 องศา และระบบการประเมินโดยเพื่อนร่วมงาน
- รูปแบบในการกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์มีความหลากหลายในแต่ละประเทศ ตั้งแต่ระบบที่มุ่งพัฒนามาตรฐานทั่วทั้งวงการ จนถึงระบบที่มุ่งตรวจจับการให้บริการที่มีปัญหา องค์การกำกับดูแลบางแห่งมุ่งการลงโทษ บางแห่งมุ่งส่งเสริมการเรียนรู้จากความผิดพลาดและการฟื้นฟูเยียวยาผู้เสียหาย
- ระบบกฎหมายมุ่งใช้หลักกฎหมายแพ่งแทนที่หลักกฎหมายอาญา
- กลไกการกำกับดูแลมุ่งพัฒนากระบวนการตรวจสอบประเมินคุณภาพที่เป็นวิทยาศาสตร์
- ระบบกำกับดูแลมุ่งเน้นปรัชญาสองแนวทาง ได้แก่ (1) *แนวทางการเรียนรู้* โดยมีพื้นฐานจากความไว้วางใจ การร่วมมือกัน และการประเมินโดยเพื่อนร่วมงาน เพื่อยกระดับมาตรฐานการให้บริการ และ (2) *แนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน* โดยมุ่งเน้นไปที่กลไกการประเมินผลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าแพทย์มีขีดความสามารถในการให้บริการในหลายมิติ
- ในบางประเทศมีการออกแบบระบบการต่อใบอนุญาต (revalidation system) แต่ยังไม่มีระบบหลักที่เป็นมาตรฐานสากล กระนั้น ประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึง ได้แก่ การเลือกประเด็นในการประเมินต่อใบอนุญาต การกำหนดมาตรฐานของการให้บริการ วิธีและเครื่องมือการทดสอบ หลักเกณฑ์ของการทดสอบ เช่น ระดับคะแนนผ่าน การคัดเลือกและฝึกอบรมผู้ประเมิน มาตรการจัดการแพทย์ที่ได้คะแนนต่ำกว่ามาตรฐาน และการออกแบบกระบวนการ ขั้นตอน และการจัดสรรทรัพยากรในกระบวนการต่อใบอนุญาต

2.5.3 หลักการสำคัญของกลไกการกำกับดูแลร่วม

จากการสังเคราะห์รายงาน Good doctors, safer patients (2006) รวมถึงงานของCornwall และคณะ (2000) และไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2555) พบว่า หลักการสำคัญของกลไกการกำกับดูแลร่วมมีดังต่อไปนี้

(1) การยึดถือหลักธรรมาภิบาลทางคลินิก (clinical governance) เป็นเป้าหมาย

ผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและยึดมั่นในหลักธรรมาภิบาลทางคลินิก ซึ่งยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย กลไกการกำกับดูแลร่วมมีส่วนสำคัญในการยกระดับธรรมาภิบาลทางคลินิก และหลักธรรมาภิบาลทางคลินิกก็มีกลไกการกำกับดูแลที่ดีและมีธรรมาภิบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญ

(2) หลักความเป็นอิสระ(autonomy)

หลักความเป็นอิสระ หมายถึง ผู้ดำรงตำแหน่งกรรมการในกลไกการกำกับดูแลวิชาชีพ จะต้องไม่ถูกครอบงำจากภาครัฐ ธุรกิจเอกชน ผู้ว่าจ้าง หรือแม้แต่จากกลุ่มวิชาชีพด้วยกันเอง เพื่อเป็นการรับประกันว่าการดำเนินงานต่างๆ เป็นไปเพื่อผลประโยชน์สูงสุดของส่วนรวม และเพื่อให้ความอิสระนี้เกิดขึ้นได้จริง กลไกการกำกับดูแลวิชาชีพจึงต้องมีระบบการสรรหากรรมการที่ดีเพื่อให้สามารถคัดสรรผู้มีความรู้ความสามารถและมีจิตอาสาอย่างแท้จริง

นอกจากนั้น ในแง่ความเป็นอิสระขององค์การ องค์การกำกับดูแลควรเป็นหน่วยงานที่มีความเป็นอิสระทั้งในแง่การบริหารจัดการและในแง่การเงิน กล่าวคือ มิได้มีสถานะเป็นเหมือนส่วนราชการทั่วไปและมิได้พึ่งพิงงบประมาณจากภาครัฐเป็นหลัก เช่น มีรายได้จากค่าธรรมเนียมการขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ เป็นต้น

(3) หลักการมีส่วนร่วม (participation)

หลักการมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดพื้นที่ให้ตัวแสดงอื่นๆ นอกเหนือจากแพทย์มีส่วนร่วมในกลไกการกำกับดูแล ตัวอย่างเช่น การเปิดโอกาสให้ตัวแทนภาคประชาชนเป็นกรรมการในสภาวิชาชีพด้านสาธารณสุขต่างๆ รวมถึงแพทยสภา จากการศึกษากรณีสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้ของไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2555) พบว่า คณะกรรมการแพทยสภาของทั้งสามประเทศประกอบด้วยกรรมการที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และกรรมการที่มิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ในกรณีของประเทศนิวซีแลนด์และแอฟริกาใต้ กรรมการที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์มีจำนวนมากกว่า แต่ในกรณีของสหราชอาณาจักรสัดส่วนกรรมการที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์มีจำนวนเท่ากัน

นอกจากนั้น การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนยังเกิดขึ้นผ่านกระบวนการรับฟังความเห็นและปรึกษาหารือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ อีกด้วย

(4) หลักการแบ่งแยกอำนาจ (separation of power)

หลักการแบ่งแยกอำนาจ หมายถึง การจัดโครงสร้างกลไกการกำกับดูแลให้มีการถ่วงดุลกัน ทั้งภายในตัวกลไกการกำกับดูแลเองและภายนอกกลไกการกำกับดูแล สำหรับการถ่วงดุลภายใน ควรมีการแยกองค์การที่ทำหน้าที่ในการออกแบบมาตรฐานทางการแพทย์ออกจากองค์การที่ทำหน้าที่วินิจฉัยตรวจสอบมาตรฐาน เพื่อป้องกันการผูกขาดอำนาจในการออกกฎกติกา การตีความ และการตัดสินไว้ที่องค์การเดียว สำหรับการถ่วงดุลภายนอก ควรมีการติดตามตรวจสอบประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการในทุกระดับให้เป็นไปตามที่สังคมคาดหวังโดยภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข ภายใต้กฎเกณฑ์และขั้นตอนที่แน่นอน

(5) หลักความโปร่งใส (transparency)

หลักความโปร่งใส หมายถึง การที่ผู้ดำรงตำแหน่งกรรมการในองค์การกำกับดูแลปราศจากผลประโยชน์ทับซ้อน รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลการดำเนินการอย่างโปร่งใสโดยกำหนดให้มีการเปิดเผยข้อมูลประวัติการทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ และผลประโยชน์ส่วนตนต่อสาธารณะ เช่น ความเป็นหุ้นส่วน ความเป็นเจ้าของกิจการ หรือการถูกว่าจ้างในกิจการใดๆ

นอกจากนี้ ควรมีระบบจัดเก็บข้อมูลสถิติเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ สามารถรักษาความลับตามความจำเป็น โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล มีการบริหารจัดการและเปิดเผยข้อมูลเหล่านี้ต่อสาธารณชนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมถึงมีการสนับสนุนให้ประชาชนและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้โดยง่าย

(6) หลักระบบความรับผิดชอบ (accountability)

หลักระบบความรับผิดชอบ หมายถึง กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ควรถูกออกแบบให้มีความรับผิดชอบต่อประชาชนซึ่งเป็นศูนย์กลางของระบบสาธารณสุข กลไกที่สำคัญ เช่น การตรวจสอบการทำงานของแพทยสภาจากองค์การภายนอก การตรวจสอบและบังคับใช้กฎเกณฑ์เรื่องความสามารถในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ (fitness to practice) จากองค์คณะที่เป็นอิสระจากแพทยสภา ซึ่งมีบุคคลในสาขาวิชาชีพอื่นร่วมคณะด้วย เป็นต้น

บทที่ 3
กรอบการวิเคราะห์ธรรมาภิบาลของกลไกการกำกับดูแล ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของไทย

ในบทที่แล้ว ผู้วิจัยได้สำรวจวรรณกรรมเบื้องต้นเกี่ยวกับกรอบแนวคิดว่าด้วยระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแล (governance) และระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ดี หรือธรรมาภิบาล (good governance) โดยเฉพาะอย่างยิ่งธรรมาภิบาลทางคลินิก (clinical governance) โดยชี้ให้เห็นว่ากลไกการกำกับดูแลร่วม (partnership regulation) มีส่วนสำคัญในการยกระดับธรรมาภิบาลทางคลินิก และหลักธรรมาภิบาลทางคลินิกนั้นมีกลไกการกำกับดูแลที่ดีและมีธรรมาภิบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญ

ในบทนี้ ผู้วิจัยจะสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากการสำรวจวรรณกรรมเบื้องต้นมาสร้างกรอบการวิเคราะห์ธรรมาภิบาลของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทย

3.1 กรอบการวิเคราะห์: สู่ 'กลไกการกำกับดูแลร่วมเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก'

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ซึ่งบังคับใช้อยู่ในปัจจุบันมีเจตนารมณ์เพื่อ *"ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชนให้รัดกุมยิ่งขึ้น"* ดังความปรากฏในหมายเหตุแนบท้ายกฎหมาย เจตนารมณ์ของแพทยสภาซึ่งทำหน้าที่ควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม จึงสอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาลทางคลินิกซึ่งเป็นมาตรฐานสากลในการประเมินคุณภาพของระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลของระบบสาธารณสุขในโลกปัจจุบัน และหลักธรรมาภิบาลทางคลินิกยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นแก่นหลัก

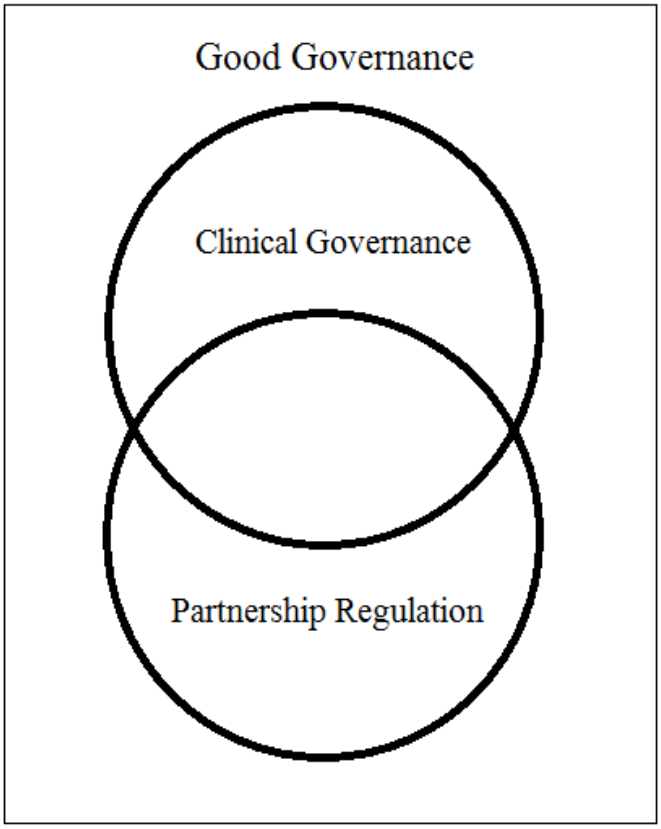
งานวิจัยหลายชิ้นชี้ว่ารูปแบบของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่ตอบโจทย์เรื่องการรักษาสิทธิและการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผลที่สุดคือ กลไกการกำกับดูแลร่วมระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ

ในด้านหนึ่ง กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่ดีมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างธรรมาภิบาลของระบบสาธารณสุข ซึ่งได้แก่หลักธรรมาภิบาลทางคลินิก ในอีกด้านหนึ่ง กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่ดีก็ต้องทำงานอย่างมีธรรมาภิบาลด้วยเช่นกัน ซึ่งกลไกการกำกับดูแลร่วมถูก

ประเมินคุณค่าว่าเป็นตัวอย่างของกลไกการกำกับดูแลที่มีธรรมาภิบาล กล่าวได้ว่า หลักธรรมาภิบาลทางคลินิกและกลไกการกำกับดูแลร่วมทำงานร่วมกันในการสร้างธรรมภิบาลในระบบสาธารณสุข

ดังนั้น หากพิจารณาโดยใช้มาตรฐานสากลเกี่ยวกับกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพของโลกและเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ของไทยเป็นเกณฑ์อ้างอิงแล้ว กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่พึงปรารถนาหรือมีธรรมาภิบาลคือกลไกที่ใช้หลักการกำกับดูแลร่วมเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังภาพที่ 3.1

ภาพที่ 3.1 ธรรมาภิบาลของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์:
กลไกการกำกับดูแลร่วมเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก



กระนั้น ในความเป็นจริง แพทยสภาในฐานะองค์การที่เป็นทางการในการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยมักถูกตั้งคำถามจากสังคมอยู่บ่อยครั้งว่ายังปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่สมดังเจตนารมณ์ของกฎหมาย คำถามสำคัญคือแท้ที่จริงแล้วแพทยสภามุ่งปกป้องผลประโยชน์ของแพทย์และสถานพยาบาลหรือมุ่งปกป้องผลประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก หลายคนถึงขนาดวิพากษ์วิจารณ์แพทยสภาว่ามีสถานะเป็น ‘สหภาพแพทย์ – สหภาพของแพทย์ โดยแพทย์ เพื่อแพทย์’ แทนที่จะเป็นกลไกในการคุ้มครองสิทธิ

และความปลอดภัยของผู้ป่วยตามหลักธรรมาภิบาลทางคลินิก มิพักต้องพูดถึงว่ากลไกแพทยสภาเป็นกลไกการกำกับดูแลกันเองในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ โดยภาคประชาสังคมไม่มีส่วนร่วมในการกำกับดูแลเลย ซึ่งระบบการกำกับดูแลกันเองเป็นระบบที่มีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือกันเองในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพ

หากเราตั้งเป้าหมายว่ากลไกการกำกับดูแลร่วมเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิกเป็นกลไกการกำกับดูแลที่พึงปรารถนาสำหรับประเทศไทยแล้ว กลไกการกำกับดูแลภายใต้แพทยสภาดังสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันก็นับว่ายังคงห่างไกลจากกลไกในอุดมคติดังกล่าวไม่น้อย กล่าวคือ มีช่องว่างระหว่าง 'กลไกการกำกับดูแลที่พึงปรารถนา' กับ 'กลไกการกำกับดูแลในความเป็นจริง'

ผู้วิจัยเสนอกรอบการวิเคราะห์หลักของโครงการวิจัยนี้ ได้แก่ การประเมินและวิเคราะห์ 'ช่องว่างแห่งความคาดหวัง' (expectation gap) ระหว่าง 'กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่พึงปรารถนา' กับ 'กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในความเป็นจริง' บนเส้นทางสู่ 'กลไกการกำกับดูแลร่วมเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก' โดยเฉพาะในแง่ของธรรมาภิบาลของกลไกการกำกับดูแล

ในด้านหนึ่ง ผู้วิจัยจะมุ่งทำความเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง สภาพปัญหาในปัจจุบัน และข้อเสนอว่าด้วยการปฏิรูปเพื่อลดช่องว่างความคาดหวังที่ดำรงอยู่ ในอีกด้านหนึ่ง ผู้วิจัยก็มุ่งศึกษาแนวคิดและองค์ประกอบของ 'กลไกการกำกับดูแลร่วมเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก' ควบคู่ไปด้วย

ในการประเมินและวิเคราะห์ 'ช่องว่างแห่งความคาดหวัง' โดยเฉพาะในแง่ธรรมาภิบาล ผู้วิจัยได้สังเคราะห์องค์ความรู้จากการสำรวจวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และเสนอว่าองค์ประกอบสำคัญของธรรมาภิบาลของ 'กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่พึงปรารถนาเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก' ควรมีองค์ประกอบ ดังนี้

- *การมีส่วนร่วม* กล่าวคือ มีกลไกในการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ โดยเฉพาะผู้รับบริการสาธารณสุข เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในฐานะกรรมการแพทยสภาหรืออนุกรรมการของแพทยสภา การแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นสำคัญที่เกี่ยวเนื่องกับผลประโยชน์ของผู้ป่วยและผลประโยชน์สาธารณะ เป็นต้น
- *ระบบความรับผิดชอบ* กล่าวคือ มีระบบประเมินและตรวจสอบว่าองค์การกำกับดูแลสามารถทำหน้าที่ตามพันธะผูกผันตามกฎหมายในการปกป้องคุ้มครองผู้ป่วยและประโยชน์สาธารณะได้ดีเพียงใด รวมถึงมีระบบการให้รางวัลและลงโทษฝ่ายปฏิบัติหน้าที่ได้ตามผลงานจริงที่เกิดขึ้น

- *ความโปร่งใส* กล่าวคือ มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณะ การส่งเสริมให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้โดยง่าย การป้องกันและตรวจจับคอร์รัปชั่นในองค์การ การจัดการปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อนในองค์การ รวมถึงความมีพร้อมของระบบข้อมูลที่จำเป็นและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาคุณภาพการให้บริการ
- *ความคาดการณ์ได้* กล่าวคือ มีความเป็นระบบ ความเป็นมืออาชีพ ความคงเส้นคงวา ความมีเหตุมีผล ความมีอยู่พร้อมของกฎกติกาที่ชัดเจน โปร่งใส และเป็นที่รับรู้ร่วมกัน รวมถึงมีการบังคับใช้กฎกติกาอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ
- *ความเป็นตัวแทนที่แท้จริง* กล่าวคือ ผู้บริหารขององค์การมีระดับความเป็นตัวแทนที่แท้จริงสูง เช่น องค์ประกอบของคณะกรรมการสะท้อนดุลอำนาจที่แท้จริงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในระบบสาธารณสุข
- *ความเป็นอิสระ* กล่าวคือ กลไกการกำกับดูแลมีความเป็นอิสระจากอำนาจรัฐ อำนาจทุน และอำนาจกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อตอบโจทย์ในการปกป้องผลประโยชน์สาธารณะและการรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างเต็มศักยภาพ
- *ความสามารถในการรักษาสมดุล* กล่าวคือ มีความสามารถในการรักษาสมดุลระหว่างผลประโยชน์ระยะสั้นและระยะยาว ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และระหว่างความเป็นผู้เชี่ยวชาญกับความเป็นผู้รับบริการสาธารณสุข
- *ความสามารถในการสร้างศักยภาพและรักษามาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์* เช่น มีระบบการศึกษาและการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ระบบต่อใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพแพทย์ ระบบตรวจสอบและประเมินคุณภาพของบริการสาธารณสุข และการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในการให้บริการสาธารณะ
- *ความสามารถในการทำงานจริงอย่างสอดคล้องต้องตามที่ได้ออกแบบไว้* กล่าวคือ ชีวิตการทำงานจริงและวิวัฒนาการของกลไกการกำกับดูแลมีความสอดคล้องต้องตามเจตนารมณ์ของกฎหมายและกฎกติกาที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะมุ่งเน้นบทบาทของแพทยสภาในด้านการควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชนและผลประโยชน์สาธารณะ เป็นส่วนหลัก

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง [ธรรมาภิบาลทางคลินิกและกลไกการกำกับดูแลร่วม] กับ [ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบบริการสาธารณสุข]

ภาพที่ 3.2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง [ธรรมาภิบาลทางคลินิกและกลไกการกำกับดูแลร่วม] กับ [ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบบริการสาธารณสุข] โดยพิจารณาว่าระบบบริการสาธารณสุขคือกระบวนการแปลง *'ทรัพยากรนำเข้า' (input)* เช่น ทรัพยากรบุคคล (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่คลินิก) เงินทุน เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ผ่าน *'กระบวนการ' (process)* ต่างๆ จนกลายเป็น *'ผลผลิตบริการสาธารณสุข' (output)* ทั้งในเชิงปริมาณ (การเข้าถึงอย่างถ้วนทั่ว กล่าวคือ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา จำนวนสถานบริการ) และในเชิงคุณภาพ (คุณภาพของการบริการและจำนวนความผิดพลาดทางการแพทย์) ซึ่งผลผลิตดังกล่าวสามารถสร้าง *'ผลได้ต่อสังคม' (outcome)* ได้แก่ การบรรลุหลักสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข การรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วย และความน่าเชื่อถือไว้วางใจของประชาชนต่อระบบบริการสาธารณสุข เป็นต้น

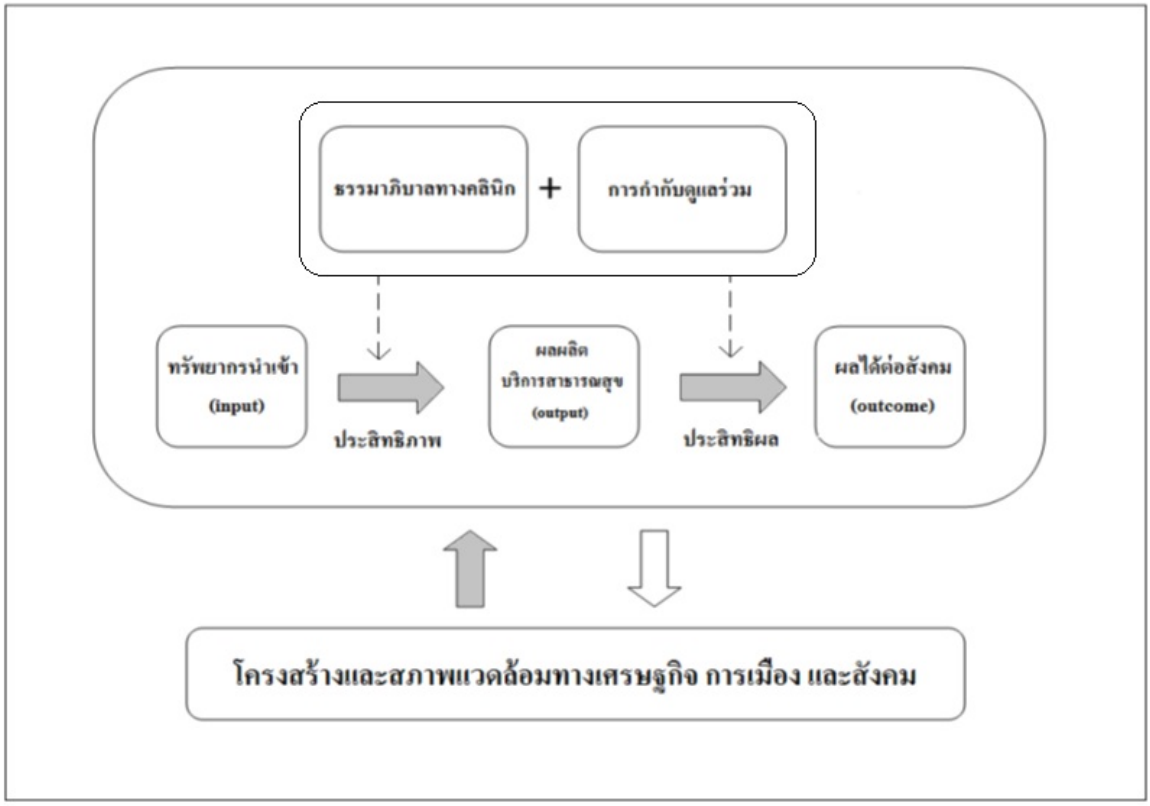
ธรรมาภิบาลทางคลินิกและกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่ดีย่อมส่งผลกระทบอย่างสำคัญต่อการสร้าง 'ประสิทธิภาพ' (efficiency) และ 'ประสิทธิผล' (effectiveness) ของระบบสาธารณสุข โดยที่

- *ประสิทธิภาพ* คือ ความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรเพื่อผลิตบริการสาธารณสุขทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น การใช้ต้นทุนต่ำที่สุดในการผลิตบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานในปริมาณที่ต้องการ หรือการผลิตบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานในปริมาณมากที่สุดภายใต้ทรัพยากร (เงินทุน) ที่มีอยู่อย่างจำกัดจำนวนหนึ่ง ทั้งนี้ การประเมินประสิทธิภาพเป็นการประเมินกระบวนการระหว่างขั้น 'ทรัพยากรนำเข้า' ถึงขั้น 'ผลผลิตบริการสาธารณสุข' ในภาพที่ 3.2
- *ประสิทธิผล* คือ ความสามารถในการสร้างผลได้ต่อสังคมของผลผลิตบริการสาธารณสุขที่เกิดขึ้น เช่น ผลผลิตบริการสาธารณสุขที่ได้นำพาการบรรลุซึ่งหลักสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข การรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงความน่าเชื่อถือไว้วางใจของประชาชนต่อระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างแท้จริงหรือไม่ เพียงใด ทั้งนี้ การประเมินประสิทธิผลเป็นการประเมินกระบวนการระหว่างขั้น 'ผลผลิตบริการสาธารณสุข' ถึงขั้น 'ผลได้ต่อสังคม' ในภาพที่ 3.2

กล่าวโดยสรุป สำหรับระบบบริการสาธารณสุข กระบวนการแปลงทรัพยากรนำเข้า (input) เป็นผลผลิตบริการสาธารณสุข (output) ควรเป็นกระบวนการที่มีธรรมาภิบาลและมีประสิทธิภาพ เช่นนี้แล้วผลผลิตบริการสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจึงสามารถสร้างผลได้ต่อสังคม (outcome) ได้อย่างมีประสิทธิผล กล่าวคือ ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีความเชื่อถือในตัวแพทย์และกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้จำนวนคดีที่ผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์ในกระบวนการยุติธรรมลดน้อยลง อันเป็นผลดีต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ควรกล่าวด้วยว่า ระบบบริการสาธารณสุขทั้งระบบมิได้แยกขาดจากโครงสร้างและสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง หากแต่ระบบบริการสาธารณสุขถูกกำหนดจากโครงสร้างและสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ทั้งในส่วนของกระบวนการผลิตบริการสาธารณสุข ระบบธรรมาภิบาล และกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ในทางกลับกัน สภาพของระบบบริการสาธารณสุขทั้งระบบก็ส่งผลสะท้อนกลับไปกระทบโครงสร้างและสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองด้วยเช่นกัน ดังแสดงไว้ในภาพที่ 3.2

ภาพที่ 3.2 ระบบบริการสาธารณสุข ธรรมาภิบาล และกลไกการกำกับดูแล



บทที่ 4

กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของไทย: บทวิเคราะห์เชิงกฎกติกา

4.1 ความนำ

ในปัจจุบัน กฎหมายหลักว่าด้วยกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย คือ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ซึ่งมีผลบังคับใช้แทนที่พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 เนื่องจาก *"กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันได้ใช้บังคับมานานแล้ว และมีบทบัญญัติหลายประการที่ไม่เหมาะสมกับกาลสมัย สมควรปรับปรุงให้เหมาะสมเพื่อควบคุมการประกอบอาชีพเวชกรรมและคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชนให้รัดกุมยิ่งขึ้น"* (หมายเหตุแนบท้ายพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525)

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมทั้งฉบับปี 2511 และปี 2525 บัญญัติให้มีการจัดตั้ง 'แพทยสภา' ขึ้น เพื่อเป็นองค์การทางการในการควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม โดยมีลักษณะเป็นกลไกการกำกับดูแลกันเองในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ การสถาปนาแพทยสภาในปี 2511 ถือเป็นจุดตั้งต้นของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์อย่างเป็นการเฉพาะและเป็นระบบในประเทศไทย

ก่อนหน้าที่กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมได้รับการประกาศใช้ในปี 2511 กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์มีความแตกต่างจากสภาพปัจจุบันอย่างยิ่ง *ประการแรก* กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์มิได้แยกออกมาเป็นการเฉพาะจากกลไกการกำกับดูแลการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งครอบคลุมสาขาอื่นๆ เข้าไว้ด้วย เช่น ทันตกรรม เภสัชกรรม การผดุงครรภ์ และการพยาบาล เป็นต้น *ประการที่สอง* กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในยุคเริ่มแรกมีสภาพเป็นกลไกการกำกับดูแลโดยรัฐ สังกัดอยู่ภายใต้ระบบราชการ และมิได้มีสถานะเป็นสภาวิชาชีพที่กำกับดูแลกันเองเหมือนดังปัจจุบัน

กฎหมายฉบับแรกที่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวข้องกับการควบคุมการประกอบวิชาชีพแพทย์คือ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 ซึ่งมีเจตนารมณ์เพื่อ *"ควบคุม วางระเบียบ บังคับ และเลื่อนฐานะแห่งการประกอบโรคศิลปะให้สูงยิ่งขึ้นไป"* (คำปรารภ) โดยมีขอบเขตอำนาจครอบคลุม *"การบำบัดโรคทางยาและทางผ่าตัด รวมทั้งการผดุงครรภ์ การช่างฟัน การสัตวแพทย์ การปรุงยา การพยาบาล การนวด หรือการรักษาคนบาดเจ็บป่วยไข้โดยประการใดๆ"* (มาตรา 3)

พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 บัญญัติให้มีการจัดตั้ง ‘สภาการแพทย์’ ขึ้น โดยอาจถือได้ว่าเป็นรากเหง้าและต้นแบบแรกเริ่มของแพทยสภา แม้ว่าเจตนารมณ์และอำนาจหน้าที่ของสภาการแพทย์จะมีความคลับคล้ายคลับคลากับแพทยสภาในบางด้าน แต่สภาการแพทย์มิได้มีสถานะเป็นสภาวิชาชีพที่บังคับให้แพทย์ทุกคนต้องเป็นสมาชิก หากมีฐานะเป็นส่วนราชการระดับกรมของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งในเวลานั้นกำกับดูแลกรมสาธารณสุข (หรือกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน)

ต่อมาได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 แทนที่พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 เพื่อยกระดับมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะให้สูงขึ้น สาระสำคัญของกฎหมายฉบับดังกล่าวคือการจัดตั้ง ‘คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ’ เพื่อทำหน้าที่กำกับควบคุมการประกอบโรคศิลปะ แทนที่ ‘สภาการแพทย์’ โดยมีอธิบดีกรมสาธารณสุข (หรือปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเวลาต่อมา) เป็นประธานคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ และมีผู้แทนของผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาต่างๆ ซึ่งมาจากการแต่งตั้งของรัฐมนตรี เป็นกรรมการ

กระทั่งเมื่อมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 อันเป็นรากฐานของ ‘แพทยสภา’ สมัยใหม่ งานในส่วนของการควบคุมการประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขาเวชกรรมชั้นหนึ่งจึงถูกแยกออกไปอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม และให้ผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะอยู่ก่อนแล้ว กลายมาเป็นสมาชิกแพทยสภาและมีสภาพเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เนื้อหาในบทที่ 4 จะเป็นการศึกษาวิเคราะห์เนื้อหาสาระและวิวัฒนาการของกฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย โดยศึกษาเปรียบเทียบพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 และ พ.ศ. 2525 ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะให้น้ำหนักกับการศึกษาพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมทั้งสองฉบับเป็นหลัก และมุ่งศึกษาในประเด็นสำคัญคือโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ขององค์การกำกับดูแล และกลไกการควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

4.2 กฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในยุคก่อนแพทยสภา

เนื้อหาในส่วนนี้จะเป็นการวิเคราะห์กฎหมายในอดีตสองฉบับคือ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 และพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 ซึ่งเป็นกฎหมายในยุคก่อนแพทยสภา

ถือกำเนิด ในสมัยนั้น กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์มิได้แยกออกมาเป็นการเฉพาะจากกลไกการกำกับดูแลการประกอบโรคศิลปะและมีสภาพเป็นกลไกการกำกับดูแลโดยรัฐภายใต้ระบบราชการ

4.2.1 สภาการแพทย์

กลไกแรกสุดที่มีบทบาทในการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์คือ 'สภาการแพทย์' ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 ซึ่งเป็นกฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะฉบับแรกของประเทศไทย กฎหมายฉบับดังกล่าวมีขอบเขตอำนาจครอบคลุมมากกว่าการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ซึ่งตามกฎหมายหมายถึงการบำบัดโรคทางยาและทางผ่าตัด) โดยรวมการผดุงครรภ์ ทันตกรรม การสัตวแพทย์ การปรุงยา การพยาบาล การนวด หรือการรักษาคนบาดเจ็บป่วยไข้ด้วยวิธีอื่นๆ เข้าไว้ด้วย[1] กล่าวคือ แพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นหนึ่งในผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ ซึ่งทุกสาขาล้วนอยู่ภายใต้การกำกับควบคุมของกฎหมายฉบับนี้ทั้งสิ้น

(1) โครงสร้างองค์การกำกับดูแล

สภาการแพทย์เป็นนิติบุคคลและมีฐานะเป็นหน่วยราชการในสังกัดกระทรวงมหาดไทย ซึ่งในเวลานั้นมีหน้าที่บังคับบัญชากรมสาธารณสุข (หรือกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน) สภาการแพทย์มิใช่สภาวิชาชีพ ไม่มีบทบัญญัติที่กำหนดให้แพทย์ทุกคนต้องเป็นสมาชิกเหมือนดังเช่นแพทยสภาในปัจจุบัน กล่าวได้ว่าสภาการแพทย์เป็นองค์การกำกับควบคุมโดยรัฐ โดยมีอธิบดีกรมสาธารณสุข (เทียบเท่าตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน) เป็นสภานายก (หมายถึงนายกแพทยสภาในปัจจุบัน) และมีกรรมการประกอบด้วย

ก. ผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ แห่งละ 1 คน ได้แก่ ผู้แทนจากกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กรมสาธารณสุข กรมแพทย์สุขาภิบาลทหารบก กรมแพทย์พยาบาลทหารเรือ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สภากาชาดสยาม และแพทย์สมาคม

และ ข. กรรมการนอกทำเนียบราชการที่เรียกว่า *"กรรมการชะเลยศักดิ์"* ในฐานะผู้แทนของผู้ประกอบโรคศิลปะทั้งหลายทั่วไปจำนวน 2-7 คน โดยเลือกตั้งในการประชุมใหญ่ของสภาการแพทย์

[1]ต่อมา พระราชบัญญัติการแพทย์เพิ่มเติม พ.ศ. 2472 แก้นิยามของโรคศิลปะโดยตัดการสัตวแพทย์ออกไป และปรับ 'การปรุงยา' เป็น 'การปรุงหรือจำหน่ายยา'

กรรมการสภาการแพทย์อยู่ในตำแหน่งคราวละ 3 ปี และสามารถเลือกหรือตั้งซ้ำใหม่ได้ (มาตรา 4) นอกจากนั้น กฎหมายยังกำหนดให้กรรมการสภาการแพทย์ทุกคน ยกเว้นสภานายก ต้องเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะที่ได้ขึ้นทะเบียนแล้ว (มาตรา 6)

ต่อมา พระราชบัญญัติการแพทย์เพิ่มเติม พ.ศ. 2472 ได้เปลี่ยนชื่อ 'สภาการแพทย์' เป็น 'คณะกรรมการแพทย์' และเปลี่ยนชื่อตำแหน่งต่างๆ จาก 'สภานายก' เป็น 'ประธานคณะกรรมการแพทย์' จาก 'อุปนายกสภาการแพทย์' เป็น 'รองประธานคณะกรรมการแพทย์' รวมถึงปรับเปลี่ยนองค์ประกอบใหม่ โดยให้อธิบดีกรมสาธารณสุขเป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วยผู้แทนจากกระทรวงธรรมการ กรมมหาดไทย กรมสาธารณสุข กรมแพทย์สุขาภิบาล กระทรวงกลาโหม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สภากาชาดสยาม และแพทย์สมาคม องค์การละ 1 คน และ *"กรรมการชะเลยศักดิ์"* มีจำนวนลดลงเหลือ 2-5 คน แต่ยังคงมีที่มาจากเลือกตั้งในการประชุมใหญ่ของสภาการแพทย์

(2) อำนาจหน้าที่

อำนาจหน้าที่ของสภาการแพทย์คือ การออกใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ การจดทะเบียนบุคคลผู้ได้รับอนุญาตประกอบโรคศิลปะ และการสืบสวนหรือไต่สวนเกี่ยวกับความเหมาะสมของผู้ขอขึ้นทะเบียนทั้งความสามารถ (*"วิทยาคุณ"* ในวิชาชีพ) และจริยธรรมของวิชาชีพ (*"ความมั่นคงในธรรมจรรยามรรยาทเนื่องในวิชาชีพ"*) นอกจากนั้น สภาการแพทย์ยังมีหน้าที่เป็นที่ปรึกษาของกระทรวงศึกษาธิการด้านหลักสูตรการประกอบโรคศิลปะ การสอบไล่ และความรู้ความชำนาญในโรคศิลปะสาขาต่างๆ อีกด้วย (มาตรา 9) อำนาจหน้าที่เหล่านี้สอดคล้องไปในทางเดียวกับอำนาจหน้าที่ของแพทยสภาในปัจจุบัน

พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 กำหนดให้ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตจากสภาการแพทย์เสียก่อนจึงจะสามารถประกอบวิชาชีพได้ กระนั้น กฎหมายฉบับดังกล่าวไม่ได้กำหนดคุณสมบัติความรู้ด้านวิชาชีพของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะไว้อย่างชัดเจนแต่ให้อำนาจสภาการแพทย์สืบหรือไต่สวนเพื่อวินิจฉัยได้ว่า *"ผู้ใดเปนผู้ที่มีคุณสมบัติควรแก่การขึ้นทะเบียนได้หรือไม่"* (มาตรา 9 ก) หากเห็นว่ามีคุณสมบัติไม่เหมาะสมหรือเคยกระทำความผิดร้ายแรงจนเสื่อมเสียเกียรติโดยคำวินิจฉัยของเจ้าหน้าที่หรือคำพิพากษาลงโทษของศาล ก็อาจไม่ออกใบอนุญาตและรับขึ้นทะเบียนได้ (มาตรา 11) ทั้งนี้กฎหมายให้อำนาจสภาการแพทย์ในการออกกฎข้อบังคับว่าด้วยการขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาต (มาตรา 8 ก) และยังให้มีกฎเสนาบดีระบุและกำหนดลำดับชั้นต่างๆ สำหรับการบรรจุผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ โดยบังคับว่าหากเป็นผู้มีประกาศนียบัตรของกระทรวงศึกษาธิการหรือ

โรงเรียนใดๆ ที่หลักสูตรเสมอกัน ให้บุคคลนั้นได้ขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตในชั้นสูงที่สุดของสาขาที่ได้รับประกาศนียบัตร (มาตรา 16)

ควรกล่าวด้วยว่า พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 กำหนดให้ผู้ขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตต้องขึ้นทะเบียนต่ออายุตามกาละและกำหนดเวลา ซึ่งเสนาบดีสั่งและประกาศในราชกิจจานุเบกษา หากผู้ใดไม่ขึ้นทะเบียนต่ออายุก็จะถือว่าขาดจากทะเบียนและการอนุญาต (มาตรา 14)

(3) การดำเนินการด้านจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

ในกรณีที่ผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะมีพฤติกรรมล่วงละเมิด *"บทบังคับสำหรับมรรยาทในวิชาชีพ"* ของสภาการแพทย์ (มาตรา 8 ค) ให้สภาการแพทย์สามารถสั่งพักใบอนุญาตผู้นั้นชั่วคราว ไม่เกิน 5 ปี หรือเพิกถอนการอนุญาตและขีดฆ่าชื่อออกจากทะเบียน จนกระทั่ง *"เมื่อได้ประพฤติแก้ตัวมาโดยระยะเวลาพอสมควรแล้ว"* สภาการแพทย์อาจเห็นควรให้การอนุญาตใหม่ได้ (มาตรา 12)

ทั้งนี้ ในกระบวนการพิจารณาด้านจริยธรรม ให้ดำเนินการตามวิธีการในกฎข้อบังคับ และเป็นไปโดยข้อตกลงที่รับรองร่วมกันในที่ประชุมใหญ่ โดยผู้ต้องหาต้องได้รับแจ้งความบอกกล่าวให้รู้ตัวตามควร และมีโอกาสยื่นคำให้การแก้คดีได้ (มาตรา 12)

ในกรณีที่สภาการแพทย์ไม่ยอมให้ใบอนุญาต พักการอนุญาต หรือเพิกถอนการอนุญาตและขีดฆ่าชื่อออกจากทะเบียน ให้เจ้าทุกข์มีสิทธิที่จะอุทธรณ์คำวินิจฉัยของสภาต่อเสนาบดีได้ และให้ถือคำสั่งของเสนาบดีเป็นเด็ดขาด (มาตรา 13)

พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 กำหนดบทลงโทษสำหรับความผิดต่างๆ ได้แก่ การประกอบโรคศิลปะแบบผิดกฎหมาย เช่น มิได้ขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตจากสภาการแพทย์ หรือประกอบวิชาชีพในช่วงที่ถูกพักหรือเพิกถอนใบอนุญาต การแสร้งแสดงตนว่าเป็นแพทย์โดยเจตนาทุจริต และการประกอบโรคศิลปะนอกเหนือจากที่ได้รับอนุญาต โดยฐานความผิดเหล่านั้นมีโทษปรับไม่เกิน 500 บาท หรือจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 17 18 และ 19) และหากผู้ใดกระทำความผิดซ้ำภายในเวลา 5 ปี ให้ต้องโทษปรับไม่เกิน 1,000 บาท และจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 20) นอกจากนี้ กฎหมายกำหนดให้เจ้าพนักงานอัยการหรือสภาการแพทย์เป็นผู้ฟ้องคดีเท่านั้น (มาตรา 21)

4.2.2 คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ

พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 ได้รับการประกาศใช้ให้เป็นกฎหมายว่าด้วยการกำกับควบคุมการประกอบโรคศิลปะแทนพระราชบัญญัติการแพทย์ โดยครอบคลุมทั้งการประกอบ

โรคศิลปะแผนปัจจุบันและแผนโบราณ ทั้งนี้ นิยามของคำว่า 'โรคศิลปะ' ถูกกำหนดไว้คล้ายกับนิยามตามพระราชบัญญัติการแพทย์ โดยครอบคลุมถึงเวชกรรม ทันตกรรม เภสัชกรรม การผดุงครรภ์ การพยาบาล และการกระทำโดยวิธีอื่นใดเพื่อบำบัดโรค (มาตรา 4) กระนั้นในส่วนของคำนิยามของคำว่า 'เภสัชกรรม' ได้ตัดการจัดจำหน่ายยาออกไปด้วย

ต่อมาในกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ฉบับปี 2483 (ฉบับที่ 3) ได้แก้ไขปรับปรุงคำนิยามของคำว่า 'โรคศิลปะ' จาก *"กิจการอันเกี่ยวแก่การบำบัดโรคของมนุษย์"* เป็น *"กิจการใดๆ อันกระทำโดยตรงต่อร่างกายของมนุษย์ในการบำบัดโรคซึ่งรวมตลอดถึงการตรวจโรคและป้องกันโรคในสาขาต่างๆ"* ซึ่งจะเห็นว่าได้มีการขยายกรอบการนิยามเวชกรรมจากการบำบัดโรคเพียงเท่านั้นเป็นการตรวจโรคและการป้องกันโรคด้วยเป็นครั้งแรก

จากนั้น กฎหมายฉบับปี 2509 (ฉบับที่ 7) จึงได้เพิ่มนิยามของคำว่า 'โรคศิลปะ' ด้วยการเพิ่มการประกอบโรคศิลปะเพื่อการเสริมสวย การคุมกำเนิด การทำหมัน หรือการบำรุงร่างกาย และต่อมา คำสั่งของคณะปฏิรูปการปกครองแผ่นดินฉบับที่ 38 พ.ศ. 2519 ได้เพิ่มเติมสาขากายภาพบำบัดและเทคนิคการแพทย์เข้าไปด้วย

กล่าวสำหรับนิยามของคำว่า 'เวชกรรม' กฎหมายฉบับปี 2479 นิยามว่าหมายถึงการบำบัดโรคทางยา ผ่าตัด และสูติกรรม จากนั้น กฎหมายฉบับปี 2483 (ฉบับที่ 3) เพิ่มเติมว่าหมายถึงการบำบัดโรคทางยา ศัลยกรรม แสงรัศมี สูติกรรม และจิตวิเคราะห์ จวบจนกระทั่งกฎหมายฉบับปี 2509 (ฉบับที่ 7) เป็นต้นมา จึงได้นิยามคำว่า 'เวชกรรม' ไว้ว่า *"การตรวจโรค การป้องกันโรค หรือการบำบัดโรคมนุษย์ด้วยกรรมวิธีของการประกอบโรคศิลปะตามแผนนั้นๆ"*

(1) โครงสร้างองค์การกำกับดูแล

พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะกำหนดให้มีการจัดตั้ง 'คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ' ประกอบด้วย อธิบดีกรมสาธารณสุขเป็นประธาน เจ้าหน้าที่กรมสาธารณสุข กรมหรือกองแพทย์ทหาร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แห่งละ 2 คน ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาทันตกรรม เภสัชกรรม การผดุงครรภ์ การพยาบาล สาขาละ 1 คน และผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ 2 คน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการ กรรมการอยู่ในตำแหน่งคราวละ 3 ปี และต้องเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะตามกฎหมาย (มาตรา 6)

องค์ประกอบของคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะมีการปรับเปลี่ยนแปลงตามสมควรเมื่อมีการแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะครั้งต่างๆ ดังต่อไปนี้

- *กฎหมายฉบับปี 2490 (ฉบับที่ 5)* ปรับองค์ประกอบให้ชื่อตำแหน่งสอดคล้องเป็นปัจจุบัน โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน กรรมการประกอบด้วย เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม อย่างละ 2 คน มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์วิทยาลัยละ 2 คน และตัวแทนผู้ประกอบโรคศิลปะแต่ละสาขาเพิ่มจาก 1 คน เป็น 2 คน นอกจากนั้นยังปรับให้ปลัดกระทรวงเป็นผู้เสนอชื่อตัวแทนผู้ประกอบโรคศิลปะให้รัฐมนตรีแต่งตั้ง และปรับลดวาระการดำรงตำแหน่งเหลือ 2 ปี และห้ามดำรงตำแหน่งติดต่อกันสองครั้ง
- *กฎหมายฉบับปี 2511 (ฉบับที่ 8)* เพิ่มตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงกลาโหมเป็น 3 คน และกำหนดตัวแทนจากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ 2 คน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2 คน นอกจากนั้น ยังยกเลิกข้อบังคับห้ามดำรงตำแหน่งติดต่อกันสองครั้งด้วย
- *คำสั่งของคณะปฏิรูปการปกครองแผ่นดินฉบับที่ 38 พ.ศ. 2519* แก้ไขชื่อมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์เป็นมหาวิทยาลัยมหิดลให้สอดคล้องกับชื่อมหาวิทยาลัยที่ถูกปรับเปลี่ยนแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512 และเพิ่มตัวแทนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัดและเทคนิคการแพทย์สาขาละ 2 คน
- *กฎหมายฉบับปี 2530 (ฉบับที่ 9)* ปรับสัดส่วนกรรมการโดยเพิ่มตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขเป็น 4 คน ส่วนในภาคการศึกษาปรับเปลี่ยนกรรมการให้เป็นตัวแทนทบวงมหาวิทยาลัยจำนวน 4 คน และเพิ่มผู้แทนแพทยสภาและผู้แทนสภาการพยาบาลสถาบันละ 2 คนร่วมเป็นกรรมการ

(2) อำนาจหน้าที่

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะคือการรับขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ประกอบโรคศิลปะ การสั่งพักหรือเพิกถอนใบอนุญาตผู้ประกอบโรคศิลปะ การให้คำปรึกษาและคำแนะนำเรื่องหลักสูตรการศึกษาในสาขาวิชาเกี่ยวกับโรคศิลปะ และการโฆษณาด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมิให้ประชาชนเข้าใจผิดจนเป็นอันตรายอันเนื่องจากการประกอบโรคศิลปะ (มาตรา 8) จะเห็นได้ว่าอำนาจหน้าที่เรื่องการโฆษณาประชาสัมพันธ์ต่อสาธารณะถูกบัญญัติเพิ่มเติมขึ้นจากพระราชบัญญัติการแพทย์

พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะให้อำนาจแก่คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะในการตั้งคณะอนุกรรมการสอบสวนเพื่อพิจารณาเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการชุดใหญ่เกี่ยวกับ

การขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาตและการไต่สวนเพื่อวินิจฉัยสั่งพักหรือเพิกถอนใบอนุญาตผู้ประกอบโรคศิลปะ ทั้งนี้ อนุกรรมการอาจเป็นกรรมการในคณะกรรมการชุดใหญ่หรือไม่ก็ได้ แต่ต้องเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ (มาตรา 9)

พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 กำหนดให้ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตจากคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะเสียก่อนจึงจะสามารถประกอบวิชาชีพได้ แต่ได้กำหนดข้อยกเว้น (เพิ่มเติมจากกรณีพระราชบัญญัติการแพทย์) ในกรณีที่เป็นนักเรียนแพทย์ พนักงานสาธารณสุขและผู้ได้รับมอบหน้าที่จากราชการให้ประกอบโรคศิลปะเฉพาะอย่างเพื่อช่วยเหลือประชาชนในกรณีที่จำเป็น เช่น การปลูกฝี ฉีดวัคซีน และแพทย์ต่างประเทศที่มาทำงานชั่วคราวไม่เกิน 3 เดือน (มาตรา 11)

กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะไว้อย่างชัดเจน โดยต้องมีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหาย ไม่เคยต้องโทษจำคุกในคดีที่นำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ และไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือทุพพลภาพ (มาตรา 14)

ในแง่ความรู้ด้านวิชาชีพของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง (เวชกรรม) ต้องมีปริญญาหรือประกาศนียบัตรจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหรือสถานศึกษาอื่นที่มีหลักสูตรเทียบเท่า สำหรับผู้ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศต้องมีปริญญาหรือประกาศนียบัตรและได้รับอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะในประเทศนั้นๆ ด้วย ยกเว้นบุคคลสัญชาติไทยไม่จำเป็นต้องมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะในต่างประเทศ (มาตรา 15) ต่อมา กฎหมายฉบับปี 2483 (ฉบับที่ 3) กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะอาจกำหนดหลักสูตรเพื่อสอบความรู้ได้กรณีที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยยังไม่ได้เปิดการศึกษาและวางหลักสูตรในสาขาใด กฎหมายฉบับปี 2490 (ฉบับที่ 5) กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะอาจสอบความรู้ก่อนได้ กฎหมายฉบับปี 2504 (ฉบับที่ 6) มีการแก้ไขให้ต้องมีใบรับรองของโรงพยาบาลหรือสถาบันทางแพทย์ว่าได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือสถาบันทางการแพทย์นั้นมาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี หลังจากได้ปริญญา และเป็นที่พอใจของคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ แต่ประเด็นสุดท้ายถูกตัดออกไปในกฎหมายฉบับปี 2511 (ฉบับที่ 8)

(3) การดำเนินการด้านจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

สำหรับข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะยังคงคล้ายคลึงกับพระราชบัญญัติการแพทย์ คือ ห้ามประกอบโรคศิลปะในสาขาอื่นที่มิได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต (ยกเว้นผู้ประกอบโรคศิลปะใน

สาขาเวชกรรมแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งให้ประกอบโรคศิลปะในสาขาอื่นได้)[2] และต้องรักษา *"มรรยาทแห่งวิชาชีพ"* ตามกฎกระทรวง

หากผู้ได้รับอนุญาตกระทำผิดและศาลพิพากษาลงโทษจนถึงที่สุด หรือกระทำผิดต่อกฎกระทรวงว่าด้วย *"มรรยาทแห่งวิชาชีพ"* หรือข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะ คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะสามารถสั่งพักหรือเพิกถอนใบอนุญาตโดยอนุมัติของรัฐมนตรี โดยการพักใบอนุญาตสามารถสั่งพักได้ไม่เกิน 1 ปี ส่วนในกรณีการเพิกถอนใบอนุญาต เมื่อผ่าน 1 ปีแล้วสามารถยื่นขอขึ้นทะเบียนและใบอนุญาตใหม่ โดยให้คณะกรรมการพิจารณาตามที่เห็นสมควร ทั้งนี้ ในกระบวนการพิจารณาด้านจริยธรรม ให้มีการไต่สวนโดยให้โอกาสแก่ผู้รับใบอนุญาตทราบข้อหา ยื่นคำให้การ และนำพยานหรือหลักฐานอื่นสืบแก้ตัว นอกจากนั้นให้คณะกรรมการมีอำนาจออกหมายเรียกพยานหลักฐานและบังคับพยานให้สาบานหรือปฏิญาณตนได้เหมือนกระบวนการพิจารณาในศาลทุกประการ (มาตรา 19 และ 20)

สำหรับพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 กำหนดบทลงโทษสำหรับความผิดต่างๆ ได้แก่ การประกอบโรคศิลปะแบบผิดกฎหมาย เช่น มิได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือประกอบวิชาชีพในช่วงที่ถูกพักหรือเพิกถอนใบอนุญาต แต่ดำเนินการประกอบโรคศิลปะเพื่อแสวงหาผลประโยชน์หรือสินจ้างรางวัล หรือดำเนินการประกอบโรคศิลปะนอกเหนือจากที่ได้รับอนุญาต ให้ต้องโทษปรับไม่เกิน 500 บาท หรือจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 21) ส่วนพฤติกรรมการโฆษณาด้วยวิธีต่างๆ ว่าพร้อมประกอบโรคศิลปะเพื่อแสวงหาประโยชน์หรือสินจ้างรางวัล ทั้งที่มิได้ขึ้นทะเบียนและรับอนุญาต หรืออยู่ในระหว่างถูกพักหรือเพิกถอนใบอนุญาต มีโทษปรับไม่เกิน 100 บาท หรือจำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 22) น่าสังเกตว่า กฎหมายฉบับนี้ตัดการลงโทษกรณีกระทำความผิดซ้ำภายในเวลา 5 ปี และข้อกำหนดให้เจ้าพนักงานอัยการหรือสภาการแพทย์เป็นผู้ฟ้องคดีเท่านั้น ดังที่เคยกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ออกไป

ต่อมา ในกฎหมายฉบับปี 2509 (ฉบับที่ 7) มีการปรับเพิ่มบทลงโทษต่อความผิดตามมาตรา 21 เป็นต้องโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และความผิดตามมาตรา 22 เป็นต้องโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

---

[2]กระนั้น พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 ได้กำหนดเงื่อนไขเพิ่มเติมว่า หากผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาเวชกรรมแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งประกอบโรคศิลปะในสาขาเภสัชกรรม ให้ทำได้เฉพาะการปรุงหรือผสมยาจำหน่ายให้คนไข้ของตน หรือในที่ซึ่งอยู่ห่างออกไปไม่น้อยกว่า 5 กิโลเมตรจากร้านขายยาที่มีเภสัชกรทำการอยู่เท่านั้น

4.2.3 สรุป

พระราชบัญญัติการแพทย์และพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะเป็นรากเหง้าและต้นแบบแรกเริ่มของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย โดยกำหนดให้ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตจากสภาการแพทย์ภายใต้กฎหมายฉบับแรก และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะภายใต้กฎหมายฉบับหลัง เสียก่อน จึงจะสามารถประกอบวิชาชีพได้ อีกทั้งมีกลไกการสืบสวนและการลงโทษกรณีที่ผู้ประกอบโรคศิลปะล่วงละเมิด *"บทบังคับสำหรับมรรยาทในวิชาชีพ"* หรือ*"มรรยาทแห่งวิชาชีพ"* อันได้แก่ การพักใบอนุญาตและการเพิกถอนใบอนุญาต

แม้ว่ากลไกการกำกับดูแลในช่วงต้นจะเป็นกลไกการกำกับดูแลโดยรัฐ ('สภาการแพทย์' ภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ และ 'คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ' ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ) มิใช่การกำกับดูแลกันเองภายใต้องค์การวิชาชีพ อีกทั้งการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ยังเป็นส่วนหนึ่งของการกำกับดูแลผู้ประกอบโรคศิลปะ มิได้แยกออกมาเป็นการเฉพาะก็ตาม แต่กฎหมายทั้งสองฉบับก็ได้จัดวางแนวทางการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ไว้เป็นตัวอย่างตั้งต้น ก่อนที่จะปรับเปลี่ยน พัฒนา และต่อยอดมาเป็นกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์อย่างเต็มระบบในนามขององค์การวิชาชีพ 'แพทยสภา' ซึ่งจัดตั้งขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 กฎหมายฉบับแรกว่าด้วยการกำกับควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เป็นการเฉพาะ

ส่วนพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นฉบับปัจจุบัน เหลืออำนาจบังคับครอบคลุมเพียงสาขาการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ และสาขาอื่นที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกาเท่านั้น เพราะได้มีการแยกการประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขาเวชกรรม การพยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตกรรม และเภสัชกรรม ไปบัญญัติไว้ในกฎหมายเฉพาะ และมีองค์การวิชาชีพของตนทำหน้าที่กำกับดูแลกันเองแทนรัฐเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

4.3 กฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในยุคแพทยสภา

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 เป็นกฎหมายฉบับแรกว่าด้วยการกำกับควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นการเฉพาะ โดยแยกออกมาจากการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ หลักการของกฎหมายมีความคล้ายคลึงกับกฎหมายในยุค

ก่อนหน้าแพทยสภา กล่าวคือ ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ทุกคนต้องขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตจากองค์การกำกับดูแล และผู้ใดที่มิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะถูกห้ามมิให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมบัญญัติให้มีการจัดตั้ง 'แพทยสภา' เพื่อกำกับควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นการเฉพาะอย่างเป็นระบบ แพทยสภามีสถานะเป็นองค์การวิชาชีพอิสระ โดยแพทย์ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องเป็นสมาชิกสามัญของแพทยสภา

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2551) ชี้ว่า แพทยสภามีฐานะเป็นองค์การนิติบุคคลตามกฎหมายที่จัดตั้งขึ้นโดยเฉพาะ ซึ่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ถือว่าเป็นนิติบุคคลตามกฎหมายอื่น มิใช่นิติบุคคลตามกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ สภาพของแพทยสภาจึงเป็นนิติบุคคลอิสระ มีความคล่องตัวในการบริหารกิจการต่างๆ ภายในขอบเขตแห่งวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ของตนตามที่กฎหมายกำหนด

ต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาใช้แทนที่กฎหมายฉบับปี 2511 โดยมีเจตนารมณ์เพื่อปรับปรุงเนื้อหาสาระให้มีความทันสมัยขึ้นและสร้างกลไกที่ช่วยยกระดับการคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชนให้ดีขึ้น

เนื้อหาในส่วนนี้จะเป็นการวิเคราะห์เนื้อหาสาระและวิวัฒนาการของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 และ พ.ศ. 2525 ในประเด็นสำคัญต่างๆ ได้แก่ นิยามของวิชาชีพเวชกรรม วัตถุประสงค์ของแพทยสภา อำนาจหน้าที่ของแพทยสภา รายได้ของแพทยสภา สมาชิกแพทยสภา องค์ประกอบของคณะกรรมการแพทยสภา โครงสร้างการบริหารและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการแพทยสภา บทบาทของสภานายกพิเศษ ข้อห้ามในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สิทธิของผู้เสียหายจากการกระทำผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์ และกระบวนการพิจารณาเรื่องกล่าวหา และ/หรือ เรื่องกล่าวโทษ

4.3.1 นิยามของวิชาชีพเวชกรรม

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 นิยามคำว่า 'วิชาชีพเวชกรรม' ว่าหมายถึง วิชาชีพเกี่ยวกับการตรวจโรค การป้องกันโรค การบำบัดโรค หรือการผดุงครรภ์ด้วยวิธีการที่กระทำโดยตรงต่อร่างกายของบุคคลอื่นตามหลักวิทยาศาสตร์ และหมายความรวมถึงการกระทำโดยตรงต่อร่างกายของบุคคลอื่นด้วยการผ่าตัด ฉีดยา ฉีดสสารเข้าในร่างกายเพื่อการเสริมสวย การบำรุงร่างกาย การทำหมัน การคุมกำเนิด หรือสอดใส่วัตถุใดๆ เข้าในมดลูกหรือครอบมดลูกเพื่อการคุมกำเนิด (มาตรา 4)

ต่อมา กฎหมายฉบับปี 2525 ได้ปรับเปลี่ยนคำนิยามให้กว้างขวางครอบคลุมขึ้น โดยนิยามคำว่า 'วิชาชีพเวชกรรม' ว่าหมายถึง วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัด

โรค การป้องกันโรค การบำบัดโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนซ์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสสาร การสอดใส่วัตถุใดๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้ เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย (มาตรา 4)

การให้คำนิยามคำว่า 'วิชาชีพเวชกรรม' ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมมีความคล้ายคลึงกับกฎหมายในยุคก่อนแพทยสภา แต่มีความชัดเจนรัดกุมและครอบคลุมยิ่งขึ้น นิยามของคำว่า 'วิชาชีพเวชกรรม' ดำเนินไปตามแนวทางการนิยามคำว่า 'โรคศิลปะ' โดยยังคงสาระสำคัญตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ตั้งแต่ฉบับปี 2483 (ฉบับที่ 3) ซึ่งได้ขยายกรอบการนิยามเวชกรรมจากการบำบัดโรคเพียงเท่านั้นเป็นการตรวจโรคและการป้องกันโรคด้วย และผสมผสานคำนิยามของการประกอบโรคศิลปะบางสาขาเพิ่มเข้ามาในสาขาเวชกรรม ได้แก่ การผดุงครรภ์ การเสริมสวย การคุมกำเนิด การทำหมัน และการบำรุงร่างกาย ตามกฎหมายฉบับปี 2509 (ฉบับที่ 7)

หากเปรียบเทียบพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 และ พ.ศ. 2525 จะพบว่า กฎหมายฉบับปัจจุบันได้ขยายคำนิยามของคำว่า 'วิชาชีพเวชกรรม' ให้ครอบคลุมการวินิจฉัยโรค การปรับสายตาด้วยเลนซ์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็ม และการใช้รังสีเพิ่มขึ้นด้วย

ควรกล่าวด้วยว่า กฎหมายวิชาชีพเวชกรรมฉบับปี 2511 ถือว่าการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหมายถึงการกระทำต่อผู้อื่นเท่านั้น ไม่นับรวมการกระทำต่อตนเอง แต่กฎหมายฉบับปัจจุบันถือว่าการประกอบวิชาชีพเวชกรรมต่อตนเองก็ถือเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย ดังที่กฎหมายฉบับปัจจุบันใช้คำว่า *"วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์"* ส่วนกฎหมายเก่าใช้คำว่า *"...ด้วยวิธีการที่กระทำโดยตรงต่อร่างกายของบุคคลอื่น"* แต่กระนั้นกฎหมายฉบับปัจจุบันก็ยังมีบทบัญญัติยกเว้นไว้ให้ในกรณีการประกอบอาชีพเวชกรรมที่กระทำต่อตนเองในมาตรา 26(1) ทำให้การบำบัดรักษาโรคให้แก่ตัวเองไม่นับเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย

4.3.2 วัตถุประสงค์ของแพทยสภา

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 ระบุวัตถุประสงค์ของแพทยสภาไว้ว่า (1) ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์ (2) สอดส่อง ดูแลความประพฤติและมรรยาทของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (3) ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติของสมาชิกแพทยสภา และ (4) ส่งเสริม ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่และให้การศึกษาแก่ประชาชนในเรื่องที่เกี่ยวกับการแพทย์ (มาตรา 6)

ต่อมา พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ได้มีการปรับปรุงแก้ไข โดยยกวัตถุประสงค์ด้านการ *"ควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม"* (ปรับปรุงถ้อยคำมาจากบทบัญญัติมาตรา 6(2) ของกฎหมายฉบับเดิม ความว่า *"สอดส่อง ดูแลความประพฤติและมรรยาทของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม"*) ขึ้นมาเป็นลำดับแรก นอกจากนั้น ยังเพิ่มวัตถุประสงค์อีก 2 ข้อจากกฎหมายฉบับเดิม ได้แก่ การให้คำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับปัญหาการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ และการเป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย (มาตรา 7)

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2551) บันทึกว่าเหตุที่ยกวัตถุประสงค์ด้านการควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมมาบัญญัติไว้เป็นข้อแรกนั้น เนื่องจากคณะอนุกรรมการพิจารณาปรับปรุงพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 เห็นว่าวัตถุประสงค์ดังกล่าวเป็นวัตถุประสงค์หลักที่สำคัญที่สุด ดังปรากฏในบันทึกการประชุมของผู้ริเริ่มร่างกฎหมายครั้งแรกในปี พ.ศ. 2509 นอกจากนั้น คำว่า 'จริยธรรมแห่งวิชาชีพ' ในมาตรา 7(1) ยังเป็นการใช้ศัพท์นี้เป็นครั้งแรกในกฎหมาย โดยผู้เสนอศัพท์นี้คือ รศ.นพ.ภูเก็ต วาจานนท์ เลขานุการกรรมาธิการชุดนั้น

4.3.3 อำนาจหน้าที่ของแพทยสภา

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 บัญญัติอำนาจหน้าที่ของแพทยสภาไว้ว่า (1) อนุมัติหรือออกวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (2) ดำเนินการเพื่อให้ผู้มีปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์ได้รับการฝึกหัดเพื่อเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และดำเนินการให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้รับการฝึกอบรม และ (3) รับรองวิทยฐานะของโรงพยาบาลหรือสถาบันทางแพทย์อื่น เพื่อให้ผู้มีปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์ได้รับการฝึกหัดเพื่อเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือเพื่อให้เป็นที่ฝึกอบรมผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเพื่อการออกวุฒิบัตร (มาตรา 7)

ต่อมา พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 บัญญัติไว้อย่างเป็นระบบขึ้น โดยกำหนดอำนาจหน้าที่ของแพทยสภา ดังนี้ (1) รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตแก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (2) พักใช้ใบอนุญาตหรือการเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรรม (3) รับรองปริญญาประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์หรือวุฒิบัตรในวิชาชีพเวชกรรมของสถาบันต่างๆ (4) รับรองหลักสูตรต่างๆ สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพเวชกรรมของสถาบันทางการแพทย์ (5) รับรองวิทยฐานะของสถาบัน

ทางการแพทย์ที่ทำการฝึกอบรม และ (6) ออกหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่างๆ และออกหนังสือแสดงวุฒิอื่นๆ ในวิชาชีพเวชกรรม (มาตรา 8)

จะเห็นได้ว่า กฎหมายฉบับปัจจุบันบัญญัติอำนาจหน้าที่ของแพทยสภาในการรับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาต และการพักใช้และเพิกถอนใบอนุญาตไว้อย่างชัดเจน แตกต่างจากกฎหมายฉบับดั้งเดิมที่ไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนเป็นระบบในส่วนของอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย (แม้ว่าเป็นอำนาจหน้าที่มีอยู่จริงในทางปฏิบัติ) โดยเป็นการให้น้ำหนักความสำคัญเป็นลำดับต้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการควบคุมการประพฤติให้สอดคล้องกับจริยธรรมแห่งวิชาชีพ นอกจากนั้นยังบัญญัติให้อำนาจหน้าที่แพทยสภาในการรับรองปริญญาและประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์เพื่อให้มีคุณสมบัติที่จะเป็นสมาชิกแพทยสภาได้อีกด้วย

4.3.4 รายได้ของแพทยสภา

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมทั้งสองฉบับกำหนดแหล่งที่มาของรายได้ของแพทยสภาไว้เหมือนกัน ดังนี้ (มาตรา 9 ของทั้งสองฉบับ)

(1) เงินอุดหนุนจากงบประมาณแผ่นดิน

(2) ค่าจดทะเบียน ค่าบำรุง และค่าธรรมเนียมต่างๆ

(3) ผลประโยชน์จากการลงทุนและกิจกรรมอื่น

(4) ทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้

4.3.5 สมาชิกแพทยสภา

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 กำหนดให้แพทยสภาประกอบด้วยสมาชิก 2 ประเภท ได้แก่ (1) *สมาชิกสามัญ* ซึ่งมีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหาย ไม่เคยต้องโทษจำคุกในคดีที่เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ และไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และ (2) *สมาชิกกิตติมศักดิ์* ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งแพทยสภาเชิญให้เป็น (มาตรา 8) นอกจากนั้น ยังกำหนดความรู้ในวิชาชีพของผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตว่าต้องมีปริญญาสาขาเวชกรรมจากสถานศึกษาในประเทศไทยที่คณะกรรมการรับรองและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือสถาบันทางแพทย์เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปีหลังจากได้รับอนุมัติปริญญา และเป็นที่พอใจของคณะกรรมการ หรือมีปริญญาหรือประกาศนียบัตรสาขาเวชกรรมจากสถานศึกษาในต่างประเทศ และได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศนั้น ยกเว้น

หากเป็นคนไทย ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศนั้นแต่ต้องเคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือสถาบันทางแพทย์เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปีหลังจากได้รับอนุมัติปริญญาหรือประกาศนียบัตร (มาตรา 24)

ส่วนพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ได้ตัดสมาชิกประเภทกิตติมศักดิ์ออก และได้นำคุณสมบัติด้านความรู้วิชาชีพมาบัญญัติไว้อย่างกระชับขึ้นในหมวดเดียวกัน โดยกำหนดไว้เพียงว่าให้สมาชิกแพทยสภามีความรู้ในวิชาชีพเวชกรรมโดยได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์ที่แพทยสภารับรอง (มาตรา 11)

นอกจากนั้น กฎหมายฉบับปัจจุบันยังมีบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของสมาชิกเพิ่มเติมจากกฎหมายฉบับเดิมด้วย เนื้อความที่น่าสนใจคือ มาตรา 12(2) ที่ระบุว่าสมาชิกมีสิทธิแสดงความเห็นเป็นหนังสือเกี่ยวกับกิจการของแพทยสภาส่งไปยังคณะกรรมการเพื่อพิจารณา และในกรณีที่สมาชิกร่วมกันตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป เสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเรื่องใดที่เกี่ยวกับกิจการของแพทยสภา คณะกรรมการต้องพิจารณาและแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ทราบโดยไม่ชักช้า (มาตรา 12)

4.3.6 องค์ประกอบของคณะกรรมการแพทยสภา

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมทั้งสองฉบับบัญญัติให้มีคณะกรรมการแพทยสภาทำหน้าที่บริหารกิจการแพทยสภาให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในมาตรา 7 โดยคณะกรรมการมีองค์ประกอบสองส่วนคือกรรมการโดยตำแหน่งและกรรมการจากการเลือกตั้งโดยสมาชิกแพทยสภา

กฎหมายฉบับปี 2511 กำหนดโครงสร้างองค์ประกอบของคณะกรรมการแพทยสภา ให้ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เจ้ากรมแพทย์ทหารบก นายแพทย์ใหญ่ทหารเรือ เจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ หัวหน้ากองแพทย์กรมตำรวจ อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย คณบดีคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัย เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง และกรรมการอื่นอีก 10 คนมาจากการเลือกตั้งจากสมาชิกสามัญของแพทยสภา ทั้งนี้ให้คณะกรรมการเลือกนายกแพทยสภากันเอง (มาตรา 11) โดยที่นายกและกรรมการจากการเลือกตั้งมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี และอาจได้รับเลือกตั้งใหม่อีกได้ (มาตรา 12)

ส่วนโครงสร้างองค์ประกอบของคณะกรรมการแพทยสภาภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มีเนื้อหาสาระเปลี่ยนแปลงไป โดยตัดการดำรงตำแหน่งของอธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ออก แต่เพิ่มผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์มาเป็นกรรมการ

นอกเหนือจากคณบดีแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัย รวมถึงปรับชื่อตำแหน่งให้ถูกต้องตามยุคสมัย ได้แก่ เจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ นายแพทย์ใหญ่กรมตำรวจ (มาตรา 14)

ในส่วนของกรรมการจากการเลือกตั้งมีการปรับเพิ่มจากจำนวน 10 คน ให้เป็นจำนวนเท่ากับกรรมการโดยตำแหน่ง (มาตรา 14) ซึ่งในปัจจุบันมีจำนวนทั้งสิ้น 26 คนและกำหนดให้กรรมการจากการเลือกตั้งมีวาระการดำรงตำแหน่งสั้นลง จากคราวละ 4 ปี เหลือ 2 ปี โดยที่อาจได้รับเลือกตั้งใหม่ได้ (มาตรา 18) นอกจากนั้น กฎหมายฉบับปัจจุบันยังกำหนดคุณสมบัติของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งและกรรมการที่ดำรงตำแหน่งบริหารอย่างชัดเจนว่าต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นผู้ไม่เคยถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาต และเป็นผู้ไม่เคยถูกศาลสั่งให้เป็นบุคคลล้มละลาย (มาตรา 17)

4.3.7 โครงสร้างการบริหารและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการแพทยสภา

กฎหมายทั้งสองฉบับบัญญัติอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการแพทยสภาไว้ใกล้เคียงกันโดยให้แพทยสภามีอำนาจหน้าที่ในการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อทำกิจการหรือพิจารณาเรื่องต่างๆ และอำนาจหน้าที่ในการออกข้อบังคับต่างๆ เช่น การเป็นสมาชิก การกำหนดค่าจดทะเบียนสมาชิก ค่าบำรุง และค่าธรรมเนียมอื่นๆ การเลือกตั้งกรรมการ หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาต แบบและประเภทใบอนุญาต การรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ การประชุมคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ เป็นต้น

ส่วนกฎหมายฉบับปี 2525 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่เพิ่มเติมเรื่องการออกข้อบังคับเรื่องหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่างๆ และการออกข้อบังคับเรื่องจัดตั้ง การดำเนินการ และการเลิกวิทยาลัยวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่างๆ รวมถึงการออกข้อบังคับเรื่องคุณสมบัติผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขานั้นๆ

นอกจากนั้น กฎหมายฉบับปัจจุบันยังระบุโครงสร้างการบริหารและอำนาจหน้าที่ของกรรมการที่ดำรงตำแหน่งต่างๆ อย่างชัดเจน ได้แก่ นายกแพทยสภา อุปนายกแพทยสภาคนที่หนึ่งและสอง เลขาธิการ รองเลขาธิการ และเหรัญญิก (มาตรา 22) แตกต่างจากกฎหมายฉบับปี 2511 ที่มีการกล่าวถึงเพียงนายกแพทยสภาและเลขาธิการเท่านั้น น่าสังเกตว่าตำแหน่งเลขาธิการตามกฎหมายฉบับปี 2525 มีอำนาจหน้าที่เพิ่มขึ้นจากการรับผิดชอบในการดูแลรักษาทะเบียนสมาชิกและกิจการอื่นทั่วไป (มาตรา 20 ของกฎหมายฉบับปี 2511) มาเป็นมีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมบังคับบัญชาเจ้าหน้าที่แพทยสภาทุกระดับและควบคุมรับผิดชอบในงานธุรการทั่วไปของแพทยสภาด้วย (มาตรา 22)

4.3.8 บทบาทของสภานายกพิเศษ

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 กำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขดำรงตำแหน่งสภานายกพิเศษแห่งแพทยสภา (มาตรา 10) ทั้งนี้สภานายกพิเศษจะเข้าฟังการประชุมและชี้แจงความเห็นในที่ประชุมคณะกรรมการหรือจะส่งความเห็นเป็นหนังสือไปยังแพทยสภาในเรื่องใดๆ ก็ได้ (มาตรา 18) มติของคณะกรรมการแพทยสภาต้องได้รับความเห็นชอบจากสภานายกพิเศษก่อนจึงจะดำเนินการตามมตินั้นได้ สภานายกพิเศษอาจมีมติยับยั้งได้ภายใน 15 วันนับจากวันที่ได้รับมติที่นายกแพทยสภาเสนอมา ถ้าสภานายกพิเศษยับยั้งมติใดของแพทยสภา ให้คณะกรรมการแพทยสภาประชุมพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง หากต้องการยืนยันมติเดิมต้องใช้เสียง 3 ใน 4 ของที่ประชุม (มาตรา 19)

สำหรับพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ได้ลดทอนอำนาจของสภานายกพิเศษลง โดยกำหนดให้มติที่ต้องได้รับความเห็นชอบจากสภานายกพิเศษเหลือเพียง (1) การออกข้อบังคับ (2) การกำหนดงบประมาณของแพทยสภา (3) การให้สมาชิกพ้นสภาพเพราะเห็นว่าสร้างความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพเพราะประพฤติเสียหายและต้องโทษจำคุกในคดีที่เห็นว่าเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ และ (4) การวินิจฉัยชี้ขาดเพื่อลงโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ถูกกล่าวหาหรือผู้ถูกกล่าวโทษ ทั้งนี้ สภานายกพิเศษยังคงมีอำนาจยับยั้งมติภายใน 15 วันเท่าเดิม แต่เสียงยืนยันมติของคณะกรรมการแพทยสภาลดลงจาก 3 ใน 4 เหลือ 2 ใน 3

กล่าวโดยสรุป สภานายกพิเศษมีอำนาจในการยับยั้งมติของแพทยสภาในกรณีที่คณะกรรมการแพทยสภาลงโทษถอนใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพมีความประพฤติเสียหายผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ซึ่งมีผลทำให้สิ้นสภาพจากการเป็นสมาชิกแพทยสภาไปโดยปริยายเพราะไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

4.3.9 ข้อห้ามในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือแสดงด้วยวิธีใดๆ ว่าพร้อมที่จะประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยมิได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากคณะกรรมการแพทยสภา ยกเว้นแต่กรณีที่เป็น (1) การช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยตามศีลธรรมโดยไม่รับสินจ้างรางวัล (2) นักเรียนในสถานศึกษาของรัฐบาลหรือสถานศึกษาอื่นที่คณะกรรมการรับรอง กระทำการฝึกหัดในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (3) บุคคล

ในราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น หรือสภากาชาดไทยที่ได้รับมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมภายใต้การควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (4) ที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการ ซึ่งมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของต่างประเทศ และ (5) ผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งประกอบโรคศิลปะตามข้อจำกัดและเงื่อนไขตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ (มาตรา 21)

ส่วนกฎหมายฉบับปัจจุบันได้เพิ่มเติมและปรับปรุงข้อยกเว้นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยมิได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต โดยยกเว้นให้แก่ (1) การกระทำต่อตนเอง (2) นักเรียน นักศึกษา หรือผู้รับการฝึกอบรมในความควบคุมของสถาบันการศึกษาหรือสถาบันทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรอง ที่กระทำการฝึกหัด ฝึกอบรม หรือการประกอบโรคศิลปะภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ (ปรับเปลี่ยนเนื้อความจากกฎหมายฉบับปี 2511 มาตรา 21(2)) และ (3) การประกอบโรคศิลปะของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะของต่างประเทศโดยการอนุมัติของคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (มาตรา 26)

กล่าวสำหรับบทกำหนดโทษต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มิได้ขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตจากคณะกรรมการแพทยสภา พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 กำหนดโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี ปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 36) ส่วนพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 เพิ่มบทลงโทษเป็นจำคุกไม่เกิน 3 ปี ปรับไม่เกิน 30,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

นอกจากนั้น กฎหมายฉบับปี 2525 ยังมีข้อห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำว่าแพทย์ นายแพทย์ แพทย์หญิง หรือนายแพทย์หญิง หรือใช้อักษรย่อ คำแสดงวุฒิการศึกษาทางแพทยศาสตร์หรืออักษรย่อของวุฒิ ประกอบชื่อนามสกุลของตน หรือคำหรือข้อความอื่นใดที่แสดงให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่มีปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์ รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำการดังกล่าวด้วย (มาตรา 27) และห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำหรือข้อความที่ทำให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่างๆ โดยไม่มีวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือมีคุณสมบัติตามข้อกำหนด รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำการดังกล่าวด้วย (มาตรา 28) ทั้งนี้ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 27 และมาตรา 28 ให้ต้องโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี ปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 44)

4.3.10 สิทธิของผู้เสียหายจากการกระทำผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับความเสียหายจากการประพฤติผิด *"มรรยาทแห่งวิชาชีพเวชกรรม"* ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมมีสิทธิกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยทำเรื่องราวกล่าวหายื่นต่อแพทยสภา (มาตรา 26)

ต่อมา พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ขยายสิทธิให้บุคคลอื่นหรือคณะกรรมการแพทยสภามีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ มิได้จำกัดไว้เฉพาะผู้ได้รับความเสียหายเพียงเท่านั้น โดยในกรณีที่ผู้เสียหายทำเรื่องยื่นต่อแพทยสภาจะเรียกว่า 'การกล่าวหา' ส่วนกรณีที่บุคคลอื่นทำเรื่องยื่นต่อแพทยสภาจะเรียกว่า 'การกล่าวโทษ' (มาตรา 32)

กฎหมายทั้งสองฉบับกำหนดให้สิทธิการกล่าวหาและสิทธิการกล่าวโทษสิ้นสุดลงเมื่อพ้นกำหนด 1 ปี นับตั้งแต่ผู้ได้รับความเสียหายหรือผู้กล่าวโทษรู้เรื่องการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพและรู้ตัวผู้ประพฤติผิด แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 3 ปีนับแต่วันที่มีการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

นอกจากนี้ กฎหมายทั้งสองฉบับยังบัญญัติว่า การถอนเรื่องการกล่าวหาหรือกล่าวโทษที่ได้ยื่นไว้แล้ว ไม่เป็นเหตุให้ระงับการดำเนินการทางจริยธรรมตามกฎหมายฉบับนี้

4.3.11 กระบวนการพิจารณาเรื่องกล่าวหา และ/หรือ เรื่องกล่าวโทษกรณีผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

กระบวนการพิจารณาเรื่องกล่าวหาตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 เป็นดังนี้ เมื่อคณะกรรมการได้รับเรื่องราวกล่าวหาและเห็นสมควรให้มีการสอบสวน หรือเมื่อมีกรณีปรากฏแก่คณะกรรมการว่ามีพฤติกรรมอันสมควรให้มีการสอบสวนผู้ใด ให้คณะกรรมการแต่งตั้งอนุกรรมการไม่น้อยกว่า 3 คนทำการสอบสวน โดยมีอำนาจเรียกบุคคลใดๆ มาให้ถ้อยคำ และมีหนังสือแจ้งให้บุคคลส่งเอกสารหรือวัตถุเพื่อประโยชน์แก่การสอบสวนได้ และให้อนุกรรมการสอบสวนเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา (มาตรา 27)

กฎหมายเดิมยังบัญญัติอีกว่า ก่อนเริ่มทำการสอบสวน อนุกรรมการสอบสวนต้องแจ้งข้อกล่าวหาหรือเรื่องที่จะสอบสวนพร้อมส่งสำเนาเรื่องราวกล่าวหาหรือเรื่องที่จะทำการสอบสวนแก่ผู้ถูกกล่าวหา โดยผู้ถูกกล่าวหาจะทำคำชี้แจงหรือไม่ก็ได้ภายใน 15 วัน หรือตามเวลาที่อนุกรรมการสอบสวนจะขยายให้ เมื่อสอบสวนแล้วให้อนุกรรมการสอบสวนเสนอสำนวนการสอบสวนและความเห็นต่อคณะกรรมการเพื่อวินิจฉัยชี้ขาด โดยคณะกรรมการอาจสั่งให้มีการสอบสวนเพิ่มเติมได้

คณะกรรมการมีอำนาจวินิจฉัยและทำคำสั่งชี้ขาด ดังต่อไปนี้ (1) ยกข้อกล่าวหา (2) ว่ากล่าวตักเตือน (3) ภาคทัณฑ์ (4) พักใช้ใบอนุญาต (5) เพิกถอนใบอนุญาต โดยคำสั่งชี้ขาดของคณะกรรมการถือเป็นที่สุด

ในกรณีของการพักใช้ใบอนุญาต ให้สั่งพักได้ครั้งละไม่เกิน 6 เดือน ส่วนในกรณีของการเพิกถอนใบอนุญาตอาจขอรับใบอนุญาตอีกได้เมื่อพ้นกำหนด 2 ปีนับจากวันถูกเพิกถอน แต่ถ้าคณะกรรมการแพทยสภาไม่ยอมออกใบอนุญาตให้ ผู้นั้นต้องรอเวลาอีก 1 ปีนับจากวันถูกปฏิเสธจึงจะยื่นขอพิจารณาใหม่ได้ หากคณะกรรมการแพทยสภาปฏิเสธการออกใบอนุญาตครั้งที่ 2 ผู้นั้นจะหมดสิทธิขอรับใบอนุญาตอีกต่อไป

กล่าวสำหรับพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 กระบวนการพิจารณาเรื่องกล่าวหาหรือเรื่องกล่าวโทษมีขั้นตอนที่ซับซ้อนขึ้น โดยกำหนดให้มีขั้นตอนการดำเนินการใน 3 ระดับ คือระดับคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ระดับคณะอนุกรรมการสอบสวน และระดับคณะกรรมการแพทยสภา โดยกระบวนการจะดำเนินไปดังนี้

เมื่อแพทยสภาได้รับเรื่องราวกล่าวหาหรือกล่าวโทษ ให้เลขาธิการเสนอเรื่องต่อประธานอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่ชักช้า

คณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมประกอบด้วยประธานและอนุกรรมการซึ่งคณะกรรมการแพทยสภาแต่งตั้งจากสมาชิกไม่น้อยกว่าคณะละ 3 คน มีหน้าที่แสวงหาข้อเท็จจริงแล้วทำรายงานพร้อมความเห็นเสนอคณะกรรมการแพทยสภา ขั้นตอนนี้จึงเป็นขั้นตอนหาข้อเท็จจริงว่าคดีมีมูลหรือไม่ โดยยังไม่พิจารณาว่าผู้ถูกกล่าวหาหรือถูกกล่าวโทษประพฤติผิดจริยธรรมหรือไม่ คล้ายกับขั้นตอนว่าศาลจะรับฟ้องหรือไม่เท่านั้น

เมื่อคณะกรรมการแพทยสภาได้รับรายงานแล้ว ให้มีมติอย่างใดอย่างหนึ่งว่า (1) ให้คณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมแสวงหาข้อเท็จจริงเพิ่มเติมเพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณา (2) ให้คณะอนุกรรมการสอบสวนทำการสอบสวนในกรณีที่เห็นว่าข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษนั้นมีมูล (3) ให้ยกข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษ หากเห็นว่าไม่มีมูล

ในกรณีที่คณะกรรมการแพทยสภามีความเห็นว่าข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษนั้นมีมูล คณะอนุกรรมการสอบสวน ซึ่งประกอบด้วยประธานและอนุกรรมการที่คณะกรรมการแพทยสภาแต่งตั้งจากสมาชิกไม่น้อยกว่าคณะละ 3 คน มีหน้าที่สอบสวน สรุปผลการสอบสวนและเสนอสำนวนพร้อมความเห็นต่อคณะกรรมการแพทยสภาเพื่อวินิจฉัยชี้ขาด ขั้นตอนนี้จึงเป็นขั้นตอนรวบรวมพยานหลักฐานเพื่อพิสูจน์ความผิดตามข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษ ก่อนที่จะสรุปสำนวนและเสนอความเห็นว่าผู้ถูกกล่าวหาหรือผู้ถูกกล่าวโทษมีความผิดหรือไม่ ถ้ามีความผิดสมควรต้องถูกลงโทษระดับใด

ทั้งนี้ กฎหมายกำหนดให้คณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมและคณะอนุกรรมการสอบสวนเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา และมีอำนาจเรียกบุคคลใดๆ มาให้ถ้อยคำ และส่งเอกสารหรือวัตถุเพื่อประโยชน์แก่การสืบสวนสอบสวน

ก่อนเริ่มสอบสวน ประธานอนุกรรมการสอบสวนต้องแจ้งข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษพร้อมทั้งส่งสำเนาเรื่องกล่าวหาหรือกล่าวโทษให้แก่ผู้ถูกกล่าวหาหรือกล่าวโทษ โดยผู้ถูกกล่าวหาหรือกล่าวโทษมีสิทธิทำคำชี้แจงหรือนำส่งพยานหลักฐานภายใน 15 วัน หรือตามเวลาที่อนุกรรมการสอบสวนจะขยายให้

เมื่อสอบสวนแล้วให้คณะอนุกรรมการสอบสวนนำเสนอสำนวนการสอบสวนและความเห็นต่อคณะกรรมการแพทยสภาเพื่อวินิจฉัยชี้ขาด โดยคณะกรรมการอาจสั่งให้มีการสอบสวนเพิ่มเติมได้ ในกรณีที่สำนวนรัดกุมและครบถ้วนพอที่จะวินิจฉัยชี้ขาด คณะกรรมการมีอำนาจวินิจฉัยและทำคำสั่งชี้ขาดดังต่อไปนี้ (1) ยกข้อกล่าวหา (2) ว่ากล่าวตักเตือน (3) ภาคทัณฑ์ (4) พักใช้ใบอนุญาต (5) เพิกถอนใบอนุญาต โดยคำสั่งชี้ขาดของคณะกรรมการให้เป็นที่สุด

ในกรณีของการพักใช้ใบอนุญาต ให้สั่งพักได้ครั้งละไม่เกิน 2 ปี (สูงกว่ากฎหมายฉบับปี 2511 ที่ตั้งเพดานไว้ 6 เดือน) ส่วนในกรณีของการเพิกถอนใบอนุญาตอาจขอรับใบอนุญาตอีกได้เมื่อพ้นกำหนด 2 ปี นับจากวันถูกเพิกถอน แต่ถ้าคณะกรรมการแพทยสภาไม่ยอมออกใบอนุญาตให้ ผู้นั้นต้องรอเวลาอีก 1 ปีนับจากวันถูกปฏิเสธจึงจะยื่นขอพิจารณาใหม่ได้ หากคณะกรรมการแพทยสภาปฏิเสธการออกใบอนุญาตครั้งที่ 2 ผู้นั้นจะหมดสิทธิขอรับใบอนุญาตอีกต่อไป (เหมือนกับกฎหมายฉบับปี 2511)

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ 4 ฉบับ

ประเด็นเปรียบเทียบ	พ.ร.บ.การแพทย์พ.ศ. 2466	พ.ร.บ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479	พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511	พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
องค์การกำกับดูแล	สภาการแพทย์ (องค์การรัฐ) *ฉบับ 2476* เปลี่ยนชื่อเป็น คณะกรรมการแพทย์ (องค์การรัฐ)	คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (องค์การรัฐ)	แพทยสภา (องค์การวิชาชีพ)	แพทยสภา (องค์การวิชาชีพ)
วัตถุประสงค์ขององค์การกำกับดูแล	ไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนเป็นระบบ	ไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนเป็นระบบ	(1) ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์ (2) สอดส่อง ดูแลความประพฤติ และมรรยาทของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (3) ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติของสมาชิกแพทยสภา (4) ส่งเสริม ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษาแก่ประชาชนในเรื่องที่เกี่ยวกับการแพทย์	(1) ควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (2) ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์ (3) ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติของสมาชิก (4) ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษาแก่ประชาชนและองค์กรอื่นในเรื่องที่เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข (5) ให้คำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับปัญหาการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ (6) เป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

ประเด็นเปรียบเทียบ	พ.ร.บ.การแพทย์	พ.ร.บ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479	พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2511	พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525
นิยามคำว่า 'เวชกรรม'	การบำบัดโรคทางยาและผ่าตัด	การบำบัดโรคทางยา ผ่าตัด และสูติกรรม *ฉบับปี 2483* การบำบัดโรคทางยา ศัลยกรรม แสงรัศมี สูติกรรม และจิตวิเคราะห์ *ฉบับปี 2509* การตรวจโรค การป้องกันโรค หรือการบำบัดโรคมนุษย์ด้วยกรรมวิธีของการประกอบโรคศิลปะตามแผนนั้นๆ	การตรวจโรค การป้องกันโรค การบำบัดโรค หรือการผดุงครรภ์ด้วยวิธีการที่กระทำโดยตรงต่อร่างกายของบุคคลอื่นตามหลักวิทยาศาสตร์ และการกระทำโดยตรงต่อร่างกายของบุคคลอื่นด้วยการผ่าตัด ฉีดยา ฉีดสสารเข้าในร่างกายเพื่อการเสริมสวย การบำรุงร่างกาย การทำหมัน การคุมกำเนิด หรือสอดใส่วัตถุใดๆ เข้าในมดลูกหรือครอบมดลูกเพื่อการคุมกำเนิด	วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การบำบัดโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนซ์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสสาร การสอดใส่วัตถุใดๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้ เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่ายกายด้วย
องค์ประกอบของคณะกรรมการกำกับดูแล	อธิบดีกรมสาธารณสุขเป็นสภานายกกรรมการประกอบด้วย (1) ผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ แห่งละ 1 คน ได้แก่ ผู้แทนจากกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กรมสาธารณสุข กรมแพทย์สุขาภิบาลทหารบก กรมแพทย์พยาบาลทหารเรือ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สภากาชาดสยาม และแพทย์สมาคม และ	อธิบดีกรมสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการประกอบด้วย เจ้าหน้าที่กรมสาธารณสุข กรมหรือกองแพทย์ทหาร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แห่งละ 2 คน ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาทันตกรรม เภสัชกรรม การผดุงครรภ์การพยาบาล สาขาละ 1 คน และผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ 2 คน *ฉบับปี 2490* ปลัดกระทรวง	นายกแพทยสภาเลือกกันในหมู่กรรมการกรรมการประกอบด้วย (1) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เจ้ากรมแพทย์ทหารบก นายแพทย์ใหญ่ทหารเรือ เจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ หัวหน้ากองแพทย์กรมตำรวจ อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อธิบดีกรม	นายกแพทยสภาเลือกกันในหมู่กรรมการกรรมการประกอบด้วย (1) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย เจ้ากรมแพทย์ทหารบก เจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ เจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ นายแพทย์ใหญ่กรมตำรวจ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัย และผู้อำนวยการวิทยาลัย

ประเด็นเปรียบเทียบ	พ.ร.บ.การแพทย์พ.ศ. 2466	พ.ร.บ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479	พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2511	พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525
องค์ประกอบของคณะกรรมการกำกับดูแล (ต่อ)	(2) *"กรรมการชะเลยศักดิ์"*ตัวแทนของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ จำนวน 2-7 คน *ฉบับปี 2476* ปรับเปลี่ยนให้อธิบดีกรมสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการประกอบด้วย (1) ผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ แห่งละ 1 คน ได้แก่ ผู้แทนจากกระทรวงธรรมการ กรมมหาดไทย กรมสาธารณสุข กรมแพทย์สุขาภิบาล กระทรวงกลาโหม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สภากาชาดสยาม และแพทย์สมาคม และ (2) *"กรรมการชะเลยศักดิ์"* จำนวน 2-5 คน	สาธารณสุขเป็นประธาน กรรมการประกอบด้วย เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม อย่างละ 2 คน มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์วิทยาลัยละ 2 คน และตัวแทนผู้ประกอบโรคศิลปะแต่ละสาขาเพิ่มเป็น 2 คน *ฉบับปี 2511* เพิ่มตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุขและกลาโหมเป็น 3 คน และกำหนดตัวแทนจากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ 2 คน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2 คน *คำสั่งของคณะปฏิรูป ปี 2519* เปลี่ยนชื่อมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์เป็น ม.มหิดล และเพิ่มตัวแทนสาขากายภาพบำบัดและเทคนิคการแพทย์สาขาละ 2 คน *ฉบับปี 2530* ปรับเพิ่มตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขเป็น 4 คน เปลี่ยน	อนามัย คณบดีคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัย (2) กรรมการจากการเลือกตั้ง 10 คน	แพทยศาสตร์ (2) กรรมการจากการเลือกตั้งจำนวนเท่ากับกรรมการโดยตำแหน่ง

ประเด็นเปรียบเทียบ	พ.ร.บ.การแพทย์พ.ศ. 2466	พ.ร.บ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479	พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2511	พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525
องค์ประกอบของคณะกรรมการกำกับดูแล (ต่อ)		กรรมการเป็นตัวแทนทบวงมหาวิทยาลัย จำนวน 4 คน และเพิ่มผู้แทนแพทยสภาและสภาการพยาบาล สถาบันละ 2 คน		
จำนวนและที่มาของตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพ	จำนวน 2-7 คน (ฉบับปี 2466) และจำนวน 2-5 คน (ฉบับปี 2476) โดยเลือกตั้งจากการประชุมใหญ่ของสภาการแพทย์	ตัวแทนผู้ประกอบโรคศิลปะแต่ละสาขา สาขาละ 1 คน (ฉบับปี 2479) และสาขาละ 2 คน (ฉบับปี 2490) แต่งตั้งโดยรัฐมนตรี *ฉบับปี 2490* ปลัดกระทรวงเป็นผู้เสนอชื่อตัวแทนผู้ประกอบโรคศิลปะให้รัฐมนตรีแต่งตั้ง	จำนวน 10 คน เลือกตั้งโดยสมาชิกแพทยสภา	จำนวนเท่ากับกรรมการโดยตำแหน่ง เลือกตั้งโดยสมาชิกแพทยสภาวาระปัจจุบัน (พ.ศ. 2554-2556) มีจำนวน 26 คน
วาระการดำรงตำแหน่ง	วาระละ 3 ปี ยกเว้นสภานายกและเมื่อพ้นตำแหน่งได้รับเลือกใหม่ได้	วาระละ 3 ปี ยกเว้นประธาน *ฉบับปี 2490* วาระละ 2 ปี และห้ามดำรงตำแหน่ง 2 สมัยติดกัน *ฉบับปี 2511* วาระละ 2 ปี ยกเลิกการห้ามดำรงตำแหน่ง 2 สมัยติดกัน	วาระละ 4 ปี และเมื่อพ้นตำแหน่งได้รับเลือกใหม่ได้	วาระละ 2 ปี และเมื่อพ้นตำแหน่งได้รับเลือกใหม่ได้

ประเด็นเปรียบเทียบ	พ.ร.บ.การแพทย์	พ.ร.บ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479	พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2511	พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525
กระบวนการพิจารณาเรื่องจริยธรรมแห่งวิชาชีพ	สภาการแพทย์วินิจฉัยชี้ขาด	คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะวินิจฉัยชี้ขาด	คณะกรรมการแพทยสภาแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาสอบสวน ก่อนส่งให้คณะกรรมการแพทยสภาวินิจฉัยชี้ขาด	คณะกรรมการแพทยสภาแต่งตั้งคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมพิจารณาหาข้อเท็จจริงว่าคดีมีมูลหรือไม่ จากนั้นหากคดีมีมูล ให้คณะอนุกรรมการสอบสวนทำงานรวบรวมพยานหลักฐาน ทำสำนวนพร้อมความเห็นก่อนส่งให้คณะกรรมการแพทยสภาวินิจฉัยชี้ขาด
การพักใบอนุญาต	สั่งพักได้ไม่เกิน 5 ปี	สั่งพักได้ไม่เกิน 1 ปี	สั่งพักได้ไม่เกิน 6 เดือน	สั่งพักได้ไม่เกิน 2 ปี
การเพิกถอนใบอนุญาต	ให้ใบอนุญาตใหม่ได้เมื่อสภาการแพทย์พิจารณาว่าผู้ถูกเพิกถอนได้ประพฤติแก้ตัวมาโดยระยะเวลาพอสมควรแล้ว	ผู้ถูกเพิกถอนยื่นคำร้องขออนุญาตใหม่ได้เมื่อพ้นกำหนด 1 ปี โดยคณะกรรมการพิจารณาตามที่เห็นสมควร	ผู้ถูกเพิกถอนยื่นขอรับใบอนุญาตอีกได้เมื่อพ้นกำหนด 2 ปีนับจากวันถูกเพิกถอน แต่ถ้าคณะกรรมการไม่ออกให้ ผู้นั้นต้องรอเวลาอีก 1 ปีนับจากวันถูกปฏิเสธจึงจะยื่นใหม่ได้ หากถูกปฏิเสธครั้งที่ 2 ก็จะหมดสิทธิขอรับใบอนุญาตอีกต่อไป	ผู้ถูกเพิกถอนยื่นขอรับใบอนุญาตอีกได้เมื่อพ้นกำหนด 2 ปีนับจากวันถูกเพิกถอน แต่ถ้าคณะกรรมการไม่ออกให้ ผู้นั้นต้องรอเวลาอีก 1 ปีนับจากวันถูกปฏิเสธจึงจะยื่นใหม่ได้ หากถูกปฏิเสธครั้งที่ 2 ก็จะหมดสิทธิขอรับใบอนุญาตอีกต่อไป

4.4 บทวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทย

ตารางที่ 4.1 แสดงการเปรียบเทียบเนื้อหาสาระของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ 4 ฉบับหลัก ได้แก่ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 (พร้อมฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 (พร้อมฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 และ พ.ศ. 2525 ในประเด็นสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ขององค์การกำกับดูแล และกลไกการควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

กฎหมายสองฉบับแรกคือพระราชบัญญัติการแพทย์และพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ นับเป็นรากเหง้าและต้นแบบแรกเริ่มของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย ในแง่ที่กำหนดให้ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตจากองค์การกำกับดูแลเสียก่อนจึงสามารถประกอบวิชาชีพได้ และมีบทบัญญัติลงโทษกรณีฝ่าฝืนข้อกำหนดว่าด้วยการประกอบวิชาชีพแพทย์ด้วยโทษปรับและโทษจำคุก และ/หรือ กรณีล่วงละเมิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทย์ด้วยโทษพักหรือเพิกถอนใบอนุญาต

กระนั้นในยุคแรก กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์มีความแตกต่างจากสภาพปัจจุบันอย่างยิ่ง กล่าวคือ กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์มิได้แยกออกมาเป็นการเฉพาะจากกลไกการกำกับดูแลการประกอบโรคศิลปะ และมีสภาพเป็นกลไกการกำกับดูแลโดยรัฐ สังกัดอยู่ภายใต้ระบบราชการ มิได้มีสถานะเป็นสภาวิชาชีพที่กำกับดูแลกันเองในหมู่ผู้เชี่ยวชาญเหมือนดังปัจจุบัน

กฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในยุคก่อนแพทยสภาได้จัดวางแนวทางการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ไว้เป็นตัวอย่างตั้งต้น ก่อนที่จะปรับเปลี่ยน พัฒนา และต่อยอดมาเป็นกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์อย่างเต็มระบบในนามขององค์การวิชาชีพ ‘แพทยสภา’ ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 ซึ่งเป็นกฎหมายฉบับแรกว่าด้วยการกำกับควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เป็นการเฉพาะ ก่อนที่จะมีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายให้มีความเป็นระบบและสอดคล้องกับยุคสมัยมากขึ้น ผ่านการตราพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ซึ่งใช้บังคับเรื่อยมาจนกระทั่งปัจจุบัน

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทั้ง 4 ฉบับ ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้

หนึ่ง พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 นับเป็นรากเหง้าของการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย โดยมีบทบัญญัติให้ผู้ประกอบโรคศิลปะทุกคน (รวมแพทย์ด้วย) ต้องขึ้นทะเบียนและได้รับการอนุญาตจากองค์การกำกับดูแลจึงจะสามารถประกอบวิชาชีพได้ ทั้งนี้ การประกอบโรคศิลปะต้องไม่ล่วงละเมิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ มิเช่นนั้นอาจถูกลงโทษพักหรือถอนใบอนุญาตการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายฉบับต่อๆ มา ล้วนคงไว้ซึ่งหลักการดังกล่าว แต่มีรายละเอียดแตกต่างกันออกไป

ส่วนพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 ถือเป็นจุดเริ่มต้นของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์อย่างเต็มระบบ โดยแยกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ออกมาเป็นการเฉพาะจากกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบโรคศิลปะ และมีการสถาปนาแพทยสภา ซึ่งเป็นองค์การวิชาชีพอิสระโดยผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ทุกคนถูกกำหนดให้เป็นสมาชิกของแพทยสภา ต่อมา การตราพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 เป็นการปรับปรุงบทบัญญัติด้านต่างๆ ให้มีความเป็นระบบมากยิ่งขึ้น และชูธงเรื่องการควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุด ดังปรากฏในหมายเหตุแนบท้ายพระราชบัญญัติ และการบัญญัติให้วัตถุประสงค์ด้านการควบคุมจริยธรรมแห่งวิชาชีพเป็นวัตถุประสงค์สำคัญลำดับที่หนึ่ง

อาจกล่าวได้ว่า เจตนารมณ์ของกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมมุ่งเน้นไปที่การคุ้มครองผลประโยชน์ของผู้ป่วยและผลประโยชน์สาธารณะมากกว่าการคุ้มครองผลประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์

สอง กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทยเคลื่อนจากกลไกการกำกับดูแลโดยรัฐมาสู่กลไกการกำกับดูแลกันเองในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นการเฉพาะ แต่ยังไปไม่ถึงกลไกการกำกับดูแลร่วมระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ

นับวันกลไกการกำกับดูแลกันเองยิ่งถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากว่าเอื้ออำนวยให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญใช้ปกป้องผลประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันเองมากกว่าผลประโยชน์ของผู้รับบริการในขณะที่กลไกการกำกับดูแลร่วมถูกยกว่าสามารถตอบโจทย์เรื่องการรักษาสิทธิและการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผลที่สุด (โปรดดูบทที่ 2 ประกอบ)

ภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม กรรมการแพทยสภาทั้งหมดล้วนแล้วแต่เป็นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข คณบดีคณะแพทยศาสตร์ และผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ทั้งสิ้น โดยไม่มีตัวแทนจากฝั่งผู้รับบริการ เช่น ผู้ป่วย หรือตัวแทนขององค์การทางสังคมต่างๆ เช่น องค์การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค นักวิชาการสาขาอื่น หรือกระทั่งตัวแทนจากภาครัฐนอกภาคบริการสาธารณสุขเลย โครงสร้างของกลไกการ

กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทยจึงยังห่างไกลจากการเป็นกลไกการกำกับดูแลร่วมระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ

แม้ว่ากฎหมายจะเปิดช่องให้ 'บุคคลภายนอก' สามารถดำรงตำแหน่งเป็นอนุกรรมการชุดต่างๆ ของแพทยสภาได้ แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ในคณะอนุกรรมการชุดสำคัญตามโครงสร้างการบริหารของแพทยสภาต่างก็มีกรรมการบริหารแพทยสภาดำรงตำแหน่งสำคัญในอนุกรรมการเหล่านั้นทั้งสิ้น ส่วนอนุกรรมการก็ประกอบด้วยกรรมการและอดีตกรรมการแพทยสภา ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ทั้งสิ้น จะมี 'บุคคลภายนอก' บ้างก็แต่ผู้ทรงคุณวุฒิสาขากฎหมายในคณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม เป็นต้น และไม่ปรากฏว่ามีตัวแทนผู้รับบริการสาธารณสุขหรือองค์การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคดำรงตำแหน่งคณะอนุกรรมการชุดสำคัญชุดใดเลย (โปรดดูบทที่ 6 ประกอบ)

สาม ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์โดยทั่วไปมีส่วนร่วมในกิจการของแพทยสภาผ่านการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาฝ่ายผู้แทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นช่องทางหลัก แม้ว่าการมีส่วนร่วมผ่านการเลือกตั้งจะมีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้นโดยลำดับเมื่อมีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย แต่การมีส่วนร่วมของสมาชิกแพทยสภาในกิจการแพทยสภาภายหลังจากการเลือกตั้งยังคงมีอยู่น้อยมาก

หากพิจารณาถึงวิวัฒนาการเกี่ยวกับการได้มาซึ่งกรรมการตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ จะพบว่าตามพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 กำหนดให้กรรมการตัวแทนมาจากการเลือกในที่ประชุมสภาการแพทย์ ซึ่งมีสมาชิกประกอบด้วยกรรมการในระบบราชการเป็นหลัก ส่วนตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 กำหนดให้ผู้แทนมาจากการเลือกโดยรัฐมนตรี และต่อมาแก้ไขให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเสนอชื่อผู้แทนให้รัฐมนตรีเลือก จวบจนกระทั่งยุคของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม กรรมการผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์จึงเริ่มมาจากการเลือกตั้งโดยตรงจากสมาชิกแพทยสภาทุกคน กฎหมายฉบับปี 2511 กำหนดให้มีจำนวน 10 คน จากนั้นกฎหมายฉบับปี 2525 จึงปรับปรุงแก้ไขให้มีจำนวนเท่ากับกรรมการโดยตำแหน่ง ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนทั้งสิ้น 26 คน

ในส่วนของช่องทางการมีส่วนร่วมของสมาชิกแพทยสภาเกี่ยวกับกิจการของแพทยสภานั้น กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมฉบับปัจจุบันกำหนดให้สมาชิกมีสิทธิแสดงความเห็นเป็นหนังสือเกี่ยวกับกิจการของแพทยสภาส่งไปยังคณะกรรมการเพื่อพิจารณา และในกรณีที่สมาชิกร่วมกันตั้งแต่ 50 คนขึ้นไปเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเรื่องใดที่เกี่ยวกับกิจการของแพทยสภา คณะกรรมการต้องพิจารณาและแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ทราบโดยไม่ชักช้า (มาตรา 12) อีกด้วย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกรรมการแพทยสภาและ

อดีตกรรมการแพทยสภา พบว่า ที่ผ่านมาแทบจะไม่มีการใช้ช่องทางนี้เป็นเครื่องมือในการมีส่วนร่วมในการบริหารกิจการของแพทยสภา

สี่ การออกแบบกระบวนการพิจารณาด้านจริยธรรมแห่งวิชาชีพในกฎหมายมีความซับซ้อนขึ้นเป็นลำดับ จากเดิมที่กฎหมายยุคก่อนแพทยสภาให้อำนาจองค์การกำกับดูแลพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาด ได้มีการกระจายอำนาจให้อนุกรรมการมีบทบาทเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน โดยมีการออกแบบการคานอำนาจของอนุกรรมการแต่ละชุดและคณะกรรมการแพทยสภาตามสมควร

กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมฉบับปี 2511 บัญญัติให้มีการตั้งอนุกรรมการพิจารณาสอบสวนก่อนส่งให้คณะกรรมการแพทยสภาชี้ขาด ส่วนกฎหมายฉบับปี 2525 กำหนดขั้นตอนเพิ่มขึ้นเป็นอย่างน้อย 3 ขั้นตอน คือ *ชั้นอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพ* ซึ่งทำหน้าที่ชี้มูลความผิด *ชั้นอนุกรรมการสอบสวน* ซึ่งทำหน้าที่รวบรวมพยานหลักฐานและทำสำนวนพร้อมความเห็น และ*ชั้นแพทยสภา* ซึ่งทำหน้าที่วินิจฉัยชี้ขาด กระนั้น จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกรรมการแพทยสภาและอดีตกรรมการแพทยสภา พบว่า ในการปฏิบัติจริง คณะกรรมการแพทยสภาได้มีการจัดตั้ง*คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม*เพื่อพิจารณากลั่นกรองสำนวนจากอนุกรรมการสอบสวน เพิ่มขึ้นอีกขั้นตอนหนึ่ง ก่อนเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการแพทยสภาชุดใหญ่

กระบวนการพิจารณาด้านจริยธรรมแห่งวิชาชีพดังที่ได้กล่าวมานั้น ในด้านหนึ่งถูกมองว่าเป็นการพิจารณาข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษด้วยความรอบคอบระมัดระวัง และเพิ่มระบบกำกับตรวจสอบกันเองภายในแพทยสภา ซึ่งเป็นเรื่องที่เป็นประโยชน์ แต่ในอีกด้านหนึ่ง ก็ถูกมองว่าทำให้กระบวนการล่าช้า ไม่มีประสิทธิภาพ และในบางกรณีคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ หรือคณะกรรมการแพทยสภาก็มีความเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับผลการพิจารณา จนนำไปสู่การถูกตั้งคำถามจากองค์การในกระบวนการยุติธรรม เช่น ศาลฎีกาและศาลปกครอง โดยเฉพาะในกรณีที่คณะกรรมการแพทยสภามีมติแตกต่างจากความเห็นของคณะอนุกรรมการฯ โดยลดโทษของแพทย์ผู้ก่อความผิดพลาดทางการแพทย์ลงหรือตัดสินโทษแบบไม่สมส่วนกับความเสียหายที่ก่อ (โปรดดูบทที่ 6 ประกอบ)

ควรกล่าวด้วยว่า พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมฉบับปี 2525 ยังขยายสิทธิให้บุคคลอื่นหรือคณะกรรมการแพทยสภามีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ด้วย แตกต่างจากกฎหมายฉบับก่อนหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้ได้รับความเสียหายมีสิทธิกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น

ห้า ภายใต้กรอบการวิเคราะห์หลักของโครงการวิจัยนี้คือ การประเมินและวิเคราะห์ ‘ช่องว่างแห่งความคาดหวัง’ (expectation gap) ระหว่าง ‘กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่พึงปรารถนา’ กับ

‘กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในความเป็นจริง’ บนเส้นทางสู่ ‘กลไกการกำกับดูแลร่วมเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก’ นั้น กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทยภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมยังคงมี ‘ช่องว่าง’ ในเชิงธรรมาภิบาลอยู่มากในองค์ประกอบด้านต่างๆ ดังนี้

(1) การมีส่วนร่วม

กฎหมายไม่มีบทบัญญัติใดที่เปิดโอกาสให้เกิดการทำงานร่วมกันในกลไกการกำกับดูแลระหว่างแพทย์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ โดยเฉพาะผู้รับบริการสาธารณสุข เช่น การให้บุคคลภายนอกโดยเฉพาะตัวแทนผู้ป่วยหรือองค์การคุ้มครองผู้บริโภคมีส่วนร่วมในฐานะกรรมการแพทยสภาหรือมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในประเด็นสำคัญ

แม้ว่ากฎหมายจะเปิดช่องให้ ‘คนนอก’ สามารถดำรงตำแหน่งเป็นอนุกรรมการของแพทยสภาได้ แต่ที่ผ่านมาแทบไม่ปรากฏว่ามีการแต่งตั้งคนนอกเป็นอนุกรรมการของแพทยสภาแต่อย่างใด หากมีอยู่บ้างก็อาจเป็นคนนอกด้านกฎหมาย มิใช่ตัวแทนผู้ป่วยหรือองค์การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค

(2) ระบบความรับผิดชอบ

โดยโครงสร้างของกฎหมาย กรรมการแพทยสภาอยู่ภายใต้ระบบความรับผิดชอบ 2 รูปแบบ

รูปแบบแรก คณะกรรมการแพทยสภาโดยตำแหน่งมีความรับผิดชอบต่อโครงสร้างการบังคับบัญชาของระบบราชการ นั่นคือ ปลัดกระทรวงและรัฐมนตรีในกระทรวงที่ตนสังกัด

รูปแบบที่สอง คณะกรรมการแพทยสภาที่มาจากการเลือกตั้งมีความรับผิดชอบต่อสมาชิกแพทยสภาซึ่งเป็นผู้มีสิทธิเลือกตั้ง คณะกรรมการแพทยสภาที่มาจากการเลือกตั้งจึงมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ โดยคำนึงถึงการปกป้องผลประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เป็นลำดับแรก เพื่อสร้างคะแนนนิยมให้ตนได้รับเลือกตั้งในสมัยต่อไปได้

ภายใต้กฎกติกาที่บัญญัติไว้ตามกฎหมายดังที่เป็นอยู่ อาจกล่าวได้ว่าคณะกรรมการแพทยสภาไม่จำเป็นต้องมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อสาธารณะเลย

(3) ความโปร่งใส

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ทุกฉบับที่ผ่านมาไม่มีบทบัญญัติใดเลยที่บังคับให้คณะกรรมการแพทยสภาต้องเปิดเผยข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณะ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่างๆ การเปิดเผยรายงานการประชุม การเปิดเผยกระบวนการสืบสวนสอบสวนและผลของการวินิจฉัยชี้ขาดในกรณีการละเมิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ รวมถึงข้อกำหนดว่าด้วยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของสาธารณะ ทั้งที่การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารต่างๆ เหล่านี้อย่างโปร่งใสและเปิด

โอกาสให้สาธารณะเข้าถึงได้โดยง่ายและสะดวกย่อมมีส่วนสำคัญในการสร้างธรรมาภิบาลและยกระดับคุณภาพของกลไกการกำกับดูแล

(4) ความเป็นอิสระ

ภายใต้กฎหมายฉบับปัจจุบัน สภานายกพิเศษ (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) ยังมีอำนาจในการยับยั้งมติของแพทยสภาได้ โดยเฉพาะมติเรื่องการให้สมาชิกพ้นสภาพเนื่องจากประพฤติเสียหายและต้องโทษจำคุกในคดีที่เห็นว่าเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ และมติเรื่องการวินิจฉัยชี้ขาดเพื่อลงโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ถูกกล่าวหาหรือผู้ถูกกล่าวโทษ

แม้ว่าคณะกรรมการแพทยสภาจะมีอำนาจในการยืนยันมติด้วยคะแนนเสียงสองในสาม แต่ก็กล่าวได้ว่า กลไกการกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ยังไม่มีความเป็นอิสระจากอำนาจรัฐอย่างสมบูรณ์ เพราะรัฐมนตรียังคงมีบทบาทในการยับยั้งมติของแพทยสภา มิพักต้องพูดถึงการดำรงอยู่ของตัวแทนภาคราชการในคณะกรรมการแพทยสภาจำนวนหนึ่งด้วย

นอกจากนั้น จากข้อมูลพื้นฐานของคณะกรรมการแพทยสภาที่มาจากการเลือกตั้ง พบว่าคณะกรรมการจำนวนหนึ่งมีสายสัมพันธ์กับเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชน โดยเฉพาะคณะกรรมการบริหารแพทยสภาที่ดำรงตำแหน่งสำคัญเป็นผู้บริหารหรือผู้ถือหุ้นโรงพยาบาลเอกชนอยู่จำนวนหนึ่ง จึงก่อให้เกิดคำถามเรื่องการปกป้องผลประโยชน์ของธุรกิจการแพทย์เอกชน และความเป็นอิสระขององค์การกำกับดูแลจากอำนาจทุน (โปรดดูบทที่ 6 ประกอบ)

(5) ความสามารถในการรักษาสมดุล

กฎหมายกำหนดวัตถุประสงค์ของแพทยสภาไว้หลายประการ ตั้งแต่ ‘การควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม’ จนถึง ‘การเป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย’ การปฏิบัติหน้าที่เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์แต่ละประการอาจมีความขัดแย้งกันได้ โดยเฉพาะวัตถุประสงค์สองข้อดังกล่าวข้างต้น เพราะมีความเป็นไปได้สูงที่เมื่อผู้นำของกรรมการแพทยสภามุ่งทำหน้าที่คล้าย ‘ผู้นำสหภาพแพทย์’ เพื่อปกป้องผลประโยชน์แพทย์ในฐานะตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม อาจส่งผลให้การทำหน้าที่ควบคุมการประพฤติของแพทย์ให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วยลดประสิทธิภาพลง

ที่ผ่านมา แพทยสภาเคยถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่ามุ่งปกป้องผลประโยชน์ของแพทย์เป็นสำคัญมากกว่าการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย เช่น แพทยสภามีบทบาทในการต่อต้านกฎหมายที่มุ่งคุ้มครองผลประโยชน์ของผู้ป่วยมากขึ้นแต่อาจทำให้ภาระของแพทย์เพิ่มมากขึ้น เช่น การต่อต้านร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหาย

จากการรับบริการสาธารณสุข การต่อต้านทิศทางการปฏิรูปตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือแพทยสภามีบทบาทในการช่วยเหลือแพทย์ที่ถูกผู้ป่วยฟ้องร้องในกระบวนการยุติธรรมด้วยวิธีต่างๆ เป็นต้น ในหลายกรณีกรรมการแพทยสภาบางคนกลายเป็นคู่ขัดแย้งของเครือข่ายผู้ป่วยหรือองค์การคุ้มครองผู้บริโภคด้วย (โปรดดูบทที่ 6, 7 และ 8 ประกอบ)

โครงสร้างของกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมในลักษณะที่เป็นอยู่จึงก่อให้เกิดคำถามมากมายเกี่ยวกับความสามารถในการรักษาสมดุลโดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างการคุ้มครองผลประโยชน์ของแพทย์กับการคุ้มครองผลประโยชน์ของผู้ป่วยและสาธารณะ

คำถามสำคัญก็คือ ภายใต้โครงสร้างทางกฎหมายยังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน แพทยสภาจะทำหน้าที่ในการปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วยและผลประโยชน์สาธารณะได้อย่างมีประสิทธิภาพสมดังเจตนารมณ์ของกฎหมายเพียงใด และจะยกระดับศักยภาพในการทำหน้าที่ดังกล่าวให้สูงขึ้นได้อย่างไร

บทที่ 5

กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของไทย:

บทวิเคราะห์เชิงวิวัฒนาการองค์การภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขไทย

5.1 ความนำ

ในบทที่แล้ว ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์เนื้อหาสาระและวิวัฒนาการของกฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย โดยเฉพาะพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 และ พ.ศ. 2525 ไปแล้ว

เนื้อหาในบทที่ 5 นี้จะเป็นการศึกษาแพทยสภาในอีกวิถีทางหนึ่งซึ่งจะช่วยเติมเต็มการวิเคราะห์แพทยสภาในเชิงกฎกติกาที่เป็นลายลักษณ์อักษรในบทที่แล้ว โดยผู้วิจัยจะนำเสนอบทวิเคราะห์เชิงวิวัฒนาการของแพทยสภาภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขไทยในยุคต่างๆ

ควรตระหนักด้วยว่า ระบบบริการสาธารณสุขทั้งระบบมิได้แยกขาดจากโครงสร้างและสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง หากแต่ระบบบริการสาธารณสุขได้รับผลกระทบจากโครงสร้างและสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ทั้งในส่วนของกระบวนการผลิตบริการสาธารณสุข ระบบธรรมาภิบาล และกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ในทางกลับกัน สภาพของระบบบริการสาธารณสุขทั้งระบบก็ส่งผลสะท้อนกลับไปกระทบโครงสร้างและสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองด้วยเช่นกัน (โปรดดูภาพที่ 3.2 ประกอบ)

ทั้งนี้ งานวิจัยชิ้นนี้ให้ความสำคัญกับประเด็นสำคัญในมิติต่างๆ ดังต่อไปนี้

(1) *มิติทางเศรษฐกิจ* ได้แก่ กระบวนการแปลงบริการสาธารณสุขให้เป็นสินค้า (commodification of health care services) ผ่านการขยายตัวของระบบแพทย์พาณิชย์

(2) *มิติทางการเมือง* ได้แก่ การผลักดันนโยบายของรัฐและร่างกฎหมายที่ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างและความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในระบบสาธารณสุขไทย เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เป็นต้น รวมถึงบทบาทของกลุ่มแพทย์ที่เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายระดับชาติซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุข เช่น กลุ่มแพทย์ชนบท กลุ่มกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งในยุคหลัง เป็นต้น

(3) *มิติทางสังคม* ได้แก่ กระแสการตื่นตัวด้านการปกป้องและเรียกร้องสิทธิผู้บริโภค

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อชีวิตของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แต่ละยุคสมัย ซึ่งในงานชิ้นนี้ ผู้วิจัยจัดแบ่งยุคสมัยของแพทยสภาออกเป็น 3 ยุค ตามกลุ่ม 'ตัวละคร' ซึ่งเป็นกรรมการจากการเลือกตั้ง และมีบทบาทนำในองค์การ ดังนี้

(1) ยุคอาจารย์แพทย์ (พ.ศ. 2511-2530)

(2) ยุคแพทย์ชนบท (พ.ศ. 2531-2537)

(3) ยุคแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป[1] และแพทย์เอกชน (พ.ศ. 2538-ปัจจุบัน)

กล่าวโดยสรุป เนื้อหาในบทนี้จะเป็นการสำรวจ 'ชีวิตจริง' ของแพทยสภาภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมไทยในแต่ละยุคสมัย โดยในแต่ละยุคจะเริ่มต้นด้วยการสำรวจบริบทแวดล้อมของระบบบริการสาธารณสุข ทิศทางของแพทยสภาภายใต้บริบทแวดล้อมดังกล่าว ความสำเร็จและข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่อการทำงานของแพทยสภาในยุคนั้น และผลพวงที่ส่งผลต่อแพทยสภาในยุคถัดไป

5.2 ยุคก่อนแพทยสภา (พ.ศ. 2479-2510)

ก่อนที่แพทยสภาจะถูกจัดตั้งขึ้นในปี 2511 องค์การที่พอจะกล่าวได้ว่าเป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์คือแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งจัดตั้งขึ้นตั้งแต่ปี 2464 โดยทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิก และดำเนินกิจกรรมทางวิชาการ ต่อมาในปี 2476 ได้มีการควบรวมสโมสรแพทย์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของแพทยสมาคม ทำให้แพทยสมาคมได้กลายเป็นศูนย์กลางสำหรับพบปะกันของเหล่าแพทย์ที่เป็นสมาชิกด้วย ในปี 2476 (กำธร สุวรรณกิจ ม.ป.ป.)

กระนั้น แพทยสมาคมมิได้มีลักษณะใกล้เคียงกับความเป็นองค์การวิชาชีพเนื่องจาก *ประการแรก* แพทยสมาคมไม่ได้ถูกจัดตั้งขึ้นโดยมีกฎหมายรองรับ และไม่ได้ถูกกำหนดให้มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลกันเองไม่ว่าจะในแง่การกำกับควบคุมความประพฤติและลงโทษผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ การรับรองหลักสูตรการเรียนการสอน หรือการออกใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ อีกทั้งกรรมการส่วนใหญ่ก็มิได้พยายามผลักดันให้แพทยสมาคมมีบทบาทนำในเรื่องเหล่านี้แต่อย่างใด ดังเช่นที่ นพ.บรรลุ ศิริพานิช เล่าว่า

[1] โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) หมายถึง โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัด มีขนาดและจำนวนเตียง ตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป และมีแพทย์เฉพาะทางด้านต่าง ๆ อย่างครบถ้วน ส่วน 'โรงพยาบาลทั่วไป' (รพท.) หมายถึง โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่ มีขนาดและจำนวนเตียงตั้งแต่ 200 – 500 เตียง

กิจกรรมส่วนใหญ่ของแพทยสมาคมมุ่งเน้นไปที่กิจกรรมสมาชิกสัมพันธ์ เช่น การจัดงานเลี้ยงใหญ่ประจำปี และการช่วยเหลือด้านสวัสดิการในหมู่สมาชิกเท่านั้น[2]

ประการที่สอง แพทยสมาคมไม่มีความเป็นตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพอย่างแท้จริงเพราะผู้ประกอบวิชาชีพทั้งหมดไม่ได้เป็นสมาชิกของสมาคม เนื่องจากการรับสมัครสมาชิกเป็นไปโดยความสมัครใจ อีกทั้งบุคคลภายนอกซึ่งมิได้เป็นแพทย์ก็สามารถเป็นสมาชิกของแพทยสมาคมได้ด้วย หากมีสมาชิกที่เป็นแพทย์แนะนำและให้การรับรอง

ข้างฝ่ายสมาชิกแพทยสมาคมเองก็ไม่ได้ให้ความสำคัญกับกิจกรรมหลักของสมาคมมากไปกว่าการใช้ประโยชน์จากพื้นที่ของสมาคม ซึ่งอยู่ใกล้กระทรวงสาธารณสุขเดิมแถวศเส เป็นที่พบปะสังสรรค์กัน เช่น การใช้บริการโต๊ะบิลเลียด สนามเทนนิส และร้านอาหาร นพ.ประเวศ วะสี เคยเขียนเล่าว่าการประชุมใหญ่สามัญประจำปีในช่วงเวลานั้นมักมีผู้เข้าร่วมไม่ครบองค์ประชุม แม้ว่าจะกำหนดไว้เพียงแค่ 60 คน ทำให้ต้องอาศัยการกะเกณฑ์เพิ่มเติมจากสมาชิกที่มาเล่นบิลเลียดอยู่เสมอ (ประเวศ วะสี 2554, น.233)

ดังนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพบางกลุ่มจึงเกิดแนวคิดที่จะผลักดันให้มีการจัดตั้งสภาวิชาชีพเพื่อกำกับดูแลกันเองขึ้น เว็บไซต์ของแพทยสภา (www.tmc.or.th) ได้บันทึกประวัติการก่อตั้งแพทยสภาไว้ว่า ก่อนหน้าปี 2511 เคยมีกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพผลักดันให้มีการจัดตั้งสภาวิชาชีพภายหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 ได้ไม่นาน ผ่านการเสนอแก้ไขกฎหมายดังกล่าว แต่ไม่ประสบความสำเร็จ ต่อมาเมื่อปี 2507 แพทยสมาคมก็ได้จัดให้มีการศึกษาแนวทางการจัดตั้งสภาวิชาชีพขึ้น แต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จเป็นรูปธรรมอีกเช่นกัน ในขณะที่สภาวิชาชีพสำหรับบางวิชาชีพได้เริ่มถือกำเนิดขึ้นแล้ว เช่น คุรุสภาตามพระราชบัญญัติวิชาชีพครู พ.ศ. 2488 และเนติบัณฑิตยสภาตามพระราชบัญญัติเนติบัณฑิตยสภา พ.ศ. 2507

ความพยายามในการผลักดันสภาวิชาชีพแพทย์มาบรรลุผลสำเร็จในปี 2511 เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 ซึ่งมีบทบัญญัติให้จัดตั้งแพทยสภาขึ้น (โปรยดูรายละเอียดของเนื้อหากฎหมายในบทที่ 4)

ความสำเร็จดังกล่าวเป็นผลมาจากการจัดตั้ง ‘คณะกรรมการแพทย์ระดับบริหาร’ ตามมติคณะรัฐมนตรี ในปี พ.ศ. 2509 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำหน้าที่ปฏิบัติงาน ประสานงาน และสร้างความร่วมมือกันในทางการแพทย์ โดยมีอธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์เป็นประธานกรรมการ กรรมการประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข) เลขาธิการ

[2] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.บรรลุ ศิริพานิช

นายทะเบียนคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ อธิบดีกรมอนามัย อธิบดีกรมการแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค กรมการแพทย์ กรรมการฝ่ายแพทย์ในสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) เจ้ากรมแพทย์ทหารบก นายแพทย์ใหญ่ทหารเรือ เจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ หัวหน้ากองแพทย์กรมตำรวจ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ ผู้อำนวยการฝ่ายการสาธารณสุขเทศบาลนครกรุงเทพฯ นายกแพทยสมาคมฯ คณบดีบัณฑิตวิทยาลัยทำหน้าที่เป็นเลขานุการ และหัวหน้ากองกลาง กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเลขานุการ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นที่ปรึกษา

คณะกรรมการดังกล่าวมีมติให้ยกร่างและผลักดันการจัดตั้งสภาวิชาชีพเพื่อควบคุมด้านจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ในการประชุมครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2509 โดยให้ปรับปรุงหลักการและยึดแนวทางจากพระราชบัญญัติเนติบัณฑิตยสภา พ.ศ. 2507 และได้จัดตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อดำเนินการประกอบด้วย นพ.สงกรานต์ นิยมเสน พล.ต.ต.แสวง วัจนะสวัสดิ์ นพ.สนอง อูนากูล นพ.เฉก ธนะศิริ นพ.จำรัส ผลผาสุข นายทวี ฤกษ์จำนง และนายสิริวัฒน์ วิเศษสิริ (แพทยสภา ม.ป.ป.(5)) ทั้งนี้ นพ.สงกรานต์ นิยมเสนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการยกร่างและผลักดันกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมฉบับแรก[3]

5.3 แพทยสภายุคอาจารย์แพทย์ (พ.ศ.2511-2530)

ตัวละครหลักที่มีบทบาทนำในแพทยสภายุคแรกคือ กลุ่มอาจารย์แพทย์ ซึ่งเป็นกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง ในขณะที่กรรมการแพทยสภาโดยตำแหน่ง ซึ่งเป็นข้าราชการระดับสูงและแพทย์อาวุโสส่วนใหญ่จะมีภาระงานประจำของตนจึงทำให้ไม่มีเวลาทุ่มเทให้องค์กรมากนัก แม้ว่าโดยธรรมเนียมแล้ว ที่ประชุมคณะกรรมการแพทยสภาจะมอบตำแหน่งนายกแพทยสภาให้กับปลัดกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม

สาเหตุที่กลุ่มอาจารย์แพทย์สามารถเข้าสู่ตำแหน่งและมีบทบาทที่โดดเด่นเป็นเพราะกลุ่มดังกล่าวมีเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจน และมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันเป็นทุนเดิม ในเรื่องนี้ นพ.ประเวศ วะสี เล่าว่า ในการเลือกตั้งครั้งแรก ตนและอาจารย์แพทย์คนอื่นซึ่งก่อนหน้านั้นได้รวมกลุ่มกันเข้าไปทำงานในแพทยสมาคมเห็นว่าแพทยสภาที่เพิ่งจัดตั้งขึ้นใหม่น่าจะตอบโจทย์เรื่องการทำงานเชิงปฏิรูปได้ จึงชักชวน

[3] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

กันลงสมัครรับเลือกตั้ง ซึ่งก็ชนะอย่างง่ายดายเพราะกลุ่มอื่น ‘ตั้งตัวกันไม่ทัน’[4] ทั้งนี้ กรรมการจากการเลือกตั้งแพทยสภาชุดแรก ประกอบด้วย นพ.สุด แสงวิเชียร นพ.บุญสม มาร์ติน นพ.ประเวศ วะสี นพ.วีกิจ วีรานุวัตติ์ นพ.ดิเรก พงศ์พิพัฒน์ นพ.สนอง อูนากูล นพ.ภูเก็ต วาจานนท์ นพ.อวย เกตุสิงห์ นพ.สงกรานต์ นิยมเสน และ นพ.ประสาน ต่างใจ (ประเวศ วะสี 2554, น.234-235)

5.3.1 บริบทแวดล้อม: ปัญหาขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ในชนบท และปัญหาแพทย์สมองไหลออกนอกประเทศ

(1) ปัญหาขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ในชนบท

บริบทแวดล้อมที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุขในยุคนั้นคือปัญหาขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ในชนบท ซึ่งเป็นภาพสะท้อนหนึ่งของปัญหาความยากจนและการพัฒนาประเทศแบบรวมศูนย์ส่วนกลางในขณะนั้น

งานศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (ยังไม่ตีพิมพ์, น.30-31) ชี้ว่าในปี 2521 ประเทศไทยมีโรงพยาบาลจังหวัดทั่วประเทศ 84 แห่ง แต่อัตราแพทย์กระจายตัวของแพทย์ต่อประชากรในชนบทต่ำมากถึง 1 ต่อ 50,000 คน ในขณะที่ในกรุงเทพฯ มีอัตราการกระจายตัวแพทย์ต่อประชากรอยู่ที่ 1 ต่อ 2,500 คน

ในส่วนโรงพยาบาลอำเภอซึ่งถือเป็นปราการด่านแรกของการให้บริการสาธารณสุขในชนบทนั้น มีจำนวนเพียงประมาณ 270 แห่ง จาก 536 อำเภอทั่วประเทศ และได้รับงบประมาณสนับสนุนรวมทั้งประเทศเพียงร้อยละ 4.5 ของงบประมาณสาธารณสุขทั้งหมด อีกทั้งยังขาดแคลนอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์

ปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตประชาชนในภาคชนบทอย่างร้ายแรง โดยในปี 2521 พบว่าอัตราการเสียชีวิตของทารกสูงถึง 26 คนจาก 1,000 คน เด็กก่อนวัยเรียนเสียชีวิตจากโรคขาดอาหารถึง 55,000 คนต่อปี และคนไทยมีพยาธิถึงร้อยละ 64 ของประชากรทั้งหมด ในหมู่บ้านยากจนบางแห่งมีจำนวนถึงร้อยละ 80-100 เลยทีเดียว

(2) ปัญหาแพทย์สมองไหลออกนอกประเทศ

ความขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ในระดับวิกฤตในชนบทถูกซ้ำเติมยิ่งขึ้นเมื่อระบบบริการสาธารณสุขไทยประสบปัญหาแพทย์สมองไหลออกนอกประเทศ เนื่องจากประเทศสหรัฐอเมริกาขาดแคลน

[4] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.ประเวศ วะสี

บุคลากรทางการแพทย์จากนโยบายสร้างระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อยในปี 2508 (สถาบันพระบรมราชชนก ม.ป.ป.) รวมถึงผลพวงจากสงครามเวียดนาม (พ.ศ. 2498-2518) ซึ่งทำให้แพทย์ในประเทศขาดแคลน จึงมีนโยบายแก้ปัญหาด้วยการส่งจดหมายเชิญชวนแพทย์ฝึกหัด พยาบาล และวิศวกรในประเทศต่างๆ ให้เดินทางไปทำงานในประเทศของตน แลกกับการได้สิทธิเป็น 'ผู้อพยพ' โดย นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ เล่าเพิ่มเติมว่าบางรัฐถึงกับเปิดให้แพทย์ทำงานโดยไม่ต้องศึกษาต่อหรือทดสอบความรู้ตามขั้นตอน[5]

นโยบายดังกล่าวส่งผลให้เกิดการสูญเสียบุคลากรทางการแพทย์เป็นจำนวนมากจนเกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์จากสังคมอย่างรุนแรง โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน เล่าว่าระหว่างปี 2508-2512 มีแพทย์ไทยเดินทางไปต่างประเทศ 2,165 คน แต่เดินทางกลับประเทศเพียง 987 คน นอกจากนี้ บัณฑิตแพทยศาสตร์รุ่นแรกของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 48 คน จาก 50 คนซึ่งสำเร็จการศึกษาในปี 2508 และบัณฑิตแพทยศาสตร์รามาธิบดีรุ่นแรกๆ กว่าครึ่งถึงกับเช่าเครื่องบินเหมาลำไปทำงานและศึกษาต่อที่สหรัฐอเมริกาทันทีที่จบการศึกษา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ ยังไม่ตีพิมพ์, น.27-28)

5.3.2 ทิศทางของแพทยสภา: การวางรากฐานองค์กร และการแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในชนบท

(1) การวางรากฐานองค์กร

ทิศทางหลักของแพทยสภาในยุคอาจารย์แพทย์คือการมุ่งวางรากฐานขององค์การ โดยสร้างแนวปฏิบัติพื้นฐานในเรื่องต่างๆ เช่น การพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน การวางกฎเกณฑ์เรื่องการสอบใบประกอบวิชาชีพและการสอบเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือ 'บอร์ดมาตรฐาน' การสืบสวนสอบสวนการกระทำผิดมรรยาทแห่งวิชาชีพ (ประเวศ วะสี 2554, น.235) รวมถึงภารกิจในการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งรับมอบมาจากกระทรวงสาธารณสุขภายหลังประกาศใช้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม

นอกจากทิศทางหลักดังกล่าว ในช่วง 10 ปีแรกของยุคนี้ยังปรากฏความพยายามของกลุ่มอาจารย์แพทย์ในการผลักดันให้แพทยสภามีบทบาทนำในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอส่วนใหญ่ของกลุ่มถูกคัดค้านจากแพทย์ผู้ใหญ่และอาจารย์แพทย์ด้วยกันเอง จนทำให้กลุ่มดังกล่าวถอนตัวจากแพทยสภาในเวลาต่อมา

[5] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

นพ.ประเวศ วะสี ยกตัวอย่างการผลักดันข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปว่าเรื่องแรกๆ ที่กลุ่มอาจารย์แพทย์ได้นำเสนอต่อที่ประชุมคือการเสนอให้แพทยสภาแทรกแซงระบบการผลิตแพทย์ให้เป็นไปในทางที่สอดคล้องกับความต้องการประชาชน นั่นคือ การเพิ่มจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ทั่วไป (General Medicine) ซึ่งทำเวชปฏิบัติได้หลากหลาย เพื่อให้เป็นกำลังหลักของระบบบริการสาธารณสุข โดยเสนอกำหนดอัตราเงินเดือนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ทั่วไปให้สูงกว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ แต่ข้อเสนอนี้ก็ก่อให้เกิดการถกเถียงกันในที่ประชุมอย่างรุนแรง ก่อนจะได้ข้อสรุปว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาควรได้ค่าตอบแทนเท่าเทียมกันเพราะใช้เวลาเรียนเท่ากัน และโรงเรียนแพทย์ควรมีสิทธิเลือกเปิดหลักสูตรโดยเสรี (ประเวศ วะสี 2554, น.235)

(2) การแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในชนบท

ตามที่กล่าวไปแล้วว่าระบบบริการสาธารณสุขไทยในขณะนั้นประสบปัญหาขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ในชนบท แพทยสภาจึงได้พยายามแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้วยการออกกฎเกณฑ์เรื่อง ‘แพทย์ใช้ทุน’ ขึ้นในปี พ.ศ.2514 โดยกำหนดให้นักศึกษาแพทย์ทุกคนทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนว่า ทุกคนต้องออกไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นเวลา 3 ปี หลังจากสำเร็จการศึกษา เพื่อชดใช้ทุนตามสัญญาที่ทำไว้กับทางราชการ โดยผู้ที่ปฏิเสธจะถูกปรับเงิน กฎเกณฑ์ดังกล่าวได้ช่วยแก้ไขปัญหาขาดแคลนแพทย์ได้ในระดับหนึ่ง เพราะทำให้เกิดการหมุนเวียนแพทย์จบใหม่ลงไปทำงานในพื้นที่ชนบท

กฎเกณฑ์การบังคับแพทย์ใช้ทุนนี้เป็นการต่อยอดจากระบบสมัครใจใช้ทุน ซึ่งเกิดจากมติคณะรัฐมนตรีเมื่อปี 2510 ที่กำหนดให้นักเรียนแพทย์ที่ไม่ประสงค์จ่ายค่าบำรุงการศึกษา ปีละ 10,000 บาท ตลอด 4 ปี ต้องทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนให้แก่ทางราชการเป็นเวลา 3 ปี มิเช่นนั้นหากผิดสัญญาต้องเสียค่าปรับ 120,000 บาท ต่อมามีการปรับเพิ่มขึ้นเป็น 200,000 บาท และ 400,000 บาท ในปี 2514 และ 2516 ตามลำดับ (สถาบันพระบรมราชชนก ม.ป.ป.)

นอกจากนี้ เพื่อต่อสู้กับปัญหาแพทย์สมองไหลออกนอกประเทศ แพทยสภาได้พยายามเพิ่มแรงจูงใจในการทำงานด้วยการกำหนดให้แพทย์ประจำบ้านที่ผ่านการสอบรับวุฒิบัตรได้อัตราเงินเดือนเทียบเท่าปริญญาเอก รวมถึงเปิดหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อเปิดช่องทางให้แพทย์ที่ต้องการ ‘เรียนต่อยอด’ ไม่ต้องเดินทางไปเรียนต่อต่างประเทศ[6]

[6] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

5.3.3 ความสำเร็จของแพทยสภา: การยกระดับความสามารถแพทย์และการผลักดันพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525

(1) การยกระดับความสามารถแพทย์

ในบรรดารากฐานที่กรรมการแพทยสภายุคอาจารย์แพทย์ได้สร้างขึ้น กล่าวได้ว่าการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนได้ส่งผลในการยกระดับความสามารถแพทย์อย่างเห็นได้ชัด ซึ่งความสำเร็จดังกล่าวถือเป็นการยกระดับระบบบริการสาธารณสุขไทยครั้งสำคัญ กล่าวคือ ในระดับแพทยศาสตร์บัณฑิต แพทยสภาได้พัฒนาหลักสูตรและกฎเกณฑ์ต่างๆ ให้ได้มาตรฐาน รวมถึงสร้างหลักสูตรแพทย์ฝึกหัดที่กำหนดให้แพทย์จบใหม่ต้องฝึกประกอบวิชาชีพตามสถานพยาบาลหนึ่งปีและต้องผ่านการประเมินจากต้นสังกัด ส่งผลให้แพทย์ได้มีโอกาสเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ทำงานจริง

กล่าวสำหรับหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นพ.วิชัย โชควิวัฒน เน้นย้ำว่าหลักสูตรการฝึกอบรมที่แพทยสภาสร้างขึ้นมีคุณภาพในระดับที่สามารถผลิตแพทย์ที่มี 'ฝีมือระดับโลก' โดยตัวอย่างเหตุการณ์ที่ถือเป็นการแสดงฝีมือแพทย์ไทยให้เป็นที่ประจักษ์ เช่น เหตุการณ์โรงแรมรอยัลพลาซ่าถล่มในปี 2536 เมื่อศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ไทยประสบความสำเร็จในการหย่อนตัวลงไปในรูที่เจาะขึ้นท่ามกลางซากปรักหักพังของโรงแรม เพื่อตัดขาผู้ป่วยที่ถูกฝังทับอยู่ใต้ดินในท่านอนคว่ำทั้งที่แพทย์ทั้งสองอยู่คนละด้านและไม่สามารถสื่อสารกันได้ ทั้งนี้ ความสำเร็จในการพัฒนาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นจุดเริ่มต้นของแนวคิดที่จะผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในเวลาต่อมา[7]

(2) การผลักดันพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ซึ่งเป็นกฎหมายแม่บทในปัจจุบันคือมรดกชิ้นสำคัญที่แพทยสภายุคอาจารย์แพทย์ได้สร้างขึ้น โดยกฎหมายฉบับปรับปรุงนี้มีเนื้อหาที่พัฒนาขึ้นในหลายด้าน เช่น การเพิ่มวัตถุประสงค์ขององค์การในเรื่องการให้คำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาล และการเป็นตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม การปรับปรุงกระบวนการพิจารณาเรื่องร้องเรียนให้เป็นระบบมากขึ้น รวมถึงการเพิ่มจำนวนกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งให้มีจำนวนเทียบเท่ากับกรรมการโดยตำแหน่งจากเดิมที่กำหนดให้มีเพียง 10 คน รวมถึงการลดวาระการตำแหน่งของกรรมการแพทยสภาจาก 4 ปี เหลือ 2 ปี

กระบวนการยกร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 เริ่มต้นขึ้นประมาณ พ.ศ. 2520 เมื่อคณะกรรมการการแพทยสภามีมติให้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาปรับปรุงพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 โดยมี พ.ต.อ.นพ.ถวัลย์ อาศนะเสน ดำรงตำแหน่งประธานอนุกรรมการ และมีอนุกรรมการ

[7] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.วิชัย โชควิวัฒน

ประกอบด้วย นพ.ภูเก็ต วาจานนท์ พญ.คุณหญิงตระหนักจิต หะริณสุต นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ นพ.เกษม จิตปฏิมา นพ.ไศล สุขพันธ์โพธาราม และ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ดำรงตำแหน่งอนุกรรมการและเลขานุการ

นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้มีการยกร่างและ 'เดินสาย' ชี้แจงแก่สมาชิกตามสถานพยาบาลภายหลังมีการประกาศใช้ อธิบายว่า เนื้อหาในกฎหมายเกิดจากการศึกษาตัวแบบของแพทยสภาในประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศอังกฤษ ส่วนสาเหตุที่มีการเพิ่มจำนวนกรรมการจากการเลือกตั้งและปรับลดวาระการดำรงตำแหน่งลงเพื่อให้มีการเลือกตั้งบ่อยขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงให้เป็นประชาธิปไตยขึ้นตามกระแสประชาธิปไตยในขณะนั้น[8]

ร่างกฎหมายวิชาชีพเวชกรรมยกร่างเสร็จและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการแพทยสภาตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2520 แต่กว่าจะผ่านการพิจารณาจากสภาและประกาศใช้ได้ต้องเสนอร่างกฎหมายถึง 3 ครั้ง และใช้เวลานานกว่า 5 ปี เพราะสถานการณ์ทางการเมืองที่ไม่มั่นคง (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ 2551, น.9-13)

5.3.4 ข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่มีต่อแพทยสภา: การบริหารจัดการที่ไร้ประสิทธิภาพ แนวคิดอนุรักษนิยม และระบบอาวุโส

(1) การบริหารจัดการที่ไร้ประสิทธิภาพ

แพทยสภายุคอาจารย์แพทย์ถูกวิพากษ์วิจารณ์เรื่องการบริหารจัดการที่ไร้ประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นทั้งในระดับคณะกรรมการและระดับสำนักงาน ปัญหาในระดับคณะกรรมการคือ องค์กรขาด 'เจ้าภาพ' หลักในการรับผิดชอบงาน เพราะกรรมการจะทำงานกันในที่ประชุมเป็นหลัก ซึ่งส่วนใหญ่จะประชุมกันเดือนละ 1 ครั้งเท่านั้น นพ.วิชัย โชควิวัฒน อธิบายปัญหาดังกล่าวว่า "การทำงานของกรรมการแพทยสภาในสมัยนั้นไม่ใช่ทั้ง 'full-time' หรือแม้แต่ 'part-time' แต่เป็น 'once upon a time' เท่านั้น"[9]

นพ.ประเวศ วะสี ชี้ปัญหาที่มากไปกว่านั้น กล่าวคือ ในการประชุมคณะกรรมการแพทยสภาที่จัดขึ้นเดือนละ 1 ครั้งก็ไม่ได้มีการพูดคุยกันถึงการกำหนดเป้าหมายเชิงรุกหรือการวางแผนภาพรวม ทำให้องค์การมุ่งเน้นแต่การทำภารกิจประจำ (routine) มากกว่าการทำงานเชิงรุก[10] ซึ่งสอดคล้องกับที่ นพ.วิชัย โชควิวัฒน เล่าว่าในการประชุมแต่ละครั้ง คณะกรรมการมักใช้เวลากว่าครึ่งไปกับการพิจารณารับรองรายงานการประชุมครั้งก่อนหน้า[11]

---

[8] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

[9] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.วิชัย โชควิวัฒน

[10] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.ประเวศ วะสี

[11] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.วิชัย โชควิวัฒน

ส่วนปัญหาความไร้ประสิทธิภาพในระดับสำนักงาน นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ชี้ว่า ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2530 แพทยสภาไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำเลย ต้องโอนย้ายข้าราชการจากกองประกอบโรคศิลป์มาช่วยทำงานแบบไม่เต็มเวลา ส่งผลให้ "ไม่สามารถทำงานอะไรได้มาก"[12] สอดคล้องกับที่ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ เล่าว่าในสมัยที่ดำรงตำแหน่งเป็นเลขาธิการแพทยสภา (พ.ศ. 2515-2519) ถึงกับต้องลงมาเป็นผู้เขียนวาระและรายงานการประชุมด้วยตนเองทั้งหมด เนื่องจากเจ้าหน้าที่สำนักงานไม่สามารถทำได้อย่างถูกต้องและทันเวลา[13]

(2) แนวคิดอนุรักษนิยม

ข้อวิพากษ์หนึ่งจากกลุ่มอาจารย์แพทย์สายปฏิรูป คือแพทยสภาในยุคต้นมีแนวคิดอนุรักษนิยมค่อนข้างมาก ทำให้ข้อเสนอ 'ก้าวหน้า' หลายประเด็นไม่ได้รับความเห็นชอบ เช่น เรื่องการแทรกแซงเพื่อเพิ่มจำนวนแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไปถูกคัดค้านโจมตีอย่างรุนแรงจากแพทย์อาวุโสและอาจารย์แพทย์อาวุโสที่ไม่ชอบความเปลี่ยนแปลง ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้อาจารย์แพทย์สายปฏิรูปบางส่วนเลือกที่จะถอนตัวออกจากองค์การเพราะเห็นว่าโอกาสที่จะผลักดันข้อเสนอเหล่านี้ผ่านแพทยสภาเป็นไปได้ยาก

ทั้งนี้ นพ.ประเวศ วะสี อธิบายเพิ่มเติมว่า กลุ่มอนุรักษนิยมในแพทยสภาคือภาพสะท้อนแนวคิดของผู้ประกอบวิชาชีพส่วนใหญ่ ดังนั้นการปะทะกันระหว่างพลังของฝ่ายปฏิรูปซึ่งเป็นคนส่วนน้อย กับพลังของฝ่ายอนุรักษนิยมซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ จึงเกิดขึ้นทั่วไปในระบบสาธารณสุข ข้อเสนอที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้ประกอบวิชาชีพส่วนใหญ่ก็ยากที่จะประสบความสำเร็จ เช่นนี้แล้วการเปลี่ยนแปลงจึงเกิดขึ้นได้ยาก เพราะองค์การมีอคติในด้านการรักษาสภาพเดิมและต้านการเปลี่ยนแปลง (status quo bias) ตัวอย่างเช่น นพ.ประเวศ เคยเสนอแนวคิดในการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ชุมชนที่มุ่งใช้ปัญหาของชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ของนักเรียนแพทย์ และยังออกแบบการเรียนรู้ให้นักเรียนแพทย์ลงไปทำงานในชุมชนโดยให้ประชาชนในพื้นที่เป็นผู้ประเมินผล แต่แนวคิดดังกล่าวก็ต้องล้มพับไปแม้จะได้รับการสนับสนุนจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพราะถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงจากผู้ประกอบวิชาชีพ รวมถึงมีการกล่าวหาว่า นพ.ประเวศ วะสี เป็นคอมมิวนิสต์[14]

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่าการผลักดันข้อเสนอเชิงปฏิรูปของกลุ่มอาจารย์แพทย์ไม่ถือว่าล้มเหลวโดยสิ้นเชิง เนื่องจากประสบความสำเร็จในการผลักดันให้มีการจัดตั้ง'คณะอนุกรรมการจัดทำข้อเสนอแนะการวางแผนการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ' ซึ่งมีสมาชิกชุดแรกประกอบด้วย นพ.ยุทธนา

[12] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

[13] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

[14] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.ประเวศ วะสี

ศุขสมิติ นพ.รังสรรค์ มหาสันทนะ นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ นพ.เปรม บุรี นพ.อารี วัลยะเสวี นพ.ประสาน ต่างใจ นพ.จรัส สุวรรณเวลา นพ.เทพพนม เมืองแมน และนพ.ประเวศ วะสี

คณะอนุกรรมการดังกล่าวถือเป็นพื้นที่ปฏิรูปแรกๆ ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสาธารณสุขที่มีแนวคิดอนุรักษนิยมเข้มข้น ทำให้เกิดการบ่มเพาะความคิดหรือข้อเสนอ ‘ก้าวหน้า’ เช่น แนวคิดการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ชุมชน หรือการเสนอให้เพิ่มบทบาทของบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ (auxiliaries) ในการดูแลรักษาสุขภาพประชาชน เช่น หมออนามัย

นอกจากนี้ การมีพื้นที่ให้แพทย์สายปฏิรูปได้มีโอกาสทำงานร่วมกัน ได้แลกเปลี่ยนกันในการร่วมประชุมอย่างสม่ำเสมอ ยังช่วยเสริมสร้าง ‘ทุนทางสังคม’ และ ‘เครือข่ายสายสัมพันธ์’ ในกลุ่มแพทย์สายปฏิรูป ดังที่ นพ.ประเวศ วะสี ยกตัวอย่างว่าที่ประชุมดังกล่าวทำให้ตนได้รู้จักกับ นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว ต่อมาเครือข่ายดังกล่าวก็มีส่วนในการสร้างความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เช่น การผลักดันให้มีการบรรจุแผนการสร้างโรงพยาบาลชุมชนให้ครบทุกอำเภอลงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) และฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) (ประเวศ วะสี 2554, น.238, 259-261, 270-271)

(3) ระบบอาวุโส

นพ.ประเวศ วะสี ตั้งข้อสังเกตว่า ระบบอาวุโสที่เข้มข้นในแพทยสภายุคอาจารย์แพทย์ส่งผลบั่นทอนการปฏิบัติหน้าที่เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น มีกรณีที่กรรมการแพทยสภาปกป้องสมาชิกที่ถูกตัดสินให้พักใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม 2 ปี เนื่องจากได้ทำการหลอกลวงผู้ป่วยด้วยการขายยาที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคในราคาแพง จากกรณีดังกล่าว นพ.ประเวศ วะสี ซึ่งเป็นผู้กล่าวโทษแพทย์คนดังกล่าวได้รับจดหมาย ‘สั่งสอน’ ว่า ‘กาย่อมไม่จิกตากา’[15] นอกจากนี้ กรรมการแพทยสภาจำนวนหนึ่งได้ไปล็อบบี้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้ใช้อำนาจสภานายกพิเศษกลับมติคณะกรรมการแพทยสภา เนื่องจากเห็นว่าแพทย์ที่ถูกลงโทษเป็นผู้มีชื่อเสียงและเป็นที่นับถือในวงการ ทำให้กรรมการแพทยสภาหลายคน เช่น นพ.ประเวศ วะสี นพ.ประสาน ต่างใจ และ นพ.สุด แสงวิเชียร ลาออกจากตำแหน่งกรรมการแพทยสภาในเวลาต่อมาเพื่อประท้วงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อนจะได้รับการเลือกตั้งกลับเข้ามาใหม่ทั้งหมด ยกเว้น นพ.สุด แสงวิเชียร ที่ไม่ได้ลงสมัครรับเลือกตั้งต่อ (ประเวศ วะสี 2554, น. 257-259)

อย่างไรก็ตาม เพื่อความเป็นธรรมกับแพทยสภาในยุคอาจารย์แพทย์ ควรกล่าวด้วยว่า นพ.ประเวศ วะสี และ นพ.วิชัย โชควิวัฒน ต่างก็ชี้ประเด็นในระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึกว่า ในภาพรวม แพทยสภายุค

[15]ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.ประเวศ วะสี

อาจารย์แพทย์ได้วางกฎเกณฑ์ข้อบังคับจริยธรรมที่มีความละเอียดครอบคลุมและได้บังคับใช้อย่างเข้มงวด ดังนั้นกรณีร้ายแรงและอื้อฉาวอย่างเหตุการณ์ที่เล่ามานั้นจึงอาจไม่ใช่ภาพสะท้อนทั้งหมดของยุคสมัย

5.3.5 ผลพวงของยุคสมัย: การก่อตัวของขบวนการแพทย์ชนบท

ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ในชนบท และกฎเกณฑ์เรื่องแพทย์ใช้ทุนของแพทยสภา สร้างผลพวงที่สำคัญตามมา นั่นคือ การก่อตัวของขบวนการแพทย์ชนบทในช่วงปี 2520-2530 กลุ่มดังกล่าวมีบทบาทอย่างยิ่งต่อการบริหารจัดการแพทยสภาในยุคต่อมา รวมถึงเป็นแกนหลักในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในเวลาต่อมา

การก่อตัวของขบวนการแพทย์ชนบทเกิดขึ้นในพื้นที่ชนบททุรกันดาร สืบเนื่องจากแพทย์ที่ลงไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชนได้รับการบ่มเพาะอุดมการณ์เพื่อสังคมจากการสัมผัสความทุกข์ยากของประชาชนอย่างถึงรากถึงโคน รวมถึงได้หล่อหลอมความอดทน ทักษะความสามารถในการแก้ปัญหา และความเป็นผู้นำในการพัฒนาชุมชน

การทำงานในพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรในทุกมิติอย่างต่อเนื่องบ่มเพาะแนวคิด ‘หมอรักษาสังคม’ ให้กับกลุ่มแพทย์ชนบท กล่าวคือ กลุ่มแพทย์ชนบทเห็นว่าปัญหาวิกฤตสุขภาวะของคนชนบทนั้น เชื่อมโยงโดยตรงกับปัญหาเรื่องคุณภาพชีวิต ดังนั้นเรื่องสุขภาพจึงไม่ใช่เรื่องของการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ครอบคลุมไปถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกมิติ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตต้องอาศัยการปฏิรูปเชิงโครงสร้าง เพราะรากลึกของปัญหาเกิดจากแนวทางการพัฒนาในภาพรวมของประเทศที่ก่อให้เกิดการกระจายทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม

การขยายตัวเชิงปริมาณของกลุ่มแพทย์ชนบทเกิดจากการที่แพทยสภากำหนดกฎเกณฑ์เรื่องแพทย์ใช้ทุนขึ้นในปี 2515 และยังได้รับการหนุนเสริมจากกระแส ‘ปฏิวัติประชาชนเดือนตุลา’ ในหมู่นิสิตนักศึกษา ที่ชักนำให้ออกไป ‘รับใช้ประชาชน’ ที่ประสบความทุกข์ยากในพื้นที่ชนบท

หมุดหมายสำคัญของการกำเนิดขบวนการแพทย์ชนบทคือ การจัดตั้งชมรมแพทย์ชนบทขึ้นในปี 2521 โดยมี นพ.อุเทน จารณศรี ดำรงตำแหน่งเป็นประธานชมรมคนแรก ควรกล่าวด้วยว่า ก่อนหน้านี้เคยมีการรวมกลุ่มกันเป็นสหพันธ์แพทย์ชนบทในปี 2519 โดยมี นพ.ประสพ พาลพ่าย ดำรงตำแหน่งเป็นประธานคนแรก แต่ถูกรัฐบาลประกาศยุบหลังภายหลังเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 เนื่องจากเห็นว่าเป็นแหล่งรวมของคอมมิวนิสต์

ทั้งนี้ ในการรวมกลุ่มทั้งสองครั้ง นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ไม่ว่าการส่งหนังสือเวียนถึงศูนย์การแพทย์และอนามัยอำเภอ ซึ่งนำไปสู่การจัดการประชุมอันเป็นจุดเริ่มต้นของสหพันธ์

แพทย์ชนบท หรือการชักชวนให้แพทย์ชนบทกลับมารวมกลุ่มกันอีกครั้งภายใต้ชื่อชมรมแพทย์ชนบท ภายหลังสถานการณ์ทางการเมืองเริ่มคลี่คลาย

กิจกรรมเบื้องต้นของชมรมแพทย์ชนบท ได้แก่ การพัฒนาองค์ความรู้ในการบริหารจัดการ และการดูแลเครือข่ายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ผ่านการจัดเวทีอบรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การจัดทำสิ่งพิมพ์ การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลอำเภอและเผยแพร่ให้แพทย์จบใหม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเผชิญหน้ากับความขาดแคลนในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ ยังมีการจัดโครงการ 'พี่เยี่ยมน้อง' โดยมีแพทย์ชนบทอาวุโสร่วมกับข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขและนักวิชาการเดินทางเยี่ยมเยียนโรงพยาบาลอำเภอแห่งละ 1-2 วัน เพื่อรับฟังปัญหาและข้อเสนอแนะ โครงการดังกล่าวได้สานต่อเป็นโครงการพี่เลี้ยงแพทย์ประจำจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขในเวลาต่อมา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ ยังไม่ได้ตีพิมพ์, น.36-39)

ขบวนการแพทย์ชนบทมีความเข้มแข็งขึ้นโดยลำดับและได้แสดงบทบาทเชิงรุกในฐานะ 'หมอรักษาสังคม' อย่างแข็งขัน จากการทำกิจกรรมในระดับพื้นที่ในช่วงแรก เช่น การจัดอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ก็เริ่มยกระดับสู่กิจกรรมในระดับชาติ เช่น แพทย์ชนบทบางคนได้มีโอกาสทำหน้าที่เป็นวิทยากรกลางของประเทศ ได้รับมอบหมายให้ผลิตคู่มือการฝึกอบรม รวมถึงการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรมเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน ต่อมาก็ได้มีบทบาทในการรณรงค์ระดับชาติ เช่น การรณรงค์เพื่อการใช้ยาที่เหมาะสมในปี 2524 ซึ่งส่งผลให้เกิดระบบราคากลางและระบบการจัดซื้อยาร่วมในระดับจังหวัดในเวลาต่อมา

สำหรับปัจจัยสำคัญที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทมีความเข้มแข็ง รศ.ดร.นวลน้อย ตรีรัตน์ ตั้งข้อสังเกตว่าเกิดจากการที่แพทย์ชนบทแต่ละคนล้วนเผชิญประสบการณ์ความยากลำบากในพื้นที่ จึงทำให้รับรู้ความรู้สึกร่วมกันที่เข้มข้น[16] นอกจากนี้ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ อธิบายว่าสถานะการเป็น 'แพทย์ชนบท' ทำให้สามารถทำงานเชื่อมโยงระหว่างภาคประชาชนในพื้นที่กับภาครัฐในฐานะข้าราชการไปพร้อมกันได้ มีลักษณะเป็น 'NGOs' (นักพัฒนาภาคเอกชน) ใน 'GO' (รัฐบาล) นอกจากนี้ แม้ว่าแพทย์ชนบทจะยังคงสถานะเป็นข้าราชการ แต่ก็สามารถรักษาความเป็นอิสระทางความคิดไว้ได้ ทำกิจกรรมเคลื่อนไหวต่อสู้ความไม่ถูกต้องได้โดยไม่ต้องเกรงกลัวผู้บังคับบัญชา เพราะผู้บังคับบัญชาไม่สามารถกลั่นแกล้งด้วยการโยกย้ายไปพื้นที่ยากลำบากได้ เนื่องจากพื้นที่ซึ่งแพทย์ชนบททำงานอยู่ล้วนเป็นพื้นที่ยากลำบากมากอยู่แล้ว[17]

---

[16] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก รศ.ดร.นวลน้อย ตรีรัตน์

[17] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.ชูชัย ศุภวงศ์

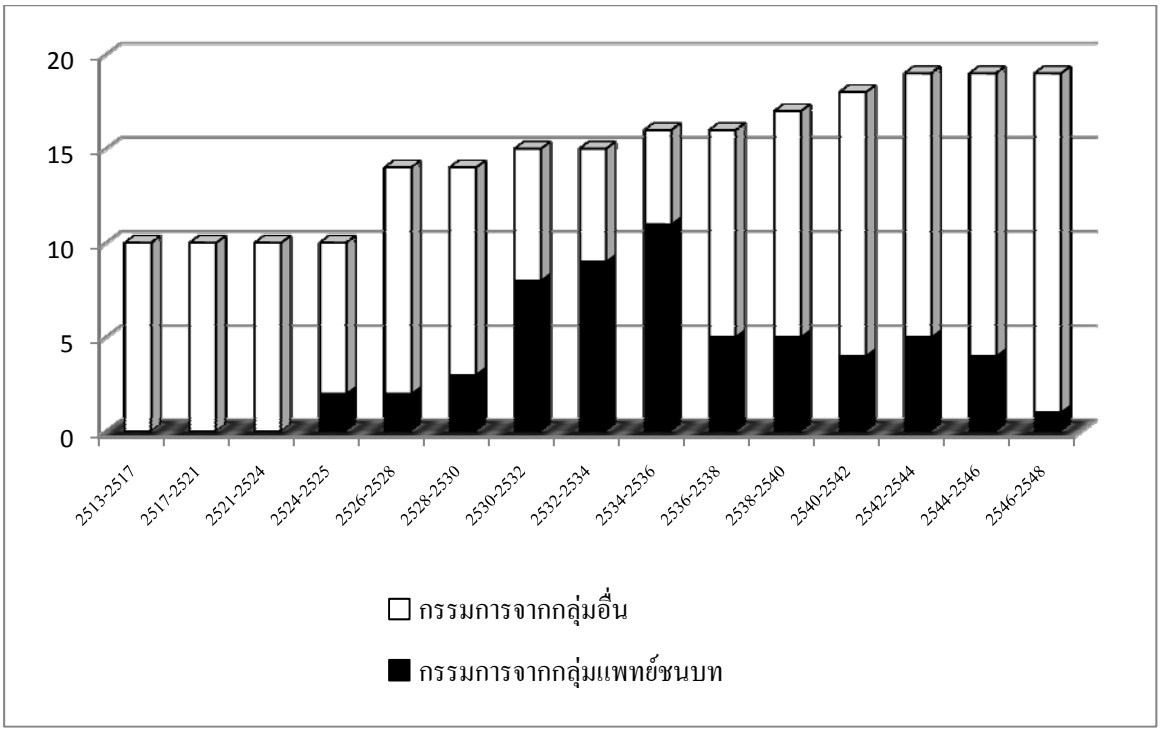
นอกจากนี้ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ยังชี้ว่า ขบวนการแพทย์ชนบทมีเสาหลักทางจิตใจเป็นแบบอย่างที่ดีของกลุ่ม เช่น นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว นพ.อมร นนทสุต นพ.บรรลุ ศิริพานิช นพ.หทัย ชิตานนท์ นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ และ นพ.ประเวศ วะสี สังเกตได้ว่าบุคคลเหล่านี้ล้วนเคยเป็นแพทย์ชนบท และเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในยุคสมัยก่อนหน้า โดย นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว เป็นผู้ที่ผลักดันให้รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม จัดทำแผนสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดให้ครบทุกจังหวัด และในสมัยที่ท่านดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขในปี 2517 ก็ได้ร่วมผลักดันกับ นพ.อุดม โปษะกฤษณะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้เกิดการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขด้วยการยกเลิกโครงสร้างแนวดิ่งแยกส่วนแบบเดิม แล้วบูรณาการหน่วยงานที่ดูแลเรื่องการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเข้าด้วยกัน ซึ่งในกรณีหลังนี้ มีแพทย์ชนบทรุ่นใหญ่จำนวนมากออกมาร่วมกันสนับสนุน เช่น นพ.สมบูรณ์ วัชโรทัย นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ นพ.ชินโอสถ หัสบำเรอ นพ.ยุทธนา สุขมิติ นพ.ดำรงค์ บุญยืน รวมถึงแพทย์ชนบทรุ่นใหม่ เช่น นพ.วิชัย โชควิวัฒน และ นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2546, น.166-168)

ทั้งนี้ กลุ่มแพทย์ชนบทได้เริ่มมีความพยายามเข้าไปมีบทบาทในแพทยสภาในฐานะกรรมการจากการเลือกตั้งตั้งแต่ปี 2521 โดยมี นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ และ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ แกนนำกลุ่มในขณะนั้นลงสมัครรับเลือกตั้งแต่พ่ายแพ้ กระทั่งในปี 2524 จึงได้รับเลือกตั้งด้วยคะแนนเสียงลำดับที่ 5 และ 6 และในปี พ.ศ. 2526 ได้รับเลือกตั้งด้วยคะแนนเสียงลำดับที่ 8 และ 10 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2546, น.120-121) อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาดังกล่าวกลุ่มแพทย์ชนบทยังไม่ได้มีบทบาทที่เด่นชัดในแพทยสภา เพราะมีตัวแทนเข้าไปบุกเบิกเพียง 2 คน จวบจนกระทั่งทศวรรษ 2530 กลุ่มแพทย์ชนบทจึงมีจำนวนมากขึ้นในกรรมการแพทยสภาและยึดกุมตำแหน่งสำคัญในองค์การ จนกล่าวได้ว่าแพทยสภาเข้าสู่ยุคสมัยของกลุ่มแพทย์ชนบท

5.4 แพทยสภายุคแพทย์ชนบท (พ.ศ. 2531-2537)

ในช่วงปี 2530-2537 กลุ่มแพทย์ชนบทเป็นตัวละครที่มีบทบาทนำในแพทยสภาผ่านช่องทางการเข้ารับเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภาและเข้าดำรงตำแหน่งบริหารที่สำคัญในแพทยสภา กลุ่มแพทย์ชนบทมีการรวมกลุ่มจัดตั้งกันอย่างเป็นระบบจนทำให้ได้รับการเลือกตั้งในวาระ พ.ศ. 2530-2532 เกินกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการจากการเลือกตั้งทั้งหมด (8 คน จาก 15 คน) หลังการเลือกตั้งครั้งนั้น นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำรงตำแหน่งนายกแพทยสภาด้วย ได้เสนอให้กลุ่มแพทย์ชนบทเข้าดำรงตำแหน่งบริหารเนื่องจากเป็นกลุ่มหลักที่ชนะการเลือกตั้ง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2546, น.122) นับเป็นจุดเริ่มต้นของแพทยสภาในยุคแพทย์ชนบท

ภาพที่ 5.1 จำนวนกรรมการจากการเลือกตั้งที่เป็นแพทย์ชนบทเทียบกับจำนวนกรรมการทั้งหมด



ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) (2546, น.122)

สาเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มแพทย์ชนบทสามารถมีบทบาทนำเหนือกลุ่มอื่นคือการเข้าดำรงตำแหน่งบริหารที่สำคัญอย่างเลขาธิการและรองเลขาธิการอย่างต่อเนื่อง ตำแหน่งเหล่านี้เป็นตำแหน่งที่มีอำนาจในการบริหารจัดการองค์การอย่างแท้จริง ในบางสมัย แม้กลุ่มแพทย์ชนบทจะเป็นเสียงข้างน้อยในบางวาระ

เช่น พ.ศ. 2536-2538 แต่การยึดกุมตำแหน่งสำคัญเหล่านั้นก็ทำให้กลุ่มแพทย์ชนบทยังคงรักษาบทบาทนำในองค์การไว้ได้[18] จวบจนกระทั่งในวาระ พ.ศ. 2538-2540 กลุ่มแพทย์ชนบทสูญเสียตำแหน่งบริหารในองค์การ บทบาทของกลุ่มจึงเสื่อมถอยลง แม้ว่าจะมีสมาชิกกลุ่มได้รับเลือกตั้งเข้าไปทำหน้าที่กรรมการแพทยสภาจำนวนหนึ่งก็ตาม

ตารางที่ 5.1 รายชื่อแพทย์ชนบทที่ดำรงตำแหน่งบริหาร ระหว่าง พ.ศ. 2530-2538

วาระ พ.ศ.	เลขาธิการ	รองเลขาธิการ	เหรัญญิก
2530-2532	นพ.สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ (ก.พ. 2530 – ม.ค. 2531) นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (ก.พ. 2531 – ม.ค. 2532)	นพ.วิชัย โชควิวัฒน	นพ.สมชัย ศิริกนกวิไล
2532-2534	นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (ก.พ. 2532 – ม.ค. 2533) นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (ก.พ. 2533 – ม.ค. 2534)	นพ.วิชัย โชควิวัฒน	นพ.สมชัย ศิริกนกวิไล
2534-2536	นพ.วิชัย โชควิวัฒน	นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์	พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
2536-2538	นพ.ชูชัย ศุภวงศ์	พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ที่มา: รายชื่อเลขาธิการมีที่มาจาก http://www.tmc.or.th/about.php, รายชื่อรองเลขาธิการและเหรัญญิกมีที่มาจาก สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) (2546, น.143-145)

นอกจากการยึดกุมตำแหน่งบริหารที่สำคัญแล้ว กลุ่มแพทย์ชนบทยังสามารถช่วงชิงบทบาทนำในที่ประชุมที่ผูกขาดมาอย่างยาวนานโดยอาจารย์แพทย์อาวุโส โดย นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ เล่าว่าก่อนการประชุมคณะกรรมการแพทยสภาแต่ละครั้ง กรรมการแพทยสภาสายแพทย์ชนบทจะเตรียมความพร้อมด้วยการนัดประชุมวางแผนล่วงหน้าเพื่อกำหนดเป้าหมาย แผนการ และท่าทีต่อประเด็น รวมถึงศึกษาข้อมูลด้านกฎหมายเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับถกเถียงกับอาจารย์แพทย์อาวุโสในที่ประชุม[19]

[18] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.ชูชัย ศุภวงศ์

[19] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.ชูชัย ศุภวงศ์

5.4.1 บริบทแวดล้อม: การขยายบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทสู่ระดับประเทศ และการขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชน

(1) การขยายบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทสู่ระดับประเทศ

นับแต่ขบวนการแพทย์ชนบทได้ก่อตัวขึ้นในปี 2520 ได้มีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ อย่างแข็งขัน จนกระทั่งปี 2530 แกนนำกลุ่มหลายคนจึงเริ่มบทบาทในองค์การระดับชาติและเริ่มมีส่วนผลักดันประเด็นการปฏิรูปเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขต่างๆ เช่น การกระจายทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเป็นธรรม ให้สอดคล้องตามความต้องการของประชาชน และการยกระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขให้เป็นสิทธิของประชาชนทุกคน โดยความพยายามเข้าไปมีบทบาทบริการจัดการแพทยสภาถือเป็นส่วนหนึ่งของแผนการดังกล่าว

ขบวนการแพทย์ชนบทมีการจัดตั้งที่เข้มแข็งทั้งในระดับล่างและระดับบน กล่าวคือ ในระดับล่างมี 'ชมรมแพทย์ชนบท' เป็นฐานในการประสานงานและระดมสมาชิกที่กระจายตัวอยู่ทั่วประเทศออกมาสนับสนุนข้อเสนอต่างๆ ส่วนในระดับบน มีการจัดตั้ง 'กลุ่มสามพราน' ขึ้นในปี 2529 จากการริเริ่มของ นพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ โดยมี นพ.ประเวศ วะสี เป็นศูนย์กลาง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ ยังไม่ตีพิมพ์, ภาคผนวก) กลุ่มสามพรานจัดการประชุมทุกเดือนที่สวนสามพราน จังหวัดนครปฐม โดยเป็นทั้งเวทีวิชาการ แลกเปลี่ยนความรู้ บ่มเพาะพัฒนาข้อเสนอ และเป็นเสมือนศูนย์ประสานงานและวางแผนผลักดันประเด็นปฏิรูปของแพทย์ชนบทระดับแกนนำ

กิจกรรมหนึ่งที่ถือเป็นการเปิดตัวขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งในเวลานั้นมีบทบาทนำอยู่ในแพทยสภา ต่อสังคมไทยในวงกว้างคือโครงการวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งริเริ่มโดย นพ.ประเวศ วะสี ในที่ประชุมกลุ่มสามพรานและได้รับการผลักดันต่อโดยแพทยสภา ร่วมกับแพทยสมาคม มูลนิธิแพทย์ชนบท มูลนิธิหมอชาวบ้าน ชมรมแพทย์ชนบท และองค์การอนามัยโลก

โครงการดังกล่าวสามารถระดมเสียงประชามติจากประชาชนได้ถึง 6 ล้านคน และมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การผลักดันให้มีการจัดเขตปลอดบุหรี่ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ การจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ในปี 2532 ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ และสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ สังกัดกรมการแพทย์ การออกพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 รวมถึงการผลักดันให้มีการขึ้นภาษีบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ตั้งแต่ปี 2534 เป็นต้นมา จำนวนคนไทยที่สูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 25 ในปี 2531 เหลือร้อยละ 20.6 ในปี 2544 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2546, น.134, 153)

แม้แต่กลุ่มแพทย์ชนบทเองก็คาดไม่ถึงว่าโครงการวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่จะประสบความสำเร็จมากเช่นนี้ ซึ่งมีผลช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการทำกิจกรรมเคลื่อนไหวทางสังคมให้แก่กลุ่มแพทย์ชนบทอย่างมาก[20] ด้าน นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ อธิบายว่า ความสำเร็จที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการที่ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถ "ถักทออำนาจรัฐแนวดิ่งกับอำนาจสังคมในแนวราบเข้าด้วยกัน" กล่าวคือ สามารถขับเคลื่อนข้อเสนอโดยประสานงาน 'แนวดิ่ง' กับรัฐบาล นักการเมือง และกระทรวงสาธารณสุข และระดมพลังสนับสนุน 'แนวราบ' จากภาคประชาสังคมทั้งภาคธุรกิจเอกชน สื่อมวลชน ผู้มีชื่อเสียงในสังคม องค์การศาสนา และประชาชนทั่วไป[21]

ชื่อเสียงและบทบาทที่สูงเด่นขึ้นเรื่อยๆ ของกลุ่มแพทย์ชนบทส่งผลให้แกนนำกลุ่มแพทย์ชนบทหลายคนกลายเป็นตัวละครที่มีความโดดเด่นระดับชาติ เช่น นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ที่มีบทบาทในการรณรงค์คัดค้านการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 ให้ขยายเนื้อหาครอบคลุมสิทธิบัตรในผลิตภัณฑ์ยาตามคำแนะนำของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2535 หรือ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่มีบทบาทสนับสนุนนโยบายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่กำหนดให้ระบุชื่อสามัญบนฉลากยาแทนการใช้ชื่อการค้าในปี 2536 โดย นพ.สุวิทย์ออกหนังสือเวียนผลักดันให้สมาชิกชมรมแพทย์ชนบทปฏิเสธการซื้อยาจากบริษัทที่ไม่ให้ความร่วมมือจนนโยบายดังกล่าวประสบความสำเร็จอย่างดี

นอกจากนั้น กลุ่มแพทย์ชนบทยังมีบทบาทสำคัญในการต่อสู้เพื่อประชาธิปไตยในเหตุการณ์เดือนพฤษภาคม 2535 กระบวนการปฏิรูปการเมืองไทยในช่วงหลังจากนั้น และการต่อต้านคอร์รัปชั่นในกรณีทุจริตยาในกระทรวงสาธารณสุขในปี 2539 บทบาททางสังคมเหล่านั้นสร้างความเชื่อถือศรัทธาในหมู่ประชาชนทั่วไป

ตั้งแต่ปี 2535 แกนนำกลุ่มแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการเปิด 'เวทีใหม่' เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายด้านระบบบริการสาธารณสุขระดับชาติ โดย นพ.ประเวศ วะสี บอกเล่าว่าความสำเร็จเริ่มต้นจากการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในปี 2535 โดย สวรส.ได้ทำหน้าที่เป็นสถาบัน 'แม่' ในการผลิตงานวิชาการเพื่อสนับสนุนให้เกิดการทำ 'คลอด' สถาบันอื่นๆ ตามมา

จวบจนปัจจุบัน สถาบันที่กลุ่มแพทย์ชนบทมีบทบาทสำคัญในการผลักดันจัดตั้งขึ้นเป็นที่รู้จักกันในนามองค์การ 'ตระกูล ส.' เช่น (1) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี 2544 โดยทำหน้าที่ส่งเสริม พัฒนา และสนับสนุนให้คนไทยมีสุขภาพดี โดยเป็นองค์การที่มุ่งสร้างเสริมสุขภาพในแนวทางป้องกันโรคมากกว่ารักษาโรค และทำงานร่วมกับภาคประชาสังคม (2) สำนักงาน

[20] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

[21] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

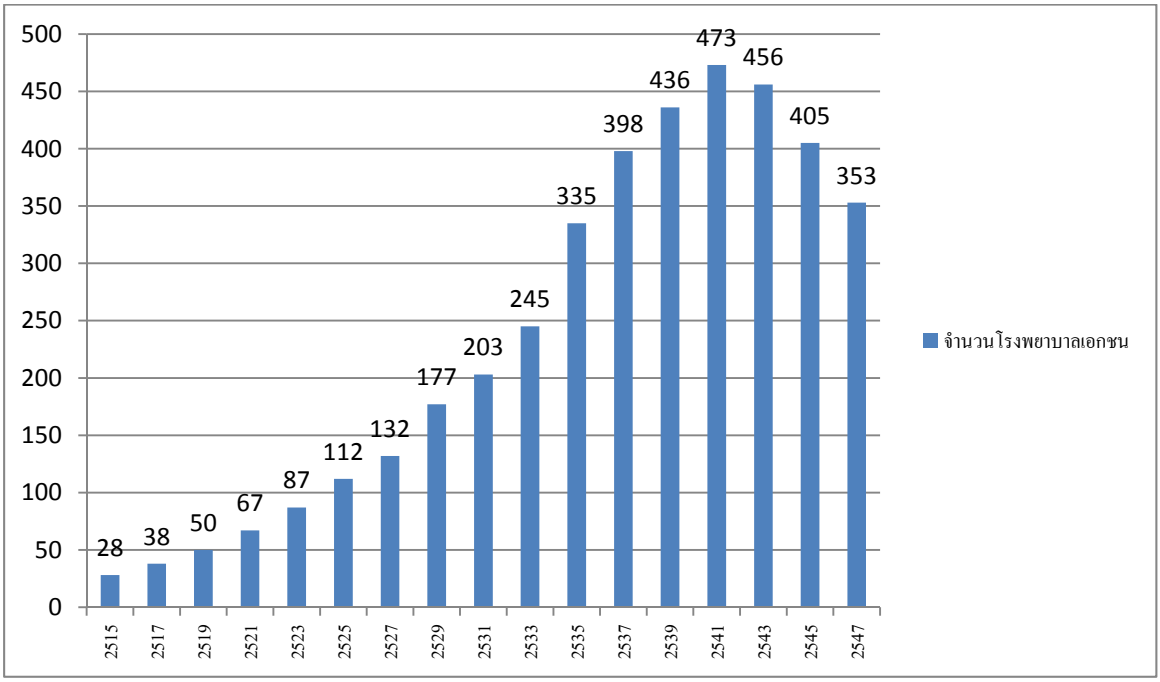
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี 2545 โดยทำหน้าที่บริหารจัดการและกำกับดูแลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน และ (3) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี 2550 เพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดีผ่านการระดมการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน และจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

(2) การขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชน

นับแต่ปี 2530 เป็นต้นมา ธุรกิจการแพทย์เอกชนได้ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจผ่านบทบาทของภาคเอกชนและกลไกตลาดเสรี

แนวโน้มดังกล่าวเห็นได้จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนโรงพยาบาลเอกชน โดยในปี 2521 ประเทศไทยมีโรงพยาบาลเอกชนเพียง 67 แห่ง แต่ในปี 2531 และ 2541 จำนวนโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มสูงขึ้นเป็น 203 แห่ง และ 473 แห่งตามลำดับ ก่อนที่จะลดจำนวนลงหลังปี 2541 เนื่องจากได้รับผลกระทบอย่างหนักจากวิกฤตการณ์เศรษฐกิจ 2540 นอกจากนั้น การบังคับใช้กฎกระทรวงสาธารณสุขซึ่งอ้างอิงอำนาจจากพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 อย่างจริงจังตั้งแต่เดือนมกราคม 2546 นำมาซึ่งการจัดประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ไม่รับผู้ป่วยในให้เป็น ‘คลินิก’ แทน (ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์ 2549, น.2, 24)

ภาพที่ 5.2 จำนวนโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2515-2547



ที่มา: ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์ (2549, น.2)

รัฐบาลสนับสนุนการขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชนผ่านการลดบทบาทของสถานพยาบาลของรัฐ เห็นได้จากการจำกัดงบประมาณ หรือการที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) พยายามกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขลดอัตราการผลิตนักเรียนทุนลงเหลือร้อยละ 25 จากที่เคยผลิตอยู่เดิม นอกจากนี้ รัฐบาลยังมุ่งลดตำแหน่งข้าราชการ รวมถึงสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมแบ่งเบาภาระในการผลิตแพทย์เฉพาะทาง (ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์ 2549, น.23, 61-62)

ในทางกลับกัน รัฐบาลกำหนดให้คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนสนับสนุนการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน โดยมีมาตรการช่วยเหลือสำคัญได้แก่การยกเว้นภาษีศุลกากรนำเข้าสินค้าที่เกี่ยวเนื่องกับธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ 2540, น.2)

จากบทบาทของรัฐบาลในการสนับสนุนธุรกิจการแพทย์เอกชน ผนวกกับรายได้และความมั่งคั่งของคนไทยที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้การลงทุนในธุรกิจการแพทย์เอกชนกลายเป็นธุรกิจที่สามารถคืนทุนได้ในระยะสั้นและมีผลกำไรสูง (ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์ 2549, น.(ช) และ 23) การขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชนจากเหตุดังกล่าวกลับส่งผลให้เกิดปัญหาแพทย์สมองไหลสู่ภาคเอกชน และปัญหาจริยธรรมจากการแสวงหากำไรอย่างไม่เหมาะสมในธุรกิจการแพทย์เอกชน

สำหรับปัญหาแพทย์สมองไหลสู่ภาคเอกชน พบว่า ในปี 2540 มีแพทย์ลาออกจากราชการเพื่อย้ายไปประกอบวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนถึงร้อยละ 30 ของจำนวนแพทย์ที่เข้ารับราชการใหม่ จากเดิมที่มีเพียงร้อยละ 8 ในปี 2537 เท่านั้น ทั้งนี้เพราะโรงพยาบาลเอกชนให้ค่าตอบแทนสูงกว่ามาก ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้นและบิดเบือนโครงสร้างสิ่งจูงใจในระบบ เมื่อแพทย์ลาออกไปอยู่ภาคเอกชนมากขึ้น แพทย์ที่เหลืออยู่ในภาครัฐก็ต้องแบกรับภาระงานสูงขึ้น และเกิดแรงจูงใจที่จะลาออกตามกัน

ปัญหาดังกล่าวซ้ำเติมปัญหาความขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ในภาคชนบทที่มีมาแต่เดิม เห็นได้จากอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนที่เพิ่มจาก 7.1:1 ในปี 2532 เป็น 15.3:1 ในปี 2541 ซึ่งสะท้อนว่าแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนต้องทำงานหนักขึ้น นอกจากนี้ การที่ภาคธุรกิจเอกชนมักต้องการสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในพื้นที่ที่มีความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจสูง ยังทำให้ความเหลื่อมล้ำถ่างกว้างขึ้น ข้อมูลชี้ว่า ในกรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรสูงกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นจาก 8.6 เท่าในปี 2529 เป็น 13.8 เท่าในปี 2539 (ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์ 2549, น.59, 72)

ส่วนปัญหาจริยธรรมจากการแสวงหากำไรอย่างไม่เหมาะสมในธุรกิจการแพทย์เอกชน เกิดจากการที่โรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งพยายามสร้างรายได้ด้วยการเสนอขายบริการสาธารณสุขโดยกำหนดราคา

สูงเกินควร หรือเสนอขายบริการการตรวจรักษาแบบ ‘เจ็บเกินโรค’ (overinvestigation) ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายและความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยเพราะต้องผ่านกระบวนการตรวจรักษาเพิ่มทั้งที่ไม่มีความจำเป็น

ตัวอย่างเช่น จากการสำรวจระหว่างปี 2537-2542 พบว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มซื้อเครื่องมือแพทย์ราคาสูง 3 ชนิด ได้แก่ เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) เครื่องตรวจด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Image) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammography) ทำให้เกิดการพยายามคืนทุนหรือแสวงหากำไรด้วยการชักจูงให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ใช้บริการเครื่องมือเหล่านี้โดยไม่จำเป็น (ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์ 2549, น. 4)

5.4.2 ทิศทางของแพทยสภา: การแทรกแซงระบบการผลิตแพทย์ การสนับสนุนสุขภาพที่ดีของประชาชน และการเป็นปฏิปักษ์กับธุรกิจการแพทย์เอกชน

(1) การแทรกแซงระบบการผลิตแพทย์

สาเหตุหลักที่ทำให้แพทย์ชนบทรวมกลุ่มเข้าไปทำงานในแพทยสภา คือการมุ่งปฏิรูประบบการผลิตแพทย์ซึ่งอยู่ในความดูแลของแพทยสภาให้เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน โดยกลุ่มแพทย์ชนบทเห็นว่าควรเข้าไปแทรกแซงเพื่อเพิ่มจำนวนแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน และจำกัดจำนวนของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ให้เหลือเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เล่าว่าประเด็นที่ตนและกลุ่มแพทย์ชนบทในขณะนั้นไม่พอใจแพทยสภายุคก่อนหน้าคือ การเปิดหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยไม่คำนึงถึงความต้องการของประชาชน มีการกำหนดโควต้าการฝึกอบรมในแต่ละปีสูงกว่าจำนวนแพทย์จบใหม่ ซึ่งเท่ากับเป็นการสนับสนุนให้แพทย์จบใหม่ทุกคนเข้าอบรมในหลักสูตรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะส่งผลให้อัตรากำลังแพทย์ซึ่งขาดแคลนในพื้นที่ชนบทมีน้อยลง

จากมุมมองดังกล่าว กลุ่มแพทย์ชนบทได้ผลักดันให้แพทยสภาแทรกแซงระบบการผลิตแพทย์ด้วยการเพิ่มโควต้าแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน การเพิ่มค่าตอบแทนแก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาส่งเสริมพิเศษซึ่งเป็นสาขาที่จำเป็นต่อการให้บริการประชาชนในขณะนั้น เช่น พยาธิวิทยา หรือศัลยแพทย์ การจำกัดโควต้าการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ ให้เหลือเท่าที่จำเป็น การจำกัดสิทธิการได้เป็นผู้เชี่ยวชาญจากการไปทำงานในสถานพยาบาลที่มีการฝึกอบรมด้านนั้นๆ เนื่องจากเห็นว่าเป็นการจูงใจให้แพทย์มุ่งไปทำงานในโรงพยาบาลที่มีการฝึกอบรมซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และการสร้างระบบการให้สิทธิแก่แพทย์ที่ผ่านการคัดเลือกจากต้นสังกัดให้ได้เข้ารับการฝึกอบรมก่อนเพื่อให้แพทย์ส่วนใหญ่ที่เข้าสู่หลักสูตร

เป็นผู้ที่ผ่านการกลั่นกรองโดยกระทรวงสาธารณสุขแล้วว่าเหมาะสมและจำเป็นต่อโรงพยาบาลต้นสังกัดจริง[22]

(2) การสนับสนุนสุขภาพที่ดีของประชาชน

การผลักดันให้แพทยสภามีบทบาทในการสนับสนุนสุขภาพที่ดีของประชาชนเป็นผลจากมุมมองของกลุ่มแพทย์ชนบทที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาลแบบรักษาตามโรค โดยในเบื้องต้น กลุ่มแพทย์ชนบทเห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนคือจุดยุทธศาสตร์สำคัญในการทำหน้าที่ดังกล่าว เพราะแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจะทำงานใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นจึงพยายามสนับสนุนหน่วยบริการดังกล่าวด้วยการประสานงานกับส่วนกลางให้มีการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ รวมถึงส่งตัวแทนเข้าร่วมโครงการเยี่ยมเยียนชนบทของชมรมแพทย์ชนบทเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ ความสามัคคี และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2546, น.135-136)

ในเรื่องนี้ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บอกเล่าเพิ่มเติมว่ากลุ่มแพทย์ชนบทได้พยายามสอดแทรกประเด็นเรื่องภาวะผู้นำลงไปในหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อให้แพทย์ที่ออกไปทำงานในชนบทมีภาวะผู้นำซึ่งจำเป็นต่อการพัฒนาชุมชน[23]

สำหรับกิจกรรมในระดับประเทศ แพทยสภาได้เข้ามามีบทบาททางสังคมเชิงรุกมากกว่าในยุคก่อนอย่างเห็นได้ชัด ตัวอย่างเช่น การเป็น ‘เจ้าภาพ’ ของโครงการรณรงค์วิ่งเพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดย นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ซึ่งเป็นทั้งประธานชมรมแพทยชนบทและเลขาธิการแพทยสภาในขณะนั้น ผลักดันให้แพทยสภาสนับสนุนงบประมาณและเปิดให้ใช้สำนักงานแพทยสภาเป็นศูนย์อำนวยการโครงการ นอกจากนี้ เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ แพทยสภายังได้ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง ได้แก่ การเสนอให้หลักสูตรแพทยศาสตร์และหลักสูตรระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาเพิ่มเติมเนื้อหาเรื่องโทษของบุหรี่ การเชิญชวนให้บรรณาธิการวารสารทางการแพทย์ทุกฉบับในประเทศไทยจัดให้มีคอลัมน์เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ในวันอนามัยโลก รวมถึงการทำหนังสือถึงนายกรัฐมนตรีเพื่อคัดค้านการสั่งซื้อเครื่องจักรและการจัดตั้งโรงงานบุหรี่เพิ่มเติม (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2546, น.133-134)

(3) การเป็นปฏิปักษ์กับธุรกิจการแพทย์เอกชน

แพทยสภายุคแพทย์ชนบทมีจุดยืนที่ชัดเจนในการเป็นปฏิปักษ์กับแนวโน้มการขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชน เพราะเห็นว่าแนวโน้มดังกล่าวคือการแปลงบริการสาธารณสุขให้กลายเป็นสินค้าซึ่งสวน

[22] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

[23] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ทางกับอุดมคติที่พยายามทำให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขกลายเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน นอกจากนี้ การขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชนอาจส่งเสริมให้เกิดปัญหาด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์มากขึ้น ปัญหาแพทย์สมองไหลออกสู่ภาคเอกชน และการสร้างแรงจูงใจให้มุ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพราะโรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มที่จะเพิ่มค่าตอบแทนเพื่อสะสมบุคลากรที่สามารถให้บริการเหนือหรือแตกต่างไปจากคู่แข่ง (product differentiation) (ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์ 2549, น.4, 60-61)

ดังนั้น ทิศทางการทำงานของแพทยสภาในยุคแพทย์ชนบท คือการมุ่งแก้ปัญหาสืบเนื่องจากการขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชน สำหรับประเด็นเรื่องแพทย์สมองไหลออกสู่ภาคเอกชน แพทยสภากีดกันผ่านการแทรกแซงระบบการผลิตแพทย์ด้วยการเพิ่มโควต้าแพทย์ใช้ทุน และการควบคุมโควต้าการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้เหลือเท่าที่จำเป็น โดยให้กระทรวงสาธารณสุขได้สิทธิเลือกส่งแพทย์ในสังกัดเข้าฝึกอบรมก่อน

ส่วนปัญหาจริยธรรมที่เพิ่มมากขึ้น แพทยสภาได้ปรับปรุงกฎเกณฑ์ด้านจริยธรรมให้รัดกุมเข้มงวดขึ้น โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน ผลักดันให้มีการออกประกาศสำนักงานเลขาธิการแพทยสภาที่ 1/2530 เรื่อง การดำเนินการด้านจริยธรรมผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งมีเนื้อหาว่าด้วยการกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน ซึ่งเป็นต้นแบบของข้อบังคับการดำเนินการด้านจริยธรรมในเวลาต่อมา นอกจากนี้ ยังมีความพยายามในการพัฒนากฎเกณฑ์ต่างๆ ผ่านการจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ โดยริเริ่มครั้งแรกเมื่อวันที่ 18-20 พฤษภาคม 2531 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อทบทวนสภาพปัญหาและระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริม การป้องกัน และป้องปรามด้านจริยธรรม

ทั้งนี้ แพทยสภาได้ปรับระบบการพิจารณาเรื่องร้องเรียนให้สอดคล้องกับภาระงาน โดยมีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการจริยธรรมชุดใหม่ (ชุดที่ 6) ซึ่งมี นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ เป็นประธานอนุกรรมการ และคณะอนุกรรมการสอบสวนชุดใหม่ (ชุดที่ 6) ซึ่งมี นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เป็นประธานอนุกรรมการ เพื่อดำเนินการในกรณีที่มีผู้กระทำผิดเรื่องการโฆษณา ซึ่งเป็นปัญหาแพร่หลายอยู่ในขณะนั้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2546, น.126-127)

ในแง่บทบาทเชิงรุกเรื่องการสร้างค่านิยมและบรรทัดฐานจริยธรรมแห่งวิชาชีพ แพทยสภาร่วมมือกับแพทยสมาคม มูลนิธิแพทย์ชนบท และชมรมแพทย์ชนบท จัดงานปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ทั่วประเทศขึ้นครั้งแรกในปี 2530 โดยมีกิจกรรมหลักได้แก่การสัมมนาเกี่ยวกับแนวทางการประกอบวิชาชีพที่ถูกต้อง และการแจกหนังสือ ‘แด่หมอใหม่’ แก่แพทย์จบใหม่ทุกคนทุกปี โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน ได้ริเริ่มจัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อบังคับและกฎหมายที่แพทย์ควรรู้ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2546, น.134-135)

กรณีตัวอย่างที่สะท้อนถึงจุดยืนในการต่อต้านบทบาทของภาคเอกชนอย่างชัดเจน ได้แก่ การคัดค้านการเปิดโรงเรียนแพทย์เอกชนโดยกลุ่มแพทย์ชนบทในแพทยสภา ในช่วงปลายปี 2531 เมื่อทบวงมหาวิทยาลัยอนุมัติให้มหาวิทยาลัยรังสิตเปิดหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต และคณะกรรมการแพทยสภามีมติรับรองหลักสูตรการเรียนการสอน

กลุ่มแพทย์ชนบทแสดงจุดยืนไม่เห็นด้วยต่อกรณีดังกล่าวด้วยเหตุผล 2 ประการ *ประการแรก* ไม่ควรมีการเปิดโรงเรียนแพทย์เพิ่มโดยไม่จำเป็น เพราะเป็นการดึงดูดทรัพยากรจากระบบอย่างมหาศาล โดยเฉพาะการดึงแพทย์มาทำหน้าที่เป็นอาจารย์แพทย์ *ประการที่สอง* โรงเรียนแพทย์เอกชนจะหนุนเสริมกระแส 'แพทย์พาณิชย์เฟื่องฟู' เพราะค่าเล่าเรียนในโรงเรียนแพทย์เอกชนอยู่ในระดับสูง แพทย์ที่จบออกมาจึงมีแนวโน้มที่จะแสวงหารายได้เพื่อคืนทุน ซึ่งอาจส่งผลกระทบให้จริยธรรมวิชาชีพตกต่ำลง เหมือนดังกรณีของประเทศสหรัฐอเมริกาและฟิลิปปินส์ (สมชัย วงศาภาคย์ และดนุช ตันเทิดทิตย์ 2532, ออนไลน์)

นอกจากนี้ กลุ่มแพทย์ชนบทยังวิพากษ์วิจารณ์ว่ากระบวนการอนุมัติหลักสูตรเป็นไปอย่างรวบรัด เพราะถูกแทรกแซงจากภาคการเมือง เพื่อเปิดทางให้มหาวิทยาลัยเปิดรับนักศึกษาได้ทันปีการศึกษาที่กำลังจะเริ่มขึ้น ความผิดปกติในกระบวนการอนุมัติหลักสูตรที่เกิดขึ้น ได้แก่ ทบวงมหาวิทยาลัยจงใจส่งหนังสือเชิญประชุมแก่ผู้แทนแพทยสภาอย่างกระชั้นชิดจนทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ทัน การประชุมอนุมัติหลักสูตรโดยคณะกรรมการแพทยสภามีกรรมการจำนวนมากที่ไม่เคยเข้าประชุมมาก่อนกลับเข้าร่วมประชุมเพื่อลงคะแนนเสียงสนับสนุน อีกทั้งยังเป็นการลงมติโดยไม่เปิดให้มีการอภิปราย เป็นต้น

ดังนั้น เพื่อตอบโต้มติของคณะกรรมการแพทยสภา นพ.สุวิทย์ วิบุลประเสริฐ และ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ จึงประท้วงด้วยการลาออกจากตำแหน่งกรรมการ และเปิดแถลงข่าวชี้แจงต่อสื่อมวลชน ส่งผลให้ที่ประชุมคณะกรรมการแพทยสภาลงมติเชิญแพทย์ชนบททั้งสองคนกลับมาดำรงตำแหน่งกรรมการ และชะลอการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัยรังสิต รวมถึงกำหนดให้มีการดำเนินการตามขั้นตอน และบังคับให้แพทย์ที่จบการศึกษาต้องผ่านการสอบใบประกอบวิชาชีพ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2546, น.139-140)

5.4.3 ความสำเร็จของแพทยสภา: การปฏิรูปแพทยสภาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และการกำกับดูแลด้านจริยธรรมวิชาชีพ

(1) การปฏิรูปแพทยสภาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

สืบเนื่องจากการที่แพทยสภายุคแพทย์ชนบทมุ่งทำงานเชิงรุกทั้งในเรื่องการแทรกแซงระบบการผลิตแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพประชาชน รวมถึงการกำกับดูแลปัญหาที่เกิดขึ้นจากการขยายตัวของธุรกิจ

การแพทย์เอกชน ความท้าทายแรกที่กลุ่มแพทย์ชนบทต้องเผชิญจึงได้แก่ปัญหาความไร้ประสิทธิภาพของแพทยสภาที่ตกทอดมาจากยุคก่อนหน้า

ดังนั้น กลุ่มแพทย์ชนบท ซึ่งดำรงตำแหน่งสำคัญในแพทยสภา จึงพยายามปฏิรูปองค์การเพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในระดับคณะกรรมการแพทยสภา ได้มีการผลักดันให้มีการจัดทำแผนพัฒนาของคณะกรรมการแพทยสภาแต่ละวาระ เพื่อให้เกิดการวางแผนงานและแผนโครงการระยะยาว รวมถึงสามารถประมาณการงบประมาณรายปีได้ โดยกลุ่มแพทย์ชนบทได้รับคำแนะนำในเรื่องดังกล่าวจาก นพ.จรัส สุวรรณเวลา และเริ่มดำเนินการทันทีที่มีบทบาทนำในองค์การภายหลังการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาวาระ พ.ศ. 2530-2532 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2546, น.132)

ทั้งนี้ แผนพัฒนาฉบับแรกที่กลุ่มแพทย์ชนบทจัดทำขึ้นประกอบด้วยแผนย่อย ได้แก่ แผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา แผนพัฒนานโยบายและแผน แผนพัฒนาด้านจริยธรรมของแพทย์ แผนเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนและองค์กรต่างๆ แผนพัฒนาแพทยศาสตร์ศึกษา แผนพัฒนาทะเบียน และแผนพัฒนาการสอบ

การจัดทำแผนพัฒนาส่งผลดีต่อเนื่องให้เกิด ‘เจ้าภาพ’ ในการบริหารจัดการกิจกรรมต่างๆ ในแพทยสภา เนื่องจากตำแหน่งคณะกรรมการบริหารแพทยสภาโดยเฉพาะตำแหน่งนายกแพทยสภาและเลขาธิการสามารถอนุมัติหรือดำเนินการตามแผนงานได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องรอการอนุมัติจากที่ประชุมซึ่งจัดขึ้นเพียงเดือนละหนึ่งครั้งเช่นที่ผ่านมา นอกจากนี้ ยังมีการหนุนเสริมอำนาจด้วยการปรับปรุงกฎระเบียบให้นายกแพทยสภาและเลขาธิการมีอำนาจอนุมัติงบประมาณรายครั้งได้ในวงเงินไม่เกิน 100,000 บาท และ 20,000 บาทตามลำดับ จากเดิมที่อนุมัติได้เพียงไม่เกิน 5,000 บาท และ 500 บาทตามลำดับ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2546, น.132)

ส่วนในระดับสำนักงานแพทยสภา นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ซึ่งเป็นแพทย์ชนบทคนแรกที่ดำรงตำแหน่งเลขาธิการแพทยสภาในปี 2530 ชี้ว่า ทันทีที่เข้ารับตำแหน่ง ตนและกรรมการจากกลุ่มแพทย์ชนบทคนอื่นได้ผลักดันให้มีการเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ประจำสำนักงานให้เพียงพอต่อภาระงาน จากแต่เดิมที่มีเพียงเจ้าหน้าทำงานไม่เต็มเวลา 7 คน[24] รวมถึงการปฏิรูประบบสำนักงาน เช่น ให้มีการรวบรวมข้อบังคับ กฎหมาย และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับองค์กรไว้อย่างเป็นหมวดหมู่ การสร้างระบบด้านการเงินและบัญชี การบริหารงานบุคลากร การสร้างระบบงานวัสดุ งานสารบรรณ ระบบข้อมูลข่าวสาร และระบบการ

[24]ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ประเมินผลการทำงานอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาแพทยสภาสารให้มีเนื้อหาและรูปเล่มให้ทันสมัย (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2546, น.126, 138)

นอกจากนั้น ยังมีความพยายามในการสร้างบรรทัดฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เพื่อแก้ไขปัญหาความบกพร่องในอดีตเกี่ยวกับการจัดเตรียมเอกสารประกอบการประชุม ซึ่งทำให้กรรมการแพทยสภาส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลหรือไม่ทราบกฎระเบียบที่จำเป็นสำหรับการพิจารณาลงมติ แนวทางการทำงานใหม่ เช่น การเข้มงวดให้เจ้าหน้าที่จัดทำเอกสารประกอบการประชุมให้แล้วเสร็จทันเวลา การจัดเตรียมข้อมูลหรือกฎหมายส่วนที่เกี่ยวข้องกับวาระการประชุมให้กรรมการทุกคนล่วงหน้า[25]

(2) การกำกับดูแลด้านจริยธรรมวิชาชีพ

แพทยสภาในยุคแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการกำกับดูแลด้านจริยธรรมแห่งวิชาชีพ โดยมีการตรวจสอบกวดขันด้านจริยธรรมแห่งวิชาชีพอย่างเข้มงวด รวมถึงลงโทษแพทย์ที่กระทำผิดอย่างตรงไปตรงมา ด้วยเห็นว่าเป็นการปกป้องคุ้มครองผู้ป่วยและศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพไปด้วยพร้อมกัน ส่งผลให้ภาพลักษณ์ขององค์การได้รับความเชื่อถือศรัทธาจากสาธารณชน

กรณีที่สร้างชื่อเสียงให้แพทยสภายุคแพทย์ชนบท ได้แก่ การลงโทษ ‘หมอนกเขา’ ซึ่งเป็นแพทย์ที่มีชื่อเสียงโด่งดังและมี ‘เส้นสาย’ มาก การตัดสินลงโทษโรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการซื้อขายเลือด[26] หรือการที่ น.พ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ในฐานะเลขาธิการแพทยสภาคัดค้านการที่โรงพยาบาลเอกชนกำหนดให้มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่ส่งตรวจผู้ป่วยด้วยเครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) โดย นพ.สุวิทย์ได้จัดการประชุมร่วมกับตัวแทนโรงพยาบาลเอกชน โดยเชิญ นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ นายกแพทยสภาเป็นประธานที่ประชุม เพื่อเรียกร้องให้ยกเลิกกฎเกณฑ์ดังกล่าว ซึ่งก็ประสบความสำเร็จในช่วงเวลาหนึ่ง

ทั้งนี้ แม้ว่าตั้งแต่ปี 2536 เป็นต้นมา กลุ่มแพทย์ชนบทจะกลายเป็นเสียงข้างน้อยในคณะกรรมการแพทยสภา แต่ก็ยังคงรักษาจุดยืนดังกล่าวไว้อย่างเหนียวแน่นโดยอาศัยการทำหน้าที่เป็น ‘ฝ่ายค้าน’ คอยตรวจสอบการกระบวนการพิจารณาเรื่องร้องเรียนด้านจริยธรรม เช่น การติดตามความล่าช้าในการสอบสวนกรณีขโมยไตผู้ป่วยในโรงพยาบาลวชิรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งต่อมามีกรรมการในกลุ่มแพทย์ชนบทได้ลาออกประท้วง เนื่องจากเห็นว่าที่ประชุมกรรมการแพทยสภาปกป้องกรรมการผู้ใหญ่ที่มีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการกระทำผิด

[25] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

[26] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.ชูชัย ศุภวงศ์

5.4.4 ข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่อแพทยสภา: ความรู้สึกถูกคุกคามศักดิ์ศรีและผลประโยชน์แห่งวิชาชีพของแพทย์จำนวนหนึ่ง และความล้มเหลวในการใช้แพทยสภาเป็นเครื่องมือในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

(1) ความรู้สึกถูกคุกคามศักดิ์ศรีและผลประโยชน์แห่งวิชาชีพของแพทย์จำนวนหนึ่ง

การที่แพทยสภายุคแพทย์ชนบทเข้มงวดกวดขันในเรื่องจริยธรรมแห่งวิชาชีพและมุ่งปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนก่อให้เกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์ในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์จำนวนไม่น้อยว่ากลับเป็นการคุกคามศักดิ์ศรีและผลประโยชน์แห่งวิชาชีพ

ในเรื่องการคุกคามศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ ผู้ประกอบวิชาชีพจำนวนไม่น้อยรู้สึกว่าตนคือผู้อุทิศตนและเสียสละทำงานหนักเพื่อช่วยเหลือประชาชน พวกเขาเหล่านั้นมีความคิดว่า เมื่อความคาดหวังของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจนเกินควร แทนที่แพทยสภาจะเข้าใจสถานการณ์และปกป้องแพทย์กลับซ้ำเติมด้วยการ ‘จ้องจับผิด’ และ ‘รังแก’ กัน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกอาจารย์แพทย์และนักวิชาการหลายท่านนำเสนอมุมมองในทางกลับกันว่าแท้ที่จริงแล้วแพทยสภายุคแพทย์ชนบทไม่ได้รังแกแพทย์ แต่เป็นฝั่งแพทย์เองต่างหากที่คาดหวังสถานะสูงส่งในสังคม รวมถึงมีวัฒนธรรมอุปถัมภ์เข้มข้น คำว่า ‘คุกคาม’ ในที่นี้จึงน่าจะหมายถึงการที่สถานะสูงส่งและวัฒนธรรมอุปถัมภ์ดังกล่าวถูกทำลายลงมากกว่า

นอกจากนี้ ความไม่พอใจในท่าทีเข้มงวดกวดขันเรื่องจริยธรรมแห่งวิชาชีพส่วนหนึ่งยังเกิดจากการที่แพทย์จำนวนมากไม่เห็นด้วยกับหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรมที่แพทยสภาพยายามผลักดันโดยเฉพาะในเรื่องการกำกับดูแลโรงพยาบาลเอกชน โดยแพทย์จำนวนมากมองว่าเรื่องที่แพทยสภาพยายามเข้มงวดตรวจสอบหลายเรื่องไม่ใช่ปัญหาหลักหรือเป็นประโยชน์ต่อระบบบริการสาธารณสุขด้วยซ้ำ ตัวอย่างเช่น การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ที่ส่งผู้ป่วยตรวจร่างกายเพิ่ม หรือเรื่องกฎเกณฑ์จริยธรรมด้านการโฆษณาที่อดีตผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนท่านหนึ่งชี้ว่า “เข้มงวดเกินไป”[27]

ส่วนเรื่องการคุกคามผลประโยชน์ของแพทย์เกิดจากการที่แพทยสภาในยุคแพทย์ชนบทมีท่าทีกีดกันการฝึกอบรมเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และพยายามกระจายบุคลากรสู่โรงพยาบาลในชนบท ทิศทางเหล่านี้สวนทางกับความต้องการของแพทย์ที่ต้องการฝึกอบรมเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทำงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลเอกชน

[27] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก อดีตผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนท่านหนึ่ง

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สรุปว่า ในช่วงเวลานั้นแพทย์จำนวนมากรู้สึกว่ากลุ่มแพทย์ชนบท “ใช้สังคมมากดดันและคุกคามแพทย์”[28] ส่งผลให้เกิดการรวมกลุ่มกันในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพเพื่อเข้ายึดกุมและ ‘ตีกลับ’ ทิศทางของแพทยสภาในยุคแพทย์ชนบท

(2) ความล้มเหลวในการใช้แพทยสภาเป็นเครื่องมือในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

ในขณะที่การดำเนินการของแพทยสภาสร้างความไม่พอใจให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพจำนวนมาก กลุ่มแพทย์ชนบทเองกลับประเมินว่าพวกตนไม่ประสบความสำเร็จในการใช้เวทีแพทยสภาในการผลักดันให้เกิดการปฏิรูปได้อย่างแท้จริงและมีประสิทธิผลมากกว่าที่เป็นอยู่ เช่น ไม่สามารถผลักดันให้ระบบผลิตแพทย์เป็นไปตามอุดมคติ หรือไม่สามารถทัดทานการขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชนได้

สำหรับสาเหตุของความล้มเหลว อดีตกรรมการที่เป็นแพทย์ชนบทหลายท่านได้ประเมินว่าเป็นผลจากแนวคิดอนุรักษนิยม และผลประโยชน์เกี่ยวพันกับธุรกิจการแพทย์เอกชนของกรรมการหลายคน โดยเฉพาะกลุ่มที่เข้ามาในช่วงปลายยุคสมัยแพทย์ชนบท

ทั้งนี้ แม้ในภายหลัง กลุ่มแพทย์ชนบทหลายคนจะประเมินว่าการขับเคลื่อนประเด็นปฏิรูปในแพทยสภานั้น ‘หมดหวัง’ หรือ ‘ไม่มีประโยชน์’ แต่ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ก็ได้ชี้ว่าแพทยสภาเป็นเวทีแรกๆ ที่มีส่วนสำคัญในการฝึกฝนทักษะการทำงานเชิงบริหารให้แก่กลุ่มแพทย์ชนบทก่อนจะก้าวสู่เวทีที่ใหญ่ขึ้นในระดับชาติในเวลาต่อมา

ในทางกลับกัน อดีตกรรมการแพทยสภาที่เป็นแพทย์ชนบทบางท่านนำเสนอมุมมองที่น่าสนใจในการสัมภาษณ์เชิงลึกว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลุ่มแพทย์ชนบทล้มเหลวเกิดจากท่าทีของกลุ่มที่แข็งกร้าวเกินไปทั้งในแง่ข้อเสนอ เช่น ในเรื่องการควบคุมสัดส่วนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญนั้น พวกตนมุ่งแต่ควบคุมโดยไม่ได้หาทางออกให้กับแพทย์ที่ต้องการความมั่นคงทางสายงานในฐานะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือในแง่การทำงานกับกรรมการกลุ่มอื่นในแพทยสภา ก็ไม่รู้จัก “แสวงจุดร่วม สงวนจุดต่าง” เช่นปฏิเสธที่จะสร้างแนวร่วมกับกรรมการบางกลุ่มหรือบางคนเพียงเพราะเห็นไม่ตรงกันในบางเรื่องเท่านั้น ประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับความเห็นของอาจารย์แพทย์อาวุโสที่ดำรงตำแหน่งกรรมการในช่วงเวลาเดียวกันนั้น ซึ่งชี้ว่าแพทย์ชนบทมีท่าที ‘ก้าวร้าว’ จนทำให้เสียแนวร่วมกับกลุ่มอาจารย์แพทย์ ‘สายกลางๆ’ ในแพทยสภาไปโดยไม่จำเป็น

[28] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

5.4.5 ผลพวงของยุคสมัย: การก่อตัวของกลุ่มแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป และกลุ่มแพทย์เอกชน

สืบเนื่องจากการที่แพทยสภายุคแพทย์ชนบทมีการผลักดันนโยบายที่สวนทางกับค่านิยมของแพทย์จำนวนไม่น้อยในช่วงเวลานั้น ส่งผลให้เกิดการรวมตัวของกลุ่มแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และกลุ่มแพทย์เอกชน เพื่อเข้ายึดกุมแพทยสภาและ 'ตีกลับ' ทิศทางของนโยบายที่กลุ่มแพทย์ชนบทพยายามผลักดัน

'ตัวละคร' ที่มารวมกลุ่มกันนี้ ประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และกลุ่มแพทย์เอกชน ซึ่งมีประเด็นความไม่พอใจร่วมกันคือการกีดกันการฝึกอบรมเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ ทั้ง 2 กลุ่มยังมีประเด็นความไม่พอใจเฉพาะกลุ่ม โดยกลุ่มแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ไม่พอใจที่กลุ่มแพทย์ชนบทมุ่งให้ความสำคัญแต่การกระจายทรัพยากรไปสู่ชนบทและโรงพยาบาลชุมชน แต่ไม่ใส่ใจโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่าที่ควร โดย รศ.ดร.นวลน้อย ตรีรัตน์ สะท้อนว่าแพทย์ตามโรงพยาบาลจังหวัดรู้สึกไม่ดีกับแพทยสภายุคแพทย์ชนบท เพราะรู้สึกว่าสถานพยาบาลของตนก็ขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แต่แพทยสภากลับจัดสรรโควต้าการฝึกอบรมให้แต่โรงพยาบาลชุมชน[29]

ส่วนกลุ่มแพทย์เอกชนไม่พอใจที่แพทยสภามีท่าทีอคติและกีดกันกลุ่มตน โดยเฉพาะการมุ่ง 'จับผิด' ด้วยกฎเกณฑ์จริยธรรม นอกจากนี้ ข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างกลุ่มแพทย์ชนบทกับแพทย์เอกชน ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่แพทย์เอกชนมีปัญหาเรื่องจริยธรรมจริง แต่อีกส่วนก็มาจากการที่กลุ่มแพทย์ชนบทมีมุมมองต่อธุรกิจการแพทย์เอกชนในแง่ลบอย่างสุดโต่ง

การก่อตัวของกลุ่ม 'ตัวละครใหม่' เพื่อตีกลับนโยบายของกลุ่มแพทย์ชนบทที่กล่าวไปได้รับการหนุนเสริมจากแนวโน้มของระบบบริการสาธารณสุขในขณะนั้น ที่แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และแพทย์เอกชนกลายเป็นกำลังหลักของระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากการขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชนส่งผลให้เกิดภาวะแพทย์สมองไหลสู่ภาคเอกชน หรือแม้แต่แพทย์ที่ยังอยู่ในระบบราชการเองก็มีค่านิยมมุ่งประกอบวิชาชีพในโรงพยาบาลขนาดใหญ่อย่างโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงมักประกอบวิชาชีพแบบไม่เต็มเวลาในสถานพยาบาลเอกชน

[29]ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก รศ.ดร.นวลน้อย ตรีรัตน์

ในทางกลับกัน ฝั่งแพทย์ชนบทเองก็เริ่มหมดความสามารถที่จะยึดกุมอำนาจนำในแพทยสภา เพราะแกนนำคนสำคัญเริ่มก้าวสู่เวทีระดับชาติและลดความสนใจในเวทีแพทยสภาลง ในขณะที่ขบวนการแพทย์ชนบทในระดับพื้นที่ก็อ่อนแอลง ในเรื่องนี้ นพ.บรรลุ ศิริพานิช อธิบายว่าการที่พื้นที่ทุรกันดารสำหรับบ่มเพาะสำนึกอุดมการณ์มีน้อยลงเนื่องจากเศรษฐกิจในชนบทพัฒนาขึ้นมาก ส่งผลให้ขาดผู้นำแพทย์ชนบทยุคใหม่ที่จะขึ้นมาทดแทนรุ่นเก่า[30] ส่วนทางด้าน รศ.ดร.นวลน้อย ตรีรัตน์ ยังชี้เพิ่มเติมว่า ภาพลักษณ์ของแพทย์ชนบทเริ่มลดความน่าเชื่อถือลง เพราะเริ่มแปรสภาพเป็นกลุ่มผลประโยชน์ เช่น มีการเคลื่อนไหวเรียกร้องขึ้นค่าตอบแทนให้แก่ตัวเอง รวมถึงส่งเสียงเรียกร้องวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการแต่งตั้งโยกย้ายในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแตกต่างไปจากก่อนหน้านี้ที่กลุ่มแพทย์ชนบทมีจุดยืนชัดเจนว่าจะไม่ยุ่งเกี่ยวกับเรื่องการโยกย้ายหรือเรื่องผลประโยชน์ในกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ ยังถูกวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องที่กลุ่มแพทย์ชนบท ซึ่งผันตัวเองไปทำงานเชิงนโยบายในระดับชาติ ผูกขาด ‘พลังปฏิรูป’ ไว้กับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผูกขาดอำนาจและงบประมาณในองค์กร “ตระกูล ส.”[31]

นอกจากนี้ มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่าการกำหนดให้นักเรียนแพทย์ต้องผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ก่อนจบการศึกษานั้น มีส่วนทำให้แพทย์จบใหม่ที่ไปใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชนมีสำนึกความเป็นสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทน้อยลง เพราะการเริ่มปฏิบัติงานครั้งแรกที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทำให้นักเรียนแพทย์ถูกหล่อหลอมให้สนใจแต่การประกอบวิชาชีพ และไม่เห็นปัญหาสาธารณสุขในเชิงระบบ มุมมองดังกล่าวทำให้ภายหลังเมื่อต้องไปใช้ทุน แพทย์จบใหม่จึงไม่คุ้นชินกับการทำงานภายใต้ข้อจำกัด และไม่ซึมซับจิตวิญญาณของโรงพยาบาลชุมชน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ ยังไม่ตีพิมพ์, น.43) หรือการที่แพทย์จบใหม่มักจะไปประกอบวิชาชีพแบบไม่เต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน

ทั้งนี้ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ได้ตั้งข้อสังเกตที่น่าสนใจว่า การที่กลุ่มแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และกลุ่มแพทย์เอกชนมุ่งยึดแพทยสภาจากกลุ่มแพทย์ชนบทเป็นทิศทางที่ผิดพลาด เพราะแท้จริงแล้วการผลักดันเชิงนโยบายส่วนใหญ่ของกลุ่มแพทย์ชนบทไม่ได้ผลักดันผ่าน 'หมวก’ กรรมการแพทยสภา แต่ผลักดันจาก ‘หมวก’ อื่นๆ เช่น ในฐานะข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข การยึดคืนแพทยสภาจึงไม่ใช่การแก้ปัญหาเชิงปฏิกิริยาที่ถูกจุด ส่วน รศ.ดร.นวลน้อย ตรีรัตน์ ตั้งข้อสังเกตเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์เชิงลึกว่า กลุ่มแพทย์อำนาจใหม่ดังกล่าวยังไม่มีต้นทุนทางสังคมที่เพียงพอจะเข้าสู่เวทีระดับชาติอื่น นอกเหนือจากเวทีแพทยสภา

[30] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.บรรลุ ศิริพานิช

[31] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก รศ.นวลน้อย ตรีรัตน์

กลุ่มแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ที่ไม่พอใจทิศทางของกลุ่มแพทย์ชนบท ได้เริ่มรวมกลุ่มลงสมัครรับเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาตั้งแต่วาระ พ.ศ. 2532-2534 โดยลงสมัครเป็นทีมในนามกลุ่มแพทย์จากโรงพยาบาลทั่วไปแต่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการเบียดขับให้แพทย์ชนบทกลายเป็นเสียงส่วนน้อย แต่มาเริ่มประสบความสำเร็จมากขึ้นตั้งแต่ปี 2536 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2546, น.124) และเริ่มมีบทบาทนำหลังจากที่สามารถยึดกุมตำแหน่งบริหารแพทยสภามาจากกลุ่มแพทย์ชนบทได้สำเร็จในปี 2538

5.5 แพทยสภายุคแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และแพทย์เอกชน (พ.ศ. 2538-ปัจจุบัน)

กลุ่มแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และแพทย์เอกชน คือกลุ่มที่มีบทบาทนำในแพทยสภานับแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา โดยปัจจัยที่หนุนเสริมให้ ‘ตัวละครใหม่’ เหล่านี้ชนะการเลือกตั้งคือกระแสความไม่พอใจแพทย์ชนบทของกลุ่มแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและกลุ่มแพทย์เอกชน

แนวโน้มหนึ่งที่เกิดขึ้นพร้อมการปรากฏตัวของกลุ่มตัวละครเหล่านี้ คือการจัดตั้งกลุ่มย่อยและลงสมัครรับเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภาในนามกลุ่มโดยนำเสนอนโยบายเดียวกัน กลุ่มแรกที่ปรากฏตัวคือ ‘กลุ่มแพทย์จากโรงพยาบาลทั่วไป’ ในการเลือกตั้งวาระ พ.ศ. 2532-2534 แต่ยังไม่สามารถเอาชนะกลุ่มแพทย์ชนบทได้ในขณะนั้น

ในปัจจุบัน กลุ่มย่อยที่มีบทบาทนำชัดเจนคือชมรม ‘แพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์’ ซึ่งก่อตั้งในปี 2545 โดยมีจุดประสงค์ตั้งต้นเพื่อรณรงค์สร้างกระแส ‘หมอชุดดำ’ เพื่อคัดค้านมาตรา 41 และ 42 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กลุ่มดังกล่าวชนะการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาวาระ พ.ศ. 2546-2548 อย่างเบ็ดเสร็จ นับแต่นั้นมา กลุ่มนี้ก็ยังคงได้รับการเลือกตั้งเกือบยกกลุ่มมาโดยตลอด โดยในสมัยต่อๆ มามีสมาชิกคนสำคัญเช่น นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นพ.อำนาจ กุสลานันท์ นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์ นพ.อิทธพร คณะเจริญ เป็นต้น

นอกจากชมรมแพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์แล้ว ก็มีการจัดตั้งกลุ่มย่อยอื่นๆ เช่น กลุ่มแพทย์ไทยสามัคคีเพื่อวิชาชีพเวชกรรม (พทส.) โดยมีสมาชิกคนสำคัญ เช่น นพ.พินิจ หิรัญโชติ พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์ นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ หรือบางกลุ่มก็ไม่ได้มีการตั้งชื่อกลุ่ม แต่มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมและนำเสนอนโยบายเหมือนกัน เช่นกลุ่มของ นพ.ฐาปนวงศ์ ตั้งอุไรวรรณ พญ.อรพรรณ์ เมธาดิลกกุล พญ.เชิดชู ศรีอริยวัฒนา

จากการสำรวจนโยบายของกลุ่มต่างๆ ในการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาวาระล่าสุด (พ.ศ. 2556-2558) พบว่า กลุ่มย่อยทั้งหมดมีนโยบายสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน คือการมุ่งปกป้องแพทย์ โดยเฉพาะการปกป้องแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง การคัดค้านร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พศ. ... เป็นต้น

ตัวอย่างเช่น ชมรมแพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์ นำเสนอนโยบายในการหาเสียงเลือกตั้ง ดังนี้

"1. ภายใต้หลักการ ผู้ป่วยไม่ใช่ผู้บริโภค การฟ้องคดีทางการแพทย์ต้องไม่อยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551

2. ดำเนินการแก้ไขมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยขยายวงเงินให้เพียงพอและครอบคลุมการรักษาพยาบาลทุกระบบ เพื่อยับยั้งร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... และเมื่อรับเงินแล้วต้องยุติการฟ้องร้องคดี

3. เพิ่มภูมิคุ้มกันทางกฎหมายให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยเสนอกฎหมายให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญ มาตรา 80(2) ที่ว่าผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

4. ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเรื่องแก้ไขปัญหาการฟ้องคดีอาญาจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและเฝ้าระวังติดตามกฎหมายหรือร่างกฎหมายที่ไม่เป็นธรรมต่อแพทย์

5. สนับสนุนและส่งเสริมให้การแพทย์ไทยเป็นผู้นำของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) โดยแพทย์ไทยต้องมีรายได้เพิ่มขึ้นและไม่ถูกแย่งอาชีพ

6. สร้างความสามัคคีของแพทย์ให้เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน เพื่อจรรโลงศรัทธาของประชาชนต่อวิชาชีพแพทย์"

หรือกลุ่มแพทย์ไทยสามัคคีเพื่อวิชาชีพเวชกรรม (พทส.) นำเสนอนโยบาย ดังนี้

"1. แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมต้องได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

2. แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่รักษามาตรฐานวิชาชีพเวชกรรมและจริยธรรมตามข้อบังคับของแพทยสภาต้องได้รับโทษด้านจริยธรรม

3. สนับสนุนกฎหมายแยกการบริหารบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข (ก.สธ.) ออกจาก ก.พ.

4. แพทย์คลินิกส่วนตัวย่อมมีเสรีภาพในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามรัฐธรรมนูญและกฎหมายวิชาชีพเวชกรรม เช่น การสั่งยาหรือผสมยาเพื่อคนไข้ของตน ฯลฯ

5. คัดค้าน (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกสาขารวมทั้งผู้ป่วย"

ท้ายที่สุด ผู้สมัครที่ได้รับการเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภาอยู่ในสังกัดชมรมแพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์กลุ่มและแพทย์ไทยสามัคคีเพื่อวิชาชีพเวชกรรม (พทส.) เกือบทั้งสิ้น โดยส่วนใหญ่สังกัดกลุ่มแพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์ มีผู้สมัครอิสระได้รับเลือกตั้งเพียง 1 คนจากกรรมการจากการเลือกตั้งทั้งหมด 26 คน

ตารางที่ 5.2: รายชื่อนายกแพทยสภา และเลขาธิการแพทยสภา ตั้งแต่ พ.ศ. 2538-ปัจจุบัน

วาระ พ.ศ.	นายกแพทยสภา	เลขาธิการแพทยสภา
2538-2540	นพ.วิทุร แสงสิงแก้ว	นพ.สุภชัย คุณารัตนพฤกษ์
2540-2542	นพ.อรุณ เผ่าสวัสดิ์ (ก.พ. 2540-ม.ค. 2541) นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา (ก.พ. 2541-ม.ค. 2542)	นพ.สุภชัย คุณารัตนพฤกษ์
2542-2544	นพ.อรุณ เผ่าสวัสดิ์ (ก.พ. 2542-ม.ค. 2543) นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา (ก.พ. 2543-ม.ค. 2544)	นพ.สุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ (ก.พ. 2542-ม.ค. 2543) นพ.ประมวล วีรุตมเสน (ก.พ. 2543-ม.ค. 2544)
2544-2546	นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	นพ.ประมวล วีรุตมเสน (ก.พ. 2544-ม.ค. 2545) นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ (ก.พ. 2545-ม.ค. 2546)
2546-2548	นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
2548-2550	นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
2550-2552	นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	นพ.อำนาจ กุสลานันท์
2552-2554	นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์
2554-2556	นพ.อำนาจ กุสลานันท์	นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์
2556-2558	นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์

ตัวละครใหม่เหล่านี้เข้ามามีอำนาจในแพทยสภาโดยยึดกุมตำแหน่งบริหารที่สำคัญอย่างนายกแพทยสภา และเลขาธิการแพทยสภา แม้ในระยะแรก ตำแหน่งนายกแพทยสภายังเป็นของปลัดกระทรวง

สาธารณสุขตามธรรมเนียมเดิม แต่ภายหลังตำแหน่งนายกแพทยสภาได้เปลี่ยนมือมาสู่กรรมการจากการเลือกตั้ง ซึ่งผู้ที่ครองอำนาจในแพทยสภามาอย่างยาวนานและเป็นนายกแพทยสภารวมทั้งสิ้น 8 สมัย ในช่วง พ.ศ. 2541-ปัจจุบัน คือ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

ในช่วงเวลาดังกล่าว กลุ่มอาจารย์แพทย์และกลุ่มแพทย์ชนบทที่เคยมีบทบาทโดดเด่นอยู่ในแพทยสภาได้ลดบทบาทลงอย่างเห็นได้ชัด โดยอดีตกรรมการแพทยสภาสายอาจารย์แพทย์ได้อธิบายในการสัมภาษณ์เชิงลึกว่าอาจารย์แพทย์ส่วนใหญ่เริ่มถอยห่างจากแพทยสภา เนื่องจากกลุ่มแพทย์อำนาจใหม่มีแนวคิดสวนทางกับกลุ่มตน รวมถึงมีท่าทีก้าวร้าว ส่วนแพทย์ชนบทก็ได้รับเลือกตั้งน้อยลงโดยลำดับ และตัวแกนนำกลุ่มเองก็หันเหความสนใจไปยังเวทีระดับชาติอื่นที่เชื่อว่ามีประโยชน์มากกว่า โดยบทบาทของกลุ่มแพทย์ชนบทในแพทยสภาได้ปิดฉากลงอย่างเป็นทางการในปี 2546 หลังจาก นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ สมาชิกกลุ่มที่ได้รับเลือกตั้งเพียงคนเดียวในเวลานั้น ได้ลาออกเพื่อประท้วงการที่คณะกรรมการแพทยสภาปรับแก้ข้อบังคับจริยธรรมเรื่องการโฆษณาให้อ่อนลง

ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่ากลุ่มแพทย์ที่ครองอำนาจในปัจจุบันเองก็มีท่าทีเบียดขับแพทย์กลุ่มอื่นอย่างเห็นได้ชัด เช่น การปลดอาจารย์แพทย์อาวุโสที่ดำรงตำแหน่งเป็นที่ปรึกษากฎหมายของแพทยสภามาอย่างยาวนาน แล้วแทนที่ด้วยแกนนำคนสำคัญของกลุ่มตน[32] หรือการแต่งตั้งแกนนำคนสำคัญของกลุ่ม ซึ่งเคยถูกลงโทษด้านจริยธรรม ให้ดำรงตำแหน่งประธานคณะอนุกรรมการสอบสวนชุดหนึ่งแทนที่แกนนำกลุ่มแพทย์ชนบทที่ลาออกไป (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2546, น.138)

5.5.1 บริบทแวดล้อม: การทำให้บริการสาธารณสุขกลายเป็นสิทธิของประชาชน และความรู้สึกถูกคุกคามของแพทย์

(1) การทำให้บริการสุขภาพกลายเป็นสิทธิของประชาชน

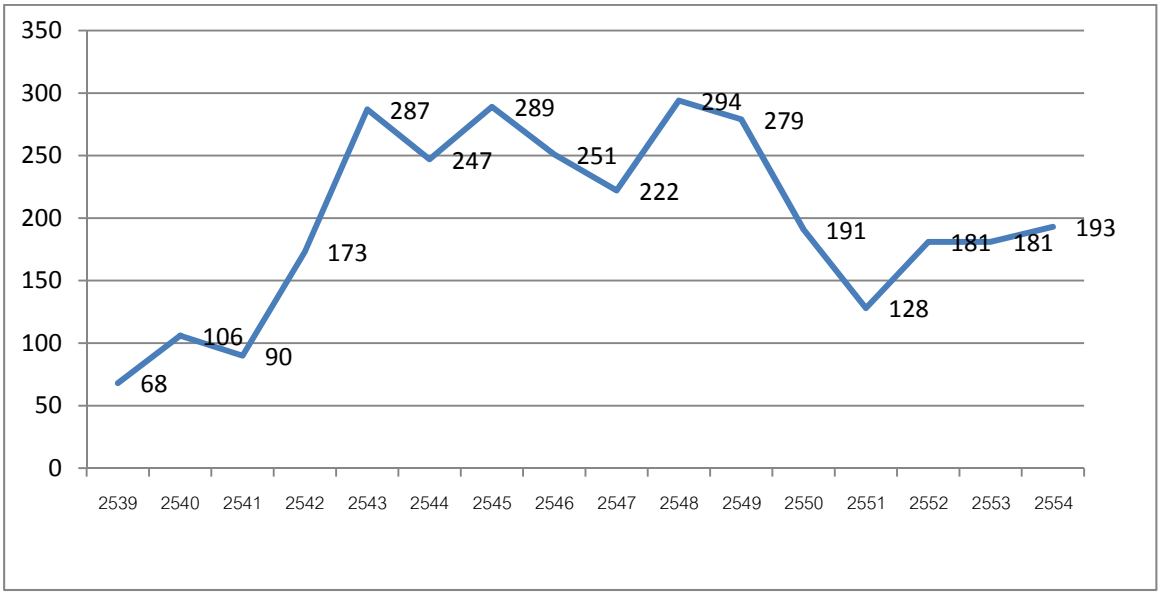
การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2545 ถือเป็นการเปลี่ยนหลักคิดโดยทำให้บริการสาธารณสุขกลายเป็นสิทธิที่รัฐมอบให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง จากแต่เดิมที่บริการสาธารณสุขมีลักษณะเป็นสินค้าและบริการ โดยมีระบบสวัสดิการเฉพาะกลุ่มเป็นส่วนเสริม แนวโน้มดังกล่าวส่งผลให้ประชาชนเกิดสำนึกใหม่ว่าการเข้ารับบริการสาธารณสุขมิใช่การขอความเมตตาหรือการสังคมสงเคราะห์จากแพทย์ แต่เป็นสิทธิที่บุคคลทุกคนพึงมีพึงได้ ผลลัพธ์ก็คือเกิดกระแสการเรียกร้องสิทธิของตนเมื่อไม่ได้รับบริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพและมาตรฐานตามที่คาดหวัง

[32]ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก อาจารย์แพทย์อาวุโส อดีตกรรมการแพทยสภา

ก่อนหน้านี้ สำนึกเรื่องสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขเริ่มปรากฏขึ้นตั้งแต่ปี 2530 พร้อมกับการขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชน เพราะแนวโน้มดังกล่าวได้แปลงบริการสาธารณสุขให้กลายเป็นสินค้าและบริการ ดังนั้นประชาชนหรือ 'ลูกค้า' ที่มีความสามารถในการจ่ายเงินซื้อบริการเอกชนจึงตระหนักว่าตนมีสิทธิที่จะได้รับบริการอย่าง 'สมราคา' อย่างไรก็ตาม สำนึกดังกล่าวยังคงจำกัดอยู่ในกลุ่มผู้มีทุนทรัพย์พอจะซื้อบริการจากโรงพยาบาลเอกชน แตกต่างไปจากระบบหลักประกันสุขภาพที่มอบสิทธิให้แก่ประชาชนทุกคน

กระแสการเรียกร้องสิทธิของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการรวมตัวในภาคประชาสังคมเพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบและเรียกร้องสิทธิจากผู้ประกอบวิชาชีพและสถานพยาบาล เช่น มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี 2539 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสิทธิอันพึงมีพึงได้ของประชาชนในฐานะผู้บริโภคจากการถูกเอาเปรียบจากผู้ผลิตสินค้าและบริการ และ 'เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์' ซึ่งก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2545 โดยมีคุณปรียนันท์ ล้อเสริมวัฒนา (ชื่อและนามสกุลในปัจจุบัน) เป็นแกนนำ

ภาพที่ 5.3 จำนวนเรื่องร้องเรียนด้านจริยธรรมที่เข้าสู่แพทยสภา



ที่มา: จดหมายข่าวแพทยสภา ฉบับที่ 1/2555 (2552(2), น.19)

กระแสการเรียกร้องสิทธิของผู้ป่วยนำมาซึ่งการกล่าวโทษแพทย์เพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากจำนวนเรื่องร้องเรียนด้านจริยธรรมที่เข้าสู่แพทยสภาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่ปี 2542 โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 173 เรื่อง เพิ่มจาก 3 ปีก่อนหน้าที่มีประมาณ 100 เรื่องต่อปี แนวโน้มดังกล่าวเพิ่มขึ้นจนสูงที่สุด

ในช่วงปี 2543-2549 โดยมีจำนวน 222-294 เรื่องต่อปี สอดคล้องกับที่ช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงของการผลักดันและดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถ้วนหน้า (โปรดดูภาพที่ 5.3 ประกอบ)

นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายละเอียดของกรณีเรื่องร้องเรียนว่า *"ในระยะแรกแพทย์ที่อยู่ในภาคเอกชนถูกฟ้องมาก ในระยะหลังๆ แพทย์ที่อยู่ในภาครัฐก็ถูกฟ้องเช่นกัน แพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์ใช้ทุนมักจะโดนฟ้องเรื่องไม่มีมาตรฐานวิชาชีพ ... กรณีถูกฟ้องพบว่า 2 ใน 3 เป็นคดีที่มีมูล ในคดีที่มีมูลจะมีประมาณ 3 ใน 4 ที่ถูกทำโทษ ว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาต หรือถอนใบอนุญาต ... แพทย์ที่ถูกฟ้องมักเป็นแพทย์ที่ต้องทำหัตถการ เช่น ศัลยแพทย์หรือสูตินรีแพทย์ แพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน"* (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2548, น.40)

นอกจากนี้ นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชี้ว่า กรณีร้องเรียนแพทย์สามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบกว้างๆ *รูปแบบแรก* คือการตรวจรักษาต่ำกว่ามาตรฐาน (underinvestigation) ซึ่งมักเกิดจากความผิดพลาดโดยไม่ได้ตั้งใจ ความไม่พร้อมในแง่บุคลากร อุปกรณ์ หรือเวชภัณฑ์ หรือความประมาทเลินเล่อ และ *รูปแบบที่สอง* คือการตรวจรักษาแบบ 'เจ็บเกินโรค' (overinvestigation) ซึ่งมักเกิดจากการมุ่งแสวงหากำไร โดยรูปแบบแรกมักเกิดขึ้นในโรงพยาบาลรัฐ ส่วนรูปแบบหลักมักเกิดขึ้นตามสถานพยาบาลเอกชน[33]

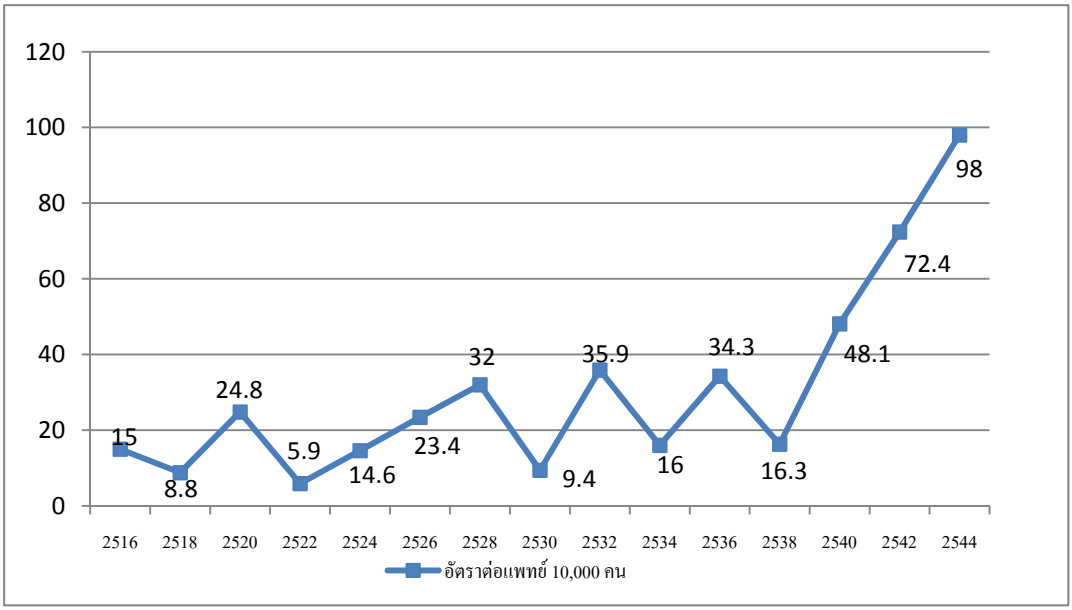
หากพิจารณาภาพที่ 5.3 จะพบว่า ตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา จำนวนเรื่องร้องเรียนแพทย์ลดระดับลงอยู่ในราว 180-190 เรื่องต่อปี ซึ่งแนวโน้มที่ลดลงดังกล่าว นพ.ไพฑูรย์ ฉรงค์ชัย กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง ชี้ว่าเป็นเพราะประชาชนหันไปพึ่งพิงกระบวนการยุติธรรม โดยการฟ้องร้องต่อศาลแทนที่การร้องเรียนต่อแพทยสภา[34]

อย่างไรก็ตาม มีผู้ตั้งข้อสังเกตในอีกมุมหนึ่งว่า จำนวนกรณีร้องเรียนที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการที่มีจำนวนแพทย์เพิ่มมากขึ้น เมื่อแพทย์มีมาก ความผิดพลาดก็มากขึ้นตามไปด้วย ต่อประเด็นนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าไม่น่าจะถูกต้องนัก เพราะหากพิจารณาจำนวนเรื่องร้องเรียนแพทย์ต่อจำนวนแพทย์ 10,000 คน จะพบว่าอัตราส่วนดังกล่าวก็เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ตั้งแต่ปี 2540 ซึ่งมีจำนวน 48.1 เรื่องต่อจำนวนแพทย์ 10,000 คน และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 72.4 และ 98 เรื่องต่อจำนวนแพทย์ 10,000 คน ในปี 2542 และ 2544 ตามลำดับ

[33] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์

[34] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.ไพฑูรย์ ฉรงค์ชัย

ภาพที่ 5.4 จำนวนเรื่องร้องเรียนแพทย์ต่อแพทย์ 10,000 คน ระหว่างปี พ.ศ. 2516-2544



ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) (2546, น.137)

หากพิจารณาจำนวนเรื่องร้องเรียนที่เข้าสู่มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคก็พบว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงสำนึกเรื่องสิทธิของผู้บริโภคที่สูงขึ้น จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค พบว่า จำนวนเรื่องร้องเรียนที่เข้าสู่มูลนิธิเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นมา จนทำให้มูลนิธิต้องเริ่มสร้างระบบการรับเรื่องร้องเรียนและระบบการจัดเก็บข้อมูลอย่างจริงจัง โดยในช่วงปี 2551-2555 มีเรื่องร้องเรียนรวมทั้งสิ้นทุกหมวดเฉลี่ยปีละ 1,645 เรื่องต่อปี จากเดิมที่อยู่ในระดับ 500 เรื่องต่อปีโดยเฉลี่ย[35]

สำหรับจำนวนเรื่องร้องเรียนในหมวดบริการสุขภาพและสาธารณสุข จัดแบ่งตามประเภท แสดงไว้ในตารางที่ 5.3 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มจำนวนผู้ร้องเรียนที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี โดยเฉพาะในช่วงปีหลังๆ ปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นคือปัญหาจากศูนย์ออกกำลังกาย ศูนย์สุขภาพและความงาม ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคม ส่วนเรื่องร้องเรียนต่อโรงพยาบาลรัฐและเอกชนเริ่มลดลงจากปี 2551 ซึ่งในสมัยที่แรกเก็บข้อมูลเคยเป็นเรื่องร้องเรียนลำดับต้น

[35] ข้อมูลจากมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

ตารางที่ 5.3 จำนวนเรื่องร้องเรียนต่อมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพและสาธารณสุข จำแนกตามประเภท

ประเภท	2551	2552	2553	2554	2555	รวม
ศูนย์ออกกำลังกาย	6	0	32	34	671	743
โรงพยาบาลรัฐ	15	7	16	10	11	59
โรงพยาบาลเอกชน	17	16	5	8	7	53
คลินิก	4	7	5	12	4	32
ระบบประกันสังคม	1	7	1	16	7	32
ศูนย์สุขภาพและความงาม	0	0	5	8	15	28
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2	2	0	0	8	12
ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	0	0	1	1	1	3
สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการ	1	0	0	0	0	1
รวม	**46**	**39**	**65**	**89**	**724**	**963**

ที่มา: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

(2) ความรู้สึกถูกคุกคามของแพทย์

กระบวนการทำให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขกลายเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน อันนำมาซึ่งความคาดหวังที่สูงขึ้นและการเรียกร้องสิทธิที่พึงได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกถูกคุกคามในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพโดย รศ.สมชาย ปรีชาศิลปกุล ชี้ว่าสำนึกเรื่องสิทธิของผู้ป่วยและประชาชน ได้คุกคาม‘สถานะศักดิ์สิทธิ์’ ของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับที่ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ชี้ว่าระบบสาธารณสุขไทยในช่วงเวลาดังกล่าวได้เปลี่ยนผ่านจากอดีตที่มีรูปแบบความสัมพันธ์ทางอำนาจเป็นแนวดิ่งโดยมีแพทย์เป็นผู้อุปถัมภ์ไปเป็นความสัมพันธ์แบบพันธสัญญาระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการที่มีสถานะเท่าเทียมกัน[36]

จุดเปลี่ยนสำคัญคือการเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะผู้ประกอบวิชาชีพเห็นว่าระบบดังกล่าวคุกคามอำนาจและผลประโยชน์ของแพทย์ กล่าวคือแพทย์สูญเสียอำนาจในการเลือกแนวทางการตรวจรักษาและอำนาจในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ มาตรา 41 และ 42 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ยังเปิดช่องให้ผู้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุขสามารถเบิกรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจในการ ‘ไล่เบี้ย’ แพทย์ หากพบว่ามีการกระทำผิดเกิดขึ้นซึ่งผู้วิชาชีพเห็นว่าเป็นการเปิดช่องทางในการกล่าวโทษแพทย์

[36]ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก รศ.สมชาย ปรีชาศิลปกุล และ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ข้อพิสูจน์ของความตื่นตัวในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพอันเนื่องมาจากการเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพ เห็นได้จากการที่กลุ่มแพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์ ซึ่งมีบทบาทในการเคลื่อนไหวคัดค้านกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านการรณรงค์ 'หมอชุดดำ' ได้รับการเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภาวาระ พ.ศ. 2546-2548 แบบยกกลุ่ม โดยในการเลือกตั้งครั้งนั้น มีสมาชิกมาใช้สิทธิสูงสุดเท่าที่เคยมีมาคือร้อยละ 50.55 ของจำนวนสมาชิกทั้งหมด (โปรดดูบทที่ 7 ประกอบ)

นอกจากนั้น เหตุการณ์ที่แพทย์จำนวนมากเห็นว่าเป็นการคุกคามวิชาชีพคือการผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยภาคประชาชนกับแนวร่วมนักวิชาการและกลุ่มแพทย์ชนบท ซึ่งเริ่มขึ้นในปี 2551 โดยกฎหมายดังกล่าวมีเนื้อหาว่าด้วยการจัดตั้งกองทุนเพื่อจ่ายเงินเยียวยาชดเชยให้แก่ผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด การสนับสนุนแนวทางเจรจาไกล่เกลี่ย และการสร้างกลไกสรุปบทเรียนจากความผิดพลาด

ผู้ประกอบวิชาชีพเห็นว่ากฎหมายดังกล่าวเป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มใช้สิทธิอย่างเกินเลยอยู่แล้ว อาศัยเป็นช่องทางในการกล่าวโทษแพทย์เพื่อรับผลประโยชน์จากกองทุน ทำให้เกิดความขัดแย้งกับกลุ่มผู้ผลักดันร่างกฎหมายที่ชี้ว่ากฎหมายดังกล่าวจะช่วยทั้งผู้เสียหายและบรรเทาปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ไปพร้อมกัน (โปรดดูบทที่ 8 ประกอบ)

ทั้งนี้ ท่าทีแข็งกร้าวและความหวาดกลัวของกลุ่มแพทย์จำนวนไม่น้อยต่อร่างกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายฯ ถือเป็นผลพวงจากปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะกรณีศาลอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตัดสินจำคุกแพทย์หญิงโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ 3 ปี ในข้อหากระทำการโดยประมาท คือฉีดยาชาผิดขนาดเข้ากระดูกสันหลังผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิต คดีดังกล่าวได้สร้างความวิตกกังวลและความไม่พอใจแก่แพทย์จำนวนมาก เพราะเห็นว่าแพทย์หญิงที่ถูกตัดสินจำคุกไม่มีเจตนาร้าย และความผิดพลาดเกิดจากการการที่โรงพยาบาลดังกล่าวไม่มีวิสัญญีแพทย์ ทำให้แพทย์หญิงคนดังกล่าวต้องมาทำหน้าที่ทั้งที่ไม่ชำนาญ

นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ชี้ว่าความหวาดกลัวดังกล่าวส่งผลให้โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศเลิกทำการผ่าตัดหรือรับผู้ป่วยฉุกเฉินเนื่องจากกลัวถูกฟ้องร้องหากไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ โดยโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งถึงกับใช้วิธีส่งต่อผู้ป่วยให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ปฏิเสธก่อน จึงค่อยยอมรับผู้ป่วยกลับมารักษาเพื่อที่จะได้กล่าวอ้างว่าต้องรักษาเนื่องจากจำเป็น[37]

[37] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์

5.5.2 ทิศทางของแพทยสภา: การเป็นปฏิปักษ์ต่อสิทธิผู้ป่วย และการสนับสนุนตลาดเสรีทางการแพทย์

(1) การเป็นปฏิปักษ์ต่อสิทธิผู้ป่วย

แพทยสภายุคปัจจุบันมีข้อเสนอและท่าทีที่เป็นปฏิปักษ์ต่อกระบวนการทำให้บริการสาธารณสุขกลายเป็นสิทธิของประชาชนในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมาอย่างชัดเจน เนื่องจากเห็นว่าแนวโน้มดังกล่าวทำลายสมดุลที่เหมาะสมของระบบบริการสาธารณสุข เพราะคุกคามผู้ประกอบวิชาชีพทั้งในแง่ศักดิ์ศรีและผลประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ประกอบวิชาชีพหมดขวัญและแรงจูงใจในการทำงานซึ่งผลเสียดังกล่าวจะย้อนกลับมาส่งผลลบต่อประชาชนในท้ายที่สุด

ทิศทางดังกล่าวสะท้อนชัดจากการที่แพทยสภามีจุดยืนต่อต้านประกาศว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย รวมถึงการแสดงท่าทีคัดค้านการผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในฐานะ ‘ระบบบริการที่ไม่พึงประสงค์’ เนื่องจากบริการสาธารณสุขที่ไม่มีต้นทุนจะทำให้ประชาชนใช้สิทธิอย่างไม่รู้จักหน้าที่และความพอดี เช่น ไม่ดูแลรักษาตัวเอง หรือเรียกร้องบริการสาธารณสุขที่มากเกินไป ส่งผลให้แพทย์รับภาระหนักเกินไป เสียขวัญกำลังใจ ไม่อยากรับราชการ และทำให้สถานพยาบาลประสบปัญหาขาดทุนเรื้อรัง

แม้ว่าท่าทีในปัจจุบันของแพทยสภาต่อระบบหลักประกันสุขภาพจะเปลี่ยนจากการต่อต้านเป็นการเสนอให้ ‘ปฏิรูป’ แต่ หากพิจารณาโดยละเอียดแล้วจะพบว่าข้อเสนอปฏิรูปต่างๆ ของแพทย์สายนี้ มีนัยของการปฏิเสธแก่นแนวคิดของระบบที่กลุ่มแพทย์ชนบทสร้างขึ้น โดยเฉพาะระบบงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งกลุ่มแพทย์ชนบทเห็นว่าส่งผลให้เกิดการกระจายทรัพยากรทางการแพทย์อย่างสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และอยู่ภายใต้หลัก ‘เฉลี่ยทุกข์-เฉลี่ยสุข’ ของประชาชน

จากบทบาทเหล่านี้พอจะสรุปได้ว่าท่าทีของแพทยสภายุคปัจจุบัน ถือเป็นความพยายามดึงย้อนระบบสาธารณสุขไทยกลับไปสู่อดีตที่บริการสาธารณสุขมีลักษณะเป็นสินค้าและบริการ โดยรัฐมีหน้าที่ให้การสงเคราะห์เฉพาะกลุ่ม มิใช่ให้สวัสดิการในรูปแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โปรดดูบทที่ 6 และ 7 ประกอบ)

(2) การสนับสนุนตลาดเสรีทางการแพทย์

นอกจากความพยายามดึงย้อนระบบบริการสาธารณสุขกลับสู่อดีตดังที่กล่าวไป บทบาทของแพทยสภายังมีนัยที่ส่อให้เห็นถึงการให้น้ำหนักกับตลาดเสรีทางการแพทย์ โดยมุ่งคัดค้านข้อเสนอเรื่องการกำกับดูแลธุรกิจการแพทย์เอกชน เช่น การคัดค้านบทบาทของรัฐในการแทรกแซงระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้เกิดกระจายทรัพยากรทางการแพทย์ การคัดค้านข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการขึ้นค่าชดเชย

แทนการใช้ทุน โดยให้เหตุผลว่าทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องซื้อตัวแพทย์ในราคาที่สูงขึ้น ส่งผลให้ต้องขึ้นค่าตรวจรักษา การสนับสนุนให้โรงพยาบาลเอกชนสามารถเปิดโรงเรียนแพทย์โดยเสรีเพื่อสนับสนุนโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงการสนับสนุนนโยบายให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการเปิดตลาดเสรีให้ซื้อขายบริการสาธารณสุขระหว่างประเทศ เป็นต้น (โปรดดูบทที่ 6 และ 7 ประกอบ)

(3) การปกป้องแพทย์

แพทยสภาชุดปัจจุบันให้ความสำคัญกับการปกป้องแพทย์ โดยสร้างช่องทางช่วยเหลือแพทย์ในการต่อสู้คดี เช่น แนะนำวิธีการเขียนเวชระเบียน การให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อถูกผู้ป่วยฟ้องคดี และการจัดตั้งทีมกฎหมายเพื่อช่วยสู้คดี นอกจากนี้ ยังพยายามผลักดันให้เกิดกลไกการปกป้องแพทย์ในกระบวนการยุติธรรม เช่น ขอความร่วมมือไปยังสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เพื่อออกแนวทางปฏิบัติเป็นกรณีพิเศษเมื่อแพทย์ถูกแจ้งความดำเนินคดีอาญา (โปรดดูบทที่ 6 ประกอบ)

นอกจากนั้น แพทยสภายังแสดงตัวเป็นคู่ขัดแย้งกับภาคประชาชนโดยตรง เห็นได้จากกรณีการเคลื่อนไหวคัดค้านร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข หรือการฟ้องร้องภาคประชาชนที่วิพากษ์วิจารณ์แพทยสภา (โปรดดูบทที่ 6 และ 8 ประกอบ)

5.5.3 ความสำเร็จของแพทยสภา: การทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพ

แพทยสภายุคปัจจุบันประสบความสำเร็จในการเป็นตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพผ่านแนวคิดและบทบาทที่แสดงถึงความพยายามในการปกป้องแพทย์อย่างชัดเจน ส่งผลให้กรรมการแพทยสภาคนสำคัญในยุคนี้ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกผ่านการเลือกตั้งอย่างต่อเนื่อง (โปรดดู บทที่ 6, 7 และ 8 ประกอบ)

ในเรื่องดังกล่าว อาจารย์แพทย์อาวุโสท่านหนึ่งได้ตั้งข้อสังเกตว่า ทิศทางของแพทยสภานับแต่สิ้นยุคแพทย์ชนบท ส่งผลให้สมาชิกแพทยสภาส่วนใหญ่เข้าใจว่าองค์การมีหน้าที่หลักในการวางกฎกติกาเรื่องการสอบใบประกอบวิชาชีพรวมถึงการสอบผู้เชี่ยวชาญ และเป็นตัวแทนในการปกป้องผลประโยชน์ของวิชาชีพแพทย์ โดยไม่ตระหนักว่าแท้จริงแล้วเจตนารมณ์เริ่มแรกของแพทยสภาคือการเป็นองค์การกำกับควบคุมด้านจริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทย์เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วย[38]

5.5.4 ข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่อแพทยสภา: การเป็นสหภาพแพทย์ และการเป็นตัวแทนผลประโยชน์ของธุรกิจการแพทย์เอกชน

[38] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกอาจารย์แพทย์อาวุโสท่านหนึ่ง

(1) การเป็นสหภาพแพทย์

จากการสัมภาษณ์อดีตกรรมการแพทย์สภาที่เป็นอาจารย์แพทย์ แพทย์อาวุโส แพทย์ชนบท นักวิชาการ รวมถึงภาคประชาชน หลายคนเห็นตรงกันว่าปัจจุบัน แพทยสภาได้ 'กลายพันธุ์' จากองค์กรเพื่อปกป้องผู้ป่วยและประชาชนกลายเป็น 'สหภาพแพทย์' กล่าวคือมุ่งปกป้องและคุ้มครองผลประโยชน์แพทย์เป็นหลัก แต่ละเลยเป้าหมายอันเป็นเจตนารมณ์ของการก่อตั้ง ดังที่มีตัวแทนภาคประชาชนคนหนึ่งชี้ว่า *"แพทยสภาในปัจจุบันขาดวิจารณญาณว่าอะไรคือผลประโยชน์ของสาธารณะและประชาชน"*

มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่าเพื่อบรรลุเป้าหมาย แพทยสภาได้ใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการลงมาเป็นคู่ขัดแย้งกับประชาชน เช่น การช่วยแพทย์สู้คดีกับผู้ป่วย การสร้างความสัมพันธ์กับองค์กรอื่นๆ เพื่อสร้าง 'กันชน' สำหรับปกป้องแพทย์ การฟ้องร้องภาคประชาชนที่วิพากษ์วิจารณ์แพทยสภา หรือการผลักดันข้อเสนอที่มีเนื้อหาสวนทางกับข้อเสนอของภาคประชาชน การไม่รับฟังหรือจงใจบิดเบือนข้อมูลเพื่อปลุกปั่นให้เกิดความขัดแย้ง

นอกจากนี้ ตัวแทนภาคประชาชนที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกล่าวหาว่า วิธีการหลายอย่างของแพทยสภาส่อไปในทางผิดกฎหมาย เช่น การจงใจใช้เวลาพิจารณาเรื่องร้องเรียนให้ยาวนานเพื่อดึงให้หมดอายุความคดี การตัดสินเรื่องราวร้องเรียนโดยมุ่งปกป้องแพทย์ หรือในบางกรณี เช่นกรณีแพทย์หญิงโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ถูกตัดสินจำคุก อดีตกรรมการแพทยสภา นักวิชาการและภาคประชาชนหลายท่านตั้งข้อสังเกตว่าแท้จริงแล้วเกิดจากการที่มีกรรมการแพทยสภายุยงให้แพทย์หญิงถอนตัวจากกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยกับผู้ป่วยที่ใกล้จะสำเร็จแล้ว และแนะนำให้แก้ไขเวชระเบียนซึ่งเป็นสาเหตุให้ศาลตัดสินลงโทษอย่างรุนแรง (แต่กรรมการแพทยสภาบางคนก็ให้สัมภาษณ์ทางสื่อสารมวลชนว่าไม่เคยมีกรรมการแพทยสภาที่ประพฤติตนเช่นนั้น)

บทบาทดังกล่าวทำให้ระบบสาธารณสุขขาดตัวกลางที่น่าเชื่อถือในการทำหน้าที่บริหารจัดการความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ส่งผลให้ประชาชนหันไปพึ่งกระบวนการยุติธรรมโดยทำการฟ้องร้องแพทย์ด้วยตัวเอง

(2) การเป็นตัวแทนผลประโยชน์ของธุรกิจการแพทย์เอกชน

หากพิจารณารายชื่อกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งในปัจจุบัน จะพบว่ามีกรรมการที่มีความเชื่อมโยงกับเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชนอยู่เป็นจำนวนมาก สาเหตุดังกล่าวทำให้แพทยสภาละเลยที่จะกำกับดูแลธุรกิจการแพทย์เอกชน รวมถึงมีท่าทีสนับสนุนตลาดเสรีทางการแพทย์ (โปรดดูบทที่ 6 ประกอบ)

ในเรื่องนี้ กรรมการแพทย์สภาในปัจจุบันทุกคนที่ให้สัมภาษณ์งานวิจัยอธิบายว่า แพทยสภาไม่ได้ถึงกับตั้งหน้าตั้งตาทำหน้าที่เป็นตัวแทนผลประโยชน์เอกชนเท่านั้น เพียงแต่เห็นว่าการกำกับดูแลที่เข้มงวด

เกินไปจะส่งผลให้ภาคเอกชนหมดแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลร้ายต่อประชาชนในท้ายที่สุด เพราะในปัจจุบันธุรกิจการแพทย์เอกชนมีบทบาทสำคัญในการแบ่งเบาภาระจากรัฐในการผลิตบริการสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม กรรมการเหล่านี้ยอมรับว่าแพทยสภาในปัจจุบันยังไม่สามารถกำกับดูแลธุรกิจการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง แต่ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากการขาดแคลนทรัพยากรเป็นสำคัญ โดยเฉพาะด้านบุคลากร

5.5.5 ผลพวงของยุคสมัย: ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ในกระบวนการยุติธรรม และการผูกขาดในภาคธุรกิจการแพทย์เอกชน

(1) ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ในกระบวนการยุติธรรม

ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ในกระบวนการยุติธรรมที่เพิ่มสูงขึ้นนับตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา ถือเป็นภาพสะท้อนของความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในระบบบริการสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

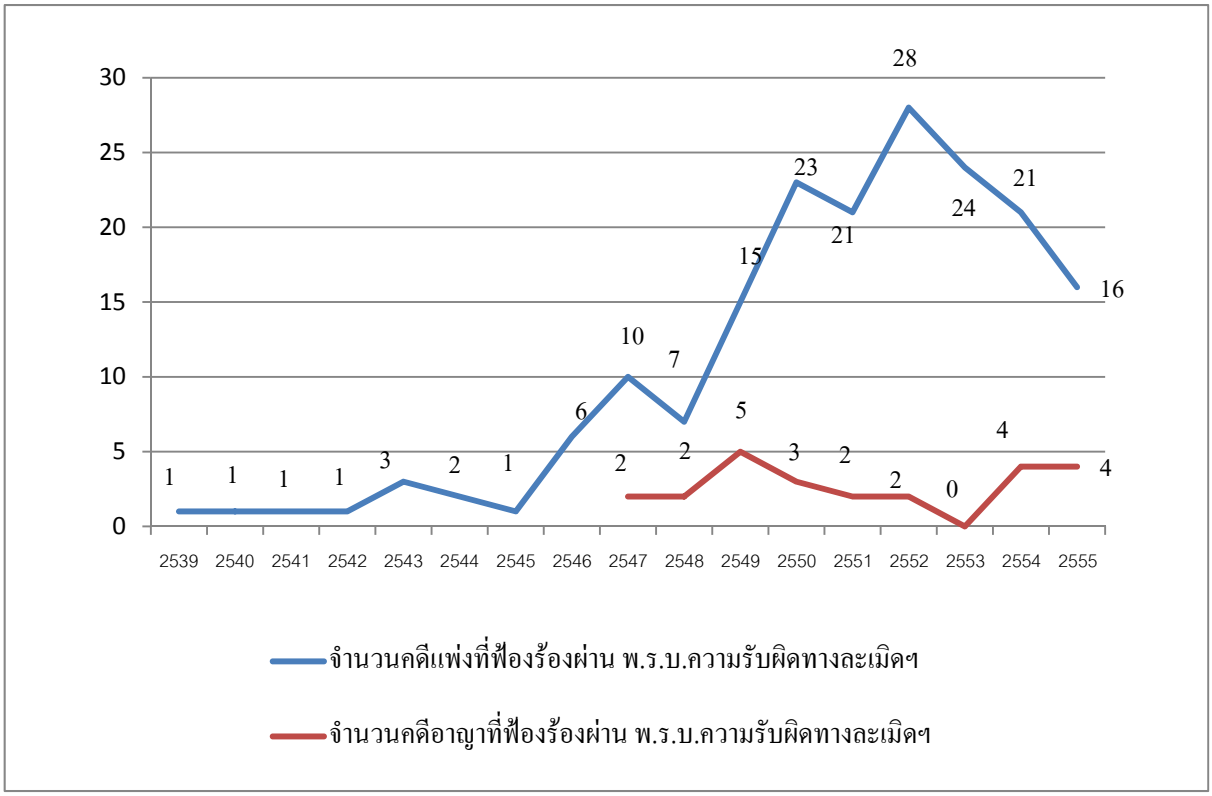
ภาพที่ 5.5 แสดงสถิติการฟ้องร้องแพทย์ที่โจทก์ฟ้องกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นจำเลยผ่านพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด พ.ศ. 2539 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นนับตั้งแต่ปี 2546 เรื่อยมา โดยในปี 2546 มีจำนวน 6 คดี จากที่เคยมีการฟ้องร้องเพียงปีละ 1-3 คดีในช่วง 7 ปีก่อนหน้า ในปี 2547 จำนวนคดีเพิ่มสูงขึ้นเป็น 12 คดี ในจำนวนนี้เริ่มมีการฟ้องร้องคดีอาญาด้วยจากเดิมที่ไม่เคยปรากฏ แนวโน้มการฟ้องร้องคดีเพิ่มขึ้นสู่ระดับ 20 คดี ตั้งแต่ปี 2549 และอยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่องจนถึงปี 2555 ซึ่งเป็นช่วงเวลาล่าสุดที่มีข้อมูล โดยในปี 2552 มีจำนวนคดีแพ่งสูงสุดถึง 28 คดี

หากพิจารณายอดรวมของคดีทั้งหมด นับแต่ปี 2539 ถึงวันที่ 10 ตุลาคม 2555 พบว่า มีคดีแพ่งรวมทั้งสิ้น 181 คดี (ในจำนวนนี้เป็นคดีผู้บริโภค 82 คดี) และคดีอาญา 24 คดี และในปัจจุบันมีคดีแพ่งทั่วไปและคดีผู้บริโภคค้างอยู่ในศาลรวม 60 คดี ทุนทรัพย์คดีทั้งหมดประมาณ 1,057 ล้านบาท คดีค้างอยู่ในศาลจำแนกออกเป็นศาลชั้นต้น 22 คดี ศาลอุทธรณ์ 14 คดี (ศาลชั้นต้นให้กระทรวงชนะ 12 คดี แพ้ 2 คดี) และศาลฎีกา 24 คดี (ศาลฎีกาให้กระทรวงชนะ 18 คดี แพ้ 6 คดี) ส่วนคดีที่มีการถอนฟ้องมีจำนวน 92 คดี จำหน่าย 7 คดี และคดีที่ถึงที่สุด 22 คดี (กระทรวงสาธารณสุขชนะ 12 คดี แพ้ 10 คดี)

หากกล่าวเฉพาะคดีผู้บริโภค ตั้งแต่วันที่ 23 สิงหาคม 2551 ถึงวันที่ 10 ตุลาคม 2555 มีคดีผู้บริโภคทั้งสิ้น 82 คดี ไกล่เกลี่ยได้แล้ว 52 คดี ทุนทรัพย์ที่ฟ้องรวมประมาณ 224 ล้านบาท ใช้ยอดเงินไกล่เกลี่ย 44 คดี เป็นเงิน 4,675,000 บาท

ส่วนคดีอาญานั้น อยู่ในชั้นพนักงานสอบสวน 7 คดี อัยการ 5 คดี ศาลอุทธรณ์ 2 คดี คดีถึงที่สุด 2 คดี และมีการถอนฟ้องหรือถอนคำร้องทุกข์ 8 คดี

ภาพที่ 5.5 จำนวนคดีแพ่งและคดีอาญาที่ฟ้องร้องผ่าน พ.ร.บ.ความรับผิดทางละเมิด พ.ศ.2539



ที่มา: กลุ่มงานคดีทางการแพทย์ กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลถึงวันที่ 10 ตุลาคม 2555)

ข้อมูลดังกล่าวเป็นตัวอย่างหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงภาวะความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่ลดน้อยถอยลง ทั้งที่ความไว้วางใจเป็นหัวใจของกระบวนการตรวจรักษา เพราะบริการสาธารณสุขเป็นบริการที่คาดการณ์ผลลัพธ์ที่แน่นอนไม่ได้ หากไร้ซึ่งความวางใจผู้ป่วยจะไม่กล้าเข้ารับบริการ หรือเข้ารับบริการอย่างหวาดระแวงตลอดกระบวนการ รวมถึงจะมองว่าผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังเกิดจากความผิดของแพทย์ ส่วนฝ่ายแพทย์เองก็จะไม่กล้าให้บริการ หรือมีแนวโน้มตรวจรักษาเกินความจำเป็นเพื่อป้องกันความผิดพลาด

หากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ยังคงเป็นไปในลักษณะดังกล่าว คาดการณ์ได้ว่าปัญหาจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ตัวแทนภาคประชาชนท่านหนึ่งได้ชี้ว่าในปัจจุบันความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเริ่มเปลี่ยนผ่านไปสู่ความรุนแรงบ้างแล้ว

ปัญหาดังกล่าวจะไม่สามารถแก้ไขได้หากระบบบริการสาธารณสุขไทยปราศจากองค์การกำกับดูแลที่ทำหน้าที่พิจารณาเรื่องร้องเรียนอย่างน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ หรือขาดระบบเยียวยาชดเชยผู้เสียหายซึ่งจะช่วยบรรเทาปัญหาความขัดแย้งลง

โจทย์เรื่องการเป็นสถาบันตัวกลางเพื่อตัดสินข้อพิพาทระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอย่างเป็นธรรมถือเป็นความรับผิดชอบโดยตรงขององค์การกำกับดูแล ซึ่งหากแพทยสภามีพฤติกรรมในทางที่เป็นคู่ขัดแย้งกับผู้ป่วยโดยตรง อาจส่งผลให้องค์การต้องเผชิญวิกฤตความชอบธรรมในระยะยาวได้

(2) *การผูกขาดในภาคธุรกิจการแพทย์เอกชน*

แนวโน้มที่เกิดขึ้นในภาคธุรกิจการแพทย์เอกชนซึ่งเห็นได้ชัดในช่วงประมาณ 5 ปีที่ผ่านมาคือการที่เครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มีอำนาจเหนือตลาดในธุรกิจการแพทย์เอกชนมากขึ้นโดยลำดับ ด้วยวิธีการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างเครือข่ายร่วมระหว่างโรงพยาบาลเอกชน (chain hospital) เพื่อขยายฐานลูกค้าและลดต้นทุนจากการประหยัดต่อขนาด (economy of scale) รวมถึงการเข้าซื้อหุ้นหรือซื้อกิจการโดยตรงจากเจ้าของโรงพยาบาลเอกชนรายอื่น

ตารางที่ 5.4 จำนวนเตียงโรงพยาบาลทั่วประเทศและโรงพยาบาลเอกชนระหว่างปี พ.ศ. 2546-2553

	โรงพยาบาลทั่วประเทศ (เตียง)	**โรงพยาบาลเอกชน (เตียง)**
2546	134,622	28,992
2547	133,245	26,343
2548	148,280	41,705
2549	134,804	26,356
2550	140,007	30,564
2551	125,866	25,982
2552	117,568	22,215
2553	134,105	24,658

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และกองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ให้บริการที่มีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นในระบบบริการสาธารณสุขไทย โรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางและขนาดเล็กเข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระจากโรงพยาบาลรัฐใน

การให้บริการประชาชนผู้ใช้สิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ก็เป็นทางเลือกสำหรับประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ทั้งนี้ นับแต่ปี 2546 ซึ่งเป็นปีแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า จำนวนเตียงของโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนประมาณ 1 ใน 5 ของจำนวนเตียงของโรงพยาบาลทั้งหมด ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5.4

โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ได้เริ่มกระจายหุ้นในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย ในช่วงปี 2531-2539 ยกเว้นบริษัทบางกอก เชน ฮอสปิทอล จำกัด (มหาชน) ซึ่งประกอบกิจการกลุ่มโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ และบริษัทศรีวิชัยเวชวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) ซึ่งประกอบกิจการกลุ่มโรงพยาบาลวิชัยเวช อินเตอร์เนชั่นแนล ซึ่งกระจายหุ้นเมื่อปี พ.ศ.2547 และ พ.ศ. 2555 ตามลำดับ โดยในปัจจุบันมีกลุ่มธุรกิจการแพทย์เอกชนที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลและกระจายหุ้นในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยทั้งสิ้น 14 กลุ่ม เรียงตามลำดับมูลค่าสินทรัพย์รวมในปี พ.ศ.2555 ดังตารางที่ 5.5

จากตารางที่ 5.5 จะเห็นได้ว่ามูลค่าสินทรัพย์รวมของกลุ่มธุรกิจการแพทย์เอกชนในตลาดหลักทรัพย์สูงถึง 124,553 ล้านบาท โดยบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) เป็นผู้เล่นรายใหญ่ที่สุด โดยมีมูลค่าสินทรัพย์รวมคิดเป็นร้อยละ 55 ของทั้งหมด (สูงกว่าอันดับสองมากกว่า 4 เท่า) มีรายได้รวม 48,830 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 52 ของทั้งหมด และมีกำไรสุทธิ คิดเป็นร้อยละ 53 ของทั้งหมด

ในปี พ.ศ. 2555 กลุ่มกรุงเทพดุสิตเวชการนับว่าเป็นกลุ่มโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดเป็นอันดับที่ 2 ของเอเชียแปซิฟิก[39] นอกจากนี้ นพ.ปราเสริฐ ปราสาททองโอสถ ประธานคณะผู้บริหารกลุ่มและกรรมการผู้อำนวยการใหญ่ บริษัท กรุงเทพดุสิตเวช จำกัด (มหาชน) ชี้ว่า บริษัทมีอัตราความสามารถในการทำกำไรอยู่ที่ร้อยละ 13.4 ถือเป็นอันดับหนึ่งของโลก และมีมูลค่าหลักทรัพย์ตามราคาตลาดรวม (มาร์เก็ตแคป) อยู่ที่ 2.54 แสนล้านบาท โดยตลอด 5 ปีที่ผ่านมา มาร์เก็ตแคปของบริษัทเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 400 ซึ่งมากกว่าการเพิ่มขึ้นของอันดับดัชนีไทยที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 77.5 และคาดว่ามูลค่าดังกล่าวจะขึ้นสูงถึง 3 แสนล้านบาทในอนาคต[40]

---

[39] "*ผ่าแผนร.พ.กรุงเทพรุกทุกมิติ ทุ่มซื้อธุรกิจขยายอาณาจักรรับเออีซี*", ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. 19 กรกฎาคม 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1342673962&grpid=02&catid=00. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2556.

[40] "*BGH ปีนี้ปันผลหรู*", โพสต์ทูเดย์, 19 เมษายน 2556.

ตารางที่ 5.5 สินทรัพย์รวม รายได้รวม และกำไรสุทธิ ของกลุ่มธุรกิจการแพทย์ในตลาดหลักทรัพย์ ปี พ.ศ. 2555

ลำดับที่	ชื่อ/ชื่อย่อในตลาดหลักทรัพย์	สินทรัพย์รวม (ล้านบาท)	รายได้รวม (ล้านบาท)	กำไรสุทธิ (ล้านบาท)
1	บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) (BGH)	68,461	48,830	7,937
2	บริษัทโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จำกัด (มหาชน) (BH)	15,862	14,042	2,667
3	บริษัทโรงพยาบาลวิภาวดี จำกัด (มหาชน) (VIBHA)	7,518	4,053	392
4	บริษัทบางกอก เชน ฮอสปิทอล จำกัด (มหาชน) (BCH)	7,100	4,531	910
5	บริษัทสมิติเวช จำกัด (มหาชน)(SVH)	7,038	8,114	999
6	บริษัทโรงพยาบาลรามคำแหง จำกัด (มหาชน) (RAM)	6,767	3,719	1,139
7	บริษัทเชียงใหม่รามธุรกิจการแพทย์ จำกัด (มหาชน)(CMR)	4,182	2,302	208
8	บริษัทศิครินทร์ จำกัด (มหาชน) (SKR)	1,767	1,572	121
9	บริษัทโรงพยาบาลนนทเวช จำกัด (มหาชน) (NTV)	1,456	1,735	246
10	บริษัทโรงพยาบาลมหาชัย จำกัด (มหาชน) (M-CHAI)	1,404	1,659	146
11	บริษัทโรงพยาบาลเอกชล จำกัด (มหาชน) (AHC)	1,183	1,287	172
12	บริษัทศรีวิชัยเวชวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน)(VIH)	1,093	1,026	9
13	บริษัทวัฒนาการแพทย์ จำกัด (มหาชน) (NEW)	416	254	4
14	บริษัทโรงพยาบาลกรุงธน จำกัด (มหาชน) (KDH)	306	304	13
	รวม	124,553	93,428	14,963

ที่มา: เว็บไซต์ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (สืบค้นเมื่อวันที่ 17 เมษายน พ.ศ.2556)

กลุ่มกรุงเทพดุสิตเวชการใช้ยุทธศาสตร์การควบรวมกิจการเพื่อการเติบโตทางธุรกิจ การควบรวมกิจการที่ครั้งสำคัญของกลุ่มกรุงเทพดุสิตเวชการเกิดขึ้นในปี 2554 เมื่อเข้าซื้อหุ้นส่วนใหญ่และรับโอนกิจการทั้งหมด (Entire Business Transfer) จากบริษัท เฮลท์ เน็ตเวิร์ค จำกัด (มหาชน) ของนายวิชัย ทองแตง และครอบครัว รวมทั้งซื้อหลักทรัพย์ทั้งหมดของบริษัท ประสิทธิ์พัฒนา จำกัด (มหาชน) ซึ่งเป็นบริษัทในเครือ ผลจากการดำเนินการดังกล่าว ทำให้บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการกลายเป็นเจ้าของเครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล

ตารางที่ 5.6 แสดงผลประกอบการของกลุ่มกรุงเทพดุสิตเวชการ ซึ่งเติบโตขึ้นอย่างก้าวกระโดด หากเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2546 และ ปี พ.ศ. 2555 พบว่า กลุ่มกรุงเทพดุสิตเวชการมีโรงพยาบาลในสังกัดเพิ่มขึ้นมาก โดยมีโรงพยาบาลที่มีอำนาจบริหารเพิ่มจาก 13 แห่ง เป็น 28 แห่ง และโรงพยาบาลที่ถือหุ้นแต่ไม่มีอำนาจบริหารเพิ่มจาก 1 แห่ง เป็น 4 แห่ง ทางด้านจำนวนเตียงในโรงพยาบาลที่มีอำนาจบริหารเพิ่มขึ้นจาก 2,565 เตียง เป็น 5,308 เตียง มีบริษัทที่ทำธุรกิจเกี่ยวเนื่องกับการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 3 บริษัท เป็น 18 บริษัท รายได้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 3,085 ล้านบาท เป็น 44,307 ล้านบาท (14.36 เท่า) และกำไรสุทธิเพิ่มขึ้นจาก 385 ล้านบาท เป็น 7,937 ล้านบาท (20.62 เท่า)

ตารางที่ 5.7 แสดงรายชื่อและข้อมูลของโรงพยาบาลในสังกัดกลุ่มกรุงเทพดุสิตเวชการ 32 แห่ง โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีอำนาจบริหาร 28 แห่ง และโรงพยาบาลที่ถือหุ้นแต่ไม่มีอำนาจบริหาร 4 แห่ง ส่วนตารางที่ 5.8 แสดงรายชื่อและข้อมูลของบริษัทที่ทำธุรกิจเกี่ยวเนื่องกับการรักษาพยาบาลในสังกัดกลุ่มกรุงเทพดุสิตเวชการ จำนวน 18 แห่งซึ่งมีทั้งกิจการผลิตและจำหน่ายยาน้ำเกลือ และวัสดุภัณฑ์ทางการแพทย์ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Lab) และ Share Services ด้านจัดซื้อและบัญชีห้องปฏิบัติการทดลองชีวโมเลกุล (Bio Molecular Lab) Share service ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศบริการขนส่งผู้ป่วยทางอากาศ (Medical Evacuation) ประชาสัมพันธ์และส่งเสริมการตลาดให้แก่กิจการในเครือบริการด้านการจัดเลี้ยงและอาหารให้แก่ผู้ใช้บริการในกลุ่ม บริการให้เช่าอสังหาริมทรัพย์ (ที่ดิน) เพื่อดำเนินธุรกิจโรงพยาบาลกิจการเพื่อการลงทุนใน Healthcare Business (Holding Company) ธุรกิจประกันสุขภาพ และศูนย์อบรมด้านวิชาชีพเฉพาะทางให้แก่กลุ่มบริษัท

ตารางที่ 5.6 ผลประกอบการของบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) พ.ศ. 2546-2555

	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555
จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)										
บริษัทมีอำนาจบริหาร	13	13	13	15	18	17	18	17	28	28
บริษัทถือหุ้นแต่ไม่มีอำนาจบริหาร	1	2	2	5	5	5	5	8	4	4
จำนวนเตียง(เตียง)										
โรงพยาบาลที่บริษัทมีอำนาจบริหาร	2,565	2,585	2,615	2,800	3,008	2,796	2,920	2,894	5,188	5,308
โรงพยาบาลที่บริษัทถือหุ้นแต่ไม่มีอำนาจบริหาร	350	650	650	1,440	1,440	1,440	1,440	1,997	1,338	1,338
บริษัทที่ทำธุรกิจเกี่ยวเนื่องกับการรักษาพยาบาล(แห่ง)	3	4	6	9	9	10	10	15	18	18
รายได้ค่ารักษาพยาบาล (ล้านบาท)	3,085	5,274	10,254	15,578	18,423	21,188	21,597	23,513	35,224	44,307
รวมรายได้จากการดำเนินงาน (ล้านบาท)	3,175	5,399	10,724	15,981	18,711	21,539	21,945	23,968	36,726	45,994
กำไรสุทธิ (ล้านบาท)	385	623	832	1,323	1,244	1,662	1,725	2,295	4,386	7,937

ที่มา: แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี (56-1) ของบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2555 โดยใช้ข้อมูลล่าสุดของแต่ละปี

ตารางที่ 5.7 รายชื่อและข้อมูลโรงพยาบาลในสังกัดบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) พ.ศ. 2555

ลำดับ	รายชื่อโรงพยาบาล	ดำเนินการโดย	ขนาด (เตียง)	รวม (เตียง)	อัตราการถือหุ้น
กลุ่มโรงพยาบาลกรุงเทพ					
1	โรงพยาบาลกรุงเทพ	บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน)	343		
2	โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ	บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน)	97		
3	โรงพยาบาลวัฒโนสถ	บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน)	48		
4	โรงพยาบาลกรุงเทพหัวหิน	บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน)	60		
5	โรงพยาบาลกรุงเทพพระประแดง	บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพพระประแดง จำกัด	60		79.00%
6	โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา	บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา จำกัด	400		97.22%
7	โรงพยาบาลกรุงเทพระยอง	บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพระยองจำกัด	220		100.00%
8	โรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี	บริษัท วัฒนเวช จำกัด	170		99.69%
9	โรงพยาบาลกรุงเทพตราด	บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพตราด จำกัด	114		99.76%
10	โรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา	บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา จำกัด	300		90.36%
11	โรงพยาบาลกรุงเทพปากช่อง	บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา จำกัด	30		90.36%
12	โรงพยาบาลกรุงเทพอุดร	บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน)	120		100.00%
13	โรงพยาบาลกรุงเทพสมุย	บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพสมุย จำกัด	50		100.00%
14	โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต	บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต จำกัด	317		99.68%
15	โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่	บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่ จำกัด	165	2,494	98.79%
กลุ่มโรงพยาบาลสมิติเวช					
15	โรงพยาบาล สมิติเวช สุขุมวิท	บริษัท สมิติเวช จำกัด (มหาชน)	275		95.76%
16	โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์	บริษัท สมิติเวช จำกัด (มหาชน)	400		95.76%
17	โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา	บริษัท สมิติเวช ศรีราชา จำกัด	150	825	67.06%
18	โรงพยาบาลบีเอ็นเอช	บริษัท บี เอ็นเอชเมดิเคิล เซ็นเตอร์ จำกัด	144	144	91.48%
กลุ่มโรงพยาบาลรอยัล					
19	Royal Angkor Pisith	Angkor Pisith Co., Ltd.	21		80.00%
20	Royal Rattanak Hospital	Rattanak Medical Services Co., Ltd.	30	51	70.00%
กลุ่มโรงพยาบาลพญาไท(ถือหุ้นโดยผ่าน บมจ.ประสิทธิ์พัฒนา ซึ่งเป็นบริษัทย่อยร้อยละ 98.32 ของบมจ.กรุงเทพดุสิตเวชการ)					

ลำดับ	รายชื่อโรงพยาบาล	ดำเนินการโดย	ขนาด (เตียง)	รวม (เตียง)	อัตราการถือหุ้น
21	โรงพยาบาลพญาไท 1	บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 1 จำกัด	350		100.00%
22	โรงพยาบาลพญาไท 2	บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 2 จำกัด	260		99.15%
23	โรงพยาบาลพญาไท 3	บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 3 จำกัด	230		98.20%
24	โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา	บริษัท โรงพยาบาลศรีราชานคร จำกัด (มหาชน)	257	1,097	66.53%

กลุ่มโรงพยาบาลเปาโล

25	โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียลพหลโยธิน	บริษัท เปาโลเมดิค จำกัด	237		100.00%
26	โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียลสมุทรปราการ	บริษัท เปาโล สมุทรปราการ จำกัด	200		93.30%
27	โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียลโชคชัย 4	บริษัท การแพทย์สยาม จำกัด	120		85.69%
28	โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียลนวมินทร์	บริษัท ศูนย์การแพทย์ไทย จำกัด (มหาชน)	140	697	99.76%

กลุ่มโรงพยาบาลที่ลงทุนถือหุ้นแต่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการบริหาร

29	โรงพยาบาลเอกอุดร	บริษัท อุดรพัฒนา (1994) จำกัด	350		28.20%*
30	โรงพยาบาลรามคำแหง	บริษัท โรงพยาบาลรามคำแหง จำกัด (มหาชน)	300		38.20%
31	โรงพยาบาลกรุงธน	บริษัท โรงพยาบาลกรุงธน จำกัด (มหาชน)	150		20.10%
32	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	บริษัท โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จำกัด (มหาชน)	538	1,338	23.94%

หมายเหตุ : *บริษัท ถือหุ้นทางตรงร้อยละ 14.9 และทางอ้อมร้อยละ13.3

ที่มา: แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี(56-1)ของบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) ปี 2555

ตารางที่ 5.8 รายชื่อและข้อมูลของธุรกิจที่เกี่ยวเนื่องกับการรักษาพยาบาล

ในสังกัดบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) พ.ศ. 2555

ธุรกิจ	ดำเนินการโดย	อัตราการถือหุ้นร้อยละ
1. ผลิตและจำหน่ายยาน้ำเกลือ และวัสดุภัณฑ์ทางการแพทย์	บริษัท เอ.เอ็น.บี.ลาบอราตอรี่ (อำนวยเภสัช) จำกัด (ถือหุ้นโดยบริษัท รอยัลบางกอกแฮลธ์แคร์ จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทย่อยร้อยละ 100 ของบริษัท)	100.0
	บริษัท สหแพทย์เภสัช จำกัด	49.0
2. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Lab) และ Share Services ด้านจัดซื้อและบัญชี	บริษัทเนชั่นแนลเฮลท์แคร์ซิสเต็มส์ จำกัด (ถือหุ้นทางตรงร้อยละ 74.0 และทางอ้อมร้อยละ 24.9)	98.9
3. ห้องปฏิบัติการทดลองชีวโมเลกุล (Bio Molecular Lab)	บริษัท ไบโอ โมเลกุลลาร์ แลบบอราทอรี่ส์ (ประเทศไทย) จำกัด	95.0
4. Share service ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	บริษัท กรีนไลน์ซินเนอร์จี้ จำกัด (GLS)	100.0
5. บริการขนส่งผู้ป่วยทางอากาศ (Medical Evacuation)	บริษัท กรุงเทพเฮลิคอปเตอร์ เซอร์วิสเซส จำกัด	49.0
6. ประชาสัมพันธ์และส่งเสริมการตลาดให้แก่กิจการในเครือ	บริษัท คูลแอนด์จอย จำกัด	30.0
7.บริการด้านการจัดเลี้ยง และอาหารให้แก่ผู้ใช้บริการในกลุ่ม	บริษัท เฟิสท์เฮ็ลธฟู้ด จำกัด (ถือหุ้นโดยบริษัท สมิติเวช จำกัด (มหาชน) ซึ่งเป็นบริษัทย่อยของบริษัท)	99.0
	บริษัท โซเด็กซ์โซ่เฮ็ลธแคร์ซัพพอร์ท เซอร์วิส (ประเทศไทย) จำกัด (ถือหุ้นโดยบริษัท เฟิสท์เฮ็ลธฟู้ด จำกัดซึ่งเป็นบริษัทย่อยของ บมจ. สมิติเวช)	74.0
8. บริการให้เช่าอสังหาริมทรัพย์ (ที่ดิน) เพื่อดำเนินธุรกิจโรงพยาบาล	บริษัท เออร์วิ่ง เชอริเดน เอส อี จำกัด (ถือหุ้นโดยบริษัท สมิติเวช จำกัด (มหาชน) ซึ่งเป็นบริษัทย่อยของบริษัท)	96.0
	S.R. Property Investment Co., Ltd.	49.0
	Siem Reap Land Investment Co., Ltd.	49.0
	Phnom Penh First Property Co., Ltd	49.0

ธุรกิจ	ดำเนินการโดย	อัตราการถือหุ้นร้อยละ
9. กิจการเพื่อการลงทุนใน Healthcare Business (Holding Company)	บริษัท เอเชีย อินเตอร์เนชั่นแนลเฮ็ลธ์แคร์ จำกัด (AIH) บริษัท รอยัล บางกอกเฮ็ลธ์แคร์ จำกัด	100.0 100.0
10 ศูนย์อบรมด้านวิชาชีพเฉพาะทาง ให้แก่กลุ่มบริษัท	บริษัท บีดีเอ็มเอส เทรนนิ่ง จำกัด	100.0
11. ธุรกิจประกันสุขภาพ	บริษัท กรุงเทพประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)	100.0
	บริษัท กรุงเทพพรีเมียร์ นายหน้าประกันชีวิต จำกัด	100.0

ที่มา: แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี (56-1) ของบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) พ.ศ. 2555

ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2556 บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) ยังได้เข้าซื้อโรงพยาบาลกรุงธน จากกลุ่มสุขพันธ์โพธาราม และวางแผนเปิดโรงพยาบาลขนาด 100-200 เตียงในช่วงครึ่งปีแรกอีก 3 แห่ง ในจังหวัดขอนแก่น พิษณุโลก และกรุงพนมเปญ รวมทั้งมีเป้าหมายเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดทั้งภายในและภายนอกประเทศเป็น 50 แห่งในปี พ.ศ. 2558

การดำเนินยุทธศาสตร์เติบโตโดยควบรวมกิจการของกลุ่มกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) ส่งผลให้กลุ่มธุรกิจการแพทย์เอกชนอื่นๆ เริ่มปรับตัวเสริมความเข้มแข็งเพื่อขยายส่วนแบ่งตลาดหรือป้องกันการถูกซื้อกิจการ ด้วยการขยายสาขา รวมกลุ่ม หรือควบรวมกิจการบ้าง เช่น ในปี พ.ศ. 2554 กลุ่มโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์กับกลุ่มบางกอก เชน ฮอสปิทอล ซึ่งดำเนินธุรกิจเครือโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ได้จับมือเป็นพันธมิตรโดยแลกเปลี่ยนหุ้นกัน หรือการที่โรงพยาบาลวิภาวดี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในเครือรามคำแหง ได้ประกาศเพิ่มทุนจดทะเบียนอีก 400 ล้านบาท เพื่อทำคำเสนอซื้อหุ้นทั้งหมดของบริษัทเชียงใหม่รามธุรกิจการแพทย์ จำกัด (มหาชน) หลังจากที่ก่อนหน้านี้เครือรามคำแหงได้เข้าไปถือหุ้นในโรงพยาบาลขนาดเล็กหลายแห่ง อาทิ โรงพยาบาลแม่น้ำ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา และโรงพยาบาลสุขุมวิท[41]

จะเห็นได้ว่า แนวโน้มของสภาพการแข่งขันในธุรกิจการแพทย์เอกชนนับวันจะนำไปสู่การผูกขาดเพิ่มมากขึ้น จากการที่โรงพยาบาลขนาดเล็กถูกควบรวมกิจการจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จนผู้เล่นหลักลด

[41] *"รพ.เอกชนวิ่งหาพันธมิตร แก้ต้นทุนพุ่ง-ชนรายใหญ่ เกษมราษฎร์-บำรุงราษฎร์เปิดโมเดลเสริมแกร่ง"*, ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. 16 เมษายน 2556. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.prachachat.net/view_news.php?newsid=02p0104180454&sectionid=0201&day=2011-04-18. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 เมษายน 2556.

จำนวนลงเรื่อยๆ นำมาซึ่งการแข่งขันในการให้บริการสาธารณสุขลดน้อยลง ผู้บริโภคมีทางเลือกลดน้อยลง และมีแนวโน้มที่ราคาค่าบริการจะเพิ่มสูงขึ้นตามระดับของการผูกขาดที่เพิ่มสูงขึ้น ผลการศึกษาเบื้องต้นของวรรณวิภางค์ มานะโชติพงษ์ และพรเทพ เบญญาอภิกุล (2556) ซึ่งศึกษาระดับการผูกขาดของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนแบ่งตลาดเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ (กลุ่มกรุงเทพดุสิตเวชการ) ในปี พ.ศ. 2554 โดยคิดจากสัดส่วนจำนวนเตียงของโรงพยาบาลที่ถือหุ้นต่อจำนวนเตียงโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 17.57 และส่วนแบ่งตลาดของผู้ประกอบการ 4 รายที่ใหญ่ที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.43

นอกจากนั้น กำไรของโรงพยาบาลเอกชนที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมหาศาลทั้งจากฝีมือทางธุรกิจและจากการควบรวมกิจการอาจส่งผลกระทบต่อการจัดสรรทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุขในมิติต่างๆ ได้แก่ (1) *ระหว่างรัฐกับเอกชน* เช่น โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มีความสามารถทางการเงินสูงในการดึงตัวแพทย์ที่มีความสามารถจากโรงพยาบาลของรัฐได้ง่าย โดยเสนอจ่ายค่าปรับในการใช้ทุนให้ และเสนอค่าตอบแทนสูง (2) *ระหว่างผู้มีรายได้มากกับผู้มีรายได้น้อย* เช่น ทรัพยากรที่มีจำกัดในระบบบริการสาธารณสุขถูกดูดซับมาตอบสนองผู้บริโภคที่มีอำนาจซื้อบริการจากโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ผู้มีรายได้น้อยที่พึ่งพิงโรงพยาบาลรัฐหรือโรงพยาบาลขนาดเล็กเสียเปรียบในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ (3) *ระหว่างผู้ป่วยไทยกับผู้ป่วยต่างชาติ* เช่น กระแสการส่งเสริมให้ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในภูมิภาคเปิดโอกาสให้ทรัพยากรทางการแพทย์ถูกนำไปรับใช้ผู้ป่วยต่างชาติที่มีกำลังซื้อ ทั้งที่การดูแลผู้ป่วยชาวไทยอย่างมีคุณภาพยังทำได้ไม่เต็มที่ ดังที่ นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ชี้ว่า “บริการสุขภาพของไทยเป็นเหมือนผ้าห่มผืนเล็กอยู่แล้ว ถ้ายิ่งชักขึ้นหัว เท้าก็จะยิ่งเปิด”[42]

กลุ่มธุรกิจการแพทย์เอกชนดำเนินยุทธศาสตร์ให้บริการสาธารณสุขกับชาวต่างชาติเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการเปิดให้บริการสาธารณสุขในต่างประเทศ เช่น กลุ่มกรุงเทพดุสิตเวชการได้เปิดโรงพยาบาล Royal Angkor Pisithในเมืองเสียมเรียบ และ Royal Rattanak Hospital ในกรุงพนมเปญ ประเทศกัมพูชา ซึ่งมีบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศไทยทำงานอยู่เป็นจำนวนมาก รวมถึงยังมีแนวคิดที่จะสร้างโรงพยาบาลในต่างประเทศเพิ่ม ทั้งนี้ กลุ่มดังกล่าวระบุว่ามีรายได้ค่ารักษาพยาบาลจากลูกค้าชาวต่างชาติจำนวน 9,863 ล้านบาท และ 12,267 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 26 และร้อยละ 28 ของรายได้รวมของบริษัทในปี 2554 และ ปี 2555 ตามลำดับ (แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี (56-1) ของบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการจำกัด (มหาชน) พ.ศ.2555)

[42] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์

นอกจากนี้ กลุ่มโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ซึ่งมีขนาดใหญ่เป็นอันดับสองก็มีสัดส่วนลูกค้าจากต่างประเทศสูงถึงร้อยละ 40 ของจำนวนลูกค้าทั้งหมด[43] นอกจากนี้ ยังมีความพยายามที่จะขยายกิจการไปยังต่างประเทศ โดยในปี 2548 ได้เข้าซื้อหุ้นร้อยละ 43.25 จากบริษัท เอเชียนฮอสพิทอล อิงค์ (AHI) ซึ่งเป็นเจ้าของโรงพยาบาลเอกชนขนาด 253 เตียงในกรุงมะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์ ก่อนจะขายกิจการในอีก 6 ปีต่อมา และปี 2549 ได้เข้าไปร่วมลงทุนร้อยละ 49 เพื่อเปิดโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ฮอสพิทอลดูไบขนาด 250 เตียงที่ดูไบ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ก่อนจะขายกิจการทั้งหมดในปี 2552 และในปีเดียวกัน ได้จัดตั้งบริษัทย่อยเอเชีย โกลเบิลเฮลธ์ จำกัด (AGH) ในประเทศฮ่องกงเพื่อหาโอกาสการลงทุนในธุรกิจการแพทย์ (แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี (56-1) ของบริษัทโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จำกัด (มหาชน) พ.ศ.2555)

ภายใต้สภาพการผูกขาดในตลาดบริการสาธารณสุขภาคเอกชนที่สูงขึ้นโดยลำดับ หากขาดระบบกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และสถานพยาบาลอย่างเหมาะสมอาจเกิดปัญหาการแสวงหากำไรโดยไม่คำนึงถึงความเหมาะสมด้านจริยธรรม ตัวอย่าง เช่นการเสนอขายชุดบริการตรวจสุขภาพอย่างเกินจำเป็น ซึ่งบางชุดบริการตรวจสุขภาพอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ตรวจด้วยซ้ำ เช่นการขายบริการเอ็กซเรย์ปอดโดยไม่จำเป็นซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งปอด[44]

ปัญหาการละเมิดจริยธรรมวิชาชีพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นพร้อมไปกับสถานการณ์การผูกขาดในภาคธุรกิจการแพทย์เอกชนเป็นความท้าทายต่อแพทยสภาในยุคปัจจุบันว่าจะสามารถกำกับดูแลปัญหาด้านจริยธรรมวิชาชีพในยุค 'แพทย์พาณิชย์เฟื่องฟู' ได้อย่างเต็มที่เพียงใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้บริหารแพทยสภาจำนวนไม่น้อยมีแนวคิดสนับสนุนนโยบายตลาดเสรีทางการแพทย์ และเป็นเจ้าของหรือผู้ถือหุ้นเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชน

[43]ผู้จัดการ 360 องศา รายสัปดาห์. "*กลยุทธ์การตลาด: บำรุงราษฎร์+เกษมราษฎร์ pooling allying linkage*", ผู้จัดการออนไลน์. 2 กันยายน 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา http://www.manager.co.th/mgrWeekly/ViewNews.aspx?NewsID=9540000111178. สืบค้นเมื่อวันที่. 19 เมษายน 2556.

[44] "*เหวี่ยงแหตรวจสุขภาพ เสี่ยงตาย(เร็ว)*", โพสต์ทูเดย์. 3 กุมภาพันธ์ 2556.

5.6 บทสรุป

ผู้วิจัยศึกษาวิวัฒนาการของแพทยสภาตั้งแต่ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2511 จนถึงปัจจุบัน โดยแบ่งยุคสมัยออกเป็น 3 ยุค ตามกลุ่ม 'ตัวละคร' ที่มีบทบาทนำในองค์การ ได้แก่ ยุคอาจารย์แพทย์ (พ.ศ. 2511-2530) ยุคแพทย์ชนบท (พ.ศ. 2531-2537) และยุคแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และแพทย์เอกชน (พ.ศ. 2538-ปัจจุบัน)

แพทยสภาในแต่ละยุคสมัยทำงานภายใต้การเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุข ซึ่งเป็นผลพวงจากความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของสังคมไทย การทำความเข้าใจ 'ชีวิต' ของแพทยสภาในแต่ละยุคสมัยจึงต้องอิงเข้ากับบริบทแวดล้อมด้วย เนื้อหาในบทนี้จึงเป็นการบอกเล่า 'ชีวิต' ของแพทยสภาทั้ง 3 ยุค ผ่านบริบทแวดล้อม ความสำเร็จของแพทยสภา และข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่อแพทยสภาในแต่ละยุคสมัย รวมถึงผลพวงจากความสำเร็จและความล้มเหลวที่ส่งผลต่อแพทยสภาในยุคต่อไป

กล่าวสำหรับแพทยสภาใน *ยุคอาจารย์แพทย์ (พ.ศ. 2511-2530)* เป็นยุคสมัยแห่งการวางรากฐานองค์กรที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นมาใหม่ ภายใต้บริบทแห่งการขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์โดยเฉพาะในชนบท ความสำเร็จของแพทยสภายุคนี้คือการยกระดับความสามารถของแพทย์ไทย และการปฏิรูปกฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลวิชาชีพเวชกรรม จนมีการบังคับใช้กฎหมายฉบับใหม่ในปี 2525

อย่างไรก็ตาม แพทยสภายุคอาจารย์แพทย์ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าไม่ประสบความสำเร็จในการสร้างองค์การที่มีการบริหารจัดการอย่างเข้มแข็ง การทำงานยังเป็นไปด้วยระบบประชุม ขาดเจ้าภาพในการทำงานและขาดเจ้าหน้าที่ประจำองค์การ รวมถึงแนวคิดอนุรักษนิยมและวัฒนธรรมอาวุโสในแพทยสภา ซึ่งเป็นภาพสะท้อนของวงการแพทย์โดยรวมด้วย เป็นอุปสรรคที่ทำให้แนวคิดปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของกรรมการแพทยสภา 'สายก้าวหน้า' ในเวลานั้น เช่น การส่งเสริมให้มีการเพิ่มจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ทั่วไป การตั้งโรงเรียนแพทย์ชุมชน ไม่ประสบความสำเร็จ รวมถึงส่งผลบั่นทอนการปฏิบัติหน้าที่เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยในบางกรณี เช่น ความพยายามช่วยเหลือแพทย์อาวุโสบางคนที่ถูกลงโทษด้านจริยธรรม

กล่าวสำหรับแพทยสภาใน *ยุคแพทย์ชนบท (พ.ศ. 2531-2537)* ทิศทางของนโยบายแพทยสภาในยุคนี้สอดคล้องกับอุดมคติของขบวนการแพทย์ชนบทที่มุ่งปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อสร้างสิทธิและความเป็นธรรม เช่น การแทรกแซงระบบการผลิตแพทย์เพื่อเพิ่มจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน การส่งเสริมการผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ทั่วไป แทนที่จะมุ่งผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

เฉพาะสาขาซึ่งเป็นที่ต้องการของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นอกจากนี้ แพทยสภาในยุคนี้ยังบทบาททางสังคมอย่างมาก นับเป็นการเปิดตัวแพทยสภาสู่สาธารณะ เช่น การสนับสนุนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งมีผลงานสำคัญคือโครงการการวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในปี 2531 รวมถึงการทัดทานการขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชนและโรงเรียนแพทย์เอกชน

แพทยสภาในยุคแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการปรับปรุงประสิทธิภาพองค์กรเพื่อรองรับบทบาทเชิงรุก โดยเฉพาะการจัดทำแผนพัฒนาองค์การ การจัดระบบงานธุรการ การเพิ่มเจ้าหน้าที่ประจำ และการปฏิรูประบบการพิจารณาเรื่องร้องเรียนด้านจริยธรรม นอกจากนี้ แพทยสภาในยุคนี้ยังได้รับความเชื่อถือศรัทธาจากสาธารณชนว่าทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา โดยเฉพาะการเข้มงวดเรื่องจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

อย่างไรก็ตาม การมุ่งลงโทษแพทย์ที่กระทำความผิดอย่างจริงจัง ผสานกับท่าทีที่แข็งกราวของกลุ่มแพทย์ชนบทสร้างความไม่พอใจให้แก่แพทย์จำนวนไม่น้อย เนื่องจากเห็นว่าแพทยสภาไม่ทำหน้าที่ปกป้องศักดิ์ศรีและผลประโยชน์ของแพทย์เท่าที่ควร หนำซ้ำยัง ‘รังแก’ และอ้างสังคมมากดดันผู้ประกอบวิชาชีพ ผลพวงที่ตามมาคือการรวมกลุ่มของแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และแพทย์เอกชน เพื่อเข้ายึดแพทยสภา และ ‘ตีกลับ’ ทิศทางของกลุ่มแพทย์ชนบท จนยึดกุมตำแหน่งบริหารได้ในปี 2538 และได้รับคะแนนนิยมอย่างถล่มทลายในปี 2545 เมื่อชูธงต่อต้านกระแสผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่แกนนำของกลุ่มแพทย์ชนบทเองก็หันไปทำงานเชิงนโยบายระดับประเทศในองค์การด้านสาธารณสุขที่ตั้งขึ้นมาใหม่ด้วยการผลักดันของแกนนำกลุ่ม เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และลดหรือเลิกใส่ใจที่จะมีบทบาทในแพทยสภา

กล่าวสำหรับแพทยสภาใน *ยุคแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และแพทย์เอกชน (พ.ศ. 2538-ปัจจุบัน)* มุ่งเน้นการทำหน้าที่ในฐานะตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ โดยมุ่งรักษาผลประโยชน์ของแพทย์และให้การช่วยเหลือแพทย์เมื่อเกิดข้อพิพาทกับผู้ป่วย กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งที่กุมอำนาจนำในแพทยสภาบางคนแสดงแนวคิดต่อสาธารณะอย่างชัดเจนในด้านการเป็นปฏิปักษ์ต่อแนวคิดสิทธิผู้ป่วย การสนับสนุนระบบตลาดเสรีของบริการสาธารณสุข การต่อต้านร่างกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข และการเคลื่อนไหวคัดค้านกระแสผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการเป็นคู่ขัดแย้งโดยตรงกับประชาชน โดยฟ้องร้องผู้วิพากษ์วิจารณ์องค์การ

ในยุคนี้ ปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีความรุนแรงขึ้น พร้อมกับคำถามที่มีมากขึ้นต่อแพทยสภาในฐานะองค์การกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ซึ่งมีเจตนารมณ์แรกตั้งเพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วย ไม่ใช่การปกป้องผลประโยชน์ของแพทย์ ภาพสะท้อนหนึ่งของปัญหาความขัดแย้งและ

การขาดความเชื่อใจระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์คือการที่ผู้ป่วยเลือกใช้กระบวนการยุติธรรมในการตัดสินข้อพิพาทแทนที่จะใช้ระบบการไกล่เกลี่ยนอกกระบวนการยุติธรรมหรือร้องเรียนต่อแพทยสภา

ปัญหาการละเมิดจริยธรรมวิชาชีพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นพร้อมไปกับสถานการณ์การผูกขาดในภาคธุรกิจการแพทย์เอกชนเป็นความท้าทายต่อแพทยสภาในยุคปัจจุบันว่าจะสามารถกำกับดูแลปัญหาด้านจริยธรรมวิชาชีพในยุค ‘แพทย์พาณิชย์เฟื่องฟู’ ได้อย่างเต็มที่เพียงใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้บริหารแพทยสภาจำนวนไม่น้อยมีแนวคิดสนับสนุนนโยบายตลาดเสรีทางการแพทย์ และเป็นเจ้าของหรือผู้ถือหุ้นเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชน

หากแพทยสภาไม่สามารถทำหน้าที่ในการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นที่น่าเชื่อถือ แพทยสภาย่อมมีโอกาสสูงที่จะเผชิญวิกฤตความชอบธรรมที่รุนแรงขึ้นในอนาคต โอกาสที่ผู้ป่วยจะฟ้องร้องแพทย์ในกระบวนการยุติธรรมก็ยิ่งมีมากขึ้น ซึ่งทำให้ทุกฝ่ายต้องสูญเสียทรัพยากรอย่างไม่ควรจะเป็น

นี่เป็นโจทย์สำคัญที่ท้าทายแพทยสภาในฐานะองค์การกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ คำถามคือสถาบันแพทยสภาดังที่เป็นอยู่ ทั้งในแง่องค์การ ตัวบุคคล และกฎกติกา มีความสามารถในการตอบโจทย์อันท้าทายยิ่งนี้เพียงใด

บทที่ 6
ข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าด้วยคณะกรรมการแพทยสภา และกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภา

6.1 ความนำ

เนื้อหาในบทนี้เป็นการสำรวจข้อมูลเชิงประจักษ์ 2 เรื่องเกี่ยวกับแพทยสภา ได้แก่ (1) ข้อมูลพื้นฐานของคณะกรรมการแพทยสภา และ (2) ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภา

ในส่วนของการสำรวจข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าด้วยคณะกรรมการแพทยสภานั้น ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกรรมการแพทยสภาวาระ พ.ศ. 2554-2556 โดยมุ่งเน้นข้อมูลของกรรมการแพทยสภาซึ่งมาจากการเลือกตั้ง ซึ่งในช่วงราว 15 ปีหลังมีบทบาทสำคัญในการบริหารกิจการงานของแพทยสภาสูงกว่ากรรมการแพทยสภาโดยตำแหน่ง โดยดำรงตำแหน่งบริหารในคณะกรรมการแพทยสภา ได้แก่ นายกแพทยสภา อุปนายกแพทยสภา เลขาธิการแพทยสภา รองเลขาธิการแพทยสภา และเหรัญญิกแพทยสภา อย่างต่อเนื่อง รวมถึงดำรงตำแหน่งสำคัญในคณะอนุกรรมการ 4 ชุดที่จัดตั้งขึ้นตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยโครงสร้างการบริหารของคณะกรรมการแพทยสภา พ.ศ. 2547 อันได้แก่ คณะอนุกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม คณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ และคณะอนุกรรมการสมาชิกมวลชนสัมพันธ์

ประเด็นหลักที่ผู้วิจัยให้ความสนใจ ได้แก่

หนึ่ง ข้อมูลพื้นฐานของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งวาระ พ.ศ.2554-2556 ได้แก่ ภูมิหลังด้านอาชีพ ภูมิหลังด้านความรู้ความชำนาญ จำนวนวาระที่เคยดำรงตำแหน่ง และข้อมูลการดำรงตำแหน่งบริหารในคณะกรรมการแพทยสภา

สอง มุมมองของกรรมการแพทยสภาต่อประเด็นสำคัญในระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ มุมมองต่อวิชาชีพแพทย์ แนวปฏิบัติที่ดีของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ สิทธิผู้ป่วย การเรียนรู้และการพัฒนาแพทย์ เครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชนและโรงเรียนแพทย์เอกชน การกระจายทรัพยากรด้านสาธารณสุข และข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่มีต่อแพทยสภา

สาม มุมมองของกรรมการแพทยสภาต่อบทบาทที่ควรจะเป็นของแพทยสภา รวมถึงข้อเสนอในการจัดการปัญหาต่างๆ เหล่านั้น ได้แก่ การสร้างชีวิตที่ดีให้แพทย์ การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่

ประชาชน การให้คำแนะนำต่อแพทย์ในการป้องกันปัญหาการถูกฟ้องร้อง การให้ความช่วยเหลือแพทย์ที่ถูกฟ้องร้อง การลดช่องทางตามกฎหมายในการฟ้องร้องแพทย์ และการเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายระดับชาติ ทั้งนี้ ในช่วงหลัง แกนกลางของปัญหาที่คณะกรรมการบริหารแพทยสภาให้ความสำคัญอย่างยิ่งคือปัญหาการฟ้องร้องแพทย์

ในส่วนของการสำรวจข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าด้วยกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภาในยุคปัจจุบัน ผู้วิจัยพยายามทำความเข้าใจ 'ชีวิตจริง' ของกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภาและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ความล่าช้า การทำผิดขั้นตอน การลงโทษไม่ได้สัดส่วนกับความผิดพลาดหรือความเสียหาย เป็นต้น โดยพิจารณาข้อเท็จจริงของคดีจากการศึกษาคำพิพากษาของศาลปกครองกลางและศาลปกครองสูงสุด รวมถึงคำสั่งชี้ขาด ที่แพทยสภา คณะกรรมการแพทยสภา หรือเลขาธิการแพทยสภา เป็นผู้ถูกฟ้องหรือถูกฟ้องร่วมตั้งแต่ปี 2544-2555

6.2 ข้อมูลพื้นฐานของกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. 2554-2556

6.2.1 คณะกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. 2554-2556

คณะกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. 2554-2556 เป็นคณะกรรมการแพทยสภาชุดที่ 18 มีวาระการดำรงตำแหน่ง 2 ปี นับตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2554 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2556 และมีจำนวนทั้งสิ้น 52 คน แบ่งเป็น

(1) กรรมการโดยตำแหน่ง จำนวน 26 คน

ประกอบด้วยกรรมการที่เป็นข้าราชการ 7 คน ได้แก่

- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- อธิบดีกรมการแพทย์
- อธิบดีกรมอนามัย
- เจ้ากรมแพทย์ทหารบก
- เจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ
- เจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ
- นายแพทย์ใหญ่สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยและผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์จำนวน 19 คน ได้แก่

- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร)
- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
- คณบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
- คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- คณบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

(2) *กรรมการจากการเลือกตั้ง* จำนวน 26 คน โดยสมาชิกแพทยสภาทุกคนเป็นผู้มีสิทธิเลือกตั้ง

การเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. 2554-2556 มีสมาชิกแพทยสภาส่งบัตรเลือกตั้ง เพื่อลงคะแนนเสียงจากทั่วประเทศจำนวน 12,833 คนจากบัตรเลือกตั้งที่จัดส่งให้สมาชิก 37,518 ใบ คิดเป็นร้อยละ 34.20 ทั้งนี้ กติกาการเลือกตั้งกำหนดให้สมาชิก 1 คนสามารถลงคะแนนเสียงเลือกผู้สมัครได้เท่ากับจำนวนกรรมการจากการเลือกตั้งทั้งหมด (26 คน)

ผู้ที่ได้คะแนนจากการเลือกตั้งสูงที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ได้คะแนนเสียง 10,424 คะแนน นพ.อำนาจ กุสลานันท์ ได้คะแนนเสียง 8,645 คะแนน และนพ.อิทธพร คณะเจริญ ได้คะแนนเสียง 7,505 คะแนน ส่วนลำดับสุดท้ายที่ได้ตำแหน่งกรรมการแพทยสภา คือ พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา ซึ่งได้คะแนนเสียง 4,938 คะแนน เป็นลำดับที่ 27 แต่ได้รับการเสนอชื่อในที่ประชุมให้ดำรงตำแหน่งแทน นพ.สุรินทร์ ทองมา ผู้ได้รับการเลือกตั้งในลำดับที่ 7 แต่ต้องถอนตัวเพื่อไปดำรงตำแหน่งตุลาการศาลปกครอง[1]

ตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา จำนวนคณบดีคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยและผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์เพิ่มมากขึ้นจากจำนวน 7 ตำแหน่งในปี 2526 เป็น 11 ตำแหน่งในปี 2540 และ 19 ตำแหน่งในปัจจุบัน ส่งผลให้จำนวนคณะกรรมการที่มาจากการเลือกตั้งเพิ่มสูงขึ้นด้วยในจำนวนเท่ากัน เมื่อเป็นเช่นนี้ จำนวนคณะกรรมการแพทยสภาจึงเพิ่มมากขึ้นโดยลำดับ จากจำนวน 28 คนในปี 2525 เป็นจำนวน 36 คน ในปี 2540 และจำนวน 52 คนในวาระ พ.ศ. 2554-2556 ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการจัดประชุมกลุ่มย่อย ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านที่เคยเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการแพทยสภาเห็นพ้องกันว่าจำนวนสมาชิก 52 คนเป็นจำนวนที่มากเกินไป ทำให้การประชุมขาดประสิทธิภาพ ยืดเยื้อ และไม่บรรลุเป้าหมายตามวาระ นอกจากนี้ ที่ประชุมยังให้น้ำหนักกับการถกเถียงเรื่องข้อกฎหมายเป็นสำคัญ และทำให้สมาชิกที่ไม่รู้กฎหมายหรือไม่ได้ใส่ใจประเด็นข้อกฎหมายถึงเพียงนั้นไม่มีส่วนร่วมเท่าที่ควรหรือไม่อยากมีส่วนร่วม

ในช่วงต้นหลังจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ผู้ดำรงตำแหน่งนายกแพทยสภาโดยมากมักเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือคณบดีคณะแพทยศาสตร์ แต่นับตั้งแต่ปี 2541 นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งก็ขึ้นดำรงตำแหน่งนายกแพทยสภาอย่างยาวนาน 8 สมัย นับแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2541 โดย 2 ครั้งแรกนั้น นพ.สมศักดิ์ดำรงตำแหน่งนายกแพทยสภาแทน นพ.อรุณ เผ่าวัสดิ์ ที่พ้นจากตำแหน่งก่อนหมดวาระ ครั้งแรกเพราะเกษียณอายุราชการจากตำแหน่งคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และครั้งที่สองเพราะลงสมัครรับเลือกตั้งในนามพรรคไทยรักไทย และนับตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2544 นพ.สมศักดิ์ก็ได้รับเลือกตั้งจากคณะกรรมการแพทยสภาให้ดำรงตำแหน่งนายกแพทยสภาอย่างต่อเนื่องอีก 5 วาระเต็ม จวบจนกระทั่งเดือนกุมภาพันธ์ 2554 นพ.อำนาจ กุสลานันท์

[1] "*สแตมป์ "หมอเชิดชู" เป็น ก.ก. แพทยสภา*", เดลินิวส์ออนไลน์. 28 พฤศจิกายน 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.dailynews.co.th/politics/2269. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

อดีตเลขาธิการแพทยสภา (เดือนกุมภาพันธ์ 2550 ถึงเดือนมกราคม 2552) จึงดำรงตำแหน่งนายกแพทยสภาสืบแทน 1 สมัย ก่อนที่ นพ.สมศักดิ์ จะกลับมาดำรงตำแหน่งอีกครั้งในวาระปัจจุบัน (วาระ พ.ศ. 2556-2558)

ในช่วงหลังมานี้ คณะกรรมการแพทยสภาที่มาจากการเลือกตั้งถือเป็นคณะกรรมการที่มีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนองค์การ เนื่องจากดำรงตำแหน่งสำคัญในแพทยสภา เช่น นายกแพทยสภา อุปนายก เลขาธิการ เหรัญญิก และอนุกรรมการชุดสำคัญ 4 ชุดได้แก่ คณะอนุกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม คณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ และคณะอนุกรรมการสมาชิกมวลชนสัมพันธ์

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กรรมการแพทยสภาและอดีตกรรมการแพทยสภาชี้ว่า กรรมการจากการเลือกตั้งมักมีแนวคิดและนโยบายการทำงานที่ชัดเจน เพราะต้องผ่านการหาเสียงหรือส่งจดหมายแนะนำตัวในช่วงลงสมัครรับเลือกตั้ง และโดยส่วนใหญ่มักเข้าร่วมประชุมอย่างสม่ำเสมอในขณะที่กรรมการโดยตำแหน่งมักจะมีส่วนร่วมในการบริหารงานน้อยกว่า เพราะสมาชิกซึ่งประกอบด้วยข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขและคณบดีแพทยศาสตร์ต่างมีภารกิจในตำแหน่งหน้าที่ประจำมาก ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้อย่างสม่ำเสมอ ต้องอาศัยการส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม การเปลี่ยนตัวผู้แทนอยู่บ่อยๆ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรับรู้ และไม่สามารถร่วมตัดสินใจในที่ประชุมได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะไม่ทราบภูมิหลังของเรื่องที่พิจารณาอย่างครบถ้วน นอกจากนั้น ตัวแทนมักไม่ได้รายงานผลการประชุมให้กรรมการโดยตำแหน่งทราบ มิพักต้องพูดถึงว่ากรรมการโดยตำแหน่งเองก็มีการสับเปลี่ยนตัวบุคคลอยู่บ่อยครั้งตามการโยกย้ายตำแหน่งของหน่วยราชการ

เมื่อกรรมการจากการเลือกตั้งมีความสำคัญในแง่การบริหารจัดการองค์การ การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกรรมการที่มาจากการเลือกตั้งจึงมีความจำเป็น เพราะภูมิหลังด้านอาชีพ ความรู้ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ทำงาน ย่อมมีส่วนในการกำหนดความเป็นไปขององค์การแพทยสภาอย่างสำคัญ

ตารางที่ 6.1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกรรมการแพทยสภาที่มาจากการเลือกตั้ง (เท่าที่ผู้วิจัยค้นหาข้อมูลได้) ทั้งภูมิหลังด้านอาชีพ ภูมิหลังด้านความรู้ความชำนาญ และจำนวนวาระที่เคยดำรงตำแหน่ง

ตารางที่ 6.1ข้อมูลพื้นฐานของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งวาระ พ.ศ. 2554-2556

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	คะแนนเสียง	อาจารย์แพทย์/แพทย์โรงพยาบาลรัฐ	แพทย์โรงพยาบาลเอกชน/ ผู้ถือหุ้นหรือ ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน	ข้าราชการ	ความรู้ความเชี่ยวชาญ	วาระที่ (ตั้งแต่ พ.ศ.2540)
1	นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	10,424	△	●		โรคติดเชื้อในเด็ก, กุมารเวชศาสตร์	8
2	นพ.อำนาจ กุสลานันท์	8,645	○	◐		นิติเวชศาสตร์	4
3	นพ.อิทธพร คณะเจริญ	7,505	○			อายุรศาสตร์, เวชศาสตร์การบิน, เวชศาสตร์ครอบครัว	3
4	นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์	7,185	○			โสต ศอ นาสิกวิทยา, ศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้า	4
5	นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์	7,129	○		△	อายุรศาสตร์	4
6	นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์	6,394	△	●		โสต ศอ นาสิกวิทยา, เวชศาสตร์ครอบครัว	6
7	นพ.สิน อนุราษฎร์	6,026		●		โรคทางเดินอาหาร	3
8	นพ.สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล	5,908	○	◐		ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	5
9	นพ.สุรจิต สุนทรธรรม	5,635	△	◐	○	อายุรศาสตร์, เวชศาสตร์ครอบครัว, เวชศาสตร์ป้องกัน, เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, เวชเภสัชวิทยาและพิษวิทยา	2
10	พญ.ประสบศรี อึ้งถาวร	5,624	△	○		เวชศาสตร์ครอบครัว, กุมารเวชศาสตร์	5
11	นพ.กัมมันต์ พันธุมจินดา	5,602	○	◐		ประสาทวิทยา	2
12	นพ.โชติศักดิ์ เจนพาณิชย์	5,585	○			โสต ศอ นาสิกวิทยา, ศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้า, เวชศาสตร์ครอบครัว	2
13	พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์	5,555	△	●		วิสัญญีวิทยา, กุมารเวชศาสตร์	5
14	นพ.พินิจ หิรัญโชติ	5,441	○	△		ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	6
15	นพ.ไพฑูรย์ ฌรงค์ชัย	5,432	○	◐		อายุรศาสตร์, เวชศาสตร์ครอบครัว, นิติเวชศาสตร์, เวชเภสัชวิทยาและพิษวิทยา	2
16	นพ.สุกิจ ทัศนสุนทรวงศ์	5,408	○			ประสาทศัลยศาสตร์	3
17	นพ.ภาคภูมิ สุปิยพันธุ์	5,371	○			โสต ศอ นาสิกวิทยา, ศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้า	3
18	นพ.เกรียง อัศวรุ่งนิรันดร์	5,331	○	◐		ประสาทวิทยา, เวชศาสตร์ครอบครัว	1
19	นพ.เมธิ วงศ์ศิริสุวรรณ	5,311	○	◐		ประสาทศัลยศาสตร์	1
20	นพ.ธนาธิป ศุภประดิษฐ์	5,278	△	●		ศัลยศาสตร์ทั่วไป	1
21	นพ.บุญส่ง พัจนสุนทร	5,169	○			อายุรศาสตร์, เวชศาสตร์ครอบครัว	2
22	นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์	5,099	○	◐		นิติเวชศาสตร์, เวชศาสตร์ครอบครัว	5
23	นพ.โยเซฟ ชื่อเพียรธรรม	5,033	○			กุมารเวชศาสตร์, เวชศาสตร์ครอบครัว	2
24	นพ.เพิ่มบุญ จริยศบุญยศักดิ์	5,028	○			กุมารเวชศาสตร์	1
25	นพ.วิรุณ บุญนุช	5,003	○			ศัลยศาสตร์	2
26	พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา	4,938	△			กุมารเวชศาสตร์	3

○ = งานประจำ

◐ = งานเสริม

● = ผู้ถือหุ้น หรือ ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน

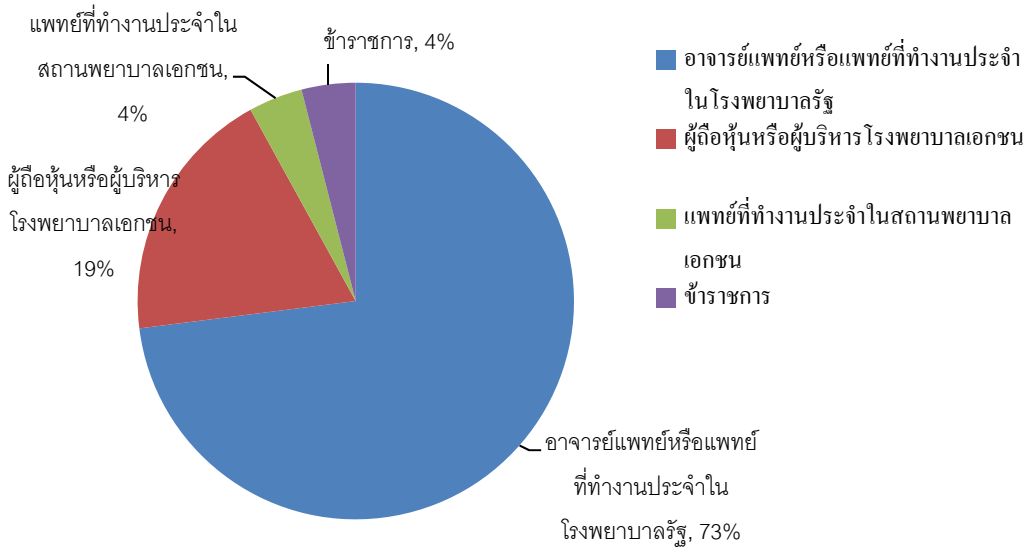
△ = งานในอดีต

6.2.2 ภูมิหลังด้านอาชีพ

จากการสำรวจภูมิหลังด้านอาชีพของคณะกรรมการแพทยสภาที่มาจากการเลือกตั้ง พบว่ากรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งส่วนใหญ่มีอาชีพหลักในปัจจุบันเป็นอาจารย์แพทย์หรือแพทย์ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลรัฐ โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 19 คน คิดเป็นร้อยละ 73 ของกรรมการจากการเลือกตั้งทั้งหมด นอกจากนั้น เป็นผู้ถือหุ้นหรือผู้บริหารสถานพยาบาลเอกชนจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 19 แพทย์ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4 และเป็นข้าราชการจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4 (ภาพที่ 6.1)

ในกลุ่มคณะกรรมการจากการเลือกตั้งดังกล่าว มีอาจารย์แพทย์หรือแพทย์โรงพยาบาลรัฐที่ทำงานเสริมในโรงพยาบาลเอกชน 7 คน และข้าราชการที่ทำงานเสริมในโรงพยาบาลเอกชน 1 คน

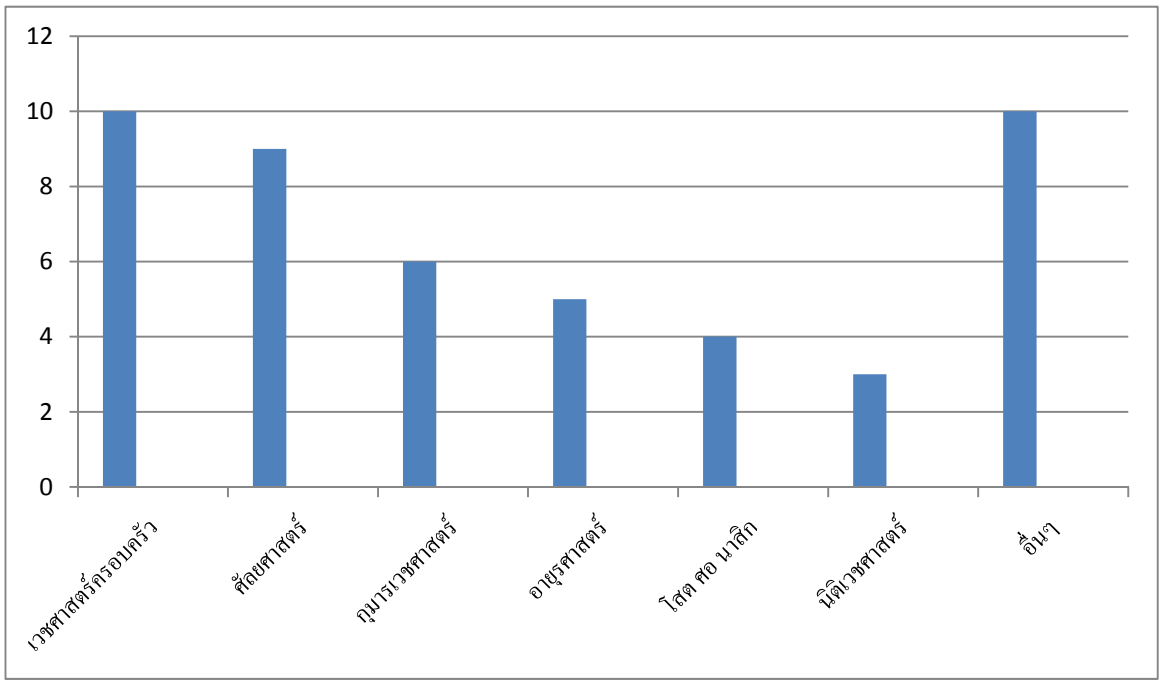
ภาพที่ 6.1 ภูมิหลังด้านอาชีพของคณะกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง



6.2.3 ภูมิหลังด้านความรู้ความชำนาญ

หากพิจารณาภูมิหลังด้านความรู้ความชำนาญของคณะกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง พบว่ากรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งทั้งหมดเป็นแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในสาขาต่างๆ โดยได้รับวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (วว.) หรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (อว.)

ภาพที่ 6.2 จำนวนกรรมการแพทยสภาที่มาจากการเลือกตั้ง แยกตามความรู้ความชำนาญ (คน)

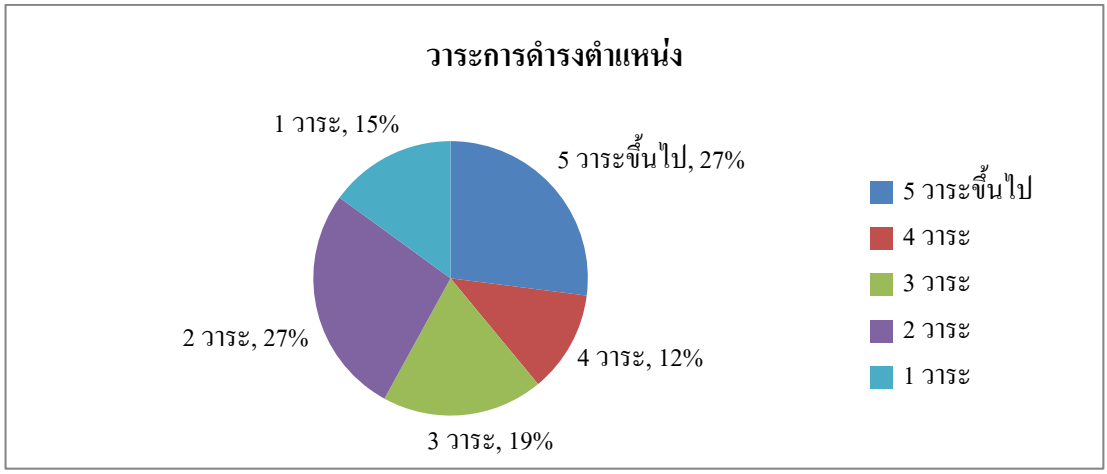


ภาพที่ 6.2 แสดงสาขาความรู้ความชำนาญของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง (แพทย์หนึ่งคนอาจมีความรู้ความชำนาญมากกว่าหนึ่งสาขาวิชา) ซึ่งเรียงตามลำดับได้ดังนี้ เวชศาสตร์ครอบครัว 10 คน ศัลยศาสตร์ 9 คน (ประกอบด้วย ศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้า 3 คน ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ 2 คน ประสาทศัลยศาสตร์ 2 คน ศัลยศาสตร์ทั่วไป 2 คน) กุมารเวชศาสตร์ 6 คน อายุรศาสตร์ 5 คน โสต ศอ นาสิก 4 คน นิติเวชศาสตร์ 3 คน และสาขาความรู้ความชำนาญอื่นๆ 10 คน (ประกอบด้วยประสาทวิทยา 2 คน เวชเภสัชวิทยาและพิษวิทยา 2 คน โรคติดเชื้อในเด็ก 1 คน โรคทางเดินอาหาร 1 คน เวชศาสตร์การบิน 1 คน เวชศาสตร์ป้องกัน 1 คน เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน และ วิสัญญีวิทยา 1 คน)

6.2.4 วาระการดำรงตำแหน่ง

หากพิจารณาข้อมูลการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2556 มีกรรมการแพทยสภาวาระ พ.ศ. 2554-2556 ที่ดำรงตำแหน่งกรรมการแพทยสภารวม 5 วาระขึ้นไปจำนวน 7 คน (ร้อยละ 27) 4 วาระจำนวน 3 คน (ร้อยละ 12) 3 วาระจำนวน 5 คน (ร้อยละ 19) 2 วาระจำนวน 7 คน (ร้อยละ 27) และดำรงตำแหน่งเป็นวาระแรก 4 คน (ร้อยละ 15)

ภาพที่ 6.3 จำนวนวาระการดำรงตำแหน่งของกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. 2554-2556



สังเกตได้ว่า กรรมการแพทยสภาเกินครึ่งหนึ่งดำรงตำแหน่งมากกว่า 2 วาระขึ้นไป โดยมีกรรมการที่ดำรงตำแหน่ง 5 วาระขึ้นไป 7 คน ซึ่งทุกคนล้วนแล้วแต่ดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่งสำคัญทางด้านบริหารในแพทยสภา ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6.2

นอกจากนั้น กรรมการแพทยสภาที่ดำรงตำแหน่ง 5 วาระขึ้นไป เป็นกรรมการที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชน กล่าวคือเป็นผู้ถือหุ้นหรือผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน เป็นแพทย์ทำงานประจำในโรงพยาบาลเอกชน หรือทำงานเสริมในโรงพยาบาลเอกชน

ตารางที่ 6.2ข้อมูลพื้นฐานของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งที่ดำรงตำแหน่ง 5 วาระขึ้นไป

ชื่อ-นามสกุล	วาระ	ตำแหน่งในปัจจุบัน	ความสัมพันธ์กับเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชน
นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	8	ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการบริหาร ประธานคณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ ประธานคณะอนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์	ประธานกรรมการบริหารโรงพยาบาลลาดพร้าว
นพ.พินิจ หิรัญโชติ	6	ประธานคณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม	อดีตกรรมการบริหารบริษัทเชียงใหม่ธุรกิจการแพทย์
นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์	6	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการบริหาร อนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม อนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ อนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์	กรรมการผู้จัดการโรงพยาบาลรามคำแหง และกรรมการบริหารโรงพยาบาลวิภาวดี
นพ.สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล	5	เหรัญญิก อนุกรรมการบริหาร อนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม เลขานุการกลั่นกรองวิชาการ อนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์	ทำงานเสริมในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
พญ.ประสบศรี อึ้งถาวร	5	อุปนายกแพทยสภาคนที่หนึ่ง อนุกรรมการบริหาร อนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม เลขานุการกลั่นกรองวิชาการ อนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์	แพทย์ประจำโรงพยาบาลบีเอ็นเอช
พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์	5	อนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม	ประธานกรรมการบริหารโรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา
นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์	5	อนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม	ทำงานเสริมในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

6.2.5 กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งในโครงสร้างการบริหารของคณะกรรมการแพทยสภา

(1) โครงสร้างตามกฎหมาย

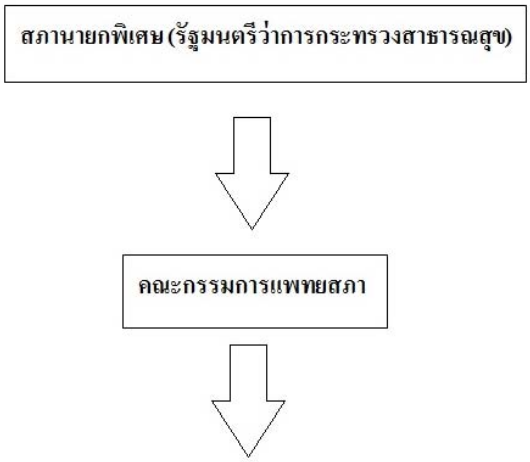
ก. คณะกรรมการบริหารแพทยสภา ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 กำหนดโครงสร้างการบริหารของคณะกรรมการแพทยสภา โดย มาตรา 15 และ16 ให้คณะกรรมการแพทยสภาประชุมเลือกกรรมการเพื่อดำรงตำแหน่งเป็นนายกแพทยสภา อุปนายกแพทยสภาคนที่หนึ่ง และอุปนายกแพทยสภาคนที่สอง ตำแหน่งละหนึ่งคนแล้วให้นายกแพทยสภาเลือกสมาชิกแพทยสภาหนึ่งคนดำรงตำแหน่งเลขาธิการ (ไม่จำเป็นต้องเป็นกรรมการแพทยสภา แต่ต้องเป็นสมาชิกแพทยสภา) และกรรมการแพทยสภาสองคนดำรงตำแหน่งรองเลขาธิการและเหรัญญิก โดยผ่านความเห็นชอบของที่ประชุมกรรมการ

มาตรา 22 ของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 กำหนดให้นายกแพทยสภามีอำนาจหน้าที่ คือ (1) ดำเนินกิจการของแพทยสภาให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 หรือมติของคณะกรรมการ (2) เป็นผู้แทนแพทยสภาในกิจการต่างๆ และ (3) เป็นประธานในที่ประชุมคณะกรรมการ ในส่วนของอุปนายกคนที่หนึ่งและคนที่สอง ให้เป็นผู้ช่วยนายกแพทยสภาในกิจการที่นายกแพทยสภามอบหมาย และให้อุปนายกคนที่หนึ่งเป็นผู้ทำการแทนนายกแพทยสภา เมื่อนายกแพทยสภาไม่อยู่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และให้อุปนายกคนที่สองทำหน้าที่ดังกล่าว หากอุปนายกคนที่หนึ่งไม่อยู่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

ในส่วนของเลขาธิการ ให้มีอำนาจหน้าที่คือ (1) ควบคุมบังคับบัญชาเจ้าหน้าที่แพทยสภาทุกระดับ (2) ควบคุมรับผิดชอบงานธุรการ (3) ดูแลรักษาทะเบียนสมาชิก ทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และทะเบียนอื่นๆ (4) ควบคุมดูแลทรัพย์สินของแพทยสภา และ (5) เป็นเลขานุการคณะกรรมการแพทยสภา โดยมีรองเลขาธิการเป็นผู้ช่วย และเป็นผู้ทำการแทนเมื่อเลขาธิการแพทยสภาไม่อยู่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ส่วนเหรัญญิกมีอำนาจหน้าที่ควบคุม ดูแล รับผิดชอบการบัญชี การเงิน และการงบประมาณของแพทยสภา

ภาพที่ 6.4 โครงสร้างการบริหารของแพทยสภา



คณะกรรมการบริหารแพทยสภา ตาม พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2555		
ตำแหน่ง	ที่มา	อำนาจหน้าที่
นายกแพทยสภา	เลือกโดยที่ประชุมคณะกรรมการแพทยสภา	ดำเนินกิจการของแพทยสภาให้เป็นไปตาม พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 หรือมติของคณะกรรมการ/ เป็นผู้แทนแพทยสภา/ เป็นประธานในที่ประชุมคณะกรรมการ
อุปนายกคนที่หนึ่ง	เลือกโดยที่ประชุมคณะกรรมการแพทยสภา	เป็นผู้ช่วยในกิจการที่นายกแพทยสภามอบหมาย/ เป็นผู้ทำการแทน เมื่อนายกแพทยสภาไม่อยู่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
อุปนายกคนที่สอง	เลือกโดยที่ประชุมคณะกรรมการแพทยสภา	เป็นผู้ช่วยในกิจการที่นายกแพทยสภามอบหมาย/ เป็นผู้ทำการแทน เมื่อนายกแพทยสภาและอุปนายกคนที่หนึ่งไม่อยู่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
เลขาธิการ	เลือกโดยนายกแพทยสภา โดยผ่านความเห็นชอบของที่ประชุมกรรมการ (ไม่จำเป็นต้องเป็นกรรมการ แต่ต้องเป็นสมาชิกแพทยสภา)	ควบคุมบังคับบัญชาเจ้าหน้าที่แพทยสภา/ ควบคุมรับผิดชอบงานธุรการ/ ดูแลรักษาทะเบียนสมาชิก/ ควบคุมดูแลทรัพย์สินของแพทยสภา/ เป็นเลขานุการคณะกรรมการแพทยสภา
รองเลขาธิการ	เลือกโดยนายกแพทยสภา โดยผ่านความเห็นชอบของที่ประชุมกรรมการ	เป็นผู้ช่วย หรือ เป็นผู้ทำการแทนเมื่อเลขาธิการไม่อยู่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
เหรัญญิก	เลือกโดยนายกแพทยสภา โดยผ่านความเห็นชอบของที่ประชุมกรรมการ	ควบคุม ดูแล รับผิดชอบการบัญชี การเงิน และ การงบประมาณของแพทยสภา

ข. คณะอนุกรรมการ 4 ชุด ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยโครงสร้างการบริหารของคณะกรรมการแพทยสภา พ.ศ. 2547

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยโครงสร้างการบริหารของคณะกรรมการแพทยสภา พ.ศ. 2547 กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการ 4 ชุด (โปรดดูภาพที่ 6.5 ประกอบ) ประกอบด้วยกรรมการแพทยสภา และสมาชิกแพทยสภา นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการบางคณะยังประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกด้วย คณะอนุกรรมการทั้ง 4 ชุด ได้แก่

ชุดที่หนึ่ง คณะอนุกรรมการบริหาร

คณะอนุกรรมการบริหาร มีจำนวนไม่เกิน 9 คน ประกอบด้วย

- นายกแพทยสภาเป็นประธาน
- อุปนายกแพทยสภาคนที่ 1 อุปนายกแพทยสภาคนที่ 2 และเหรัญญิกแพทยสภา เป็นอนุกรรมการโดยตำแหน่ง
- เลขาธิการแพทยสภา เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ
- รองเลขาธิการแพทยสภา เป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
- กรรมการแพทยสภาไม่เกิน 3 คน ที่คัดเลือกโดยคณะกรรมการแพทยสภา เป็นอนุกรรมการ

คณะอนุกรรมการบริหาร มีอำนาจหน้าที่ในการ (1) วางแผนและเสนอนโยบายการดำเนินงานของแพทยสภาต่อคณะกรรมการแพทยสภา (2) รับมอบและติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามมติคณะกรรมการแพทยสภา (3) อนุมัติเรื่องต่างๆ เช่น การใช้จ่ายในหมวดเงินสำรองจ่ายในโครงการตามวัตถุประสงค์แพทยสภา โครงการละไม่เกิน 200,000 บาท การพิจารณารับสมาชิก การขอขึ้นทะเบียนสมาชิก การถอนชื่อจากทะเบียนสมาชิก การขอเข้าฝึกอบรมเป็นกรณีพิเศษ การเปลี่ยนสาขา การย้ายสถาบัน การลาพักและลาออกของแพทย์ประจำบ้าน การแต่งตั้งอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร เป็นต้น และ (4) พิจารณาการขอใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ตามหลักเกณฑ์ที่แพทยสภากำหนด รวมถึงการประเมินผู้ขอใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราว ก่อนนำเสนอคณะกรรมการแพทยสภาเพื่อพิจารณา

ชุดที่สอง คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม

คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม มีจำนวนไม่เกิน 3 ชุด แต่ละชุดมีจำนวนไม่เกิน 15 คน ประกอบด้วย

- กรรมการแพทยสภาที่มาจากคณะอนุกรรมการบริหารไม่เกิน 3 คน
- กรรมการแพทยสภา ซึ่งคณะกรรมการแพทยสภาเสนอชื่อไม่น้อยกว่า 3 คน
- ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นสมาชิกแพทยสภา ซึ่งคณะกรรมการแพทยสภาเสนอชื่อ ไม่เกิน 3 คน

โดยให้คณะอนุกรรมการทั้งหมดเลือกผู้ดำรงตำแหน่งประธานและเลขานุการ

คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม มีอำนาจหน้าที่พิจารณารายงานความเห็นของคณะอนุกรรมการจริยธรรม และสรุปสำนวนสอบสวนของคณะอนุกรรมการสอบสวน แล้วเสนอความเห็นสอดคล้องหรือความเห็นแย้งของตนต่อคณะกรรมการแพทยสภา

ชุดที่สาม คณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ

คณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ มีจำนวนไม่เกิน15 คน ประกอบด้วย

- กรรมการแพทยสภาที่มาจากคณะอนุกรรมการบริหาร ไม่เกิน 3 คน
- กรรมการแพทยสภาซึ่งคณะกรรมการแพทยสภาเสนอชื่อไม่น้อยกว่า 3 คน
- ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ซึ่งคณะกรรมการแพทยสภาเสนอชื่อ ไม่น้อยกว่า 3 คน

โดยให้คณะอนุกรรมการทั้งหมดเลือกผู้ดำรงตำแหน่งประธานและเลขานุการ

คณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ มีอำนาจหน้าที่พิจารณากลั่นกรองเรื่องต่างๆ ก่อนเสนอให้คณะกรรมการแพทยสภาพิจารณา ได้แก่ (1) เกณฑ์ประเมินสถาบันตามหลักสูตรแพทยศาสตร์ หลักสูตรวุฒิบัตรสาขาต่างๆ และหลักสูตรประกาศนียบัตรแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (2) การรับรองสถาบันในการผลิตแพทย์ การฝึกอบรมตามหลักสูตรต่างๆ (3) การรับรองหลักสูตรและวิทยฐานะ (4) ระเบียบการรับสมัครและเงื่อนไขคุณสมบัติของผู้เข้ารับการฝึกอบรม การเปลี่ยนแปลงประเภทสาขาของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (5) เกณฑ์มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมต่างๆและ (6) เรื่องอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการแพทยสภามอบหมาย

ชุดที่สี่ คณะอนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์

คณะอนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์ มีจำนวนไม่เกิน15 คน ประกอบด้วย

- กรรมการแพทยสภาที่มาจากคณะอนุกรรมการบริหารไม่เกิน 3 คน

- กรรมการแพทยสภา ซึ่งคณะกรรมการแพทยสภาเสนอชื่อ ไม่น้อยกว่า 5 คน

- ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นสมาชิกแพทยสภา ซึ่งคณะกรรมการแพทยสภาเสนอชื่อ ไม่เกิน 4 คน

โดยให้คณะอนุกรรมการทั้งหมดเลือกผู้ดำรงตำแหน่งประธานและเลขานุการ

คณะอนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์มีอำนาจหน้าที่ในการ (1) วางแผนและวางนโยบายเพื่อให้แพทยสภาบรรลุวัตถุประสงค์การเป็นตัวแทนแพทย์ (2) สร้างเสริมความสามัคคี ผดุงเกียรติของสมาชิก และสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างแพทยสภากับสมาชิกและระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง (3) เรื่องอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการแพทยสภามอบหมาย

ภาพที่ 6.5 โครงสร้างการบริหารของแพทยสภา ตามข้อบังคับว่าด้วยโครงสร้างการบริหารฯ พ.ศ. 2547

(2) ข้อมูลคณะกรรมการบริหารแพทยสภา และ คณะอนุกรรมการ 4 ชุด ในวาระ พ.ศ. 2554-2556

เนื้อหาส่วนนี้เป็นการสำรวจรายชื่อและภูมิหลังของผู้ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการบริหารแพทยสภา ซึ่งได้แก่ตำแหน่งนายกแพทยสภา อุปนายกแพทยสภาคนที่ 1 และ 2 เลขาธิการแพทยสภา รองเลขาธิการแพทยสภา เหรัญญิกแพทยสภา ซึ่งเป็นตำแหน่งตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 รวมถึงตำแหน่งผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา จำนวน 6 คน และตำแหน่งอนุกรรมการสำคัญ 4 ชุด ซึ่งได้รับการแต่งตั้งเพิ่มเติมเป็นการภายใน ได้แก่ คณะอนุกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม คณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ และคณะอนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์[2]

ตารางที่ 6.3 แสดงรายชื่อของคณะกรรมการบริหารแพทยสภาและคณะอนุกรรมการ 4 ชุด พร้อมที่มาว่าเป็นกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง กรรมการแพทยสภาโดยตำแหน่ง สมาชิกแพทยสภาที่ไม่ได้ดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการแพทยสภา (ในตารางใช้คำว่า 'บุคคลภายนอก') และผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกซึ่งไม่ได้เป็นสมาชิกแพทยสภา (ในตารางจะระบุภูมิหลังด้านอาชีพ) จากการสำรวจพบข้อสังเกตดังนี้

ก. คณะกรรมการบริหารแพทยสภา

คณะกรรมการบริหารแพทยสภาเกือบทั้งหมดเป็นกรรมการจากการเลือกตั้ง มีเพียง นพ.ชัยวัน เจริญโชคทวี คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร) กรรมการโดยตำแหน่ง เท่านั้นที่ดำรงตำแหน่งอุปนายกแพทยสภาคนที่ 2 ส่วนตำแหน่งผู้ช่วยเลขาธิการส่วนใหญ่ก็เป็นกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งเช่นเดียวกัน มีเพียง นพ.วิสุทธิ์ ลัจฉเสวี เท่านั้นที่เป็นบุคคลภายนอกคณะกรรมการแพทยสภา

กรรมการจากการเลือกตั้งที่ดำรงตำแหน่งสำคัญหรือเคยดำรงตำแหน่งสำคัญในคณะกรรมการบริหารแพทยสภาเข้าไปมีบทบาทนำในคณะอนุกรรมการ 4 ชุดด้วย โดยดำรงตำแหน่งประธานอนุกรรมการทั้ง 4 ชุด กรรมการเหล่านี้มักเป็นกรรมการที่ดำรงตำแหน่งมากกว่า 5 วาระ และอยู่ในเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชน เช่น นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นพ.พินิจ หิรัญโชติ นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ เป็นต้น

---

[2] รายชื่อบุคคลในคณะอนุกรรมการอ้างอิงตามรายชื่อที่ปรากฏในเว็บไซต์แพทยสภาหน้า 'รายชื่อคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ' (http://www.tmc.or.th/about_subcorporation.php) ยกเว้นรายชื่อของคณะอนุกรรมการบริหาร ผู้วิจัยอ้างอิงตามรายชื่อที่ปรากฏในเว็บไซต์แพทยสภาหน้า 'คณะผู้บริหาร' (http://www.tmc.or.th/about_corporation.php) ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าน่าจะเป็นข้อมูลที่ใหม่กว่า ทั้งสองหน้าในเว็บไซต์แพทยสภาสืบค้น ณ วันที่ 10 พฤศจิกายน 2555

ตารางที่ 6.3 รายชื่อคณะกรรมการบริหารและคณะอนุกรรมการแพทยสภา

ชื่อ-นามสกุล	ที่มา	คณะกรรมการบริหารแพทยสภา	คณะอนุกรรมการบริหาร	คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม	คณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ	คณะอนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์
นพ.อำนาจ กุสลานันท์	เลือกตั้ง	นายกแพทยสภา	ประธาน	อนุกรรมการ	อนุกรรมการ	อนุกรรมการ
พญ.ประสบศรี อึ้งถาวร	เลือกตั้ง	อุปนายกฯ คนที่ 1	อนุกรรมการ	อนุกรรมการ	เลขานุการ	อนุกรรมการ
นพ.ชัยวัน เจริญโชคทวี	โดยตำแหน่ง	อุปนายกฯคนที่ 2	อนุกรรมการ			
นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์	เลือกตั้ง	เลขาธิการ	เลขานุการ	เลขานุการ		เลขานุการ
นพ.อิทธพร คณะเจริญ	เลือกตั้ง	รองเลขาธิการ	ผู้ช่วยเลขานุการ	อนุกรรมการ		อนุกรรมการ
นพ.สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล	เลือกตั้ง	เหรัญญิก	อนุกรรมการ	อนุกรรมการ	อนุกรรมการ	อนุกรรมการ
นพ.โชติศักดิ์ เจนพาณิชย์	เลือกตั้ง	ผู้ช่วยเลขาธิการฯ				
นพ.สุกิจ ทัศนสุนทรวงศ์	เลือกตั้ง	ผู้ช่วยเลขาธิการฯ		อนุกรรมการ		
นพ.เกรียง อัศวรุ่งนิรันดร์	เลือกตั้ง	ผู้ช่วยเลขาธิการฯ				
นพ.เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ	เลือกตั้ง	ผู้ช่วยเลขาธิการฯ				
นพ. ธนาธิป ศุภประดิษฐ์	เลือกตั้ง	ผู้ช่วยเลขาธิการฯ				
นพ.วิสุทธิ์ ลัจฉเสวี	บุคคลภายนอก	ผู้ช่วยเลขาธิการฯ				
นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	เลือกตั้ง		ประธานที่ปรึกษา		ประธาน	ประธาน
นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์	เลือกตั้ง		ที่ปรึกษา	อนุกรรมการ	อนุกรรมการ	อนุกรรมการ

ชื่อ-นามสกุล	ที่มา	คณะกรรมการบริหารแพทยสภา	คณะอนุกรรมการบริหาร	คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม	คณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ	คณะอนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์
พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์	เลือกตั้ง			อนุกรรมการ		
นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์	เลือกตั้ง		อนุกรรมการ			
นพ.สิน อนุราษฎร์	เลือกตั้ง		อนุกรรมการ			อนุกรรมการ
นพ.ภาคภูมิ สุปิยพันธุ์	เลือกตั้ง		อนุกรรมการ			
นพ.พินิจ หิรัญโชติ	เลือกตั้ง			ประธาน		
นายสุเมธ อุปนิสากร	อดีตผู้พิพากษา			ที่ปรึกษา		
นายณัฐจักร ปัทมสิงห์ ณ อยุธยา	อัยการ			ที่ปรึกษา		
นายเสงี่ยม บุญจันทร์	ทนายความ			ที่ปรึกษา		
นพ.ทองดี ชัยพานิช	บุคคลภายนอก			ที่ปรึกษา		
นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์	เลือกตั้ง			อนุกรรมการ		
นพ.วิรัติ พาณิชย์พงษ์	บุคคลภายนอก			อนุกรรมการ		อนุกรรมการ
พญ.อนงค์ เพียรกิจกรรม	บุคคลภายนอก			อนุกรรมการ	อนุกรรมการ	
นพ.วิทยา ศรีดามา	บุคคลภายนอก			อนุกรรมการ	อนุกรรมการ	
พญ.สุธัญญา บรรจงภาค	บุคคลภายนอก			อนุกรรมการ		

ชื่อ-นามสกุล	ที่มา	คณะกรรมการบริหารแพทยสภา	คณะอนุกรรมการบริหาร	คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม	คณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ	คณะอนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์
นพ.ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย	บุคคลภายนอก			อนุกรรมการ		อนุกรรมการ
นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	โดยตำแหน่ง				อนุกรรมการ	
พล.ต.หญิง วณิช วรรณพฤกษ์	โดยตำแหน่ง				อนุกรรมการ	
นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	บุคคลภายนอก				รองประธาน	อนุกรรมการ
นพ.เอื้อพงศ์ จตุรธำรง	บุคคลภายนอก				อนุกรรมการ	
พญ.นันทนา ศิริทรัพย์	บุคคลภายนอก				อนุกรรมการ	
ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข	บุคคลภายนอก				อนุกรรมการ	
ผู้แทนกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์	บุคคลภายนอก				อนุกรรมการ	
ผู้แทนศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ฯ	บุคคลภายนอก				อนุกรรมการ	
นพ.กิตติ ลิ่มอภิชาต	บุคคลภายนอก					อนุกรรมการ

(2) คณะอนุกรรมการ 4 ชุด

คณะอนุกรรมการทั้ง 4 ชุดมีที่มาจากกรรมการจากการเลือกตั้งเป็นส่วนใหญ่ เพราะข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยโครงสร้างการบริหารของคณะกรรมการแพทยสภา พ.ศ. 2547 กำหนดให้คณะอนุกรรมการแต่ละชุดมีตัวแทนจากคณะอนุกรรมการบริหาร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกรรมการจากการเลือกตั้ง และตัวแทนจากกรรมการแพทยสภา ซึ่งโดยมากคณะกรรมการแพทยสภามักเสนอชื่อกรรมการจากการเลือกตั้งมาทำหน้าที่

หากพิจารณาสัดส่วนของกรรมการโดยตำแหน่งในคณะอนุกรรมการแต่ละชุดแล้ว พบว่า มีกรรมการแพทยสภาโดยตำแหน่งเพียง 3 คนเท่านั้น ที่ได้ดำรงตำแหน่งในคณะอนุกรรมการโดยมี 1 คน ดำรงตำแหน่งในคณะอนุกรรมการบริหารเพราะเป็นอุปนายกแพทยสภา ส่วนอีก 2 คน ดำรงตำแหน่งในคณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ

กล่าวสำหรับกรรมการที่มาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในโครงสร้างการบริหารกำหนดให้คณะอนุกรรมการบริหารไม่มีอนุกรรมการที่มาจากผู้ทรงคุณวุฒิเลย ส่วนโครงสร้างของคณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรมและคณะอนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์ถูกออกแบบไว้ให้มีจำนวนอนุกรรมการจากผู้ทรงคุณวุฒิน้อยกว่าจำนวนอนุกรรมการจากกรรมการแพทยสภา โดยมักเขียนทำนองว่าให้มีจำนวนอนุกรรมการจากผู้ทรงคุณวุฒิ ‘ไม่เกิน’ x คน ในขณะที่เขียนให้มีจำนวนอนุกรรมการจากกรรมการแพทยสภา ‘ไม่น้อยกว่า’ x คน ส่วนคณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการให้น้ำหนักกรรมการทั้งสองแบบเท่าๆ กัน โดยกำหนดไว้ไม่น้อยกว่า 3 คนเหมือนกัน

โครงสร้างการบริหารยังเปิดช่องให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่ไม่ได้เป็นสมาชิกแพทยสภาดำรงตำแหน่งอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการได้เท่านั้น ส่วนอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรมและอนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์เปิดโอกาสให้มีอนุกรรมการจากผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก แต่ต้องเป็นสมาชิกแพทยสภาด้วยเท่านั้น แต่จากรายชื่อในตารางที่ 6.3 ไม่ปรากฏชื่อผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่ไม่ได้เป็นสมาชิกแพทยสภาดำรงตำแหน่งอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการแต่อย่างใด

กระนั้น ในคณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม ปรากฏชื่อผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกดำรงตำแหน่งที่ปรึกษา 3 คน ได้แก่ นายสุเมธ อุปนิสากร อดีตผู้พิพากษาและอดีตกรรมการการเลือกตั้ง (กกต.) นายณัฐจักร ปัทมสิงห์ ณ อยุธยา อัยการ และนายเสงี่ยม บุญจันทร์ ทนายความ ทั้งสามคนล้วนแล้วแต่เป็นนักกฎหมาย

6.3 มุมมองของกรรมการแพทยสภาต่อประเด็นสำคัญในระบบบริการสาธารณสุข

เนื้อหาในส่วนนี้มุ่งวิเคราะห์มุมมองของกรรมการแพทยสภาที่มีต่อประเด็นต่างๆ ได้แก่ มุมมองต่อวิชาชีพแพทย์ แนวปฏิบัติที่ดีของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ สิทธิผู้ป่วย การเรียนรู้และการพัฒนาแพทย์ เครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชนและโรงเรียนแพทย์เอกชน การกระจายทรัพยากรด้านสาธารณสุข และข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่มีต่อแพทยสภา

ในการศึกษาวิเคราะห์ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับมุมมองของกรรมการแพทยสภาที่ดำรงตำแหน่งสำคัญหรือเคยดำรงตำแหน่งสำคัญเป็นหลัก ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นกรรมการจากการเลือกตั้ง ระเบียบวิธีศึกษาที่ใช้ในการวิเคราะห์มุมมองของกรรมการแพทยสภาคนสำคัญคือ การวิเคราะห์จากบทความของกรรมการแพทยสภาหรือข้อคิดเห็นของกรรมการแพทยสภาที่ได้แสดงไว้ในพื้นที่สาธารณะและมีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้เนื่องจากกรรมการเหล่านั้นปฏิเสธที่จะให้สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้วิจัย

6.3.1 มุมมองต่อวิชาชีพแพทย์

กรรมการแพทยสภามองว่าวิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่มีเกียรติและแบกรับภาระที่ยิ่งใหญ่ เพราะมีภารกิจในการดูแลรับผิดชอบชีวิตมนุษย์ อย่างไรก็ตาม วิชาชีพดังกล่าวกลับมีเส้นทางชีวิตที่ยากลำบากมากกว่าคนทั่วไป ตั้งแต่ชีวิตการเป็นนักเรียนแพทย์จนถึงชีวิตการทำงาน เนื่องจากมีระยะเวลาการเรียนที่ยาวนานกว่าอาชีพอื่นๆ และต้องเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมทั้งมีภาระงานที่หนักหน่วงเนื่องจากต้องเผชิญกับปริมาณผู้ป่วยที่มากเกินไปและความกดดันจากการถูกผู้ป่วยฟ้องร้อง

ในเรื่องเกียรติและภาระที่ยิ่งใหญ่ นพ.อำนาจ กุสลานันท์ เขียนไว้ว่า *"แพทย์เป็นวิชาชีพที่มีเกียรติและสังคมยอมรับนับถือ เพราะเป็นผู้มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบชีวิตและร่างกายของมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุดไม่สามารถประเมินราคาได้ ตั้งแต่ปฏิสนธิจนตาย"* (อำนาจ กุสลานันท์ 2555, น.3)

นอกจากนี้ *"...การตรวจรักษาเป็นการประกอบวิชาชีพที่มิใช่เป็นอาชีพที่ทำเพื่อค่าตอบแทนเท่านั้น หากแต่เรายังต้องมีคุณธรรม จริยธรรม และจะปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยด้วยปัญหาทางการเงินไม่ได้ เป็นงานที่ต้องรับผิดชอบต่อชีวิตและร่างกายมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีค่ายิ่ง"* (อำนาจ กุสลานันท์ 2555(2), น.3)

ส่วนเรื่องเส้นทางชีวิตที่ยากลำบากมากกว่าคนทั่วไป นพ.สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล เหรัญญิกแพทยสภา ได้สรุป 'ชะตากรรม' ของคนเป็นแพทย์ ที่เริ่มต้นขึ้นตั้งแต่การเป็นนักเรียนแพทย์ว่า

"ขณะเรียนแพทย์ ก็ต้องใช้เวลานานมากกว่าอาชีพอื่น จบมาก็ต้องเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ 1 ปี แล้วต้องใช้ทุนอีก 2 ปี... หลังจากนั้นจึงค่อยตัดสินใจว่าจะเป็นแพทย์ทั่วไปอยู่โรงพยาบาลชุมชนต่อ หรือไปสมัครเรียนต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ต่ออีก 3-5 ปี พอจบออกมาเพื่อนๆ เรียนสาขาอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ เขาจบปริญญาเอก มีครอบครัว มีบ้านเป็นของตัวเองเรียบร้อย แต่เรายังเป็น Resident ต้องอาศัยโรงพยาบาลอยู่ นอกจากนี้ ขณะปฏิบัติงานตรวจรักษาผู้ป่วยก็ต้องระมัดระวังการฟ้องร้อง ต้องระมัดระวังอย่าให้เกิดความผิดพลาด ต้องคอยเอาใจใส่ดูแล บางครั้งมากกว่าญาติของเราเสียอีก ความรู้ทางการแพทย์ก็ต้องคอย update อยู่ตลอด กลางคืนบางครั้งก็ต้องอยู่เวร อดหลับอดนอน ตื่นมาตอนเช้าก็ต้องทำงานต่อไม่ได้พักผ่อน บางครั้งก็เคยอดคิดไม่ได้ว่า นี่หรือคือชีวิตแพทย์ที่ผู้คนนับหน้าถือตา" (สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล 2555, น. 14)

นอกจากนี้ กรรมการแพทยสภาบางคนได้อธิบายถึงชีวิตการทำงานของแพทย์ว่า ต้องทำงานถึงสัปดาห์ละ 80-90 ชั่วโมง (เชิดชู อริยศรีวัฒนา 2550, น.89) และหากเป็นแพทย์ชนบท ต้องทำงานถึงสัปดาห์ละ 94 ชั่วโมง โดยตรวจผู้ป่วย 80-200 คนต่อวัน (อิทธพร คณะเจริญ 2555, น.13) พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา ยังได้บรรยายสรุปสภาพการทำงานของวิชาชีพแพทย์ในปัจจุบันว่า

"...มีแพทย์ตรวจผู้ป่วยเพียง 6 พันคนต่อการมาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก (ไม่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล) เฉลี่ยแล้วแพทย์ 1 คนต้องตรวจผู้ป่วยปีละมากกว่า 2 หมื่นครั้ง โดยเฉพาะแพทย์ในโรงพยาบาลอำเภอแต่ละคน ต้องตรวจผู้ป่วยมากกว่าวันละเป็นร้อยๆ คน แต่งานตรวจผู้ป่วยนอกนี้ยังไม่ใช่งานอย่างเดียวของแพทย์และโรงพยาบาล ยังมีงานการตรวจรักษาผู้ป่วยใน (นอนรักษาในโรงพยาบาล) การผ่าตัด ทำคลอด ทำกายภาพบำบัด ฯลฯ นั่นก็คือขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่จะช่วยกันทำงานอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน และไม่มีเวลาพอที่จะอธิบายทำความเข้าใจกับประชาชน ... ผู้ป่วยที่ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข มีเวลาพบแพทย์เพียงคนละ 2-4 นาทีเท่านั้น... งานหนัก เงินเดือนน้อย ถูกกดดันจากการร้องเรียน/ฟ้องร้อง และต้องอยู่ในชนบทที่ห่างไกล ที่สำคัญคือแพทย์เหล่านี้มีทางเลือกที่ดีกว่าคือการไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนที่มีภาระน้อยกว่า" (เชิดชู อริยศรีวัฒนา 2550, น.89-90)

6.3.2 มุมมองต่อแนวปฏิบัติที่ดีของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์

หากพิจารณาจากข้อเขียนของกรรมการแพทยสภาในประเด็นนี้พบว่ากรรมการแพทยสภาให้ความสำคัญกับเรื่องจริยธรรมแห่งวิชาชีพ คุณลักษณะของการเป็นแพทย์ที่ดี การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในฐานะศูนย์กลางของกระบวนการรักษาพยาบาล และการให้ความสำคัญต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล

สำหรับข้อกล่าวหาว่าวิชาชีพแพทย์ในปัจจุบันเสื่อมจริยธรรม กรรมการแพทยสภาบางคนแสดงความไม่เห็นด้วยในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยชี้ประเด็นว่า หากเปรียบเทียบเป็นสัดส่วนแพทย์ที่ถูกร้องเรียนกับปริมาณการเพิ่มขึ้นของแพทย์และประชากรแล้ว ถือว่าไม่ได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การร้องเรียนส่วนใหญ่เป็นการร้องเรียนที่ไม่มีมูล

ในเรื่องการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ กรรมการแพทยสภาอธิบายว่าหมายถึง*"การตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำใดๆ ต่อผู้ป่วยจะต้องอยู่บนรากฐานของความรัก ความหวังดีต่อผู้ป่วย ทำด้วยเจตนาที่ดีเป็นเบื้องต้น ไม่ถูกเบี่ยงเบนด้วยผลประโยชน์ส่วนตนทั้งทางตรงและในรูปแบบแอบแฝงต่างๆ"* (ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ 2554, น.11)

อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากจริยธรรมพื้นฐานข้างต้น กรรมการแพทยสภาอธิบายต่อไปว่าจริยธรรมทางการแพทย์เป็นเรื่องที่ซับซ้อน บางครั้งการละเมิดจริยธรรมไม่ได้หมายถึงว่าแพทย์ 'เลว' เพราะอาจจะตั้งใจดีเพียงแต่ประพฤติผิดกฎจริยธรรมที่ถูกเขียนไว้ จึงควรจะต้องศึกษากฎจริยธรรมต่างๆ อย่างดี และนอกจากการยึดถือคุณธรรมแล้ว การมีสัมมาคารวะต่อครูอาจารย์และรุ่นพี่ก็เป็นแนวปฏิบัติที่จำเป็น กล่าวคือ *"แพทย์ที่ดีต้องศึกษาและเข้าใจว่า จริยธรรมแต่ละข้อที่บัญญัตินั้นเป็นอย่างไร และจำเป็นต้องเคร่งครัดปฏิบัติตามให้ได้ ... ในรอบปีนี้มีฟ้องร้องทางจริยธรรมกว่า 180 เรื่อง ซึ่งแม้มีความรู้ดี ความหวังดี เจตนารมณ์ดี แต่หากผิดกฎจริยธรรมต่างๆ ก็ย่อมถูกลงโทษได้ รวมถึงต้องยึดถือคุณธรรมศีลธรรม มีสัมมาคารวะต่อครูอาจารย์ รุ่นพี่อาวุโส จะเป็นเกราะคุ้มกันตนได้... "* (อิทธพร คณะเจริญ 2554(2), น.9)

นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ชี้ว่าคุณลักษณะที่ดีของการเป็นแพทย์ ได้แก่ การมีความรับผิดชอบในวิชาชีพ ให้ความจริง รักษาความลับ และเคารพสิทธิของผู้ป่วย ปกป้องและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย แสดงเจตคติที่ดีต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับ มองปัญหาในเชิงองค์รวม ปฏิบัติตามข้อบังคับแพทยสภา มีคุณธรรมและจริยธรรมที่เหมาะสม ซื่อสัตย์สุจริต (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2548, น.39-41)

สำหรับประเด็นเรื่องการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในฐานะศูนย์กลางของกระบวนการรักษาพยาบาล นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ อธิบายว่า *"คนไข้คือคนที่สำคัญที่สุดและมาก่อนสิ่งอื่นใด ขอให้ระลึกไว้ว่า ถ้าต้องเลือกระหว่างภารกิจใดๆ ก็ตาม กับความรับผิดชอบที่จะต้องมีต่อคนไข้แล้ว คนไข้ต้องมาก่อนเสมอ และในการปฏิบัติต่อคนไข้จะต้องทำเต็มความสามารถ ทำด้วยความระมัดระวังไม่ประมาท และทำด้วยความหวังดีต่อคนไข้และญาติ นี่คือ "กฎเสนาบดี" ที่แพทย์รุ่นก่อนๆ ยึดถือเป็นข้อปฏิบัติ"* (ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ 2555, น.16-17)

สำหรับประเด็นเรื่องการให้ความสำคัญกับคุณภาพของบริการสาธารณสุขมีการเน้นว่าการให้ความสำคัญกับคุณภาพด้านความปลอดภัยจะทำให้แพทย์ได้รับประโยชน์ นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ สอนแพทย์ว่า *"ให้นึกถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นข้อสำคัญ เพราะถ้าผู้ป่วยไม่ปลอดภัย แพทย์จะไม่ปลอดภัยด้วย ดังนั้นการให้การรักษาผู้ป่วย น้องๆ ต้องมั่นใจเต็มร้อยว่ามีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ ว่าทำได้แน่นอน ตลอดจนสามารถควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคแทรกซ้อนได้ ถ้าไม่มั่นใจต้องถามแพทย์รุ่นพี่ที่มีประสบการณ์เสมอ"* (เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ 2555, น.15)

นอกจากนั้น กรรมการแพทยสภาเน้นย้ำเรื่องการติดตามความรู้ทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ *"...ชาวบ้านสามารถเปิดไอที ข้อมูลสื่อสารสมัยใหม่ ติดตามข้อมูล แต่ถ้าแพทย์ตามไม่ทัน คนไข้ไปก่อนหน้าเรา เราจะแย่ เพราะฉะนั้นเราต้องก้าวก่อนหน้าคนไข้เลย เพราะฉะนั้นทุกวันนี้หมอต้องมีการศึกษาต่อเนื่อง ... เช่น เราเคยผ่าตัดโดยการเปิดหน้าท้อง แต่สมัยใหม่เขาใช้กล้องส่องเข้าไปผ่าทำให้หายเร็วขึ้น แผลผ่าตัดเล็กลง"* (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2550, น.175-176)

สำหรับข้อกล่าวที่ว่า แพทย์ในปัจจุบันเสื่อมจริยธรรมลง จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกรรมการแพทยสภาบางท่านมีความเห็นว่าในปัจจุบัน จริยธรรมแพทย์ไม่ได้เสื่อมทรามลง เพราะแม้จำนวนคดีจะเพิ่มขึ้นมาก แต่เป็นการเพิ่มขึ้นตามปริมาณแพทย์และประชากรที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ กรณีส่วนใหญ่ที่ร้องเรียนมาเป็นเรื่องไม่มีมูล โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการคลอดลูกซึ่งเป็นเรื่องสุดวิสัย หรือบางครั้งแม้ความผิดพลาดจะเกิดขึ้นจริง แต่ก็ไม่ใช่ความผิดของแพทย์ เช่น กรณีการร้องเรียนว่าแพทย์ประมาทเลินเล่อใช้ฟิล์มเอ็กซเรย์ผิดใบ แม้แพทยสภาจะรับเรื่องว่ามีมูล แต่ก็มีแถลงการณ์ให้กำลังใจแพทย์ เพราะความผิดพลาดเกิดจากเจ้าหน้าที่เอ็กซเรย์ ไม่ใช่แพทย์

6.3.3 มุมมองต่อสิทธิผู้ป่วย

ในเรื่องผู้ป่วย กรรมการแพทยสภามองว่าในปัจจุบันผู้ป่วยมีสิทธิเพิ่มขึ้น แต่ใช้สิทธิโดยไม่ได้คำนึงถึงข้อเท็จจริงเรื่องข้อจำกัดของบริการทางการแพทย์ และยังขาดความรู้ความเข้าใจว่าบริการทางการแพทย์เป็นบริการที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่แน่นอนได้ รวมถึงมีนิสัยจ้องจับผิดผู้ที่อยู่เหนือกว่าสุดท้ายเมื่อมีการยุยงของ 'มือที่สาม' ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจึงย่ำแย่ลงนำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้อง

ในเรื่องสิทธิผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น กรรมการแพทยสภาหลายคนชี้ประเด็นตรงกันว่า ผู้ป่วยในปัจจุบันแตกต่างไปจากในอดีต คือมีการปรับความสัมพันธ์ทางอำนาจ ระหว่างแพทย์-ผู้ป่วย ไปในทางที่ผู้ป่วยไม่ได้

เคารพนับถือแพทย์เช่นในอดีต ดังที่ นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ ชี้ว่า *"ขณะนี้เลยพ้นยุคที่ผู้ป่วยจะยอมรับแพทย์ เสมือนว่าเป็นพระเจ้าที่จะคลบันดาลทุกอย่างให้กับตน ตัดสินใจสิ่งต่างๆ แทนผู้ป่วยและญาติอีกต่อไป..."* (ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ 2554, น.11)

การปรับความสัมพันธ์ทางอำนาจข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยในปัจจุบันตระหนักในสิทธิของตนและมีความคาดหวังที่สูงขึ้นกว่าสมัยก่อน ดังที่ นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ชี้ว่า *"44 ปีที่ผ่านมาสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงโดยสิ้นเชิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้ป่วยสามารถเดินมาที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง และถ้าออกจากโรงพยาบาลออกไปในสภาพเสียชีวิตหรือพิการ ซึ่งถ้าสมัยเมื่อ 20 ปีที่แล้ว คำว่าเป็นเหตุสุดวิสัย ไม่ว่าจะเป็นเพราะช่วยไม่ได้จริงๆ หรือโรคมันยากมาก แพทย์วินิจฉัยไม่ได้ กว่าจะรู้ก็สายเกินแก้แล้ว หรือแม้กระทั่งแพทย์พลาดไป ก็ยังเป็นที่ยอมรับของญาติผู้ป่วยได้ว่า บุญกรรมมันมีมาแค่นี้ มันจึงต้องจบลงอย่างนี้ แต่ขณะนี้ปี 2555 กรอบความคิดเริ่มเปลี่ยนไป และเพิ่มขึ้นมากเรื่อยๆ เดินมาแท้ๆ แล้วเสียชีวิตออกได้อย่างไร? มันต้องมีคนรับผิดชอบ และจะเยียวยากันอย่างไร?"* (เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ 2555, น.15)

อย่างไรก็ตาม กรรมการแพทยสภาบางท่านมองว่า การที่ผู้ป่วยมีสิทธิเพิ่มขึ้นโดยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อจำกัดของบริการทางการแพทย์ ว่าเป็นบริการที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่แน่นอนได้ จะนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ชี้ว่า *"การฟ้องร้องส่วนหนึ่งเกิดจากประชาชนไม่เข้าใจ ดังนั้นเราจะทำอย่างไรให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจดีขึ้น จนไม่เกิดความคาดหวังที่เกินความเป็นจริง เพราะเวลาประชาชนเข้าใจผิดคิดว่าหมอรักษาได้ทุกโรค ถ้าคนไข้มาถึงหมอเมื่อไหร่ห้ามตาย ถ้าคนไข้ตาย หมอต้องตายด้วย..."* (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2548(2), น.61)

นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มขึ้นของสิทธิผู้ป่วยกับปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ว่าสัมพันธ์กันโดยตรง กล่าวคือ *"ตั้งแต่มีการประกาศเรื่องสิทธิผู้ป่วยแล้ว ปรากฏว่ามีการฟ้องร้องแพทย์ทางหน้าหนังสือพิมพ์ ทางวิทยุ และโทรทัศน์ รวมทั้งฟ้องแพทยสภา ฟ้องศาลเพิ่มมากขึ้น แพทย์ที่ถูกฟ้องมาจากสถาบันต่างๆ ใกล้เคียงกัน โรงเรียนแพทย์ใดมีศิษย์เก่ามากก็ถูกฟ้องมาก แพทย์ที่อายุระหว่าง 30-50 ปีถูกฟ้องมากที่สุด เพราะเป็นช่วงทำเวชปฏิบัติมากที่สุด"* ปัจจัยที่เอื้อให้ผู้ป่วยตัดสินใจฟ้องแพทย์ ได้แก่ การสื่อสารที่ไม่ดี ความคาดหวังของผู้ป่วยที่สูงเกินไป การไม่บอกความจริงและไม่ให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจ ผู้ป่วยเอาตัวอย่างจากประเทศสหรัฐอเมริกา การหาที่ปรึกษากฎหมายได้ง่าย การเปิดให้ผู้ป่วยเรียกร้องเงิน การเปิดให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบเวชระเบียน การมีระบบข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีที่ทันสมัย (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2548,น.40-41)

ดังนั้น กรรมการแพทยสภาจึงเห็นว่า สิทธิของผู้ป่วยควรถูกจำกัดไว้ด้วยข้อเท็จจริงและความเข้าใจของประชาชน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยตั้งความหวังสูงโดยเฉพาะความเข้าใจที่ว่า *"...มาถึงแพทย์แล้วต้องหายทุก*

โรค...ความจริงรักษาถูกต้องทุกอย่างผู้ป่วยก็อาจตายได้ เพราะขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย ความรุนแรงของเชื้อ อาการที่มาพบแพทย์...คนส่วนใหญ่ชอบโทษคนอื่น ทารกตายจากการนอนคว่ำ (sudden infant death syndrome) อัมพาตปวกเปียกฉับพลัน (acute flaccid paralysis) ผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าเกิดได้อย่างไร จึงโทษแพทย์ไว้ก่อน" (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2555, น.7)

นพ.พินิจ หิรัญโชติ วิพากษ์ในประเด็นเดียวกันอย่างตรงไปตรงมาโดยชี้ว่าประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ[3] ซึ่งประกาศโดยแพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ *"...ต้องลดลงเนื่องจากไม่สามารถทำได้ทั้งหมด พอทำไปก็เกิดการฟ้องร้องและต้องตั้งคำถามว่าสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อออกมาทำไม และออกก่อนที่แพทยสภาชุดนี้เข้ามา ซึ่งเมื่ออ่านแล้วก็ไม่ค่อยเข้าใจ และไม่สามารถปฏิบัติได้"* (พินิจ หิรัญโชติ 2548, น.59)

นอกจากนี้ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก กรรมการแพทยสภาบางคนมองว่า เงื่อนไขที่ซ้ำเติมปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ได้แก่ การยุยงของ 'มือที่สาม' กล่าวคือ แม้สถานะที่ต่ำลงของแพทย์และ

---

[3]คำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจาก ความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิ การเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียน เมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเอง

สิทธิผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นจะเอื้อให้ผู้ป่วยขัดแย้งกับแพทย์มากขึ้น แต่แท้จริงแล้ว ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเป็นเพียงปัญหาระหว่างประชาชนจำนวนน้อยกับแพทย์จำนวนน้อยเท่านั้น หากไม่มีเงื่อนดังกล่าวซ้ำเติมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะไม่ย่ำแย่จนกลายเป็นวิกฤตการณ์ 'ฟ้องหมอ' เช่นนี้

นอกจากนี้ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา มองว่า นิสัยจ้องจับผิดคนที่อยู่เหนือกว่า ถือเป็นนิสัยไม่ดีดั้งเดิมของคนไทย โดยกล่าวว่า *"...แพทย์เราถึงเสียเปรียบ เพราะว่าชาวบ้านมองดูเห็นว่าเราเป็นอาชีพที่เหนือกว่า เขาอยากจะโจมตีเราและเขาก็เห็นใจคนอื่นที่ด้อยกว่าเรา เขาไม่ดูเรื่องความผิดถูก... คนจนโยนก้อนหินขว้างบ้านคนรวย แต่ชาวบ้านเขาจะบอกว่าคนรวยรังแกคนจน ไม่เคยคิดว่าคนจนรังแกคนรวย อันนี้คือสังคมไทย และถ้าหมอกับคนไข้ ต้องมองว่าหมอรังแกเพราะหมอเหนือกว่า เพราะอย่างนี้เราถึงเสียเปรียบไง เวลาไปสู้กับคนไข้"* (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2550, น.178)

นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา กล่าวต่อไปว่า การยุยงของ'มือที่สาม' ทำให้เกิดวิกฤตการณ์ 'ฟ้องหมอ' กล่าวคือ *"ผู้ป่วยที่ไม่พอใจแพทย์มักจะฟ้องเพื่อนฝูง คนที่รู้จัก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หนังสือพิมพ์ นักข่าว แพทยสภา ตำรวจ รัฐมนตรี นักการเมือง กองประกอบโรคศิลป์ สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภค NGO ศาลเตี้ย ศาลแพ่ง และศาลอาญา คนที่จะฟ้องศาลจะต้องโกรธ มีเงิน มีเวลา และมีคนยุ การฟ้องศาลใช้เวลาหลายปีและเสียเงินจำนวนมาก บางครั้งค่าชดเชยที่ได้ยังไม่พอค่าทนาย"* (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2548,น.40-41) นอกจากนี้ "*กลุ่มสิทธิมนุษยชน กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียเปรียบแพทย์ก็เลยออกกฎหมายมาช่วยพวกเหล่านี้ จนไม่ดูเรื่องความถูกต้อง*" (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2553, น.5)

โดย 'มือที่สาม' นอกจากจะหมายถึงบุคคลภายนอก และสื่อที่สนใจเรื่องความผิดพลาดของแพทย์เป็นพิเศษดังที่กล่าวไปแล้ว ยังหมายรวมถึงญาติผู้ป่วย ดังที่ นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ อธิบายว่า *"...เมื่อผู้ป่วยที่ดีคนนั้นไม่อยู่แล้ว พ่อ แม่ พี่ น้อง ญาติๆ เขาต่างหาก ซึ่งอาจจะมีคำถามมากมาย เพราะกำลังแสวงหาผู้รับผิดชอบอยู่..."* (เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ 2555, น.15) นอกจากนั้น แรงจูงใจที่ทำให้ 'มือที่สาม' เข้ามายุยงคือผลประโยชน์ กล่าวคือ *"หากินกับศพ อยากได้เงินจากแพทย์ ขู่เอาเงิน ปัจจุบันมีการกรรโชกทรัพย์แพทย์โดยทนายบางคนที่หากินด้านนี้ เขาทราบจุดอ่อนของแพทย์ว่าไม่อยากให้มีเรื่อง กลัวเสียชื่อเสียง นอกจากนี้ยังกลัวเสียเวลา เวลามีเรื่องแล้วไม่มีความสุข ทำงานไม่ได้ ยอมจ่ายเงินโดยง่ายเพื่อความสบายทั้งๆ ที่ตนเองไม่ผิด"* (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2548, น.41) หรือ *"รู้ว่าเรียกร้องเงินได้และมีคนยุ สื่อลงข่าวเวลาผู้ป่วยได้เงินทำให้เกิดการเอาอย่าง บางครั้งแพทย์กับผู้ป่วยคุยกันรู้เรื่องแล้ว แต่มีคนมายุว่ามีทางได้เงิน ผู้ป่วยจึงเปลี่ยนใจมาเรียกร้องเงินบ้าง"* (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2555, น.7)

ในปัจจุบัน นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ชี้ว่าเมื่อปัญหาการฟ้องร้องเกิดขึ้น แพทย์จะตกอยู่ในสถานการณ์ลำบากในทุกขั้นตอน เพราะ *"พอคนไข้ชนะก็ลงข่าว แต่แพ้เยอะแยะไม่ลง ทำให้เข้าใจผิดคิดว่าได้ทุกคนก็*

เลยเอาอย่างกันใหญ่เลย สื่อเอาแต่ขายข่าวตื่นเต้น สื่อทำให้แพทย์กับผู้ป่วยแตกแยกไม่ไว้ใจกัน สื่อมักจะฟังความข้างเดียว...กระทรวงฯ ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไปขึ้นศาล ไม่มีการเตรียมตัว อัยการก็คล้ายว่าไม่ใช่เงินตัวเอง ทำแบบไม่มีผลได้ผลเสีย ไม่ได้ศึกษาข้อมูล ยังไม่รู้เรื่องทางการแพทย์เลย ไม่มีข้อมูลการแพทย์ แพทย์เจ้าของไข้บางคนก็ไม่ให้ความร่วมมือ เพราะคิดว่าไม่ได้ฟ้องตน แบบนี้แพ้หมดแหละ" (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2550, น.175)

6.3.4 มุมมองต่อการเรียนรู้และการพัฒนาแพทย์

นอกเหนือจากเรื่องการรักษามาตรฐานทางวิชาการและการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรที่แพทยสภาให้ความสำคัญในทุกยุคสมัยและประสบความสำเร็จด้วยดี[4] ประเด็นหนึ่งซึ่งถกเถียงกันมายาวนาน คือประเด็นว่าด้วยการเรียนรู้และการพัฒนาแพทย์ ได้แก่ การฝึกฝนเพื่อเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการใช้ทุนหลังจบการศึกษา รวมถึงแนวคิดเรื่องระบบการต่อใบอนุญาต (revalidation หรือ re-license) อันเป็นกลไกที่มุ่งตรวจสอบและกระตุ้นให้แพทย์พัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ

กรรมการแพทยสภายุคปัจจุบันมีมุมมองในประเด็นต่างๆ แตกต่างไปจากกรรมการแพทยสภายุค 'หมอชนบท' กล่าวคือ ในขณะที่ 'หมอชนบท' ไม่สนับสนุนการเรียนต่อเพื่อเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยไม่จำเป็น และสนับสนุนให้แพทย์ต้องใช้ทุนหลังเรียนจบ ด้วยมีความเห็นว่าสังคมไทยมีความต้องการแพทย์ทั่วไปเพื่อทำการรักษาพยาบาลขั้นต้นมากกว่าแพทย์เฉพาะทาง และต้องการกระจายบุคลากรแพทย์ไปยังต่างจังหวัดให้ทั่วถึงมากกว่ากระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่[5] แต่กรรมการแพทยสภายุคปัจจุบันไม่ได้มีความเห็นคล้อยตามในประเด็นดังกล่าว ส่วนแนวคิดเรื่องระบบการต่อใบอนุญาตนั้น กรรมการแพทยสภาเห็นด้วยในหลักการ แต่ให้ความสำคัญกับระบบดังกล่าวในฐานะกระบวนการลงทะเบียนแพทย์ มากกว่าเรื่องการตรวจสอบหรือกระตุ้นให้แพทย์พัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ

ในปัจจุบันแพทย์กว่าร้อยละ 80 เลือกเรียนต่อแพทย์เฉพาะทาง แต่แพทยสภาไม่ได้มีท่าทีจะแทรกแซงทิศทางดังกล่าว โดยในปี 2553 มีการเปิดรับสมัครรับผู้เข้าเรียนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์ต่อยอด กว่า 70 สาขา ประมาณ 2,200 ตำแหน่ง ซึ่งมากกว่าจำนวนผู้สมัครเรียนประมาณ 1,900 คน รับเข้าเรียนต่อ 1,500 คน (อิทธพร คณะเจริญ 2555, น.12)

---

[4] จากการสัมภาษณ์เชิงลึก กรรมการแพทยสภาและอดีตกรรมการแพทยสภาแทบทุกคนและทุกกลุ่มมีความเห็นตรงกันในเรื่องนี้

[5] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก อดีตกรรมการแพทยสภากลุ่มแพทย์ชนบทหลายท่าน

สำหรับประเด็นเรื่องการ ‘re-license’ ที่เป็นหลักสากลที่ใช้เพื่อให้เกิดการตรวจสอบและกระตุ้นให้แพทย์พัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ได้อธิบายเกี่ยวกับแนวคิดดังกล่าว ซึ่งอยู่ระหว่างการผลักดันในประเทศไทย ว่า *“เราเป็นคนไทย เป็นคนไทยตลอดชีพ แต่เราทำบัตรประชาชนตลอดทุก 5 ปี เพราะฉะนั้นคนที่เป็นหมอเนี่ย ผมก็อยากให้เขาเป็นหมอตลอดชีพ ยกเว้นเขาทำผิดจริยธรรมขนาดหนัก คนที่ไม่ได้เข้าประชุมเราไปยึดใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเขา มันไม่ถูกต้อง เพราะเขาไม่ได้ทำอะไรผิดเลย... แต่เราต้องให้เขามี Re-registration ... หมอทุกคนที่ยังทำงานเป็นหมอต้องไปขึ้นทะเบียน ว่าเราเป็นหมออยู่... การพิจารณาให้ License ใหม่ก็คือต้องมีการสอบ ต้องให้ประชาชนประเมินว่าคนนี้เป็นหมอดีไหม อะไรต่างๆ แต่เรานี่ไม่ต้องการแบบนี้ เราต้องการ Re-registration”* (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2550, น.176-177)

กล่าวคือในมุมมองของ นพ.สมศักดิ์คือการ re-registration เท่านั้น ไม่ใช่การประเมินความรู้ความสามารถของแพทย์เพื่อต่ออายุใบอนุญาตแต่อย่างใด

6.3.5 มุมมองต่อเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชนและโรงเรียนแพทย์เอกชน

ในปัจจุบัน ข้อวิพากษ์สำคัญประการหนึ่งที่ผู้คนจำนวนมากมีต่อระบบบริการสาธารณสุข คือการที่ระบบบริการสาธารณสุขมีแนวโน้มกลายเป็น ‘ระบบแพทย์พาณิชย์’ กล่าวคือโรงพยาบาลแปลงบริการสุขภาพเป็นสินค้าเพื่อแสวงหากำไรเป็นที่ตั้ง ส่วนหนึ่งเนื่องจากมีการนำโรงพยาบาลเข้าสู่ตลาดหุ้น ทำให้โรงพยาบาลต้องดำเนินกิจการโดยคำนึงถึงกำไรเป็นสำคัญเพื่อสร้างผลตอบแทนให้แก่ผู้ถือหุ้น การมุ่งแสวงหากำไรทำให้มาตรฐานการรักษาและจริยธรรมเสื่อมโทรม เกิดการรักษาแบบ ‘เจ็บเกินโรค’ (over investigation) ทำให้มีความผิดพลาดทางการแพทย์สูงขึ้น

กรรมการแพทยสภาชุดปัจจุบันหลายคนมีมุมมองตรงกันข้าม คือมองการเกิดขึ้นของเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชนและโรงเรียนแพทย์เอกชนว่าไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาแพทย์พาณิชย์ แต่เป็นการช่วยแก้ปัญหาบางประการให้แก่ระบบบริการสาธารณสุขเสียด้วยซ้ำ

ในเรื่องการทำงานในเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชน นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา อธิบายประเด็นดังกล่าวไว้ในบทความ ‘ฉันผิดหรือที่ลาออกจากระบบราชการ’ ว่าการลาออกจากราชการไม่ใช่เรื่องผิด เพราะ

“...การช่วยเหลือประชาชนไม่จำเป็นต้องรับราชการ เอกชนช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐฯ ทำให้รัฐฯ ไม่ต้องเอาเงินมาใช้ลงทุน เอกชนแบ่งเบาให้คนที่ช่วยตนเองได้ไม่ต้องไปแย่งกับคนที่ด้อยโอกาส เอกชน

ต้องจ่ายเงินกำไรให้กับรัฐอย่างน้อย 30% เอกชนช่วยให้คนมีงานทำและเสียภาษีรายได้ให้รัฐ แต่ราชการนั้นเอาเงินภาษีมาใช้และไม่ได้เสียภาษีด้วย ...

"การจะช่วยเหลือคนอื่นเราต้องทำเรื่องใกล้ตัวก่อน ช่วยตนเองและครอบครัวก่อน ไม่ใช่ทำงานจนทิ้งครอบครัวช่วยคนอื่นแต่ทำบาปในครอบครัวของตน แต่ขณะเดียวกันก็ต้องรู้จักพอ รู้จักให้และช่วยเหลือผู้อื่นที่สมควรช่วยด้วย การให้นั้นต้องให้ด้วยความบริสุทธิ์ใจไม่หวังผลตอบแทนและไม่ทวงบุญคุณ" (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2554)

ส่วนเรื่องมุมมองต่อโรงเรียนแพทย์เอกชน กรรมการแพทยสภาเห็นว่า *"ถ้ารัฐขยับต่อไปไม่ไหว ก็ต้องให้เอกชนเข้ามาเสริม เพียงแต่ต้องตรวจให้แน่ใจว่าเอกชนนั้นมีมาตรฐานที่ดีพอ"*[6] ซึ่งมุมมองในเรื่องนี้แตกต่างจากมุมมองของอดีตกรรมการแพทยสภา โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ชนบทที่พยายามเข้มงวดในการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นใหม่ โดยเฉพาะโรงเรียนแพทย์เอกชน เพราะกังวลว่าการแสวงหากำไรจากความเป็นเอกชนที่ต้องหารายได้เลี้ยงตัวเองให้อยู่รอดจะทำให้มาตรฐานการศึกษาต่ำลง และการที่มีโรงเรียนแพทย์มากเกินไปจะทำให้กำกับดูแลคุณภาพได้ลำบากขึ้น

ในเรื่องการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์เอกชน นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา เคยให้สัมภาษณ์ต่อสื่อมวลชนในปี 2551 แลกเปลี่ยนในกรณีที่ นพ.ประเวศ วะสี เสนอให้โรงพยาบาลเอกชนผลิตแพทย์เอง เพื่อป้องกันปัญหาการ 'ซื้อตัว' แพทย์จบใหม่จากโรงเรียนรัฐ ว่า "*มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่ง ได้พยายามหารือเรื่องนี้มาสักระยะแล้ว โดยมีการชวนกันลงขัน แต่ยังไม่ได้ข้อสรุป สาเหตุที่คิดอยากจะผลิตแพทย์เองเนื่องจากไม่ต้องการให้ภาครัฐออกมาโจมตีว่าปัญหาแพทย์ขาดแคลนมาจากถูกโรงพยาบาลเอกชนซื้อตัวออกจากระบบ ซึ่งข้อเสนอของ นพ.ประเวศ ถือเป็นโอกาสดี เป็นสิ่งที่เราอยากจะทำนานแล้ว ไม่ต้องรอให้ใครมาท้า แต่ที่ผ่านมาที่ไม่ได้ริเริ่มจะทำเป็นเพราะเกรงใจมหาวิทยาลัยรัฐ ทั้งที่จริงแล้วเรื่องสถานที่เรียนก็ควรจะมีการแข่งขันกันบ้าง อย่างในต่างประเทศโรงพยาบาล หรือแพทย์ที่มีชื่อเสียงก็มาจากภาคเอกชนทั้งนั้น เช่น มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด เป็นต้น*"[7]

---

[6] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกรรมการแพทยสภาท่านหนึ่ง

[7] ASTV ผู้จัดการออนไลน์. "*นายกแพทยสภาคุยโว รพ.เอกชนพร้อมตั้งรพ.แพทย์*", ผู้จัดการออนไลน์. 24 กรกฎาคม 2551. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9510000087330. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

6.3.6 มุมมองต่อการกระจายทรัพยากรด้านสาธารณสุข

ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการกระจายทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่แพทยสภาให้ความสนใจ เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและนโยบายการกระจายแพทย์สู่ชนบท โดยกรรมการแพทยสภาบางคนเห็นว่าระบบสวัสดิการที่เกิดขึ้น และการบังคับให้แพทย์ใช้ทุนนั้น สร้างผลเสียมากกว่าผลดี กล่าวคือทำให้แพทย์ต้องรับภาระที่ยากลำบากและหนักเกินไปจนไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถซึ่งจะนำไปสู่ผลเสียของประชาชนในท้ายที่สุด

ในเรื่องการกระจายแพทย์ลงสู่ชนบท แม้ทุกคนจะเห็นตรงกันว่าการที่แพทย์เสียสละทำงานในชนบทที่ขาดแคลนเป็นเรื่องที่น่าสนับสนุนชื่นชม แต่สำหรับทิศทางในภาพรวมนั้นนพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขาเห็นว่า *"ในกระทรวงสาธารณสุขหรืออาจารย์ผู้ใหญ่สมัยก่อน พยายามจะบอกเราว่าต้องกระจายแพทย์ไปทุกตำบล คิดแบบนี้เพราะว่าแพทย์กระจุกแต่ไม่กระจาย แต่จริงๆ แล้ว ผมดูในต่างประเทศมันกระจุก คือวิธีการนั้นต้องมีเครือข่าย ไม่ใช่เอาหมอคนเดียวไปที่ไกลๆ ...สรุปคือต้องมีระบบการส่งต่อ มีเครือข่ายที่ดี ...ในโรงพยาบาลต้องมีแพทย์มากพอ สาขาละสองสามคนหรือมากกว่านั้นจะได้ช่วยกัน ส่วนที่ประชากรไม่หนาแน่นควรมีแค่คลินิก ค่าใช้จ่ายจะลดลง แพทย์ทั่วไปก็อยู่ได้... ต้องให้แพทย์ทำงานในสิ่งที่เขาชอบ ไม่ใช่ใช้แต่วิธีบังคับ ก็เป็นความคิดของกระทรงสาธารณสุขอีกนั่นแหละที่ขอให้ได้ชื่อว่ามีหมอ จะทำงานได้หรือไม่ไม่สน ไม่ดูแม้แต่เรื่องความคุ้มทุน อย่างนี้ไม่มีประโยชน์"* (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2550, น.173-174)

นอกจากนี้ นพ.เพิ่มบุญ จริยบุญยศักดิ์ กรรมการแพทยสภา เสนอให้พิจารณาเรื่องแพทย์ 1 คน 1 อำเภอ โดยคำนึงถึงความรู้สึกจิตใจของแพทย์ด้วย กล่าวคือ *"ไม่อยากให้เกิดเหตุการณ์เหมือนนักศึกษาไปกระโดดตึกตายที่เยอรมัน ผมคิดว่าท่านคงไม่ทราบว่าแพทย์เรียนหนักจริงๆ การสร้างตรงนี้ขึ้นมาขอให้ตรวจสุขภาพจิตและความต้องการของเขาจริงๆ"* (เพิ่มบุญ จริยบุญยศักดิ์ 2548, น.33)

นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา เคยเสนอทางออกด้วยการให้กระจาย 'หมอใหม่' ไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ก่อน กล่าวคือ *"...เด็กที่จบใหม่ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ ควรไปผ่านโรงพยาบาลขนาดใหญ่ก่อน ที่มีคนให้คำปรึกษาก่อนการเป็นแพทย์ฝึกหัด (intern) กับนักเรียนแพทย์ฝึกหัด (extern) ไม่เหมือนกัน นักเรียนยังต้องห่วงเรื่องสอบและยังไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ ซึ่งในระยะแรกมีการค้านมากโดยเฉพาะแพทย์ชนบทอยากจะเอาเด็กไปอยู่ชนบทเลย ผมต้องการให้เกิดความสามัคคี ไม่ต้องการแตกแยก การที่แพทย์จบใหม่อยู่โรงพยาบาลจังหวัดก่อน เขาก็จะรู้จักแพทย์รุ่นพี่ในจังหวัด เวลาไปอยู่โรงพยาบาลชุมชนก็รู้ว่าจะส่งผู้ป่วยหรือจะโทรศัพท์ไปปรึกษาใคร เมื่อเคยอยู่จังหวัดเขาก็จะสนิทกัน ไม่มีการแบ่งแยก*

ว่าใครเป็นแพทย์จังหวัด ใครเป็นแพทย์ชุมชน มีความสามัคคีกัน ผิดจากก่อนหน้านั้น" (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2550, น.172)

นอกจากนี้ การขนส่งจะเป็นตัวแปรสำคัญ ที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงทรัพยากรสาธารณสุข ดังที่ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ชี้ต่อไปว่า *"ผมเคยเสนอความเห็นไปนะ แต่แพทย์ชนบทไม่เห็นด้วย เขามองว่าในชนบทเมื่อ 20 ปีก่อนไม่มีหมอ เขาก็เลยแก้ปัญหาให้มีหมอ แต่สมัยโน้นไม่มีถนน แต่เรามองว่าอนาคตถนนต้องดีกว่านี้ ระบบสื่อสารจะดีกว่านี้เยอะเลย โทรศัพท์มือถือส่งข้อมูลได้ ส่งภาพได้ วินิจฉัยแล้วส่งต่อเพราะถนน 10 กิโล คือ 10 นาทีนี่เอง อยู่ที่โน่นเรียกหมอยังไม่ทันเลย ส่งไปแล้วถึงแล้ว"* (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2550, น.174)

นอกจากนี้ มุมมองที่เห็นว่าธุรกิจการแพทย์เอกชนไม่ใช่ปัญหา ยังปรากฏในท่าทีการคัดค้านข้อเสนอการประชุมคณะแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ในปี 2551 ที่เสนอปรับเพิ่มค่าชดเชยแทนการใช้ทุนของแพทย์จบใหม่ จากเดิม 400,000 บาท เป็น 4-10 ล้านบาท เพื่อให้สอดคล้องกับงบประมาณอุดหนุนการเรียนที่รัฐต้องจ่ายไป โดย นพ.อำนาจ กุสลานันท์ เลขาธิการแพทยสภาในขณะนั้น ชี้ว่าตนคัดค้านการเพิ่มค่าปรับแพทย์ทุกกรณี เพราะจะทำให้ไม่มีเด็กเก่งมาสมัครเรียนแพทย์ ซึ่งอาจนำไปสู่วิกฤตนอกจากนั้น จะทำให้โรงพยาบาลเอกชนคิดค่ารักษาแพงมากขึ้น เพราะต้อง 'ซื้อตัวแพทย์' แพงขึ้น[8]

นอกจากนี้ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ยังชี้ต่อว่า "*หากโรงพยาบาลเอกชนสามารถผลิตแพทย์ได้เอง จะมีคุณภาพเทียบเท่าหรืออาจจะดีกว่าแพทย์ที่ภาครัฐผลิตก็ได้ เพราะมีปัจจัยพร้อมกว่า ส่วนค่าเล่าเรียนคงไม่มีราคาแพงมากกว่ามหาวิทยาลัยรัฐสักเท่าไร อยู่ในกำลังที่พอจ่ายได้ แต่ที่สำคัญ จะไม่มีระเบียบให้แพทย์จบใหม่ไปทำงานในชนบท และไม่มีค่าปรับด้วย เพราะจะไม่มีการทำงานใช้ทุนอย่างแน่นอน*

ในต่างประเทศแม้แต่อเมริกาใต้ ก็ได้เลิกใช้วิธีบังคับให้แพทย์จบใหม่ทำงานใช้ทุนในชนบทแล้ว เพราะใช้มานานแต่ไม่ได้ผลแพทย์ยังแห่ลาออกจากระบบอยู่ แต่ได้เปลี่ยนมาใช้วิธีจูงใช้อื่นๆ แทน เช่น สวัสดิการ ค่าตอบแทนที่สูงกว่าปกติ เป็นต้น ซึ่งก็ช่วยแก้ปัญหาได้ และแพทย์อยากอยู่ในชนบทมากกว่าในเมืองทำให้ประเทศเหล่านี้ไม่มีปัญหาขาดแคลนแพทย์แล้ว แต่สำหรับประเทศไทยไม่คิดใหม่เสียทีทั้งๆ ที่ใช้วิธีนี้มานานกว่า 30 ปี ก็ไม่ช่วยแก้ปัญหาอะไรเลย แต่กลับจะเดินหน้าทำอยู่อีก"[9]

---

[8] ASTV ผู้จัดการออนไลน์."*นายกแพทยสภาคุยโว รพ.เอกชนพร้อมตั้งรพ.แพทย์*".

[9] เรื่องเดียวกัน

ไม่เพียงเท่านั้น จากการสัมภาษณ์เชิงลึกอดีตกรรมการแพทยสภายุคอาจารย์แพทย์ท่านหนึ่ง บอกเล่าว่ามีกรรมการแพทยสภาท่านหนึ่ง เคยถึงกับเสนอให้ยุบโรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากเห็นว่าไม่มีประโยชน์[10]

6.3.7 มุมมองต่อข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่มีต่อแพทยสภา

กรรมการแพทยสภาเห็นว่า ข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่ว่าแพทยสภากลายเป็นองค์กรปกป้องวิชาชีพแพทย์ด้วยกันเองนั้น โดยพื้นฐานเกิดจากความไม่เข้าใจของผู้ป่วยว่าบริการทางการแพทย์เป็นบริการที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่แน่นอนได้ แต่ส่วนหนึ่ง เกิดจากปัญหาของแพทยสภาที่ไม่สามารถตัดสินเรื่องร้องเรียนให้ 'ทันใจ' ผู้ป่วย และ ขาดการประชาสัมพันธ์เพื่อทำความเข้าใจที่ดีเพียงพอ[11]

ในเรื่องของความล่าช้าในการตัดสินเรื่องร้องเรียน จากการสัมภาษณ์เชิงลึก กรรมการแพทยสภาชี้ว่าเบื้องต้นเกิดจากการที่กรรมการและอนุกรรมการแต่ละคนมีภาระงานส่วนตัวสูง[12] ส่วนความล่าช้าทั้งในชั้นการพิจารณาโดยคณะอนุกรรมการจริยธรรมและคณะอนุกรรมการสอบสวน เช่นบางกรณีต้องใช้เวลา 3-5 ปี เป็นเพราะคณะอนุกรรมการนัดประชุมกันได้เพียงเดือนละหนึ่งครั้งและยังต้องเลื่อนการประชุมบ่อยเพราะอนุกรรมการมักเข้าร่วมไม่ครบองค์ประชุม หรือพยานไม่มาให้การเพราะไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับความขัดแย้ง นอกจากนี้ หลายกรณียังไม่สามารถหาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาให้ความเห็นได้[13]

สำหรับเรื่องการประชาสัมพันธ์ กรรมการแพทยสภาที่ให้สัมภาษณ์เชิงลึกชี้ตรงกันว่า ถือเป็น 'จุดอ่อน' ของแพทยสภา เพราะการไม่ประชาสัมพันธ์อย่างดีพอ ทำให้ผู้ป่วยและสาธารณชนไม่เข้าใจสาเหตุของความล่าช้า และความยากลำบากในกระบวนการตัดสินข้อพิพาท

นอกจากนี้ ข้อยืนยันหนึ่งว่าแพทยสภาไม่ได้ปกป้องแพทย์ คือการที่จวบจนปัจจุบันแพทยสภายังไม่เคยถูกตัดสินโดยกระบวนการยุติธรรมว่าได้กระทำสิ่งที่ไม่เหมาะสมเหมือนที่มักมีผู้กล่าวอ้าง มีเพียงแต่การถูก *"ติงว่าบกพร่องในกระบวนการบางส่วน"*[14]

---

[10] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก อดีตกรรมการแพทยสภายุคอาจารย์แพทย์ท่านหนึ่ง

[11] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.ไพฑูรย์ ฉรงค์ชัย

[12] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.นิเวศน์ นันทจิต

[13] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นพ.ไพฑูรย์ ฉรงค์ชัย

[14] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกรรมการแพทยสภาท่านหนึ่ง

6.4 มุมมองของกรรมการแพทยสภาต่อบทบาทที่ควรจะเป็นของแพทยสภา

เนื้อหาในส่วนนี้จะเป็นการวิเคราะห์มุมมองของคณะกรรมการบริหารแพทยสภาต่อบทบาทที่ควรจะเป็นของแพทยสภา รวมถึงข้อเสนอในการจัดการปัญหาต่างๆ ในระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ การสร้างชีวิตที่ดีให้กับแพทย์ การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน การให้คำแนะนำต่อแพทย์ในการป้องกันปัญหาการถูกฟ้องร้อง การให้ความช่วยเหลือแพทย์ที่ถูกฟ้องร้อง การติดตาม ผลักดัน และเสนอแก้ไขกฎหมายหรือร่างกฎหมายสาธารณสุขที่สำคัญ การปฏิรูปแพทยสภาการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการนิติบัญญัติ และการสร้างความสามัคคีเพื่อผดุงเกียรติวิชาชีพ

6.4.1 การสร้างชีวิตที่ดีให้กับแพทย์

กรรมการแพทยสภาส่วนหนึ่งมองว่า สาเหตุที่ทำให้แพทย์จำนวนมากลาออกจากราชการ หรือเปลี่ยนไปทำอาชีพอื่น ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ค่าตอบแทนแพทย์ไม่ได้สัดส่วนกับความยากลำบากที่แพทย์ต้องเผชิญ โดยเฉพาะแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐและชนบท ดังนั้นจึงควรมีการเพิ่มค่าตอบแทนที่เหมาะสม รวมถึงปรับระบบบริการสาธารณสุขให้เอื้อต่อชีวิตที่ดีของแพทย์มากขึ้น

นโยบายการสร้างชีวิตที่ดีให้แพทย์ปรากฏอยู่ในนโยบายของกรรมการแพทยสภาวาระ พ.ศ. 2554-2556 โดย มีประเด็นผลักดัน 3 ข้อ ได้แก่ (1) ผลักดันให้มีการเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์ มีการกำหนดมาตรฐานภาระงาน และความปลอดภัยของแพทย์ที่ทำงานในภาครัฐอย่างเหมาะสม (2) ให้มีการแยกบัญชีเงินเดือนแพทย์ และ (3) ให้มีการจัดทำเอกสารแสดงความเป็นแพทย์ (MDCARD) ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยบัตรประจำตัวผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2551 ในรูปแบบสมาร์ทการ์ด ใช้สำหรับยืนยันตัวตน บันทึกข้อมูลส่วนตัว รวมถึงใช้ติดต่อสำนักงานสาธารณสุข ธนาคาร หรือเมื่อเดินทางไปต่างประเทศ (จดหมายข่าวแพทยสภา 2555(2), น.18,23)

ประเด็นเรื่องการเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์เป็นประเด็นที่คณะกรรมการแพทยสภาผลักดันมาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากแพทยสภาเห็นว่าแพทย์ถูกจำกัดค่าตอบแทนสวนทางกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นนับแต่เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พิจารณาประเด็นดังกล่าวได้ในบทที่ 7) โดยที่ผ่านมา เรื่องที่คณะกรรมการแพทยสภาในวาระก่อนหน้าประสบความสำเร็จในการผลักดันคือการเรียกร้องให้คณะรัฐมนตรีมีมติให้เปลี่ยนตำแหน่งพนักงานของรัฐเป็นข้าราชการพลเรือนทั้งหมด และปรึกษาหารือเพื่อสร้างระบบตอบแทนข้าราชการแพทย์ให้ครอบคลุมการทำงานทุกประเภท จูงใจให้เกิดการกระจายกำลังคน

ไปทุกพื้นที่ ได้สัดส่วนกับภาระงานทั้งในและนอกเวลาราชการ มีประสิทธิภาพ และปรับให้แพทย์มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 60-80 ของเอกชน (แพทยสภาสาร 2548, น.19-20)

นอกจากนี้ พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา ชี้ประเด็นเพิ่มเติมว่า นอกเหนือจากการปรับเพิ่มเงินเดือน การปรับระบบบริการสาธารณสุขให้เอื้อต่อชีวิตที่ดีของแพทย์ จะเป็นอีกส่วนหนึ่งที่ช่วยให้แพทย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และส่งผลดีต่อเนื่องถึงระบบบริการสาธารณสุข เพราะ *"...เงินและค่าตอบแทนก็ไม่ใช่คำตอบทั้งหมดในการแก้ปัญหา เป็นเพียงปัจจัยหนึ่งเท่านั้น... กระทรวงสาธารณสุขควรปฏิรูประบบบริการทางการแพทย์ใหม่ เพื่อให้เกิดความสมดุลทั้งด้านงบประมาณและบุคลากร"* เพราะงบประมาณที่ไม่ 'พอเพียง' อันเนื่องมาจากนโยบายหลักประกันสุขภาพ นำมาสู่ปัญหาขาดแคลนบุคลากร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (เชิดชู อริยศรีวัฒนา 2550, น.87 และ 91)

6.4.2 การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน – ประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์

ในเรื่องการให้ความรู้ทางการแพทย์กับประชาชน ประเด็นสำคัญที่แพทยสภาต้องการสื่อถึงคือการทำให้ประชาชนเข้าใจว่าบริการทางการแพทย์เป็นบริการที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่แน่นอนได้ ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวจะช่วยให้ประชาชนไตร่ตรองมากขึ้นในการใช้สิทธิฟ้องร้องแพทย์

ตัวอย่างรูปธรรมในประเด็นนี้ ได้แก่การที่แพทยสภาออกประกาศแพทยสภาที่ 46/2549 เรื่อง ข้อเท็จจริงทางการแพทย์ เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2549 ความว่า

"ข้อ 1 "การแพทย์" ในที่นี้ หมายถึงการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งคือการแพทย์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วทางวิทยาศาสตร์ว่ามีประโยชน์

ข้อ 2 การแพทย์ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน และ/หรือบำบัดให้หายได้ทุกโรคหรือทุกสภาวะ บางครั้งอาจทำได้เพียงบรรเทาอาการหรือประคับประคองเท่านั้น ยิ่งกว่านั้น บางโรคยังมิอาจให้การวินิจฉัยได้ในระยะเริ่มแรก

ข้อ 3 ในกระบวนการดำเนินการทางการแพทย์อาจเกิดสภาวะอันไม่พึงประสงค์ได้ แม้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอแล้วก็ตาม ซึ่งถือว่าเป็นเหตุสุดวิสัย

ข้อ 4 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมใช้ดุลยพินิจในการเลือกกระบวนการดำเนินการทางการแพทย์รวมทั้งการปรึกษาหารือส่งต่อโดยคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย

ข้อ 5 เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอาจปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยต้องให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยตาม

ความเหมาะสม

ข้อ 6 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ย่อมมีสิทธิและได้รับความคุ้มครองที่จะไม่ถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม

ข้อ 7 ภาระงาน ข้อจำกัดของสถานพยาบาล ความพร้อมทางร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ย่อมมีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินการทางการแพทย์

ข้อ 8 การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่างๆ ทางการแพทย์ของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ทำการวินิจฉัยและรักษา ย่อมมีผลเสียต่อการวินิจฉัยและการรักษา

ข้อ 9 การไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคลากรทางการแพทย์ ย่อมมีผลเสียต่อการรักษาและการพยากรณ์โรค"

นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ คาดหวังว่า *"ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สามารถนำข้อเท็จจริงทางการแพทย์นำมาใช้อ้างอิงได้ในเบื้องต้น ว่า ข้อเท็จจริงทางการแพทย์เหล่านี้เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ เช่น การฉีดยา หรือผ่าตัดแล้วมีการติดเชื้อเป็นต้น"* (วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ 2548, น.57)

นพ.สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล อธิบายเพิ่มเติมว่า ประกาศสิทธิทางการแพทย์ เป็นไปเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน เพราะ *"แพทย์ถูกฟ้องและถูกเอาสิทธิไปใช้มากที่สุด จึงต้องค่อยๆ ทำไป มิใช่เป็นการเผชิญหน้ากัน ซึ่งอยากจะให้เป็นไปลักษณะที่เข้าใจกันมากกว่า ว่าข้อเท็จจริงเป็นอย่างไร อยากให้ประชาชนยอมรับและเห็นใจแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการเหมือนกันว่าโรคบางอย่างไม่สามารถวินิจฉัยได้ โรคบางอย่างถึงวินิจฉัยได้ก็ไม่สามารถรักษาได้ หรือรักษาได้ก็เป็นเพื่อการรักษาแบบประคับประคอง... ถึงแม้จะมีข้อเท็จจริงนี้ท่านก็มีสิทธิที่จะฟ้องแพ่งและอาญาได้เหมือนเดิม เพียงแต่บอกให้ท่านเข้าใจและคิดก่อน ถ้าท่านเข้าใจข้อเท็จจริงว่ามันมีโอกาสผิดพลาดเกิดขึ้นได้ แต่ท่านคิดว่าแพทย์ทำผิด ท่านก็ไปฟ้องต่อได้"* (สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล 2548, น.58, 60)

6.4.3 การให้คำแนะนำต่อแพทย์ในการป้องกันการถูกฟ้องร้อง

หนึ่งในนโยบายด้านกฎหมายของแพทยสภา คือการให้คำแนะนำต่อแพทย์เกี่ยวกับแนวทางในการป้องกันการถูกฟ้องร้องโดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่จะป้องกันไม่ให้แพทย์เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วย และวิธีการเตรียมหลักฐานเพื่อป้องกันตัวหากถูกฟ้องร้องในภายหลัง

ในเรื่องคำแนะนำเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่จะป้องกันไม่ให้แพทย์เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วย กรรมการแพทยสภาเห็นว่าปัญหาความขัดแย้งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

และญาติผู้ป่วย ไม่ได้อธิบายอย่างพอเพียง และไม่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรืออาจพูดจาไม่ดี (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2555, น.7)

ดังนั้นในเบื้องต้น กรรมการแพทยสภาบางคนชี้ว่า แพทย์ต้องอธิบายอย่างชัดเจนต่อผู้ป่วย ว่าบริการสาธารณสุขไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่แน่นอนได้ โดย นพ.เกรียง อัศวรุ่งนิรันดร์ กรรมการแพทยสภา ให้ข้อแนะนำว่า *"แพทย์ควรอธิบายเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ แนวทางการรักษา โอกาสที่โรคจะดีขึ้นหรือหายขาด ผลอันไม่พึงประสงค์ (ผลแทรกซ้อน) ที่อาจเกิดขึ้นได้ ความเสี่ยงในการรักษาพยาบาลการพยากรณ์โรคเท่าที่จะเป็นไปได้โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจต่อผู้ป่วยและญาติที่จะยอมรับได้ โดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติเข้าร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงข้อจำกัดในการรักษาพยาบาลด้วย"* (เกรียง อัศวรุ่งนิรันดร์ 2555, น.18)

กรรมการแพทยสภาบางคนเห็นว่า แพทย์ไม่ควรรักษาผู้ป่วยตามแนวทางของตน จนกว่าผู้ป่วยและแพทย์จะแน่ใจ แต่ควรระวังตัวอย่างถึงที่สุด และตรวจสอบจนกว่าจะมีความไว้เนื้อเชื่อใจกันเกิดขึ้น ดังที่ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขากล่าวว่า *"ถ้าผู้ป่วยหรือญาติสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไรเราต้องสงสัยด้วย เช่นเขาสงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เราจะต้องตรวจเลือด ดูเม็ดเลือด ตรวจหาเชื้อเด็งกี่วในเลือด (ถ้าทำได้) นัดผู้ป่วยมาดูทุกวัน แนะถึงอาการและสัญญาณอันตรายของโรค... ถึงแม้เราคิดว่าไม่ใช่เราต้องตรวจให้แน่ใจว่าไม่ใช่ มิฉะนั้นผู้ป่วยจะกล่าวเสมอว่าได้บอกแพทย์แล้วแต่แพทย์ไม่สนใจหรือไม่ฟังทำให้เกิดความขัดแย้ง... ถ้าผู้ป่วยขอย้าย รีบย้ายให้พร้อมทั้งติดต่อให้ด้วย ถ้าผู้ป่วยขอย้ายแสดงว่าเขาไม่ไว้ใจเรา เราต้องให้เขาย้าย ถึงแม้ว่าเราคิดว่าเราสามารถให้การรักษาได้ก็ตาม... แต่อย่าให้ผู้ป่วยไปเอง เราจะต้องช่วยติดต่อให้ และติดต่อกับแพทย์ที่จะรับดูแลต่อไว้ด้วย... มิฉะนั้นอาจไปพบแพทย์บางคนที่ชอบยกตนข่มท่าน กล่าวโจมตีแพทย์ที่ดูแลก่อน"* (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2555, น.8)

ส่วนเรื่องการบันทึกหลักฐานเพื่อป้องกันหากเกิดปัญหาการฟ้องร้อง นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา แนะนำว่า แพทย์ควรให้ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงยอมรับการรักษาด้วยตนเองอย่างชัดเจนทุกขั้นตอน เช่น การให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมรับการรักษา การอัดเทปถ่ายรูปไว้ระหว่างการตรวจรักษาและอธิบาย เพราะจะเป็นหลักฐานที่สำคัญในชั้นศาล (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2555, น.8)

ส่วนเรื่องการทำประกันความเสี่ยงของแพทย์ ซึ่งเป็นแนวทางที่แพทย์จำนวนมากใช้เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความขัดแย้งกับผู้ป่วย นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ชี้ว่า *"มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ผู้ป่วยอยากให้แพทย์ประกันจะได้เรียกร้องเงินได้ง่ายขึ้น ค่าเบี้ยประกันจะสูงมากขึ้น ต้องไปเก็บกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น บริษัทประกันไม่ได้*

จ่ายค่าทนายและค่าเสียเวลาให้ ถึงเวลาเกิดเรื่องแล้วจะไม่ยอมจ่ายทั้งหมด" (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2548, น.42)

6.4.4 การให้ความช่วยเหลือแพทย์ที่ถูกฟ้องร้อง

เนื่องจากกรรมการแพทยสภาส่วนหนึ่งเห็นว่าการฟ้องร้องแพทย์เป็น 'ภัยคุกคาม' ที่บั่นทอนกำลังใจของแพทย์ จึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องแก้ไข หากพิจารณาจากหนังสือคู่มือหมอใหม่ ได้แก่ หนังสือความรู้เบื้องต้นสำหรับหมอใหม่ พ.ศ. 2550 หนังสือหมอใหม่ พ.ศ. 2554 และหนังสือหมอใหม่ พ.ศ. 2555 จะสังเกตได้ว่าบทความเกือบทั้งหมดกล่าวถึงปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ หรืออธิบายเกี่ยวกับข้อกฎหมาย ข้อบังคับแพทยสภา ขั้นตอนการสืบสวนสอบสวน ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

ทั้งนี้ ตามที่กล่าวไปแล้วว่า กรรมการแพทยสภาเห็นว่าปัญหาหาการฟ้องร้องเกิดจากปัญหาจากฝั่งผู้ป่วยที่มีสิทธิเพิ่มขึ้นโดยขาดความเข้าใจหรือถูกยุยงจากมือที่สาม และ 'ระบบ' ที่ทำให้แพทย์ต้องทำงานหนักจนมาตรฐานการรักษาลดลง มิใช่เกิดจากความเสื่อมทางจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ดังนั้นทางออกจึงได้แก่การให้คำแนะนำช่วยเหลือแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง ในทุกขั้นตอนการต่อสู้คดี ดังนี้

(1) *การกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือแพทย์*

ตัวแทนภาคประชาชนหลายท่านตั้งข้อสังเกตว่าหลายครั้งแพทยสภามีแนวโน้มที่จะกำหนดแนวปฏิบัติโดยคำนึงถึงการปกป้องแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง มากกว่าจะคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยและประชาชน ตัวอย่างเช่น มีภาคประชาชนเสนอต่อแพทยสภา ให้อนุญาตให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถตรวจเลือดได้โดยไม่ต้องขออนุญาตผู้ปกครอง เพราะที่ผ่านมาเด็กกลุ่มเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มักปกปิดและไม่กล้าขออนุญาตพ่อแม่เพื่อมาตรวจเลือด ทำให้เสียโอกาสรักษาโรคในระยะเริ่มแรก แต่แพทยสภาปฏิเสธเนื่องจากเห็นว่าข้อกำหนดดังกล่าวจะทำให้ผู้ปกครองฟ้องร้องแพทย์ในภายหลัง และแนะนำให้ภาคประชาชนไปผลักดันข้อเสนอผ่านกระทรวงสาธารณสุขแทน[15]

อีกกรณีคือการที่แพทยสภาออกประกาศที่ 71/2554 กำหนดแนวปฏิบัติผู้ประกอบวิชาชีพเมื่อได้รับหนังสือ 'แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากอาการเจ็บป่วย' ว่าให้ตรวจสอบหลักฐานก่อนว่าผู้ป่วยแสดงเจตนาจริงและมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนหรือไม่ หลังจากนั้นให้ 'คณะแพทย์ผู้รักษา' เป็นผู้ใช้ดุลพินิจตีความว่าผู้ป่วยอยู่ใน

[15]ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนภาคประชาชนท่านหนึ่ง

‘วาระสุดท้ายของชีวิต’ หรือไม่ ทั้งนี้ แพทยสภาแนะนำไม่ให้แพทย์ถอดถอนการรักษาที่ดำเนินการมาแล้ว รวมถึงให้ยื่นคำร้องต่อศาลหากเห็นว่าไม่ควรปฏิบัติตามหนังสือ

อดีตกรรมการแพทยสภากลุ่มแพทย์ชนบทท่านหนึ่งให้สัมภาษณ์แก่ผู้วิจัยว่า แพทยสภากำหนดแนวปฏิบัติที่กล่าวไปเนื่องจากเกรงว่าญาติผู้ป่วยจะฟ้องร้องแพทย์เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งเนื้อหาที่กำหนดนั้นเป็นการลิดรอน ‘สิทธิการตาย’ ที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงเรื่องกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากอาการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ซึ่งออกตามความในมาตรา 4 และ 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550[16]

นอกจากนี้ ในเรื่องการตรวจสอบจริยธรรมเกี่ยวกับกรณีโฆษณา แพทยสภาได้แต่งตั้งอนุกรรมการตรวจข้อความโฆษณาเพื่อช่วยรับตรวจข้อความโฆษณาโดยคิดค่าธรรมเนียมการดำเนินการ ส่งผลให้เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการโฆษณาลดลงตามลำดับ จาก 82 เรื่องในปี พ.ศ. 2549 เหลือเพียง 8 เรื่องในปี พ.ศ. 2552 (จดหมายข่าวแพทยสภา 2553, น.12)

(2) *การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวปฏิบัติเมื่อทราบว่าถูกฟ้องร้อง*

ในปี พ.ศ. 2551 แพทยสภาได้ออกเอกสารคำแนะนำแพทยสภาเรื่องการเตรียมการและการต่อสู้คดีของแพทย์ โดยแนะนำตั้งแต่ขั้นตอนการทบทวนเหตุการณ์ เตรียมเวชระเบียน การเจรจาไกล่เกลี่ย การเตรียมตัวตัวต่อสู้คดี การติดต่อพยานผู้เชี่ยวชาญ โดยหากมีข้อขัดข้องประการใด ให้ “ติดต่อปรึกษาได้ที่ฝ่ายจริยธรรม สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา” (จดหมายข่าวแพทยสภา 2551(2), น.19)

(3) การตั้งคณะอนุกรรมการให้คำแนะนำและช่วยเหลือทางกฎหมาย

แพทยสภาเปิดโอกาสให้สมาชิกขอคำปรึกษาจากคณะอนุกรรมการนิติสัมพันธ์ของแพทยสภา ในกรณีที่ถูกฟ้องร้อง (จดหมายข่าวแพทยสภา 2551(2), น.19) นอกจากนี้ มีนโยบายจัดสัมมนาให้ความรู้แก่แพทย์จบใหม่และแพทย์ทั่วไปเรื่องแนวปฏิบัติและการแก้ไขเมื่อถูกดำเนินคดีจากการประกอบวิชาชีพ (จดหมายข่าวแพทยสภา 2553, น.8)

(4) การผลักดันให้มีการกำหนดแนวปฏิบัติในชั้นพนักงานสอบสวน

แพทยสภาได้มีหนังสือถึงสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ลงนามโดย นพ.อำนาจ กุสลานันท์ อุปนายกแพทยสภาคนที่หนึ่ง (ในขณะนั้น) เรื่อง ‘ขอปรึกษาหารือเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติกรณีแพทย์ถูกแจ้งความดำเนินคดีอาญาในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม’ เลขที่ 011/1152 ลงวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2549 เพื่อขอเข้า

[16]ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกอดีตกรรมการแพทยสภากลุ่มแพทย์ชนบทท่านหนึ่ง

พบผู้บัญชาการสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ในขณะนั้นคือ พล.ต.อ.โกวิท วัฒนะ) โดยเนื้อความในจดหมายเป็นการขออนุญาตเข้าพบผู้บัญชาการฯ เพื่อหารือในการสร้างแนวทางปฏิบัติกรณีแพทย์ถูกแจ้งความดำเนินคดีอาญา เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกันและมีความชัดเจน เนื่องจากในปัจจุบันผู้รับบริการได้เข้าแจ้งความร้องทุกข์แพทย์กับพนักงานสอบสวนเป็นจำนวนมาก ทั้งที่การตรวจรักษาผู้ป่วยนั้นเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ มีความละเอียดอ่อนซับซ้อนและเสี่ยงที่จะเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ได้เสมอ ดังนั้นหากปราศจากแนวทางที่เหมาะสม จะเป็นการสร้างภาระในการตัดสินใจดำเนินคดีให้แก่พนักงานสอบสวน และบั่นทอนกำลังใจแพทย์

ต่อมา ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ จึงส่งหนังสือเวียน เลขที่ 0031 212/ ว 91 ลงวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2549 ถึงผู้บัญชาการตำรวจทั่วประเทศ โดยมีเนื้อหาระบุว่าเมื่อเกิดกรณีการฟ้องร้องต่อแพทย์ เมื่อตำรวจรวบรวมพยานหลักฐานเรียบร้อย ให้ส่งเวชระเบียน และบัตรประวัติผู้ป่วยไปยังนายกแพทยสภา เพื่อขอความเห็นว่าแพทย์ที่ถูกฟ้องร้องได้ดำเนินการตามมาตรฐานเวชปฏิบัติและใช้ความระมัดระวังเพียงพอหรือไม่ โดยการจับกุมและการสอบสวนต่างๆ ให้ดำเนินการโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีวิชาชีพด้วย

ทั้งนี้ มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่าการกำหนดกระบวนการใหม่ดังกล่าวเป็นการให้สิทธิพิเศษแก่องค์การวิชาชีพแพทย์ โดยเปิดโอกาสให้แพทยสภาสามารถเข้าถึงเวชระเบียนได้ก่อนผู้ฟ้องร้อง และอาจเปิดช่องให้เกิดการแก้ไขเนื้อหาเวชระเบียนเพื่อปกป้องแพทย์ได้[17]

(5) การผลักดันกลไกต่างๆ ร่วมกับศาลยุติธรรม

นโยบายด้านกฎหมายของคณะกรรมการแพทยสภาชุดปัจจุบันในเรื่องการช่วยเหลือแพทย์ที่ถูกฟ้องร้องในชั้นศาล คือการประสานทำความเข้าใจกับบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมเกี่ยวกับเรื่องข้อจำกัดทางการแพทย์ (จดหมายข่าวแพทยสภา 2553, น.8)

นอกจากนี้ กรรมการแพทยสภาเห็นว่าการพิจารณาคดีโดยขาดความรู้ความเชี่ยวชาญในวิชาการแพทย์ จะเกิดปัญหา ดังนั้นจึงมีการประชาสัมพันธ์และจัดโครงการต่างๆ เพื่อสร้างผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในชั้นศาล เช่น โครงการจัดอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อเป็นพยานศาล โดยเชิญผู้พิพากษา อัยการ และทนายความ มาเป็นวิทยากร โดยมีเนื้อความย้ำว่ากิจกรรมดังกล่าว ไม่ใช่การมุ่งปกป้องแพทย์เช่นที่ถูกกล่าวหา (อำนาจ กุสลานันท์ 2550, ออนไลน์)

นอกจากนี้ เพื่อให้แนวคิดเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ดังกล่าวเกิดขึ้นจริง แพทยสภาได้จัดให้มีการจัดประชุมร่วมคณะทำงาน 3 ฝ่าย ได้แก่ ศาล ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข และผู้แทนแพทยสภา เมื่อ

[17] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกอดีตกรรมการแพทยสภากลุ่มแพทย์ชนบทท่านหนึ่ง

วันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 เพื่อทำความใจในประเด็นที่กล่าวมาทั้งหมดร่วมกัน โดยกรรมการแพทยสภาที่ผลักดันในเรื่องนี้ได้แก่ นพ.อำนาจ กุสลานันท์ นพ.ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย และ นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์

ผลจากการประชุม คือ ทุกฝ่ายมีความเห็นสอดคล้องกันว่าควรให้ศาลมีพยานผู้เชี่ยวชาญของศาลยุติธรรมทางการแพทย์ในทุกๆ คดีทางการแพทย์เนื่องจาก *"แพทย์วิทยาผิดกับวิชาดาราศาสตร์หรือวิชาคำนวณ ทั้งสองนี้เป็นวิทยาศาสตร์แม่นคำนวณ ส่วนวิชาแพทย์นั้นเป็นวิชาแม่นบางส่วนแต่ก็เป็นวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์...*

ในที่ประชุมยังพูดถึงเรื่องไกล่เกลี่ย ซึ่งศาลก็พยายามจะทำให้จบเร็วที่สุด ให้พอใจด้วยกันทุกฝ่าย เพราะคดีในศาลมีมากมายเหลือเกิน อีกเรื่องหนึ่งที่ศาลเสนอคือ ให้แพทยสภาไปอบรมหลักการทางการแพทย์ให้กับผู้ช่วยผู้พิพากษาที่เตรียมจะเป็นผู้พิพากษา ผมก็เสนอให้ศาลมาอบรม หรือบรรยายเรื่องทางกฎหมายให้แก่แพทย์จบใหม่ของเราด้วย" (สัมพันธ์ คมฤทธิ์ 2552, ออนไลน์)

ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกนายสรวิศ ลิมปรังษี ผู้พิพากษา ชี้ว่าสาเหตุที่ศาลต้องร่วมมือกับแพทยสภาในการจัดหาพยานผู้เชี่ยวชาญ เป็นเพราะไม่มีผู้ยื่นสมัครโดยตรงกับศาล และไม่สามารถหาจากแหล่งอื่นได้[18]

6.4.5 การติดตาม ผลักดัน และเสนอแก้ไขกฎหมายหรือร่างกฎหมายสาธารณสุขที่สำคัญ

การติดตามกฎหมายหรือร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพแพทย์เพื่อเสนอแก้ไขเป็นภารกิจที่คณะกรรมการแพทยสภาให้ความสำคัญเสมอมา เช่น การเรียกร้องให้ยกเลิกแบบฟอร์มข้อสันนิษฐานการตายโดยแพทย์กรณีที่ไม่ได้ตรวจศพตามใบรับแจ้งการตาย (ทร.4) เนื่องจากกรรมการแพทยสภาเห็นว่า เป็นการสร้างภาระให้กับแพทย์ เพิ่มความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้อง เสียเวลาประชาชน และไม่ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรง ซึ่งกระทรวงมหาดไทยได้ยอมยกเลิก เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2546 (แพทยสภาสาร 2548, น.21)

ในปัจจุบัน คณะกรรมการแพทยสภามีนโยบายเฝ้าระวังร่างกฎหมายและคำสั่งที่ "ไม่เป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ประกอบวิชาชีพด้านต่างๆ" โดยจะเข้าไปมีส่วนร่วมการพิจารณา (จดหมายข่าวแพทยสภา 2553, น.8) จากการสำรวจ พบตัวอย่างกฎหมายหรือร่างกฎหมายที่แพทยสภาให้ความสำคัญ มีดังต่อไปนี้

(1) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

แพทยสภาคัดค้านแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เนื่องจากเห็นว่าระบบหลักประกันสุขภาพสร้างปัญหาภาระการเงินการคลังให้กับ

[18] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นายสรวิศ ลิมปรังษี ผู้พิพากษาศาลชั้นต้นประจำสำนักประธานศาลฎีกา

โรงพยาบาล สร้างปัญหาขาดแคลนบุคลากร กระทบถึงมาตรฐานการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และความก้าวหน้าทางการแพทย์ (พิจารณารายละเอียดในบทที่ 7)

(2) ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...

แพทยสภาคัดค้านร่าง พ.รบ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของภาคประชาชนและกระทรวงสาธารณสุขในทุกขั้นตอนการผลักดัน เนื่องจากเห็นว่า ร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวมุ่งชดเชยเยียวยาผู้เสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์โดยไม่จำกัดเพดานการจ่าย ทั้งที่บริการทางการแพทย์เป็นบริการที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่แน่นอนได้ นอกจากนี้ยังไม่มีการรับประกันว่าเมื่อมีการจ่ายชดเชยเยียวยาแล้วผู้ป่วยจะไม่ฟ้องแพทย์อีก ดังนั้น การชดเชยเยียวยาดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยเรียกร้องค่าชดเชยเยียวยาจากแพทย์เพิ่มขึ้น ซ้ำเติมปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (พิจารณารายละเอียดในบทที่ 8)

(3) พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ.2551

คณะกรรรมการแพทยสภาไม่เห็นด้วยกับการที่บริการทางการแพทย์ถือเป็นบริการที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 เพราะจะทำให้ผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์เพิ่มขึ้น

โดย นพ.อำนาจ กุสลานันท์ อธิบายว่า *"เป็นการเอื้ออำนวยและกระตุ้นให้ฟ้องแพทย์ได้อย่างง่ายมาก เนื่องจากผมเห็นว่าแพทย์ไม่ควรจัดอยู่ในกลุ่มผู้ให้บริการตาม พ.ร.บ.นี้ เพราะการตรวจรักษา เป็นการประกอบวิชาชีพที่มิใช่เป็นอาชีพที่ทำเพื่อค่าตอบแทนเท่านั้น ... จะปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยด้วยปัญหาทางการเงินไม่ได้ ... ขณะนี้แพทยสภารวบรวมรายชื่อผู้เสนอกฎหมายได้กว่าหมื่นชื่อแล้ว และจะพยายามเสนอทั้ง 3 ช่องทางคือ ผ่านทางสภาผู้แทนราษฎรโดยตรง ผ่านทางสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และผ่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข"* (อำนาจ กุสลานันท์ 2555(2), น.3)

นอกจากนี้ นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ กรรมการแพทยสภา อธิบายเพิ่มเติมว่า *"...ปัจจุบันมีการใช้ศัพท์คำว่า "บริการ" ซึ่งในความเป็นจริงแล้วไม่ควรใช้เนื่องจากในเรื่องการแพทย์เป็นการดำเนินการที่ลึกซึ้ง ถ้าหากใช้คำว่า "บริการ" จะกลายเป็นเรื่องของการซื้อขาย แต่การดำเนินการทางการแพทย์จะมีลักษณะพิเศษ ไม่ใช่การบริการ เช่น ผู้ป่วยมาด้วยอาการ head injury ต้องการตรวจขอทำ CT Scan หากแพทย์ปฏิเสธก็จะเกิดปัญหาตามมาว่าทำไมถึงไม่ทำ"* (วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ 2548, น.57)

เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์ เลขาธิการแพทยสภา ได้ยื่นเสนอรายชื่อจำนวน 23,385 รายชื่อ ต่อนายสมศักดิ์ เกียรติสุรนนท์ ประธานสภาผู้แทนราษฎร เพื่อเสนอให้แก้ไขพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค โดยเรียกร้องให้แยกนิยามของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและการ

บริการสาธารณสุขออกจากนิยามของผู้ค้าและผู้ให้บริการทั่วไป แล้วกำหนดในมาตรา 3 ของพระราชบัญญัติว่า *"ไม่รวมผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และการบริการสาธารณสุข ไว้ใต้บังคับข้อกฎหมายเหล่านี้"*[19]

(4) ร่างพระราชบัญญัติความรับผิดและวิธีพิจารณาความสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ พ.ศ.

...

นพ.อำนาจ กุสลานันท์ และทีมเลขาธิการ ยกร่างพระราชบัญญัติความรับผิดและวิธีพิจารณาความสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ พ.ศ. ... ซึ่งมีสาระสำคัญได้แก่การกำหนดวิธีพิจารณาคดีผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ขึ้นเป็นการเฉพาะเพราะเห็นว่าแพทย์ไม่เจตนาให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย ดังนั้นจึงไม่ควรถูกฟ้องร้องทางอาญา โดยหวังให้ร่างกฎหมายฉบับนี้ *"เป็นหลักประกันให้แพทย์สามารถทำงานด้วยความกล้าหาญเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้อย่างเต็มที่"*

เนื้อหาในร่างกฎหมายฉบับดังกล่าว ได้แก่ (1) การกำหนดให้ขั้นตอนการสอบสวนจนถึงการสู้คดีในชั้นศาล ผู้สอบสวนหรือศาลต้องขอความเห็นไปยังสภาวิชาชีพด้านสุขภาพ ก่อนที่พนักงานสอบสวนจะดำเนินการ ก่อนอัยการสั่งฟ้อง และหากเป็นการฟ้องตรงต่อศาลโดยตรง ให้ศาลจัดให้มีการไกล่เกลี่ยโดยมีตัวแทนของสภาวิชาชีพด้านสุขภาพเข้าร่วม และให้พิจารณาคดีโดยรับฟังความเห็นจากพยานผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลางจากสภาวิชาชีพ โดยให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถใช้สิทธิความเป็นสมาชิกแห่งสภาวิชาชีพประกันตนเองได้ (มาตรา12-15, 18) (2) การปรับลดโทษความผิดจากมาตรฐานโทษทางอาญา เช่น มาตรา 20 กำหนดให้แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง เป็นเหตุให้ผู้ได้รับผลกระทบเสียชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปีและปรับไม่เกินสองหมื่นบาท โดยมาตรา 23 กำหนดให้ความรับผิดต่างๆ ที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้เป็นความผิดที่ยอมความได้ (มาตรา 19-23) (อำนาจ กุสลานันท์ 2553, ออนไลน์)

(5) พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ.2551

แพทยสภาร่วมกับภาคีวิชาชีพด้านสุขภาพได้แก่ สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และสัตวแพทยสภา ชี้ความไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการที่พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 มีการให้ความหมายคำว่า 'สินค้า' ครอบคลุมถึงยาและเวชภัณฑ์ และกำหนดนิยามคำว่า 'การผลิต' หมายถึงการทำ ผสม ปรุง แต่ง ประกอบ

---

[19] "*หมอ-พยาบาล ยื่น 2.3 หมื่นชื่อ แก้ กม. วิธีพิจารณาคดีคุ้มครองผู้บริโภคหวั่นถูกฟ้อง*", มติชนออนไลน์. 13 พฤศจิกายน 2555. (ออนไลน์) แหล่งที่มา: http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1352792000&grpid=03&catid=&subcatid=. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

ประดิษฐ์ แปรสภาพ เปลี่ยนรูป ดัดแปลง คัดเลือก แบ่งบรรจุ แช่เยือกแข็ง หรือฉายรังสี เพราะในกระบวนการให้บริการสาธารณสุขก็มีการดำเนินการเหล่านี้ต่อผู้ป่วย แต่เป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดในการรักษา ไม่ใช่ค้ากำไรเหมือนสินค้าอื่นๆ

ภายหลังภาคีวิชาชีพด้านสุขภาพข้างต้นได้เข้าพบนายกรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2552 นายกรัฐมนตรีก็ได้ส่งข้อหารือไปให้คณะกรรมการกฤษฎีกาตีความ ซึ่งได้ผลว่ายาและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ผลิตขึ้นเพื่อรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์เฉพาะราย ที่ผ่านการตรวจรักษาของผู้ให้บริการ ไม่ต้องรับผิดตามกฎหมายดังกล่าว[20]

6.4.6 การปฏิรูปแพทยสภา

สืบเนื่องจากที่คณะกรรมการแพทยสภามีมุมมองว่า เหตุที่ทำให้ประชาชนมองแพทยสภาว่ามีท่าทีปกป้องแพทย์ก็เพราะแพทยสภามีกระบวนการพิจารณาคดีที่ล่าช้า และไม่ประชาสัมพันธ์การทำงานอย่างเพียงพอ แพทยสภาจึงกำหนดเป็นนโยบายให้มุ่งสร้างภาพลักษณ์ที่เป็นที่ยอมรับในสังคมทุกระดับ มีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ทุกประเภท และพัฒนากระบวนการพิจารณาคดีด้วยการเร่งรัดขั้นตอน และนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วย โดยการปรับปรุงดังกล่าวมาช่วยให้เสร็จใน 1 ปี โดยมุ่งพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการและวิธีพิจารณาคดีจริยธรรม ทั้งต่ออนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม อนุกรรมการจริยธรรม อนุกรรมการสอบสวน และผู้แทนราชวิทยาลัยโดยมีการกำหนดกรอบเวลาและรูปแบบการเขียนสำนวน เพื่อให้รวดเร็วขึ้น

ในเรื่องการประชาสัมพันธ์ คณะกรรมการแพทยสภามีช่องทางในการให้ความรู้แก่ประชาชน ได้แก่ เว็บไซต์แพทยสภา (www.tmc.or.th) หนังสือพิมพ์แนวหน้า วารสารคลินิก วารสารวงการแพทย์ วารสารเมดิคอลไทม์ วารสาร Health today วารสาร Health Channel วารสาร Medical focus วิทยุ สวพ91 FM100.5 ซึ่งเป็นรายการวิทยุรายสัปดาห์ (จดหมายข่าวแพทยสภา 2555(2), น.18, 20, 24)

---

[20] "*หมอโล่งอก! กฤษฎีกาตีความไม่ต้องรับผิดตามพ.ร.บ.ความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าไม่ปลอดภัย*", ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. 25 มิถุนายน 2552. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1245922391. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

6.4.7 การเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการนิติบัญญัติ

กรรมการแพทยสภาเห็นว่าประเด็นเกี่ยวกับสาธารณสุขเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน ต้องอาศัยผู้มีความรู้ความชำนาญด้านสาธารณสุขเข้าไปร่วมดำเนินการดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหานโยบายสาธารณสุข และกฎหมายที่ไม่เหมาะสม กรรมการแพทยสภาจึงได้เสนอขอเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการนิติบัญญัติขั้นตอนต่างๆ

คณะกรรมการแพทยสภาได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณากฎหมาย ทั้งในขั้นตอนการพิจารณากฎหมายโดยคณะกรรมการกฤษฎีกา และขั้นตอนการพิจารณาร่างกฎหมายโดยรัฐสภา

สำหรับขั้นตอนการพิจารณากฎหมายโดยคณะกรรมการกฤษฎีกา คณะกรรมการแพทยสภาได้ทำข้อตกลงกับคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยขอส่งตัวแทนเข้าร่วมพิจารณากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุขทุกฉบับ (แพทยสภาสาร 2548, น.22)

ในชั้นรัฐสภา แพทยสภายังได้เสนอชื่อบุคคลเพื่อเข้ารับการสรรหาเพื่อดำรงตำแหน่งวุฒิสมาชิกภาควิชาชีพ จนได้รับการสรรหาเป็นวุฒิสมาชิก (เมษายน 2554 – ปัจจุบัน) ได้แก่ นพ.วิรัติ พาณิชย์พงษ์ อดีตเหรัญญิกแพทยสภา[21] และยังมีอดีตกรรมการแพทยสภาคนสำคัญผ่านการสรรหาเป็นวุฒิสมาชิกอีก เช่น นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ อดีตเลขาธิการแพทยสภา ซึ่งได้รับการเสนอชื่อจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (มีนาคม 2551 – มกราคม 2554) นพ.เจตน์ ศิรธรานนท์ อดีตอนุกรรมการจริยธรรม แพทยสภา (มีนาคม 2551 – ปัจจุบัน) เป็นต้น

นอกจากนั้น กรรมการแพทยสภาหลายคนยังเข้าไปมีบทบาทในคณะกรรมาธิการสาธารณสุข ทั้งในสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา เช่น

- นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา เป็นที่ปรึกษาประจำคณะกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา อนุกรรมาธิการศึกษาติดตามและตรวจสอบกฎหมายเพื่อพัฒนาวิชาชีพการสาธารณสุขและการเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลระดับนานาชาติ วุฒิสภา และคณะอนุกรรมาธิการติดตามและตรวจสอบการบังคับใช้กฎหมายในวิชาชีพเวชกรรม วุฒิสภา
- นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ เป็นที่ปรึกษาประจำคณะกรรมาธิการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร ชุดที่ 23 (23 ธันวาคม 2549 – 10 พฤษภาคม 2550) ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

[21]นพ.วิรัติ พาณิชย์พงษ์ ดำรงตำแหน่งวุฒิสมาชิกมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 โดยในช่วงแรก (เดือนมีนาคม 2551 – มกราคม 2554) ได้รับการเสนอชื่อจากราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

คณะกรรมาธิการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร ชุดที่ 24 (3 กรกฎาคม 2554 – ปัจจุบัน) และนักวิชาการประจำคณะกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา

- นพ.พินิจ หิรัญโชติ เป็น ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา อนุกรรมาธิการศึกษาติดตามและตรวจสอบกฎหมายเพื่อพัฒนาวิชาชีพการสาธารณสุขและการเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลระดับนานาชาติ วุฒิสภา และคณะอนุกรรมาธิการติดตามและตรวจสอบการบังคับใช้กฎหมายในวิชาชีพเวชกรรม วุฒิสภา
- นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์ เป็นที่ปรึกษาประจำคณะกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะอนุกรรมาธิการติดตามและตรวจสอบการบังคับใช้กฎหมายในวิชาชีพเวชกรรม วุฒิสภา

กล่าวสำหรับวุฒิสภา คณะกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภาซึ่งมี นพ.วิรัติ พาณิชย์พงษ์สมาชิกวุฒิสภาจากการเสนอชื่อของแพทยสภาเป็นรองประธานกรรมาธิการคนที่ 2 (ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2555) มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับแพทยสภาเป็นอย่างสูง ดังจะเห็นได้จากการแต่งตั้งให้กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งหลายคนดำรงตำแหน่งที่ปรึกษาประจำคณะกรรมาธิการ เช่น นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ นพ.พินิจ หิรัญโชติ นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์ นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ พญ.ประสบศรี อึ้งถาวร นพ.สิน อนุราษฎร์ นพ.อิทธพร คณะเจริญ รวมถึงนายเสงี่ยม บุญจันทร์ เป็นต้น

นอกจากนั้น คณะอนุกรรมาธิการติดตามและตรวจสอบการบังคับใช้กฎหมายในวิชาชีพเวชกรรมของวุฒิสภา ซึ่งมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวพันกับแพทยสภาโดยตรง และมี นพ.วิรัติ พาณิชย์พงษ์ เป็นประธานอนุกรรมการ ก็มีการแต่งตั้งอนุกรรมการจากแพทยสภาหลายคน ได้แก่ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ นพ.พินิจ หิรัญโชติ นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์ ซึ่งล้วนเป็นกรรมการแพทยสภาผู้มีบทบาทสำคัญ

นพ.วิรัติ พาณิชย์พงษ์ยังมี นพ.ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย อดีตผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา อนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม และนายเสงี่ยม บุญจันทร์ ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม ดำรงตำแหน่งผู้ปฏิบัติงานประจำสมาชิกวุฒิสภาอีกด้วย

6.4.8 การสร้างความสามัคคีเพื่อผดุงเกียรติวิชาชีพ

สืบเนื่องจากกรรมการแพทยสภาเห็นว่า ในปัจจุบันวิชาชีพแพทย์กำลังถูกคุกคามจากทั้งปัญหาเรื่องความยากลำบากในการทำงานและปัญหาการฟ้องร้อง ดังนั้นแพทย์ทุกคนจึงควรสามัคคีกันเพื่อผดุงเกียรติวิชาชีพ ดังที่ นพ.โชติศักดิ์ เจนพาณิชย์ กล่าวว่า

"จุดอ่อนของแพทย์คือเรื่องการรวมตัว แพทย์มักไม่ค่อยสนใจ แพทย์ด้วยกันเองต่างคนต่างอยู่ ความจริงไม่มีอาชีพไหนในโลกนี้ที่จะมีอำนาจในการต่อรองเท่าแพทย์ ที่ผ่านมาคนที่เป็นแพทย์มีความเป็นอยู่ค่อนข้างสบายจึงไม่สนใจใคร แต่ในยุคปัจจุบันไม่ใช่อีกต่อไป หลากหลายปัญหาบีบบังคับให้แพทย์ต้องรวมตัว...เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยดูแลรักษาวิชาชีพแพทย์ของเราด้วย" (โชติศักดิ์ เจนพาณิชย์ 2555, น.21)

ทั้งนี้อำนาจต่อรองหมายถึง*"มีความสามัคคีในวิชาชีพ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จัดระบบเครือข่าย ใช้ประโยชน์ของการเป็นแพทย์คุยกับประชาชนและนักการเมืองผลักดันนโยบาย"* (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2548, น.42)

ทั้งนี้ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา เห็นว่าสิ่งที่แพทย์ไม่ควรทำคือการซ้ำเติมแพทย์ด้วยกันเอง แต่ควรมีความสัมพันธ์อันดีกับเพื่อนร่วมงานเพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้อง กล่าวคือ*"บางคนให้อภัยในความผิดพลาดของตนเองแต่ไม่ยอมให้อภัยผู้อื่น เมื่อเห็นความผิดพลาดของเพื่อนแพทย์อย่าซ้ำเติม ควรช่วยเหลือและแก้ไขข้อผิดพลาดนั้น แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยภายหลัง เมื่ออาการทุกอย่างชัดมักจะไปซ้ำเติมแพทย์ที่ดูก่อน ขณะที่อาการยังไม่ชัด ความจริงถ้าตนเองดูแลผู้ป่วยคนแรกก็อาจวินิจฉัยผิดได้ บางคนต้องการจะยกตนข่มท่านหรือพยายามโอ้อวดความสามารถของตนโดยทับถมคนอื่น เรื่องแบบนี้ต้องมีการแก้ไข การฟ้องร้องทางการแพทย์ส่วนใหญ่เกิดจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์กล่าวทับถมแพทย์ที่ดูแลผู้แลมาก่อนอาจโดยตั้งใจหรือไม่ก็ตาม"*(สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2548, น.39-40)

เพื่อให้มีองค์กรสำหรับรองรับภารกิจดังกล่าว คณะกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. 2552-2554 ซึ่งมี นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา เป็นนายกแพทยสภา และ นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์ เป็นรองเลขาธิการ ได้ร่วมกันจัดตั้ง 'องค์กรแพทย์จังหวัด' ขึ้น โดยมีจุดประสงค์เพื่อ *"กระจายภารกิจของแพทยสภา ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เพื่อให้แพทย์ทั่วประเทศมีภูมิคุ้มกัน มีเกียรติดำรงไว้ซึ่งจิตวิญญาณของแพทย์ จึงจะสามารถสร้างศักยภาพสูงสุดในการดูแลประชาชนได้"*

โครงการดังกล่าวเป็นโครงการสืบเนื่องมาจากกิจกรรม 'แพทยสภาสัญจร' ซึ่งจากการเดินทางเยี่ยมเยียนแพทย์ประมาณ 20 จังหวัด ทำให้พบว่า *"แพทย์ในต่างจังหวัดหลายแห่งยังขาดการรวมตัวกัน ขาดความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านวิชาชีพและความพร้อมด้านกฎหมาย เมื่อเกิดปัญหาในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้น ไม่มีองค์กรที่เป็นตัวแทนอันชอบธรรมทำให้ขาดพลังในการเจรจาต่อรองหรือไกล่เกลี่ย รวมทั้งการประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ อีกทั้งขณะนี้มีกฎหมายที่กำลังจะออกมา เช่น ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายทางการแพทย์ พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค หรือกฎหมายที่แพทยสภาได้เสนอคือ ร่างพระราชบัญญัติความรับผิดและวิธีพิจารณาความอาญาในการประกอบวิชาชีพ*

ด้านสุขภาพ ทำให้เราต้องศึกษาเรียนรู้ เพื่อหาแนวทางตั้งรับกรณีต่างๆ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่แพทย์จะต้องรวมตัวกัน เพื่อให้เกิดพลัง โดยการจัดตั้ง 'องค์กรแพทยจังหวัดขึ้น' "(จดหมายข่าวแพทยสภา 2551, น.13)

นอกจากนี้ กรรมการแพทยบางคนเสนอให้ มีการจัดตั้งหน่วยงานเพื่อคุ้มครองแพทย์โดยเฉพาะ โดย นพ.เพิ่มบุญ จริยศบุญยศักดิ์ เสนอในเวทีสมาชิกพิจารณ์ว่า *"...ถ้าแพทยสภาปกป้องแพทย์ ก็จะเกิดความเสื่อมศรัทธาจากประชาชน ผมคิดว่าอนาคตแพทยสภาจะถูกเสื่อมศรัทธาจากแพทย์และประชาชน ซึ่งมีแต่เสียทั้งขึ้นทั้งล่อง ผมขอเสนอว่าตั้งคณะกรรมการการศึกษาความเป็นไปได้ที่จะก่อตั้งองค์กรอิสระ ที่จะดูแลและปกป้องคุ้มครองแพทย์ที่เดือดร้อนจากการประกอบวิชาชีพแพทย์ รวมทั้งดูแลถึงปัญหาที่กระทรวงการแพทย์ ซึ่งที่ประเทศอังกฤษก็มีองค์กรนี้ เรียกว่าสมาคม Medical Defend Unit และอีกสมาคมคือ Medical Protection Unit"* (เพิ่มบุญ จริยบุญยศักดิ์ 2548(2), น.73)

สุดท้าย กรรมการแพทยสภาบางคนเห็นว่า แพทย์จำเป็นต้อง'ตบหัวแล้วลูบหลัง' ผู้ที่เข้าคุกคามวิชาชีพ ดังที่ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา อธิบายว่า*"คุณต้องเอาหนามยอกเอาหนามบ่ง วิธีการคือ ตบหัวแล้วลูบหลัง ...ถ้าเขาตบเราแล้วเราเฉยให้เขาตบ เขาก็ตบเราเรื่อย แต่ถ้าเขาตบมาแล้วโดนหนามตำกลับไป เขาจะไม่กล้าตบ ทำแบบนี้ปั๊บ เขาจะมาเจรจา ... ผมบอกว่าตบหวังแล้วลูบหลัง คือเข้าไปช่วย แต่ถ้าเราไปเจรจาด้วยความอ่อนแอนะ ยอมทุกอย่าง เขาไม่เจรจาด้วย เราไปขอโทษ ถามว่าได้อะไรไหม เขายิ่งฮึกเหิม ถึงบอกแพทย์ไม่ให้ขอโทษ ให้เสียใจดีกว่าขอโทษ การขอโทษเป็นเรื่องดีแต่ต้องทำตั้งแต่ยังไม่มีเรื่องโกรธเคืองกัน ... มีเรื่องกันแล้วการขอโทษไม่ช่วย ถ้าเราขอโทษเมื่อไหร่เขาจะเอาอันนี้มาหักหลังเราเลย ทุกรายเลย เหมือนคนไข้ที่เขามาฟ้อง พังมาเพราะแพทย์ทำด้วยความหวังดี เอ้า ให้เงินช่วยเหลือไปเลย ก็เสร็จทุกราย ถือว่าเรายอมรับผิด มาไล่เบี้ยเรา ที่บอกเซ็นขอโทษแล้วจะไม่เอาเรื่อง ไม่จริงเลย เอาเรื่องเราเป็นแถว หลอกขอให้เราเซ็นเท่านั้น ที่นี้ได้เปรียบแล้ว... ตาต่อตาเลย ดูสงครามเวียดนาม ตอนที่เวียดนามเหนือยอมเจรจาเพราะอะไร เพราะอเมริกาเอาเต็มที่เลย เท่านั้นแหละ เวียดนามเจรจา ไม่อย่างนั้นไม่เจรจาก็ยืดเยื้อ เมื่อบอมบ์ถล่มหนักเท่านั้นแหละ ยอมเจรจา..."* (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2550, น.178-179)

6.5 การพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 กำหนดวัตถุประสงค์ด้านการ *"ควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม"* ไว้เป็นลำดับแรกจากวัตถุประสงค์ทั้งหมด 6 ข้อ (มาตรา 7) โดยกำหนดว่าผู้ที่มีสิทธิกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพได้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหาย นอกจากนี้ ยังเปิดให้บุคคลอื่นและคณะกรรมการแพทยสภามีสิทธิกล่าวโทษได้เช่นกัน โดยต้องกระทำภายในระยะเวลา 1 ปีนับแต่วันที่ทราบเรื่องการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมและทราบตัวผู้ประพฤติผิด แต่ไม่เกิน 3 ปีนับแต่วันที่มีการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพนั้น

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 แบ่งขั้นตอนของกระบวนการพิจารณาออกเป็น 3 ระดับ เริ่มต้นจาก (1) คณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พิจารณาชี้มูลความผิด (2) คณะอนุกรรมการสอบสวน ดำเนินการสอบสวนแล้วสรุปผลสอบสวนและเสนอสำนวนพร้อมความเห็น และ (3) คณะกรรมการแพทยสภา วินิจฉัยและทำคำสั่งชี้ขาดอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ ก. ยกข้อกล่าวหา ข. ว่ากล่าวตักเตือน ค. ภาคทัณฑ์ ง. พักใช้ใบอนุญาต และ จ. เพิกถอนใบอนุญาต (โปรดดูบทที่ 4 ประกอบ)

เนื้อหาในส่วนนี้มุ่งศึกษากระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภาในแง่ (1) ขั้นตอนและรูปแบบ และ (2) '*ชีวิตจริง*' ของกระบวนการพิจารณาคดี โดยทำการศึกษาผ่านข้อเท็จจริงที่ปรากฏในคำพิพากษาและคำสั่งชี้ขาดของศาลปกครองในคดีที่แพทยสภา คณะกรรมการแพทยสภา หรือเลขาธิการเป็นผู้ถูกฟ้องหรือผู้ถูกฟ้องร่วม ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2555 (ปี พ.ศ. 2544 เป็นปีแรกที่ศาลปกครองเปิดทำการ)

จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2544-2555 มีผู้ยื่นฟ้องแพทยสภา คณะกรรมการแพทยสภา หรือเลขาธิการแพทยสภาต่อศาลปกครองกลาง รวม 69 คดี ในจำนวนนี้มีการยื่นอุทธรณ์ต่อศาลปกครองสูงสุด 1 คดี ทั้งนี้ ในจำนวนคดีทั้งหมด เป็นคดีเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาเรื่องกล่าวหาหรือเรื่องกล่าวโทษด้านจริยธรรมในศาลปกครองกลาง 61 คดี (มีคดีที่ยื่นอุทธรณ์ต่อศาลปกครองสูงสุด 1 คดี) ในขณะที่อีก 8 คดีที่เหลือในศาลปกครองกลาง เป็นคดีเกี่ยวกับข้อบังคับแพทยสภา 2 คดี การสอบแพทย์ประจำบ้านและอนุมัติบัตร 3 คดี การที่แพทยสภาปฏิเสธเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร 1 คดี และการได้รับความเสียหายจากการแถลงมติและให้สัมภาษณ์กับสื่อมวลชนของแพทยสภา 2 คดี

ในคดีเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภารวมทั้งสิ้น 61 คดี แบ่งเป็นคดีที่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือบุคคลอื่นเป็นผู้ยื่นฟ้องแพทยสภา 31 คดี และเป็นคดีที่ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ดำเนินการ

สถานพยาบาล ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือบริษัทประกอบกิจการสถานพยาบาลฟ้องแพทยสภา 30 คดี (มีคดียื่นอุทธรณ์ต่อศาลปกครองสูงสุด 1 คดี)

สำหรับคดีที่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือบุคคลอื่นเป็นผู้ฟ้องคดี 31 คดี เกิดจากผู้ฟ้องคดีได้กล่าวหาหรือกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพด้านจริยธรรม แล้วเห็นว่าแพทยสภาไม่ดำเนินการตามขั้นตอน มีมติหรือคำสั่งยกข้อกล่าวหาหรือลงโทษแพทย์น้อยเกินกว่าความผิดที่ก่อ หรือกระบวนการพิจารณาคดีล่าช้า

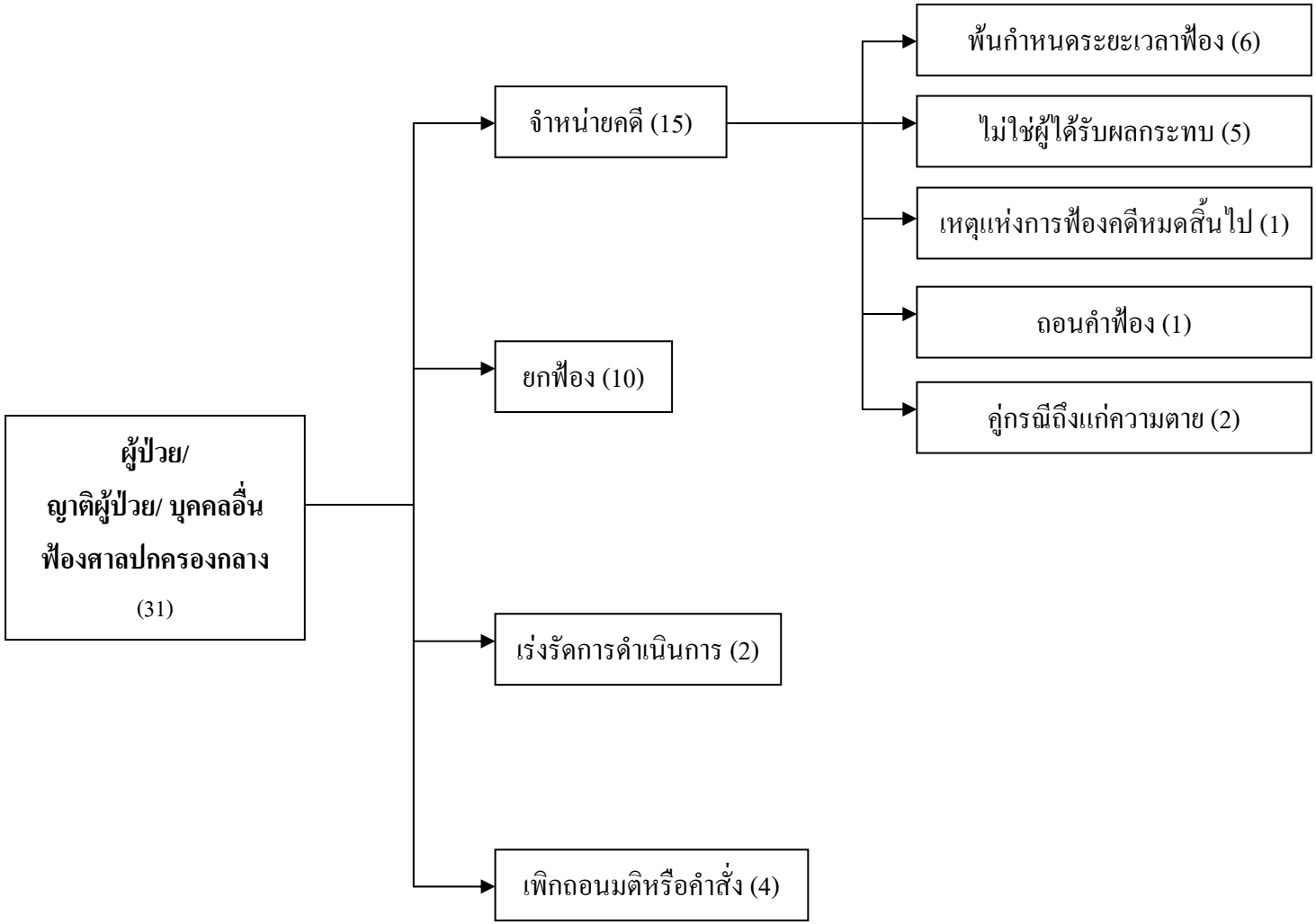
ต่อมาเมื่อคดีเข้าสู่ระบบ ศาลปกครองกลางคำสั่งชี้ขาดให้จำหน่ายคดี 15 คดี ส่วนใหญ่เป็นเพราะพ้นกำหนดระยะเวลาฟ้อง (6 คดี) ในส่วนของคำพิพากษา ศาลให้ยกฟ้องเนื่องจากมติหรือคำสั่งแพทยสภาชอบด้วยกฎหมาย 10 คดี ให้แพทยสภาเร่งรัดการดำเนินการ 2 คดี และให้เพิกถอนมติหรือคำสั่งแพทยสภา 4 คดี

ในส่วนคดีที่ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือบริษัทประกอบกิจการสถานพยาบาล เป็นฝ่ายยื่นฟ้อง 30 คดี เกิดจากผู้ฟ้องคดีถูกกล่าวหาหรือกล่าวโทษด้านจริยธรรม แล้วเห็นว่าแพทยสภามีมติหรือคำสั่งลงโทษทั้งที่ไม่มีความผิด หรือลงโทษหนักเกินควร (22 คดี) หรือไม่พอใจที่แพทยสภาดำเนินการล่าช้าหรือไม่ดำเนินการต่อผู้ประกอบวิชาชีพ นายกแพทยสภา เลขาธิการแพทยสภา หรือกรรมการแพทยสภาที่ตนร้องเรียน (8 คดี โดยคดีที่ยื่นอุทธรณ์ต่อศาลปกครองสูงสุดรวมอยู่ในจำนวนนี้)

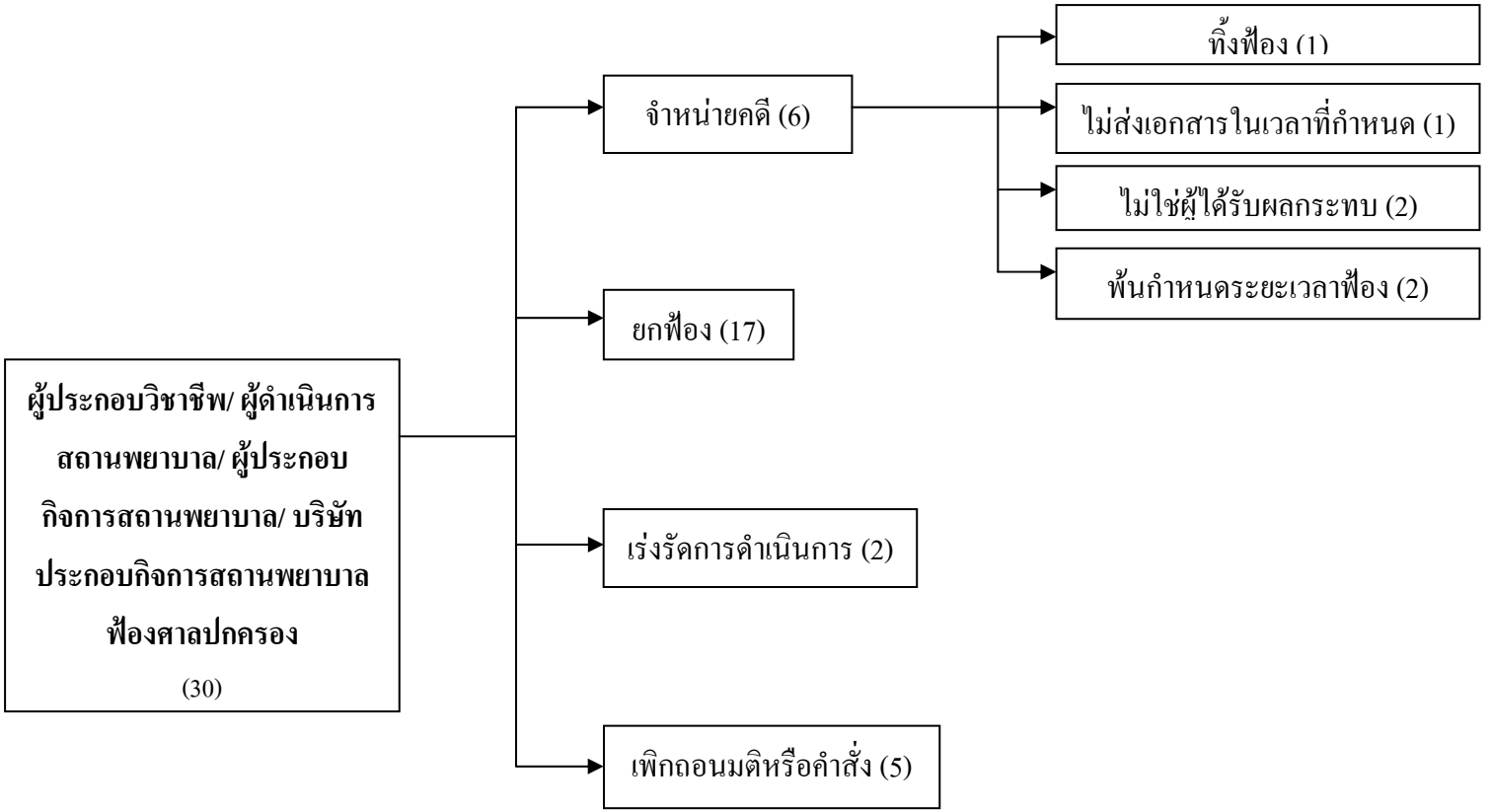
ต่อมาเมื่อคดีเข้าสู่ระบบ ศาลปกครองกลางมีคำสั่งชี้ขาดให้จำหน่ายคดี 6 คดี และมีคำพิพากษายกฟ้องเนื่องจากมติหรือคำสั่งแพทยสภาชอบด้วยกฎหมาย 17 คดี ให้แพทยสภาเร่งรัดการดำเนินการ 2 คดี (ในจำนวนนี้มี 1 คดีที่ศาลปกครองสูงสุดตัดสินยืนตามศาลปกครองกลาง) และให้เพิกถอนมติหรือคำสั่งแพทยสภา 5 คดี

หากพิจารณาเฉพาะคดีที่ศาลปกครองกลางมีคำพิพากษาให้เพิกถอนมติหรือคำสั่งแพทยสภา พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 9 คดี แบ่งเป็น (1) คดีที่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือบุคคลอื่น เป็นผู้ยื่นฟ้อง 4 คดี โดยศาลให้เหตุผลว่ามติหรือคำสั่งของแพทยสภาลงโทษแพทย์เบาเกินไปและพิจารณาไม่ครบประเด็น 1 คดี คณะกรรมการแพทยสภา ‘กลับมติ’ ของคณะอนุกรรมการในชั้นก่อนหน้า (กลับเป็นยกข้อกล่าวหา) โดยไม่ชี้แจงเหตุผล 2 คดี และแจ้งมติที่ประชุมคณะกรรมการแพทยสภาเกี่ยวกับข้อร้องเรียนแก่คู่กรณี ทั้งที่มติยังไม่ได้รับความเห็นชอบจากสภานายกพิเศษ 1 คดี (2) คดีที่แพทย์หรือผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเป็นผู้ยื่นฟ้อง 5 คดี แบ่งเป็นมติหรือคำสั่งลงโทษแพทย์ไม่เหมาะสมหรือหนักเกินไป 3 คดี ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ถูกร้องเรียนได้รับทราบข้อเท็จจริงอย่างเพียงพอ และมีโอกาสโต้แย้งหรือแสดงพยานหลักฐานของตน 1 คดี และยกข้อกล่าวหาโดยยังไม่ได้สอบสวนตามรูปแบบขั้นตอน 1 คดี

ภาพที่ 6.6 จำนวนคดีที่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือประชาชนฟ้องร้องแพทยสภาต่อศาลปกครองกลางและผลลัพธ์ของคดี



ภาพที่ 6.7 จำนวนคดีที่ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือบริษัทประกอบกิจการสถานพยาบาล ฟ้องร้องแพทยสภาต่อศาลปกครองกลางและผลลัพธ์ของคดี



6.5.1 ขั้นตอนและแนวปฏิบัติในการพิจารณาคดีด้านจริยธรรม

ตัวอย่างกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมที่ผู้วิจัยหยิบยกมาศึกษาในหัวข้อนี้ ครอบคลุมช่วงเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542-2555 ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว กระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมอยู่ภายใต้ข้อบังคับแพทยสภา 2 ฉบับหลัก ได้แก่ ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนวิธีพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2540 และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนการพิจารณาเกี่ยวกับคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2548

เนื้อหาในส่วนนี้มุ่งทบทวนขั้นตอนและแนวปฏิบัติในการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมที่ปรากฏในข้อบังคับทั้งสองฉบับ ซึ่งในเบื้องต้นกล่าวได้ว่าข้อบังคับทั้งสองฉบับมีเนื้อหาหลักที่สอดคล้องกันแต่ข้อบังคับฉบับปี 2548 มีการเพิ่มเติมเนื้อหาและขั้นตอนเกี่ยวกับเรื่องสิทธิและหน้าที่ของคู่กรณี และหน้าที่ของเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะในหัวข้อ '*การพิจารณาคดีเกี่ยวกับคดีด้านจริยธรรม*' นอกจากนี้ ยังมีการระบุเกี่ยวกับสิทธิในการขอให้แพทยสภาพิจารณาแก้ไขหรือเพิกถอนมติในบางกรณี

เนื้อหาในส่วนนี้จะเริ่มอธิบายขั้นตอนและแนวปฏิบัติในการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมตามเนื้อหาของข้อบังคับแพทยสภาฯ ฉบับปี 2540 แล้วตามด้วยเนื้อหาที่มีการแก้ไขเพิ่มเติมจากข้อบังคับแพทยสภาฯ ฉบับปี 2548 ไล่เรียงไปทีละประเด็น

(1) การกล่าวหาหรือกล่าวโทษ

นอกเหนือไปจากสิทธิในการกล่าวหาของผู้ป่วย และสิทธิในการกล่าวโทษของบุคคลอื่นและคณะกรรมการแพทยสภาที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 แล้ว ข้อบังคับว่าด้วยกระบวนวิธีพิจารณาคดีด้านจริยธรรมฉบับปี 2540 ได้กำหนดเพิ่มเติมให้เลขาธิการแพทยสภาสามารถเป็นผู้กล่าวโทษ ในกรณีที่ (1) พบข่าวหรือข้อความปรากฏในสื่อมวลชนที่ส่อว่าผู้ประกอบวิชาชีพได้ประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ หรือ (2) คณะกรรมการมีมติกล่าวโทษ นอกจากนั้น เลขาธิการแพทยสภามีหน้าที่ทำรายงานสรุปความคืบหน้าเรื่องที่อยู่ในกระบวนการพิจารณาเสนอที่ประชุมคณะกรรมการเป็นประจำ (ข้อ 4-5)

ต่อมา ข้อบังคับแพทยสภาฯ ฉบับปี 2548 ได้แก้ไขรายละเอียดให้เลขาธิการที่พบข่าวหรือข้อความแล้วต้องการกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องขอมติคณะกรรมการก่อนจะดำเนินการ นอกจากนี้ ยังเพิ่มเติมให้เลขาธิการมีหน้าที่ระบุตัวผู้ถูกร้องเรียนในกรณีที่ผู้ร้องไม่ได้ระบุไว้ (ข้อ 6, 8)

(2) การพิจารณาคดีด้านจริยธรรม

ข้อบังคับหมวด '*การพิจารณาคดีเกี่ยวกับคดีด้านจริยธรรม*' ปรากฏขึ้นครั้งแรกในข้อบังคับแพทยสภาฯ ฉบับปี 2548 โดยมีเนื้อหาสำคัญว่าด้วยการกำหนด (1) สิทธิและหน้าที่ของคู่กรณี ได้แก่ การกำหนดให้เจ้าหน้าที่ต้องแจ้งสิทธิและหน้าที่ให้คู่กรณีรับทราบตามความจำเป็น รวมถึงแนะนำแก้ไขคำร้องหรือคำให้การที่บกพร่อง ไม่ชัดเจน หรือผิดหลงเนื่องจากไม่รู้หรือประมาทเลินเล่อ รวมถึงให้คู่กรณีมีสิทธิได้รับทราบข้อเท็จจริงอย่างเพียงพอและมีโอกาสโต้แย้งแสดงพยานหลักฐาน ยกเว้นในบางกรณี เช่น มีความจำเป็นเร่งด่วนและหากล่าช้าจะเกิดความเสียหายร้ายแรงต่อประโยชน์สาธารณะ เป็นมาตรการบังคับทางปกครอง หรือไม่สามารถกระทำได้ นอกจากนี้ คู่กรณีสามารถขอตรวจดูเอกสารที่จำเป็น แต่งตั้งทนายความที่ปรึกษา หรือผู้ดำเนินการแทน รวมถึงมีสิทธิขอทราบเหตุผลในคำสั่งแพทยสภา (ข้อ 12-18)

(2) แนวปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ข้อบังคับกำหนดว่าห้ามเจ้าหน้าที่ที่พิจารณาคดีเป็นคู่กรณี มีความเกี่ยวข้องกับคู่กรณี หรือมีเหตุร้ายแรงที่จะทำให้ขาดความเป็นกลาง หากมีผู้คัดค้านในประเด็นดังกล่าวหรือด้วยประเด็นอื่นใด ให้ประธานคณะอนุกรรมการหรือนายกแพทยสภาเรียกประชุมองค์คณะเพื่อให้ผู้ถูกคัดค้านชี้แจงแล้วออกจากห้องประชุมก่อน จากนั้น ให้ที่ประชุมลงคะแนนลับ หากผู้ถูกคัดค้านได้รับคะแนนเสียงสนับสนุนไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ถูกคัดค้านก็ให้สามารถปฏิบัติงานต่อไปได้ ทั้งนี้ ในกรณีที่ตัวเจ้าหน้าที่เองพบว่าตนมีเหตุร้ายแรงที่จะทำให้ขาดความเป็นกลาง ให้หยุดปฏิบัติหน้าที่แล้วแจ้งแก่ประธานอนุกรรมการหรือนายกแพทยสภา

อย่างไรก็ตาม ข้อบังคับได้กำหนดไว้ว่า การกระทำต่างๆ ของเจ้าหน้าที่ที่เกิดขึ้นก่อนถูกคัดค้านให้ถือว่ายังคง '*ไม่เสียไป*' ยกเว้นผู้เข้ามาปฏิบัติหน้าที่แทนจะเห็นว่าสมควรดำเนินการใหม่ และข้อบังคับไม่อนุญาตให้คัดค้านในประเด็นเรื่องความเกี่ยวข้องกับคู่กรณีและความเป็นกลางของเจ้าหน้าที่ ในกรณีที่หากล่าช้าจะก่อเกิดความเสียหายต่อสิทธิบุคคลหรือสาธารณะอย่างไม่อาจแก้ไขได้ หรือไม่มีผู้อื่นสามารถปฏิบัติหน้าที่แทนผู้ถูกคัดค้าน นอกจากนี้ ถ้าปรากฏภายหลังว่าเจ้าหน้าที่ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามหรือการแต่งตั้งไม่ชอบด้วยกฎหมายแล้วต้องพ้นจากตำแหน่ง จะไม่กระทบกระเทือนถึงการใดที่ได้ปฏิบัติไปตามอำนาจหน้าที่ (ข้อ 21-26)

(3) วิธีพิจารณาคดี ให้ใช้ระบบไต่สวน โดยการประชุมคณะอนุกรรมการและคณะกรรมการต้องมีผู้ที่ไม่ถูกคัดค้านเข้าร่วมประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่ง เว้นแต่จะกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น การดำเนินการต้องให้แล้วเสร็จโดยไม่ชักช้า เจ้าหน้าที่ต้องพิจารณาพยานหลักฐานที่จำเป็นต่อการพิสูจน์ข้อเท็จจริง และแสวงหาและรับฟังพยานหลักฐานทุกอย่างที่เกี่ยวข้องและคำชี้แจงหรือความเห็นของคู่กรณี ยกเว้นกรณีที่เห็นว่าฟุ่มเฟือยหรือเป็นการเสนอเพื่อจงใจประวิงเวลา รวมถึงต้องขอข้อเท็จจริงจากคู่กรณี พยานบุคคล หรือพยาน

ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ครอบครองเอกสาร และต้องออกตรวจสถานที่ โดยต้องปกปิดเอกสารหรือพยานหลักฐานที่เป็นความลับจากคู่กรณี (ข้อ 27, 30-31, 33-34)

(3) การพิจารณาคดีในชั้นคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

ในขั้นตอนการพิจารณาชี้มูลความผิดโดยคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ข้อบังคับแพทยสภาฯ ฉบับปี 2540 กำหนดให้คณะอนุกรรมการต้องจัดการประชุมกำหนดแนวทางการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยมิชักช้าเมื่อประธานอนุกรรมการได้รับเรื่องร้องเรียนจากเลขาธิการแพทยสภา โดยในกรณีที่ผู้กล่าวหาคือผู้เสียหายเอง ให้คณะอนุกรรมการใช้ดุลพินิจแสวงหาข้อเท็จจริงจากผู้กล่าวหาก่อนแต่จะแสวงหาข้อเท็จจริงจากผู้ถูกร้องเรียนหรือไม่ก็ได้ แล้วให้รวบรวมพยานหลักฐานเพื่อพิจารณาว่ากรณีร้องเรียนมีมูลหรือไม่ (ข้อ 6-9)

ในขั้นลงมติชี้มูล ข้อบังคับกำหนดให้ถือความเห็นเสียงข้างมากของคณะอนุกรรมการเป็นหลัก แต่อนุญาตให้อนุกรรมการที่เห็นต่างสามารถขอลงบันทึกความเห็นตนไว้ได้ หลังจากนั้นให้นำเสนอรายงานความเห็นต่อคณะกรรมการแพทยสภา ซึ่งต้องมีเนื้อหาประกอบด้วยประเด็นต่างๆ เหล่านี้เป็นอย่างน้อย ได้แก่ วันที่สรุปรายงานและความเห็น ชื่อที่อยู่ของผู้ถูกร้องเรียน พฤติกรรมโดยย่อที่ปรากฏในเรื่องร้องเรียน พยานหลักฐานที่รวบรวมมาได้ ความเห็นชี้มูลและเหตุผลของคณะอนุกรรมการ และความเห็นต่าง (หากมี) แต่ทั้งนี้ หากคณะอนุกรรมการเห็นว่าเอกสารหลักฐานชิ้นใดมีเหตุจำเป็นหรือเห็นสมควรไม่ส่ง ก็ให้มีสิทธิทำได้แต่ต้องระบุชื่อรายการไว้ในรายงานด้วย (ข้อ 12-14)

ต่อมา ข้อบังคับแพทยสภาฯ ฉบับปี 2548 ได้เพิ่มเติมขั้นตอนว่าเมื่อมีการร้องเรียนเกิดขึ้น ให้คณะอนุกรรมการมีหน้าที่ทำหนังสือแจ้งคำร้องเรียนและสิทธิให้ผู้ถูกร้องเรียนทราบ รวมถึงเรียกเอกสารที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น และเมื่อมีการประชุมสรุปประเด็นความผิดแล้ว คณะอนุกรรมการจะต้องส่งผลสรุปและพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดแก่ผู้ถูกร้องเรียนเพื่อให้ได้โต้แย้งหรือชี้แจงตามเวลาที่กำหนด และต้องออกหมายเรียกผู้ถูกร้องเรียนมาให้ถ้อยคำต่อหน้าในกรณีที่คำชี้แจงที่ได้รับไม่ชัดเจน เมื่อได้รับคำชี้แจงหรือครบกำหนดเวลาแล้ว คณะอนุกรรมการจึงค่อยดำเนินการลงมติได้ (ข้อ 39, 41-42)

(4) การพิจารณาคดีในชั้นคณะอนุกรรมการสอบสวน

สำหรับขั้นตอนการสอบสวน ข้อบังคับแพทยสภาฯ ฉบับปี 2540 กำหนดให้คณะอนุกรรมการสอบสวนเริ่มดำเนินการเมื่อเลขาธิการแพทยสภาแจ้งเรื่องมายังประธานอนุกรรมการ โดยในเบื้องต้นให้คณะอนุกรรมการแจ้งและส่งสำเนาแก่ผู้ถูกร้องเรียนเกี่ยวกับข้อกล่าวหาหรือกล่าวโทษ แจ้งสิทธิในการยื่นคำชี้แจงภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งโดยอาจร้องขอให้คณะอนุกรรมการพิจารณาขยายระยะเวลาได้

และแจ้งสิทธิในการส่งรายการบัญชีระบุพยานหลักฐาน (ผู้ถูกร้องเรียนสามารถระบุตนเป็นพยานได้) ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งหรือภายในเวลาที่ประธานคณะอนุกรรมการกำหนด ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการอาจใช้ดุลพินิจไม่ส่งข้อมูลบางอย่าง เช่น ชื่อที่อยู่ผู้ร้องเรียน (ข้อ 15-17)

ในการประชุมพิจารณาสอบสวน ให้คณะอนุกรรมการรวบรวมประวัติส่วนตัวและประวัติความประพฤติของผู้ถูกร้องเรียนเพื่อประกอบการพิจารณากำหนดแนวทางสอบสวน โดยการประชุมจะต้องจัดขึ้นภายหลังผู้ร้องเรียนได้รับแจ้งข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษไม่น้อยกว่า 15 วัน ยกเว้นคณะอนุกรรมการตั้งใจจะไม่เรียกผู้ถูกร้องเรียนมารับการสอบสวน (ข้อ 18)

สำหรับการรวบรวมพยานหลักฐาน คณะอนุกรรมการอาจมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ผู้ใดผู้หนึ่งไปรวบรวมพยานหลักฐานเฉพาะอย่างมาเสนอ ส่วนการสอบปากคำแต่ละครั้งจะต้องดำเนินการโดยอนุกรรมการสอบสวนไม่น้อยกว่า 2 คน โดยการเรียกหรือไม่เรียกผู้ถูกร้องเรียนมาสอบสวน การแสดงพยาน หรือเรียกพยานมาให้ถ้อยคำนั้น ให้ถือเป็นดุลพินิจของคณะอนุกรรมการทั้งนี้ หากผู้ถูกร้องเรียนไม่ให้ความร่วมมือก็ให้กระบวนการดำเนินต่อไป (ข้อ 20-24)

เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการข้างต้น ให้คณะกรรมการสรุปความเห็นโดยยึดถือตามความเห็นเสียงข้างมาก แต่อนุญาตให้อนุกรรมการที่เห็นต่างสามารถขอลงบันทึกความเห็นตนไว้ได้ ทั้งนี้ สำนวนการสอบสวนและความเห็นอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญประกอบด้วย วันที่พิจารณาสรุปสำนวนและความเห็น ชื่อที่อยู่ของผู้ถูกร้องเรียน พฤติกรรมโดยย่อที่ปรากฏในเรื่องร้องเรียน ข้อเท็จจริงที่สอบสวนและพยานหลักฐานที่รวบรวมได้ ความเห็นของคณะอนุกรรมการว่าสมควรยกข้อกล่าวหาหรือลงโทษผู้ถูกร้องเรียนอย่างไร โดยจะต้องพิจารณาถึงเหตุอันควรปราณีประกอบ เช่น คุณความดีในอดีต ความสำนึกผิด ความพยายามบรรเทาผลร้าย การยอมรับผิดหรือให้ความรู้อันเป็นประโยชน์ในการพิจารณาคดี นอกจากนี้ สำนวนและความเห็นยังต้องประกอบด้วยความเห็นของอนุกรรมการเสียงข้างน้อย (หากมี) ทั้งนี้ ในการเสนอสำนวนและความเห็น ให้คณะอนุกรรมการเสนอพร้อมเอกสารหลักฐานทั้งหมด แต่หากเห็นว่าเอกสารหลักฐานชิ้นใดไม่สมควรส่งต่อ ก็ให้มีสิทธิทำได้แต่ต้องระบุชื่อรายการไว้ในรายงานด้วย (ข้อ 28-30)

ต่อมา ข้อบังคับแพทยสภาฯ ฉบับปี 2548 กำหนดขั้นตอนเพิ่มเติมว่าเมื่อคณะอนุกรรมการสอบสวนเห็นว่าพยานหลักฐานเพียงพอแล้ว ให้กำหนดประเด็นความผิดแล้วส่งให้ผู้ถูกร้องเรียนพร้อมพยานหลักฐานเพื่อให้ได้ชี้แจงหรือโต้แย้งภายใน15 วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง โดยผู้ถูกร้องเรียนสามารถร้องขอให้คณะอนุกรรมการใช้ดุลพินิจขยายเวลา เมื่อครบระยะเวลากำหนดส่งคำชี้แจง ให้คณะอนุกรรมการออกหมาย

เชิญผู้ร้องเรียนหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องมาให้ถ้อยคำ ตามด้วยการเชิญผู้ถูกร้องเรียนมาโต้แย้งและแสดงหลักฐานปิดท้าย (ข้อ 48-49)

(5) คณะกรรมการแพทยสภา

ข้อบังคับแพทยสภาฯ ฉบับปี 2540 กำหนดว่าเมื่อรับรายงานและความเห็นของคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ให้คณะกรรมการแพทยสภาพิจารณาว่าข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานเพียงพอหรือไม่ หากเพียงพอให้คณะกรรมการออกคำสั่งยกข้อกล่าวหาในกรณีคดีไม่มีมูล หรือส่งเรื่องพร้อมรายงานความเห็นตลอดจนพยานหลักฐานทั้งหมดให้คณะอนุกรรมการสอบสวนในกรณีคดีมีมูล แต่หากเห็นว่ายังไม่เพียงพอ ให้ส่งเรื่องและกำหนดประเด็นให้คณะอนุกรรมการแสวงหาข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานเพิ่มเติม ทั้งนี้ หากคณะกรรมการเห็นต่างจากคณะอนุกรรมการ ให้คณะกรรมการมีสิทธิวินิจฉัยชี้ขาดตามเสียงข้างมากแล้วให้เลขาธิการแจ้งมติและเหตุผลแก่ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรม (ข้อ 31-32)

สำหรับขั้นตอนพิจารณาสำนวนและความเห็นของคณะอนุกรรมการสอบสวน ให้คณะกรรมการพิจารณาว่าข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานเพียงพอหรือไม่ หากเพียงพอให้พิจารณาว่าผู้ถูกร้องเรียนมีพฤติกรรมตามเรื่องร้องเรียนหรือไม่ และพฤติกรรมดังกล่าวผิดข้อบังคับหมวดใด ข้อใด ควรกำหนดโทษระดับใด หากกรณีที่ไม่ปรากฏความผิดให้ออกคำสั่งยกข้อกล่าวหา แต่หากปรากฏความผิด ให้ออกคำสั่งลงโทษอย่างใดอย่างหนึ่งระหว่างว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาตตามกำหนดเวลาแต่ไม่เกิน 2 ปี หรือเพิกถอนใบอนุญาต แต่ถ้าคณะกรรมการแพทยสภาเห็นว่าพยานหลักฐานและข้อเท็จจริงไม่เพียงพอให้ส่งเรื่องและกำหนดประเด็นให้คณะอนุกรรมการสอบสวนทำการสอบสวนเพิ่มเติม ส่วนในกรณีที่คณะกรรมการแพทยสภาเห็นต่างจากคณะอนุกรรมการ ให้คณะกรรมการมีสิทธิวินิจฉัยชี้ขาดตามเสียงข้างมาก แล้วให้เลขาธิการแจ้งมติและเหตุผลแก่ประธานคณะอนุกรรมการสอบสวน (ข้อ 33-34)

ทั้งนี้ ในขั้นตอนการรับผลการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการทั้งสองชุด คณะกรรมการแพทยสภาอาจรับเรื่องโดยตรง หรือแต่งตั้งคณะอนุกรรมการกลั่นกรองเพื่อจัดทำความเห็นเสนอก่อนอีกชั้นหนึ่งก็ได้ (ข้อ 35)

เมื่อเสร็จสิ้นขั้นตอนข้างต้น ให้นายกแพทยสภาเสนอมติคณะกรรมการ รายงาน สำนวน และความเห็นของคณะอนุกรรมการทั้งสองชุดต่อสภานายกพิเศษ (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) เพื่อขอความเห็นชอบโดยมิชักช้า โดยสภานายกพิเศษมีสิทธิยับยั้งมติ และแพทยสภามีสิทธิยืนยันมติกลับด้วยคะแนนเสียงไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 แต่หากสภานายกพิเศษไม่ตอบกลับภายใน 15 วันให้ถือว่าเห็นชอบ (ข้อ 36)

หลังจากนั้น ให้เลขาธิการทำคำสั่งแพทยสภาเป็นหนังสือแล้วให้นายกแพทยสภาลงนาม แล้วให้เลขาธิการบันทึกคำสั่งและมติคณะกรรมการลงในทะเบียนของผู้ถูกร้องเรียน แล้วส่งสำเนาแก่ผู้ถูกร้องเรียน ประธานอนุกรรมการสอบสวน ประธานอนุกรรมการจริยธรรม ผู้บังคับบัญชาหรือนายจ้างผู้ถูกลงโทษ และในกรณีที่มีคำสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต ให้ส่งหนังสือและสำเนาเพิ่มเติมไปยังผู้อำนวยการกองประกอบโรคศิลปะ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และหัวหน้าสถานีตำรวจในพื้นที่ที่ผู้ถูกลงโทษประกอบวิชาชีพ รวมถึงส่งบรรณาธิการแพทยสภาสารเพื่อตีพิมพ์ แต่สำหรับการเผยแพร่คำวินิจฉัยหรือข้อเท็จจริงแก่สื่อมวลชน ให้คณะกรรมการใช้ดุลพินิจเป็นรายกรณี

ผู้ถูกร้องเรียนที่ถูกพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตต้องตอบรับคำสั่งรวมถึงส่งใบอนุญาตประกอบวิชาชีพให้แก่เลขาธิการแพทยสภาภายใน15 วัน (ข้อ 38-42)

สำหรับข้อบังคับแพทยสภาฯ ฉบับปี 2548 มีการเพิ่มเติมให้กรรมการที่มีความเห็นต่างจากคณะกรรมการเสียงข้างมากในแต่ละขั้นตอนสามารถลงบันทึกความเห็นต่างไว้ได้ รวมถึงมีการปรับแก้เนื้อหาที่น่าสนใจ ได้แก่ การกำหนดให้ส่งหนังสือคำสั่งถึงคู่กรณีจากเดิมที่ให้ส่งสำเนาถึงผู้ถูกร้องเรียนเท่านั้น และยกเลิกการกำหนดให้ต้องส่งคำสั่งแพทยสภาไปยังบรรณาธิการแพทยสภาสารเพื่อตีพิมพ์ นอกจากนี้ ยังมีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าการอุทธรณ์คำสั่งแพทยสภาไม่สามารถทำได้ แต่ให้คู่กรณีมีสิทธิโต้แย้งโดยการฟ้องร้องต่อศาลปกครองได้ภายใน 90 วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่ง และมีสิทธิทำคำขอให้คณะกรรมการเพิกถอนหรือแก้ไขคำสั่งเมื่อมีพยานหลักฐานใหม่ หรือไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการหรือถูกตัดโอกาสอย่างไม่เป็นธรรม หรือเจ้าหน้าที่ไม่มีอำนาจทำคำสั่ง หรือเมื่อพบว่าข้อเท็จจริงหรือข้อกฎหมายเปลี่ยนแปลงไปโดยคู่กรณีที่มีสิทธิทำคำขอนั้นต้องไม่ทราบเหตุเหล่านี้มาก่อนโดยไม่ใช่ความผิดของตน และต้องกระทำภายใน 90 วันนับแต่รู้เหตุ

นอกจากนี้ ยังกำหนดให้คณะกรรมการมีอำนาจในการเพิกถอนคำสั่งที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายทั้งหมดหรือบางส่วน โดยให้มีผลย้อนหลัง ไม่ย้อนหลัง หรือมีผลไปถึงอนาคตก็ได้แม้จะพ้นขั้นตอนการโต้แย้งไปแล้วก็ตาม (ข้อ 53-54, 60-61, 65-67)

6.5.2 'ชีวิตจริง' ของกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภา

(1) เส้นทางเดินของคดีในการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภา

จากการสำรวจคำพิพากษาหรือคำสั่งชี้ขาดของศาลปกครองกลางในคดีเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาเรื่องกล่าวหาหรือเรื่องกล่าวโทษด้านจริยธรรมของแพทยสภาจำนวนทั้งสิ้น 61 คดี (มีคดีที่ยื่น

อุทธรณ์ต่อศาลปกครองสูงสุด 1 คดี) มีคดีที่มีข้อเท็จจริงแห่งคดีสมบูรณ์พอจะนำมาใช้วิเคราะห์เส้นทางเดินของคดีในการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภา กล่าวคือมีการระบุถึงมติของคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม คณะอนุกรรมการสอบสวน คณะอนุกรรมการกลั่นกรอง และคณะกรรมการแพทยสภา รวมทั้งสิ้น 32 คดี ทั้งนี้ คำพิพากษาหรือคำสั่งชี้ขาดหลายฉบับที่ผู้วิจัยนำมาใช้อาจไม่ได้กล่าวถึงขั้นตอนการพิจารณาของคณะอนุกรรมการกลั่นกรองในกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมคดีนั้นๆ แม้จะมีอยู่ก็ตาม โดยเฉพาะในกรณีที่คณะอนุกรรมการกลั่นกรองมีความเห็นสอดคล้องกับคณะอนุกรรมการที่พิจารณาส่งเรื่องมาให้ ดังนั้น ในการวิเคราะห์ส่วนนี้ ผู้วิจัยจะระบุถึงขั้นตอนในส่วนคณะอนุกรรมการกลั่นกรอง เฉพาะที่มีการระบุว่ามีอยู่และปรากฏข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลการพิจารณาในคำพิพากษาหรือคำสั่งชี้ขาดอย่างชัดแจ้งเท่านั้น

ส่วนคดีที่เหลือที่ไม่ได้นำมาพิจารณาด้วย เป็นคดีที่มีข้อเท็จจริงซ้ำซ้อนกับ 32 คดีที่กล่าวไป หรือมีข้อมูลไม่สมบูรณ์เพียงพอ อาจจะเนื่องจากกระบวนการพิจารณาในชั้นแพทยสภายังไม่แล้วเสร็จสมบูรณ์ หรือคำพิพากษาไม่ได้ระบุข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับคดีไว้อย่างชัดเจน ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถแกะรอยข้อเท็จจริงแห่งคดีมาใช้วิเคราะห์ได้

จากการสำรวจคดีศาลปกครองกลางเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาเรื่องกล่าวหาหรือเรื่องกล่าวโทษด้านจริยธรรมจำนวน 32 คดีที่มีข้อมูลข้อเท็จจริงสมบูรณ์ พบว่า ในเอกสารคำพิพากษาหรือคำสั่งชี้ขาดของศาลปกครองกลางได้อธิบายข้อเท็จจริงแห่งคดีในชั้นกลไกการพิจารณาคดีของแพทยสภา ดังนี้

ในชั้นคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมได้ชี้ว่า (1) มีมูลความผิด 24 คดี โดยในจำนวนนี้มี 2 คดี ที่มีการตั้งคณะอนุกรรมการกลั่นกรองขึ้นมาพิจารณาอีกชั้นหนึ่งก่อนเสนอเรื่องแก่คณะกรรมการแพทยสภา โดยคณะอนุกรรมการกลั่นกรองเห็นพ้องว่าคดีมีมูลทั้ง 2 คดี (2) ไม่มีมูลความผิด 8 คดี โดยในจำนวนนี้มี 1 คดีที่เมื่อคณะกรรมการแพทยสภารับเรื่องแล้วส่งกลับมาให้แสวงหาข้อเท็จจริงเพิ่มเติม ซึ่งสุดท้ายคณะอนุกรรมการจริยธรรมฯ ยังคงยืนยันตามมติเดิม นอกจากนี้ มีอีก 2 คดีที่มีการตั้งคณะอนุกรรมการกลั่นกรองขึ้นมาพิจารณาอีกชั้นก่อนเสนอความเห็นสู่คณะกรรมการแพทยสภา ซึ่งพบว่าคณะอนุกรรมการกลั่นกรองเห็นพ้องตามมติของคณะอนุกรรมการจริยธรรมฯ 1 คดี ส่วนอีก 1 คดี คณะอนุกรรมการกลั่นกรองเสนอให้คณะกรรมการแพทยสภาตั้งคณะอนุกรรมการจริยธรรมฯ ชุดใหม่ทำหน้าที่พิจารณาคดีดังกล่าวแทน ซึ่งท้ายที่สุด คณะอนุกรรมการจริยธรรมฯ ชุดใหม่ได้ชี้มูลความผิด

ทั้งนี้ ในขั้นตอนดังกล่าวไม่พบว่ามีกรณีที่คณะกรรมการแพทยสภากลับมติของคณะอนุกรรมการจริยธรรมฯ หรือคณะอนุกรรมการกลั่นกรอง (โปรดดูภาพที่ 6.8 ประกอบ)

สำหรับคดีที่ได้รับการชี้มูลความผิดจำนวน 25 คดี ก็จะถูกส่งต่อไปให้คณะอนุกรรมการสอบสวน ซึ่งในชั้นนี้มีการเสนอความเห็นให้

(1) ยกข้อกล่าวหา 10 คดี โดยในจำนวนนี้มี 2 คดีที่มีการตั้งคณะอนุกรรมการกลั่นกรองขึ้นมาพิจารณาอีกชั้นหนึ่งก่อนส่งเรื่องให้คณะกรรมการแพทยสภา ซึ่งพบว่าคณะอนุกรรมการดังกล่าวมีความเห็นต่างจากคณะอนุกรรมการสอบสวนทั้ง 2 คดี โดยคดีหนึ่งเสนอให้ว่ากล่าวตักเตือน และอีกคดีหนึ่งให้ลงโทษพักใช้ใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพแทนนอกจากนี้ ยังมีอีก 2 คดี ที่คณะกรรมการแพทยสภาส่งเรื่องกลับคืนมาให้คณะอนุกรรมการสอบสวนเพิ่มเติม ซึ่งต่อมาคณะอนุกรรมการสอบสวนได้ยืนยันมติยกข้อกล่าวหา 1 คดี และกลับความเห็นเป็นว่ากล่าวตักเตือนผู้ประกอบวิชาชีพ 1 คดี

เมื่อคณะกรรมการสอบสวนหรือคณะอนุกรรมการกลั่นกรองเสนอความเห็นดังกล่าวไปยังคณะกรรมการแพทยสภา พบว่ามีการกลับมติ 1 คดี โดยกลับจากยกข้อกล่าวหาเป็นลงโทษภาคทัณฑ์ผู้ประกอบวิชาชีพ

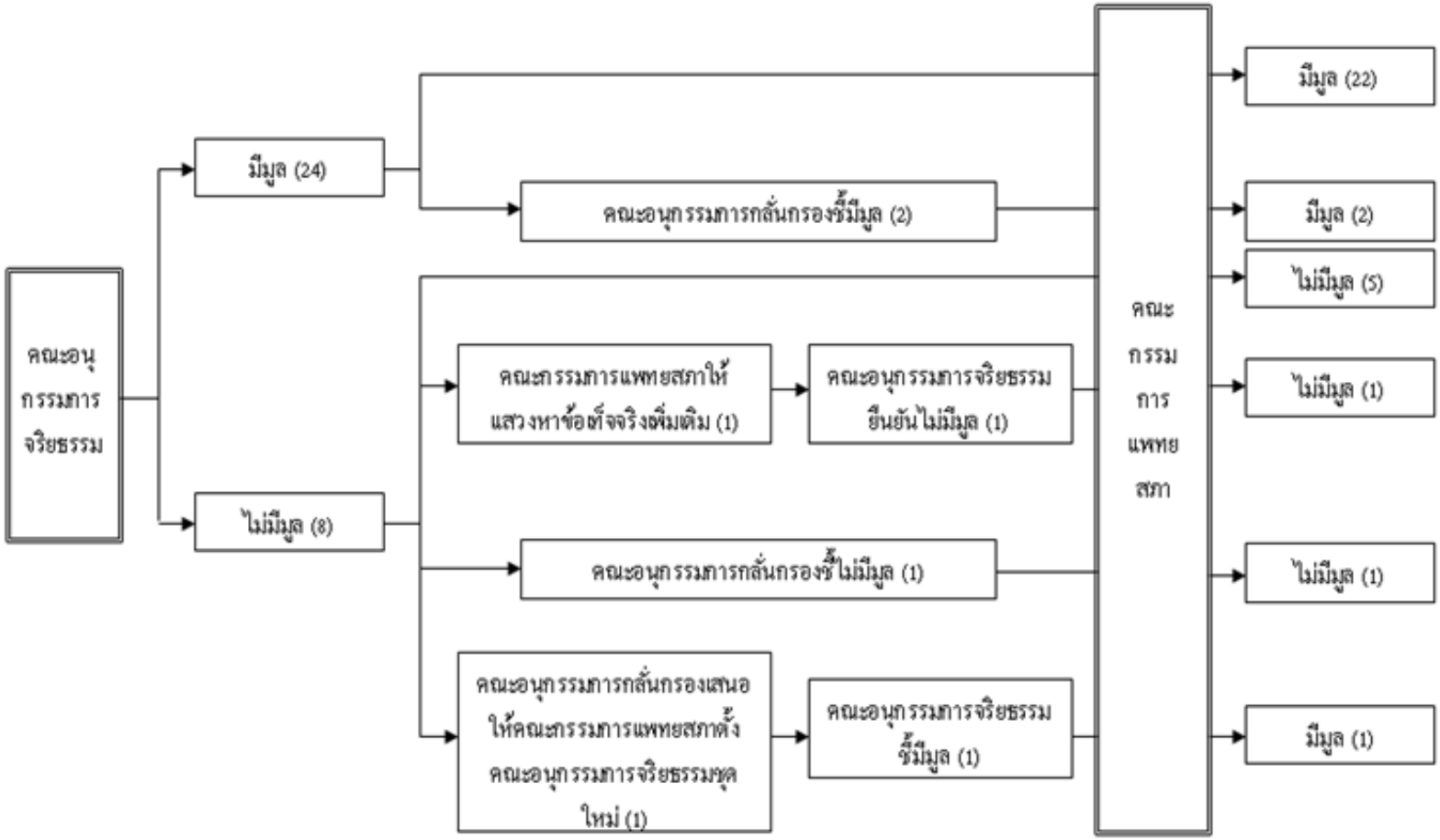
(2) ว่ากล่าวตักเตือน 7 คดี โดยมี 1 คดีที่คณะกรรมการแพทยสภาส่งเรื่องกลับให้คณะอนุกรรมการสอบสวนพิจารณาเสนอความเห็นใหม่ ซึ่งคณะอนุกรรมการยืนยันมติเช่นเดิม และพบว่าเมื่อคณะกรรมการสอบสวนเสนอความเห็นไปยังคณะกรรมการแพทยสภา มีการกลับมติ 4 คดี โดยกลับจากลงโทษว่ากล่าวตักเตือนเป็นยกข้อกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพ 2 คดี และพักใช้ใบอนุญาต 2 คดี

(3) ภาคทัณฑ์ 6 คดี ในจำนวนนี้ มี 1 คดีที่มีการตั้งคณะอนุกรรมการกลั่นกรองขึ้นมาพิจารณาอีกชั้นหนึ่ง แล้วมีความเห็นต่างเสนอให้พักใช้ใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพแทน และพบว่าเมื่อคณะกรรมการสอบสวนหรือคณะอนุกรรมการกลั่นกรองเสนอความเห็นดังกล่าวไปยังคณะกรรมการแพทยสภา พบว่ามีการกลับมติ 1 คดี โดยกลับจากลงโทษภาคทัณฑ์เป็นว่ากล่าวตักเตือนผู้ประกอบวิชาชีพ

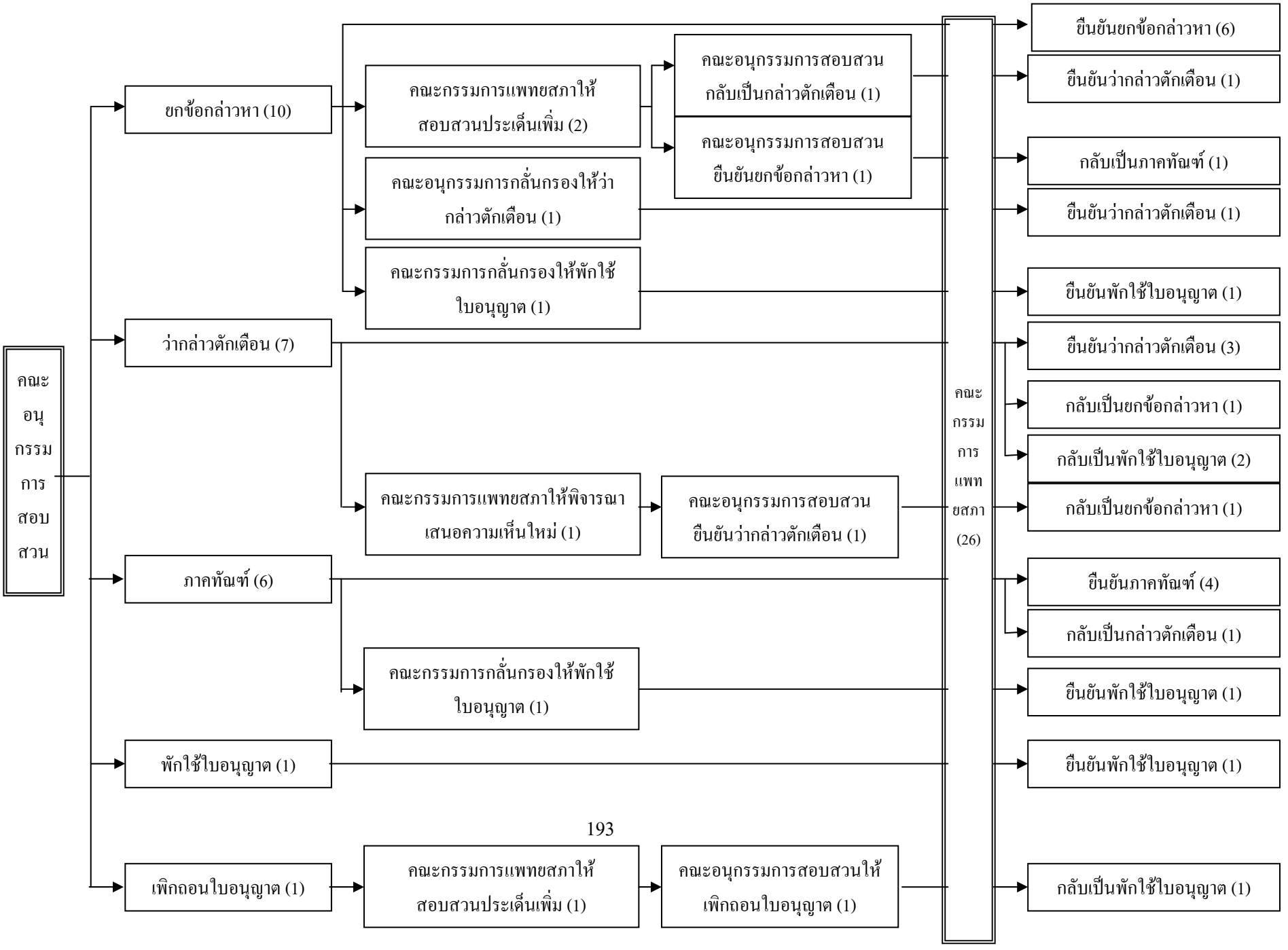
(4) พักใช้ใบอนุญาต 1 คดี ซึ่งคณะกรรมการแพทยสภามีมติเช่นเดียวกัน

(5) เพิกถอนใบอนุญาต 1 คดี ซึ่งต่อมาคณะกรรมการแพทยสภาส่งเรื่องให้คณะอนุกรรมการสอบสวนเพิ่มเติม แล้วคณะอนุกรรมการยืนยันมติเช่นเดิม และพบว่าเมื่อคณะกรรมการสอบสวนหรือคณะอนุกรรมการกลั่นกรองเสนอความเห็นดังกล่าวไปยังคณะกรรมการแพทยสภา มีการกลับมติ 1 คดี โดยกลับเป็นพักใช้ใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพ (โปรดดูภาพที่ 6.9 ประกอบ)

ภาพที่ 6.8 เส้นทางคดีในชั้นการพิจารณาโดยคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม



ภาพที่ 6.9 เส้นทางคดีในชั้นการพิจารณาโดยคณะอนุกรรมการสอบสวน



(2) สภาพปัญหาในกระบวนการพิจารณาคดีจริยธรรมของแพทยสภา

จากการสำรวจข้อเท็จจริงแห่งคดีในคำพิพากษาหรือคำสั่งชี้ขาดของศาลปกครองในคดีเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาเรื่องกล่าวหาหรือเรื่องกล่าวโทษด้านจริยธรรมของแพทยสภาทั้งหมด 61 คดี และอีก 1 คดีที่ผู้ป่วยฟ้องว่าแพทยสภาปฏิเสธไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ตน พบสภาพปัญหาในกระบวนการพิจารณาคดีจริยธรรมของแพทยสภา ดังนี้ ก. การปกปิดข้อมูล ข. ความไม่เป็นกลางในกระบวนการพิจารณาคดี ค. ความล่าช้าในกระบวนการพิจารณาคดี ง. การส่งหนังสือแจ้งมติหรือคำสั่งล่าช้า จ. กระบวนการพิจารณาคดีไม่เป็นธรรม ฉ. การตีความโดยเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ และ ช. การลงโทษไม่ได้สัดส่วนกับความผิด

ก. การปกปิดข้อมูล

จากการสำรวจข้อเท็จจริงแห่งคดี พบว่า มีกรณีที่แพทยสภาปกปิดข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้เสียหาย กล่าวคือ ผู้ป่วยฟ้องคดีต่อศาลปกครองกลางว่าตนได้ขอใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารทางราชการ พ.ศ. 2540 ให้แพทยสภาเปิดเผยประวัติและข้อมูลปัจจุบันเกี่ยวกับแพทย์ผ่าตัดเพื่อรักษาโรคไทรอยด์ของตน เนื่องจากตนเกิดอาการชาตามตัว วิงเวียนศีรษะ ไม่สามารถควบคุมคำพูดได้ และเสียงขาดหายเป็นช่วงๆ ภายหลังจากการผ่าตัด ซึ่งสืบทราบต่อมาว่าเกิดจากเส้นประสาทเสียงถูกตัด แต่ครั้นเมื่อติดต่อกลับไป จึงได้พบว่าแพทย์คนดังกล่าวไม่ผ่านการทดลองงานกับโรงพยาบาลและได้ย้ายไปอยู่ที่อื่นแล้ว

ในกรณีดังกล่าว รองเลขาธิการแพทยสภาให้คำตอบว่าไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลได้ เพราะเป็นรายงานแพทย์หรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองตามมาตรา 15 ของพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 (คำสั่งคดีหมายเลขดำที่ 10/2549)

ข. ความไม่เป็นกลางในกระบวนการพิจารณาคดี

ข้อเท็จจริงในคดีหมายเลขดำที่ 1609/2551 คณะอนุกรรมการกลั่นกรองได้เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการแพทยสภาว่า ความเห็นที่ชี้ว่าคดีไม่มีมูลของคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งเลขาธิการแพทยสภาได้มอบหมายให้พิจารณาเรื่องร้องเรียน “*อาจไม่เป็นธรรมและไม่โปร่งใส เนื่องจากประธานอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ชุดที่สาม เป็นรองผู้อำนวยการ (โรงพยาบาลที่เกิดเรื่อง-ผู้วิจัย) เป็นผู้ชี้แจงในเรื่องนี้*” จากความเห็นดังกล่าว คณะกรรมการแพทยสภาจึงมีมติส่งเรื่องให้คณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมชุดที่ 8 พิจารณาแทน ซึ่งในท้ายที่สุดได้กลับความเห็นเป็นว่าคดีมีมูล

กล่าวได้ว่าการส่งเรื่องให้คณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมชุดที่ 3 ซึ่งประธานมีผลประโยชน์ทับซ้อนนั้น ขัดกับหลักกระบวนการยุติธรรมทั่วไป รวมถึงขัดต่อข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนการพิจารณาเกี่ยวกับคดีด้านจริยธรรม พ.ศ.2548 ที่ออกมาบังคับใช้ในเวลาต่อมา (การร้องเรียนกรณีดังกล่าวเกิดขึ้นในปี พ.ศ.2543) ในข้อ 21-23 ที่กำหนดว่าเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณาคดีจะต้องไม่มีความเกี่ยวข้องหรือความขัดแย้งกับคู่กรณีคนใดคนหนึ่ง รวมถึงต้องไม่มีเหตุร้ายแรงที่จะส่งผลต่อความเป็นกลาง

ค. กระบวนการพิจารณาคดีล่าช้า

จากการสำรวจข้อเท็จจริงแห่งคดีเกี่ยวกับระยะเวลาของกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมในชั้นแพทยสภา พบว่า ในจำนวน 32 กรณี จากกรณีทั้งหมดที่ปรากฏในคำพิพากษา 61 คดี ซึ่งมีข้อมูลระบุวันที่แพทยสภารับเรื่องร้องเรียนหรือตรวจพบข่าวเกี่ยวกับการกระทำผิด จนถึงวันที่แพทยสภาประชุมเพื่อวินิจฉัยชี้ขาดคดี พบว่ามีจำนวนถึง 27 กรณี ที่ใช้เวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป กรณีที่ใช้เวลามากที่สุดใช้เวลา 7 ปี

ตารางที่ 6.4 ระยะเวลาของกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภา

ระยะเวลาในการพิจารณาคดี (ปี)	จำนวน
น้อยกว่า 1	5
1	9
2	7
3	3
4	5
5	1
6	1
7	1

หมายเหตุ: เศษเดือนไม่นับเป็นปี

ตัวอย่างอื่นๆ ที่สะท้อนความล่าช้าในกระบวนการพิจารณาคดี เช่น กรณีคดีหมายเลขดำที่ 1457/2549 ศาลปกครองกลางพิพากษาว่าแพทยสภาปฏิบัติหน้าที่ล่าช้าเกินควร ให้เร่งรัดการพิจารณาในชั้นคณะอนุกรรมการจริยธรรมให้แล้วเสร็จใน 30 วัน ในกรณีที่ผู้ฟ้องคดีได้กล่าวหาแพทย์ต่อแพทยสภาว่าผ่าตัดใส่เต้านมเทียมคุณภาพต่ำให้และเกิดความผิดพลาดในการผ่าตัด ส่งผลให้มีอาการเจ็บและชาที่หน้าอก โดยศาลให้เหตุผลว่า *"ผู้ฟ้องคดีมีหนังสือร้องเรียนต่อผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 (แพทยสภา-ผู้วิจัย) ให้สอบสวนและมีมติตั้งแต่วันที่ 27 มกราคม 2546 จนถึงวันที่ฟ้องคดีเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2549 ซึ่งเป็นระยะเวลากว่าสามปีครึ่ง ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ยังดำเนินการแสวงหาข้อเท็จจริงในขั้นวินิจฉัยว่ากรณีมีมูลหรือไม่มีมูลยังไม่แล้วเสร็จ โดยไม่ปรากฏข้อเท็จจริงใดที่แสดงว่าเกิดปัญหาหรืออุปสรรคหรือข้อยุ่งยากใดที่ทำให้การแสวงหา*

ข้อเท็จจริงเรื่องร้องเรียนที่พิพาทต้องเนิ่นช้าจากที่ควร ทั้งที่กระบวนการพิจารณาและแสวงหาข้อเท็จจริงเรื่องที่ได้รับร้องเรียนได้มีการกำหนดไว้ว่าให้กระทำโดยไม่ชักช้า"

ในคดีหมายเลขดำที่ 1556/2546 ศาลปกครองกลางพิพากษาว่าแพทยสภาละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติหรือปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวล่าช้าเกินสมควร ให้เร่งการดำเนินการพิจารณาในชั้นคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยร้องเรียนต่อแพทยสภาว่าการผ่าตัดลำไส้เกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ ซึ่งเรื่องดังกล่าวผู้อำนวยการโรงพยาบาลเองก็ได้ยอมรับผิดและกล่าวขอโทษผู้ป่วยแทนแพทย์ผู้ผ่าตัดแล้ว โดยศาลชี้แจงเหตุผลว่า *"แม้ในกฎหมายและข้อบังคับดังกล่าว (ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนวิธีพิจารณาด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2540-ผู้วิจัย) จะมิได้กำหนดระยะเวลาในการแสวงหาข้อเท็จจริงและรวบรวมพยานหลักฐานของคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม และการดำเนินการของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 (แพทยสภา-ผู้วิจัย) ...ก็ต้องดำเนินการให้เสร็จภายในเวลาอันควร เมื่อข้อเท็จจริงรับฟังได้ว่าประธานอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมชุดที่หนึ่ง ไม่ได้ดำเนินการอย่างใดจนกระทั่งผ่านไป 1 ปี กับ 8 เดือนเศษ เพิ่งจะมีหนังสือไม่ลงวันที่และไม่ระบุเดือน พ.ศ.2547 เชิญ ... (ชื่อญาติผู้ป่วย-ผู้วิจัย) ... ซึ่งเป็นผู้กล่าวโทษไปชี้แจงข้อเท็จจริงเพิ่มเติมในวันที่ 14 มกราคม 2547 และหากนับระยะเวลาหลังจากที่ประธานอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพชุดที่หนึ่งได้รับหนังสือลงวันที่ 8 มกราคม พ.ศ.2545 จากผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ก็รวมเป็นระยะเวลาถึง 2 ปีเศษ จึงถือได้ว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติหรือปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวล่าช้าเกินสมควร*"

ทั้งนี้ ในกรณีข้างต้นศาลยังชี้ต่อไปว่าการที่ข้อบังคับแพทยสภากำหนดให้เลขาธิการมีหน้าที่ทำรายงานสรุปเสนอที่ประชุม ส่วนหนึ่งเป็นเพราะต้องการให้เกิดการติดตามและเร่งรัดการดำเนินการ ดังนั้นเมื่อ *"ไม่ปรากฏข้อเท็จจริงว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่สองได้ติดตามการดำเนินการของคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมชุดที่หนึ่งเพื่อทำรายงานสรุปเสนอที่ประชุมคณะกรรมการของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 แต่ประการใด*" จึงถือว่าเลขาธิการได้ละเลยต่อหน้าที่หรือปฏิบัติหน้าที่ล่าช้าด้วย

สำหรับสาเหตุของความล่าช้าจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกรรมการแพทยสภาและอนุกรรมการแพทยสภาหลายท่านชี้ตรงกันว่าสาเหตุเกิดจากการที่แพทยสภาไม่มีคนทำงานมากพอรองรับปริมาณงาน และการที่คณะอนุกรรมการและกรรมการแพทยสภาประชุมกันเพียงเดือนละหนึ่งครั้งทำให้คืบหน้าช้าและประสบปัญหาในการนัดหมาย เช่น หากนัดหมายให้คู่กรณีหรือพยานมาให้ถ้อยคำแต่ไม่มาตามนัดก็จะต้องเลื่อนกำหนดไปเป็นเดือนหน้า

ในทางกลับกัน มีผู้ป่วยตั้งข้อสังเกตว่าความล่าช้าที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากความจงใจ ตัวอย่างเช่นคดีหมายเลขดำที่ 1434/2547 ผู้ป่วยที่ฟ้องร้องต่อศาลปกครองกลางอ้างว่าการพิจารณาที่ล่าช้าเป็นเพราะมีการฟ้องร้องแพทย์ต่อศาลยุติธรรมควบคู่ไปกับการร้องเรียนเรื่องจริยธรรมวิชาชีพ แพทยสภาจึงจงใจประวิงเวลาเพื่อรอให้ศาลพิพากษาคดีก่อนจึงค่อยมีมติ ทำให้ผ่านไป 4 ปี นับแต่มีการยื่นหนังสือร้องเรียนแพทย์ จึงค่อยมีคำสั่ง (6 ธันวาคม 2543 - 31 พฤษภาคม 2547)

หรือในคดีหมายเลขดำที่ 1609/2551 ที่กล่าวถึงในหัวข้อสภาพปัญหาความไม่เป็นกลางในกระบวนการพิจารณาคดี พบว่า หลังจากที่คณะกรรมการแพทยสภาพิจารณาความเห็นของคณะอนุกรรมการกลั่นกรองที่เสนอว่าประธานอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้กระบวนการไม่เป็นธรรมและโปร่งใส แล้วมีมติให้ส่งเรื่องคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพชุดอื่นพิจารณาแทน แพทยสภาใช้เวลาถึง 2 ปีในการส่งเรื่องร้องเรียนให้คณะอนุกรรมการจริยธรรมชุดใหม่ดำเนินการแทน

น่าสนใจว่าในบรรดากรณีร้องเรียนทั้งหมดที่ปรากฏในคำพิพากษาและคำสั่งศาลปกครอง ใน 4 กรณี ที่ผู้ถูกกล่าวหาหรือกล่าวโทษเป็นกรรมการหรืออดีตกรรมการแพทยสภา พบว่าแพทยสภาใช้เวลาพิจารณามากกว่า 5 ปีขึ้นไป เช่น กรณีผู้ประกอบวิชาชีพร้องศาลว่าได้ส่งเรื่องร้องเรียนผู้บริหารแพทยสภาว่าใส่ร้ายผู้ฟ้องคดีในทางเสียหายตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2545 แต่เมื่อติดตามผลในวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2548 กลับทราบเพียงว่าเรื่องยังคงอยู่ระหว่างการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม และหลังจากนั้นไม่เคยได้รับแจ้งความคืบหน้าหรือเรียกไปไต่สวนจวบจนวันที่ฟ้องศาลซึ่งล่วงเลยมากว่า 5 ปี (คดีหมายเลขดำที่ 2171/2550)

สำหรับกรอบระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการพิจารณาคดีนั้น คำพิพากษาและคำสั่งชี้ขาดของศาลปกครองของแต่ละคดีได้ระบุไว้แตกต่างกันไป เช่น คดีหมายเลขดำที่ 2388/2555 ศาลชี้ว่า "*...การพิจารณาดังกล่าวถือเป็นการพิจารณาทางปกครองอย่างหนึ่ง ซึ่งมาตรา 33 และ 85 แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 ประกอบกับข้อ 10 (3) (4) ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิบัติราชการเพื่อประชาชนของหน่วยงานรัฐ พ.ศ. 2532 กำหนดระยะเวลาอันเหมาะสมสำหรับการพิจารณาสั่งการ การแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ยื่นคำขอทราบไว้ให้แล้วเสร็จในกำหนดเวลา 90 วัน*"

ในขณะที่คดีหมายเลขดำที่ อ.928/2550 ศาลปกครองสูงสุดชี้ว่าคณะอนุกรรมการสอบสวนมีความสามารถที่จะดำเนินการพิจารณาเรื่องร้องเรียนให้แล้วเสร็จใน 1 ปีแม้จะไม่แน่นอนก็ตาม โดยให้เหตุผลว่าผู้รับมอบอำนาจจากแพทยสภาได้บอกกับศาลเอง ว่าไม่สามารถให้คำตอบที่แน่นอน แต่ *"หากเป็นกรณีร้องเรียนเกี่ยวกับมาตรฐานในการรักษาพยาบาลของสมาชิกแพทยสภา ... อาจจะใช้เวลา 1 ปี"*

ง. *การส่งหนังสือแจ้งมติหรือคำสั่งล่าช้า*

จากการสำรวจคำพิพากษาและคำสั่งของศาลปกครองกลางพบว่า มีกรณีร้องเรียนทั้งสิ้น 27 กรณีที่มีการระบุวันที่แพทยสภาประชุมลงมติจนถึงวันที่แพทยสภามีหนังสือแจ้งมติ หรือคำสั่งให้คู่กรณีรับทราบซึ่งพบว่าในจำนวนนี้ มี 25 กรณีที่ใช้เวลาในการส่งหนังสือตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป โดยมีถึง 10 กรณีที่ใช้เวลาตั้งแต่ 9 เดือน และหนังสือแจ้งผลใช้เวลาเดินทางนานที่สุด 15 เดือน

ตารางที่ 6.5 ระยะเวลานับแต่คณะกรรมการแพทยสภาวินิจฉัยชี้ขาดจนการส่งหนังสือแจ้งผล

ระยะเวลาที่ใช้ในการส่งหนังสือหลังวินิจฉัย (เดือน)	จำนวน
น้อยกว่า 1	2
1	4
2	4
3	2
4	1
5	2
6	2
7	-
8	-
9	1
10	2
11	4
12	1
13	1
14	-
15	1

หมายเหตุ: เศษวันไม่นับเป็นเดือน

ทั้งนี้ จากการสำรวจพบว่าความล่าช้าเกิดขึ้นในขั้นตอน (1) การนำเสนอคำวินิจฉัยชี้ขาดให้สภานายกพิเศษรับรองเพื่อออกคำสั่ง เช่น ในคดีหมายเลขดำที่ 1190/2548 พบว่า แพทยสภาใช้เวลาถึง 12

เดือนในขั้นตอนดังกล่าว และ (2) การส่งหนังสือแจ้งผลแก่คู่กรณีภายหลังสภานายกพิเศษรับรองผล เช่น คดีหมายเลขดำที่ 1473/2546 แพทยสภาใช้เวลาถึง 11 เดือนในการส่งหนังสือคำสั่งว่ากล่าวตักเตือนแก่แพทย์

จ. *กระบวนการพิจารณาคดีไม่เป็นธรรม*

จากการสำรวจพบว่ามีหลายกรณีที่คำพิพากษาศาลปกครองระบุว่าแพทยสภาลงมติหรือออกคำสั่งทั้งที่ยังดำเนินการไม่ครบขั้นตอน หรือไม่ให้สิทธิแก่คู่กรณีในกระบวนการพิจารณา ได้แก่

- *การดำเนินการไม่เป็นไปตามขั้นตอน*

ตัวอย่างเช่น ในคดีหมายเลขดำที่ 1414/2548 ศาลให้เพิกถอนมติยกข้อกล่าวหาของแพทยสภา แล้วให้ส่งเรื่องให้คณะอนุกรรมการสอบสวนทำการสอบสวนให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน เนื่องจากเห็นว่าการดำเนินการไม่เป็นไปตามขั้นตอน เพราะภายหลังคณะอนุกรรมการจริยธรรมของแพทยสภาได้รับเรื่องและส่งต่อให้คณะอนุกรรมการสอบสวนแล้ว คณะอนุกรรมการสอบสวนกลับมีมติไม่รับ และไม่ดำเนินการเรื่องให้แล้วเสร็จ นอกจากนี้คณะกรรมการแพทยสภายังได้ดำเนินการผิดบทบัญญัติด้วยการตั้งคณะอนุกรรมการสอบสวนชุดพิเศษสำหรับกรณีดังกล่าวโดยเฉพาะ อีกทั้งยังตั้งประเด็นใหม่ให้สอบสวนสอบสวน แต่คณะอนุกรรมการสอบสวนชุดพิเศษก็ไม่ดำเนินการใดๆ จนหมดวาระไปพร้อมคณะกรรมการแพทยสภา

- *การละเมิดสิทธิคู่กรณี*

ตัวอย่างเช่น คดีหมายเลขดำที่ 1787/2548 ศาลเพิกถอนคำสั่งของแพทยสภาที่ให้ว่ากล่าวตักเตือนแพทย์ เนื่องจากเห็นว่าไม่เปิดโอกาสให้แพทย์ได้รับทราบข้อเท็จจริงอย่างเพียงพอตามมาตรา 30 แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 กล่าวคือแพทยสภาไม่ “*เปิดโอกาสให้ผู้ถูกร้องเรียนได้รับทราบข้อเท็จจริงอย่างเพียงพอ และมีโอกาสในการโต้แย้งหรือแสดงพยานหลักฐานของตน*” โดยเฉพาะการเปิดเผยความเห็นของราชวิทยาลัยที่ใช้ “*เป็นข้อเท็จจริงที่เป็นส่วนสาระสำคัญในการวินิจฉัยเพื่อออกคำสั่งทางปกครอง*” เพื่อให้ผู้ถูกร้องเรียนโต้แย้งได้

ในคำพิพากษาของคดีหมายเลขดำที่ 3240/1649 ศาลให้เพิกถอนมติลงโทษผู้ประกอบวิชาชีพ ในกรณีแพทยสภาชี้ว่าผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและแพทย์ที่ถูกลงโทษรักษาผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย รวมถึงกักศพผู้ป่วย โดยให้เหตุผลส่วนหนึ่งว่าเพราะแพทยสภาไม่ได้เปิดให้ผู้ถูกร้องเรียนรับทราบข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานในการกล่าวหาอย่างเพียงพอ และไม่ให้สิทธิในการชี้แจงโต้แย้งหรือนำพยานหลักฐานเข้าหักล้าง ในคดีดังกล่าว ภายหลังคณะอนุกรรมการสอบสวนรับฟังพยานฝ่ายผู้กล่าวหา ก็ได้ส่งหนังสือขอความเห็นไปยังที่ปรึกษากฎหมายเกี่ยวกับบทลงโทษกรณีกักศพก่อนจะมีการสอบปากคำพยานและผู้ถูกร้องเรียน ซึ่ง “*แสดงถึงเจตนาที่จะไม่แสวงหาข้อเท็จจริง*

ให้สมบูรณ์เสียก่อน" รวมถึงไม่ได้แสดงเหตุผลและรายละเอียดที่ชัดเจนในการหักล้างความเห็นราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ซึ่ง *"มีเหตุผลในทางวิชาการและมีน้ำหนักควรรับฟังมากกว่าความเห็นของคณะกรรมการแพทสภาซึ่งไม่ปรากฏเหตุผลใดที่จะหักล้างความเห็นขององค์กรผู้เชี่ยวชาญทั้งสององค์กร"*

นอกจากนี้ ศาลยังได้ชี้ประเด็นทางกฎหมายที่น่าสนใจว่า แม้ข้อบังคับแพทยสภาฯ ฉบับปี 2540 ได้กำหนดเกี่ยวกับวิธีการสอบสวนและสิทธิของผู้ถูกร้องเรียนในการชี้แจงข้อกล่าวหาไว้พอสมควร แต่ *"ไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับการแจ้งให้ผู้ถูกร้องเรียนได้ทราบถึงข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานที่สนับสนุนข้อกล่าวหาอันเป็นผลร้ายต่อผู้ถูกร้องเรียน ซึ่งเป็นสาระสำคัญที่ผู้ถูกร้องเรียนจำเป็นต้องทราบเพื่อให้การชี้แจงแก้ข้อกล่าวหาสามารถกระทำได้ตรงประเด็น และเปิดโอกาสให้ผู้ถูกร้องเรียนนำพยานหลักฐานเข้าสืบหักล้างพยานหลักฐานฝ่ายกล่าวหาได้เต็มที่ ซึ่งต่างจากมาตรา 30 แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองพ.ศ.2539... ข้อบังคับแพทยสภาดังกล่าวข้างต้นมีหลักเกณฑ์ที่ประกันความเป็นธรรมต่ำกว่าหลักเกณฑ์ที่กำหนดในพระราชบัญญัติดังกล่าว การสอบสวนพิจารณาของคณะอนุกรรมการสอบสวนจึงต้องถือตามพระราชบัญญัตินี้"*

สองกรณีข้างต้นเป็นคดีที่มูลเหตุการฟ้องร้องเกิดจากเหตุการณ์เดียวกัน โดยผู้ฟ้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจพบว่ามีอีกหลายคดีที่ผู้ป่วยฟ้องร้องต่อศาลว่าแพทยสภาละเลยในการให้สิทธิชี้แจง โต้แย้ง หรือแสดงพยานหลักฐานเช่นกัน แต่ทั้งหมดตกไปเนื่องจากศาลเห็นว่าแพทยสภามีสิทธิใช้ดุลพินิจในการแสวงหาข้อเท็จจริงจากผู้ร้องเรียน (ตามข้อบังคับแพทยสภาฯ ฉบับปี 2540) หรือเห็นว่ามติหรือคำสั่งของแพทยสภานั้นสมเหตุสมผลแล้ว

ตัวอย่างเช่นในคดีหมายเลขดำที่ 1434/2547 ผู้ฟ้องซึ่งเป็นผู้ป่วยอ้างว่าได้ร้องเรียนต่อแพทยสภาว่าผู้ประกอบวิชาชีพผ่าตัดทำคลอดให้ตนโดยไม่ทราบว่ามีทารกมากกว่าหนึ่งคน ส่งผลให้ทารกคนที่แพทย์ทำการผ่าตัดทำคลอดให้เป็นลำดับที่สองเสียชีวิต แต่เมื่อร้องเรียน แพทยสภากลับยกข้อกล่าวหาโดยไม่ได้แสวงหาข้อเท็จจริงจากฝั่งญาติผู้ป่วย

- *การพิจารณาไม่ครบประเด็นสำคัญ*

ในคดีดำหมายเลข 1009/2548 ศาลให้เพิกถอนมติยกข้อกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของแพทยสภาเนื่องจากพิจารณาไม่ครบประเด็นสำคัญ กล่าวคือ ผู้ป่วยร้องเรียนว่าพยาบาลรักษาแผลติดเชื้อที่นิ้วด้วยการตัดหนังหุ้มปลายนิ้วและเย็บแผลโดยไม่มีผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ควบคุม ส่งผลให้ภายหลังนิ้วชี้ไม่สามารถงอได้ตามปกติและต้องผ่าตัดนิ้วกลางออก 2 ข้อ ในกรณีดังกล่าว แพทยสภาพิจารณาเพียงว่าพยาบาลมีอำนาจให้การรักษาดังกล่าวหรือไม่ แล้วมีมติว่าคดีดังกล่าวไม่มีมูลเพราะอยู่ในขอบเขตที่พยาบาล

สามารถกระทำได้ แต่ศาลชี้ว่าแพทยสภาไม่พิจารณาประเด็นสำคัญที่ว่าขณะดำเนินการดังกล่าวแพทย์ที่ควรอยู่ประจำเวรและควบคุมการดำเนินการของพยาบาลได้เข้าเวรตามที่ได้รับมอบหมายหรือไม่

ฉ. *การตีความโดยเอื้อประโยชน์ให้ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์*

ในหลายกรณี เมื่อมีการร้องเรียนต่อแพทยสภาเกี่ยวกับการละเมิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พบว่ามีการตีความเนื้อหาเรื่องร้องเรียนและนิยามคำในลักษณะที่เอื้อประโยชน์แก่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ตัวอย่างเช่น ในคำสั่งคดีหมายเลข 44/2551 ผู้ป่วยอ้างว่าเข้ารับการผ่าตัดรักษาแผลที่ใบหน้า ดามเหล็กเหนือข้อเท้าขวาและถ่วงเหล็กบริเวณเหนือหัวเข่าเนื่องจากรถยนต์ประสบอุบัติเหตุพลิกคว่ำ แต่ภายหลังผ่าตัดมีอาการตัวร้อน มีไข้ และปวดแผลผ่าตัด เมื่อสอบถามแพทย์เวร ได้รับคำแนะนำว่าให้สอบถามแพทย์เจ้าของไข้ เมื่อสอบถามแพทย์เจ้าของไข้ ได้รับคำแนะนำว่าให้สอบถามจากแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด แต่ไม่สามารถตามตัวได้ และได้รับแจ้งว่าแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะไม่เข้ามาที่โรงพยาบาลจนกว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ สุดท้ายเมื่อผู้ป่วยคลายผ้าพันแผลและย้ายโรงพยาบาลพบว่าบริเวณที่ถูกพันไม่มีความรู้สึก ต่อมามีไข้สูงจนเพ้อ แผลผ่าตัดที่ขาเน่า แผลที่ใบหน้าติดเชื้อรุนแรง ตรวจพบเพิ่มว่ากระดูกสันหลังหัก ต้องตัดขาขวา (และเสียชีวิตในเวลาต่อมาระหว่างฟ้องคดี)

จากเหตุการณ์ดังกล่าว ผู้ป่วยอ้างว่าได้ร้องเรียนต่อแพทยสภาโดยไม่ได้ระบุตัวแพทย์ที่กระทำผิด เพราะต้องการร้องเรียนแพทย์ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาในโรงพยาบาลแรก แต่เลขาธิการอาศัยอำนาจตามข้อบังคับแพทยสภาฯ ปี 2548 ระบุตัวผู้ถูกร้องเรียนให้เป็นแพทย์เจ้าของไข้ ภายหลังคณะกรรมการแพทยสภามีมติยกข้อกล่าวหาเนื่องจากคดีไม่มีมูล เพราะความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด ไม่ใช่แพทย์เจ้าของไข้

อีกตัวอย่างหนึ่งคือในคำสั่งคดีหมายเลขดำที่ 367/2546 ปรากฏข้อเท็จจริงว่าญาติผู้ป่วยได้ร้องเรียนต่อแพทยสภาให้พิจารณาดำเนินคดีด้านจริยธรรมกับผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบ ในกรณีโรงพยาบาลปล่อยปละละเลยให้พยาบาลที่ไม่ได้จบการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ อีกทั้งไม่มีใบประกอบวิชาชีพ มาจัดท่านอนและดูดเสมหะผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งญาติผู้ป่วยเห็นว่าเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

ต่อกรณีข้างต้น แพทยสภาตีความว่า '*การจัดท่านอนและการดูดเสมหะ*' ไม่ใช่การประกอบวิชาชีพเวชกรรม คดีจึงไม่มีมูลและให้ยกข้อกล่าวหาผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ อย่างไรก็ตาม กองการประกอบโรคศิลปะไม่เห็นด้วยกับมติของแพทยสภาจึงดำเนินการสอบสวนต่อและส่งเรื่องให้คณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมและกรรมการสภาการพยาบาล ซึ่งทั้งสองได้ข้อสรุปตรงกันว่าไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่า

ผู้ป่วยเสียชีวิตเพราะการดูดเสมหะแต่พยาบาลได้ทำการประกอบวิชาชีพโดยไม่ได้รับอนุญาต จึงสมควรดำเนินการกับพยาบาลและพยาบาลหัวหน้าเวรผู้รับผิดชอบ และให้ดำเนินคดีกับผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามมาตรา 34 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

ช. การลงโทษไม่ได้สัดส่วนกับความผิด

คำพิพากษาของศาลปกครองในหลายคดีชี้ว่าแพทยสภาได้พิจารณาลงโทษแพทย์ในคดีจริยธรรมไม่ได้สัดส่วนกับความผิดที่ก่อหรือความเสียหายที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยพบว่านับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2555 มีคำพิพากษาศาลปกครองในคดีเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาเรื่องกล่าวหาหรือเรื่องกล่าวโทษด้านจริยธรรมที่ศาลสั่งให้เพิกถอนมติหรือคำสั่งแพทยสภา ด้วยเหตุผลว่ามติของคณะกรรมการแพทยสภาเป็นการยกข้อกล่าวหาให้แพทย์ผู้ถูกร้องเรียนอย่างไม่เหมาะสม รวมทั้งสิ้นจำนวน 4 คดี คดีหนึ่งที่กล่าวถึงไปแล้ว คือกรณีที่มีผู้ร้องเรียนว่าพยาบาลได้ทำการผ่าหนังหุ้มปลายนิ้วและเย็บแผลผิดพลาด ส่งผลให้เกิดความเสียหาย แต่แพทยสภายกข้อกล่าวหาแก่แพทย์ ซึ่งศาลให้เพิกถอนคำสั่งดังกล่าวเนื่องจากเห็นว่าแพทยสภายังไม่ได้พิจารณาว่าแพทย์เวรอยู่ประจำเวรหรือไม่ ส่วนอีก 3 คดี ได้แก่

คดีแรก คำพิพากษาคดีหมายเลขดำที่ 1609/2551 ปรากฏข้อเท็จจริงว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอาการแน่นหน้าอกเนื่องจากหัวใจขาดเลือด แล้วแพทย์เจ้าของไข้สั่งตรวจรักษาทางโทรศัพท์ ต่อมาพยาบาลได้รายงานแพทย์ว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักเป็นระยะแต่แพทย์ก็ยังไม่เข้ามาทำการวินิจฉัยด้วยตนเอง จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังผ่านไปประมาณ 11 ชั่วโมง ญาติผู้ป่วยจึงร้องเรียนแพทย์เจ้าของไข้ต่อแพทยสภาว่าไม่ดำเนินการตามขั้นตอนมาตรฐาน อีกทั้งทำการโฆษณาเท็จเนื่องจากโรงพยาบาลโฆษณาว่ามีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจดูแลผู้ป่วย 24 ชั่วโมง และยังเก็บค่ายาแพงและมีรายการยามากกว่าที่ใช้จริง

ภายหลังแพทยสภาดำเนินการพิจารณาคดีด้านจริยธรรม คณะกรรมการแพทยสภามีมติและคำสั่งให้ลงโทษว่ากล่าวตักเตือน ซึ่งขัดแย้งกับความเห็นของคณะอนุกรรมการสอบสวนที่เห็นว่าแพทย์ “*ทอดทิ้งผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาวะที่พึงได้รับการดูแลจากแพทย์จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต*” และเสนอให้ลงโทษภาคทัณฑ์ โดยคณะกรรมการแพทยสภาให้เหตุผลว่า “*การลงโทษภาคทัณฑ์น่าจะเป็นการกระทำที่ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง คณะอนุกรรมการสอบสวนชุดที่ 2 ยังไม่มีข้อมูลรายละเอียดที่ชัดเจนว่าแพทย์เวรอายุรกรรมได้คุยโทรศัพท์กับ ...(ชื่อผู้ถูกร้องเรียน-ผู้วิจัย)... อย่างไร จึงทำให้ ...(ชื่อผู้ถูกร้องเรียน-ผู้วิจัย)... ไม่มาดูในช่วงกลางคืน และพยานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคหัวใจทั้ง 3 ท่าน แจ้งว่า ...(ชื่อผู้ถูกร้องเรียน-ผู้วิจัย)... ให้การรักษาผู้ป่วยรายนี้ถูกต้องตามมาตรฐาน แต่ไม่ได้มาดูผู้ป่วยด้วยตนเอง จึงเป็นการกระทำผิด*

ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549 ... แต่ความผิดดังกล่าวเป็นการกระทำไม่ถึงขั้นประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง จึงมีมติลงโทษว่ากล่าวตักเตือน"

เมื่อญาติผู้ป่วยรับทราบผลและเห็นว่าเป็นการลงโทษที่เบาเกินไป จึงนำเรื่องฟ้องร้องแพทยสภาต่อศาลปกครองกลางซึ่งพิจารณาแล้วพิพากษาว่าการลงโทษว่ากล่าวตักเตือนนั้นไม่ถูกต้องเหมาะสม เพราะแพทย์ได้ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง นอกจากนี้ น่าสนใจว่าผู้ฟ้องได้ชี้ประเด็นว่า *"ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 (แพทยสภา-ผู้วิจัย) เคยมีคำสั่งลงโทษพักใช้ใบอนุญาตเวชกรรมของแพทย์ซึ่งออกใบรับรองแพทย์ให้ผู้ป่วยหยุดพักผ่อนเกินความจำเป็น แต่กรณี ...(ชื่อผู้ถูกร้องเรียน-ผู้วิจัย)... ซึ่งปล่อยให้ผู้ป่วยตายด้วยความทรมาน ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 กลับลงโทษเพียงว่ากล่าวตักเตือน จึงเป็นการพิจารณาที่ไม่มีมาตรฐาน และแสดงให้เห็นว่ามีกระบวนการช่วยเหลือผู้กระทำผิด..."* นอกจากนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญก็ได้ยืนยันว่าผู้ป่วย "*มีอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น เหงื่อแตก และลงความเห็นว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ควรจะได้รับการรักษาเร่งด่วนตั้งแต่ชั้นแรกที่รับตัวคนไข้แล้ว*" แต่ไม่ปรากฏในเวชระเบียนว่าแพทย์ได้รักษาตามมาตรฐาน จนกระทั่งพ้นจุดที่จะทำการรักษาได้คือ 4-6 ชั่วโมงแรก

นอกจากนี้ ศาลยังชี้ว่าแพทยสภาไม่ได้พิจารณาข้อร้องเรียนต่อผู้ประกอบการโรงพยาบาลซึ่งต้องรับผิดชอบในเรื่องการโฆษณาเท็จ และการเก็บค่ายาและมีรายการยามากกว่าที่ใช้จริง นอกจากนี้ *"ผู้ถูกฟ้องคดีทั้งสองยอมรับข้อเท็จจริงตามข้อกล่าวอ้างของผู้ฟ้องคดีว่ายังมิได้พิจารณาข้อร้องเรียนของผู้ฟ้องคดีในส่วนของ ...(ชื่อผู้ประกอบการโรงพยาบาล-ผู้วิจัย)... ดังกล่าว ทั้งนี้ ตามมาตรา 57 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 ประกอบกับข้อ 46 แห่งระเบียบของที่ประชุมใหญ่ตุลาการในศาลปกครองสูงสุดว่าด้วยวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2543 การที่ผู้ถูกฟ้องคดีทั้งสองมิได้พิจารณาข้อกล่าวโทษของผู้ถูกฟ้องคดีให้ครบถ้วน จึงเป็นการละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ*"

ดังนั้นศาลจึงพิพากษาว่ามติที่แพทยสภาลงโทษว่ากล่าวตักเตือนจึงไม่ชอบด้วยกฎหมาย แล้วให้ *"ผู้ถูกฟ้องคดีทั้งสอง ...(ชื่อแพทยสภาและคณะกรรมการแพทยสภา-ผู้วิจัย)... ไปดำเนินการพิจารณาและวินิจฉัยชี้ขาดความผิดของ ...(ชื่อผู้ถูกร้องเรียน-ผู้วิจัย)... ซึ่งกระทำโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงให้ถูกต้องเหมาะสมกับการกระทำต่อไป รวมทั้งให้พิจารณาข้อร้องเรียนของผู้ฟ้องคดีในส่วนที่ร้องเรียน ...(ชื่อผู้ประกอบการโรงพยาบาล-ผู้วิจัย)... ให้ครบถ้วนทุกประเด็น ทั้งนี้ ภายใน 150 วัน นับแต่ที่ศาลมีคำพิพากษาสูงสุด"*

คดีที่สอง ในคดีหมายเลขดำที่ 1503/2549 ปรากฏข้อเท็จจริงว่าแพทย์ได้ผ่าตัดทำคลอดแต่ทารกเสียชีวิต จึงได้มอบศพทารกให้มูลนิธิร่วมกุศลสมุทรปราการนำไปเผาทำลาย ส่งผลให้มารดาร้องเรียนต่อ

แพทยสภาว่าทารกเสียชีวิตเนื่องจากความล่าช้าและขาดความรอบคอบของแพทย์ โดยปล่อยให้นอนรอหลังเจ็บท้องกว่า 8 ชั่วโมง และมารดาเด็กยังร้องเรียนอีกว่าโรงพยาบาลปฏิเสธเมื่อผู้ปกครองขอดูศพทารก

ภายหลังจากที่แพทยสภารับเรื่อง คณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมให้ความเห็นว่าแพทย์ควร *"ทำการผ่าตัดทำคลอดตั้งแต่แรกเพราะมีขี้เทา (meconium) ออกมาด้วย และจากรายงานของแพทย์พบว่าเมื่อผ่าตัดทำคลอดแล้วปรากฏว่าทารกมีอาการตัวเขียวทั้งตัวจากขี้เทา ซึ่งแสดงว่าทารกขาดออกซิเจนอยู่ในมดลูกของมารดานานพอสมควร และจากบันทึกการรักษาพยาบาลพบว่าทารกมีอาการตัวเขียวจากขี้เทาทั้งตัวนั้น ทารกน่าจะเสียชีวิตแล้วก่อนที่จะผ่าตัดทำคลอดนานพอสมควร"* ดังนั้นการที่ให้นอนรอตั้งแต่เวลา 8.00-16.00 จึง *"น่าจะไม่ถูกต้องตามมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่าที่ควร"*

ส่วนคณะอนุกรรมการสอบสวนชี้ว่า *"การดูแลรักษาผู้ฟ้องคดีอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ามาตรฐาน...สมควรว่ากล่าวตักเตือน"* เมื่อเสนอสำนวนการสอบสวน คณะกรรมการแพทยสภามีมติส่งเรื่องกลับมาให้พิจารณาเสนอความเห็นใหม่อีกครั้ง โดยให้คำนึงถึง *"สภาพแวดล้อมในขณะที่เกิดเหตุ"* ในกรณีดังกล่าว แต่คณะอนุกรรมการสอบสวนก็ได้ยืนยันความเห็นเดิม

นอกจากนี้ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยก็ให้ความเห็นแก่คณะอนุกรรมการสอบสวนว่า *"การดูแลรักษาผู้ฟ้องคดีของ ...(ชื่อผู้ถูกร้องเรียน-ผู้วิจัย)... อยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงดังกล่าวเกิดจากการไม่สามารถวินิจฉัยภาวะ fetal distress อันเป็นผลสืบเนื่องจากกระบวนการดูแลตั้งแต่การฝากครรภ์และที่สำคัญยิ่งในรายของผู้ฟ้องคดีคือระหว่างการเจ็บครรภ์ก่อนคลอดไม่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในสถานการณ์ตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง รวมทั้งมีประเด็นทางด้านมาตรฐานการรักษาและจริยธรรมที่สำคัญอีก 4 ประการ"*

อย่างไรก็ตาม ในการพิจารณาขั้นสุดท้ายโดยคณะกรรมการแพทยสภา พบว่ามีการกลับมติเป็นยกข้อกล่าวหาแพทย์ โดยให้เหตุผลว่าผู้ถูกร้องเรียน *"ได้มาดูผู้ฟ้องคดีเป็นระยะๆ และได้มีการบันทึกเกี่ยวกับเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (fetal heart sound) ไว้ชัดเจน ประกอบกับการตรวจพบ meconium-stained ไม่เป็นข้อบ่งชี้ให้ทำการผ่าตัดทำคลอดแต่อย่างใด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ในส่วนความเห็นของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยนั้น เป็นมาตรฐานขั้นสูงซึ่งในโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดไม่สามารถใช้มาตรฐานนี้ได้ จึงมีมติยกข้อกล่าวหา"* ซึ่งต่อมาสภานายกพิเศษก็ได้เห็นชอบ และมีคำสั่งแพทยสภาที่ 56/2548 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2548 ให้ยกข้อกล่าวหา

เมื่อผู้ร้องเรียนได้นำคดีมาฟ้องร้องต่อศาลปกครองกลาง ศาลพิจารณาจากข้อเท็จจริงและจากการที่ *"ทั้งคณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ชุดที่สาม คณะอนุกรรมการสอบสวนชุดที่หนึ่ง และ*

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ต่างมีความเห็นสอดคล้องกันว่าการดูแลรักษาผู้ฟ้องคดีของ ...(ชื่อผู้ถูกร้องเรียน-ผู้วิจัย)... น่าจะไม่ถูกต้องตามมาตรฐานและอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐานในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ...ความเห็นของทั้งสององค์กรดังกล่าวเป็นผลจากการพิจารณาตามพยานหลักฐานที่ปรากฏในสำนวนการสอบสวน อีกทั้งยังสอดคล้องกับความเห็นของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชโดยเฉพาะ นอกจากนั้น ข้อ 34 วรรคห้าของข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนวิธีพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2540 ยังกำหนดว่ากรณีที่คณะกรรมการมีความเห็นต่างไปจากคณะอนุกรรมการสอบสวน ให้เลขาธิการแจ้งมติคณะกรรมการพร้อมทั้งเหตุผลที่ต่างไป แก่ประธานคณะอนุกรรมการสอบสวนชุดนั้นทราบ

...จากข้อเท็จจริงคดีนี้ปรากฏว่าการพิจารณาของคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 3/2547 เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2547 ได้วินิจฉัยยกข้อกล่าวหา ...(ชื่อผู้ถูกร้องเรียน-ผู้วิจัย)... โดยได้พิจารณาตามสรุปข้อเท็จจริงที่รองเลขาธิการแพทยสภานำเสนอ แต่มิได้มีการวินิจฉัยว่าความเห็นของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย คณะอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ชุดที่สาม และคณะอนุกรรมการสอบสวนชุดที่หนึ่ง เป็นความเห็นที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาชีพเกี่ยวกับมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างไร ทั้งที่ในการเสนอความเห็นของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้วินิจฉัยตามประเด็นข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นแยกเป็นข้อๆ ในทุกขั้นตอนอย่างละเอียด ...คณะกรรมการแพทยสภาไม่ได้ให้เหตุผลว่าเหตุใดจึงถือว่าความเห็นของสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยในกรณีดังกล่าวเป็นมาตรฐานขั้นสูงที่สูตินรีแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดจึงไม่ต้องปฏิบัติตามได้ อีกทั้งยังไม่ได้ให้เหตุผลว่าพยานหลักฐานใดในสำนวนการสอบสวนที่แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาล ...(ชื่อโรงพยาบาล-ผู้วิจัย)... มีข้อจำกัดอย่างไร ...จึงเป็นการกล่าวอ้างที่ปราศจากพยานหลักฐานในสำนวนการสอบสวนสนับสนุน ...เป็นการพิจารณาวินิจฉัยที่ไม่มีเหตุผลและไม่ถูกต้องตามข้อ 34 วรรคห้า ของข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนวิธีพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2540 ทำให้คำสั่งแพทยสภาที่ 56/2548 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2548 ที่ยกข้อกล่าวหา ...(ชื่อผู้ถูกร้องเรียน-ผู้วิจัย)... ตามคำวินิจฉัยของคณะกรรมการแพทยสภาดังกล่าวเป็นคำสั่งที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย ส่วนความเห็นทางวิชาการที่ผู้ถูกฟ้องคดีกล่าวอ้างเพื่อโต้แย้งหรือหักล้าง ...เป็นความเห็นทางวิชาการที่ผู้ถูกฟ้องคดีจัดทำขึ้นภายหลังจากที่มีคำสั่งยกข้อกล่าวหา ...(ชื่อผู้ถูกร้องเรียน-ผู้วิจัย)... ไปแล้ว การให้เหตุผลทางวิชาการดังกล่าวไม่มีผลทำให้คำสั่งยกข้อกล่าวหา ...(ชื่อผู้ถูกร้องเรียน-ผู้วิจัย)... ที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายกลับเป็นคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายได้แต่อย่างใด" ศาลปกครองจึงพิพากษาให้เพิกถอนคำสั่งของแพทยสภา แล้วให้ไปดำเนินการใหม่ให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับภายใน 60 วันนับแต่วันที่คำพิพากษาถึงที่สุด

คดีที่สาม ในคำพิพากษาคดีหมายเลขดำที่ 1047/2548 ศาลพิพากษาให้เพิกถอนมติแพทยสภาที่ยกข้อกล่าวโทษแพทย์ที่วินิจฉัยโรคแล้วสั่งให้การรักษาโรคทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาอาการปวดท้องซึ่งท้ายที่สุดหลังผ่านการรักษากับแพทย์ผู้อื่นอีกหลายครั้ง ก็กลายเป็นผู้ทุพพลภาพถาวร ทั้งที่คณะอนุกรรมการสอบสวนเห็นว่าแพทย์ที่สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ไม่ได้ประกอบวิชาชีพโดยรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด เห็นสมควรลงโทษว่ากล่าวตักเตือน แต่คณะกรรมการแพทยสภากลับมีมติยกข้อกล่าวโทษให้กับแพทย์ผู้ถูกล่าวโทษ โดยไม่ได้พิจารณาเอกสารอื่นใดนอกเหนือจากเอกสารเสนอความเห็นของคณะอนุกรรมการสอบสวนเสนอ และไม่ได้ระบุเหตุผลว่าเหตุใดคณะกรรมการแพทยสภาจึงมีความเห็นที่แตกต่างจากคณะอนุกรรมการสอบสวน ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อ 34 วรรคสี่ ของข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนวิธีพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2540 ศาลปกครองจึงพิพากษาว่ามติที่ประชุมของคณะกรรมการแพทยสภาที่ให้ยกข้อกล่าวโทษแก่แพทย์ผู้ถูกกล่าวโทษไม่ชอบด้วยกฎหมาย และให้เพิกถอนมติที่ประชุม

6.5.3 คดีฟ้องร้องต่อแพทยสภาเปรียบเทียบกับสภาวิชาชีพอื่น

เมื่อเปรียบเทียบคดีที่มีผู้ฟ้องร้องแพทยสภากับสภาวิชาชีพอื่นต่อศาลปกครอง พบกว่า แพทยสภาเป็นสภาวิชาชีพที่ถูกฟ้องร้องมากเป็นอันดับ 2 รองจากสภาทนายความ ดังที่แสดงในตารางที่ 6.6

ตารางที่ 6.6 จำนวนคดีที่มีผู้ฟ้องร้องสภาวิชาชีพต่อศาลปกครองที่พิจารณาแล้วเสร็จระหว่าง พ.ศ. 2544-2555

สภาวิชาชีพ	ศาลปกครองกลาง (คดี)	ศาลปกครองสูงสุด (คดี)
สภาทนายความ	106	4
แพทยสภา	69	2
สภาวิศวกร	30	2
สภาเภสัชกรรม	10	1
สภาสถาปนิก	10	-
คุรุสภา	9	1
ทันตแพทยสภา	7	-
สภาการพยาบาล	4	-
สภาเทคนิคการแพทย์	3	-
สัตวแพทยสภา	3	-
สภาวิชาชีพบัญชี	2	-

ที่มา: การสำรวจของผู้วิจัย

อย่างไรก็ตาม หากนับเฉพาะคดีที่บุคคลที่ไม่ได้เป็นสมาชิกสภาวิชาชีพเป็นผู้ฟ้องร้องสภาวิชาชีพนั้นต่อศาลปกครองกลาง พบว่า คดีที่ฟ้องร้องสภาทนายความมีทั้งสิ้น 11 คดี ในจำนวนนี้ศาลพิพากษาให้ยกฟ้อง 8 คดี ให้เร่งรัดดำเนินการ 1 คดี และให้เพิกถอนมติ 2 คดี (โดยมี 1 คดีที่ศาลปกครองสูงสุดกลับคำพิพากษาให้ยกฟ้องในภายหลัง) ส่วนคดีที่ฟ้องร้องแพทยสภามีทั้งสิ้น 31 คดี ในจำนวนนี้ศาลปกครองมีคำสั่งจำหน่ายคดี 15 คดี และมีคำพิพากษาให้ยกฟ้อง 10 คดี ให้เร่งรัดดำเนินการ 2 คดี และเพิกถอนมติหรือคำสั่ง 4 คดี

แต่หากเปรียบเทียบคดีที่มีผู้ฟ้องร้องแพทยสภากับสภาวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ พบว่าแพทยสภาถูกฟ้องร้องต่อศาลปกครองกลางสูงเป็นอันดับแรก ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6.7

ตารางที่ 6.7 จำนวนคดีที่มีผู้ฟ้องร้องสภาวิชาชีพด้านสุขภาพต่อศาลปกครองกลางที่พิจารณาแล้วเสร็จ ระหว่าง พ.ศ. 2544-2555

สภาวิชาชีพ	จำนวนคดี	คนนอกเป็นผู้ฟ้อง	สมาชิกเป็นผู้ฟ้อง	จำหน่าย	ยกฟ้อง	เร่งรัดการดำเนินการ	เพิกถอนมติหรือคำสั่ง
แพทยสภา	69	32	37	24	32	4	9
สภาเภสัชกรรม	10	-	10	5	2	-	3
ทันตแพทยสภา	7	2	5	4	3	-	-
สภาการพยาบาล	4	2	2	2	2	-	-
สภาเทคนิคการแพทย์	3	1	2	3	-	-	-
สัตวแพทยสภา	3	-	3	1	2	-	-

6.6 บทสรุปและสังเคราะห์

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของคณะกรรมการแพทยสภาวาระ พ.ศ. 2554-2556 โดยเฉพาะกรรมการจากการเลือกตั้ง ในแง่ข้อมูลพื้นฐาน เช่น ภูมิหลังด้านอาชีพ ภูมิหลังด้านความรู้ความชำนาญ จำนวนวาระการดำรงตำแหน่ง และในแง่มุมมองของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งต่อประเด็นสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขและบทบาทที่ควรจะเป็นของแพทยสภา รวมถึงการสำรวจข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภา จากการศึกษาคำพิพากษาและคำสั่งของศาลปกครองในคดีที่มีผู้ฟ้องร้องแพทยสภาหรือคณะกรรมการแพทยสภา ผู้วิจัยพบข้อสังเกตดังต่อไปนี้

หนึ่ง กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งมีบทบาทสำคัญในการบริหารแพทยสภาเหนือกรรมการโดยตำแหน่ง โดยดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการบริหารตามกฎหมายทุกตำแหน่งยกเว้นตำแหน่งอุปนายกแพทยสภาคนที่ 2 และดำรงตำแหน่งหลักในคณะอนุกรรมการ 4 ชุดของแพทยสภา ได้แก่ คณะอนุกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม คณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ และคณะอนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์

สอง จากข้อมูลพื้นฐานของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง พบว่ากรรมการส่วนใหญ่มีอาชีพหลักในปัจจุบันเป็นอาจารย์แพทย์หรือแพทย์ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลรัฐ โดยมีจำนวน 19 คน จากทั้งหมด 26 คน (ร้อยละ 73) เป็นผู้ถือหุ้นหรือผู้บริหารสถานพยาบาลเอกชนจำนวน 5 คน (ร้อยละ 19) เป็นแพทย์ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 1 คน (ร้อยละ 4) และเป็นข้าราชการจำนวน 1 คน (ร้อยละ 4) ทั้งนี้ มีอาจารย์แพทย์หรือแพทย์โรงพยาบาลรัฐที่ทำงานเสริมในโรงพยาบาลเอกชน 7 คน และข้าราชการที่ทำงานเสริมในโรงพยาบาลเอกชน 1 คน

นอกจากนั้น ผู้วิจัยพบว่า กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งที่มีบทบาทนำในการบริหารแพทยสภาส่วนใหญ่เป็นกรรมการที่ดำรงตำแหน่งมายาวนานมากกว่า 5 วาระ (ร้อยละ 27) และเป็นกรรมการที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชน โดยเฉพาะเป็นผู้ถือหุ้นหรือผู้บริหารสถานพยาบาลเอกชน

สาม กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง ซึ่งดำรงตำแหน่งบริหารของแพทยสภา มีมุมมองต่อปัญหาในระบบบริการสาธารณสุข โดยให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์จนเกิดการฟ้องร้องแพทย์ในกระบวนการยุติธรรมจำนวนมาก

กล่าวได้ว่ามุมมองของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งมีลักษณะเป็น ‘ขาว-ดำ’ ได้แก่ การมองว่าปัญหาความขัดแย้งมีสาเหตุจากฝั่งผู้ป่วยมากกว่าฝั่งแพทย์ เนื่องจาก ผู้ป่วยตระหนักในสิทธิของตนเพิ่มขึ้นแต่ใช้สิทธิโดยไม่ได้คำนึงถึงข้อเท็จจริงเรื่องข้อจำกัดของบริการทางการแพทย์ และยังขาดความรู้ความเข้าใจว่าบริการทางการแพทย์เป็นบริการที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่แน่นอนได้ อีกทั้งยังจ้องจับผิดแพทย์และถูกยุยงจากบุคคลที่สาม ในขณะที่แพทย์เป็นผู้ที่เสียสละและมีจริยธรรม

กรรมการแพทยสภาหลายคนปฏิเสธข้อวิพากษ์ที่ว่าปัญหาความขัดแย้งและการฟ้องร้องแพทย์ในปัจจุบันเป็นผลมาจากความเสื่อมจริยธรรมของแพทย์ ส่วนข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่ว่าแพทยสภากลายเป็นองค์การปกป้องวิชาชีพแพทย์ด้วยกันเองนั้น กรรมการแพทยสภาหลายคนเห็นว่าเกิดจากการที่

แพทยสภาไม่สามารถตัดสินเรื่องร้องเรียนให้ ‘ทันใจ’ ผู้ป่วย และขาดการประชาสัมพันธ์เพื่อทำความเข้าใจที่ดีเพียงพอ

นอกจากปัญหาเรื่องความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์แล้ว กรรมการแพทยสภายังให้ความสนใจเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ โดยเห็นว่าระบบสวัสดิการของรัฐสร้างปัญหา เพราะเป็นระบบสวัสดิการในลักษณะเกินพอดี จัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลไม่เพียงพอ และแพทย์ต้องแบกรับภาระทำงานหนักขึ้นมาก ทำให้คุณภาพการรักษาพยาบาลต่ำลง จนเป็นเหตุให้ถูกผู้ป่วยฟ้องร้อง

ส่วนข้อวิพากษ์ว่าระบบสาธารณสุขมีแนวโน้มกลายเป็น ‘ระบบแพทย์พาณิชย์’ ซึ่งทำให้บริการสุขภาพกลายเป็นสินค้าเพื่อแสวงหากำไรเป็นที่ตั้งนั้น กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งหลายคนมองว่าเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชนเป็นส่วนเสริมที่ช่วยให้ระบบสาธารณสุขดียิ่งขึ้น ไม่ว่าจะในแง่การช่วยให้แพทย์ดูแลตัวเองได้และการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

สี่ กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง ซึ่งดำรงตำแหน่งผู้บริหารของแพทยสภา ตอบโจทย์บทบาทที่ควรจะเป็นของแพทยสภาโดยให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการปกป้องแพทย์จากปัญหาการถูกผู้ป่วยฟ้องร้อง ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญมาตั้งแต่ครั้งหาเสียงเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง

คณะกรรมการแพทยสภาพยายามสร้าง ‘กันชน’ เพื่อคุ้มครองแพทย์ที่ถูกฟ้องร้องในกระบวนการยุติธรรม ตัวอย่างเช่น (1) การให้คำแนะนำและความช่วยเหลือทางกฎหมายแก่แพทย์ (2) การกำหนดแนวปฏิบัติในชั้นพนักงานสอบสวน เช่น เมื่อเกิดกรณีการฟ้องร้องต่อแพทย์ เมื่อตำรวจรวบรวมพยานหลักฐานเรียบร้อย ให้ส่งเวชระเบียน และบัตรประวัติผู้ป่วยไปยังนายกแพทยสภาก่อนเพื่อขอความเห็นว่าแพทย์ที่ถูกฟ้องร้องได้ดำเนินการตามมาตรฐานเวชปฏิบัติและใช้ความระมัดระวังเพียงพอหรือไม่ โดยการจับกุมสอบสวนต่างๆ ให้ดำเนินการโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีวิชาชีพด้วย (3) การผลักดันกลไกเพื่อแพทย์ต่างๆ ร่วมกับศาลยุติธรรม เช่น การจัดอบรมและผลักดันรายชื่อพยานผู้เชี่ยวชาญของศาลยุติธรรมทางการแพทย์ที่มาจากแพทยสภา เป็นต้น

ห้า กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง ซึ่งดำรงตำแหน่งผู้บริหารของแพทยสภา พยายามเข้าไปมีบทบาทในกระบวนการนิติบัญญัติทุกขั้นตอน ตั้งแต่การผลักดันแนวคิดกับรัฐบาล การเข้าชี้แจงกับคณะกรรมการกฤษฎีกา และการเป็นที่ปรึกษากรรมาธิการทั้งในสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาในประการหลังเห็นได้ชัดว่า แพทยสภามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคณะกรรมาธิการสาธารณสุขของวุฒิสภา ซึ่งมีสมาชิกวุฒิสภาที่แพทยสภาเป็นผู้เสนอชื่อเข้ารับการสรรหาดำรงตำแหน่งสำคัญในนั้น

ผู้นำของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งให้ความสำคัญกับการติดตาม ผลักดัน และเสนอแก้ไขกฎหมายหรือร่างกฎหมายสาธารณสุขที่สำคัญโดยมีเป้าหมายเพื่อ (1) การผลักดันแก้ไขกฎหมายในทางที่เป็นประโยชน์ต่อแพทย์มากกว่าผู้ป่วย เช่น การผลักดันให้มีการตัดบริการทางการแพทย์ออกไปจากพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 การผลักดันให้ยาและเวชภัณฑ์ไม่รวมอยู่ในคำนิยามคำว่า 'สินค้า' ของพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ.2551 เป็นต้น (2) การคัดค้านร่างกฎหมายที่เห็นว่าส่งผลกระทบต่อผลประโยชน์ของแพทย์ เช่น ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (3) การผลักดันร่างกฎหมายที่เป็นการคุ้มครองผลประโยชน์ของแพทย์ เช่น ร่างพระราชบัญญัติความรับผิดและวิธีพิจารณาความสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ พ.ศ. ... เป็นต้น

จะเห็นได้ว่ากฎหมายหรือร่างกฎหมายบางฉบับสะท้อนถึงความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ของแพทย์และผู้ป่วยที่สวนทางกัน และแพทยสภาเลือกทำหน้าที่ในการปกป้องผลประโยชน์ของแพทย์อย่างแข็งขันเหนือผลประโยชน์ของผู้ป่วย

หก กระบวนการพิจารณาคดีของแพทยสภามีปัญหาในเรื่อง การปกปิดข้อมูล ความไม่เป็นกลางในกระบวนการพิจารณาคดี ความล่าช้าในกระบวนการพิจารณาคดี การส่งหนังสือแจ้งมติหรือคำสั่งล่าช้า กระบวนการพิจารณาคดีไม่เป็นธรรม การตีความโดยเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ และ การลงโทษไม่ได้สัดส่วนกับความผิด

กล่าวได้ว่ากระบวนการพิจารณาคดีจริยธรรมของแพทยสภามีปัญหาทั้งในแง่มาตรฐานของกระบวนการพิจารณาคดี ธรรมาภิบาล ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพในกระบวนการพิจารณาคดี

นอกจากนั้น แพทยสภาเป็นสภาวิชาชีพที่มีผู้ฟ้องร้องต่อศาลปกครองมากที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจากสภาทนายความ และเป็นอันดับแรกหากนับเฉพาะคดีที่ผู้ฟ้องไม่ใช่สมาชิกสภาวิชาชีพ หรือเปรียบเทียบกับสภาวิชาชีพด้านสุขภาพด้วยกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นปัญหาในการการใช้อำนาจทางปกครองของแพทยสภา

หากเราตั้งเป้าหมายว่ากลไกการกำกับดูแลร่วมระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ (partnership regulation) เพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก (clinical governance) เป็นกลไกการกำกับดูแลที่พึงปรารถนาสำหรับกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยแล้ว กลไกการกำกับดูแลภายใต้แพทยสภาดังสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังคงห่างไกลจากกลไกในอุดมคติดังกล่าวไม่น้อย

กล่าวคือ มีช่องว่างของความคาดหวัง (expectation gap) ที่สูงระหว่าง ‘กลไกการกำกับดูแลที่พึงปรารถนา’ กับ ‘กลไกการกำกับดูแลในความเป็นจริง’ โดยพิจารณาในแต่ละมิติได้ดังนี้

(1) ความเป็นอิสระ

หลักความเป็นอิสระ คือการที่ผู้ดำรงตำแหน่งจะต้องไม่ถูกครอบงำจากภาครัฐ ธุรกิจเอกชน ผู้ว่าจ้าง หรือแม้แต่กลุ่มวิชาชีพด้วยกันเอง

เมื่อพิจารณาคณะกรรมการแพทยสภาในปัจจุบันจะพบว่ากรรมการทุกคนล้วนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ รวมถึงคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ ไม่ปรากฏว่ามีบุคคลภายนอกที่มิใช่แพทย์เข้ามาเป็นอนุกรรมการเลย เพราะกฎหมายและข้อบังคับกำหนดไว้เช่นนั้น (ยกเว้นคณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ ซึ่งสามารถตั้งบุคคลภายนอกได้ไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ในทางปฏิบัติก็ไม่มีการตั้ง)

มิพักต้องพูดถึงว่ากรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งมีความสัมพันธ์กับเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชนจำนวนไม่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อผู้มีอำนาจนำในแพทยสภาเป็นผู้ถือหุ้นหรือผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน เช่นนี้แล้ว คณะกรรมการแพทยสภาจึงยังห่างไกลจากการเป็นองค์การกำกับดูแลที่มีความเป็นอิสระจาก ‘ทุน’ และ ‘วิชาชีพ’

(2) ระบบความรับผิดชอบ

เจตนารมณ์หลักของกลไกกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ คือการปกป้องคุ้มครองประโยชน์สาธารณะและความปลอดภัยของผู้ป่วยในฐานะศูนย์กลางของกระบวนการรักษาพยาบาล

กระนั้น จากการสำรวจแนวคิดของกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งที่มีบทบาทนำในการบริหารแพทยสภากลับพบว่า กรรมการแพทยสภาหลายคนมองต่อผู้ป่วยค่อนไปในทางเป็น ‘ศัตรู’ และมองว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแพทย์ โดยเห็นว่าสิทธิผู้ป่วยที่สูงขึ้นกลับเป็นต้นตอของปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ บางคนถึงกับเสนอให้แพทย์ต่อสู้กับผู้ป่วยในลักษณะ ‘หนามยอกเอาหนามบ่ง’ เสียด้วยซ้ำ

เหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากภายใต้โครงสร้างของคณะกรรมการแพทยสภาดังที่เป็นอยู่ กรรมการแพทยสภาไม่ต้องมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อผู้ป่วยหรือสาธารณะเลย เนื่องจาก ที่มาของกรรมการมาจากระบบราชการและการเลือกตั้งโดยสมาชิกผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เท่านั้น ผู้ป่วยหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ไม่สามารถให้คุณให้โทษการทำงานของกรรมการแพทยสภาได้เลย

(3) การมีส่วนร่วม

ในเบื้องต้น พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ไม่มีบทบัญญัติใดที่เปิดโอกาสให้เกิดการทำงานร่วมกันในกลไกกำกับดูแลระหว่างแพทย์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ (โปรดดูบทที่ 4 ประกอบ) เมื่อพิจารณาจากข้อเท็จจริง พบว่าไม่ปรากฏนโยบายหรือแนวคิดที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของแพทยสภาเลย มิหนำซ้ำ กรรมการแพทยสภาบางคนยังฟ้องร้องแกนนำของเครือข่ายผู้ป่วยที่วิพากษ์วิจารณ์แพทยสภาอีกด้วย

โดยทั่วไป หลักการมีส่วนร่วมมีพื้นฐานมาจากการปรับความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างแพทย์และผู้ป่วย แต่มุมมองและแนวปฏิบัติของแพทยสภาดูเหมือนว่าจะเป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม คือมุ่งทำหน้าที่เป็น 'คุณพ่อรู้ดี' ที่ต้องทำหน้าที่กำกับให้ความรู้ผู้ป่วยซึ่งไม่มีความพร้อม ไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการแพทย์

(4) การแบ่งแยกอำนาจ

กฎหมายวิชาชีพเวชกรรมฉบับปัจจุบันให้ความสำคัญกับหลักการ 'ปกครองกันเอง' ในหมู่ผู้เชี่ยวชาญ แต่ไม่ได้กำหนดให้แพทยสภามีการแบ่งแยกอำนาจภายในองค์การ หรือถ่วงดุลกับองค์กรภายนอก

กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งมีบทบาทสำคัญในการบริหารองค์การ โดยมีแกนนำจำนวนหนึ่งที่ดำรงตำแหน่งสำคัญๆ ต่างๆ ไว้ และแต่ละคนดำรงตำแหน่งหลายตำแหน่ง แม้ว่าจะมีความพยายามกระจายอำนาจการบริหารโดยตั้งคณะอนุกรรมการ 4 ชุดขึ้นมา แต่ปรากฏว่าผู้ที่ดำรงตำแหน่งสำคัญในคณะอนุกรรมการทั้ง 4 ชุด ยังคงเป็นผู้บริหารหลักขององค์การ

นอกจากนี้ แพทยสภาคล้ายจะมีอำนาจทั้ง 3 อำนาจอยู่ในองค์การเดียว กล่าวคือ อำนาจในการออกกฎกติกาต่างๆ (อำนาจนิติบัญญัติ) อำนาจในการบริหารจัดการ (อำนาจบริหาร) และอำนาจในการวินิจฉัยชี้ขาด (อำนาจตุลาการ) โดยหลักการแล้ว โครงสร้างอำนาจลักษณะเช่นนี้เอื้อให้เกิดการใช้อำนาจในการมิชอบ ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบกำกับตรวจสอบ ระบบการถ่วงดุลและคานอำนาจ ทั้งจากภายในองค์การเองและภายนอก

กระนั้น ข้อมูลที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างแพทยสภากับองค์กรที่มีศักยภาพในการตรวจสอบถ่วงดุลสูง เช่น คณะกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา ยิ่งทำให้สามารถคาดหวังการตรวจสอบถ่วงดุลจากองค์กรภายนอกได้ยากขึ้น

(5) หลักการสร้างสมดุล

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา กล่าวได้ว่า การทำงานของคณะกรรมการแพทยสภาในปัจจุบันบรรลุวัตถุประสงค์ข้อ 6 ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 กล่าวคือ การเป็นตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย แต่คำถามก็คือ การบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวต้อง 'แลก' มาด้วยอะไรบ้าง โดยเฉพาะการ 'แลก' ด้วยวัตถุประสงค์สำคัญลำดับแรกอย่างการควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ที่อาจจะขัดกับวัตถุประสงค์ในการเป็นตัวแทนแพทย์ เพราะสิทธิและผลประโยชน์ของแพทย์และผู้ป่วยย่อมขัดกันได้เสมอ

คำถามสำคัญคือ เมื่อเกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย คณะกรรมการแพทยสภาจะสามารถรักษาสมดุลในแง่การปกป้องรักษาสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและประโยชน์สาธารณะได้หรือไม่และได้ดีเพียงใด

กรรมการแพทยสภาหลายคนให้ความสำคัญกับการปกป้องแพทย์ ซึ่งเป็นผลประโยชน์ระยะสั้น แต่วิถีทางเช่นนั้นไม่แน่ว่าจะสร้างผลประโยชน์ระยะยาวให้แก่แพทย์ได้จริงหรือไม่ หรือจะเป็นการซ้ำเติมปัญหา เนื่องจากจะทำให้แพทยสภาไม่ได้รับความเชื่อถือจากผู้ป่วยและประชาชนจนทำให้ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเลือกที่จะพึ่งพากระบวนการยุติธรรมแทนกลไกกำกับดูแลแพทย์ ซึ่งก่อให้เกิดต้นทุนสูงต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

(6) ความโปร่งใส

กระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมยังมีปัญหาในการเรื่องปกปิดข้อมูลข่าวสาร นอกจากนั้น ยังขาดกฎกติกาขององค์การว่าด้วยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่สำคัญต่อสาธารณะ หรือกำหนดให้สาธารณชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของแพทยสภาได้โดยง่าย

(7) ความคาดการณ์ได้และความมีมาตรฐาน

จากการสำรวจข้อเท็จจริงในกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมพบว่า แนวทางการวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการแพทยสภายังไม่มีมาตรฐาน และมีปัญหาด้านธรรมาภิบาล เช่น ความไม่เป็นกลางในกระบวนการพิจารณาคดี กระบวนการพิจารณาคดีไม่เป็นธรรม เช่น การดำเนินการไม่ครบขั้นตอน การละเลยประเด็นสำคัญในการพิจารณา การละเมิดสิทธิคู่กรณี เป็นต้น นอกจากนั้น ยังมีการตีความโดยเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ และการลงโทษที่ไม่ได้สัดส่วนกับความผิด โดยเฉพาะการยกข้อกล่าวหาหรือกล่าวโทษทั้งที่มีการกระทำความผิดหรือการลงโทษเบาเกินไป

(8) ความมีประสิทธิภาพ

จากการสำรวจข้อเท็จจริงในกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมพบว่า มีความล่าช้าในกระบวนการพิจารณาคดี ซึ่งมีผลบั่นทอนความยุติธรรมในกระบวนการตัดสินข้อพิพาทระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า “ความยุติธรรมที่ล่าช้าคือความอยุติธรรม”

จากการสำรวจข้อเท็จจริงแห่งคดีในศาลปกครองเกี่ยวกับระยะเวลาของกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมในชั้นแพทยสภา พบว่าจากกรณีร้องเรียน 32 กรณีที่ปรากฏข้อเท็จจริงในประเด็นดังกล่าว มีถึง 27 กรณี ที่ใช้เวลาพิจารณาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โดยกรณีที่ใช้เวลามากที่สุดคือ 7 ปี

นอกจากความล่าช้าในกระบวนการพิจารณาคดีแล้ว ในกระบวนการส่งหนังสือแจ้งมติหรือคำสั่งยังมีความล่าช้าอีกด้วย จากการสำรวจคดีในศาลปกครองที่มีข้อมูลเรื่องนี้สมบูรณ์ พบว่า จากกรณีร้องเรียน 27 กรณีที่ปรากฏข้อเท็จจริงในประเด็นดังกล่าว มีถึง 25 กรณีที่ใช้เวลาในการส่งหนังสือเกินกว่า 1 เดือน โดยหนังสือแจ้งผลใช้เวลาเดินทางนานที่สุด 15 เดือน

‘ช่องว่างแห่งความคาดหวัง’ ดังที่กล่าวมาทั้งหมดสะท้อนว่า แพทยสภายังมิได้อยู่บนเส้นทางการปรับตัวสู่กลไกการกำกับดูแลร่วม ซึ่งมีศักยภาพในการปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วยและสาธารณะได้ดีกว่ากลไกการกำกับดูแลกันเองในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ มิพักต้องพูดถึงว่ากลไกการกำกับดูแลตัวเองที่เป็นอยู่ก็ยังมีปัญหาทั้งด้านธรรมาภิบาลและประสิทธิภาพ

หากกลไกกำกับดูแลร่วมคือเครื่องมือในการสร้างสมดุลที่เหมาะสมระหว่างสิทธิและผลประโยชน์ของแพทย์กับผู้ป่วย แนวโน้มของแพทยสภาไทยในปัจจุบัน คือการถอยห่างจากแนวทางการปรับโครงสร้างเพื่อสร้างสมดุลที่เหมาะสม โดยให้ความสำคัญกับผลประโยชน์ของแพทย์เป็นหลักเหนือสิทธิผู้ป่วย หากสถานการณ์ดำเนินไปเช่นนี้ น่าเป็นห่วงว่าในท้ายที่สุด กลไกกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์อาจเสื่อมความน่าเชื่อถือในระยะยาว ส่งผลต่อเนื่องให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เนื่องจากไม่มี ‘ตัวกลาง’ ที่น่าเชื่อถือมาทำหน้าที่ตัดสินหรือเจรจาไกล่เกลี่ยข้อพิพาท

บทที่ 7

กรณีศึกษา: บทบาทของแพทยสภาต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

7.1 ความนำ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยถือกำเนิดขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีเนื้อหาว่าด้วย (1) สร้าง 'สิทธิ' ในการมี 'สุขภาพที่ดี' ให้แก่ประชาชนโดยถ้วนหน้า และ (2) สร้างระบบบริหารจัดการที่มีธรรมาภิบาลเพื่อให้สิทธิที่เกิดขึ้นมีคุณภาพและความเป็นธรรม

การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพนำมาซึ่งการปฏิรูปครั้งใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์ระบบบริการสาธารณสุขไทย เพราะพลิกเปลี่ยนสถานะบริการสาธารณสุขจาก 'สินค้า' หรือ 'ส่วนบุญ' ไปเป็น 'สิทธิ' ของประชาชน และเปลี่ยนผ่านความสัมพันธ์เชิงอำนาจแนวดิ่งที่ผู้ให้บริการถือครองอำนาจเหนือกว่าผู้รับบริการ ไปสู่ความสัมพันธ์เชิงพันธสัญญาที่ฝ่ายแรกมีหน้าที่ให้บริการฝ่ายหลัง

ในทางปฏิบัติ การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านำไปสู่การปฏิรูปด้านต่างๆ ได้แก่ (1) *โครงสร้างทางการเงิน* ได้แก่ การพยายามในการผลักดันให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย การบังคับใช้ระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและระบบเบิกจ่ายปลายปิด การแทรกแซงตลาดบริการสาธารณสุขเพื่อควบคุมต้นทุน และการผลักดันให้เกิดการบูรณาการระบบกองทุนรัฐทั้งหมดเข้าด้วยกัน (2) *โครงสร้างการบริหารจัดการ* ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเป็นตัวแทน 'ผู้ซื้อบริการ' การสนับสนุนและกระจายอำนาจแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ และการกำกับดูแลมาตรฐานและจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายจากการใช้สิทธิ และ (3) *แนวทางการให้บริการ* ได้แก่ การมุ่งขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมรอบด้าน และการมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชน

แพทยสภาคือตัวละครหนึ่งที่มีจุดยืนในการวิพากษ์วิจารณ์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่แรกเริ่ม อันเป็นผลมาจากการเลือกตั้งคณะกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. 2546-2548 ซึ่งผู้ได้รับเลือกตั้งส่วนใหญ่มีจุดยืนเช่นเดียวกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ไม่พอใจและหวาดกลัวระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ นับแต่ปี 2550 เป็นต้นมา ยังพบว่ามีกรรมการแพทยสภาจำนวนหนึ่งเข้าไปมีส่วน

ร่วมกับปรากฏการณ์ที่ฝ่ายผลักดันการปฏิรูปเรียกว่าเป็นปฏิบัติการ ‘ยึด’ และ ‘ล้ม’ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เนื้อหาในบทนี้มุ่งสำรวจบทบาทของแพทยสภาภายใต้กระแสผลักดันและต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งแกนกลางของความขัดแย้งอยู่ที่ความแตกต่างด้านอุดมการณ์และผลประโยชน์ของตัวละครกลุ่มต่างๆ กล่าวได้ว่าเรามิอาจเข้าใจแพทยสภายุคสมัยปัจจุบันได้ถ่องแท้ หากไม่เข้าใจบริบทและเนื้อหาความขัดแย้งของกรณีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้

7.2 กระแสผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยถือกำเนิดขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยเป็นผลจากแนวคิดสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ และความไม่พอเพียงของระบบบริการสาธารณสุขไทยในสมัยก่อนหน้า ประกอบกับการสะสมองค์ความรู้และผลักดันอย่างแข็งขันต่อเนื่องของกลุ่ม ‘สามพราน’ ซึ่งประกอบด้วยแกนนำแพทย์ชนบทคนสำคัญ ประสานพลังกับเครือข่ายภาคประชาชน (นวลน้อย ตรีรัตน์ และแป๊งค์ งามอรุณโชติ 2555, น.24-25)

เงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่เปิด ‘หน้าต่างแห่งโอกาส’ ให้กระบวนการผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าลุล่วง ได้แก่รัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 ที่กำหนดให้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชน (มาตรา 52 และ 82) รวมถึงหารออกแบบโครงสร้างทางการเมืองที่เอื้อให้เกิดรัฐบาลเข้มแข็งและมีภาวะผู้นำสูง ส่งผลให้พรรคไทยรักไทยที่ขานรับแนวคิดจากฝ่ายผลักดันการปฏิรูปสามารถผลักดันนโยบายจนประสบความสำเร็จภายหลังชนะการเลือกตั้ง

เนื้อหาในส่วนนี้มุ่งทบทวนแนวคิดที่มาของและกระบวนการผลักดันพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

7.2.1 ที่มา

ก. แนวคิดสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ

แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีพื้นฐานมาจากมุมมองทางสิทธิมนุษยชนซึ่งเห็นว่า “*การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิหนึ่งที่มนุษย์พึงมี*” (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2544, น.8) ประชาชนทุกคนจึงควรได้รับสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็น ไม่ใช่เข้าถึงได้ตามทุนทรัพย์หรือจากการสังคมสงเคราะห์

ในกรณีประเทศไทย แนวคิดสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพแฝงอยู่ในอุดมคติของขบวนการแพทย์ชนบทมาอย่างยาวนาน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์พบเห็นสภาพความขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์และคุณภาพชีวิตอันย่ำแย่ของประชาชนในพื้นที่ทุรกันดาร รวมถึงมีมุมมองว่าแนวโน้มการขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชนในช่วงทศวรรษ 2530 จะนำไปสู่การดึงดูดทรัพยากรทางการแพทย์ที่ขาดแคลนอยู่แล้วไปกระจุกตัวในพื้นที่ที่มั่งคั่ง จึงมีจุดยืนสนับสนุนให้รัฐเข้ามามีบทบาทในการกระจายทรัพยากรทางการแพทย์สู่พื้นที่ขาดแคลนและกำกับภาคเอกชน นอกจากนี้ แพทย์ชนบทยังเป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับแนวทางส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมาโดยตลอด (โปรดดูเรื่องแนวคิดของขบวนการแพทย์ชนบทในบทที่ 5 ประกอบ)

ข. ความไม่พอเพียงของระบบบริการสาธารณสุขไทยก่อนปี 2545

ก่อนเกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2545 ระบบสาธารณสุขไทยประสบปัญหาขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ในชนบท และบริการสาธารณสุขมีต้นทุนการเข้าถึงสูง สภาพการณ์ดังกล่าวเป็นผลจากแนวทางการพัฒนารวมศูนย์ของรัฐที่ละเลยมิติความเป็นธรรม และถูกซ้ำเติมจากแนวโน้มการขยายตัวของธุรกิจการแพทย์เอกชนในช่วงทศวรรษ 2530 อันนำไปสู่การดึงดูดทรัพยากรโดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ออกจากภาครัฐ

ความขาดแคลนและต้นทุนที่สูงส่งผลให้รายจ่ายด้านการเดินทางและการเข้ารับบริการสาธารณสุขกลายเป็นภาระหนักของประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ยากจนซึ่งห่างไกลจากทรัพยากรและมีความเสี่ยงเจ็บป่วยสูงเนื่องจากประชาชนมีคุณภาพชีวิตต่ำ

จากข้อมูลสถิติพบว่าก่อนถึงปี 2545 ประชากรร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 18 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบระดับล่าง ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ นอกจากนี้ รายจ่ายของครัวเรือนในการใช้บริการสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 33 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด โดยรายจ่ายของครัวเรือนที่ยากจนมีสัดส่วนสูงกว่าครัวเรือนที่ร่ำรวย (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ 2555, น.50)

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 2,516 ราย ใน 21 จังหวัด โดยสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซี อินเตอร์เน็ตโพลล์ (เอแบคโพลล์) มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ในปี 2543 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.3 ระบุว่าค่ารักษาพยาบาลแพงหรือไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 13.8 ประสบปัญหาความเดือดร้อนจากความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 62.5 ระบุว่าทางแก้ไขปัญหาเมื่อประสบความเดือดร้อนจากค่ารักษาพยาบาลคือต้องกู้ยืมเงิน ในขณะที่อีกร้อยละ 16.6 ต้องขอรับการสงเคราะห์ (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2544, น.2-3)

จากปัญหาดังกล่าว รัฐบาลหลายยุคพยายามแก้ไขด้วยการสร้างระบบสวัสดิการเฉพาะกลุ่มและระบบสังคมสงเคราะห์ผู้ยากจน แต่พบก็ว่าระบบเหล่านี้ล้วนประสบปัญหาเรื่อง (1) ความครอบคลุม (2) การเลือกปฏิบัติ และ (3) ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

ในเรื่องความครอบคลุม ก่อนเกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศไทยมีระบบสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพ 5 ประเภท ทั้งหมดเป็นระบบสวัสดิการเฉพาะกลุ่ม โดยในปี 2543 พบว่าระบบทั้งหมดครอบคลุมประชากร ดังนี้

ตารางที่ 7.1 ความครอบคลุมด้านสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศไทย พ.ศ. 2543

ระบบสวัสดิการ/สังคมสงเคราะห์	ความครอบคลุม (ล้านคน)	ร้อยละของประชาชนทั้งหมด
สวัสดิการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)	23	37
บัตรประกันสุขภาพ	7-8	12
สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	7	11
ประกันสังคม	5.4	9
ประกันเอกชน	5.9	10

ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธำรง์สวัสดิ์ 2543 ใน คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544, น.6.)

จากการประเมินพบว่า ระหว่างปี 2538-2541 มีผู้ไม่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพใดๆ เลยประมาณร้อยละ 20-31 ของจำนวนประชากรทั้งหมด กระจายอยู่ทั้งในกลุ่มผู้มีฐานะดีและยากจน (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2544, น.6, 36)

สำหรับแนวทางการขยายความครอบคลุมให้ต่อยอดจากระบบที่มีอยู่เดิมพบว่า ทุกแนวทางล้วนไม่สามารถขยายครอบคลุมประชาชนทั้งหมด กล่าวคือ ในกรณีระบบ สปร.และบัตรประกันสุขภาพมีโอกาสขยายน้อย ระบบแรกอาจทำได้หากมีการปรับแนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ การตรวจสอบทะเบียนผู้มีสิทธิและจัดสรรงบประมาณรายหัวเพิ่มขึ้น ในกรณีระบบประกันสังคม หากขยายความครอบคลุมถึงสถานประกอบการขนาดเล็กและครอบครัวของผู้ประกันตนจะมีผู้ได้รับสิทธิเพิ่มเป็นประมาณ 20 ล้านคน ในขณะที่ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการเป็นระบบปิด (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2544, น.36)

สำหรับปัญหาการเลือกปฏิบัติ พบว่าระบบต่างๆ มีสิทธิประโยชน์และงบประมาณที่ได้รับแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น มีการคาดการณ์ในช่วงปี 2544 ว่า ในปี 2549 บัตรประกันสุขภาพซึ่งครอบคลุมประชากร

ประมาณ 7-8 ล้านคน จะมีงบประมาณรายจ่ายเพียง 5,651 ล้านบาท ต่ำกว่าครึ่งหนึ่งของระบบสวัสดิการอื่นๆ ทุกระบบ (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2544, น.38) หรือในปี 2553 พบว่าระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมมากกว่าระบบอื่นๆ และมีการเบิกจ่ายงบประมาณเฉลี่ยต่อหัวอยู่ที่ 12,400 บาทต่อคน ในขณะที่ระบบประกันสังคมได้รับงบประมาณต่อหัวอยู่ที่ 2,133 บาทต่อคนเท่านั้น (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ 2555, น.83)

นอกจากนี้ผู้ใช้สิทธิในแต่ละระบบยังประสบอุปสรรคอย่างแตกต่างกันไป เช่น ระบบ สปร. ประสบปัญหาเรื่องคุณภาพบริการต่ำกว่ามาตรฐาน เนื่องจากมีงบประมาณจำกัด ระบบบัตรประกันสุขภาพไม่คุ้มครองค่าอุปกรณ์หรือยาราคาแพงที่จำเป็นในหลายกรณี ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการเป็นการเบิกจ่ายปลายเปิด ทำให้มีโอกาสรับการตรวจรักษาแบบเจ็บเกินโรคและสิ้นเปลืองงบประมาณแผ่นดิน ส่วนระบบประกันสังคมพบว่านายจ้างจำนวนมากไม่แจ้งจดทะเบียนประกันสังคมให้ลูกจ้าง และมีแนวโน้มได้รับบริการต่ำกว่ามาตรฐาน หรือแม้แต่ระบบประกันสุขภาพเอกชนก็มักมีการระบุขอบเขตเงื่อนไขการให้บริการที่ไม่ครอบคลุม รวมถึงมีแนวโน้มได้รับบริการแบบ ‘เจ็บเกินโรค’ เนื่องจากเบิกค่าใช้จ่ายได้มาก (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2544, น.2)

สำหรับปัญหาเรื่องประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ นพ.ประเวศ วะสี ตั้งข้อสังเกตว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณ 250,000 ล้านบาท แต่หากเทียบกับผลลัพธ์ที่กล่าวไปถือได้ว่าไม่คุ้มค่า จึงมีลักษณะที่เรียกได้ว่าเป็น ‘การแพทย์ฟองสบู่’ ยังมิพักต้องกล่าวว่าค่าใช้จ่ายดังกล่าวมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 16 ซึ่งเป็นอัตราเพิ่มที่สูงกว่าอัตราการเพิ่มของรายได้ และอาจนำไปสู่วิกฤติงบประมาณ (สุรจิต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ) 2555, น.13-14)

7.2.2 กระบวนการผลักดันพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ก. ก่อนการผลักดันพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

กระบวนการผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการในช่วงก่อนการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พ.ศ. 2544 เนื่องจากกลุ่มสามพรานมองเห็น ‘หน้าต่างแห่งโอกาส’ ได้แก่ การที่รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 กำหนดสิทธิด้านสุขภาพไว้ในเนื้อหา การออกแบบโครงสร้างทางการเมืองที่เอื้อให้เกิดรัฐบาลเข้มแข็ง และกระแสสำนึกสิทธิของประชาชนที่เข้มข้นขึ้นภายใต้บรรยากาศการปฏิรูปการเมือง โดยแกนนำกลุ่มแพทย์ชนบทที่มีบทบาทสำคัญมาอย่างต่อเนื่องและโดดเด่นในช่วงเวลาดัง

กล่าวคือ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงษ์ ผู้ซึ่งกลุ่มแพทย์ชนบทด้วยกันยกย่องให้เป็น ‘ผู้บุกเบิกโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค’[1]และ ‘รัฐบุรุษแห่งวงการสาธารณสุขไทย’[2]

ในช่วงเวลานั้น นพ.ประเวศ วะสี ได้ออกมาประกาศอย่างมั่นใจว่า “*บัดนี้คนกลุ่มหนึ่งพยายามปฏิรูประบบสุขภาพและมั่นใจว่าจะทำได้*” (นวลน้อย ตรีรัตน์ และและแบ๊งค์ งามอรุณโชติ 2555, น.24)

กลุ่มผู้ผลักดันการปฏิรูปเริ่มดำเนินการด้วยการนำเสนอข้อจำกัดของระบบสาธารณสุข เช่น ภาคประชาชนได้จัดทำและเผยแพร่งานวิจัยเรื่อง ‘15 กรณีความทุกข์ของผู้ป่วยจากบริการสาธารณสุข’ เพื่อสะท้อนปัญหาเชิงระบบของระบบบริการสาธารณสุข (สารี อ๋องสมหวัง ม.ป.ป., น.4) พร้อมกันนั้นกลุ่มผู้ผลักดันยังได้นำเสนอความเป็นไปได้ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแง่โครงสร้างพื้นฐานของระบบสาธารณสุข โดยชี้ว่าประเทศไทยมีสถานพยาบาลครอบคลุมทั้งในระดับตำบล (สถานีอนามัย) และหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุข) ทั่วประเทศ มีระบบฐานข้อมูลทะเบียนบ้านและทะเบียนราษฎร์อิเล็กทรอนิกส์รองรับการจัดทำระบบทะเบียนผู้ใช้สิทธิ มีกลไกการกระจายบุคลากรเบื้องต้น ได้แก่ การกำหนดให้แพทย์และพยาบาลจบใหม่ต้องไปใช้ทุนในพื้นที่ชนบท นอกจากนี้ รายได้ประชาชาติต่อหัวของประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่สัดส่วนประชากรต่อเตียง ต่อแพทย์และพยาบาลก็ลดลงอย่างต่อเนื่อง (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ 2555, น.48-49)

ในเรื่องความเป็นไปได้ทางงบประมาณที่รัฐบาลแสดงความกังวล ฝ่ายผู้สนับสนุนนำเสนอข้อมูลประมาณการว่าการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2544 ในระบบกองทุนเดียว (รวมงบประมาณกองทุนสวัสดิการทั้งหมดเข้ากับกองทุนหลักประกันสุขภาพ) จะใช้งบประมาณทั้งสิ้นประมาณ 100,000 ล้านบาท ซึ่งสามารถจัดสรรจากงบประมาณแต่เดิมของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และระบบสวัสดิการต่างๆ จำนวน 76,550 ล้านบาท แล้วจัดหาเพิ่มเติมอีก 23,450 ล้านบาทเท่านั้น (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2544, น.18)

ส่วนความเป็นไปได้ทางการเมือง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สนับสนุนให้สำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซี อินเตอร์เน็ตโพลล์ (เอแบคโพลล์) สำรวจความเห็นกลุ่มตัวอย่างประชาชน 2,516 คน จาก 21 จังหวัด ได้ข้อสรุปว่าร้อยละ 93.7 ของกลุ่มตัวอย่างสนับสนุนให้รัฐบาลสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน โดยร้อยละ 63.7 ระบุว่าหลักประกันสุขภาพที่ต้องการ หมายถึงเพียงแค่เข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างมีมาตรฐาน

---

[1] “*"หมอสงวน" ผู้บุกเบิกโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" เสียชีวิตแล้ว*”, หนังสือพิมพ์ออนไลน์ประชาไท. 18 มกราคม 2551. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://prachatai.com/journal/2008/01/15479. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[2] Anonymous. “*รำลึกถึงชีวิตและผลงาน นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์*”, มูลนิธิหมอชาวบ้าน. 29 กุมภาพันธ์ 2551. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.doctor.or.th/clinic/detail/6968. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

และมีค่าใช้จ่ายในระดับที่ไม่สร้างความเดือดร้อนเท่านั้น (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2544, น.2-3)

กระแสผลักดันที่เข้มข้นประสบความสำเร็จในการส่งผ่านแนวคิดต่อภาคการเมือง โดยพรรคไทยรักไทยได้ขานรับแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาบรรจุเป็น1 ใน9 นโยบายหาเสียงหลัก ภายใต้ชื่อโครงการ '30 บาท รักษาทุกโรค' ต่อมาเมื่อชนะการเลือกตั้งอย่างเด็ดขาดในปี 2544 พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ก็แสดงท่าทีชัดเจนว่าจะผลักดันนโยบายดังกล่าว เห็นได้จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อตัดสินใจในประเด็นสำคัญ ในวันที่ 17 มีนาคม 2544 โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งศูนย์บัญชาการ (วอร์รูม) โดยมีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน รวมถึงจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายเฉพาะประเด็น 10 ชุด ซึ่งเปิดให้ภาคประชาสังคม รวมถึงเอกชนเข้าไปมีส่วนร่วม (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ 2555, น.58 และ60)

การดำเนินการเริ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในเดือนเมษายน 2544 เมื่อรัฐบาลประกาศพื้นที่นำร่องใน 6 จังหวัด ซึ่งเคยผ่านการปฏิรูประบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลภายใต้โครงการเงินกู้เพื่อการลงทุนทางสังคมโดยธนาคารโลก พ.ศ. 2541-2544 (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ 2555, น.58) ได้แก่ จังหวัดพะเยา นครสวรรค์ ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาคร และยะลา[3] และขยายเพิ่มอีก 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายนปีเดียวกัน ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544

ข. การผลักดันพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

สำหรับการผลักดันกฎหมาย มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... เข้าสู่การพิจารณาในชั้นรัฐสภาทั้งสิ้น 6 ฉบับ ประกอบด้วยร่างของรัฐบาล 1 ฉบับ พรรคการเมืองต่างๆ 4 ฉบับ และ ภาคประชาชน 1 ฉบับ ซึ่งร่างกฎหมายได้ผ่านการพิจารณาในชั้นรัฐสภาแล้วประกาศใช้ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2545 ท่ามกลางกระแสข่าวว่าจะถูก 'ล้ม' ในชั้นวุฒิสภาโดยวุฒิสมาชิกที่เป็นแพทย์

นอกจากรัฐบาลแล้ว กล่าวได้ว่า ภาคประชาชนคืออีกกลุ่มหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการผลักดันกฎหมาย เพราะได้รวมตัวกันตั้งแต่ปี 2543 ภายใต้ชื่อ 'โครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า' แล้วทำการยกร่างกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกลุ่มแรก กลุ่มดังกล่าวมีแกนนำคนสำคัญ

[3]"*30 บาททุกโรคงบบานต้องหาโปะอีกเป็นหมื่นล้าน*", เดลินิวส์. 4 พฤษภาคม 2556. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2556.

ได้แก่ นายจอน อึ้งภากรณ์ และตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน 12 เครือข่าย ประกอบด้วย เครือข่ายด้านเด็ก ผู้หญิง ผู้พิการ ผู้บริโภค ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้สูงอายุ ชุมชนแออัด เกษตรกรรมทางเลือก ธนาคารหมู่บ้านภาคใต้ กลุ่มสวัสดิการชุมชน กลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ และเครือข่ายสุขภาพคนจน โดยได้รับการสนับสนุนจากแนวร่วมนักวิชาการและสภาทนายความ

ต่อมา เครือข่ายภาคประชาชนยังได้จัดกิจกรรมรณรงค์จนสามารถระดมรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าชื่อเสนอกฎหมายได้ 62,412 รายชื่อ เสนอให้ประธานรัฐสภาพิจารณาตั้งแต่เดือนมีนาคม 2544

ในชั้นการพิจารณาโดยรัฐสภา ภาคประชาชนประสบความสำเร็จในการต่อรองขอโควต้ากรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่างกฎหมายในชั้นสภาผู้แทนราษฎร 5 ตำแหน่ง จากรัฐบาล 2 ตำแหน่ง พรรคไทยรักไทย 2 ตำแหน่ง และพรรคประชาธิปัตย์ 1 ตำแหน่ง โดยส่งตัวแทนได้แก่ นางสาวสารี อ๋องสมหวัง ดร.ยุพดี ศิริสินสุข พ.ท.ต่อพงษ์ กุลครรชิต นางระกาวิน ลีชนะวานิชพันธ์ และนางสาวสุรีรัตน์ ตรีมรรคา และได้รับโควต้ากรรมาธิการในชั้นวุฒิสภาได้อีก 3 ตำแหน่ง โดยส่งตัวแทนได้แก่ นางสาวสุรีรัตน์ ตรีมรรคา ดร.ยุพดี ศิริสินสุข และ พ.ท.ต่อพงษ์ กุลครรชิต (สารี อ๋องสมหวัง ม.ป.ป., น.8, 15-17, 20-21)

7.3 กระแสต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เนื้อหาส่วนนี้มุ่งทบทวนตัวละครฝ่ายต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและปรากฏการณ์ซึ่งฝ่ายผลักดันการปฏิรูปชี้ว่าเป็นปฏิบัติการ ‘ยึด’ และ ‘ล้ม’ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

7.3.1 ตัวละครฝ่ายต่อต้าน

ตัวละครฝ่ายต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถแบ่งออกได้ดังนี้

ก. กลุ่มผู้ให้บริการ

กลุ่มผู้ให้บริการที่ไม่พอใจระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ทั้งในสถานพยาบาลรัฐและสถานพยาบาลเอกชนขนาดกลางและขนาดเล็กที่ต้องพึ่งพารายได้จากกองทุนรัฐ กลุ่มดังกล่าวเห็นว่าระบบดังกล่าวคุกคามผลประโยชน์ อำนาจ และศักดิ์ศรีวิชาชีพ เพราะส่งเสริมให้ประชาชนมาใช้สิทธิอย่างล้นเกินส่งผลให้ภาระงานเพิ่มขึ้นสูงเกินรับไหว ในขณะเดียวกัน งบประมาณค่าตอบแทนและค่าใช้จ่ายสถานพยาบาลกลับลดลงอย่างไม่สมเหตุสมผล อีกทั้งยังจำกัดอำนาจของผู้ประกอบวิชาชีพในการเลือกแนวทางการรักษาผ่านการควบคุมงบประมาณและมาตรฐานอย่างเข้มงวด นอกจากนี้ ยังเปิดให้ผู้ป่วย

สามารถร้องเรียนเพื่อรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่เกิดความเสียหายจากการใช้สิทธิ และให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิ ‘ไล่เบี้ย’ แพทย์ในกรณีที่พบความผิด โดยคณะผู้พิจารณาเรื่องดังกล่าวประกอบด้วยบุคคลภายนอกที่ไม่มีความรู้เรื่องแพทย์

กลุ่มผู้ให้บริการชี้ว่า ปัญหาข้างต้นจะนำไปสู่ปัญหาบุคลากรลาออกจากราชการไปประกอบวิชาชีพในภาคเอกชนหรือหันไปทำอาชีพอื่น และทำให้สถานพยาบาลขาดสภาพคล่องหรือขาดทุน

ตัวอย่างกลุ่มพลังคัดค้านที่สำคัญในช่วงผลักดันร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... ได้แก่ กลุ่ม ‘แพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์’ นำโดย นพ.ฐาปนวงศ์ ตั้งอุไรวรรณ ซึ่งเป็นจักษุแพทย์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และแนวร่วมแพทย์พยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีจุดยืนคัดค้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มดังกล่าวมีเป้าหมายหลักคือระดมรายชื่อห้าหมื่นรายชื่อเพื่อคัดค้านร่างกฎหมาย โดยมุ่งเน้นไปที่เนื้อหาตามมาตรา 45 (ภายหลังเปลี่ยนเป็นมาตรา 42) ว่าด้วยการไล่เบี้ยเอาผิดแพทย์ที่ทำผิด[4] โดยรณรงค์ให้แพทย์ทั่วประเทศแต่งกายขาวดำและใส่ปลอกแขนไว้ทุกข์ นอกจากนี้ ยังจัดการประท้วงต่อเนื่อง เช่น นัดชุมนุมบริเวณหน้าโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี พร้อมทั้งนัดหมายให้ผู้ให้บริการออกมาชุมนุมพร้อมกันนับสิบจังหวัดทั่วประเทศ[5]

อีกกลุ่มหนึ่งคือกลุ่ม ‘พลังแพทย์เพื่อชาติ’ นำโดย นพ.โชติช่วง ชุตินธร กลุ่มดังกล่าวเห็นว่าระบบหลักประกันสุขภาพมีลักษณะเป็น ‘สังคมนิยม’ ซึ่งทำลายสิทธิเสรีภาพและทำให้เกิดการผูกขาดทางการแพทย์โดยรัฐ และสร้างปัญหาด้านงบประมาณ จึงจัดทำคำปฏิญาณตนคัดค้านร่างกฎหมายเปิดให้ลงนามแสดงความจำนงไม่เลือกนักการเมืองและพรรคการเมืองที่สนับสนุนร่างกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระดมรายชื่อห้าหมื่นรายชื่อเพื่อถอดถอนร่างกฎหมาย[6]

ข. รัฐบาล

ในช่วงแรก รัฐบาลคือแนวร่วมสำคัญของฝ่ายผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม ในเวลาต่อมาทั้งสองฝ่ายมีความขัดแย้งกันในเรื่องการจัดสรรงบประมาณ โดยฝ่ายผลักดันการปฏิรูปชี้ว่ารัฐบาลสนับสนุนงบประมาณไม่เพียงพอ เช่น ในปี 2549 ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา ชี้ว่า รัฐบาลต้องเพิ่มงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกประมาณ 20,000-30,000 ล้านบาทต่อปี เนื่องจาก

---

[4] “*สธ. ร่อนจดหมายแจงแพทย์ทั่วประเทศ 'หมอหน่อย' เบรกล่าห้าหมื่นชื่อ*”, หนังสือพิมพ์ข่าวสด. 24 กันยายน 2545. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[5] “*หมอ-พยาบาลฮือทั่ว ปท. จี้ล้มกม.ประกันสุขภาพ*”, หนังสือพิมพ์แนวหน้า. 29 สิงหาคม 2545. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[6] “*ล่ารายชื่อคว่ำ พ.ร.บ.ประกันสุขภาพ*”, หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. 10 กันยายน 2545. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

ระหว่างปี 2545-2549 กองทุนขาดเงินถึง 81,138 ล้านบาท (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ 2555, น.71) หรือในช่วงปลายปี 2555 นางสาวสุรีรัตน์ ตรีมรรคา ผู้ประสานงานกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ ก็ออกมาเรียกร้องให้รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อขยายสิทธิประโยชน์และความเป็นธรรมแทนที่จะจำกัดค่าใช้จ่าย (สุรีรัตน์ ตรีมรรคา 2555, ออนไลน์)

อีกประเด็นหนึ่งที่นำมาสู่ความขัดแย้งระดับแตกหักคือ การที่กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโอนย้ายอำนาจในการบริหารจัดการนโยบายและงบประมาณจากรัฐมนตรีและกระทรวงสาธารณสุขไปให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. ซึ่งในมุมมองของรัฐบาลเห็นว่าองค์กรดังกล่าวถูกผูกขาดโดยแพทย์ชนบทและนักพัฒนาเอกชนไม่กี่คน เช่นเดียวกับสถาบัน ‘ตระกูล ส.’ อื่นๆ (นวลน้อย ตรีรัตน์ และและแป๊งค์ งามอรุณโชติ 2555, น.62-64)

ตัวอย่างเช่น นพ.วิทยา แก้วภราดัย อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขช่วงปี 2552 ตัดพ้อว่า “*ปัญหาของ สปสช. ส่วนหนึ่งเป็นเพราะคณะกรรมการบริหารมีความเป็นอิสระสูงมาก... ผมไปนั่งในที่ประชุม สปสช. ผมคือรัฐมนตรี แล้วมีปลัดหนึ่งคน ที่เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง นั่งข้างผม นอกจากนั้นเป็นตัวแทนจากกลุ่มองค์กรต่างๆ และกลุ่มเอ็นจีโอซึ่งเขามาอยู่ก่อนผมนานมาก ผมเหมือนไปอยู่กลางวงล้อม... การบริหารเงินไปสู่ประชาชนเป็นอำนาจของเขาหมด รัฐมนตรีไม่ได้เกี่ยว... วันนี้ สปสช. กลายเป็นสมาคม ‘ส’ไม่รู้กี่ ‘ส’ เวียนกันเป็นกรรมการไปหมด โยกไปโยกมาจนผมมึนไปหมด ว่าไปที่นี่ก็เจอคนนี้ มาที่นี่ก็เจอคนเดิม เราดูแล 4-5 ‘ส’*”[7]

ค. กลุ่มข้าราชการ

กระแสต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกลุ่มข้าราชการเกิดขึ้นด้วยเหตุผลเดียวกับรัฐบาล คือไม่พอใจที่กฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโอนบทบาทการเป็นตัวแทนผู้ซื้อบริการและงบประมาณส่วนใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขให้ไปอยู่ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพและ สปสช. ทำให้กระทรวงสาธารณสุขเหลืองบเพื่อการลงทุนและพัฒนาโรงพยาบาลเพียงไม่กี่พันล้านบาท จากแต่เดิมที่เคยได้รับถึง 8,000-9,000 ล้านบาท[8] ไม่เพียงเท่านั้น ในช่วงแรกเริ่มผลักดัน ฝ่ายปฏิรูปยังนำเสนอวาทกรรมว่าการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการคือการ ‘การรีดไขมัน’ ซึ่งมีนัยยะเป็นการโจมตีบทบาทของ

---

[7] “*อดีตประธานสปสช. ระบุบอร์ด สปสช. มีอำนาจล้น ชงเลขาฯ อนุมัติครั้งละ 1 พันล้าน*”, สำนักข่าวออนไลน์ไทยพับลิก้า. 17 ตุลาคม 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://thaipublica.org/2011/10/national-health-board/. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[8] “*สัมภาษณ์พิเศษ อัมมาร สยามวาลา เจาะปมสุขภาพ*”, กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. 21 กุมภาพันธ์ 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/life/20110221/378193/สัมภาษณ์พิเศษ--อัมมาร--สยามวาลา-เจาะปมสุขภาพ.html. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

กระทรวงสาธารณสุขที่มีอำนาจกำกับดูแลระบบสาธารณสุขมาแต่เดิม (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ 2555, น.99-100)

ง. *กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสวัสดิการเดิม*

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลเดิมโดยเฉพาะข้าราชการและผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมกังวลว่า การบูรณาการระบบกองทุนหรือรวมกองทุนสวัสดิการต่างๆ เข้ากับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำให้สิทธิประโยชน์ และมาตรฐานการตรวจรักษาที่ตนได้รับอยู่ต่ำลง นอกจากนี้ ยังเป็นไปได้ว่าแรงต้านดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้บริหารในกองทุนดั้งเดิมไม่ต้องการสูญเสียอำนาจและผลประโยชน์

จ. *ผู้ผลิตยาและเวชภัณฑ์เอกชน*

บทบาทการรณรงค์ต่อต้านของผู้ผลิตยาและเวชภัณฑ์ภาคเอกชนไม่ปรากฏชัด แต่มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่ากลุ่มดังกล่าวอาจถูกลดทอนผลประโยชน์ลงจากแนวทางการแทรกแซงตลาดสาธารณสุขเพื่อควบคุมต้นทุนค่าบริการของ สปสช. จึงอาจมีบทบาทต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่เบื้องหลัง

7.3.2 ปฏิบัติการยึดพื้นที่คณะกรรมการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของฝ่ายต่อต้าน

นับแต่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลบังคับใช้ จนถึงปี 2551 กลุ่มผู้สนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถยึดกุมจุดยุทธศาสตร์ทางอำนาจสำคัญ ได้แก่ ตำแหน่งเลขาธิการ สปสช. โดยมี นพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นผู้ดำรงตำแหน่ง[9] และสามารถกุมเสียงสนับสนุนในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 12 เสียง จากผู้แทนองค์กรเอกชน 5 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน เมื่อประกอบกับเสียงของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่มักเป็นแนวร่วมในช่วงนั้น[10] รวมถึงเสียงผู้แทนข้าราชการและผู้แทนองค์กรปกครองสวนท้องถิ่นที่มักเป็นไปในทางเดียวกับรัฐมนตรี อีก 8 และ 4 คนตามลำดับ จึงมีเสียงสนับสนุนรวมกันถึง 25 เสียง จากทั้งหมด 30 เสียง

อย่างไรก็ตาม กลุ่มแพทย์ชนบทและภาคประชาชนชี้ว่า ตั้งแต่ประมาณปี 2550 เป็นต้นมา ได้เกิดแรงตีกลับฝ่ายผลักดันการปฏิรูป จนประสบความสำเร็จในยุครัฐบาลพรรคเพื่อไทยในปัจจุบัน โดย นพ. เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท ถึงกับกล่าวอ้างว่ามีการจัดตั้งศูนย์บัญชาการ (วอร์

[9] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์อดีตกรรมการแพทยสภากลุ่มแพทย์ชนบท

[10] กลุ่มพลังดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจนถึงปี 2550 โดยรัฐมนตรีคนสุดท้ายที่เป็นแนวร่วม คือ นพ.มงคล ณ สงขลา

รูม) ที่ห้องผู้บริหารกระทรวงท่านหนึ่ง เพื่อดำเนิน 'แผนบันได 4 ขั้นล้มหลักประกันสุขภาพ' คือ "*ขั้นที่หนึ่ง เปิดทางให้ตัวแทนภาคการเมืองและผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นแนวร่วมเข้ายึดครองคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขั้นที่สอง ส่งตัวแทนฝ่ายการเมืองเข้าดำรงตำแหน่งเลขาธิการ สปสช. ขั้นที่สาม สร้างภาระงบประมาณด้วยการของบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้นในอัตราเดียวกับที่ระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการข้าราชการได้รับ และขั้นที่สี่ สร้างกระแสสังคมให้ล้มหรือแก้ไขสาระสำคัญของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545*"[11]

แนวโน้มดังกล่าวเห็นได้จากการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ตำแหน่งในปี 2554 ซึ่งนายวิทยา บูรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้คัดเลือก พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านประกันสุขภาพ นพ.จรัล ตฤณวุฒิพงษ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุข นพ.พิพัฒน์ ยิ่งเสรี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทย นพ.พินิจ หิรัญโชติ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ทางเลือก นางวรานุช หงสประภาส เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลัง นายเสงี่ยม บุญจันทร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย และ นพ.อิทธพร คณะเจริญ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์

การแต่งตั้งดังกล่าวเกิดขึ้นท่ามกลางข้อครหาว่าผู้เข้ารับตำแหน่งหลายคนไม่มีประสบการณ์ในด้านที่ตนดำรงตำแหน่ง และบางคนเคยมีท่าทีต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาก่อน ในขณะที่ผู้ได้รับการเสนอชื่อหลายท่านที่ไม่ได้รับการคัดเลือกล้วนเป็นผู้มีชื่อเสียงและความสามารถเป็นที่ยอมรับ เช่น นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ภญ.สำลี ใจดี หรือ ดร.อัมมาร สยามวาลา

นอกจากนี้ ยังมีการตั้งข้อสังเกตว่าผู้ที่ได้รับการแต่งตั้ง "*... ได้รับแรงสนับสนุนจาก 3 ส่วนหลัก คือ 1. สมาคมโรงพยาบาลเอกชนและสภาวิชาชีพ 2. ข้าราชการประจำ และ 3. นักการเมือง...*" ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดุลอำนาจภายใน เพราะ *"เสียงชี้ขาดส่วนใหญ่จึงตกอยู่กับบอร์ดผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 เสียง*"[12] รวมถึงการประชุมคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒินั้น จัดขึ้นในช่วงครั้งที่กรรมการฝั่งตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชนไม่สามารถเข้าร่วมได้เนื่องจากติดภาวะน้ำท่วม[13]

---

[11] "*จับตา ! บันได 4 ขั้นล้มบัตรทอง*", ไทยรัฐออนไลน์. 17 มกราคม 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thairath.co.th/column/pol/page1scoop/230914. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[12] น.รินีเรืองหนู. "*เกมดัน 'นพ.วิชัย โชควิวัฒน' พ้นสปสช. เป้าหมายแฝงกลุ่มทุน-การเมือง*", ศูนย์ข่าวสารนโยบายสาธารณะ โดยสำนักข่าวอิศรา. 21 กันยายน 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.isranews.org/drilling-band-reformed/item/10827-q-q-q-q.html. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[13] *"ฟ้อง 'วิทยา' ตั้งบอร์ด สปสช. ผิดกฎหมาย"*, ไทยรัฐออนไลน์. 28 ธันวาคม 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thairath.co.th/content/edu/226694. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

ต่อมา ในช่วงปลายปี 2554 มีการแต่งตั้ง นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ ดำรงตำแหน่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทยแทน นพ.พิพัฒน์ ยิ่งเสรี โดยในการประชุมคัดเลือกดังกล่าว กรรมการที่เป็นตัวแทนภาคประชาชนทั้งหมดปฏิเสธเข้าร่วมประชุม[14] จากนั้น ในช่วงต้นปี 2555 นายวิทยา บูรณศิริ แต่งตั้ง ดร.คณิศ แสงสุพรรณ เข้าดำรงตำแหน่งผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลังแทน นางวรานุช หงสประภาส ซึ่งลาออก ในขณะเดียวกัน นพ.วิชัย โชควิวัฒนและนายนิมิตร์ เทียนอุดม กรรมการผู้แทนองค์กรเอกชนก็ประกาศถอนตัวจากคณะอนุกรรมการทุกคณะ โดยให้เหตุผลว่า "*รับไม่ได้ที่ฝ่ายการเมืองใช้อำนาจและและเสียงข้างมากผลักดันการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ โดยไม่ฟังเสียงคัดค้านว่าผิดหลักการของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545*"[15]

ล่าสุด ในช่วงต้นปี 2556 สปสช. ได้จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อคัดเลือกผู้สมัครดำรงตำแหน่งรองเลขาธิการ สปสช. เพิ่มอีกสองตำแหน่ง ซึ่งผลการคัดเลือกในเดือนมีนาคม ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกได้แก่ นพ.อรรถสิทธิ์ กาญจนสินิทธ์ อดีตสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร จังหวัดขอนแก่น พรรคไทยรักไทย และอดีตเลขานุการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ระหว่างปี 2552-2553 กับ นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) กรณีนี้ส่งผลให้เกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์จากฝ่ายผลักดันการปฏิรูป เช่น นพ.วิชัย โชควิวัฒน และ น.ส.สุภัทรา นาคะผิว แกนนำชมรมคนรักหลักประกันสุขภาพ ชี้ว่า เป็นการแทรกแซงของฝ่ายการเมือง[16] ส่งผลให้ในวันที่ 1 เมษายน 2556 เจ้าหน้าที่ สปสช. ได้ร่วมกันแต่งชุดดำ และจัดงานเสวนาเรื่อง 'ร่วมปกป้องธรรมภิบาลต่อต้านการแทรกแซง' ในวันที่ นพ.อรรถสิทธิ์ เข้ารับตำแหน่ง[17]

---

[14] "*ตั้ง 'หมอประดิษฐ์' นั่งบอร์ด สปสช. เมินเอ็นจีโอต้าน*", ไทยรัฐออนไลน์. 22 พฤศจิกายน 2554. (ออนไลน์).แหล่งที่มา: http://www.thairath.co.th/content/edu/218254. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[15] ASTV ผู้จัดการออนไลน์. "*บอร์ดใหม่ สปสช.รุ่น "วรานุช" ลาออก/ NGO ถอนตัวจากอนุกรรมการ*", ผู้จัดการออนไลน์. 26 มกราคม 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา:http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9550000011819. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[16] "*การเมืองรุกตั้ง 2 รองเลขาธิการ สปสช.*", หนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์. 5 มีนาคม 2556. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.healthfocus.in.th/content/2013/03/2477. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2556.

[17] **"***จัดเสวนาต่อต้านหมออรรถสิทธิ์ทำงานรองเลขาธิการ สปสช. วันแรก*", หนังสือพิมพ์ออนไลน์ประชาไท. 2 เมษายน 2556. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://prachatai.com/journal/2013/04/46066. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2556.

7.4 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบนความขัดแย้ง

ตลอดทศวรรษที่ผ่านมา ความขัดแย้งทางความคิดและผลประโยชน์ระหว่างฝ่ายผลักดันการปฏิรูปกับฝ่ายต่อต้านส่งผลต่อวิวัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีนัยยะสำคัญ เนื้อหาส่วนนี้มุ่งทบทวน 'พิมพ์เขียว' ของฝ่ายผลักดันการปฏิรูปในประเด็นต่างๆ รวมถึงสำรวจว่าในแต่ละประเด็นถูกโต้แย้งจากฝ่ายต่อต้านและมีผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงเป็นอย่างไร

ประเด็นผลักดันของฝ่ายปฏิรูปประกอบด้วย

(1) *ประเด็นเรื่องโครงสร้างทางการเงิน* ได้แก่ การสร้างสิทธิจากงบประมาณรัฐโดยประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ การใช้ระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและระบบเบิกจ่ายปลายปิด การควบคุมต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และการบูรณาการระบบกองทุนรัฐ

(2) *ประเด็นเรื่องโครงสร้างการบริหารจัดการ* ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นตัวแทน 'ผู้ซื้อบริการ' การสนับสนุนและกระจายอำนาจแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ และการกำกับดูแลมาตรฐานและจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายจากการใช้สิทธิ

(3) *ประเด็นเรื่องแนวทางการให้บริการ* ได้แก่ การมุ่งขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมรอบด้านและการมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชน

7.4.1 การผลักดันให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ฝ่ายผลักดันการปฏิรูปเห็นว่าบริการสาธารณสุขควรเป็น 'สิทธิ' ขั้นพื้นฐานของประชาชน และมีแนวทางการสร้างสิทธิที่สอดคล้องกับหลักการ 'เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข' ดังนั้น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงควรสร้างขึ้นจากงบประมาณรัฐโดยประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

แนวคิดดังกล่าวถูกโต้แย้งจากฝ่ายต่อต้านว่า การที่บริการสาธารณสุขไม่มีต้นทุน จะทำให้ประชาชนไม่ดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ทำให้เกิดการใช้และเรียกร้องสิทธิอย่างฟุ่มเฟือย เช่น ขออยู่ห้องแบบพิเศษ ส่งผลต่อเนื่องให้ผู้ให้บริการต้องรับภาระงานล้นเกินสุดท้าย เงื่อนไขเหล่านี้จะส่งผลให้คุณภาพระบบบริการสาธารณสุขไทยลดลง เพราะผู้ให้บริการไม่มีเวลา และอุปกรณ์เพียงพอต่อการให้บริการ เช่น แพทย์มีเวลา

พูดคุยกับผู้ป่วยเพียง 2 นาทีต่อคน[18] กล่าวได้ว่าในความเห็นของฝ่ายต่อต้าน ระบบสวัสดิการที่ดีควรครอบคลุมเฉพาะผู้ยากจนหรือจำเป็นจริงๆ เท่านั้น

การถกเถียงข้างต้นนำมาสู่แนวคิด 'กลางๆ' คือให้ประชาชน 'ร่วมจ่าย' ในการใช้สิทธิ โดยกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเปิดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจกำหนดส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ ยกเว้นผู้ยากไร้หรือบุคคลที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด (มาตรา 5) ซึ่งช่วงแรกกำหนดไว้ที่ 30 บาท แต่ต่อมาในสมัยรัฐบาลสุรยุทธ์ จุลานนท์ ได้มีการยกเลิกส่วนร่วมจ่ายดังกล่าว เนื่องจากเห็นว่ายังคงเป็นภาระสำหรับผู้ยากจนโดยเฉพาะผู้เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง และรายรับเพียง 2,000 ล้านบาท ไม่คุ้มกับค่าใช้จ่ายดำเนินการจัดเก็บ ต่อมาในสมัยรัฐบาลพรรคประชาธิปัตย์จึงได้มีการเปลี่ยนชื่อโครงการจาก 'โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค' เป็น 'โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า' (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ 2555, น.61-62)

อย่างไรก็ตาม ในสมัยที่นายวิทยา บุรณศิริ ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการผลักดันให้เก็บส่วนร่วมจ่าย 30 บาทเช่นเดิม เพื่อเพิ่มรายรับประมาณ 2,000 ล้านบาท[19] และเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงไม่ใช้บริการอย่างฟุ่มเฟือยโดยออกเป็นประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการร่วมจ่ายค่าบริการ พ.ศ. 2555 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2555 โดยยกเว้นผู้เข้ารับบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตหรือเร่งด่วน และบุคคลยากไร้ แต่ทั้งนี้ น่าสังเกตว่ากระทรวงสาธารณสุขกลับออกประกาศอีกฉบับหนึ่ง เรื่องบุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ พ.ศ. 2555 ให้มีผลบังคับใช้ในวันเดียวกัน โดยมีเนื้อหาในข้อ 21 ระบุว่า 'บุคคลที่แสดงความประสงค์ไม่จ่ายค่าบริการ' ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ จึงเป็นไปได้ว่าการผลักดันดังกล่าวเป็นเพราะรัฐบาลต้องการนำชื่อ '30 บาท รักษาทุกโรค' กลับมาใช้เพื่อเป็นการย้ำเตือนถึงความสำเร็จของพรรคไทยรักไทยในอดีตเท่านั้น เพราะในทางปฏิบัติ ผู้ไม่ประสงค์จะจ่ายค่าบริการก็ไม่จำเป็นต้องจ่าย 30 บาทแต่อย่างใด

---

[18] "*คำต่อคำของนพ.วินัย สวัสดิวร เลขาสปสช. ชี้แจงปมร้อนๆ "ผลตรวจสอบสตง.'*", สำนักข่าวออนไลน์ไทยพับลิก้า. 10 ธันวาคม 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://thaipublica.org/2011/12/vinai-national-health/. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[19] "*มติบอร์ดให้ สปสช.เก็บ 30 บาท เริ่ม 1 สิงหานี้*", สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 13 มิถุนายน 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.nhso.go.th/FrontEnd/NewsInformationDetail.aspx?newsid=NDE0. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

7.4.2 การใช้ระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและระบบเบิกจ่ายปลายปิด

ระบบเหมาจ่ายรายหัวคือระบบให้เงินอุดหนุนด้านอุปสงค์ (demand-side financing) ซึ่งหมายถึงการกำหนดจำนวนเงินอุดหนุนต่อหัวประชากร แล้วกระจายให้สถานพยาบาลตามจำนวนหัวประชากรที่มาขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลนั้นๆ โดยในกรณีระบบหลักประกันสุขภาพ งบประมาณดังกล่าวครอบคลุมไปถึงเงินเดือนผู้ให้บริการและค่าใช้จ่ายสถานพยาบาล ส่วนการเบิกจ่ายปลายปิด หมายถึงการเบิกจ่ายค่าตรวจรักษาโรคต่างๆ ตามอัตราที่ส่วนกลางกำหนด มิใช่การเบิกจ่ายตามจำนวนเงินที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ

ฝ่ายผลักดันชี้ว่า กลไกงบประมาณที่กล่าวไปคือหัวใจสำคัญที่จะทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้บานปลาย นอกจากนี้ ระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวยังส่งผลให้สถานพยาบาลขนาดใหญ่ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีประชากรน้อย ต้องปรับตัวด้วยการกระจายบุคลากรและทรัพยากรทางการแพทย์ไปสู่สถานพยาบาลที่ขาดแคลนแต่มีประชากรมาก

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บรรจุแนวคิดข้างต้นลงในเนื้อหาโดยกำหนดให้มีการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ผ่านการใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาบริการในเขตพื้นที่ที่หน่วยบริการไม่เพียงพอหรือกระจายตัวอย่างไม่เหมาะสม (มาตรา 38) นอกจากนี้ ยังมีการกำหนดไว้ชัดเจนว่างบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจะต้องครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร (มาตรา 46 (2))

ในทางปฏิบัติ สปสช. ได้กำหนดให้มีการคำนวณงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอกในแต่ละปีจากต้นทุนสิทธิประโยชน์ทั้งหมดรวมกัน ก่อนจะปรับเพิ่มตามอัตราเสี่ยงซึ่งพิจารณาจากจำนวนผู้สูงอายุและความทุรกันดารในแต่ละพื้นที่ ส่วนงบประมาณเบิกจ่ายปลายปิดสำหรับผู้ป่วยในจะกำหนดอัตราเบิกจ่ายจากเครื่องมือ ‘กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม’ (Diagnostic Related Group) หรือ ‘DRGs’ ซึ่งหมายถึงการจัดกลุ่มโรคตามต้นทุนที่ใช้ในการตรวจรักษา

กล่าวได้ว่า ระบบงบประมาณดังกล่าวคือสาเหตุสำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดแรงต้านจากฝั่งผู้ให้บริการ เนื่องจากเห็นว่าระบบงบประมาณดังกล่าวส่งผลให้แพทย์ลาออกจากราชการและโรงพยาบาลขาดสภาพคล่องหรือขาดทุน ประเด็นหลังนี้ถือได้ว่าเป็นประเด็นที่สังคมให้ความสนใจ และฝ่ายต่อต้านนำมาใช้โจมตีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดนับแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน

สำหรับข้อวิพากษ์เรื่องดังกล่าว นพ.วิชัย โชควิวัฒน ผู้เป็น ‘หัวหอก’ ในการผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอธิบายว่า ภาวะขาดทุนเกิดขึ้นจริงในสองช่วงเวลา ช่วงแรกคือช่วงเริ่มต้นนโยบาย มีโรงพยาบาลขาดทุนแบ่งได้เป็นสองประเภท ประเภทแรกคือโรงพยาบาลตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีประชากรน้อย ได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวต่ำ แต่ปัญหานี้รัฐบาลและทีมงานได้คาดการณ์และจ่าย

งบประมาณช่วยเหลือเพื่อไม่ให้ล้มละลายไปในปีแรกประมาณ 3,000 ล้านบาท ส่วนอีกประเภทคือโรงพยาบาลที่ขาดทุนเพราะการบริหารจัดการภายในที่ผิดพลาดเอง เช่น ซื้อยาราคาแพงเก็บไว้มากเกินไป

นอกจากที่กล่าวไป นพ.วิชัย โชควิวัฒน ยังระบุว่างบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในช่วงแรกนั้นต่ำเกินไป นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์จ่ายเงินในช่วงสามปีแรกตามที่บทเฉพาะกาลของกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ยังได้นำปริมาณงาน (workload) มาเป็นปัจจัยในการคำนวณจัดสรรงบประมาณนอกเหนือไปจากการคำนวณตามจำนวนหัวประชากร ทำให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปได้รับประมาณในสัดส่วนที่สูง แต่โรงพยาบาลนับร้อยแห่งโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนขาดทุนถึงขั้นใกล้ล้มละลาย

อย่างไรก็ตาม วิกฤติในช่วงแรกก็คลี่คลายลงตามลำดับเมื่องบประมาณเหมาจ่ายรายหัวสูงขึ้น และภารกิจการกำหนดกฎเกณฑ์จ่ายเงินโอนมายัง สปสช. ซึ่งบริหารจัดการงบประมาณบนพื้นฐานข้อเท็จจริง มีเหตุผล เปิดกว้างการมีส่วนร่วม โปร่งใส และคำนึงถึงการแก้ปัญหาให้โรงพยาบาลที่อยู่ในฐานะลำบาก

ส่วนวิกฤตโรงพยาบาลขาดทุนรอบที่สอง นพ.วิชัย ชี้ว่า เริ่มขึ้นในปี 2552 โดยเกิดขึ้นในโรงพยาบาลรัฐ 289 แห่ง จากทั้งหมด 834 แห่ง (ร้อยละ 35) แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 12 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ 276 แห่ง อย่างไรก็ตาม ปัญหาดังกล่าวไม่เกี่ยวข้องกับระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว แต่เกิดจากการที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศปรับเพิ่มอัตราค่าตอบแทนแพทย์ แล้วเปิดให้โรงพยาบาลสามารถนำเงินบำรุงสถานพยาบาลมาจ่าย เพื่อดึงไม่ให้บุคลากรทางการแพทย์ 'ไหลออก' จากโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยไปสู่เมืองใหญ่ แต่รัฐบาลไม่ได้จัดสรรงบดังกล่าวเพิ่มเติมให้กระทรวงสาธารณสุขอย่างเพียงพอ ทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าตอบแทนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยทั่วประเทศถึงร้อยละ 37.1 ของค่าตอบแทนเดิม นอกจากนี้ อัตราค่าตอบแทนแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปยังไม่สมเหตุสมผลกับภาระงาน (วิชัย โชควิวัฒน, 2553, น.6-16)

ดร.อัมมาร สยามวาลา ก็ชี้ในทำนองเดียวกันว่ารัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณต่อหัวเพียงพอมาตั้งแต่ปี 2551[20] ปัญหาขาดทุนเกิดจากการนำเงินบำรุงสถานพยาบาลมาจ่ายค่าตอบแทนแพทย์โดยไม่วางแผน นอกจากนี้ ยังตั้งข้อสังเกตว่าโรงพยาบาลมักทำบัญชีแบบ 'โชห่วย' คือ "*ขายของได้ก็นำเงินใส่ จ่ายซื้อของก็นำเงินจากตะกร้า หรือแม้แต่ลูกขอตังค์ก็นำเงินจากตะกร้า บัญชีที่ทำจึงดูแปลกๆ ลงบัญชีผิดๆ ถูกๆ เรียกว่าเป็นระบบบัญชีที่เละเทะ และมาบอกว่า สปสช. ให้เงินโรงพยาบาลลดลง*"[21]

[20] ปี 2551 งบประมาณอยู่ที่ 2,194.3 บาทต่อหัว ในขณะที่ปี 2546 อยู่ที่ 1,201.4 บาท (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ 2555, น.78))

[21] *"สัมภาษณ์พิเศษ อัมมาร สยามวาลา เจาะปมสุขภาพ"*.

7.4.3 การควบคุมต้นทุนค่ารักษาพยาบาล

ในสมัยที่ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ดำรงตำแหน่งเลขาธิการ สปสช. ได้ริเริ่มการควบคุมต้นทุนค่ารักษาพยาบาลด้วยแนวทางต่างๆ เช่น การควบคุมประเภทยาในบัญชียาหลักอย่างเข้มงวด รวมถึงให้ สปสช. ทำหน้าที่เป็นตัวกลางต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นกับผู้ผลิตเอกชน เช่น ต่อรองราคาสายสวนสำหรับโรคหัวใจขาดเลือดหรือ 'สเต็นท์' เหลือ 30,000 บาท และประมาณ 10,000 บาท หากซื้อจากประเทศจีน จากเดิมที่มีราคาอยู่ที่ 70,000-80,000 บาท

นอกจากนี้ ในปี 2550 นพ.สงวน ยังได้สนับสนุนให้ประเทศไทยใช้มาตรการบังคับสิทธิเหนือสิทธิบัตรยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ (compulsory license) หรือการทำ 'ซีแอลยา' ซึ่งหมายถึงการใช้สิทธิในการผลิตยาที่มีปัญหาการเข้าถึงและมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อใช้เองภายในประเทศโดยไม่ต้องจ่ายค่าลิขสิทธิ์ ทั้งนี้ ยาที่ประเทศไทยใช้สิทธิดังกล่าว ได้แก่ ยารักษาภาวะติดเชื้อเอชไอวี (efavirenz) ยารักษาภาวะติดเชื่อเอชไอวีสูตรป้องกันการดื้อยา (lopinavir+ritronavir) หรือ 'Kaletra' และยาสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ (Plavix, clopidogrel) (นวลน้อย ตรีรัตน์ และแป๊งค์ งามอรุณโชติ 2555, น.53-55)

แนวทางการแทรกแซงดังกล่าว ก่อให้ให้เกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์ว่าซ้ำเติมปัญหาเรื่องค่าตอบแทนแพทย์และสถานพยาบาลขาดทุน นอกจากนี้ ยังชี้ว่าการควบคุมต้นทุนและประเภทของยาและเวชภัณฑ์ จะทำให้แพทย์ไม่สามารถเลือกแนวทางการรักษาที่มีคุณภาพหรือเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

7.4.4 การบูรณาการระบบกองทุนรัฐ

ฝ่ายผลักดันการปฏิรูปชี้ว่า สิทธิของประชาชนควรมีมาตรฐานเดียว ไม่เลือกปฏิบัติ และมีประสิทธิภาพไม่ซ้ำซ้อนกัน ดังนั้นจึงควรยุบรวมกองทุนรัฐทั้งหมดเข้ากับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือหากจะคงไว้ก็ควรบูรณาการให้อยู่ภายใต้การกำกับของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางดังกล่าวถูกคัดค้านจากฝ่ายต่อต้านซึ่งเห็นว่าระบบสวัสดิการเดิมมีคุณภาพกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือเห็นว่าการมีหลายกองทุนจะทำให้เกิดการแข่งขันกันพัฒนาคุณภาพและสิทธิประโยชน์ นอกจากนี้ ยังมีภาคประชาชนตั้งข้อสังเกตว่า แรงต้านดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจากสถานพยาบาลรัฐและเอกชนขนาดกลางและเล็กที่ต้องพึ่งพารายได้จากกองทุนสวัสดิการรัฐ เพราะกลุ่มดังกล่าวพอใจกับระบบเบิกจ่ายปลายเปิดของกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลมากกว่าระบบงบประมาณที่เข้มงวดและจำกัดของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[22]

[22] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตัวแทนภาคประชาชน

เพื่อลดแรงต้านข้างต้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงกำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้ผู้ได้รับสิทธิในระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการ และผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อมีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาในเรื่องดังกล่าว (มาตรา 9 และ 10)

อย่างไรก็ตาม จวบจนปัจจุบันยังคงไม่มีการตราพระราชกฤษฎีกาเพื่อดำเนินการแต่อย่างใด

7.4.5 การจัดตั้งคณะกรรมการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นตัวแทนประชาชน 'ผู้ซื้อบริการ'

ฝ่ายผลักดันการปฏิรูปเสนอให้มีการจัดตั้งหน่วยงานอิสระทำหน้าที่เป็นตัวแทนประชาชน 'ผู้ซื้อบริการ' เนื่องจากการรวมบทบาทไว้ที่กระทรวงสาธารณสุขจะทำให้เกิดปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อนและการขาดการตรวจสอบถ่วงดุล เพราะกระทรวงมีฐานะเป็น 'ผู้ขายบริการ' จากการเป็นเจ้าของโรงพยาบาลรัฐ

ฝ่ายผลักดันประสบความสำเร็จในการผลักดันให้มีการจัดตั้งหน่วยงานอิสระ โดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ ส่วนกรรมการประกอบด้วย (1) ผู้แทนข้าราชการ 8 คน (2) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน (3) ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน 5 คน (4) ผู้แทนผู้ประกอบอาชีพด้านสาธารณสุข 5 คน (5) ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คนซึ่งคณะรัฐมนตรีเป็นผู้แต่งตั้งโดยมีเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำรงตำแหน่งเป็นเลขานุการ ทั้งนี้กรรมการมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ 4 ปี ไม่เกิน 2 วาระ (มาตรา 13 และ 15)

ในส่วนของสำนักงาน ให้จัดตั้ง สปสช. โดยมีฐานะเป็นนิติบุคคลอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการ สปสช. มาจากการคัดเลือกโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอชื่อโดยคณะกรรมการสรรหาจำนวน 5 คน ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีวาระดำรงตำแหน่ง 4 ปี และห้ามดำรงตำแหน่งติดต่อกันเกิน 2 วาระ (มาตรา 24, 31, 34)

การจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. นำมาสู่เสียงวิพากษ์ว่าเป็นการยกอำนาจและงบประมาณให้กลุ่มคนไม่กี่คน กล่าวอย่างเฉพาะเจาะจงคือเครือข่าย 'ตระกูล ส.' ของกลุ่มแพทย์ชนบทและแนวร่วม ทำให้เกิดการผูกขาดไม่โปร่งใสในองค์กร ดังนั้นกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะจัดตั้งขึ้นควรอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานราชการมากกว่า

นอกจากนี้ ในทางปฏิบัติเองก็พบว่าแนวทางการแยกบทบาทผู้ซื้อยังคงประสบปัญหาจวบจนปัจจุบัน เนื่องจากสำนักงานระดับสาขาของกองทุนหลักประกันสุขภาพมักจัดตั้งขึ้นโดยฝากไว้กับหน่วยงาน

สาธารณสุขจังหวัดซึ่งอยู่ในสายงานของกระทรวงสาธารณสุข แม้ภายหลังจะมีการจัดตั้งหน่วยงานสาขาระดับเขตพื้นที่ 13 สาขา แต่ก็ยังพบว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังคงอยู่ในฐานะคนกลางที่ต้องรักษาความสัมพันธ์ระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ที่มักขัดแย้งกันในเรื่องขอบเขตความรับผิดชอบในระดับพื้นที่ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ 2555, น.102-103)

ไม่เพียงเท่านั้น ฝ่ายผลักดันการปฏิรูปชี้ว่า ในปัจจุบัน ภาคการเมืองและธุรกิจการแพทย์เอกชนได้เข้าครอบงำคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. ดังที่อธิบายไปแล้ว ส่งผลให้มีการออกนโยบายที่ขัดกับหลักการแบ่งแยกบทบาท เช่น ในปี 2555 นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำรงตำแหน่งเป็นประธานคณะอนุกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ และคณะอนุกรรมการเพื่อการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ส่งผลให้ นพ.วิชัย โชควิวัฒน หนึ่งในกรรมการซึ่งเป็นแกนนำกลุ่มแพทย์ชนบทประท้วงด้วยการเดินออกจากห้องประชุม[23]

ทั้งนี้ ล่าสุด นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ยังมีแผนที่จะตั้งคณะทำงานบริหารงบกองทุน สปสช. ในปี 2557 เพื่อดำเนินการโอนย้ายงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 180,000 ล้านบาท ให้ไปอยู่ภายใต้อำนาจของเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอยู่ 12 เขตครอบคลุมทั่วประเทศ แล้วให้หน่วยงานดังกล่าวกำหนดหลักเกณฑ์กระจายงบประมาณให้โรงพยาบาลคู่สัญญาในพื้นที่ของตนแทน สปสช.[24] ซึ่งทิศทางดังกล่าวขัดแย้งกับหลักการแบ่งแยกอำนาจเช่นกัน เพราะเท่ากับเป็นการโอนเงินของผู้ซื้อบริการไปให้หน่วยงานในบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดการ

7.4.6 การสนับสนุนและกระจายอำนาจแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ฝ่ายผู้สนับสนุนเห็นว่าระบบหลักประกันสุขภาพส่งผลให้เกิดการใช้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นมาก ดังนั้นจึงต้องปรับเปลี่ยนจากการรวมศูนย์ทรัพยากรบุคลากรไว้ที่สถานพยาบาลขนาดใหญ่ไปเน้นบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิและระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อคัดกรองและรองรับปริมาณงานโดยในเบื้องต้น กลไกการเหมาจ่ายรายหัวคือเงื่อนไขสำคัญที่จะเสริมความเข้มแข็งให้หน่วยบริการดังกล่าว

---

[23] ASTV ผู้จัดการออนไลน์. "*"หมอวิชัย" แจงเหตุวอล์กเอาต์บอร์ด สปสช. สุดทน "วิทยา" ไร้หลักการขัดระเบียบ*", ผู้จัดการออนไลน์. 26 มกราคม 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9550000011956. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[24] *"ฉุนโยกงบ สปสช. 1.8 แสนล. ซัด "ประดิษฐ" ฉีกหลัก ก.ม."*, หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ.24 เมษายน 2556. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.hed.go.th/frontend/theme/content.php?Submit=Clear&ID_Info=00022437&Type=3. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2556.

เนื่องจากจะได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่จ่ายตรงไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ ฝ่ายผลักดันการปฏิรูปยังมีแผนกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการและบริหารจัดการในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อีกด้วย (มาตรา 47)

ระบบจ่ายงบประมาณรายหัวที่จ่ายตรงไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นการทำให้หน่วยงานขนาดใหญ่ได้รับงบประมาณน้อย ส่งผลให้คุณภาพบริการต่ำลง ในขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีแรงจูงใจที่จะพัฒนา

นอกจากนี้ ในเรื่องการกระจายอำนาจก็ประสบภาวะติดขัด เนื่องจากแผนระดับชาติที่กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขกระจายอำนาจหน้าที่และบุคลากร และให้รัฐบาลจัดสรรงบประมาณร้อยละ 35 ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายในปี พ.ศ. 2549 ถูกแก้ไขยกเลิกกำหนดเวลา นอกจากนี้ แผนการกระจายอำนาจระยะที่สอง พ.ศ. 2549 ยังได้กำหนดหลักเกณฑ์พิจารณา ‘ความพร้อม’ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะได้รับโอนสถานีอนามัยที่เข้มงวดคือต้องได้รับรางวัลธรรมาภิบาลในการบริหาร ต้องแสดงศักยภาพและความมุ่งมั่นที่มีต่อเรื่องสุขภาพโดยการจัดตั้งกองสาธารณสุขขึ้นและสนับสนุนงบประมาณให้กองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่จะถูกโอนย้ายร้อยละ 50 ต้องแสดงความสนับสนุน ส่งผลให้จนถึงปี 2552 มีสถานีอนามัยเพียง 28 แห่ง จากประมาณ 8,000 แห่งที่โอนย้ายภารกิจสำเร็จ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ 2555, น.104-105)

7.4.7 การกำกับดูแลมาตรฐานและจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายจากการใช้สิทธิ

ระบบหลักประกันสุขภาพมีกลไกกำกับดูแลมาตรฐานบริการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเข้มงวด ซึ่งถือได้ว่าสอดคล้องกับระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและการเบิกจ่ายปลายปิด เพราะระบบงบประมาณดังกล่าวเปิดให้เบิกจ่ายเงินได้จำกัด จึงสร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบวิชาชีพให้บริการต่ำกว่ามาตรฐาน นอกจากนี้ยังมีการสร้างกลไกจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายจากการใช้สิทธิอีกด้วย

จากแนวคิดข้างต้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขประกอบด้วย (1) อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับร้องคุณภาพโรงพยาบาล และ ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ (2) ผู้แทนสภาวิชาชีพ 5 คน (3) ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนซึ่งเป็นสมาชิกของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน 1 คน (4) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน (5) ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพ 3 คน (6) ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทาง 4 คน (7) ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ 3 คน (8) ผู้แทนองค์กรพัฒนา

เอกชน 5 คน (9) ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน มีวาระการดำรงตำแหน่ง 4 ปี และห้ามดำรงตำแหน่งติดต่อกันเกิน 2 วาระ (มาตรา 48 และ 49)

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีหน้าที่ควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐาน เสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคเพื่อใช้ประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่าย กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และหน่วยงานรับร้องเรียนและช่วยเหลือผู้ถูกละเมิดสิทธิ รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานพร้อมทั้งแจ้งและติดตามให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขต่างๆ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปฏิบัติภารกิจ พัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชน จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 (มาตรา 50) และมีอำนาจลงโทษในกรณีที่มีการกระทำผิดเกิดขึ้น (มาตรา 50, 57-61)

ส่วนกลไกการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ได้รับความเสียหายจากการใช้สิทธิ กฎหมายกำหนดไว้ในมาตรา 41 และ 42 ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกันงบประมาณร้อยละ 1 ไว้สำหรับภารกิจดังกล่าว และเปิดให้กองทุนสามารถ 'ไล่เบี้ย' ผู้ให้บริการในกรณีที่พบการกระทำผิด โดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นดังกล่าว (มาตรา 50)

กล่าวได้ว่า ประเด็นเรื่องการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นคืออีกสาเหตุหลักหนึ่งที่ก่อให้เกิดกระแสต่อต้านในหมู่ผู้ให้บริการในช่วงแรกเริ่ม อย่างไรก็ตาม นับแต่มีการผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยภาคประชาชนในปี 2553 ฝ่ายต่อต้านก็ได้เปลี่ยนท่าทีมาสนับสนุนมาตราดังกล่าว (พิจารณาประเด็นดังกล่าวโดยละเอียดในบทที่ 8)

7.4.8 การขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมรอบด้าน

ฝ่ายผลักดันการปฏิรูปเห็นว่าการมุ่งขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมรอบด้านคือหลักสำคัญที่จะทำให้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่กลายเป็นเพียงบริการชั้นสองสำหรับผู้ไม่มีทุนทรัพย์เท่านั้น แต่เป็นสวัสดิการที่ครอบคลุมบริการอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน

ในเบื้องต้น กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้บัญญัติให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจกำหนดสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ (มาตรา 5) ซึ่งในทางปฏิบัติพบว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาคณะอนุกรรมการชุดสิทธิประโยชน์ได้มุ่งพัฒนาสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่อง โดย

กระบวนการพิจารณาดังกล่าวจะเปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และคำนึงถึงมิติทางเศรษฐศาสตร์ว่าด้วยต้นทุนต่ออรรถประโยชน์ ผลกระทบต่อภาระงบประมาณ ความเป็นธรรม และศักยภาพของระบบบริการสาธารณสุขในการรองรับการขยายสิทธิประโยชน์

ไม่เพียงเท่านั้น สปสช. ยังได้ริเริ่มขยายสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นต้องดำเนินการหรือมีเหตุผลทางจริยธรรมรองรับแม้จะไม่คุ้มค่าในทางเชิงเศรษฐมิติ เช่น ในปี 2550 สปสช. ได้สร้างสิทธิประโยชน์บริการทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพราะเห็นว่าบริการดังกล่าวมีต้นทุนค่าใช้สูงถึง 4 เท่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อคนต่อปี ซึ่งสูงเกินกว่าประชาชนทั่วไปจะแบกรับภาระไหว (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ 2555, น.74-76)

ทั้งนี้ การขยายสิทธิประโยชน์จะกระทำใน 3 รูปแบบ ได้แก่ (1) ประกาศขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์ตามปกติ (2) จัดตั้งเป็น ‘กองทุนย่อยแยกประเภท’ เพื่อพัฒนาระบบเบิกจ่ายและแนวทางการตรวจรักษาแยกจากระบบหลัก กรณีนี้ใช้สำหรับโรคที่มีลักษณะเฉพาะ เช่นโรคไต หรือโรคเอดส์ (3) จัดทำ ‘vertical program’ ซึ่งหมายถึงการที่ สปสช. ลงไปต่อรองราคาอุปกรณ์ เวชภัณฑ์จากผู้ผลิต และ ค่าบริการจากโรงพยาบาลที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ แล้วเปิดให้ประชาชนที่ประสงค์ใช้บริการมาลงทะเบียนเข้ารับสิทธิ กรณีดังกล่าวจะใช้เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการตรวจรักษาโรคที่มีความสำคัญง่ายขึ้นเช่น การจัดให้มีโครงการผ่าตัดต้อกระจก

แนวคิดข้างต้นถูกวิพากษ์วิจารณ์จากฝ่ายที่เห็นว่าชุดสิทธิประโยชน์ไม่ควรครอบคลุมรอบด้าน เพราะจะยิ่งสิ้นเปลืองงบประมาณรัฐที่ไม่เพียงพออยู่เป็นทุนเดิม นอกจากนี้ ยังมักประสบปัญหาโรงพยาบาลขนาดใหญ่ปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ อย่างไรก็ตาม สปสช. ยังคงสามารถเดินหน้าด้วยการทำสัญญาซื้อบริการจากสถานพยาบาลขนาดเล็กแทน[25]

7.4.9 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชน

ฝ่ายผลักดันการปฏิรูปสนับสนุนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชน เนื่องจากเห็นว่าเป็นแนวทางที่ตอบโจทย์เรื่องการสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนอย่างแท้จริง นอกจากนี้ การที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดีก็จะเป็นการช่วยลดภาระงานและภาระงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปโดยปริยาย

[25]ข้อมูลจากการสัมภาษณ์อดีตกรรมการแพทยสภากลุ่มแพทย์ชนบท

ในมุมมองของฝ่ายผลักดัน การสนับสนุนงบประมาณและกระจายอำนาจให้หน่วยบริการขั้นปฐมภูมิคือแนวทางที่จะตอบโจทย์ข้างต้น เพราะหน่วยบริการเหล่านี้มีความใกล้ชิดกับประชาชนจึงเอื้อให้เกิดการดูแลให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องและครอบคลุมไปถึงเรื่องสุขลักษณะและสุขภาวะในชีวิตประจำวัน ส่วนการกระจายอำนาจก็จะทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง

นอกจากนี้ ที่ผ่านมาคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังได้กำหนดให้สิทธิประโยชน์ด้าน ‘การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการควบคุมโรค’ เป็นกลุ่มสิทธิที่ได้รับความคุ้มครองประเภทที่หนึ่ง ประกอบด้วย สิทธิในการตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์การดูแลสุขภาพเด็ก การดูแลพัฒนาการและภาวะโภชนาการ การให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง การวางแผนครอบครัว (ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด และการทำหมันถาวร) ยาต้านไวรัสเอดส์ การเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว การให้คำปรึกษา (counseling) และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

น่าสนใจว่าในเรื่องนี้ ฝ่ายต่อต้านแสดงท่าทีเห็นด้วยในเชิงหลักการ แต่ชี้ในทางกลับกันว่าแนวทางการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างหากที่เป็นปฏิปักษ์กับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพราะผู้ให้บริการขาดงบประมาณสำหรับดำเนินการตามแนวทางดังกล่าว ในขณะที่การมอบสิทธิ ‘รักษาฟรี’ ก็เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนละเลยที่จะดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

7.5 บทบาทของแพทยสภาต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทบาทของแพทยสภาต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือการต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[26] ผ่านการมุ่งวิพากษ์ทิศทางของฝ่ายผลักดันและเสนอแนวทางที่ ‘ย้อนศร’ ต่อการปฏิรูปเกือบทุกประเด็นที่ปรากฏในหัวข้อ 7.4 โดยให้น้ำหนักมากที่สุดกับการโจมตีระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและเสนอให้มีการแยกบัญชีงบประมาณค่าตอบแทนแพทย์และค่าใช้จ่ายสถานพยาบาล

[26] จากการสัมภาษณ์กรรมการและอนุกรรมการแพทยสภา หลายท่านชี้ตรงกันว่าแพทยสภาไม่ได้คัดค้านหลักการเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพียงแต่เห็นว่าแนวทางการบริหารจัดการบางอย่างสมควรได้รับการแก้ไขปรับปรุง อย่างไรก็ตาม คำว่า ‘ต่อต้าน’ ในที่นี้ ผู้วิจัยหมายถึงการต่อต้านอุดมคติระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของฝ่ายผลักดันการปฏิรูป ซึ่งแนวทางการบริหารจัดการส่วนที่กรรมการและอนุกรรมการแพทยสภาไม่พอใจนั้น เป็นส่วนหนึ่งของอุดมคติดังกล่าว

นอกจากนี้ นับแต่ปี 2550 เป็นต้นมา กรรมการแพทยสภาหลายคนยังได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับปรากฏการณ์ที่ฝ่ายผลักดันการปฏิรูปชี้ว่าเป็นปฏิบัติการมุ่ง 'ยึด' และ 'ล้ม' ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น การเข้าไปดำรงตำแหน่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กล่าวได้ว่าบทบาทของแพทยสภาข้างต้นเป็นผลโดยตรงจากกระแสความไม่พอใจของผู้ประกอบวิชาชีพที่มีต่อการผลักดันและบังคับใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพราะกระแสดังกล่าวส่งให้กลุ่มแพทย์ที่มีจุดยืนเป็นปฏิปักษ์กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับเลือกตั้งในการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาวาระ พ.ศ. 2546-2548

เนื้อหาส่วนนี้มุ่งทบทวนความเปลี่ยนแปลงของแพทยสภาที่เกิดขึ้นในปี 2546 มุมมองของแพทยสภาต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และบทบาทของกรรมการแพทยสภาท่ามกลางปรากฏการณ์ที่ฝ่ายผลักดันการปฏิรูปชี้ว่าเป็นการมุ่งยึดพื้นที่ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช.

7.5.1 ความเปลี่ยนแปลงของแพทยสภาใน พ.ศ. 2546

การเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาวาระ พ.ศ. 2546-2548 คือหมุดหมายสำคัญในการเปลี่ยนผ่านยุคสมัยของแพทยสภาอย่างเด็ดขาดจากยุคแพทย์ชนบทมาสู่ยุคแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและแพทย์เอกชน ภายหลังแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงเริ่มปรากฏให้เห็นมาตั้งแต่ปี 2538 (พิจารณาเรื่องการเปลี่ยนผ่านยุคสมัยโดยละเอียดในบทที่ 5) และการเปลี่ยนผ่านดังกล่าวนี้เองที่ส่งผลให้แพทยสภามีจุดยืนต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยปราศจากเสียงคัดค้านที่มีน้ำหนักจวบจนปัจจุบัน

สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะกลุ่ม 'แพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์' ซึ่งเกิดจากการรวมกลุ่มกันของแพทย์ที่มีจุดยืนคัดค้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะในส่วนมาตรา 41 และ 42 ได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภาวาระ พ.ศ. 2546-2548 ถึง 8 คน จาก 19 ตำแหน่ง ได้แก่ นพ.ฐาปนวงศ์ ตั้งอุไรวรรณ พญ.สุธัญญา บรรจงภาค นพ.สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์ นพ.ภีศเดช สัมมานันท์ นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา และ นพ.บรรจง ชูชัยแสงรัตน์ นอกจากกลุ่มดังกล่าวแล้วยังมีกรรมการอีก 6 คน ที่มีบทบาทสำคัญในคณะกรรมการแพทยสภาในเวลาต่อมา ซึ่งมีท่าทีต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้แก่ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ พญ.ประสบศรี อึ้งถาวร นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ นพ.พินิจ หิรัญโชติ และ นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ (วิชัย โชควิวัฒน 2546, ออนไลน์)

ในทางกลับกัน กลุ่มแพทย์ชนบทที่เคยมีบทบาทนำในแพทยสภาในยุคสมัยก่อนหน้าและเป็น 'หัวหอก' ในการผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพกลับมีสมาชิกได้รับเลือกตั้งเหลือเพียงคนเดียวจากผู้ลงสมัคร

6 คน ได้แก่ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ซึ่งภายหลังก็ได้ลาออกประท้วงการปรับเกณฑ์มาตรฐานเรื่องจริยธรรมการโฆษณา

การเปลี่ยนผ่านยุคสมัยในการเลือกตั้งครั้งดังกล่าวเป็นผลจากกระแสความความตื่นตัวและไม่พอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ประกอบวิชาชีพ เห็นได้จากการที่มีบัตรลงคะแนนถูกส่งกลับมาถึง13,136 ใบ จากจำนวนบัตรเลือกตั้งที่จัดส่งให้สมาชิกทั้งหมด 25,987 คน คิดเป็นร้อยละ 50.55 ซึ่งสูงที่สุดในประวัติศาสตร์การเลือกตั้งแพทยสภานับแต่ปี 2525 จวบจนปัจจุบัน

ทั้งนี้ ก่อนถึงการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาวาระ พ.ศ. 2546-2548 กล่าวได้ว่าแพทยสภายังไม่มีจุดยืนที่เป็นฉันมามติ เห็นได้จากกรณี นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา และนพ.ประมวล วีรุตมเสน เลขาธิการแพทยสภา วาระ พ.ศ. 2544-2546 ให้สัมภาษณ์กับสื่อมวลชนในทำนองไม่เห็นด้วยกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แล้ว นพ.วิชัย โชควิวัฒน กรรมการแพทยสภากลุ่มแพทย์ชนบทออกมาวิพากษ์วิจารณ์ทั้งสองคน จนเป็นเหตุให้เกิดการตอบโต้ไปมาผ่านสื่อสาธารณะ[27]

7.5.2 มุมมองของกรรมการแพทยสภา

นับแต่ปี 2546 เป็นต้นมา กรรมการแพทยสภาผู้ดำรงตำแหน่งสำคัญจำนวนหนึ่งมีมุมมองต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเชิงวิพากษ์ด้วย 'น้ำเสียง' ลักษณะเดียวกับฝ่ายต่อต้านอื่นๆ ในทุกประเด็นตามที่ปรากฏในหัวข้อ 7.4 และได้นำเสนอข้อเสนอหลายประเด็นที่สะท้อนถึงแนวคิดที่สวนทางกับฝ่ายผลักดันการปฏิรูป

ในบรรดามุมมองและข้อเสนอทั้งหมด ประเด็นที่กรรมการแพทยสภาจำนวนหนึ่งวิพากษ์วิจารณ์ระบบปัจจุบันมากที่สุด ได้แก่ เรื่องระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและระบบเบิกจ่ายปลายปิด และการผลักดันข้อเสนอให้แยกบัญชีงบประมาณเงินเดือนแพทย์และค่าใช้จ่ายสถานพยาบาลออกจากระบบงบประมาณหลัก

กรรมการแพทยสภาผู้ดำรงตำแหน่งสำคัญจำนวนหนึ่งมีมุมมองและข้อเสนอต่อประเด็นเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

ก. การผลักดันให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

---

[27] "*หมอวิชัยค่าแพทยสภา แหกมติวิจารณ์ 30 บาท "หน่อย" ชี้ประชาชนปลื้มบัตรทอง*", หนังสือพิมพ์แนวหน้า. 21 กรกฎาคม 2545. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

กรรมการแพทยสภาไม่เห็นด้วยกับการให้สิทธิเข้ารับบริการตรวจรักษา ‘ฟรี’ หรือการกำหนดส่วนร่วมจ่ายที่ต่ำจนประชาชนไม่รู้สึกว่าต้องแบกรับภาระ เพราะเห็นว่าจะทำให้ประชาชนไม่ดูแลรักษาตนเอง รวมถึงใช้สิทธิอย่างฟุ่มเฟือย ดังที่ นพ.อิทธพร คณะเจริญ ยกข้อมูลสนับสนุนว่าภายหลังเปิดให้ใช้สิทธิโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมีผู้ใช้บริการเพิ่มจากปีละประมาณ 140 ล้านครั้ง เป็น 160 ล้านครั้ง[28] ยังมิพักต้องเอ่ยว่าในเบื้องต้นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เกิดขึ้น ‘บนความไม่พอเพียง’ ทั้งในแง่งบประมาณและบุคลากรอยู่แล้ว (เชิดชู อริยศรีวัฒนา 2550, น.87-91)

ตัวอย่างความเห็นเรื่องการใช้สิทธิอย่างฟุ่มเฟือย เช่น ในงานสัมมนาเรื่อง ‘แปดปีภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายในการพัฒนา’ ซึ่งจัดโดยคณะอนุกรรมการพิจารณาปรับเปลี่ยนเงินเดือนและค่าตอบแทนในภาคราชการ แพทยสภา เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2553 พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา ได้สรุปประเด็นจากการสัมมนาตอนหนึ่งว่า “*การยกเลิกการจ่ายเงินครั้งละ 30 บาท ทำให้ประชาชนมาใช้บริการมากขึ้น ส่วนคนที่ยากจนจริงๆนั้น บางคนอาจไม่มีเงินเป็นค่าเดินทาง ก็อาจจะไม่สามารถมารับบริการได้ แต่ผู้มีเงินมากก็จะมารักษาที่โรงพยาบาลมากขึ้น เรียกร้องการรักษามากขึ้น โดยไม่ต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเอง และไม่ต้องร่วมจ่ายเงินในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองเลย*” (เชิดชู อริยศรีวัฒนา 2554, ออนไลน์)

นอกจากนี้ ในบทความเรื่อง ‘มหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค: ภัยของบุคลากรสาธารณสุข’ พญ.เชิดชู ศรีอริยวัฒนา บอกเล่าประสบการณ์ว่า “*ในปี พ.ศ. 2550 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นพ.มงคล ณ สงขลา ได้ประกาศยกเลิกการเก็บเงิน 30 บาท อ้างว่า “ได้เงินน้อย ไม่คุ้มกับการเสียเวลาลงบัญชี” ส่งผลให้ประชาชนไปโรงพยาบาลมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้ จากประสบการณ์จริงของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนในชนบทห่างไกล พบว่าประชาชนจะมาโรงพยาบาลได้ยากเพราะไม่มีถนนหรือระบบขนส่งมวลชน (ไม่มีรถประจำทางวิ่งรับส่งผู้โดยสาร) ผู้ใดเจ็บป่วยก็พยายามดูแลรักษากันเอง แต่ถ้าป่วยหนักแล้วก็ต้องไปว่าจ้าง “เหมารถ” เพื่อมาส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ซึ่งมักเป็นรถปิ๊กอัพที่สามารถขนญาติพี่น้องเพื่อนบ้านมาส่งผู้ป่วยได้อีกเป็นสิบๆ คน และไหนๆ ก็มาถึงโรงพยาบาลแล้ว ก็ขอให้หมอตรวจและขอยาไปด้วย จะได้เผื่อไว้สำหรับจะต้องรักษาเมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นมาในอนาคต คือ “เผื่อจะป่วย เช่น ปวดหัว ตัวร้อน ปวดท้อง ท้องเสีย*” ทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจนถึง 200 ล้านครั้งในแต่ละปี”

---

[28] “*ปัญหาสาธารณสุขไทย ความจริงของ “แพทย์ไทย” กับอนาคตไร้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ*”, สำนักข่าวออนไลน์ไทยพับลิก้า. 7 พฤศจิกายน 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://thaipublica.org/2011/11/national-health-problem/. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

ภาระงานที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้แพทย์ "*ต้องทำงานสัปดาห์ละ 90-120 ชั่วโมง ทั้งกลางวัน กลางคืน วันเสาร์ วันอาทิตย์ วันหยุดต่างๆ ก็ต้องผลัดเปลี่ยนกันมาอยู่เวรตรวจผู้ป่วยทุกวัน ... ส่วนบุคลากรพยาบาลก็ต้องทำงานเดือนละ 30-35 วัน ในขณะที่ข้าราชการอื่นๆ เขาทำงานแค่เดือนละ 20-22 วัน ทั้งนี้เพราะจำนวนพยาบาลมีน้อย ต้องทำงานติดต่อกัน 8-16 ชั่วโมง ทั้งกลางวันกลางคืน และไม่มีเวลาอยู่กับครอบครัว และการทำงานมากๆ ของแพทย์และพยาบาลนี้เอง ก็ทำให้ไม่ได้กินอาหารตามเวลา ไม่มีเวลาออกกำลังกาย วันไหนไม่ต้องอยู่เวรตรวจผู้ป่วยก็ต้องรีบนอนชดเชยวันที่ต้องทำงาน 24 ชั่วโมง เรียกว่าไม่มีเวลากิน เวลานอน เวลาออกกำลังกาย และเวลาพักผ่อน ที่เหมาะสมตามความต้องการของร่างกายเลย... อายุขัยเฉลี่ยของแพทย์จึงสั้นกว่าอายุขัยของประชาชนทั่วไป*" (เชิดชู อริยศรีวัฒนา 2555, ออนไลน์)

นอกจากนี้ ภาระงานที่เพิ่มขึ้นยังส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการให้บริการที่ต่ำลงโดยเฉพาะการไม่มีเวลาตรวจรักษาให้ครบถ้วนตามขั้นตอน ดังที่ นพ.อิทธพร คณะเจริญ อภิปรายในงานเสวนาหัวข้อ 'ระบบสุขภาพของคนไทย จะไปทางไหน' ซึ่งจัดโดยสมาคมผู้วิจัยและผลิตภัณฑ์เภสัชภัณฑ์ปี 2554 ว่า "*วันนี้เราใช้ระบบเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข หากทุกท่านไปโรงพยาบาลอำเภอจะเห็นคนไข้เยอะมาก พอตอนเที่ยงคนไข้ก็จะต้องถูกตรวจให้ครบจนสลายตัว (ไม่นับคลินิกพิเศษตอนบ่าย)ทำได้เพราะหมอต้องตรวจเร็วมาก ปกติหมอเวลานั่งตรวจคนไข้ต้องคิดวินิจฉัยทั้งโรค ทั้งซักประวัติ ทั้งเขียน แต่ว่าทำไมหมอบ้านนอกตรวจเร็วมาก เดินเข้าไปปุ๊บ พูดยังไม่ทันจบก็ได้ยาแล้ว เหตุเพราะ หารเวลาแล้ว จำเป็นต้องเป็นเช่นนั้น ไม่อย่างนั้นคนสุดท้ายจะไม่ได้ยากลับบ้าน เพราะไม่ทันเพราะห้องยาปิดตอนช่วงเย็น หรือ ไม่ทันรถ-เรือ เข้าหมู่บ้านเสียก่อน*"

นพ.อิทธพร คณะเจริญ อธิบายต่อไปว่าปัญหาดังกล่าวถูกซ้ำเติมจากนิสัยของประชาชนไทย กล่าวคือ "*ต้องการการรักษาที่ดี ทั้งยาดี บริการที่ดี คนไข้ทุกคนที่มารักษาต้องการได้ยากลับบ้าน คนไข้ไม่ได้รับยามักจะไม่ยอม รพ.จึงต้องเอาเงินไปซื้อยาจำนวนมาก ซึ่งต้องราคาถูก มาเก็บไว้จ่ายให้ผู้ป่วย มีคนพูดเสมอว่าคนไข้คนไทยมารักษา ถ้าไม่ได้ยา ไม่ยอม แต่ฝรั่งได้ยา ต้องถามว่าทำไมต้องให้ยา นี่คือปัญหาของคน ในปัจจุบัน ลองสังเกตว่า บ้านคนไข้ หลายท่าน มียากองเต็มไปหมด บางทียาชนิดเดียวกันแต่คนละบริษัทคนละสีกันก็มี*"[29]

กรรมการแพทยสภาจำนวนหนึ่งจึงสนับสนุนระบบสวัสดิการในลักษณะที่ประชาชนต้องร่วมแบกรับภาระ หรืออย่างน้อยต้องมีส่วนร่วมจ่ายในการใช้สิทธิ โดย นพ.อิทธพร คณะเจริญ สนับสนุนนโยบาย

[29] "*ปัญหาสาธารณสุขไทย ความจริงของ "แพทย์ไทย" กับอนาคตไร้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ*".

เก็บส่วนร่วมจ่าย 30 บาทของรัฐบาลพรรคเพื่อไทย โดยให้ยกเว้นเฉพาะผู้ยากจน[30] และนำเสนอว่า "*ระบบสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต รัฐต้องทำให้ประชาชนมีฐานะและรายได้ที่มั่นคงให้ได้ เพื่อให้เขาช่วยเหลือตัวเองด้านการรับบริการสาธารณสุขแทนรัฐจะอุ้มชู*" นอกจากนี้ ยังชี้เพิ่มเติมว่าในปัจจุบันผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมประมาณ 10 ล้านคน คือผู้ที่แบกภาระดูแลประชาชนที่พึ่งตนเองไม่ได้อีก 48 ล้านคน เพราะต้องจ่ายเงินภาษีจากการทำงานให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งที่เป็นผู้ใช้สิทธิในระบบประกันสังคม[31]

นอกจากนั้น กรรมการแพทยสภาบางท่านยังโจมตีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย 'เนื้อหา' และ'น้ำเสียง' ที่รุนแรง เช่น นพ.ประมวล วีรุฒมเสน เลขาธิการแพทยสภา วาระ พ.ศ. 2544-2546 วิพากษ์ว่า "*คำว่าเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข มันพูดได้ แต่ความจริงไม่ได้เป็นอย่างนั้น ลองคิดดูว่า ถ้าคนคนหนึ่งมีความสุขกับการที่เขาจะรักษาด้วยวิธีการเดิม ทำไมต้องไปกำหนดเขาให้มาร่วมเฉลี่ยทุกข์ ความคิดลักษณะนี้มันเป็นปรัชญาของคอมมิวนิสต์ชัดๆ*"[32] นอกจากนี้ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา โจมตีการดำเนินการตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า "*แพทย์ส่วนใหญ่ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนมีความอึดอัดใจกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เพราะถูกบังคับให้เข้าโครงการโดยที่ยังไม่มีความพร้อม ...ระบบเผด็จการที่รัฐดำเนินการอยู่ในขณะนี้มันไม่ได้ดีตามที่คาดการณ์กันไว้ แต่มันกำลังสร้างปัญหามากขึ้น*"[33] นอกจากนี้ นพ.สมศักดิ์ ยังชี้ว่า "*...ผู้ป่วยถึงแก่กรรมมากขึ้น ตัวเลขไม่ได้ดีขึ้น เพราะว่าเมื่อเรารักษาฟรี มันเลวลง เนื่องจากวิธีการต่างๆ ทำให้ทุกคนไม่กล้ารับผิดชอบ ยิ่งอาการหนักๆ ยิ่งไม่มีใครอยากดูแล้วตอนนี้...*"[34]

ข. การใช้ระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและระบบเบิกจ่ายปลายปิด

---

[30] "*ฟื้นเก็บ'30บาท'ป่วน'วิทยา'ลั่น รพ. ไม่เก็บ 30 บาทต้องมีเหตุผล*", หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ. 3 กันยายน 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.healthfocus.in.th/content/2012/09/1097. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[31] ASTV ผู้จัดการออนไลน์. *""หมออิทธิ" ชี้ หากรัฐสร้างประกันสังคมโต สะท้อนคนไทยพึ่งตนเอง",* ผู้จัดการออนไลน์. 9 มิถุนายน 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9540000070189. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[32] "*จวกแหลก 30 บาทแนวคิดคอมมิวนิสต์*", ไทยรัฐออนไลน์. 19 กรกฎาคม 2545. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[33] "*แฉ 30 บ. ฉุดอาชีพหมอตกต่ำ อึดอัดรัฐดันทุรังขู่ไขก๊อกอื้อ*", หนังสือพิมพ์แนวหน้า. 17 กรกฎาคม 2545. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[34] สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. "*เรื่องเร่งด่วนในระบบสุขภาพที่รัฐบาลใหม่ควรใส่ใจ*", รายการหนี้แผ่นดิน สุขภาพดีกับพรีม่า. 9 กรกฎาคม 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.youtube.com/watch?v=nOeL52GQaew. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

ในมุมมองของกรรมการแพทยสภา ระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและระบบเบิกจ่ายปลายปิด คือปัญหาที่สำคัญและเร่งด่วนที่สุดของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะทำให้แพทย์และโรงพยาบาลถูกจำกัดค่าตอบแทนและค่าใช้จ่ายอย่างไม่เหมาะสม ปัญหาดังกล่าวนำไปสู่การบั่นทอนขวัญกำลังใจและแรงจูงใจในการให้บริการและยังส่งผลต่อมาตรฐานการรักษาพยาบาลทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณเนื่องจากแพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาลขาดงบประมาณและขวัญกำลังใจ

ทั้งนี้ แม้ฝ่ายผลักดันการปฏิรูปจะชี้ว่า งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในปัจจุบันเป็นจำนวนเงินที่เพียงพอ แต่ นพ.อิทธพร คณะเจริญ ชี้ว่า "*ค่าใช้จ่ายรายหัวของ สปสช.ในการรักษาพยาบาล 2,400 บาทต่อคนต่อปี แต่เป็นตัวเลขหลอก จริงๆแค่ค่ารักษาพยาบาลต่อคนต่อปีประมาณ 1,800 -1,900 บาทเท่านั้น เพราะใน 2,400 บาทมีเงินเดือนบุคลากรรวมอยู่ด้วย และเวลาจ่ายจริง สปสช.ก็ไม่ได้จ่ายครบทั้งก้อนให้โรงพยาบาล*"[35]

กรรมการแพทยสภาเห็นว่าการมีงบประมาณไม่เพียงพอจะสร้างปัญหาแพทย์ลาออกจากราชการและโรงพยาบาลขาดสภาพคล่องหรือขาดทุน

- *ปัญหาแพทย์ลาออกจากราชการ*

กรรมการแพทยสภาชี้ว่าระบบงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ระบบบริการสาธารณสุขไทยต้องประสบปัญหาแพทย์ 'สมองไหล' ลาออกจากราชการไปประกอบวิชาชีพในภาคเอกชน หรือทำอาชีพอื่น เห็นได้จากการลาออกของแพทย์กว่า 1,000 คน ในปี 2546 ซึ่งการลาออกดังกล่าวจะมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากแพทย์ที่เหลืออยู่น้อยลงจะต้องรับภาระงานเพิ่ม จึงเกิดความท้อถอยต้องการลาออกเพิ่มมากขึ้นไปอีก (แพทยสภาสาร 2547, น.212-213)

ในปี 2546 แพทยสภาได้จัดงานเสวนาเกี่ยวกับปัญหาแพทย์ลาออกจากราชการอย่างต่อเนื่อง เช่น งานเสวนาเรื่อง 'แพทย์ลาออกจากราชการ' ซึ่งมีข้อสรุปการเสวนาว่าแพทย์ลาออกจากราชการเพราะต้องทำงานหนักกว่าข้าราชการทั่วไป ภาระงานมาก ความรับผิดชอบสูง ค่าตอบแทนต่ำ และไม่สามารถเลือกแนวทางการรักษาตามมาตรฐานที่ดีที่สุด[36]

นอกจากนี้ ในปี 2547 แพทยสภายังได้จัดงานสัมมนาเรื่อง 'ฝ่าวิกฤติแพทย์ภาครัฐเพื่อบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน' เมื่อวันศุกร์ที่ 23 กรกฎาคม 2547 โดยมีหัวข้อสัมมนาสองหัวข้อได้แก่ (1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างไร และ (2) โครงสร้างเงินเดือนและ

---

[35] "*ปัญหาสาธารณสุขไทย ความจริงของ "แพทย์ไทย" กับอนาคตไร้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ*".

[36] "*เวทีประชาธิปไตย / ปัญหาและทางออกแพทย์สมองไหล*", หนังสือพิมพ์สยามรัฐ. 11 ตุลาคม 2546. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

ค่าตอบแทนแพทย์ โดยในงานมีการนำเสนอผลการสำรวจความคิดเห็นแพทย์ทั้งหมด 670 คน พบว่าในจำนวนแพทย์ที่เป็นข้าราชการ 474 คน มี 170 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 ที่คิดลาออกจากราชการ 161 คน คิดเป็นร้อยละ 34 ยังไม่แน่ใจ มีเพียง 143 คน คิดเป็นร้อยละ 30.2 เท่านั้น ที่จะไม่ลาออกจากราชการ ทั้งนี้ มีผู้ที่รู้สึกไม่พอใจในการปฏิบัติงานถึงร้อยละ 81.4 เนื่องจากเห็นว่าสถานพยาบาลขาดแคลนแพทย์ งานหนัก ค่าตอบแทนน้อย ถูก 'คุกคาม' จากการฟ้องร้องเนื่องจากประชาชนมีความคาดหวังสูง และต้องอยู่เวรมาก ส่งผลให้ *"คุณภาพชีวิตของแพทย์ไม่ดีเท่าที่ควร และมีเวลาให้ครอบครัวน้อยเกินไป"* (แพทยสภาสาร 2547, น.213-215, 217, 219)

- *โรงพยาบาลขาดสภาพคล่องหรือขาดทุน*

กรรมการแพทยสภาชี้ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้สถานพยาบาลขาดสภาพคล่องหรือขาดทุนอย่างรุนแรง ตัวอย่างเช่น พญ.เชิดชู ศรีอริยวัฒนา ได้สรุปความจากงานสัมมนาเรื่อง 'แปดปีภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายในการพัฒนา' ปี 2553 จัดโดยคณะอนุกรรมการพิจารณาปรับเปลี่ยนเงินเดือนและค่าตอบแทนในภาคราชการ แพทยสภา ว่า ระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวส่งผลให้ "*โรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีประชาชนมาก มีขนาดโรงพยาบาลที่ไม่ใหญ่มาก ก็อาจจะพอมีเงินเหลือ แต่โรงพยาบาลที่มีประชาชน(ตามทะเบียนบ้าน)น้อย แต่อาจมีจำนวนผู้ป่วยมาก เช่น เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือเป็นโรงพยาบาลชายแดน ที่มีประชาชนอพยพจากที่อื่นมาใช้บริการมาก จะมีปัญหาเรื่องการขาดเงินดำเนินการจนถึงกับขาดสภาพคล่องทางการเงิน จากการรายงานของกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2552 โรงพยาบาลทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข 807 แห่ง มีโรงพยาบาลที่ได้กำไรเพียง 302 แห่ง (คิดเป็น 37 %) ส่วนที่เหลือจะขาดทุน 505 แห่ง (62.58 %) และขาดสภาพคล่องทางการเงิน 175 แห่ง จำนวนเงินที่ขาดทุน 5,575 ล้านบาท*"

นอกจากนี้ ยังมีการตั้งข้อสังเกตว่า สปสช. ไม่ตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้น กล่าวคือ "*แม้ว่าผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานการขาดทุนเหล่านี้ไปยัง สปสช. แต่ สปสช. ก็ไม่เพิ่มเงินให้แก่โรงพยาบาลให้สมดุลกับค่าใช้จ่าย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พยายามแก้ไขปัญหาการขาดทุนเอง โดยการปรับขึ้นราคาค่าบริการโรงพยาบาลทุกชนิด เพื่อหารายได้ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นให้สมดุลกับต้นทุนค่าใช้จ่าย แต่อัตราเพิ่มเหล่านี้ ไม่สามารถเรียกเก็บได้จากสปสช. เนื่องจาก สปสช.จะปฏิเสธการจ่ายเงินตามอัตราเหล่านี้ แต่จะตั้งราคากลาง ซึ่งมีอัตราต่ำกว่าต้นทุนของโรงพยาบาลแต่ถึงแม้ สปสช.จะตั้งราคากลางไว้แล้ว เมื่อถึงเวลาจ่ายเงินให้โรงพยาบาล สปสช.ก็จะไม่จ่ายตามราคากลางที่ตนตั้งไว้ โดยอ้างว่าไม่มีเงินแล้ว*" (เชิดชู อริยศรีวัฒนา 2554, ออนไลน์)

กรรมการแพทยสภาเห็นว่าปัญหาที่กล่าวไปทั้งเรื่องแพทย์ลาออกจากราชการ และโรงพยาบาลขาดสภาพคล่องหรือขาดทุนนั้น จะส่งผลให้ระบบบริการสาธารณสุขมีคุณภาพต่ำลง โดย นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ชี้ว่าความไม่พร้อมจะทำให้บริการสาธารณสุข *"มีมาตรฐานเดียวคือมาตรฐานต่ำ"*[37] ในเรื่องนี้ นพ.อิทธพร คณะเจริญ ได้ขยายความว่า *"วันนี้หมอเชี่ยวชาญเฉพาะด้านหายไป หมอที่รักษาโรคยากๆหายไป ... จากที่เป็นหมอผ่าตัดไส้ติ่งได้ กลับมารักษาสิวแทน กลับมาอยู่ในเมืองกันหมด ทำหน้า ทำผิวหนัง ซึ่งเราบังคับเขาไม่ได้"*[38] ในทำนองเดียวกัน นพ.พินิจ หิรัญโชติ ชี้ว่า *"ตอนนี้หลายโรงพยาบาลก็ไม่ส่งหมอไปเรียนต่อเพิ่มความรู้ เพราะต้องประหยัดทุกอย่าง โรงพยาบาลถูกบังคับและเงินที่ให้ก็ขาดทุนตั้งแต่ยังไม่ได้ทำ เงินต้องบริหารให้พอ ต้องมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจตามนโยบายที่ให้มา ทั้งๆ ที่ก่อนหน้านี้ไม่เคยเตรียมตัวกันมาก่อน เอาหมอเชี่ยวชาญเรื่องโรคตาไปทำสูตินรี แถมถ้าจะออกจากโครงการก็มีความผิดอีก"*[39]

ประเด็นผลักดันหลักของแพทยสภาต่อปัญหาที่กล่าวไปทั้งหมดคือการเสนอให้แยกงบประมาณค่าตอบแทนและค่าใช้จ่ายสถานพยาบาล เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ งบสำหรับจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ และค่าพัฒนาโรงพยาบาลอื่นๆ ออกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว นอกจากนี้ ในกรณีเงินเดือนเคยมีการเสนอให้ยกร่างพระราชบัญญัติเงินเดือนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งมีเนื้อหาว่าด้วยการเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์ตามระยะเวลาและประสบการณ์ในการทำงาน และปรับให้มีเงินประจำตำแหน่งเร็วขึ้น จัดให้มีค่าตอบแทนแพทย์โดยคิดจากจำนวนหัวผู้ป่วยที่รักษาและการทำงานนอกเวลาราชการ (แพทยสภาสาร 2547, น.220-221)

ค. การบูรณาการระบบกองทุนรัฐ

กรรมการแพทยสภาจำนวนหนึ่งคัดค้านการรวมกองทุนสวัสดิการทั้งหมดของรัฐเข้าไว้ด้วยกันโดยให้เหตุผลว่าการสร้างระบบสวัสดิการกองทุนเดียวเป็นไปได้ยาก เช่น นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา กล่าวในงาน 'เสวนาถอดบทเรียน 10 ปี ระบบหลักประกันสุขภาพสำเร็จหรือล้มเหลว' จัดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย และสถาบันอิศรา ว่า *"ที่กล่าวกัน*

[37] *"แฉ 30 บ. ฉุดอาชีพหมอตกต่ำ อึดอัดรัฐดันทุรังขู่ไขก๊อกอื้อ"*.

[38] *"ปัญหาสาธารณสุขไทย ความจริงของ "แพทย์ไทย" กับอนาคตไร้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ"*.

[39] *"ร.พ.เอกชนเตรียมถอนยวงหนี 30 บาท"*, หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์. 11 มีนาคม 2545. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

มากเรื่องการรักษาพยาบาลหลายมาตรฐาน ต้องทำความเข้าใจในเบื้องต้นว่าควรเป็นระบบการรักษาที่ 'เข้าถึง' คนทุกกลุ่มอย่างเป็นธรรมมากกว่า ที่จะต้อง 'เท่ากัน' ทุกอย่าง ซึ่งในทางปฏิบัติทำได้ยาก"[40]

นอกจากนี้ ยังมีกรรมการแพทยสภาบางคนที่ชี้ว่าระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคมไม่ได้มีปัญหาอย่างที่ฝ่ายผลักดันการปฏิรูปวิพากษ์ โดยในกรณีระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล นพ.อิทธพร คณะเจริญ ชี้แจงว่าระบบดังกล่าวไม่ได้ใช้งบประมาณบานปลาย เพราะ *"เฉลี่ยต่อคนประมาณ 12,000 บาทต่อปี แต่ถ้าเฉลี่ยรายเดือนๆละ 1,000 บาท วันนี้กลุ่มข้าราชการกำลังโดนตัดค่ารักษาพยาบาล ทั้งๆ ที่ค่ายาค่ารักษา ประมาณ 1,000 บาทต่อเดือน ถามว่าเยอะไหม ผมว่าไม่นะครับ เพราะสวัสดิการข้าราชการส่วนใหญ่คือ พ่อแม่ ก็เป็นคนแก่ ถามว่าคนแก่เป็นโรคหัวใจ เบาหวาน ความดัน สมอง ค่ายา 1,000 บาทต่อเดือน ถามว่าแพงไหม ไม่เลย เวลาฟังตัวเลข เจ้าหน้าที่รัฐบาลต้องถามว่าอายุเท่าไหร่ ถ้าเป็นความดัน เบาหวาน ถามว่าแพงไหม*"[41]

นพ.อิทธพร คณะเจริญ สนับสนุนให้โอนย้ายผู้ใช้สิทธิจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปยังระบบประกันสังคม เพราะ "*...ประกันสังคมเป็นทางเลือกน่าจะดีที่สุดของประเทศไทยปัจจุบัน ...ทุกคนจ่ายเงินเข้าระบบ โดยมี 'ส่วนร่วม' ด้วย แต่ถ้าจะทำจริงๆ บริการและคุณภาพต้องดีกว่า 30 บาท ต้องเหนือกว่า ต้องพิเศษกว่า ถ้าบัตรทั่วไปเป็นบัตรทอง อันนี้ต้องเป็นบัตรแพลทตินัม เข้าโรงพยาบาลง่ายกว่า มีห้องที่ดีกว่า ได้ยาชนิดที่อยู่ในบัญชีที่สูงกว่า จูงใจให้คนเข้ามาในระบบประกันสังคม... เมื่อไหร่ที่คนเข้าสู่ระบบประกันสังคมมากขึ้น นั่นหมายความว่าแรงงานประเทศไทยมั่นคง แปลว่าเขามีรายได้ เป็นคนมีเงินเดือน มีความเป็นอยู่ที่มั่นคงขึ้น และการเพิ่มค่าแรง 300 บาทก็ทำให้เงินกองทุนเก็บได้ใหญ่ขึ้นทันที แต่ต้องแก้ไขปรับสิทธิ "ขั้นต่ำ" เท่ากับบัตรทองทุกประการ ห้ามต่ำกว่าบัตรทอง*"[42]

นอกจากเหตุผลข้างต้นแล้ว ตัวแทนภาคประชาชนที่ทำงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ให้สัมภาษณ์แก่ผู้วิจัยว่าในการประชุมต่างๆ กรรมการแพทยสภามักคัดค้านข้อเสนอการรวมกองทุนด้วยเหตุผลว่าการมีหลายกองทุนจะทำให้เกิดการแข่งขันเพื่อพัฒนาคุณภาพและสิทธิประโยชน์[43]

ง. *การจัดตั้งคณะกรรมการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นตัวแทน 'ผู้ซื้อบริการ'*

---

[40] Thaireform."'*เดือนเด่น' ถอดบทเรียน 10 ปีหลักประกันสุขภาพ ชี้ควรมีระบบ-มาตรฐานเดียว*", สำนักข่าวอิศรา.29 เมษายน 2556. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.isranews.org/thaireform/thaireform-news/item/20873-'เดือนเด่น'-ถอดบทเรียน-10-ปีหลักประกันสุขภาพ-ชี้ควรมีระบบ-มาตรฐานเดียว-sp-830067370.html. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2556.

[41] "*ปัญหาสาธารณสุขไทย ความจริงของ "แพทย์ไทย" กับอนาคตไร้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ*".

[42] เรื่องเดียวกัน

[43] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตัวแทนภาคประชาชน

คณะกรรมการแพทยสภาจำนวนหนึ่งวิพากษ์วิจารณ์การจัดตั้งคณะกรรมการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าทำให้เกิดการผูกขาดและไม่มีความโปร่งใส ทั้งนี้ กรรมการแพทยสภาบางคนชี้ว่ากลุ่มที่ยึดครองหน่วยงานได้แก่เครือข่ายกลุ่มแพทย์ชนบทและองค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนหนึ่ง ในลักษณะเดียวกับ 'สถาบันตระกูล ส.' ซึ่งกลุ่มดังกล่าวมักทำตัวไม่ต่างจาก 'นักการเมือง' ที่ชอบเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับอำนาจและผลประโยชน์[44]

ตัวอย่างเช่น พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา ได้สรุปประเด็นจากงานสัมมนาเรื่อง 'แปดปีภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายในการพัฒนา' ที่กล่าวถึงไปแล้ว โดยตอนหนึ่งชี้ว่าคณะกรรมการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเสมือน 'สิ่งแปลกปลอม' เพราะ "*ไม่ได้มีฐานะเป็นเจ้ากระทรวง ทบวง กรมใดๆ เลย นายกรัฐมนตรีไม่ใช่ผู้บังคับบัญชาของเขา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่ใช่ผู้บังคับบัญชา เนื่องจากในพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้เขียนว่าให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี ความหมายของคำว่ากำกับหมายถึงดูแลเฉพาะความชอบด้านกฎหมาย ส่วนคำว่าบังคับบัญชาหมายถึงดูแลทั้งความชอบด้านกฎหมาย ดุลพินิจ นโยบาย... คณะกรรมการเหล่านี้ก็ไม่ได้เป็นตัวแทนของประชาชน ไม่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชน ไม่มีความเกี่ยวโยงกับ ส.ส. ไม่ต้องผ่านการคัดเลือกใดๆ ไม่ต้องผ่านการสอบความรู้ความสามารถทางวิชาการเหมือนข้าราชการ*" ทั้งที่หน่วยงานดังกล่าวมีอำนาจในเชิงนโยบายและงบประมาณสูงมาก ส่งผลให้ระบบบริการสาธารณสุขขาดเอกภาพในการบริหารจัดการ (เชิดชู อริยศรีวัฒนา 2554, ออนไลน์)

นอกจากนี้ แนวคิดที่จะลดบทบาทของ 'ตระกูล ส.' ยังเห็นได้จากการที่ นพ.พินิจ หิรัญโชติ ผู้สมัครรับเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาวาระ พ.ศ. 2554-2556 กลุ่มแพทย์ไทยสามัคคี (พทส.) หาเสียงว่าต้นเหตุของปัญหาในระบบสาธารณสุขเกิดจากการที่ผู้ประกอบวิชาชีพ "*ถูกควบคุมโดยกลุ่มบุคคลหรือนักการเมืองโดยผ่านระบบ 'ส.' ทั้งหลาย หากมีโอกาสไม่ว่าจะเป็นกรรมการแพทยสภาหรือไม่ จะเสนอยกร่างกฎหมายโดยประชาชนเพื่อยุบรวม 'ส.' ทั้งหลาย ไม่ว่าเป็น สปสช. สสส. หรือ 'ส.' อื่นๆ โดยเราจะรวมระบบสาธารณสุขเป็นระบบปฏิรูปที่สมบูรณ์แบบ*"[45]

จ. *การสนับสนุนและกระจายอำนาจแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ*

[44] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กรรมการแพทยสภาท่านหนึ่ง

[45] พินิจ หิรัญโชติ. "*สารถึงสมาชิกแพทยสภา จากกลุ่ม พทส. (1)*". 23 ธันวาคม 2553. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.youtube.com/watch?v=i8LFJ08zbpI. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

กรรมการแพทยสภาจำนวนหนึ่งวิพากษ์วิจารณ์แนวทางการสนับสนุนและกระจายอำนาจให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิว่าการมุ่งสนับสนุนโรงพยาบาลขนาดเล็กเป็นการช่วยทำให้สถานพยาบาลเหล่านี้ไม่เกิดแรงจูงใจในการปรับตัวพัฒนาตนเอง ในขณะเดียวกัน สถานพยาบาลขนาดใหญ่ก็ต้องถูกจำกัดงบประมาณและทรัพยากรทำให้มีคุณภาพลดลง

นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ชี้ว่าแนวทางดังกล่าวเป็นเสมือนการ "*เกลี่ยเนินไปถมบ่อ เลยราบหมดเลยเรียบหมด*"[46] ไม่เพียงเท่านั้น นพ.อิทธพร คณะเจริญ ยังชี้ว่าเอาเข้าจริง การสร้างระบบสวัสดิการที่ไม่เหมาะสมต่างหากที่จะซ้ำเติมความอ่อนแอของระบบสาธารณสุขมูลฐาน เพราะทำให้ "*ต่างจังหวัดซึ่งมีหมอแค่ 1 ใน 4 คือ 25 % จากหมอทั้งหมดแต่ต้องดูแลคนไข้ 80 %ของคนป่วยทั้งประเทศ วันนี้หมอลาออกจากภาครัฐในต่างจังหวัดเยอะ…*"[47]

ฉ. *การกำกับดูแลมาตรฐานและกลไกจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายจากการใช้สิทธิ*

ในช่วงแรก ประเด็นเรื่องการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายจากการใช้สิทธิ และการเปิดให้กองทุน 'ไล่เบี้ย' แพทย์ที่กระทำผิด ตามมาตรา 41 และ 42 ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นประเด็นหลักที่สร้างความหวาดกลัวและแรงต้านจากแพทยสภาและผู้ประกอบวิชาชีพ เพราะเห็นว่าเป็นการเปิดช่องชี้ชวนให้ผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ หรือต้องการผลประโยชน์จากการเรียกร้องค่าเสียหายกล่าวโทษแพทย์ และที่สำคัญ กระบวนการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นยังมีการเอากรรมการ 'คนนอก' ที่ไม่มีความรู้เรื่องแพทย์มาตัดสิน โดยยังมิพักต้องเอ่ยว่าตัวระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเองก็ทำให้แพทย์ต้องรับภาระงานมากขึ้น มีเวลาตรวจผู้ป่วยน้อยลงอันนำไปสู่ความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความผิดพลาดอยู่แล้ว

นพ.ชุมศักดิ์ พฤกษาพงศ์ อดีตรองเลขาธิการแพทยสภาปี 2545 ได้อธิบายว่า มาตรา 42 (มาตรา 45 ในขณะนั้น) เป็นการคุกคามแพทย์ เพราะ "*เปรียบเสมือนศาลเตี้ย มีการระบุถึงกระบวนการไล่เบี้ยเอากับแพทย์ ซึ่งความจริงประชาชนฟ้องร้องแพทย์ได้อยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องมีมาตรานี้*"[48] เช่นเดียวกับ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ที่ชี้ว่าการเปิดช่องให้ผู้ที่ไม่ใช่แพทย์เข้ามาทำหน้าที่ตัดสินมาตรฐานการรักษาของแพทย์ ทำให้เกิดความกังวลในการรักษาว่าจะถูกฟ้องร้องและไม่รู้ว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ทางแพทย์จะเข้าใจกระบวนการรักษา

[46] สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. "*เรื่องเร่งด่วนในระบบสุขภาพที่รัฐบาลใหม่ควรใส่ใจ*".

[47] "*ปัญหาสาธารณสุขไทย ความจริงของ "แพทย์ไทย" กับอนาคตไร้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ*".

[48] "*สธ. ร่อนจดหมายแจงแพทย์ทั่วประเทศ 'หมอหน่อย' เบรกล่าห้าหมื่นชื่อ*".

อย่างถ่องแท้หรือไม่*"พอพวกหมอรู้ว่า พ.ร.บ. เขียนไว้อย่างนี้ หมอเขาเสียกำลังใจเตรียมขยับขยายจะลาออกไปทำงานอย่างอื่นกันหมด"*[49]

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันกรรมการแพทยสภาหลายคนเปลี่ยนท่าทีมาสนับสนุนกลไกดังกล่าว รวมถึงสนับสนุนให้ปรับเพิ่มวงเงินช่วยเหลือ โดยให้เหตุผลว่ากลไกดังกล่าวมีความเหมาะสมกว่ากลไกชดเชยเยียวยาผู้ได้รับความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความรับผิดตามร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (พิจารณาเรื่องดังกล่าวโดยละเอียดในบทที่ 8)

ช. การควบคุมต้นทุนค่ารักษาพยาบาล

กรรมการแพทยสภาบางคนเห็นว่าการที่ สปสช. มุ่งควบคุมต้นทุนค่ารักษาพยาบาลอย่างเข้มงวด เป็นการซ้ำเติมปัญหาเรื่องคุณภาพมาตรฐานการให้บริการตกต่ำ เนื่องจากเป็นการจำกัดไม่ให้แพทย์สามารถ 'เลือก' แนวทางการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วย

ตัวอย่างเช่น พญ.เชิดชู ศรีอริยวัฒนา ชี้ว่า "*คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จำกัดรายการยาที่แพทย์จะ 'มีสิทธิ์' จ่ายให้แก่ผู้ป่วยของตน ถ้าแพทย์คนไหนสั่งจ่ายยานอกเหนือจากที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ ผู้ป่วยก็จะไม่ได้รับยานั้นๆ แม้จะมีผู้ป่วยบางคนเต็มใจที่จะจ่ายเงินเอง เพื่อจะได้รับยาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตรงกับอาการป่วยของตนที่สุด แต่สำนักงานหลักประกันสุขภาพก็ไม่ยินยอมให้แพทย์สั่งยานั้นๆ มีคำสั่งให้โรงพยาบาลคืนเงินผู้ป่วย (ถ้าโรงพยาบาลยังอยากจะให้ยานั้น โรงพยาบาลก็ต้องรับผิดชอบจ่ายเงินเอง) ซึ่งโรงพยาบาลแทบทุกแห่งของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องรับรักษาผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพฯ ก็ไม่มีงบประมาณพอที่จะ 'จ่ายค่ายาแทนประชาชนได้*" (เชิดชู ศรีอริยวัฒนา 2555, ออนไลน์)

นอกจากนี้ แนวทางดังกล่าวเท่ากับเป็นการใช้ " '*จำนวนเงิน' มากำหนดมาตรฐานการสั่งยาหรือการรักษาผู้ป่วย*" และการให้ผู้บริหารกองทุนที่ไม่ใช่ 'แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ' เป็นผู้กำหนดรายการยาในบัญชียาหลัก ยังเท่ากับเป็นการ 'ละเมิดสิทธิผู้ป่วย' (เชิดชู ศรีอริยวัฒนา 2555(2), ออนไลน์)

ซ. การมุ่งขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมรอบด้าน

กรรมการแพทยสภาจำนวนหนึ่งเห็นว่า แนวทางการขยายสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะการที่ สปสช. นำงบประมาณส่วนหนึ่งมาซื้อบริการในรูปแบบพิเศษเพิ่มเติมไปจากสิทธิประโยชน์ทั่วไป ถือเป็นการซ้ำเติมปัญหาขาดแคลนงบประมาณ

[49] "*แฉ 30 บ. ฉุดอาชีพหมอตกต่ำ อึดอัดรัฐดันทุรังขู่ไขก๊อกอื้อ*".

ในเรื่องนี้ นพ.อิทธพร คณะเจริญ ชี้ว่า นอกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเดิมจะไม่เพียงพออยู่แล้ว *"ยังมีโปรแกรมต่างๆ อีกหลายส่วน ที่กันเงินไว้นอกจากเงินเดือน"* นอกจากนี้ ยังตั้งคำถามต่อว่า *"เงินงบประมาณควรเอาไปทำพื้นฐานก่อนไหม เมื่อแก้ได้แล้ว ค่อยไปต่อยอดรักษาโรคแพงๆ เฉพาะทาง อาทิ โรคข้อ โรคตา โรคหัวใจ อย่างที่ สปสช. ทำอยู่ให้มากขึ้น ซึ่ง สปสช. ควรคิดใหม่ว่าต้องทำอย่างไร ขณะที่คนส่วนใหญ่ยังแออัดที่โรงพยาบาลรัฐ หลายคนมองว่าควรจะทำบริการพื้นฐานดูแลคนไข้ส่วนใหญ่ให้ดีก่อนที่จะไปขยายทำโครงการแยกกองทุนของ สปสช. โดยโรคพื้นฐานยังมีเงินไม่เพียงพอ ประชาชนระดับพื้นฐานจะเดือดร้อน ... รัฐบาลเอาเงินไปส่งเสริมสุขภาพอย่างไร เราต้องไปทวงถาม เอาเงินไปใช้หมื่นล้านแล้วโรคอะไรลดลงบ้าง ไม่ใช่คนยังมารักษาแน่นเท่าเดิม คนไข้ฉุกเฉินลดลงไหม ยาเสพติดลดลงไหม แก้ไขได้ไหม เด็กถูกพัฒนาตั้งแต่ในครรภ์หรือไม่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการดูแลดีแค่ไหน""*[50]

นอกจากนี้ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา อธิบายว่าแนวทางการขยายสิทธิประโยชน์ของ สปสช. นั้น *"เน้นการรักษาพยาบาล เช่น รักษามะเร็ง มากกว่าสร้างเสริมสุขภาพ เช่นศึกษาและผลิตวัคซีน จึงเป็นนโยบายที่ทำแล้วไม่มีผลตอบรับ ไม่ปรากฏประโยชน์"*[51]

ฌ. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

แพทยสภาเห็นว่าแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสิ่งที่ดี แต่ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพมอบสิทธิในการรักษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ทำให้ประชาชนไม่ดูแลรักษาสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ ยังเห็นว่า สปสช. จัดสรรงบประมาณให้ไม่พอเพียงอีกทั้งยังนำไปใช้กับกิจการอื่นดังที่ได้กล่าวถึงไปในหัวข้อก่อนหน้า

นอกจากนี้ นพ.อิทธพร คณะเจริญ อธิบายว่าระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวทำลายแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพราะ *"คุณภาพการรักษาที่ดี ต้องไปขึ้นกับการป้องกันโรคด้วย ให้ป่วยน้อย ดังนั้นงบประมาณจึงไม่ควรเท่ากันในแต่ละภูมิภาค เพราะลักษณะการกินอาหารไม่เหมือนกัน ภูมิอากาศไม่เหมือนกัน อายุก็ไม่เท่ากัน ป่วยไม่เท่ากัน ฯลฯ..."*[52]

น่าสนใจว่าในเรื่องดังกล่าว นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ถึงกับชี้ชัดว่าตั้งแต่มีนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า พบว่ามีโรคมากขึ้น มีเด็กเสียชีวิตมากขึ้น และมีผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งๆที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ใช้เงินจำนวนมากในการรณรงค์ป้องกันโรค[53]

---

[50] "*ปัญหาสาธารณสุขไทย ความจริงของ "แพทย์ไทย" กับอนาคตไร้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ*".

[51] Thaireform."'*เดือนเด่น' ถอดบทเรียน 10 ปีหลักประกันสุขภาพ ชี้ควรมีระบบ-มาตรฐานเดียว*".

[52] "*ปัญหาสาธารณสุขไทย ความจริงของ "แพทย์ไทย" กับอนาคตไร้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ*".

[53] เรื่องเดียวกัน

7.5.3 บทบาทของกรรมการแพทยสภาในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช.

แพทยสภาเป็นสภาวิชาชีพที่ได้สิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้เสนอตัวแทนเข้าไปดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข คณะละ 1 คน ซึ่งนับแต่เริ่มดำเนินการ ผู้แทนแพทยสภาที่เคยดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมี 2 คน ได้แก่ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ดำรงตำแหน่งระหว่างปี 2546-2553 และ นพ.อำนาจ กุสลานันท์ ดำรงตำแหน่งระหว่างปี 2554-2555 ส่วนคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ก็มี 2 คน เช่นกัน ได้แก่ นพ.พินิจ หิรัญโชติ ดำรงตำแหน่งระหว่างปี 2546-2554 และ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ดำรงตำแหน่งในปี 2555 (ข้อมูล ณ วันที่ 16 กรกฎาคม 2555)

นอกจากตำแหน่งข้างต้น ที่ผ่านมากรรมการหรืออดีตกรรมการแพทยสภาคนสำคัญหลายคนได้เข้าไปดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆ เป็นต้น ดังแสดงไว้ในตารางที่ 7.2

ตารางที่ 7.2 รายชื่อกรรมการหรืออดีตกรรมการแพทยสภาที่ดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

กรรมการแพทยสภา หรือ อดีตกรรมการแพทยสภา	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ช่วงเวลาดำรงตำแหน่ง)	คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานฯ (ช่วงเวลาดำรงตำแหน่ง)
นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์	ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน (พ.ศ. 2555)	ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน (ประธาน) (พ.ศ. 2546-2554)
พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านประกันสุขภาพ (พ.ศ. 2555)	ผู้ทรงคุณวุฒิ (พ.ศ. 2546-2554)
นพ.พินิจ หิรัญโชติ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ทางเลือก (พ.ศ. 2555)	ผู้แทนแพทยสภา (พ.ศ. 2546-2554)
นพ.อิทธพร คณะเจริญ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์ (พ.ศ. 2555)	-
พญ.ประสบศรี อึ้งถาวร	-	ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทาง สาขากุมารเวชกรรม (พ.ศ. 2550-2555)

ที่มา: รายชื่อผู้ดำรงตำแหน่งระหว่าง พ.ศ. 2546-2554 นำมาจาก รายงานการสร้างหลักประกันถ้วนหน้า ปี 2546-2554, รายชื่อผู้ดำรงตำแหน่งระหว่าง พ.ศ. 2555-2556 นำมาจาก สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2555, ออนไลน์ (ข้อมูล ณ วันที่ 16 กรกฎาคม 2555)

มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่ากรรมการหรืออดีตกรรมการแพทยสภาบางท่านที่เข้าไปดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการหรือคณะอนุกรรมการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชน ตัวอย่างเช่น กรณี นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ กรรมการแพทยสภาคนสำคัญ ซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข สปสช. หลายสมัย ขณะดำรงตำแหน่งในวาระ พ.ศ. 2550-2553 ได้ใช้อำนาจหน้าที่ส่งหนังสือเวียนถึงสมาชิกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เพื่อแจ้งไม่ให้เซ็นสัญญาเข้าร่วมโครงการฟอกไตกับ สปสช.เพราะเห็นว่า 'เสียราคา' ส่งผลให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชี้มูลว่ามีความประพฤติเสื่อมเสีย พร้อมส่งเรื่องให้คณะรัฐมนตรีถอดถอนนพ.เอื้อชาติ ออกจากตำแหน่ง[54] อย่างไรก็ตาม ในการแต่งตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งต่อมาในปี 2544 นพ.เอื้อชาติ ยังคงได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้แทนสถานพยาบาลเอกชน ส่งผลให้ในปี 2555 นายสุบิล นกสกุล ประธานชมรมเพื่อนโรคไต ร้องเรียนต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถึงความไม่เหมาะสม แต่น่าสนใจว่าเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2555 นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้บรรจุเรื่องผลสอบ นพ.เอื้อชาติ เข้าสู่การพิจารณาตามข้อเสนอของ นพ.ไพจิตร์ วราชิต ประธานคณะอนุกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ และมีมติที่ประชุมให้ส่งมติชี้มูลความผิดของ นพ.เอื้อชาติ ให้คณะกรรมการกฤษฎีกาตีความซึ่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ตีความว่าเหตุแห่งความผิดของ นพ.เอื้อชาติ สิ้นสุดไปพร้อมวาระคณะกรรมการชุดก่อนนี้แล้ว[55]

---

[54] ASTV ผู้จัดการออนไลน์. "*แพทย์ชนบทจับตาตั้งอนุการเงิน สปสช.หวั่นเปิดทางเก็บ 30 บาท เพิ่มงบเอื้อเอกชน*", 29 ธันวาคม 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www2.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=9540000166119. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[55] "*วิทยาอุ้มเอื้อชาติ ส่งหารือกฤษฎีกา ผู้ป่วยโรคไตระดมพลทั่วประเทศต้าน*", ชมรมเพื่อนโรคไต มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. 9 มีนาคม 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thaikidneyclub.org/home/index.php?option=com_content&view=article&id=124:2012-02-10-12-17-45&catid=35:2009-06-27-16-40-36. และ วิบูลาลา. "*สปสช. ชวดเรื่องจะนำ นพ.เอื้อชาติ พ้นจากตำแหน่งกรรมการ สปสช. เหตุพ้นสิ้นสุดไปพร้อมวาระก่อนแล้ว*", ก.สธ.เพื่อปฏิรูปและพัฒนาการสาธารณสุขไทย. 12 มิถุนายน 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2506&Itemid=45. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

นอกจากนี้ นับแต่ปี 2550 เป็นต้นมา ซึ่งฝ่ายผลักดันการปฏิรูปชี้ว่าได้เกิดการรวมกลุ่มของตัวละครฝ่ายต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อปฏิบัติการยึดพื้นที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. และตีกลับทิศทางการปฏิรูป กรรมการแพทยสภาหลายคนได้เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับ 'แนวรบ' ดังกล่าวอย่างน้อย 2 เหตุการณ์

เหตุการณ์แรก คือการที่ นพ.พินิจ หิรัญโชติ กรรมการแพทยสภา ลงสมัครลงชิงตำแหน่งเลขาธิการ สปสช. กับ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ หลังจาก นพ.สงวนหมดวาระการดำรงตำแหน่งสมัยที่หนึ่งในปี 2550 ในการคัดเลือกครั้งนั้น นพ.สงวนยังคงได้รับเลือกจากที่ประชุมให้ดำรงตำแหน่งต่อเป็นวาระที่ 2 ภายหลังมีคะแนนเสียงสนับสนุนในที่ประชุมคณะกรรมการเท่ากับ นพ.พินิจ แต่ประธานที่ประชุมคือ นพ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ใช้สิทธิลงคะแนนเสียงชี้ขาดให้ นพ.สงวนได้รับคัดเลือก นอกจากนี้ นพ.มงคล ยังให้สัมภาษณ์ต่อสื่อมวลชนอีกว่าได้ทำการ 'ล็อบบี้เล็กน้อย' ในการแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน[56] ซึ่งล้วนเป็นผู้มีชื่อเสียงและมีจุดยืนสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชัดเจน ทำให้ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงดุลอำนาจภายในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช.

ภายหลัง นพ.สงวนได้รับเลือกเป็นเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นพ.พินิจ ก็ประกาศว่าจะดำเนินการฟ้องร้องต่อศาลปกครองโดยอ้างว่า นพ.สงวน เคยดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการองค์การเภสัชกรรม (อภ.) ทำให้ถือได้ว่าเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จึงมีคุณสมบัติไม่ครบตามมาตรา 32 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 แต่ก็ไม่ปรากฏว่ามีการดำเนินการแต่อย่างใด[57]

เหตุการณ์ที่สอง คือการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 7 ตำแหน่งในปี 2554 ซึ่งถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่ามีการแทรกแซงจากภาคการเมืองเพื่อเปลี่ยนแปลงดุลอำนาจภายในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิถือเป็นคะแนนเสียงกลุ่มใหญ่ที่ในอดีตเป็นแนวร่วมของฝ่ายผลักดันการปฏิรูปมาโดยตลอด

---

[56] ที่ประชุมมีมติแต่งตั้ง นพ.ไพจิตร์ปวบุตร เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุข นพ.ยุทธ โพธารามิก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์ ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลัง นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านประกันสุขภาพ ดร.เจษฎ์โทณะวณิก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย นพ.วิชัย โชควิวัฒน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ทางเลือก และ ภญ.สำลี ใจดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทย

[57] ASTV ผู้จัดการออนไลน์. "*ยัน "หมอหงวน" เป็นเลขาฯ สปสช.รอบ 2 คุณสมบัติครบตามกฎหมาย*", 11 พฤษภาคม 2550. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/asp-bin/PrintNews.aspx?NewsID=9500000054205. และ *""หมอมงคล" รับมีล็อบบี้เล็กน้อยตั้งบอร์ด สปสช.ยันตั้ง "หมอสงวน" ปธ.ไม่ผิด*", ผู้จัดการออนไลน์. 3 กรกฎาคม 2550. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

ท่ามกลางความขัดแย้งดังกล่าว พบว่ามีกรรมการแพทยสภาได้รับการแต่งตั้งในครั้งนี้ 3 คนได้แก่ พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์ ดำรงตำแหน่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านประกันสุขภาพ นพ.พินิจ หิรัญโชติ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ทางเลือก และ นพ.อิทธพร คณะเจริญ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์ ต่อมา กลุ่มแพทย์ชนบทยื่นหนังสือเรียกร้องให้รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขชี้แจงว่าเหตุใดจึงแต่งตั้งกรรมการทั้ง 3 คนที่ไม่มีประสบการณ์ในด้านที่ได้รับการแต่งตั้งมาก่อน โดยเฉพาะสองรายแรกนั้นถือว่าเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชน[58]

7.6 บทสรุป

ท่ามกลางความขัดแย้งครั้งใหญ่ในระบบบริการสาธารณสุขไทยระหว่างฝ่ายผลักดันและต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรรมการแพทยสภาคนสำคัญหลายคนมุ่งวิพากษ์วิจารณ์การปฏิรูปโครงสร้างทางการเงิน การบริหารจัดการ และแนวทางการให้บริการ ในทุกประเด็นด้วย 'น้ำเสียง' คล้ายคลึงกับฝ่ายต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กล่าวได้ว่าการเลือกตั้งแพทยสภา วาระ พ.ศ. 2546-2548 คือจุดเริ่มต้นที่ทำให้แพทยสภามีจุดยืนในทางต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพราะกลุ่มแพทย์ที่ได้รับการเลือกตั้งเป็นกลุ่มหลักคือ กลุ่มแพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์ ซึ่งเกิดจากการรวมตัวของแพทย์ที่คัดค้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีบทบาทในการรณรงค์ 'หมอชุดดำ' ทั่วประเทศต่อต้านการผลักดันร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... นอกจากนี้ ยังมีผู้ได้รับการเลือกตั้งอีกหลายคนที่เป็นกรรมการแพทยสภาหลายวาระและมีบทบาทสำคัญในแพทยสภายุคปัจจุบันซึ่งมีท่าทีเป็นปฏิปักษ์กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นกัน

การเลือกตั้งครั้งนั้นสะท้อนชัดถึงการเล่นบทตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของกรรมการแพทยสภามากกว่าครั้งใด เพราะ เกิดขึ้นในบริบทที่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์กำลังหวาดวิตกต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้มีผู้มาลงคะแนนใช้สิทธิถึงร้อยละ 50.55 ของจำนวนสมาชิกทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าการเลือกตั้งทุกครั้งนับแต่ปี 2525 จวบจนปัจจุบัน ซึ่งมีจำนวนเฉลี่ยผู้ลงคะแนนเสียงอยู่ที่ประมาณร้อยละ 40

สำหรับข้อวิพากษ์และข้อเสนอต่างๆ ของแพทยสภา สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

(1) การสร้างสิทธิจากงบประมาณรัฐโดยประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

---

[58] "*หมอชนบทกระทุ้ง'วิทยา'สังคายนาบอร์ดใหม่ สปสช.*", หนังสือพิมพ์มติชน. 3 กุมภาพันธ์ 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

กรรมการแพทยสภาคนสำคัญจำนวนหนึ่งเห็นว่าเป็นการสร้างสวัสดิการบนความไม่พร้อมทั้งแง่ทรัพยากรและสำนึกความรับผิดชอบของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองน้อยลง ใช้สิทธิอย่างล้นเกิน เพิ่มภาระงานให้ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และสถานพยาบาลจนไม่อาจรองรับไหว ดังนั้น ระบบสวัสดิการที่ดีจึงควรกำหนดให้ประชาชนต้องรับผิดชอบต่อการใช้สิทธิโดยตรง ได้แก่ การจ่ายสมทบ หรืออย่างน้อยมีส่วนร่วมจ่ายในระดับที่คัดกรองการใช้สิทธิอย่างฟุ่มเฟือย ส่วนระบบสวัสดิการที่มอบสิทธิให้ประชาชน 'ฟรีๆ' หากจะมี ก็ควรเจาะจงไปที่ประชาชนที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จริงๆ เท่านั้น

(2) การใช้ระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและระบบเบิกจ่ายปลายปิด

แพทยสภาเห็นว่าเป็นระบบที่ทำลายแรงจูงใจฝั่งผู้ให้บริการ เพราะงบประมาณถูกจำกัดลงสวนทางกับภาระงาน ส่งผลให้แพทย์ลาออกจากราชการ และโรงพยาบาลขาดสภาพคล่องหรือขาดทุน ดังนั้นจึงเสนอให้มีการแยกบัญชีงบประมาณเงินเดือนแพทย์และค่าใช้จ่ายสถานพยาบาลออกมาจากงบเหมาจ่ายรายหัว

(3) การควบคุมต้นทุนค่ารักษาพยาบาล

แพทยสภาเห็นว่าเป็นการจำกัดทางเลือกแนวทางการรักษาที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย และซ้ำเติมปัญหาความไม่พอเพียงของงบประมาณ

(4) การบูรณาการระบบกองทุนรัฐ

แพทยสภาเห็นว่ากองทุนเดิมได้แก่ กองทุนประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการมีความสมเหตุสมผลกว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพราะผู้ใช้สิทธิต้อง ‘ทำงานแลก’ กับสิทธิที่ตนได้ นอกจากนี้ การมีหลายกองทุนยังเอื้อให้เกิดการแข่งขันเพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์

(5) การจัดตั้งคณะกรรมการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นตัวแทน ‘ผู้ซื้อบริการ’

แพทยสภาเห็นว่าทำให้เกิดการผูกขาดการบริหารงบประมาณและนโยบายโดยคนกลุ่มน้อย ซึ่งกล่าวอย่างเฉพาะเจาะจงคือพวก ‘ตระกูล ส.’ และเครือข่ายที่อ้างตนว่าเป็นภาคประชาชน

(6) การสนับสนุนและกระจายอำนาจแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ

แพทยสภาเห็นว่าเป็นการทำลายแรงจูงใจในการพัฒนาของสถานพยาบาล เพราะสถานพยาบาลขนาดเล็กจะเคยชินกับการได้รับความช่วยเหลือ ในขณะที่สถานพยาบาลขนาดใหญ่จะถูกดึงดูดทรัพยากรและงบประมาณออกไป ส่งผลให้คุณภาพการให้บริการในภาพรวมลดลง

(7) การกำกับดูแลมาตรฐานและจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายจากการใช้สิทธิ

แพทยสภาเห็นว่าเป็นการคุกคามแพทย์ เพราะเปิดช่องให้ประชาชนที่ขาดความรู้ความเข้าใจ หรือต้องการผลประโยชน์ใช้ช่องทางดังกล่าวเรียกร้องผลประโยชน์ นอกจากนี้ การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ

เบื้องต้นยังมีลักษณะเป็น ‘ศาลเตี้ย’ เพราะให้คนนอกที่ไม่มีความรู้เรื่องแพทย์มามีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม แพทยสภาได้เปลี่ยนท่าทีมาสนับสนุนการจ่ายช่วยเหลือเบื้องต้นในปัจจุบันแล้ว (โปรดดูบทที่ 8 ประกอบ)

(8) การมุ่งขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมรอบ

แพทยสภาเห็นว่ายิ่งขยายจะยิ่งเป็นการซ้ำเติมปัญหาที่เกิดจากการมอบสิทธิ ‘ฟรี’ ให้แก่ประชาชน

(9) การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชน

แพทยสภาเห็นว่าเป็นแนวทางที่ดี แต่ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ภายใต้โครงสร้างการกระจายงบประมาณและการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากประเด็นวิพากษ์และข้อเสนอที่กล่าวไปทั้งหมด สามารถสรุปจุดยืนในเชิงคุณค่าและความเป็นตัวแทนของแพทยสภาได้ว่า กรรมการแพทยสภาคนสำคัญจำนวนหนึ่งไม่เห็นด้วยกับหลักการมอบสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ‘ฟรี’ ให้แก่ประชาชนทุกคน รวมถึงหลักการ ‘เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข’ แต่สนับสนุนสภาพเดิมที่รัฐปล่อยให้ตลาดเสรีทำงาน เนื่องจากเห็นว่าจะทำให้ประชาชนเกิดแรงจูงใจที่จะดูแลรักษาสุขภาพ โรงพยาบาลขนาดเล็กเรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเองโดยไม่ต้องเบียดเบียนโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีคุณภาพมาแต่เดิม นอกจากนี้ ยังสร้างแรงจูงใจในการประกอบการให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้บริหารโรงพยาบาล ส่วนการที่รัฐเข้ามามีบทบาทแทรกแซงมอบสวัสดิการควรมีเท่าที่จำเป็นเท่านั้น และผู้ใช้สิทธิควรร่วมรับผิดชอบด้านงบประมาณเพื่อป้องกันการใช้สิทธิอย่างฟุ่มเฟือย

ในแง่ความเป็นตัวแทน แพทยสภาแสดงจุดยืนเป็นตัวแทนแพทย์และสถานพยาบาลในการเรียกร้องสถานะและผลประโยชน์ที่ถูกจำกัดลง อีกทั้งยังแสดงความกังวลว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะทำให้ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์เพิ่มมากขึ้น

จุดยืนเชิงคุณค่าและความเป็นตัวแทนข้างต้น ส่งผลให้แพทยสภาแสดงท่าทีเป็นปฏิปักษ์กับมุมมองและทิศทางการปฏิรูปที่เอื้อต่อสิทธิประชาชน ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ การเปิดให้ ‘คนนอก’ เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ เช่น กรณีกลไกจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยแพทยสภาให้เหตุผลว่าประเทศไทยไม่มีความพร้อมทั้งในแง่ทรัพยากร รวมถึงสำนึกและความรู้ความเข้าใจของผู้คน

ในส่วนบทบาทของกรรมการแพทยสภากับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. แพทยสภา พบว่ามีกรรมการแพทยสภาหรืออดีตกรรมการแพทยสภาที่มีชื่อเสียง 8 คนที่เคยเข้าไปดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพและคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ ผ่านช่องทางต่างๆ นอกเหนือจากช่องทางตัวแทนแพทยสภาโดยตำแหน่ง หลายท่านเคยถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่ามีความสัมพันธ์กับภาคการเมืองและธุรกิจการแพทย์เอกชน

นอกจากนี้ นับแต่ประมาณปี 2550 เป็นต้นมา กรรมการแพทยสภาหลายคนยังได้เข้าไปเป็น ‘ตัวละคร’ ท่ามกลางปรากฏการณ์ที่ฝ่ายผลักดันการปฏิรูปชี้ว่าเป็นปฏิบัติการ ‘ยึด’ และ ‘ล้ม’ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่การที่ นพ.พินิจ หิรัญโชติ ลงสมัครรับคัดเลือกเป็นเลขาธิการ สปสช. แข่งกับ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และการที่ นพ.พินิจ หิรัญโชติ พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์ และ นพ.อิทธพร คณะเจริญ ได้รับการแต่งตั้งเป็นตัวแทนผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ท่ามกลางเสียงวิพากษ์วิจารณ์ว่าการแต่งตั้งครั้งนี้สะท้อนความพยายามของฝ่ายการเมืองที่จะเปลี่ยนแปลงดุลอำนาจภายในคณะกรรมการ เนื่องจากคะแนนเสียงของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นคะแนนเสียงกลุ่มใหญ่ที่ยืนอยู่ข้างฝ่ายผลักดันการปฏิรูปมาโดยตลอด

บทที่ 8

กรณีศึกษา: บทบาทของแพทยสภาภายใต้กระแสการผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ....

8.1 ความนำ

การคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข คือแนวทางที่มุ่งให้มีกลไกสำหรับคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ด้วยการเยียวยาชดเชยผู้ป่วยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดอย่างทันท่วงทีและเป็นธรรม โดยมีสมมติฐานว่าการเยียวยาชดเชยดังกล่าวจะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งและการฟ้องร้องแพทย์ได้

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... มีเนื้อหาว่าด้วยการจัดตั้งกองทุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับความเสียหายอันเกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์โดยให้สถานพยาบาลซึ่งเป็นสถาบันหลักในการทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขเป็นผู้จ่ายเงินสมทบหลักเข้าสู่กองทุนในลักษณะการทำประกันความเสี่ยง โดยปรับอัตราเงินเรียกเก็บตามอัตราความเสียหายที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลนั้นในอดีต (experience rate)

สาเหตุที่ต้องมีกลไกคุ้มครองผู้เสียหายเนื่องจากความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ไม่มีใครต้องการให้เกิดขึ้น แต่ก็ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้โดยสมบูรณ์ เพราะการรักษาพยาบาลเป็นบริการที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ได้แน่นอน ดังนั้นจึงต้องมีกลไกกลางสำหรับแก้ไขผลลัพธ์ที่ผิดพลาดในเชิงระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยและแพทย์ต่างได้ประโยชน์ทั้งสองฝ่าย (win-win situation) กล่าวคือผู้ป่วยได้รับการเยียวยาชดเชยในขณะที่แพทย์ก็ลดโอกาสที่จะถูกผู้ป่วยฟ้องร้อง นอกจากนี้ยังมุ่งเปลี่ยนวัฒนธรรมในระบบบริการสาธารณสุขจาก ‘วัฒนธรรมการกล่าวโทษ’ (blame culture) เป็น ‘วัฒนธรรมความปลอดภัย’ (safety culture) และวัฒนธรรม ‘ผิดเป็นครู’ (กระทรวงสาธารณสุข ม.ป.ป.., น.10)

กระบวนการข้างต้นจะช่วยจำกัดไม่ให้ผลลัพธ์ที่ผิดพลาดส่งผลให้เกิดสภาพที่ทุกฝ่ายเสียประโยชน์ (lose-lose situation) กล่าวคือผู้ป่วยไม่ได้รับการเยียวยาชดเชย ในขณะที่แพทย์ก็ถูกฟ้องร้อง คู่กรณีและศาลต้องแบกรับภาระต้นทุนโดยไม่จำเป็น ซึ่งหากเกิดสถานการณ์ดังกล่าวขึ้นบ่อยครั้ง จะส่งผลบั่นทอนความไว้เนื้อเชื่อใจระหว่างแพทย์และผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่กล้าพบแพทย์หรือจ้องจับผิดแพทย์ ในขณะที่แพทย์จะ

มีแนวโน้มทำ 'เวชปฏิบัติแบบปกป้องตนเอง' (defensive medicine) ซึ่งหมายถึงการรักษาพยาบาลโดยสั่งตรวจและวินิจฉัยมากเกินความจำเป็น เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง รวมถึงอาจต้องซื้อประกันความผิดพลาดทางการแพทย์ (malpractice insurance) ซึ่งล้วนส่งผลให้ระบบบริการสาธารณสุขดำเนินไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ มิพักต้องเอ่ยว่าเมื่อความไว้เนื้อเชื่อใจระหว่างกันหมดไป ความขัดแย้งก็มีโอกาสที่จะเปลี่ยนผ่านไปสู่ความรุนแรงได้

ในกรณีประเทศไทย ประเด็นเรื่องแนวทางการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขก่อให้เกิดความขัดแย้งร้าวลึกโดยมีคู่ขัดแย้งสำคัญ ได้แก่ เครือข่ายภาคประชาชนผู้สนับสนุนร่างกฎหมายกับองค์การแพทย์และแพทย์จำนวนมากซึ่งมีแพทยสภาเป็น 'ธงนำ' เนื่องจากเห็นว่าร่างกฎหมายฉบับดังกล่าวจะซ้ำเติมปัญหาการฟ้องร้องแพทย์

ทั้งนี้ มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่าความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเป็นผลโดยตรงจากอคติที่สะสมมาตั้งแต่การเคลื่อนไหวผลักดันร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. … ในปี 2545 เพราะกรณีดังกล่าวสร้างความรู้สึกถูกคุกคามในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ โดยเฉพาะประเด็นที่ว่าภาระงานและความคาดหวังที่สูงขึ้นของผู้ป่วยคือปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยฟ้องแพทย์เพิ่มขึ้น (โปรดดูบทที่ 7 ประกอบ)[27]

ความขัดแย้งที่รุนแรงและเรื้อรังส่งผลให้ในปัจจุบันร่างกฎหมาย 2 ฉบับ ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ที่เสนอโดยนางสาวสารี อ๋องสมหวัง และประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง 10,631 คน และร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ที่เสนอโดย พญ.อรพรรณ์ เมธาดิลกกุล และประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง 10,994 คน ซึ่งมีผู้ร่วมลงชื่อหลายคนเป็นกรรมการหรืออดีตกรรมการแพทยสภา[28] ยังคงค้างอยู่ในกระบวนการนิติบัญญัติในขั้นตอนรอการพิจารณาเพื่อรับหลักการในสภาผู้แทนราษฎร

เนื้อหาในบทนี้มุ่งศึกษาบทบาทแพทยสภาในกระแสการผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... โดยมีประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

(1) ที่มาและลำดับเหตุการณ์

(2) การเปรียบเทียบ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข 3 ฉบับ (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข ฉบับภาคประชาชน และฉบับปกป้องแพทย์)

---

[27]ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนักวิชาการ และตัวแทนภาคประชาชน

[28]เช่น พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา นพ.ชัยวัน เจริญโชคทวี นพ.จรินทร์ โรจนบวรวิทยา นพ.วิสุทธิ์ ลัจฉเสวี นพ.เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ

(3) บทบาทของแพทยสภาต่อกระแสผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...

(4) บทสรุป

8.2 ที่มาและลำดับเหตุการณ์

การเคลื่อนไหวผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... เริ่มต้นอย่างเป็นทางการเมื่อ นพ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ตอบรับข้อเสนอของภาคประชาชนด้วยการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษายกร่างกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม แนวคิดเรื่องการคุ้มครองผู้เสียหายฯ มีขึ้นในประเทศไทยก่อนหน้าจะเกิดการเคลื่อนไหวผลักดันร่างกฎหมายฉบับดังกล่าว โดยปรากฏครั้งแรกในมาตรา 41 และ 42 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งมีเนื้อหาว่าด้วยการให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นต่อผู้ที่ได้รับความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์

กลไกตามมาตรา 41 และ 42 ประสบความสำเร็จในแง่การลดปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ แต่ยังคงมีข้อจำกัด 2 ประการ ได้แก่ (1) ปัญหาเรื่องความไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ (2) การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นการช่วยเหลือทางมนุษยธรรมเท่านั้น จึงยังไม่เพียงพอสำหรับการชดเชยให้ผู้เสียหายสามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุข

เนื้อหาในส่วนนี้เป็นการทบทวนที่มาของร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... และลำดับเหตุการณ์เคลื่อนไหวผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...

8.2.1 ที่มา: ปัญหาของมาตรา 41 และ 42 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

แนวคิดการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขปรากฏครั้งแรกในมาตรา 41 และ 42 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยมีเนื้อหาไว้ดังต่อไปนี้

มาตรา 41 *"ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด"*

มาตรา 42*"ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41 เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้"*

จุดประสงค์ของ มาตรา 41 และ 42 คือการช่วยเหลือเบื้องต้นโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด ซึ่งหมายถึงการไม่ต้องหาผู้กระทำผิด ไม่ต้องรอผลการพิสูจน์ทางการแพทย์หรือทางห้องปฏิบัติการ และไม่ต้องรอคำพิพากษาศาล เพื่อช่วยเหลือทางมนุษยธรรมแก่ผู้เสียหาย แต่มิใช่การชดเชยความเสียหาย (สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2550, น.12)

(1) หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ.2555 ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการ และกำหนดแนวทางการให้เงินช่วยเหลือดังต่อไปนี้

ก. การจัดตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

การจัดตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้อบังคับกำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข แต่งตั้ง 'คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น' จำนวน 5-7 คน ทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือตามข้อบังคับนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด (ข้อ 8)

ในเรื่องที่มาของอนุกรรมการ ให้คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ในกรณีที่ไม่มีคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด) เป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสม โดยมาจากผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ 3 คน ตัวแทนหน่วยบริการและตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการในสัดส่วนที่เท่ากัน และให้ผู้อำนวยการสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติเป็นเลขานุการ มีวาระดำรงตำแหน่ง 2 ปี ประธานมาจากการเลือกกันเองภายในคณะอนุกรรมการ (ข้อ 9)

ข. *หลักเกณฑ์การพิจารณาและการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ*

หลักเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือกำหนดให้มีการจ่ายเงินแก่ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดย 'ความเสียหาย' ให้รวมถึง *"เหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล แต่มิใช่ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว"* นอกจากนี้ยังกำหนดว่าการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือต้องคำนึงถึงทั้งความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐานะประกอบกัน[29] (ข้อ5-8)

ในเรื่องช่องทางการยื่นคำร้อง ผู้มีสิทธิสามารถยื่นคำร้องได้ที่สำนักสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัด หน่วยร้องเรียนหรือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยต้องยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย และเมื่อได้รับคำร้อง คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยต้องพิจารณาวินิจฉัยโดยเร็ว ไม่เกิน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับคำร้อง และรายงานผลการพิจารณาวินิจฉัยต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อทราบ (ข้อ 7-8)

สำหรับอัตราจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น มีการกำหนดอัตราดังต่อไปนี้ (ข้อ 6)

(1) เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท

(2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

(3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 100,000 บาท

(4) กรณีที่ความเสียหายไม่อาจจัดประเภท ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาเทียบเคียงประเภทความเสียหายตามความเหมาะสม

ทั้งนี้ สำนักงานกฎหมายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดแนวทางการพิจารณา

[29] 'เศรษฐานะ' ไม่ได้หมายถึงฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ได้รับความเสียหาย แต่หมายถึงผลกระทบที่ผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะได้รับ เช่น ถ้าผู้เสียหายเป็นผู้ทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ก็ถือว่าได้รับผลกระทบมากกว่าคนอื่น (สำนักกฎหมายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2550, น.15)

โดยละเอียด โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ (สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554, น.1-3) ได้แก่

(1) ระดับ 1 ให้พิจารณาจ่ายเต็มอัตรา หากเห็นชัดเจนว่าความเสียหายเกิดจากการรักษาพยาบาลโดยตรงและไม่สัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย

(2) ระดับ 2 ให้พิจารณาจ่ายตั้งแต่ 80% ขึ้นไป หากเห็นชัดเจนว่าความเสียหายเกิดจากการรักษาพยาบาลโดยตรงและสัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย

(3) ระดับ 3 ให้พิจารณาจ่ายตั้งแต่ 60-80% หากเห็นว่าความเสียหายส่วนใหญ่เกิดจากการรักษาพยาบาล

(4) ระดับ 4 ให้พิจารณาจ่ายไม่เกิน 50% หากเห็นว่าเป็นความเสียหายส่วนน้อย หรือเป็นความเสียหายที่ไม่ชัดเจนนักว่าเกิดจากการรักษาพยาบาล

(5) ให้พิจารณาจ่ายค่าเศรษฐานะเพิ่มเติมไม่เกิน 10% ยกเว้นในกรณีที่ได้พิจารณาจ่ายค่าเสียหายในอัตราสูงสุด (400,000 บาท) ไปแล้ว

ค. การอุทธรณ์

กรณีที่ผู้เสียหายไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสามารถยื่นอุทธรณ์ด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการสาธารณสุข ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ทราบผลการวินิจฉัย โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้พิจารณาคำอุทธรณ์ว่าเป็นไปตามเงื่อนไขการยื่นอุทธรณ์หรือไม่ หากเป็นไปตามเงื่อนไขก็จะส่งเรื่องให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ พิจารณายกคำร้องอุทธรณ์ หรือสั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ (ข้อ 10-11)

(2) ผลการดำเนินงานตามมาตรา 41 และ 42 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ภายหลังการดำเนินการตามมาตรา 41 และ 42 ตั้งแต่ปี 2547 ข้อมูลสถิติจากรายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2553 สะท้อนว่ากลไกดังกล่าวประสบความสำเร็จในการเป็นช่องทางให้ผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ยื่นคำร้องเพื่อขอเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เห็นได้จากจำนวนผู้ใช้สิทธิที่เพิ่มมากขึ้น และจำนวนคดีที่ผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์ลดลง อย่างไรก็ตาม ช่องทางดังกล่าวยังคงมีจุดอ่อนเรื่องความไม่ครอบคลุมประชาชนผู้ใช้บริการในระบบบริการสาธารณสุข และเพดานการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นซึ่งไม่เพียงพอที่จะชดเชยให้ผู้เสียหายหรือทายาทสามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุข

ก. ความสำเร็จ: จำนวนผู้ใช้สิทธิตามช่องทางมาตรา 41 และ 42 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และจำนวนคดีผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์

ผลการดำเนินการตามมาตรา 41 และ 42 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พบว่าจนถึงสิ้นปี 2553 มีผู้ใช้สิทธิตามมาตรา 41 และ 42 เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน โดยในปี 2547 มีผู้ยื่นคำร้อง 99 เรื่อง และมีการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย 73 ราย ใช้งบประมาณ 4,865,000 บาท ต่อมาในปี 2553 มีผู้ยื่นคำร้องเพิ่มขึ้นเป็น 876 ราย และมีการพิจารณาจ่ายเงิน 704 ราย ใช้งบประมาณ 81,929,000 บาท

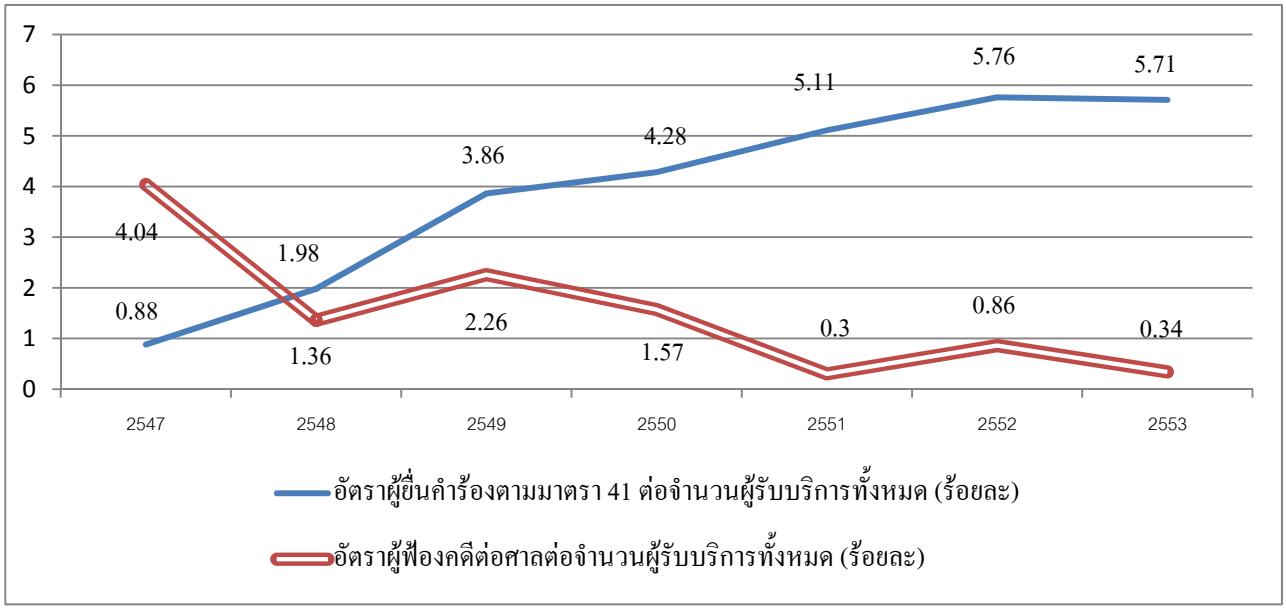
ส่วนจำนวนคดีที่ผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์ต่อศาลนั้น พบว่ามีจำนวนลดลง โดยในปี 2547 มีคดีเข้าสู่ศาลคิดเป็นร้อยละ 4.04 ของจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด ต่อมาในปี 2553 ลดเหลือเพียงร้อยละ 0.34 ของจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด

ตารางที่ 8.1 ผลการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 และ 42ระหว่าง พ.ศ.2547-2553

ปี	รวมคำร้อง	เข้าเกณฑ์	ไม่เข้าเกณฑ์	เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร	สูญเสียอวัยวะ/พิการ	บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง	อุทธรณ์	ผลรวมการพิจารณาจ่าย (บาท)
2547	99	73	26	49	11	13	12	4,865,000
2548	221	178	43	113	29	36	32	12,815,000
2549	443	371	72	215	71	85	60	36,653,500
2550	511	433	78	239	74	120	58	52,177,535
2551	658	550	108	303	73	174	74	64,858,148
2552	810	660	150	344	97	219	67	73,223,000
2553	876	704	172	361	139	204	71	81,929,000
รวม	3,618	2,969	649	1,624	494	851	374	326,521,183

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554, น.93

ภาพที่ 8.1 อัตราผู้ยื่นคำร้องตามมาตรา 41 และผู้ฟ้องคดีต่อศาลต่อจำนวนผู้รับบริการทั้งหมดระหว่าง พ.ศ. 2547-2553 (ร้อยละ)



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554, น.93

ข. *จุดอ่อน: ความครอบคลุมประชาชนผู้ใช้บริการในระบบบริการสาธารณสุข และเพดานการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น*

แนวทางตามมาตรา 41 และ 42 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีจุดอ่อนในเรื่องความไม่ครอบคลุมประชาชนผู้ใช้บริการทั้งหมด และเพดานการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้เสียหายหรือทายาทมีชีวิตอย่างปกติสุขได้

กล่าวสำหรับประเด็นความไม่ครอบคลุม แม้ระบบประกันสุขภาพจะเปิดให้ประชาชนสัญชาติไทยทุกคนสามารถลงทะเบียนขอใช้สิทธิได้ แต่ก็กำหนดไว้ว่า หากบุคคลใดได้รับสิทธิเข้ารับการบริการสาธารณสุขตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรี หรือคำสั่งอื่นอยู่แล้ว จะไม่สามารถลงทะเบียนใช้สิทธิตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อีก (มาตรา 6) ข้อกำหนดข้างต้นส่งผลให้ประชาชนจำนวนมาก เช่น ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ผู้ใช้สิทธิในระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการ ไม่ถูกนับรวมเป็นผู้ใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ในปี 2554 พบว่าจากประชากรทั้งหมด 65.24 ล้านคน มีผู้ที่มาลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้รับสิทธิตามมาตรา 41 และ 42 ของกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน

48.12 ล้านคน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554, น.65) คิดเป็นร้อยละ 73.76 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่อีก 17.12 ล้านคน หรือร้อยละ 26.24 ไม่ได้รับสิทธิดังกล่าว

สำหรับเรื่องเพดานการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ถือว่าการจ่ายเงินช่วยเหลือคือการช่วยเหลือทางมนุษยธรรมเบื้องต้นเท่านั้น จึงมีการกำหนดเพดานการจ่ายไว้สูงสุดที่ 400,000 บาท (กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวรหรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต) ซึ่งเงินจำนวนดังกล่าวจึงไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

8.2.2 ลำดับเหตุการณ์เคลื่อนไหวผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...

จากปัญหาเรื่องความไม่ครอบคลุมประชาชนผู้ใช้บริการในระบบบริการสาธารณสุข และเพดานการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 และ 42 ของกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายภาคประชาชนที่ทำงานเกี่ยวกับประเด็นความเสียหายทางการแพทย์ ซึ่งมีเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์เป็นองค์กรหลัก จึงมีแนวคิดที่จะแก้ปัญหาด้วยการยกร่างและผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... โดยมีเนื้อหาว่าด้วยการเปิดให้ประชาชนทุกคนสามารถใช้สิทธิ และกำหนดให้มีการเยียวยาชดเชยความเสียหายโดยไม่จำกัดเพดานการจ่าย

จุดเริ่มต้นอย่างเป็นทางการของการผลักดันร่างกฎหมายคือการที่เครือข่ายผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์เข้าพบและนำเสนอข้อเสนอเบื้องต้นต่อ นพ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในสมัยรัฐบาลพลเอก สุรยุทธ จุลานนท์ โดยนำเสนอให้มีการสร้างกลไกการเยียวยาชดเชยที่ครอบคลุมผู้รับบริการทั้งหมด และมีการชดเชยความเสียหาย ตามแนวทาง 5 ประการ คือ (1) ให้มีกองทุนเยียวยาชดเชยความเสียหายแก่ผู้ได้รับความเสียหายอันเนื่องมาจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (2) ให้มีกลไกการเปิดเผยและรายงานความผิดพลาด เพื่อนำบทเรียนไปพัฒนาปรับปรุงมาตรฐานความปลอดภัยระบบบริการสาธารณสุข (3) ให้มีช่องทางเปิดให้ผู้ป่วยเข้าถึงเวชระเบียนของตน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบกระบวนการรักษาของแพทย์ได้ (4) ให้มีองค์กรที่มีความเป็นกลางเป็นผู้ดำเนินการชดเชยเยียวยา และ (5) ให้ภาคประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการต่างๆ ของกลไกที่จะจัดตั้งขึ้น[30]

[30]ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนเครือข่ายผู้ป่วย

จากข้อเสนอตั้งต้นดังกล่าว จึงมีการประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายภาคประชาชน และ นพ.มงคล ณ สงขลา นำไปสู่การจัดตั้งคณะทำงานยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยมี นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข เป็นประธาน คณะทำงานประกอบด้วยตัวแทนจากแพทยสภา นักวิชาการ กองการประกอบโรคศิลปะ องค์การคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีการกำหนดหลักการตั้งต้นร่วมกัน 3 ประการ เพื่อเป็นแนวทางในการยกร่างกฎหมาย ได้แก่ (1) ให้มีการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์โดยไม่พิสูจน์ความผิด (2) มุ่งลดการฟ้องร้องระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และ (3) ให้มีการนำความเสียหายที่เกิดขึ้นไปสรุปเป็นบทเรียนเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขต่อไป

ในขณะที่ดำเนินการยกร่างกฎหมาย คณะทำงานจัดให้มีการเปิดรับฟังความเห็นจากแพทยสภาและผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ไม่น้อยกว่า 300 คน[31] ซึ่งเมื่อกระบวนการต่างๆ เสร็จสิ้น กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งร่างกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายฯ ฉบับกระทรวงสาธารณสุขให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา (มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค 2553, น.8) และได้ลงมติรับหลักการเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2550 (สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ม.ป.ป., น.2)

ต่อมา คณะรัฐมนตรีส่งร่างกฎหมายให้คณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณา ซึ่งจัดประชุมขึ้นครั้งแรกเมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2551 หลังจากนั้นมีการประชุมรวมทั้งสิ้น 47 ครั้ง โดยมีการเชิญผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมประชุมพิจารณาร่างกฎหมาย มีตัวแสดงหลักประกอบด้วย (1) ฝ่ายสภาวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา (2) ฝ่ายข้าราชการ ได้แก่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ (3) ฝ่ายภาคประชาชน ได้แก่ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค[32] รวมถึงตัวแทนเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์

ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกนักกฎหมายที่เข้าร่วมการประชุมท่านหนึ่ง บอกเล่าว่าบรรยากาศการประชุมมีความขัดแย้งสูงและสะท้อนให้เห็นถึงความไม่ไว้วางใจต่อกันระหว่างฝ่ายผู้แทนแพทยสภากับตัวแทนภาคประชาชน[33]

เมื่อคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาร่างกฎหมายแล้วเสร็จ ได้ส่งกลับให้คณะรัฐมนตรีซึ่งลงมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2553 (สำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ม.ป.ป., น.2)

---

[31] เครือข่ายภาคประชาชนมีท่าทีคัดค้านขั้นตอนการรับฟังความคิดเห็น เพราะเกรงว่าจะทำให้กระบวนการผลักดันร่างกฎหมายล่าช้า (มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค 2553, น.3)

[32] สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคไม่ได้รับเชิญเข้าร่วมประชุม แต่ส่งหนังสือเพื่อขอเข้าร่วมพิจารณาด้วยตนเอง ข้อมูลจากบันทึกการประชุมคณะกรรมการกฤษฎีกา ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2551

[33] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนักกฎหมายท่านหนึ่ง

หลังจากนั้นได้ยื่นเสนอร่างกฎหมายต่อประธานรัฐสภาและอยู่ระหว่างรอการพิจารณาในรัฐสภาจวบจนปัจจุบัน

แม้กระบวนการผลักดันร่างกฎหมายเข้าสู่รัฐสภาจะเสร็จสิ้นลง แต่ความขัดแย้งเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ในเนื้อหากฎหมายยังคงดำเนินต่อไปและทวีความเข้มข้นขึ้นตามลำดับ โดยมีคู่ขัดแย้งสำคัญ คือฝ่ายสนับสนุนได้แก่เครือข่ายภาคประชาชนและแนวร่วม เช่น เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และกลุ่มแพทย์ชนบท กับฝ่ายคัดค้านได้แก่องค์การแพทย์ต่างๆ เช่น แพทยสภา สหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย สมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปแห่งประเทศไทย โดยฝ่ายคัดค้านมีความเห็นว่าร่างกฎหมายดังกล่าวจะเป็นการซ้ำเติมมากกว่าแก้ปัญหา เพราะมีการเยียวยาชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิด ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนได้รับเงินโดยไม่ตัดสิทธิในการฟ้องแพ่งและอาญา นอกจากนี้ยังชี้ว่าภาคประชาชนที่ผลักดันหวังผลประโยชน์จากการเข้าไปบริหารเงินกองทุนที่จะเกิดขึ้นหากร่างกฎหมายประกาศใช้

กระแสการคัดค้านร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... นำมาสู่ปรากฏการณ์ ‘หมอชุดดำ’ เช่นเดียวกับในช่วงที่มีการต่อต้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตัวอย่างเช่น เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2553 ประธานองค์กรแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราช ได้นำแพทย์พยาบาล และบุคลากรโรงพยาบาลกว่า 200 คน ร่วมกันจัดกิจกรรมอ่านแถลงการณ์ไม่เห็นด้วยกับร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... โดยชี้ว่าจะทำให้แพทย์วิตกต่อการถูกฟ้องร้องจนไม่กล้ารักษาพยาบาลประชาชน ทำให้ประชาชนขาดโอกาสที่จะได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีทั้งที่ทำได้ และจะทำให้เกิดการเบียดเบียนงบประมาณที่รัฐควรนำไปใช้สนับสนุนคุณภาพมาตรฐาน หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และสร้างผลกระทบต่อขวัญกำลังใจแพทย์ บีบให้แพทย์ต้องลาออกไปทำอาชีพอื่น หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมมีการเคลื่อนขบวนจากจังหวัดพิษณุโลกเพื่อเข้ามาประท้วงต่อที่กระทรวงสาธารณสุข[34]

วันที่ 30 กรกฎาคม 2553 สมาชิกสมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปแห่งประเทศไทยรวมตัวกันหน้าลานพระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อแสดงพลังคัดค้านร่างกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฐิติพันธ์ พัฒนมงคล 2554, ออนไลน์)

---

[34]ASTV ผู้จัดการออนไลน์. “แพทย์-พยาบาลพิษณุโลกนัดเที่ยงคืนยกทีมเข้ากรุงค้าน พ.ร.บ.”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 29 กรกฎาคม 2553. แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/Local/ViewNews.aspx? NewsID=9530000104627. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

กระแสกดดันจากฝ่ายคัดค้านส่งผลให้เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2553 นายจุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น แต่งตั้งคณะกรรมการเสริมสร้างความสมานฉันท์ในระบบบริการสาธารณสุข หรือ 'คณะกรรมการ 3 ฝ่าย' โดยมีตัวแทนจากภาคประชาชน แพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรวบรวมประเด็นปัญหาก่อนเสนอเข้าสู่วาระการประชุมสภาผู้แทนราษฎร (ฐิติพันธ์ พัฒนมงคล 2554, ออนไลน์) อย่างไรก็ตาม กรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง 3 คน ได้แก่ นพ.โชติศักดิ์ เจนพาณิชย์ ผู้แทนแพทยสภา พล.ต.ท.จงเจตน์ อาวเจนพงษ์ นายกแพทยสมาคม และพญ.พจนา กองเงิน ประธานสมาพันธ์โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ได้ยื่นหนังสือต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขขอถอนตัวจากคณะกรรมการดังกล่าว เพราะเห็นว่าคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นได้แต่งตั้ง นพ.อำพล จินดาวัฒนะ และ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ซึ่งแสดงท่าทีเป็นปฏิปักษ์และมักกล่าวให้ร้ายกลุ่มแพทย์ผ่านสื่อ เป็นผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข[35]

เครือข่ายภาคประชาชนตอบโต้ด้วยการเรียกร้องให้แพทย์ที่ต่อต้านร่างกฎหมาย 'เลิกจับประชาชนเป็นตัวประกัน' เช่น เมื่อวันที่ 11สิงหาคม 2553 เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ได้จัดการชุมนุมประท้วง โดยกล่าวว่าการเคลื่อนไหวต่อต้านร่างกฎหมายเป็นไปเพื่อปกป้องสิทธิแพทย์ และผลประโยชน์ของแพทยสภา นอกจากนี้มีการอ้างผลสำรวจความเห็นว่าประชาชนกว่าร้อยละ 82.5 เห็นด้วยกับร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข[36]

อย่างไรก็ตาม ผลจากกระแสการคัดค้านที่รุนแรงจากฝั่งแพทย์ที่คัดค้านร่างกฎหมายทำให้เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2553 ประธานคณะกรรมการประสานงานพรรคร่วมรัฐบาล (วิปรัฐบาล) ประกาศเลื่อนการพิจารณาร่างกฎหมายออกไป ภาคประชาชนจึงดำเนินการตอบโต้ โดยวันต่อมา นางปรียนันท์ ล้อเสริมวัฒนา ประธานเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ และนางภิญญามาศ โยธี สมาชิกเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ได้โกนศีรษะประท้วงรัฐบาล ในที่สุด นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี จึงให้คำมั่นสัญญาว่าจะนำร่างกฎหมายขึ้นมาพิจารณาในเดือนกุมภาพันธ์ แต่เมื่อถึงปลายเดือนกุมภาพันธ์ก็ไม่มีการดำเนินการตามที่ให้คำมั่นไว้ ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2553 นางปรียานันท์ ล้อเสริมวัฒนา และเครือข่ายผู้เสียหายอีก 3 คนจึงนั่งปักหลักประท้วงหน้ารัฐสภา เผชิญหน้ากับตำรวจที่มารื้อเต็นท์ที่พักเพื่อสลายการชุมนุม

---

[35] "กรรมการ 3 ฝ่าย กม.คุ้มครองคนไข้ส่อไปไม่รอด "คบส." รุกตั้งกรรมการระดับชาติ", มติชนออนไลน์. 5 สิงหาคม 2553. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1281012543&catid=04. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[36] มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. "เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เรียกร้องให้หมอชุดดำ หยุดขู่ประชาชน", มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค.11 สิงหาคม 2553. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.consumerthai.org/main/index.php?option=com_content&view=article&id=1264:2010-08-11-08-52-59&catid=192:2012-05-14-05-16-40&Itemid=256. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

จากการเคลื่อนไหวดังกล่าวทำให้ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2554 นายกรัฐมนตรีแนะนำให้เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ทำเรื่องขอการสนับสนุนจากทุกพรรคการเมือง โดยหากทุกพรรคการเมืองเห็นด้วยจะเร่งดำเนินการให้ อย่างไรก็ตามไม่มีพรรคการเมืองใดตอบรับหนังสือขอเข้าพบชี้แจงจากเครือข่ายฯ ทำให้สถานการณ์การผลักดันร่างกฎหมายไม่คืบหน้า จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลจากรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นรัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นางปรียนันท์ ล้อเสริมวัฒนาจึงประท้วงด้วยการประกาศอดข้าวเมื่อวันที่ 16 กันยายน 2554 ทำให้นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นให้คำมั่นสัญญายืนยันว่าจะนำร่างเข้าสู่การพิจารณาในชั้นรัฐสภา

อย่างไรก็ตาม เมื่อไม่มีการเร่งดำเนินการภายหลังมีการให้คำมั่นสัญญา เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์จึงได้ทำหนังสือถึงรัฐมนตรีอีกครั้งให้เร่งการพิจารณา และเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2555 เครือข่ายได้ยื่นจดหมาย 3 ฉบับ ฉบับหนึ่งถึงประธานวุฒิสภา เพื่อคัดค้านการจัดงานสัมมนาระหว่างคณะกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา ร่วมกับแพทยสภาและกลุ่มแพทย์ที่ต่อต้านร่างกฎหมาย เพราะเห็นว่ามีลักษณะการให้ข้อมูลด้านเดียว และอีกสองฉบับ ถึงประธานคณะกรรมการประสานงานพรรคร่วมรัฐบาล (วิปรัฐบาล) และคณะกรรมการประสานงานพรรคร่วมฝ่ายค้าน (วิปฝ่ายค้าน) เพื่อขอให้เร่งนำร่างกฎหมายเข้าสู่การพิจารณา

ต่อมา เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2555 นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีคำสั่งให้แต่งตั้งคณะกรรมการปรับปรุงกฎหมาย โดยมีตัวแทนจากสภาวิชาชีพ 6 คน ตัวแทนโรงพยาบาล 3 คน และตัวแทนผู้ประกอบโรคศิลปะ 2 คน ทำให้วันที่ 27 เมษายน 2555 เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ได้ยื่นหนังสือถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอปรับปรุงให้คณะกรรมการมีตัวแทนผู้ป่วยในสัดส่วนที่เท่าเทียมกับตัวแทนจากฝ่ายวิชาชีพ ซึ่งคณะกรรมการประชุมนัดแรกแล้วมีมติตอบรับข้อเสนอดังกล่าว (เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ม.ป.ป.(2), ออนไลน์)

8.3 การเปรียบเทียบร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ที่นำเสนอโดยฝ่ายต่างๆ

ในสมัยรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ มีผู้เสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเข้าสู่การพิจารณาในชั้นรัฐสภา รวมทั้งสิ้น 13 ฉบับ โดยในจำนวนดังกล่าว มี 3 ฉบับเป็นร่างกฎหมายว่าด้วยการประกาศยกเลิกมาตรา 41 และ 42 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งผู้ยื่นยื่นประกบกับร่างกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายฯ ที่ฝ่ายตนเสนอ ดังนั้นจึงมีร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคโดยตรง 10 ฉบับดังแสดงไว้ในตารางที่ 8.2

ตารางที่ 8.2 รายชื่อร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการ

ชื่อพระราชบัญญัติ	ชื่อผู้เสนอ	ช่องทางการเสนอ	วันที่เสนอ
ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข	นายเจริญ จรรย์โกมล ส.ส.พรรคพลังประชาชน	ส.ส. เข้าชื่อ 20 รายชื่อ	24 เม.ย.2551
ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข	นายประสิทธิ์ ชัยวิรัตนะ ส.ส.พรรคพลังประชาชน	ส.ส. เข้าชื่อ 20 รายชื่อ	2 ต.ค. 2551
ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข	นางสาวสารี อ๋องสมหวัง	เข้าชื่อเสนอกฎหมาย โดยผู้มีสิทธิเลือกตั้ง 11,007 คน	5 มิ.ย.2552
ร่างพระราชบัญญัติสร้างเสริมความสัมพันธ์ในระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...	นายบรรพต ต้นธีรวงศ์ ส.ส. พรรคประชาธิปัตย์	ส.ส.เข้าชื่อ 20 รายชื่อ	14 ส.ค. 2552
ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ให้บริการและผู้รับบริการสาธารณสุข	นางอุดมลักษณ์ เพ็งนรพัฒน์ ส.ส.พรรคภูมิใจไทย	ส.ส.เข้าชื่อ 20 รายชื่อ	19 พ.ย. 2552
ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข	นายสุทัศน์ เงินหมื่น ส.ส.พรรคประชาธิปัตย์	ส.ส.เข้าชื่อ 20 รายชื่อ	19 พ.ย. 2552
ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข	ฉบับกระทรวงสาธารณสุข	รัฐบาลเสนอร่างกฎหมาย	27 เม.ย.2553
ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข	พญ.อรพรรณ์ เมธาดิลกกุล	เข้าชื่อเสนอกฎหมาย โดยผู้มีสิทธิเลือกตั้ง 12,999 คน	9 ก.ย. 2553

ชื่อพระราชบัญญัติ	ชื่อผู้เสนอ	ช่องทางการเสนอ	วันที่เสนอ
ร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข	นายเธียรชัย สุวรรณเพ็ญ ส.ส.พรรคประชาธิปัตย์	ส.ส.เข้าชื่อ 20 รายชื่อ	29 ต.ค. 2553
ร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมสนับสนุนและช่วยเหลือจากรัฐในการคุ้มครองผู้รับบริการและผู้ให้บริการทางสาธารณสุข	นายวิรัตน์ กัลยาศิริ ส.ส.พรรคประชาธิปัตย์	ส.ส.เข้าชื่อ 20 รายชื่อ	1 ก.พ. 2554

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากรัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ประกาศพระราชกฤษฎีกายุบสภาผู้แทนราษฎร พ.ศ. 2554 ส่งผลให้ร่างกฎหมายที่เสนอโดยสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและคณะรัฐมนตรี (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข) ทั้งหมด 8 ฉบับตกไป คงเหลือเพียงร่างกฎหมาย 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับเครือข่ายภาคประชาชนผู้สนับสนุนร่างกฎหมาย และฉบับเครือข่ายแพทย์ผู้คัดค้านร่างกฎหมาย ซึ่งเสนอเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎรผ่านกระบวนการเสนอกฎหมายภาคประชาชน ซึ่งต่อมา นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ให้การรับรองเพื่อให้ร่างกฎหมายทั้งสองฉบับเข้าสู่การพิจารณาในขั้นรับหลักการต่อไป ในปัจจุบันร่างกฎหมายทั้ง 2 ฉบับยังคงค้างอยู่ในขั้นตอนรอการการพิจารณาวาระแรกในสภาผู้แทนราษฎร

เนื้อหาในส่วนนี้มุ่งเปรียบเทียบประเด็นต่างๆ ของร่างกฎหมาย 3 ฉบับสำคัญ ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ที่เสนอโดยคณะรัฐมนตรี (หรือ ‘ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข’) ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ที่เสนอโดย นางสาวสารี อ๋องสมหวัง (หรือ ‘ร่างกฎหมายฉบับประชาชน’) และร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ที่เสนอโดย พญ.อรพรรณ์ เมธาดิลกกุล (หรือ ‘ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์’) โดยร่างกฎหมายฉบับแรกเป็นร่าง ‘ต้นทาง’ ที่จุดประเด็นความขัดแย้งระหว่างผู้สนับสนุนและผู้คัดค้าน ในขณะที่ร่างกฎหมายฉบับประชาชนกับร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์เป็นร่างกฎหมายที่มีเนื้อหาสะท้อนจุดยืนและมุมมองที่แตกต่างชัดเจนระหว่างฝ่ายสนับสนุนและฝ่ายคัดค้าน

ทั้งนี้ ประเด็นในการเปรียบเทียบ ได้แก่ หลักการเบื้องต้น หลักการเยียวยาชดเชยความเสียหาย หลักเกณฑ์การพิจารณารับคำร้อง อายุความ ขั้นตอนและกรอบระยะเวลาการพิจารณาคำร้อง แนวทางการปกป้องแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง การไกล่เกลี่ย แนวทางการสร้างบทเรียนจากความผิดพลาด ที่มาของ

เงินกองทุน เงินสำหรับบริหารจัดการสำนักงานเลขานุการ ที่ตั้งของสำนักงานเลขานุการ และสัดส่วนที่มาของคณะกรรมการ

8.3.1 หลักการเบื้องต้น

ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขและร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชนมีมุมมองเหมือนกัน กล่าวคือเห็นว่าปัญหาการฟ้องร้องแพทย์เกิดขึ้นจากการที่ระบบบริการสาธารณสุขไม่มีแนวทางการชดเชยเยียวยาที่ดีเพียงพอ โดยร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า "*ปัจจุบันความเสียหายจากการบริการสาธารณสุขยังไม่ได้รับการแก้ไขเยียวยาอย่างเป็นระบบให้ทันท่วงที ทำให้มีการฟ้องร้องผู้ให้บริการสาธารณสุขทั้งทางแพ่งและอาญา*" ซึ่งส่งผลร้ายและทำลายความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และรับบริการ รวมถึงระบบบริการสาธารณสุข

ในขณะที่ร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชน ระบุว่า "*การให้การช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ไม่สามารถทำให้ผู้เสียหายสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขธรรมดา และการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีความจำกัด เฉพาะผู้ใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ไม่รวมถึงระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคม หรือแม้แต่การใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขไม่มีทางเลือกในการดำเนินการที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย นอกจากต้องอาศัยกระบวนการยุติธรรม*"

ดังนั้นร่างกฎหมายทั้งสองฉบับจึงเห็นร่วมกันว่า การจัดตั้งกองทุนเพื่อชดเชยความเสียหายและสนับสนุนการพัฒนายกระดับคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัยจะนำไปสู่การลดปัญหาการฟ้องร้อง นอกจากนี้ ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงยังกล่าวถึงแนวทางการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทและเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคู่กรณี รวมถึงการเปิดให้ศาลสามารถใช้ดุลพินิจไม่ลงโทษผู้ให้บริการที่ถูกฟ้องร้องข้อหาหมิ่นประมาทอีกด้วย

ในขณะที่ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์เห็นว่าปัญหาการฟ้องร้องแพทย์เกิดจากระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันมีความไม่พร้อมเนื่องจากขาดแคลนบุคลากร สถานพยาบาล เครื่องมือทางการแพทย์และเทคโนโลยี โดยมีสาเหตุมาจากภาระงานที่มากเกินไปและขาดแคลนงบประมาณ เพราะบางส่วนถูกจัดสรรออกไปนอกกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ทำให้สถานพยาบาลอ่อนแอ กระทบขีดความสามารถในการตรวจรักษา นำไปสู่

ผลกระทบอันไม่พึงประสงค์ ประกอบกับการที่ประชาชนมีความคาดหวัง ความรู้ และความสามารถในการดูแลรักษาตนเองไม่เท่ากัน ผู้ให้บริการซึ่งมีเจตนาดีอาจต้องแบกรับความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้องมากขึ้น

โจทย์สำคัญของร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์ จึงได้แก่การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้โดยปราศจากความวิตกกังวล และประชาชนได้รับการตรวจรักษาอย่างเต็มที่ ส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพ มอบความคุ้มครองทางกฎหมายแก่ผู้ประกอบวิชาชีพที่ไม่ได้ละเมิดมาตรฐานวิชาชีพหรือจริยธรรม สร้างแนวทางเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุขที่รวดเร็วและเป็นธรรม และการสร้างสมดุลในระบบบริการสาธารณสุข

8.3.2 หลักการเยียวยาชดเชยความเสียหาย

ในเรื่องหลักการเยียวยาชดเชยความเสียหายนั้น ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข (มาตรา 5) ฉบับภาคประชาชน (มาตรา 5) และฉบับปกป้องแพทย์ (มาตรา 9) มีความเห็นร่วมกันว่า ควรมีเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด อย่างไรก็ตาม ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์ได้ให้นิยามหลักการดังกล่าวแตกต่างออกไปจากร่างกฎหมายอีก 2 ฉบับ

ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข และฉบับภาคประชาชน ให้ความหมาย ‘หลักไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด’ (No-fault liability compensation system) ว่าหมายถึงการมุ่งชดเชยความเสียหาย แต่ไม่มุ่งหาตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษ (กระทรวงสาธารณสุข ม.ป.ป., น.9) เพราะต้องการสร้างระบบการชดเชยความเสียหายที่สร้างความมั่นใจให้กับทั้งแพทย์และผู้ป่วย ว่าไม่ว่าความเสียหายจากการรับบริการจะเกิดขึ้นเนื่องจากแพทย์ หรือเกิดขึ้นเพราะอะไรก็ตาม (ความเสียหายมีโอกาสเกิดขึ้นได้เป็นปกติแม้ว่าแพทย์หรือสถานพยาบาลไม่ได้กระทำการผิดพลาดใดๆ ก็ตาม) ผู้ป่วยก็จะได้รับการคุ้มครองหรือได้รับการชดเชย และแพทย์ก็จะไม่ถูกปรักปรำว่าเป็นผู้ทำให้เกิดความเสียหาย

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการระบุหลักการไว้เหมือนกัน แต่บันทึกวิเคราะห์สรุปสาระสำคัญของร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์ ระบุนิยามของการไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดว่าหมายถึง “*ให้การเยียวยาดังกล่าวมุ่งเน้นไปที่ผลของการเยียวยาโดยไม่กล่าวโทษบุคคลใดบุคคลหนึ่ง (no blame) แต่จำเป็นต้องพิสูจน์ผิดถูกเบื้องต้น เพื่อกลั่นกรองผู้ที่มาร้องความช่วยเหลือจากกองทุนนี้*” นอกจากนี้ ยังบัญญัติด้วยว่า “*การคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุขครอบคลุมทั้งบุคลากรสาธารณสุขหรือประชาชนที่มารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล*” กล่าวคือ ให้มีการกลั่นกรองพิสูจน์ผิดถูกเบื้องต้นเสียก่อน และให้ผู้ให้บริการได้รับการคุ้มครองด้วย

8.3.3 หลักเกณฑ์การพิจารณารับคำร้อง

ร่างกฎหมายทั้งสามฉบับมีความแตกต่างกันในรายละเอียดเรื่องหลักเกณฑ์การพิจารณารับคำร้อง โดยร่างฉบับกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไม่ให้ครอบคลุมถึงกรณี ดังต่อไปนี้ (1) ความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรคแม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ (2) ความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ และ (3) ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้วไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตตามปกติ (มาตรา 6)

ร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชนระบุเช่นเดียวกับร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขในข้อ (1) และข้อ (3) แต่ไม่ได้กล่าวถึงความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ (มาตรา 6)

ส่วนร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์กำหนดเกี่ยวกับผู้ไม่มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือและการเยียวยา (ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ) เช่นเดียวกับร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข ในข้อ (1) และข้อ (2) โดยในส่วนของข้อ (2) ได้กำหนดเพิ่มเติมว่าให้การพิจารณา ‘มาตรฐานวิชาชีพ’ คำนึงถึง “*สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานและจริยธรรมตามที่สภาวิชาชีพเห็นพ้อง*” ยกเว้นว่าความเสียหายเกิดจากความบกพร่องของตัวระบบบริการ ได้แก่ จำนวนบุคลากรและความพร้อมของสถานบริการ

นอกจากนี้ มีการกำหนดว่าผู้ที่ปฏิเสธหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ ไม่ถือว่าเป็น ‘ผู้ได้รับผลกระทบ’

8.3.4 อายุความ

ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข (มาตรา 26) ร่างกฎหมายฉบับประชาชน (มาตรา 38) และร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์ (มาตรา 30) มีจุดร่วมกันคือการมุ่งจูงใจให้ผู้ป่วยใช้สิทธิตามร่างกฎหมายโดยไม่ต้องกังวลว่าจะส่งผลกระทบต่ออายุความของคดี ด้วยการกำหนดให้อายุความทางแพ่งในมูลละเมิดอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุขสะดุดหยุดอยู่จนกว่าการพิจารณาคำขอเงินชดเชยจะถึงที่สุดหรือยุติการพิจารณา

สำหรับเรื่องขอบเขตอายุความ การร้องเรียนเพื่อขอใช้สิทธิตามร่างกฎหมายร่างฉบับกระทรวงสาธารณสุข (มาตรา 25) และร่างฉบับภาคประชาชน (มาตรา 38) มีการกำหนดอายุความที่ยาวนานกว่าร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์ กล่าวคือ ร่างฉบับกระทรวงกำหนดให้ผู้เสียหายยื่นคำร้องได้ภายใน 3 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายและตัวผู้ให้บริการสาธารณสุขซึ่งก่อให้เกิดความเสียหาย แต่ต้องไม่เกิน 10 ปี นับแต่

วันที่รู้ถึงความเสียหาย ส่วนร่างกฎหมายฉบับประชาชนให้ยื่นคำร้องภายใน 3 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายแต่ไม่เกิน 10 ปี นับแต่วันที่เกิดความเสียหาย

ส่วนร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์ กำหนดให้ยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือและแนวทางการเยียวยาภายใน 3 ปี นับแต่วันที่ให้หรือเข้ารับบริการสาธารณสุข (มาตรา 29) แตกต่างจากร่างกฎหมายอีกสองฉบับที่ให้นับตั้งแต่วันที่รู้ถึงความเสียหาย

8.3.5 ขั้นตอนและกรอบระยะเวลาการพิจารณาคำร้อง

ร่างกฎหมายทั้งสามฉบับกำหนดขั้นตอนการพิจารณาที่คล้ายคลึงกัน โดยประกอบด้วยขั้นตอนการพิจารณารับคำร้อง ขั้นตอนการประเมินจำนวนเงินที่จะจ่ายให้ผู้เสียหาย และขั้นตอนการพิจารณาคำร้องอุทธรณ์ผลการพิจารณา

สำหรับเรื่องกรอบระยะเวลาการพิจารณาคำร้อง ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์มีกรอบระยะเวลาที่ช้าที่สุด โดยช้ากว่าร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข 131 วัน และฉบับภาคประชาชน 64 วัน

นอกจากนี้ จุดแตกต่างสำคัญอีกประการหนึ่งคือการที่ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขและร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชนกำหนดว่า หากครบกำหนดการพิจารณาโดยคณะอนุกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วยังพิจารณาไม่แล้วเสร็จ ให้ถือว่าคณะอนุกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหาย ในขณะที่ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์ กำหนดว่าหากการพิจารณาไม่แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด ให้นายกรัฐมนตรีทำความเห็นร่วมกับผู้แทนสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อมีมติว่าผู้ยื่นคำร้องสมควรได้รับการพิจารณาว่าเป็นผู้ได้รับผลกระทบหรือไม่

รายละเอียดเรื่องขั้นตอนและกรอบระยะเวลาการพิจารณาคำร้องของร่างกฎหมายแต่ละฉบับ มีดังต่อไปนี้

(1) ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขและร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชน

ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข (มาตรา 27 ถึง 31) และร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชน (มาตรา 39 ถึง 41) มีรายละเอียดเรื่องขั้นตอนและกรอบระยะเวลาการพิจารณาคำร้องคล้ายคลึงกันเกือบทั้งหมด โดยกำหนดว่าเมื่อมีการส่งเรื่องร้องเรียนเข้ามา ให้สำนักงานส่งเรื่องร้องเรียนที่ได้รับให้คณะอนุกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข) หรือคณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย (ฉบับภาคประชาชน) ภายใน 7 วัน เพื่อวินิจฉัยให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับเรื่อง ขยายเวลาได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ครั้งละ 15 วัน (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข) หรือไม่เกิน 30

วัน (ฉบับภาคประชาชน) หากครบกำหนดแล้วยังพิจารณาไม่แล้วเสร็จ ให้ถือว่าคณะอนุกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายหรือทายาท

หากคณะอนุกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น หรือคณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย มีคำวินิจฉัยไม่รับคำร้อง ให้ส่งเรื่องโดยเร็ว (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข) หรือให้ผู้ยื่นคำร้องมีสิทธิอุทธรณ์ภายใน 30 วัน แล้วให้สำนักงานส่งเรื่องภายใน 7 วัน (ฉบับภาคประชาชน) แก่คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์เพื่อพิจารณาให้แล้วเสร็จใน 30 วัน ขยายเวลาได้ไม่เกิน 30 วัน

หากมีคำวินิจฉัยให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้ส่งเรื่องไปยังคณะอนุกรรมการประเมินเงินชดเชย (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข) หรือคณะอนุกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย (ฉบับภาคประชาชน) ภายใน 7 วัน เพื่อพิจารณาให้แล้วเสร็จใน 60 วัน ขยายเวลาได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ครั้งละ 15 วัน (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข) หรือ ไม่เกิน 2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 30 วัน (ฉบับภาคประชาชน)

ทั้งนี้ ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้คำนึงถึงหลักการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ในขณะที่ร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชนกำหนดให้คำนึงถึงสภาพความเสียหาย สภาพจิตใจของผู้เสียหาย สิทธิประโยชน์ทดแทนที่ได้รับตามกฎหมายอื่น รวมทั้งพฤติการณ์แวดล้อม

สำหรับผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับจำนวนเงินชดเชยสามารถยื่นอุทธรณ์ต่อสำนักงานภายใน 30 วัน นับแต่ทราบคำวินิจฉัย โดยสำนักงานจะส่งเรื่องให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ภายใน 7 วัน และคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ต้องพิจารณาให้แล้วเสร็จใน 30 วัน ขยายเวลาได้ไม่เกิน 30 วัน

รวมระยะเวลาขั้นตอนต่างๆ พบว่าช่วงระยะเวลาที่ใช้ในการพิจารณาคำร้องที่ล่าช้าที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ตามกรอบระยะเวลาที่ระบุในร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข คือ 321 วัน ส่วนร่างฉบับภาคประชาชน คือ 388 วัน

(2) ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์

ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์ (มาตรา 31-35) กำหนดให้สำนักงานส่งคำขอต่อคณะอนุกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นภายใน 30 วัน และให้เวลาพิจารณาให้แล้วเสร็จใน 60 วัน ขยายเวลาได้ 2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 50 วัน หากยังไม่แล้วเสร็จให้นายกรัฐมนตรีทำความเห็นร่วมกับผู้แทนสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อมีมติว่าผู้ยื่นคำร้องสมควรได้รับการพิจารณาว่าเป็นผู้ได้รับผลกระทบหรือไม่

หากคณะอนุกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่รับคำร้อง ให้ส่งเรื่องให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์พิจารณาให้แล้วเสร็จใน 30 วัน ขยายเวลาได้ไม่เกิน 30 วัน หากวินิจฉัยรับคำขอ ให้พิจารณากำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือด้วย

หากมีการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้ส่งเรื่องไปยังคณะอนุกรรมการประเมินหาแนวทางการเยียวยาภายใน 15 วัน เพื่อพิจารณาให้เสร็จใน 60 วัน ขยายเวลาได้ 2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 15 วัน หากผู้ยื่นคำขอไม่เห็นด้วยกับแนวทางการเยียวยา สามารถยื่นอุทธรณ์ได้ใน 30 วัน แล้วให้สำนักงานส่งคำขออุทธรณ์ดังกล่าวให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ภายใน 7 วัน เพื่อพิจารณาให้แล้วเสร็จใน 30 วัน ขยายเวลาได้ไม่เกิน 30 วัน

หากรวมระยะเวลาขั้นตอนต่างๆ แล้ว จะพบว่า ช่วงระยะเวลาที่ใช้ในการพิจารณาคำร้องที่ล่าช้าที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ตามกรอบระยะเวลาที่ระบุในร่างกฎหมาย คือ 452 วัน

ทั้งนี้ ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์มีการกำหนดเพิ่มเติมจากร่างกฎหมายอีก 2 ฉบับว่า คณะอนุกรรมการที่พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือต้องรับผิดเต็มจำนวนพร้อมดอกเบี้ยนับแต่วันที่มีการจ่าย หากคำสั่งจ่ายไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ โดยเปิดให้ผู้ให้หรือผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องมีสิทธิคัดค้านคำสั่งการจ่ายเงิน (มาตรา 46)

8.3.6 แนวทางการปกป้องแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง

ร่างกฎหมายฉบับทั้งสามฉบับมีกลไกสร้างแรงจูงใจให้ผู้เสียหายเข้าร่วมกระบวนการ และกลไกสำหรับช่วยเหลือแพทย์ในกรณีที่แพทย์ถูกฟ้องร้อง โดยร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์มีเนื้อหามุ่งคุ้มครองปกป้องช่วยเหลือแพทย์มากที่สุด คือมีการกำหนดเกี่ยวกับกรณีที่แพทย์ไม่ต้องรับผิด การจัดทำสัญญาเพื่อระงับการฟ้องร้องทางแพ่งและทางอาญาหลังจ่ายเงินเยียวยา การกำหนดให้ความผิดทางอาญาบางส่วนเป็นคดีที่สามารถยอมความได้ การยุติการดำเนินการในทุกขั้นตอนและตัดสิทธิในการยื่นคำขอหากมีการนำเรื่องไปฟ้องร้องต่อศาล การให้คืนเงินที่จ่ายไปทั้งหมดพร้อมดอกเบี้ย และการพิจารณาจ่ายเงินกองทุนเพื่อชำระแทนค่าสินไหมทดแทนในกรณีที่ศาลตัดสินว่าแพทย์ผิด

ในขณะที่ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดเกี่ยวกับการยุติการพิจารณาและตัดสิทธิการรับเงินชดเชย (เทียบได้กับค่าเยียวยาในร่างฉบับปกป้องแพทย์) ในกรณีที่มีการฟ้องร้องทางแพ่ง แต่ไม่กระทบถึงการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น การจัดทำสัญญาประนีประนอมเพื่อยุติการฟ้องร้องทางแพ่งหลังจ่ายเงินชดเชย การให้หักเงินช่วยเหลือเบื้องต้นออกจากค่าสินไหมทดแทนที่ศาลกำหนด การพิจารณาจ่ายเงินกองทุนเพื่อชำระแทนค่าสินไหมทดแทนในกรณีที่ศาลตัดสินว่าแพทย์มีความผิด และการกำหนดให้ศาลสามารถพิจารณาลดโทษหรือไม่ลงโทษแพทย์เลย ในกรณีที่มีการฟ้องร้องทางอาญา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกนักกฎหมายท่านหนึ่งที่มีส่วนร่วมในการร่างกฎหมายฉบับดังกล่าว ชี้ว่าสาเหตุที่ไม่ได้มีการระบุให้คุ้มครองแพทย์จากการฟ้องร้องทางอาญา เพราะจะเป็นการขัดหลักกฎหมาย การ

กำหนดให้ศาลพิจารณาลดโทษหรือไม่ลงโทษแพทย์นั้นถือเป็นการเปิดช่องเท่าที่ทำได้แล้ว นอกจากนี้ในทางปฏิบัติยังเชื่อว่า หากการมีการเยียวยาชดเชยและทำสัญญาประนีประนอมซึ่งระงับสิทธิในการฟ้องร้องทางแพ่ง ก็จะเป็นการยุติแรงจูงใจในการฟ้องคดีอาญาไปด้วย เพราะผู้ป่วยไม่จำเป็นและไม่สามารถเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนได้ นอกจากนี้ โดยปกติคนไทยก็ไม่ได้มีวัฒนธรรมฟ้องร้องเอาผิดแพทย์

ส่วนร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชนมีการปกป้องแพทย์น้อยที่สุด โดยมีเพียงการกำหนดให้ชะลอกระบวนการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยจนกว่ากระบวนการทางศาลจะถึงที่สุด ในกรณีที่มีการฟ้องร้องทางแพ่งเกิดขึ้น และให้สำนักงานยื่นคำร้องต่อศาลเพื่อแถลงเกี่ยวกับเงินชดเชยที่ผู้เสียหายหรือทายาทได้รับไปเพื่อประกอบการพิจารณาคดี และให้ถือเงินดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทน

(1) ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข

ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข (มาตรา 33-36 และ 45) สร้างแรงจูงใจไม่ให้ผู้เสียหายไปฟ้องร้องต่อศาลและช่วยเหลือแพทย์ โดยกำหนดว่าหากผู้เสียหายหรือทายาทไม่ตกลงยินยอมรับเงินชดเชยที่คณะอนุกรรมการประเมินเงินชดเชยหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์กำหนด แล้วไปฟ้องร้องต่อศาล ให้สำนักงานยุติการดำเนินการจ่ายเงินชดเชย และห้ามผู้เสียหายหรือทายาทยื่นคำขอตามพระราชบัญญัตินี้อีก นอกจากนี้ ในกรณีที่ผู้เสียหายหรือทายาทฟ้องร้องต่อศาล และยื่นคำร้องขอรับเงินตามพระราชบัญญัติไปพร้อมกัน ร่างกฎหมายกำหนดให้ดำเนินการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเท่านั้น

ร่างกฎหมายฉบับเดียวกันมีการปกป้องแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง โดยกำหนดให้ผู้เสียหายหรือทายาทที่ยินยอมรับเงินชดเชยกับผู้ให้บริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายจัดทำสัญญาประนีประนอมยอมความ เพื่อระงับการฟ้องร้องคดีทางแพ่ง นอกจากนี้ หากศาลมีคำพิพากษาให้ผู้ให้บริการหรือหน่วยงานสาธารณสุขจ่ายค่าสินไหมทดแทน ให้ศาลหักเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ผู้เสียหายได้รับไปแล้วออกจากจำนวนเงินค่าสินไหมทดแทนที่แพทย์ต้องจ่าย และให้คณะอนุกรรมการประเมินเงินชดเชยพิจารณาว่าจะจ่ายเงินจากกองทุนเพื่อชำระค่าสินไหมทดแทนหรือไม่เพียงใด

สำหรับกรณีที่มีการฟ้องร้องทางอาญา เพื่อแบ่งเบาภาระจากแพทย์ผู้ถูกฟ้องร้อง มีการกำหนดให้ศาลสามารถนำเอาข้อเท็จจริงของจำเลยเกี่ยวกับประวัติ พฤติการณ์แห่งคดี มาตรฐานทางวิชาชีพ การบรรเทาผลร้ายแห่งคดี การรู้สำนึกในความผิด การที่ได้มีการทำสัญญาประนีประนอมยอมความ การชดใช้เยียวยาความเสียหาย และการที่ผู้เสียหายไม่ติดใจให้จำเลยได้รับโทษ ตลอดจนเหตุอื่นอันสมควรมาพิจารณาประกอบด้วย เพื่อพิจารณาลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนด หรือไม่ลงโทษเลย

(2) ร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชน

ร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชนจูงใจให้ผู้เสียหายเข้าสู่กระบวนการแทนการฟ้องร้องทางแพ่งและปกป้องแพทย์ ด้วยการกำหนดว่าหากผู้เสียหายหรือทายาทฟ้องคดีต่อศาลเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนในระหว่างการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย ให้คณะกรรมการหรือพนักงานชะลอการพิจารณาไว้ก่อนจนกว่าคดีจะถึงที่สุด (มาตรา 42-43)

นอกจากนี้ ร่างกฎหมายมุ่งช่วยเหลือแพทย์ที่เข้าสู่กระบวนการจนเสร็จสิ้นแล้วถูกฟ้องร้องในภายหลัง โดยกำหนดว่า หากผู้เสียหายได้รับเงินชดเชยแล้ว ต่อมามีการฟ้องร้องคดีต่อศาลเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ ให้สำนักงานยื่นคำร้องต่อศาลเพื่อแถลงเกี่ยวกับเงินชดเชยที่ผู้เสียหายหรือทายาทได้รับไป เพื่อประกอบการพิจารณาคดี โดยเงินชดเชยดังกล่าวให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทน

(3) ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์

ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์มีการกำหนดคุ้มครองแพทย์ทั้งทางแพ่งและอาญาในกรณีต่างๆ (มาตรา 5-7) ได้แก่

ก. กรณีที่แพทย์ดำเนินการรักษาพยาบาลในภาวะเร่งด่วนที่เป็นไปเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือทารกในครรภ์ให้พ้นจากอันตรายต่อชีวิตหรือความพิการใดๆ แล้วเกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายหรือใจของผู้ป่วย

ข. กรณีที่แพทย์ทำงานต่อเนื่องเกินระยะเวลาที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยผ่านความเห็นชอบของสภาวิชาชีพ เพราะเป็นการปฏิบัติงานในสภาพร่างกายที่ไม่พร้อม ยกเว้นเป็นการกระทำผิดโดยเจตนา

ค. กรณีที่แพทย์ประกอบวิชาชีพโดยเป็นการรักษาพยาบาลหรือกระทำหัตถการตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของสภาวิชาชีพ ยกเว้นเป็นการกระทำผิดโดยเจตนา

นอกจากนี้ มีการกำหนดให้ผู้เสียหายที่รับเงินเยียวยาทำสัญญาประนีประนอมยอมความในศาลเพื่อสละสิทธิ์การดำเนินคดีทางแพ่ง และให้ทำสัญญาเพื่อยอมความในคดีอาญาอันเกี่ยวเนื่องกับมูลเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบ โดยกำหนดให้ความผิดอาญามาตรา 291 และ 300 เป็นความผิดที่สามารถยอมความได้ หากเป็นความผิดอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุข[37] (มาตรา 37, 44)

ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์มีมาตรการช่วยเหลือแพทย์ในชั้นศาลด้วยการกำหนดว่า หากผู้ให้บริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถูกพิพากษาให้ใช้ค่าสินไหมทดแทน ให้คณะอนุกรรมการประเมินแนว

[37]มาตรา 291 ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี และปรับไม่เกินสองหมื่นบาท และมาตรา 300 ผู้ใดกระทำโดยประมาทและการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นรับอันตรายสาหัส ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ทางการเยียวยาพิจารณาว่าจะจ่ายเงินจากกองทุนเพื่อชำระค่าสินไหมทดแทนตามคำพิพากษาหรือไม่ โดยพิจารณาว่าความผิดที่เกิดขึ้นเป็นการกระทำโดยเจตนา ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง หรือประมาท

ทั้งนี้ ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์จูงใจกึ่งบังคับให้ผู้เสียหายเข้าสู่กระบวนการและยอมทำตามสัญญา ด้วยการกำหนดว่า หากผู้เสียหายปฏิเสธที่จะรับการเยียวยาแล้วไปฟ้องร้องคดีต่อศาล ให้ยุติการดำเนินการเยียวยาแก่ผู้เสียหายและไม่ให้มีสิทธิยื่นคำขออีก นอกจากนี้ หากผู้ได้รับผลกระทบหรือทายาทฟ้องร้องต่อศาลก่อนยื่นคำขอ ห้ามมิให้สำนักงาน หน่วยงาน หรือองค์กรที่สำนักงานกำหนดรับคำขอ นอกจากนี้ หากการฟ้องร้องเกิดขึ้นภายหลังได้รับเงินช่วยเหลือหรือรับแนวทางการเยียวยา ให้คืนเงินทั้งหมดพร้อมดอกเบี้ยในอัตราที่ธนาคารแห่งประเทศไทยประกาศ และห้ามมิให้หน่วยงานใดๆ ที่สำนักงานกำหนดรับคำขออีก (มาตรา 38-39)

8.3.7 การไกล่เกลี่ย

นอกเหนือจากการบังคับให้มีการจัดทำสัญญาประนีประนอมเมื่อมีการจ่ายเงินเยียวยาหรือเงินชดเชย ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข (มาตรา 38-41) และร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์ (มาตรา 40-41) สนับสนุนให้มีกลไกการไกล่เกลี่ยระหว่างกันเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดี หรือเพื่อให้ได้ข้อตกลงอื่นๆ นอกเหนือไปจากการชดเชยความเสียหาย ในขณะที่ร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชนไม่ได้ระบุประเด็นดังกล่าวไว้ เพราะเห็นว่าจะส่งผลให้กระบวนการพิจารณาต่างๆ ช้าลง รวมถึงแพทย์อาจใช้เป็นช่องทางถ่วงเวลา[38]

ทั้งนี้ ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขกำหนดระยะเวลาดำเนินการไว้ 30 วัน และขยายระยะเวลาได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 30 วัน และกำหนดให้อายุความฟ้องร้องคดีแพ่งสะดุดหยุดอยู่จนกว่ากระบวนการไกล่เกลี่ยจะยุติ ในขณะที่ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์ไม่ได้กำหนดเกี่ยวกับกรอบระยะเวลาการดำเนินการ

8.3.8 แนวทางการสร้างบทเรียนจากความผิดพลาด

ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขและร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชนมีการกำหนดกลไกจูงใจให้สถานพยาบาลพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย ด้วยการปรับลดหย่อนเงินสมทบที่เรียกเก็บจากสถานพยาบาล หากสถานพยาบาลนั้นๆ แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการมาตรฐานความปลอดภัย

[38]ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นักกฎหมายท่านหนึ่ง

หรือการสร้างแนวทางแก้ไขความเสียหายที่เกิดขึ้น ในขณะที่ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์กำหนดให้หน้าที่ดังกล่าวเป็นของสำนักงานสนับสนุนสถานพยาบาล หน่วยงาน สภาวิชาชีพ หรือบุคลากรทางด้านระบบบริการสาธารณสุข

ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข (มาตรา 42-44) และร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชน (มาตรา 44-46) กำหนดให้คณะอนุกรรมการประเมินเงินชดเชย (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข) หรือคณะอนุกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย (ฉบับภาคประชาชน) วิเคราะห์หาสาเหตุความเสียหายเพื่อแจ้งให้สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องพิจารณาหาแนวทางพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย รวมทั้งการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข แล้วให้สถานพยาบาลนั้นทำรายงานการปรับปรุงแก้ไขและส่งให้สำนักงานภายใน 6 เดือน โดยหากสถานพยาบาลดำเนินการให้คณะกรรมการอาจนำมาพิจารณาปรับลดหย่อนอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน

นอกจากนี้ ร่างกฎหมายได้เปิดช่องทางให้สำนักงานสนับสนุนสถานพยาบาล หน่วยงาน หรือองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมและพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายของผู้รับบริการสาธารณสุข สามารถเสนอแผนงานเกี่ยวกับกิจกรรมด้านการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายของผู้รับบริการสาธารณสุข และกิจกรรมด้านการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติเงินจากกองทุน นอกจากนี้ มีการกำหนดว่าสถานพยาบาลใดที่มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายตามที่คณะกรรมการกำหนดหรือพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายได้ดี จะได้รับการพิจารณาปรับลดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน

สำหรับร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์ (มาตรา 42-43) กำหนดให้หน้าที่ในการประเมินและวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบ เป็นหน้าที่ของบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากสำนักงานกองทุน จากนั้นให้สำนักงานสนับสนุนสถานพยาบาล หน่วยงาน สภาวิชาชีพ หรือบุคลากรทางด้านระบบบริการสาธารณสุข พิจารณาหาแนวทางในป้องกัน แล้วเสนอแผนงานต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติเงินกองทุนสำหรับใช้จ่ายสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว

8.3.9 ที่มาของเงินกองทุน

ประเด็นเรื่องที่มาของเงินกองทุนเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีแนวทางแตกต่างกันชัดเจน ระหว่างร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข (กองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข) และร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชน (กองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข) กับร่างกฎหมาย

ฉบับปกป้องแพทย์ (กองทุนคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข) โดยฝ่ายแรกกำหนดให้แหล่งที่มาหลักของเงินกองทุนมาจากการเรียกเก็บเงินสมทบของโรงพยาบาล ในขณะที่ฝ่ายหลังกำหนดให้ที่มาหลักของเงินกองทุนมาจากการสนับสนุนโดยรัฐ

(1) ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขและร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชน

ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข และร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชน กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการ (มาตรา 20-22) และกองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 11, 33-34) ตามลำดับ เพื่อรองรับภารกิจต่างๆ ตามร่างกฎหมาย โดยเฉพาะการจ่ายเงินช่วยเหลือและชดเชยผู้เสียหาย

ในส่วนของแหล่งที่มาของเงินกองทุนนั้น ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้คณะกรรมการกำหนดจำนวนเงินสมทบ โดยให้คำนึงถึงขนาดของสถานพยาบาล จำนวนผู้รับบริการ ความถี่หรือความรุนแรงของการเกิดความเสียหาย การประชาสัมพันธ์ การแจ้งและประสานงานให้ผู้เสียหายหรือทายาทใช้สิทธิ การสนับสนุนการไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดี และการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

นอกจากนี้ ให้เงินกองทุนมีที่มาจากแหล่งอื่นๆ ที่สำคัญได้แก่ เงินโอนมาจากเงินตามมาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในวันที่พระราชบัญญัติบังคับใช้ และเงินอุดหนุนจากรัฐบาล

สำหรับร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชน กำหนดให้คณะกรรมการกำหนดอัตราจ่ายเงินสมทบของสถานพยาบาล โดยคำนึงถึงขนาดของสถานพยาบาล ความถี่หรือความรุนแรงของการเกิดความเสียหาย และการมีระบบการพัฒนาความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย นอกจากนี้ ให้มีที่มาของเงินกองทุนจากแหล่งอื่นๆ ที่สำคัญได้แก่ เงินอุดหนุนที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีเพื่อเป็นเงินสมทบของสถานพยาบาลของรัฐและของสภากาชาดไทย

(2) ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์

ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์ (มาตรา 24-26) กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข โดยมีรัฐเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน กล่าวคือให้คณะกรรมการกำหนดอัตราที่กรมบัญชีกลางและกระทรวงการคลังต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน โดยคำนึงถึงขนาดของสถานพยาบาล และจำนวนผู้รับบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ กำหนดให้มีที่มาจากแหล่งอื่นๆ ที่สำคัญได้แก่ เงินโอนจากมาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

8.3.10 เงินสำหรับบริหารจัดการสำนักงานเลขานุการ

ร่างกฎหมายทั้งสามฉบับเห็นแตกต่างกันในประเด็นเรื่องเงินสำหรับบริหารจัดการสำนักงาน โดยร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้กันงบไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินที่ได้รับจากสถานพยาบาลและรัฐบาลไว้เป็นเงินค่าบริหารจัดการสำนักงานและอื่นๆ เช่น ค่าเบี้ยประชุม ค่าพาหนะ ค่าเบี้ยเลี้ยงค่าเช่าที่พัก หรือค่าป่วยการสำหรับผู้มาให้ถ้อยคำ (มาตรา 20)

ร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชน กำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้เสนอขอรับเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสำนักงาน (มาตรา 23)

ในขณะที่ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์ ให้กันงบไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินกองทุน เป็นค่าบริหารจัดการสำนักงาน และยังกำหนดให้กันงบร้อยละ 10 ของเงินกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับสภาวิชาชีพ เพื่อดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบความปลอดภัย (มาตรา 24)

8.3.11 ที่ตั้งของสำนักงานเลขานุการ

ร่างกฎหมายทั้งสามฉบับมีความเห็นแตกต่างกันในเรื่องสำนักงานเลขานุการ โดยร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขและฉบับปกป้องแพทย์มีความเห็นคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขเสนอให้เป็นกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (มาตรา 19) ในขณะที่ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์เสนอให้กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งคณะกรรมการภายใต้การควบคุม (มาตรา 23) เพื่อทำหน้าที่ดังกล่าว

สำหรับร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชน กำหนดให้มีสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี (มาตรา 21)

8.3.12 สัดส่วนที่มาของคณะกรรมการ

ร่างกฎหมายทั้งสามฉบับมีรายละเอียดเกี่ยวกับสัดส่วนที่มาของคณะกรรมการแตกต่างกัน โดยร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขและร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชนมีสัดส่วนที่มาของคณะกรรมการที่ใกล้เคียงกัน ในขณะที่ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์มีการเพิ่มสัดส่วนของผู้ประกอบวิชาชีพมากกว่าฉบับอื่นๆ อย่างชัดเจน กล่าวคือในระดับคณะกรรมการ มีการเพิ่มผู้แทนสภาวิชาชีพมากกว่า 8 คน ในขณะที่ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขและฉบับภาคประชาชน มีจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ เพียง 3 และ 4 คน ตามลำดับ ส่วนในระดับคณะอนุกรรมการที่ทำหน้าที่พิจารณาให้เงินช่วยเหลือ และคณะอนุกรรมการที่ทำหน้าที่ประเมินจำนวนเงินเยียวยา พบว่าร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์มีสัดส่วนผู้ประกอบวิชาชีพถึง 4 จาก 6 คน และ 3 จาก 6 คน ตามลำดับ ในขณะที่ร่างกฎหมายฉบับอื่นมีสัดส่วนดังกล่าวต่ำกว่ากึ่งหนึ่ง นอกจากนี้

คณะอนุกรรมการชุดหลัง ไม่ได้กำหนดให้มีผู้แทนผู้รับบริการหรือผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพเลย

(1) ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข

ร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีคณะกรรมการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ กรรมการประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ โดยมีอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นกรรมการและเลขานุการ

นอกจากนี้ ให้มีผู้แทนสถานพยาบาลจำนวน 3 คน ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ สื่อสารมวลชน สิทธิมนุษยชน และการเจรจาไกล่เกลี่ยสาธารณสุข ด้านละ 1 คน (มาตรา 7)

สำหรับคณะอนุกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการสาธารณสุข ด้านละ 1 คน และคณะอนุกรรมการประเมินเงินชดเชย ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านละ 1 คน (มาตรา 12)

ในส่วนคณะอนุกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ซึ่งรัฐมนตรีเป็นผู้แต่งตั้ง ประกอบด้วยประธานกรรมการ 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านละ 1 คน และผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการสาธารณสุข ฝ่ายละ 1 คน (มาตรา 13)

(2) ร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชน

ร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชนกำหนดให้มีคณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน กรรมการประกอบด้วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ และเลขาธิการสำนักงานศาลยุติธรรม นอกจากนี้ให้มีผู้แทนสถานพยาบาล 3 คน ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ที่มีความ

เชี่ยวชาญด้านนิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ สื่อสารมวลชน การแพทย์และสาธารณสุข และด้านสิทธิมนุษยชน และเลขาธิการสำนักงาน (มาตรา 8)

ในส่วนคณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย จำนวน 5-7 คน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข และด้านสังคมศาสตร์จำนวน และผู้แทนสถานพยาบาลและผู้รับบริการฝ่ายละเท่ากัน ส่วนคณะอนุกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย มีจำนวน 5-7 คน โดยอย่างน้อยให้ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านสังคมศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านคนพิการ ด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค (มาตรา 13)

สำหรับคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ซึ่งรัฐมนตรีเป็นผู้แต่งตั้ง ประกอบด้วย ประธานกรรมการ 1 คน และกรรมการอื่นซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านสังคมศาสตร์ ด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ผู้แทนสถานพยาบาล ผู้แทนผู้รับบริการ และให้เลขาธิการเป็นกรรมการและเลขานุการ แต่มีจำนวนไม่เกิน 9 คน (มาตรา 14)

(3) ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์

ร่างกฎหมายฉบับปกป้องแพทย์กำหนดให้มีคณะกรรมการคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน กรรมการประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกรุงเทพมหานคร ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ ผู้แทนสำนักงานอัยการสูงสุด และผู้แทนสภาทนายความ

ร่างกฎหมายนี้ยังมีการเพิ่มตัวแทนสภาวิชาชีพ ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนสภาเภสัชกรรม ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์ ผู้แทนสภากายภาพบำบัด ผู้แทนสมาคมแพทย์คลินิกไทย ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน และผู้แทนสภาวิชาชีพอื่นๆ ตามพระราชบัญญัติสภาวิชาชีพ

นอกจากนี้ ให้มีผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้ง (ไม่ได้กำหนดประเภทความเชี่ยวชาญเหมือนเช่นร่างกฎหมายฉบับอื่น) และให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายจากปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นกรรมการและเลขานุการ

สำหรับสัดส่วน ‘บุคคลภายนอก’ ให้มีผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ 3 คน (มาตรา 11)

ในส่วนคณะอนุกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ผู้แทนด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้แทนสถานพยาบาลด้านละ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ซึ่งเกี่ยวข้องกับ

ประเด็นแห่งคำร้องขอการเยียวยาที่สภาวิชาชีพมอบหมาย 3 คน ส่วนคณะอนุกรรมการประเมินแนวทางการเยียวยา ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงิน ด้านสังคมศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านการพยาบาล (มาตรา 16)

สำหรับคณะกรรมการวินิจฉัยคำร้องอุทธรณ์ซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้ง ประกอบด้วยประธานกรรมการ 1 คน และกรรมการอื่นซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ผู้แทนสถานพยาบาล และผู้แทนผู้รับบริการ โดยอาจแต่งตั้งมากกว่า 1 คณะ (มาตรา 17)

ตารางที่ 8.3 การเปรียบเทียบเนื้อหาร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข ฉบับภาคประชาชน และฉบับปกป้องแพทย์

	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข)	**ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับภาคประชาชน)**	**ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับปกป้องแพทย์)**
หลักการเบื้องต้น	ให้มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อเยียวยาชดเชยความเสียหายที่รวดเร็วเป็นธรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ ให้มีการนำความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมาพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย และ สนับสนุนการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์	ให้มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อเยียวยาชดเชยความเสียหายที่รวดเร็วเป็นธรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ และให้มีการนำความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมาพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย	สร้างสมดุลที่ถูกต้องในระบบบริการสาธารณสุข ด้วยการคุ้มครองทางกฎหมาย ต่อผู้มีหน้าที่ให้บริการที่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม และให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุขได้รับการเยียวยาที่รวดเร็วและเป็นธรรม
หลักการเยียวยาชดเชยความเสียหาย	เยียวยาชดเชยแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหาย ด้วยการให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด	เยียวยาชดเชยแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหาย ด้วยการให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด	คุ้มครองผู้ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ด้วยการให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย โดยให้มีการพิสูจน์ผิดถูกเบื้องต้นเพื่อกลั่นกรองผู้มาร้องความช่วยเหลือ แต่ไม่กล่าวโทษบุคคล (no blame)
หลักเกณฑ์การพิจารณารับคำร้อง	ไม่ครอบคลุมความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรค แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ ความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ และความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตตามปกติ	ไม่ครอบคลุมความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรค แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ และความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตตามปกติ	ไม่ครอบคลุมความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรค แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ และความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ (การพิจารณามาตรฐานวิชาชีพต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และจริยธรรมที่สภาวิชาชีพเห็นพ้อง) นอกจากนี้ ไม่ถือว่าผู้ที่ปฏิเสธหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพเป็น ‘ผู้ได้รับผลกระทบ’

	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข)	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับภาคประชาชน)	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับปกป้องแพทย์)
อายุความ	ยื่นคำร้องภายใน 3 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายและตัวผู้ให้บริการสาธารณสุขซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายแต่ต้องไม่เกิน 10 ปีนับแต่วันที่ได้รับความเสียหาย และสามารถยื่นคำร้องได้อีกครั้งหากความเสียหายปรากฏขึ้นหลังได้รับเงินเยียวยาชดเชยไปแล้ว / ให้อายุความทางแพ่งในมูลละเมิดอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุขสะดุดหยุดอยู่จนกว่าการพิจารณาคำขอเงินชดเชยจะถึงที่สุดหรือไม่รับคำร้อง	ยื่นคำร้องภายใน 3 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหาย แต่ต้องไม่เกิน 10 ปีนับแต่วันที่ได้รับความเสียหาย / ให้อายุความทางแพ่งในมูลละเมิดอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุขสะดุดหยุดอยู่จนกว่าการพิจารณาคำขอเงินชดเชยจะถึงที่สุดหรือไม่รับคำร้อง	ขอรับเงินช่วยเหลือและแนวทางการเยียวยาภายใน 3 ปีนับแต่วันที่ให้หรือเข้ารับบริการสาธารณสุข / ให้อายุความทางแพ่งในมูลละเมิดอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุขสะดุดหยุดอยู่จนกว่าการพิจารณาคำขอเงินชดเชยจะถึงที่สุดหรือไม่รับคำร้อง
ขั้นตอนและกรอบระยะเวลาการพิจารณาคำร้อง	**ขั้นตอน:** ให้มีคณะอนุกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นพิจารณารับคำร้อง/ ให้มีคณะอนุกรรมการประเมินเงินชดเชยพิจารณาจำนวนเงินชดเชย/ ให้มีคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์พิจารณาคำร้องอุทธรณ์ **ระยะเวลา:** ใช้เวลาพิจารณาล่าช้าที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ คือ 321 วัน	**ขั้นตอน:** ให้มีคณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยพิจารณารับคำร้อง/ ให้มีคณะอนุกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย พิจารณาจำนวนเงินชดเชย/ ให้มีคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ พิจารณาคำร้องอุทธรณ์ **ระยะเวลา:** ใช้เวลาพิจารณาล่าช้าที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ คือ 388 วัน	**ขั้นตอน:** ให้มีคณะอนุกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นพิจารณารับคำร้อง/ ให้มีคณะอนุกรรมการประเมินแนวทางการเยียวยาประเมินหาแนวทางการเยียวยา /ให้มีคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์พิจารณาคำร้องอุทธรณ์ **ระยะเวลา:** ใช้เวลาพิจารณาล่าช้าที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ คือ 452 วัน

	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข)	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับภาคประชาชน)	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับปกป้องแพทย์)
แนวทางการปกป้องแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง	**การช่วยเหลือแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง**: หากมีคำพิพากษาให้ผู้ให้บริการจ่ายค่าสินไหมทดแทน ให้หักจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นออกจากค่าสินไหมทดแทน รวมถึงให้พิจารณาว่าจะจ่ายเงินจากกองทุนเพื่อชำระค่าสินไหมทดแทนหรือไม่เพียงใด/ ให้ผู้เสียหายหรือทายาทที่ยินยอมรับเงินชดเชยทำสัญญาประนีประนอมยอมความ/ ให้ศาลสามารถนำเอาข้อเท็จจริงของจำเลยเกี่ยวกับประวัติ พฤติการณ์แห่งคดี มาตรฐานทางวิชาชีพ การบรรเทาผลร้ายแห่งคดี การรู้สำนึกในความผิด การที่ได้มีการทำสัญญาประนีประนอมยอมความ การชดใช้เยียวยาความเสียหาย และการที่ผู้เสียหายไม่ติดใจให้จำเลยได้รับโทษ ตลอดจนเหตุอื่นอันสมควรมาพิจารณาประกอบด้วย เพื่อพิจารณาลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนด หรือไม่ลงโทษเลยในกรณีที่เป็นคดีอาญา	**การช่วยเหลือแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง**: หากผู้เสียหายได้รับเงินชดเชยแล้ว เกิดการฟ้องร้องคดีต่อศาลเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ให้สำนักงานยื่นคำร้องต่อศาลเพื่อแถลงเกี่ยวกับเงินชดเชยที่ผู้เสียหายหรือทายาทได้รับไป เพื่อประกอบการพิจารณาคดี โดยเงินชดเชยที่กองทุนจ่ายไป ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทน	**การคุ้มครองแพทย์การถูกฟ้องร้อง:** ให้มีการคุ้มครองทางแพ่งและทางอาญาแก่แพทย์ ในกรณีที่เป็นภาวะเร่งด่วน กรณีที่แพทย์ทำงานเกินเวลา หรือกรณีที่แพทย์ประกอบการรักษาพยาบาลหรือกระทำหัตถการตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดภายใต้คำแนะนำของสภาวิชาชีพ **การช่วยเหลือแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง:** ให้ผู้ป่วยทำสัญญาประนีประนอมยอมความเพื่อสละสิทธิ์การดำเนินคดีทางแพ่ง และ สัญญาเพื่อยอมความในคดีอาญาอันเกี่ยวเนื่องกับมูลเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบ/ ให้มีการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนแทนแพทย์ในกรณีที่ถูกตัดสินให้ผิด/ ให้ความผิดทางอาญาบางประการสามารถยอมความได้

	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข)	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับภาคประชาชน)	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับปกป้องแพทย์)
	การจูงใจให้ผู้เสียหายใช้ช่องทางตามร่างกฎหมาย: ให้ยุติการดำเนินการและตัดสิทธิยื่นคำร้อง หากผู้เสียหายหรือทายาทปฏิเสธเงินชดเชยแล้วไปฟ้องร้องต่อศาล / ให้ดำเนินการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเท่านั้น หากผู้เสียหายหรือทายาทฟ้องร้องต่อศาล และยื่นคำร้องขอรับเงินตามพระราชบัญญัติไปพร้อมกัน	**การจูงใจให้ผู้เสียหายใช้ช่องทางตามร่างกฎหมาย**:หากผู้เสียหายหรือทายาทฟ้องคดีต่อศาลในระหว่างการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย ให้คณะกรรมการหรือพนักงานชะลอการพิจารณาไว้ก่อนจนกว่าคดีจะถึงที่สุด	**การจูงใจให้ผู้เสียหายใช้ช่องทางตามร่างกฎหมาย:**ให้ยุติการดำเนินการเยียวยาแก้ผู้เสียหาย และไม่ให้ผู้เสียหายหรือทายาทมีสิทธิยื่นคำขออีก หากผู้ป่วยฟ้องร้องคดีต่อศาล / ให้ผู้เสียหายคืนเงินพร้อมดอกเบี้ยในอัตราที่ธนาคารแห่งประเทศไทยประกาศ และห้ามยื่นคำขออีกหากผู้เสียหายฟ้องร้องคดีต่อศาลภายหลังได้รับเงินช่วยเหลือและรับแนวทางการเยียวยา
การไกล่เกลี่ย	กำหนดกรอบระยะเวลาการดำเนินการไกล่เกลี่ย 30 วัน (ขยายระยะเวลาได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ครั้งละ ไม่เกิน 30 วัน) / ให้อายุความฟ้องร้องคดีแพ่งสะดุดหยุดอยู่จนกว่ากระบวนการไกล่เกลี่ยจะยุติ เช่นเดียวกับร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข	-	ให้อายุความฟ้องร้องคดีแพ่งสะดุดหยุดอยู่จนกว่ากระบวนการไกล่เกลี่ยจะยุติ เช่นเดียวกับร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข

	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข)	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับภาคประชาชน)	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับปกป้องแพทย์)
แนวทางการสร้างบทเรียนจากความผิดพลาด	ให้คณะอนุกรรมการประเมินเงินชดเชยวิเคราะห์หาสาเหตุแห่งความเสียหาย เพื่อแจ้งให้สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สถานพยาบาลพิจารณาหาแนวทางพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย รวมทั้งการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข แล้วทำรายงานการปรับปรุงแก้ไขและส่งให้สำนักงานภายใน 6 เดือน หากสถานพยาบาลดำเนินการให้คณะกรรมการอาจนำมาพิจารณาปรับลดหย่อนอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ให้สำนักงานสนับสนุนสถานพยาบาล หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง สามารถเสนอแผนงานเกี่ยวกับกิจกรรมด้านการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย และกิจกรรมด้านการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข เพื่อพิจารณาอนุมัติเงินจากกองทุน	ให้คณะอนุกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย วิเคราะห์หาสาเหตุแห่งความเสียหาย เพื่อแจ้งให้สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สถานพยาบาลพิจารณาหาแนวทางพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย รวมทั้งการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข แล้วทำรายงานการปรับปรุงแก้ไขและส่งให้สำนักงานภายใน 6 เดือน หากสถานพยาบาลดำเนินการ ให้คณะกรรมการอาจนำมาพิจารณาปรับลดหย่อนอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ให้สำนักงานสนับสนุนสถานพยาบาล หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง สามารถเสนอแผนงานเกี่ยวกับกิจกรรมด้านการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย และกิจกรรมด้านการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข เพื่อพิจารณาอนุมัติเงินจากกองทุน	ให้บุคคลที่ได้รับมอบหมายจากสำนักงานกองทุนทำการประเมินและวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบ และให้สำนักงานสนับสนุนสถานพยาบาล หน่วยงาน สภาวิชาชีพหรือบุคลากรทางด้านระบบบริการสาธารณสุข พิจารณาหาแนวทางในป้องกันมิให้ความเสียหายที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข แล้วเสนอแผนงานต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติเงินกองทุนสำหรับใช้จ่ายสนับสนุนกิจกรรม

	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข)	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับภาคประชาชน)	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับปกป้องแพทย์)
ที่มาของเงินกองทุน	เงินที่มาของหลักของกองทุน ให้เรียกเก็บเงินสมทบจากสถานพยาบาล โดยคำนึงถึงขนาดของสถานพยาบาล จำนวนผู้รับบริการ ความถี่หรือความรุนแรงของการเกิดความเสียหาย การประชาสัมพันธ์ และการแจ้งให้ผู้รับบริการสาธารณสุขทราบและการประสานงานเพื่อให้ผู้เสียหายหรือทายาทใช้สิทธิตามร่างกฎหมาย การสนับสนุนการไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข และการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย	เงินที่มาของหลักของกองทุน ให้เรียกเก็บเงินสมทบจากสถานพยาบาลโดยคำนึงถึงขนาดของสถานพยาบาล ความถี่หรือความรุนแรงของการเกิดความเสียหาย และการมีระบบการพัฒนาความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย	เงินที่มาของหลักของกองทุนให้กรมบัญชีกลางกระทรวงการคลังต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามอัตราที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงขนาดของสถานพยาบาล และจำนวนผู้รับบริการสาธารณสุข
เงินสำหรับบริหารจัดการสำนักงานเลขานุการ	กำหนดให้กันงบไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินที่ได้รับจากสถานพยาบาลและรัฐบาล เป็นเงินค่าบริหารจัดการสำนักงาน	ให้คณะกรรมการเสนอขอรับเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานสำนักงาน	ให้กันงบไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินกองทุน เป็นเงินค่าบริหารจัดการสำนักงาน (และกำหนดให้กันงบร้อยละ 10 ของเงินกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับสภาวิชาชีพ เพื่อดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบความปลอดภัย)
ที่ตั้งของสำนักงานเลขานุการ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	ให้มีสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี	ให้กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งคณะกรรมการภายใต้การควบคุม

	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข)	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับภาคประชาชน)	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับปกป้องแพทย์)
สัดส่วนที่มาของคณะกรรมการ	**คณะกรรมการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข** ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ **ตัวแทนข้าราชการ:**ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ โดยมีอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นกรรมการและเลขานุการ	**คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข** ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน **ตัวแทนข้าราชการ:**ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ และเลขาธิการสำนักงานศาลยุติธรรม	**คณะกรรมการคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข** ประกอบด้วยนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน **ตัวแทนข้าราชการ:**ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกรุงเทพมหานคร ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ และผู้แทนสำนักงานอัยการสูงสุด

	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข)	**ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับภาคประชาชน)**	**ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับปกป้องแพทย์)**
	ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย: ผู้แทนผู้แทนสถานพยาบาล จำนวน 3 คน ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ สื่อสารมวลชน สิทธิมนุษยชน และการเจรจาไกล่เกลี่ยสาธารณสุข ด้านละ 1 คน	**ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย**: ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวน 3 คน ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านนิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ สื่อสารมวลชน การแพทย์และสาธารณสุข และด้านสิทธิมนุษยชน	**ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย**: ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (ไม่กำหนดประเภท) ซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้ง และให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายจากปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรรมการและเลขานุการ **ตัวแทนสภาวิชาชีพ:** ผู้แทนสภาทนายความ และ ตัวแทนสภาวิชาชีพ ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนสภาเภสัชกรรม ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์ ผู้แทนสภากายภาพบำบัด ผู้แทนสมาคมแพทย์คลินิกไทย ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน และผู้แทนสภาวิชาชีพอื่นๆ ตามพระราชบัญญัติสภาวิชาชีพ

	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข)	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับภาคประชาชน)	ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... (ฉบับปกป้องแพทย์)
	คณะอนุกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการสาธารณสุข ด้านละ 1 คน **คณะอนุกรรมการประเมินเงินชดเชย**ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านละ 1 คน และ **คณะอนุกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์** ประกอบด้วยประธานกรรมการ 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านละ 1 คน และผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการสาธารณสุข ฝ่ายละ 1 คน	**คณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย** จำนวน 5-7 คน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์ และผู้แทนสถานพยาบาลและผู้รับบริการฝ่ายละเท่ากัน **คณะอนุกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย** จำนวน 5-7 คน อย่างน้อยประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านสังคมศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านคนพิการ และด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค **คณะกรรมการวินิจฉัยคำร้องอุทธรณ์** ประกอบด้วยประธานกรรมการ 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านสังคมศาสตร์ และด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ผู้แทนสถานพยาบาล 1 คน ผู้แทนผู้รับบริการ 1 คน และให้เลขาธิการเป็นกรรมการและเลขานุการ แต่มีจำนวนไม่เกิน 9 คน	**คณะอนุกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือ** ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ผู้แทนด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้แทนสถานพยาบาลด้านละ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็นแห่งคำร้องขอการเยียวยาที่สภาวิชาชีพมอบหมาย 3 คน **คณะอนุกรรมการประเมินแนวทางการเยียวยา** ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงิน ด้านสังคมศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านการพยาบาล **คณะกรรมการวินิจฉัยคำร้องอุทธรณ์** ประกอบด้วยประธานกรรมการ 1 คน และกรรมการอื่นซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ด้านละ 1 คน และผู้แทนสถานพยาบาล 1 คน ผู้แทนผู้รับบริการ 1 คน โดยอาจแต่งตั้งมากกว่า 1 คณะ

8.4 บทบาทและแนวคิดของแพทยสภาต่อกระแสผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...

แพทยสภามีบทบาทสำคัญยิ่งภายใต้กระแสการผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ตั้งแต่การส่งตัวแทนเข้าร่วมยกร่างกฎหมายกับกระทรวงสาธารณสุข การประชุมร่วมกับคณะกรรมการกฤษฎีกาในฐานะตัวแทนผู้ให้บริการ ตลอดจนแสดงบทบาทเสมือนเป็น 'ผู้แทน' ของฝ่ายคัดค้านร่างกฎหมายตลอดกระบวนการผลักดัน

ตัวอย่างบทบาทการเป็นตัวแทนผู้ให้บริการในขั้นตอนการพิจารณาร่างกฎหมายโดยคณะกรรมการกฤษฎีกา เช่น ในบันทึกความเห็นเบื้องต้น โดยส่วนราชการฝ่ายเลขานุการ สำนักงานกฤษฎีกา เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2550 ระบุว่าแพทยสภาได้ทำหนังสือบันทึกความเห็นเบื้องต้น เสนอต่อคณะกรรมการกฤษฎีกา ว่าคณะกรรมการกฤษฎีกาควรพิจารณาเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของขนาดกองทุน การให้เงินเยียวยาชดเชยโดยไม่พิสูจน์ การช่วยยุติปัญหาฟ้องร้อง พร้อมทั้งเสนอให้คณะอนุกรรมการที่ทำหน้าที่พิจารณาจ่ายเงินชดเชยมีการถ่วงดุลระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพ โดยให้ผู้มีความรู้ด้านวิชาชีพจากสภาวิชาชีพเข้าไปมีส่วนร่วม และให้มีการลดขั้นตอนและจำนวนกรรมการที่พิจารณาจ่ายเงินเยียวยาชดเชย นอกจากนั้นยังไม่เห็นด้วยกับชื่อร่างกฎหมายเนื่องจากไม่ครอบคลุมถึงการคุ้มครองผู้ประกอบวิชาชีพ[39]

ต่อมา เมื่อร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเข้าสู่การพิจารณาในชั้นรัฐสภา แพทยสภาก็เป็นองค์การที่มีบทบาทนำในการคัดค้านร่างกฎหมาย เช่นการที่คณะกรรมการแพทยสภามีมติ 5 ข้อต่อพระราชบัญญัติดังกล่าว ได้แก่ (1) สาระสำคัญในร่างพระราชบัญญัติไม่สอดคล้องกับหลักการและเหตุผลที่ระบุไว้ หากประกาศใช้จะไม่สามารถลดความขัดแย้งในระบบบริการสาธารณสุขได้ (2) หน่วยงานที่มีส่วนได้เสียในร่างพระราชบัญญัติส่วนใหญ่ยังไม่ทราบรายละเอียดและมีส่วนร่วม (3) เนื้อหาร่างพระราชบัญญัติจะมีผลกระทบรุนแรงต่อเนื่องต่อระบบการเงินการคลังและระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ (4) เสนอให้ขยายการเยียวยาความเสียหายทางการแพทย์ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ผ่านระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีอยู่แล้ว (5) ควรถอนร่างพระราชบัญญัติมาทบทวน แต่ไม่ได้หมายความว่าให้ล้มร่างกฎหมายดังกล่าว[40]

---

[39] ข้อมูลจากบันทึกความเห็นเบื้องต้น โดยส่วนราชการฝ่ายเลขานุการ สำนักงานกฤษฎีกา เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2550.

[40] นพ.อำนาจ กุสลานันท์ และ นพ.วิชัย โชควิวัฒน. ""หนุน - ต้าน" ร่างพ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข",รายการตอบโจทย์.31 กรกฎาคม 2553. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.youtube.com/watch?v

นอกจากนี้ นพ.อำนาจ กุสลานันท์ ยังยืนยันภายหลังจากที่ได้รับการเลือกเป็นนายกแพทยสภาเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2554 ว่าการถอนร่างกฎหมายออกจากการพิจารณาในชั้นรัฐสภาถือเป็นภารกิจเร่งด่วนของแพทยสภา โดย นพ.อำนาจประกาศว่าจะเดินทางเข้าพบนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประธานคณะกรรมการประสานงานพรรคร่วมรัฐบาล และกรรมาธิการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร เพื่อเร่งดำเนินการนำร่างกฎหมายกลับมาพิจารณาให้รอบคอบก่อนนำเสนอกลับเข้าไปใหม่[41]

ในปีเดียวกัน นพ.โชติศักดิ์ เจนพาณิชย์ ซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการแพทยสภา และเลขานุการชมรมแพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีสมาชิกได้รับการเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภาจำนวนมาก และมีบทบาทนำในองค์การ ได้ยื่นฟ้องกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาต่อศาลปกครอง กล่าวหาว่ากระทรวงสาธารณสุขจัดทำร่างกฎหมายโดยขัดกับพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางการปกครอง พ.ศ. 2539 ในเรื่องระเบียบการประชุม ได้แก่ มาตรา 82 เรื่องการลงมติของที่ประชุมที่ให้ถือเสียงข้างมาก มาตรา 83 เรื่องรายงานการประชุมต้องมีรายงานเป็นหนังสือถ้ามีความเห็นแย้งให้บันทึกความเห็นแย้งพร้อมทั้งเหตุผลไว้ในรายงานการประชุม และมาตรา 79 เรื่องการประชุมของคณะกรรมการต้องมีกรรมการประชุมอย่างน้อยกึ่งหนึ่งจึงจะเป็นองค์ประชุม

นอกจากนี้ ยังได้กล่าวหาสำนักงานกฤษฎีกาว่ามีส่วนร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการกระทำผิดตามที่กล่าวไป โดยเนื้อหากฎหมายที่เกิดขึ้นไม่ถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติ 10 ประการที่กำหนดอยู่ในคู่มือแบบร่างกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเอง รวมถึงขัดแย้งกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 30 และมาตรา 80(2) ทั้งนี้ กลุ่มผู้ยื่นฟ้องร้องขอว่าหลังจากมีการยื่นฟ้องแล้ว โดยมารยาทรัฐสภาควรยุติการนำร่างกฎหมายเข้าพิจารณาจนกว่ากระบวนการทางศาลจะแล้วเสร็จ[42]

เนื้อหาในส่วนนี้มุ่งวิเคราะห์บทบาทและแนวคิดของแพทยสภาต่อร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

(1) แนวทางการเยียวยาชดเชยความเสียหาย

=oOHd4XuH7sI และ http://www.youtube.com/watch?v=ARgESgpyxTI และhttp://www.youtube.com /watch?v=Fyo7LZkUqUA

[41]SEEAT. “ผลการเลือกตั้งนายกแพทยสภา วาระ 2554-2556”, สมาพันธ์แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. 10 กุมภาพันธ์ 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thaihospital.org/board/index.php?Topic =12290. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[42]ASTV ผู้จัดการออนไลน์. “ชพพ.ฟ้อง สธ.-กฤษฎีกา เหตุยกร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ป่วยไม่ชอบด้วยกฎหมาย”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 21 มกราคม 2554. (ออนไลน์).แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th /Qol/ViewNews.aspx? NewsID =9540000008451. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

(2) แนวทางการแก้ไขปัญหาการฟ้องร้อง

(3) โครงสร้างการได้มาและใช้จ่ายงบประมาณ

(4) การมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญ

8.4.1 แนวทางการเยียวยาชดเชยความเสียหาย

สำหรับแนวคิดเรื่องการคุ้มครองผู้เสียหายนั้น แพทยสภาเห็นว่าควรครอบคลุมทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เพราะต่างเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความเสียหายจากบริการสาธารณสุข

นพ.เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ กรรมการแพทยสภา ซึ่งเป็นผู้ยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ชี้ว่าร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ควรปรับคำว่า 'ผู้เสียหาย' เป็น 'ผู้ได้รับผลกระทบ' นอกจากนี้ควรเปลี่ยนคำว่า 'การรับบริการสาธารณสุข' เป็น 'ระบบบริการสาธารณสุข' เพราะนิยามดังกล่าวจะครอบคลุมผู้ให้บริการด้วย (เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ 2553, ออนไลน์) โดยข้อเสนอเรื่องการขยายหลักการคุ้มครองผู้เสียหายให้ครอบคลุมผู้ให้บริการนี้เป็นข้อเสนอหลักของแพทยสภา ซึ่ง พญ.ประสบศรี อึ้งถาวร อุปนายกแพทยสภา นำเข้าชี้แจงกับนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น โดยเสนอว่าร่างกฎหมายควรครอบคลุมบุคลากรด้านสาธารณสุขไปจนถึงระดับสถานีอนามัย[43]

ส่วนเรื่องหลักการไม่พิสูจน์ถูกผิด แพทยสภาเห็นว่าเป็นเรื่องที่ไม่สามารถกระทำให้เกิดขึ้นจริงได้ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยสามารถยื่นรับเงินโดยไม่มีการกลั่นกรอง ทางที่เหมาะสมคือการพิสูจน์ถูกผิดในเบื้องต้น แต่ไม่กล่าวโทษผู้ให้บริการ (no blame)[44] โดย นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา อธิบายว่า "*ที่บอกว่าไม่มีการดูถูกผิด จริงๆ ไม่มีกฎหมายในโลกที่ไม่ดูถูกผิด เพียงแต่ว่าเราตีความผิด ของต่างประเทศที่สวีเดนทำ เขาอ้างสวีเดนตลอดนะ ประเทศที่ใช้วิธีนี้ไม่มีประเทศไหนที่มีประชากรเกิน 10 ล้านคน ประเทศเล็กๆ ซึ่งเศรษฐกิจดี ใช้แบบสวัสดิการสังคมเยอะ เสียภาษีปีละ 50-60% ของรายได้เอามาใช้ แต่ของเราไม่ใช่แบบนั้น คนเราเสียภาษีไม่กี่คนนะ ตอนนี้มีคนจะมาดูดเงินจากรัฐบาลมหาศาล ผมยกตัวอย่าง สวีเดนก่อนจะมีกฎหมายมีการฟ้องร้องปีละ 10 ราย พอปีแรกที่ออกกฎหมายมาขึ้นเป็น 600 แล้วก็ขึ้นเป็น 3,000 ปัจจุบันนี้ประมาณ*

---

[43] กลุ่มวิเคราะห์ข่าวและฐานข้อมูล สำนักโฆษก. "อุปนายกแพทยสภาเห็นด้วยร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข", สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล. ไม่ปรากฏวันที่. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thaigov.go.th/th/public-health/item/47012-อุปนายกแพทยสภาเห็นด้วยร่างพรบคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข.html. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[44] พิจารณาประกอบบันทึกวิเคราะห์สาระสำคัญ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข

10,000 รายต่อปี 1,000 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคน ถ้าเทียบประเทศไทยจะมีคนร้องเรียนที่จะเอาเงินประมาณ 64,000 คนต่อปี ...ขนาด สปสช. ที่ให้เงินเบื้องต้นเล็กน้อยเนี่ย ยังเพิ่มถ้าเทียบเป็นตัวเลขนี่ขึ้นเป็นจรวดเลยนะ...อย่างที่สวีเดนเขาจ่ายยากกว่าเรา เขาบอกไม่ดูถูกผิด จริงๆ แล้วไม่ใช่เขาเรียก 'no blame for doctor' คือไม่มาเอาเรื่องกับหมอเพราะเดี๋ยวหมอไม่ยอมบอกเรื่องไม่ยอมช่วย ... เขาจะมีคนพิจารณา และคนพิจารณาต้องเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้วย ...ของไทยนี่ไม่มีหมอพิจารณา ให้ชาวบ้านพิจารณามันก็ต้องให้กันทุกคน..."[45]

นอกจากนี้ นพ.วิสุทธิ์ ลัจฉเสวี ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา มีความกังวลว่า การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จะทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขมีความผิดทันที เพราะผู้ป่วยจะได้เปรียบในข้อกฎหมาย นอกจากนี้ คณะกรรมการก็เป็นพวกเดียวกับผู้ป่วย จึงอาจส่งต่อหลักฐานที่ได้รับมาให้ผู้ป่วยไปใช้ฟ้องร้องแพทย์ (วิสุทธิ์ ลัจฉเสวี 2553, ออนไลน์) นอกจากนี้ นพ.ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย อดีตกรรมการแพทยสภา และอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรมมีความเห็นเช่นเดียวกับ นพ.วิสุทธิ์ และเสนอเพิ่มเติมว่า หากร่างกฎหมายไม่ต้องการพิสูจน์ถูกผิดจริง และไม่ต้องการให้เกิดฟ้องร้องแพทย์ ก็ควรกำหนดให้แพทย์ไม่ต้องส่งเวชระเบียน เพราะผู้ป่วยสามารถนำเวชระเบียนไปเป็นหลักฐานฟ้องร้องคดีต่อศาลได้ และยังช่วยแบ่งเบาภาระแพทย์เนื่องจากไม่ต้องใช้เวลาไปกับการเขียนเวชระเบียนมากขึ้น[46]

แพทยสภายังมีความเห็นเพิ่มเติมว่า ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขไม่มีการจำกัดจำนวนเงินชดเชย อีกทั้งมีกลไกการจ่ายเงินที่ง่ายเกินไป โดย นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ชี้ว่า *"ภายใน 2 เดือนจบละ พอส่งเรื่องไปภายใน 7 วัน ต้องพิจารณา ภายใน 1 เดือนต้องตอบแล้วให้ว่าเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไหม ....สวีเดนบอกต้องเสียหายทางกาย กลุ้มใจนอนไม่หลับนี่ไม่คิด เพราะนับไม่ได้ของเราคิดนะ คือให้ง่ายเหลือเกิน ให้หมดทุกอย่าง ... ให้ชดเชยแบบคดีแพ่ง แล้วไม่มีเพดาน ของสวีเดนมีเพดาน ... แล้วอ้างว่ารายได้เสีย ... ผมบอกขอเช็คทุกรายที่มีรายได้เสีย ... ว่าปีที่แล้วแจ้งภาษีไปเท่าไหร่"*[47]

ทั้งนี้ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา กล่าวด้วยว่า การเปิดให้ผู้ป่วยขอรับเงินได้โดยง่าย จะทำให้ไม่เกิดการพัฒนาระบบป้องกันความผิดพลาด กล่าวคือ *"ในอเมริกาเองที่ฟ้องหมอคนไข้ชนะ 6% นะ นอกนั้นคนไข้แพ้*

---

[45]สมศักดิ์ โล่ห์เขา. "พ.ร.บ. เดิมพันชีวิต(2): ร่างพ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขพ.ศ. ... สัมภาษณ์ นพ. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา", รายการประเด็นดังหลังข่าว. 18 กรกฎาคม 2553. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www. youtube .com/watch?v=Gu4KWhdcP2E. และ http://www.youtube.com/watch?v=zLVTKVIfDkQ. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

[46]บันทึกการประชุมคณะกรรมการกฤษฎีกา ครั้งที่ 1 วันที่ 14 มีนาคม 2551

[47]สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. "พ.ร.บ.เดิมพันชีวิต (2)".

หมด ... หมอก็จะต้องปรับตัวมีระบบการดูแลป้องกัน การไม่ให้เกิดความผิดพลาดดีขึ้น ... ถ้าวิธีนี้มาก็ไม่ต้องดูแลเพราะเอาเงินกองกลางจ่าย"[48]

สืบเนื่องจากปัญหาข้างต้น นพ.เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ ทำบันทึกวิเคราะห์สรุปสาระสำคัญ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข โดยชี้ว่าวิธีการจ่ายเงินเยียวยาช่วยเหลือ (ไม่ใช่การเยียวยาชดเชยตามแนวคิดที่ปรากฏในร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขและร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชน) ควรใช้วิธีการกำหนดให้การจ่ายค่าชดเชยเยียวยามีการกำหนดเพดานสูงสุดและพิจารณาตามฐานภาษีของผู้ยื่นคำร้อง เพื่อให้สมกับฐานานุรูปและไม่สิ้นเปลืองเงินภาษีของรัฐ และจ่ายเป็นงวดๆ เพื่อให้เป็นหลักประกันว่าผู้ยื่นคำร้องจะใช้จ่ายเงินอย่างสมเหตุสมผล และมีเงินเลี้ยงชีพไปตลอด โดยการพิจารณาให้แล้วเสร็จใน 90 วัน นอกจากนี้ การให้ความช่วยเหลืออาจเป็นได้ทั้งตัวเงิน หรือสิทธิการรักษาพิเศษในระยะยาว เช่น สิทธิในการเลือกสถานพยาบาล หรือสิทธิในการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่มีราคาแพงเพื่อแก้ไขความพิการต่อเนื่องในระยะยาว

8.4.2 แนวทางการแก้ไขปัญหาการฟ้องร้อง

มติแพทยสภาคัดค้านร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เพราะเห็นว่าไม่สามารถปกป้องคุ้มครองแพทย์จากปัญหาการฟ้องร้องได้ นอกจากนี้ยังเห็นว่ากลับเป็นกลไกที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยฟ้องร้องมากขึ้น ซึ่งเท่ากับว่าสาระสำคัญของร่างกฎหมายผิดไปจากหลักการตั้งต้น

ทั้งนี้ สาเหตุที่ทำให้แพทยสภาเห็นว่าร่างกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายล้มเหลวเพราะปราศจากกลไกในการคุ้มครองแพทย์ เป็นผลเนื่องมาจากแพทยสภาเห็นว่าการสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่ดี กระทำได้ผ่านการให้ความคุ้มครองแพทย์ทางกฎหมายอย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้เกิดผลดีมายังผู้รับบริการในท้ายที่สุด เห็นได้จากบันทึกวิเคราะห์สรุปสาระสำคัญร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งอธิบายว่า "*เมื่อบุคลากรได้รับความคุ้มครองตามสมควรแล้ว เหตุการณ์การปฏิเสธการรักษาทั้งๆ ที่อาจสามารถกระทำได้ (แม้จะไม่ได้มีความชำนาญเฉพาะด้าน) หรือการส่งต่อผู้ป่วย (ด้วยเหตุผลเรื่องความกังวลในประเด็นการฟ้องร้องจะตามมา) จะลดลง ซึ่งในที่สุดจะส่งผลดีต่อระบบบริการสาธารณสุขและประชาชนที่เจ็บป่วยเอง*"

สำหรับสภาพปัญหาอันเป็นที่มาของข้อเสนอข้างต้น นพ.อำนาจ กุสลานันท์ อธิบายว่า *"เรากังวลมาก เพราะ ณ ปัจจุบันแพทย์ต้องรับผิดทางอาญาตลอด แต่ในร่างเดิมที่ได้เสนอไป ถ้ามีการประนีประนอม*

[48]เรื่องเดียวกัน.

กันแล้ว เนื่องจากไม่มีการพิสูจน์ถูกผิด ยังไม่รู่ว่าหมอประมาทหรือเปล่า ความรับผิดทางอาญาขอให้ยุติด้วย ซึ่ง พระราชบัญญัติจะสามารถยุติได้ เพราะเท่ากับประมวลกฎหมายอาญาเหมือนกัน อาจจะทุเลาลงได้ คือให้แพทย์มีความผิดเฉพาะประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้น คือเราไม่ได้บอกว่าแพทย์ไม่ผิด แต่ถ้าผิดก็ต้องเป็นประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้น เพราะความประมาทธรรมดานั้นมันพิสูจน์กันค่อนข้างยาก ยิ่งไม่มีการพิสูจน์ถูกผิดด้วยจะเป็นปัญหามาก ฉะนั้นเราก็เกรงว่าคดีอาญามันจะมากขึ้น"[49]

อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอเรื่องการคุ้มครองทางกฎหมายแก่แพทย์ไม่ได้รับการตอบรับ เนื่องจากสำนักงานกฤษฎีกาและกระทรวงยุติธรรมมีบันทึกความเห็นเบื้องต้นว่า การตัดสิทธิ์ฟ้องร้องคดีของผู้ป่วยจะทำให้ขาดหลักประกันว่าเงินที่ได้จะมีความเหมาะสม ได้สัดส่วนกับความเสียหาย[50] ในขณะที่นักกฎหมายหลายท่านชี้ตรงกันว่าการตัดสิทธิการฟ้องร้องทางอาญาถือเป็นการขัดต่อรัฐธรรมนูญ[51]

นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ชี้ว่ารูปแบบขั้นตอนการพิจารณาจ่ายเงินสัมพันธ์โดยตรงกับปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ กล่าวคือถ้ามีการกำหนดกฎเกณฑ์การจ่ายเงินที่เหมาะสม เช่นให้ผู้ที่ไปฟ้องร้องคดีต้องคืนเงินกองทุน จะช่วยลดปัญหาการฟ้องร้องได้หรือช่วยแบ่งเบาภาระแพทย์ที่ถูกดำเนินคดี

นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา อธิบายประเด็นดังกล่าวว่า *"ต่างประเทศให้เงินก้อนเดียว เอาหรือไม่เอา ถ้าไม่เอาไปฟ้องศาล จะเสียเงินเยอะ เสียเวลาเสียอะไรเยอะ ...อันนี้ได้ง่ายกว่า สะดวกกว่า เร็วกว่า ...ของเมืองไทยมาถึงให้เบื้องต้นไปก่อน ให้ไปทีหนึ่งแล้ว จะให้เงินชดเชยแบบแพ่งเลยนะ ...ถ้าดูแล้วไม่พอใจฟ้องได้อีก ...คือให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น เสร็จแล้วเงินชดเชยอีกทีหนึ่ง ...ให้เหมือนแพ่งเลย ค่ากลุ้มใจค่าอะไรได้หมด ถ้าเกิดให้มาแล้วยังไม่พอใจไปฟ้องได้อีก ...เกิดแพ้เงินเก่าก็ไม่คืน แถมคณะกรรมการยังอาจให้เงินเพิ่มได้ ...คือเวลานี้เรื่องการฟ้องนี่ไม่ได้แก้ เพราะเหตุว่าถ้าไม่พอใจเงินชดเชย ...คุณสามารถฟ้องศาลได้ ถ้าฟ้องศาลแล้วเงินชดเชยเขาจะไม่ให้แล้วให้แต่เงินช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเดียว แต่ถ้าฟ้องแล้วผู้ป่วยแพ้คณะกรรมการยังมีสิทธิที่จะให้คนไข้ได้อีก หากว่าแพ้ทางเทคนิค ...หรือถ้าหากคนไข้เกิดชนะขึ้นมากองทุนนี้ก็ไม่ได้จ่ายให้หมด ให้หมอจ่ายร่วมด้วย เวลาขึ้นศาลหมอก็ต้องหาทนายอีกคน ต้องไปเสียเงินอีก แล้วถ้าเกิดหมอแพ้ก็ต้องจ่ายเงินเพิ่มอีก ต้องมีประกันอีกอันหนึ่ง สองต่อเลย"*[52]

---

[49] นพ.อำนาจ กุสลานันท์ และ นพ.วิชัย โชควิวัฒน. ""หนุน - ต้าน" ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข".

[50] ข้อมูลจากบันทึกความเห็นเบื้องต้น โดยส่วนราชการฝ่ายเลขานุการ สำนักงานกฤษฎีกา เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ.2550

[51] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนักกฎหมายหลายท่าน

[52] นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา."พ.ร.บ.เดิมพันชีวิต (2)".

อย่างไรก็ตาม แพทยสภาเห็นว่าร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุขและฉบับภาคประชาชนกลับกำหนดจูงใจไปในทิศทางตรงกันข้ามกับที่ควรจะเป็น เพราะหากไม่มีการตัดสิทธิการฟ้องร้องแพทย์หลังผู้เสียหายได้รับเงินชดเชย ผู้เสียหายจะนำเงินดังกล่าวไปเป็นต้นทุนในการฟ้องร้องคดีต่อศาลต่อ

นอกจากนี้ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา อธิบายอีกว่ากลไกดังกล่าวจะไปหนุนเสริมกับช่องทางการฟ้องร้อง ตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ.2551[53] กล่าวคือ

"...ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้ขึ้นศาลไม่ได้ขึ้นหนังสือพิมพ์ทุกรายหรอก ส่วนน้อย ส่วนใหญ่เขาจ่ายกันเอง เขาคุยกันได้ ถ้าทำแบบนี้ ต่อไปต้องทำแบบนี้หมดเลย คดีมันจะเพิ่มขึ้น... กฎหมายแก้ไปจนหมอเสียเปรียบ ที่เป็นปัญหานี่ขึ้นมาก็คือผู้ป่วยฟ้องโดยคดีผู้บริโภคได้ ฟ้องปากเปล่าได้ ไม่ต้องเสียเงินทนาย ไม่ต้องเสียเงิน ...หมอต้องเป็นคนไปพิสูจน์ ซึ่งอันนี้ที่อันตราย ในต่างประเทศไม่มีแบบนี้..."[54]

8.4.3 โครงสร้างการได้มาและใช้จ่ายงบประมาณ

แพทยสภาคัดค้านร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... โดยเห็นว่าการเรียกเก็บเงินสมทบจะสร้างภาระทางการเงินให้แก่โรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลรัฐ ทำให้สุดท้ายผลเสียจะตกอยู่กับประชาชน ดังนั้นจึงเสนอให้ขยายมาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ให้ครอบคลุมระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบแทนการผลักดันร่างกฎหมายใหม่

ในเรื่องการสร้างภาระทางการเงิน นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา เห็นว่า "*ประชาชนจะกระเทือนมากกว่าวงการแพทย์ รวมถึงรัฐบาลด้วย เพราะใช้เงินมหาศาลเลย เพราะใครเสียหายอะไรก็ไม่ต้องดูว่าเพราะอะไร รับเงินหมด เงินจากกองทุน... แล้วสำนักงานก็อาจจะไม่ยอมจ่ายหมด เขาบอกว่าให้โรงพยาบาลช่วยจ่ายหมอ มาหาว่าหมอเป็นผู้ก่อการ จริงๆ เราไม่ใช่ผู้ก่อการร้ายนะ เขามาหาเรา... เก็บอย่างนี้ผมว่าโรงพยาบาลเอกชนไม่เดือดร้อนนะ ก็ไปเก็บกับคนไข้ต่อ แต่โรงพยาบาลที่มีเงินจำกัด ทั้งรักษาพยาบาลด้วย ใช้กับกองทุนนี้ด้วย เมื่อกองทุนนี้เอาเงินไปมาก ค่าทรัพยากรก็จะน้อยลง เพราะกองเดียวกัน ก็จะไม่รักษามากเพราะเงินไม่พอ*"[55]

ในเรื่องงบประมาณที่ใช้ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ประมาณการณ์ตัวเลขว่าถ้าคำนวณจากสภาพการณ์ในประเทศสวีเดน ประมาณการณ์ได้ว่าประเทศไทยจะต้องใช้จ่ายงบประมาณปีละ 24,000 ล้านบาท[56]

---

[53]แพทยสภามีข้อเสนอว่าบริการสาธารณสุขไม่ควรถูกรวมอยู่ใน พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ.2551

[54]นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา."พ.ร.บ.เดิมพันชีวิต (2)".

[55]เรื่องเดียวกัน

[56]นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา."พ.ร.บ.เดิมพันชีวิต (2)".

จากปัญหาที่กล่าวไป ข้อเสนอหลักของแพทยสภาจึงได้แก่การเสนอให้ขยายการเยียวยาความเสียหายทางการแพทย์ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ผ่านระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ รูปธรรมคือการผลักดันขยายสิทธิตามมาตรา 41 ให้ครอบคลุมกองทุน 3 กองทุน

ทั้งนี้ ข้อเสนอเรื่องการขยายสิทธิตามมาตรา 41 ให้ครอบคลุม เป็นข้อเสนอเบื้องต้นที่แพทยสภายืนยันตั้งแต่การประชุมร่วมในชั้นกฤษฎีกา โดย นพ.สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล เหรัญญิกแพทยสภา ชี้ว่าไม่จำเป็นต้องมีร่างกฎหมายฉบับใหม่ เนื่องจากมีกองทุนเดิมอยู่แล้ว[57] นอกจากนี้ นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ กรรมการแพทยสภา ซึ่งเข้าชี้แจงในฐานะตัวแทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถรองรับภารกิจดังกล่าวได้ เพราะมีโครงสร้างหน่วยงานที่ครอบคลุมพื้นที่สามารถให้บริการได้ทุกจังหวัด[58]

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าการขยายมาตรา 41 ดังกล่าว อาจถูกตั้งคำถามว่าเป็นการใช้เงินภาษีของรัฐทำประกันความเสี่ยงให้กับโรงพยาบาลเอกชน แทนที่จะให้โรงพยาบาลเอกชนซึ่งเป็นผู้ให้บริการรับผิดชอบกับความเสี่ยงในบริการของตนเอง

ในแง่ข้อเท็จจริง นพ.วิชัย โชควิวัฒน อธิบายว่างบประมาณที่ใช้สำหรับการเยียวยาชดเชยจะไม่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข โดยหากประมาณการจากงบประมาณที่เคยใช้สำหรับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะพบว่าตลอดระยะเวลาการดำเนินการ 6 ปีแรก มีการใช้งบประมาณเพียงร้อยละ 0.05 จากที่ตั้งไว้ร้อยละ 1 นอกจากนี้แพทย์ที่ช่วยผู้ป่วยให้ได้รับสิทธิตามมาตราดังกล่าวยังสามารถฟื้นฟูความสัมพันธ์อันดีระหว่างกันให้เกิดขึ้นได้ ดังเช่นกรณีโรงพยาบาลขอนแก่นที่แพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยซึ่งตาบอดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ให้ได้รับสิทธิดังกล่าว ผู้ป่วยก็ไม่ได้ฟ้องร้องแพทย์ในกระบวนการยุติธรรม (วิชัย โชควิวัฒน ม.ป.ป., น. 3)

นอกจากนี้ นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547-2553 พบว่ามีค่าใช้จ่ายในการช่วยเหลือเบื้องต้นทั้งหมดต่ำกว่างบประมาณที่ตั้งไว้ โดยใช้จ่ายเงินรวมทั้งสิ้น 296,466,183 บาท จากงบประมาณที่ตั้งไว้รวมทั้งสิ้น 336,145,300 บาท (สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ม.ป.ป.(3), น.12) ดังนั้น นพ.วิชัย โชควิวัฒน จึงชี้ว่า หากร่างกฎหมายใหม่ออกมา แม้อาจจะทำให้ต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้น แต่ก็ไม่น่าเกินสามเท่าจากที่เคยตั้งไว้ในมาตรา 41 ดังนั้นโรงพยาบาลรัฐจึงไม่เดือดร้อน ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนสามารถผลักภาระแก่ผู้ป่วยโดยไม่ส่งผลกระทบ (วิชัย โชควิวัฒนม.ป.ป. (4), น. 3)

---

[57]บันทึกการประชุมคณะกรรมการกฤษฎีกา ครั้งที่ 1 วันที่ 14 มีนาคม 2551

[58]เรื่องเดียวกัน

นอกจากมุมมองและข้อเสนอของแพทยสภาที่กล่าวไป มีนักกฎหมายท่านหนึ่งที่มีส่วนร่วมพิจารณาร่างกฎหมายในชั้นคณะกรรมการกฤษฎีกาให้สัมภาษณ์แก่ผู้วิจัยว่าข้อกล่าวหารุนแรงที่สุดที่ตัวแทนแพทยสภาในที่ประชุมใช้วิพากษ์วิจารณ์ตัวแทนภาคประชาชน คือชี้ว่ากลุ่มที่ผลักดันร่างกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขทำไปเพื่อต้องการแสวงหาผลประโยชน์จากการเข้ามาบริหารจัดการเงินกองทุน[59]

8.4.4 การมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญ

กรรมการแพทยสภาบางคนเห็นว่าร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเปิดให้ผู้เชี่ยวชาญมีส่วนร่วมน้อย ทั้งในกระบวนการร่างกฎหมายและเนื้อหากฎหมายที่ออกมา โดยเห็นได้จากสัดส่วนที่มาของคณะกรรมการหลักที่ไม่มีสัดส่วนของผู้เชี่ยวชาญอยู่เลย ประเด็นดังกล่าวเป็นความเห็นของแพทยสภาตั้งแต่การประชุมร่วมกับคณะกรรมการกฤษฎีกา ซึ่ง นพ.ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย เห็นว่าการไม่มีผู้แทนด้านวิชาชีพจะทำให้การพิจารณามาตรฐานวิชาชีพทำไม่ได้[60]

ในเรื่องการมีส่วนร่วมในกระบวนการร่างกฎหมาย นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา เห็นว่ากระบวนการร่างกฎหมายต้องมีตัวแทนวิชาชีพ แต่ข้อเท็จจริงกลับพบว่าผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก เช่น สภาการพยาบาล หรือสภาเภสัชกร กลับไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมแต่อย่างใด[61]

นอกจากนี้ สัดส่วนของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการตามร่างกฎหมายยังขาดตัวแทนผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นข้อเสนอหลักของแพทยสภาจึงได้แก่การเพิ่มสัดส่วนผู้เชี่ยวชาญเข้าไปในคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการต่างๆ นอกจากนี้ยังเห็นว่าการที่กฎหมายกำหนดให้ผู้ทรงคุณวุฒิถูกแต่งตั้งโดยฝ่ายการเมืองเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เพราะการวินิจฉัยเรื่องความผิดพลาดทางการแพทย์ จำเป็นต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ แต่ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... สัดส่วนคณะกรรมการส่วนใหญ่เป็นคนนอก รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิก็ถูกครอบงำจากฝ่ายการเมือง

นพ.อำนาจ กุสลานันท์ ชี้ประเด็นดังกล่าวว่า "*...คณะกรรมการชุดนี้อำนาจมหาศาล ฉะนั้นตัวของคณะกรรมการต้องเหมาะสม ซึ่งแพทยสภาเห็นว่าไม่มีตัวแทนของสภาวิชาชีพไปเลยแม้แต่คนเดียว เราเสนอไปขอตัวแทนของสภาวิชาชีพไป 6 คน กรรมการ 18 คน ไม่มีตัวแทนสภาวิชาชีพเลย... คณะอนุกรรมการที่พิจารณาเงินชดเชยก็ไม่มีตัวแทนสภาวิชาชีพอีกเช่นเดียวกัน.... การพิจารณาว่าจ่ายเงินหรือไม่เพียงใด ต้อง*

[59]ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนักกฎหมายท่านหนึ่ง

[60]บันทึกการประชุมคณะกรรมการกฤษฎีกา ครั้งที่ 1 วันที่ 14 มีนาคม 2551

[61]นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา."พ.ร.บ.เดิมพันชีวิต (2)".

อาศัยความรู้ทางวิชาแพทย์ จะให้บุคคลที่ไม่มีความรู้ทางวิชาแพทย์เกือบทั้งหมดมาพิจารณา อาจจะทำให้เกิดปัญหาและความเสียหายได้ ... ไม่อยากให้การเมืองเข้ามายุ่ง เพราะว่าผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนตั้งโดยรัฐมนตรี ซึ่งจริงๆ ไม่ควรเป็นฝ่ายการเมืองเข้า มา ควรเป็นกรรมการที่มีอยู่แล้ว เลือกผู้ทรงคุณวุฒิ"[62]

นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา อธิบายในประเด็นเดียวกันว่าหากให้ผู้ที่ขาดความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นผู้พิจารณา จะเกิดปัญหาเพราะ "*หมอต้องการความเป็นธรรม การพิจารณาโดยที่ไม่ใช้ผู้เชี่ยวชาญมาดู ก็ให้ทุกคน บางทีเป็นความผิดคนไข้ไม่กินยาตามที่เราบอก... บอกให้เข้าโรงพยาบาลแล้วหนีไป... เราต้องจ่ายด้วย... เขาไม่ดูเลย เขาบอกว่าเสียหาย ทุกคนที่เสียหายต้องได้รับการชดเชย ไม่ใช่ มันต้องดูด้วยว่าสาเหตุจากอะไร สมมติเราให้ยามะเร็งไป ผมร่วง ทีนี้บอกนี่เสียหาย ผมร่วง เลยต้องซื้อวิก ต้องจ่าย ถามว่าไม่รักษาได้ไหม ... ถ้าเป็นเพราะโรคเองไม่ให้ แต่ของไทยคนที่พิจารณาไม่ใช่หมอ แล้วจะรู้ได้ยังไงว่าโรคนี้มาจากกระบวนการโรคนี้มาจากการรักษา ...ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์และสาธารณสุขคือพวกผู้บริหารที่เป็นหมอ ซึ่งไม่เคยดูคนไข้มาเลย พูดแต่ละเรื่องนี่เราก็เห็นเลยว่าแกไม่มีความรู้ทางการแพทย์เลย แกไม่ได้ดูคนไข้มา 20 ปี"*[63]

นอกจากนี้ ในการพิจารณาร่างกฎหมายร่วมกับคณะกรรมการกฤษฎีกา แพทยสภาเสนอว่าหากจำเป็นต้องมีการร่างกฎหมายฉบับใหม่ (ข้อเสนอหลักของแพทยสภาคือให้ขยายสิทธิมาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 แทนการร่างกฎหมายฉบับใหม่) ก็ไม่ควรให้มีการจัดตั้งหน่วยงานใหม่เพื่อรองรับภารกิจ แต่ควรให้กรมบริการสุขภาพทำหน้าที่ดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม ฝ่ายที่สนับสนุนให้มีการจัดตั้งองค์กรใหม่ หรือให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินภารกิจดังกล่าว ได้แก่ นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์ ตัวแทนจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยเสนอว่า หน่วยงานที่ทำหน้าที่ตามร่างกฎหมาย "*ควรมีความน่าเชื่อถือเรื่องความเป็นกลางและความเป็นอิสระในระดับหนึ่ง ถ้าให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่บริการทำหน้าที่นี้ อาจก่อให้เกิดความขัดแย้งและปัญหาในอนาคต*"[64]

นอกจากนี้ คณะกรรมการกฤษฎีกามีความเห็นเกี่ยวกับประเด็นเรื่ององค์ประกอบของคณะกรรมการว่าควรมีการตรวจสอบมาตรฐานวิชาชีพจากหลายฝ่าย เพราะสาเหตุหนึ่งอันเป็นที่มาของร่างกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหาย เกิดจากการที่สภาวิชาชีพมักละเลยการตรวจสอบมาตรฐานวิชาชีพในช่วงที่ผ่านมา[65]

---

[62]นพ.อำนาจ กุสลานันท์ และ นพ.วิชัย โชควิวัฒน. ""หนุน - ต้าน" ร่างพ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข".

[63]นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา."พ.ร.บ.เดิมพันชีวิต (2)".

[64]บันทึกการประชุมคณะกรรมการกฤษฎีกา ครั้งที่ 1 วันที่ 14 มีนาคม 2551

[65]ข้อมูลจากบันทึกความเห็นเบื้องต้น โดยส่วนราชการฝ่ายเลขานุการ สำนักงานกฤษฎีกา เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ.2550

8.5 บทสรุป

จากการทบทวนกระแสผลักดันร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... พบว่า การคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข คือการกำกับดูแลเพื่อแก้ไขชดเชยผลลัพธ์ที่ผิดพลาดของบริการทางการแพทย์ (output) รวมถึงจำกัดผลกระทบจากความผิดพลาดและสร้างความเสียหายดังกล่าวไม่ให้ส่งผลสะเทือนสู่ขั้นตอนอื่นๆ ของระบบบริการสาธารณสุข

ทั้งนี้เพราะในสภาพที่ไร้การกำกับดูแล เมื่อผลลัพธ์มีความเสียหายก็จะส่งผลกระทบทางลบต่อสังคม เกิดผลกระทบต่อสังคม (outcome) ที่ไม่พึงปรารถนา ได้แก่ ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ ซึ่งเป็นการสร้างภาระต้นทุนให้กับคู่กรณีและกระบวนการยุติธรรมโดยไม่จำเป็น และหากเกิดขึ้นบ่อยครั้งก็จะทำให้ผู้ป่วยและแพทย์เสื่อมความไว้เนื้อเชื่อใจต่อกัน กล่าวคือผู้ป่วยจะขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ารับบริการ ในขณะที่แพทย์จะมีแนวโน้มทำ ‘เวชปฏิบัติแบบปกป้องตนเอง’ ซึ่งหมายถึงการรักษาพยาบาลโดยสั่งตรวจและวินิจฉัยมากเกินความจำเป็นเพื่อป้องกันปัญหาการฟ้องร้อง รวมถึงอาจต้องซื้อประกันความผิดพลาดทางการแพทย์ ส่งผลต่อเนื่องให้แพทย์และผู้ป่วยไม่เข้ารับหรือให้บริการโดยเต็มที่ มีปัญหาตั้งแต่ขั้นปัจจัยนำเข้า (input) ระบบบริการสาธารณสุขจึงไม่ดำเนินไปอย่างเต็มประสิทธิภาพแต่ตกอยู่ในสภาพที่ทั้งผู้ป่วยและแพทย์ต่างเสียประโยชน์

ดังนั้น เมื่อความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้โดยสมบูรณ์ เพราะบริการทางการแพทย์เป็นบริการที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่แน่นอนได้ การคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข จึงเป็นทางออกที่ทั้งแพทย์และผู้ป่วยต่างได้ประโยชน์ กล่าวคือ แนวคิดเรื่องการคุ้มครองผู้เสียหายมุ่งเยียวยาชดเชยความเสียหายให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากผลลัพธ์บริการสาธารณสุขที่ผิดพลาด ซึ่งหากมีระบบที่ถูกออกแบบอย่างเหมาะสมก็จะสร้างผลได้ต่อสังคม คือทำให้โอกาสที่แพทย์จะถูกผู้ป่วยฟ้องลดลง รวมถึงเปิดโอกาสให้แพทย์ฟื้นฟูความสัมพันธ์กับผู้ป่วยผ่านกระบวนการไกล่เกลี่ย และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการเยียวยาชดเชยตามช่องทางดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีการสร้างกลไกเพื่อเปลี่ยนผ่านผลร้ายให้กลายเป็นผลได้ต่อสังคม ด้วยการสร้างบทเรียนจากความผิดพลาด เพื่อนำไปใช้พัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

ในกรณีประเทศไทย การเคลื่อนไหวผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... คือการมุ่งสร้างระบบเยียวยาชดเชยความเสียหายตามแนวทางที่กล่าวไปข้างต้น โดยอาศัยเงินจากการจัดตั้งกองทุนที่เรียกเก็บเงินสมทบจากสถานพยาบาลในลักษณะการทำประกันความเสี่ยง

อย่างไรก็ตาม กระแสดังกล่าวกลับถูกต่อต้านอย่างรุนแรงจากแพทยสภาซึ่งมีหน้าที่กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์สาธารณะ

คณะกรรมการแพทยสภามีบทบาทสำคัญในการคัดค้านร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. .... โดยกรรมการแพทยสภาบางคนมีบทบาทในการยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ซึ่งบทบาทและข้อเสนอต่างๆ เมื่อประมวลรวมแล้วพบว่าสะท้อนหลักคิดของแพทยสภาดังต่อไปนี้

(1) แพทยสภาไม่ได้ให้ความสำคัญกับกลไกเยียวยาชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความรับผิดที่มีความรวดเร็วและเป็นธรรม เห็นได้จากการที่แพทยสภาสนับสนุนให้มีการออกแบบระบบการเยียวยาชดเชย โดยคำนึงถึงการกลั่นกรองผู้ที่มายื่นคำร้อง ให้มีขั้นตอนการพิจารณาที่เข้มงวดขึ้น รวมถึงให้จ่ายเงินช่วยเหลือเป็นงวดโดยคำนวณจากฐานภาษี โดยอธิบายว่าเพื่อให้ผู้เสียหายได้รับเงินอย่างสมเหตุสมผล ไม่มากเกินไป และไม่สิ้นเปลืองงบประมาณแผ่นดิน

การเสนอให้มีการสร้างระบบที่เข้มงวดในการจ่ายเงินเยียวยาชดเชยอาจเป็นผลมาจากมุมมองของกรรมการแพทยสภาจำนวนหนึ่งที่เห็นว่าในปัจจุบันผู้ป่วยมีสิทธิเพิ่มขึ้น แต่ขาดความรู้ความเข้าใจว่าบริการสาธารณสุขเป็นบริการที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่แน่นอนได้ ประกอบกับมีมือที่สามเข้ายุยงส่งเสริมทำให้มักใช้สิทธิอย่างเกินเลยโดยไม่คำนึงถึงข้อจำกัดทางการแพทย์

(2) แพทยสภาเห็นว่าปัญหาสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขที่แท้จริง ได้แก่ ปัญหาเรื่องการฟ้องร้องแพทย์ เห็นได้จากเนื้อหาในร่างกฎหมายที่โน้มเอียงไปในทางปกป้องคุ้มครองแพทย์โดยเฉพาะให้มีการคุ้มครองทางกฎหมายทั้งทางคดีแพ่งและคดีอาญา และการจูงใจกึ่งบังคับให้ผู้เสียหายเข้าสู่กระบวนการให้ความช่วยเหลือที่มีผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายของกระบวนการได้แก่สัญญาประนีประนอมยอมความทางแพ่งและสัญญายอมความมูลละเมิดทางอาญา รวมถึงข้อเสนอต่างๆ ของแพทยสภาที่เสนอให้มีการคุ้มครองแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง

(3) แพทยสภานำเสนอกลไกการคุ้มครองผู้เสียหายที่เอื้อประโยชน์ให้แก่แพทย์ กล่าวคือ เสนอให้คณะกรรมการมีสัดส่วนจากผู้แทนสภาวิชาชีพเพิ่มขึ้น เนื่องจากเห็นว่าบริการทางการแพทย์เป็นบริการที่ต้องอาศัยพึ่งพาความรู้ของผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาตัดสิน ซึ่งจากบทเรียนในระดับสากล แนวคิดการกำกับดูแลกันเองของผู้ประกอบวิชาชีพ มีแนวโน้มจะนำไปสู่ปัญหาการช่วยเหลือกันเองในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพ เพราะปราศจากการมีส่วนร่วมจากบุคคลภายนอก

(4) แพทยสภานำเสนอที่มาของเงินกองทุนที่เอื้อประโยชน์ให้สถานพยาบาลเอกชน กล่าวคือเสนอให้เงินกองทุนมีแหล่งที่มาสำคัญจากภาครัฐ แทนที่จะให้สถานพยาบาลเอกชนเป็นผู้ร่วมจ่ายสมทบด้วย

สาเหตุที่แพทยสภาสนับสนุนให้เงินกองทุนมีที่มาจากการสนับสนุนโดยรัฐ ตรงกันข้ามกับเครือข่ายภาคประชาชนที่เสนอให้สถานพยาบาลเอกชนเป็นผู้จ่าย อาจเป็นเพราะแพทยสภาเห็นว่าทุกวันนี้โรงพยาบาลเอกชนเป็นส่วนเสริมที่เข้ามาช่วยระบบบริการสาธารณสุขที่กำลังประสบปัญหาจากนโยบายรัฐที่ผิดพลาด ดังนั้นรัฐจึงควรเข้ามาแบ่งเบาภาระโรงพยาบาลเอกชนในการจ่ายประกันความเสี่ยงในขณะที่ผู้ที่เรียกร้องให้โรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้จ่าย เห็นว่าโรงพยาบาลเอกชนคือธุรกิจการแพทย์เอกชนที่ได้ผลกำไรจากการ ‘ค้าขาย’ บริการสาธารณสุข ดังนั้นจึงไม่ควรให้รัฐเข้ามาแบกรับภาระการทำประกันความเสี่ยงแทน เพราะเป็นการผิดหลักความรับผิดชอบที่ดี

จากข้อสังเกตที่กล่าวไปจะเห็นว่า แพทยสภาไม่ได้สนับสนุนแนวทางการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข แต่มุ่งคุ้มครองแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง กล่าวได้ว่าแพทยสภาไม่ให้ความสำคัญกับการแก้ไขชดเชยผลลัพธ์ที่ผิดพลาดเพื่อจำกัดผลเสียและแปรเปลี่ยนความผิดพลาดเป็นผลได้ต่อสังคม แต่มุ่งแก้ไขผลเสียต่อสังคมด้วยการปกป้องแพทย์เพียงประการเดียว

นอกจากนี้ ข้อเสนอของแพทยสภาเกี่ยวกับสัดส่วนที่มาของคณะกรรมการและที่มาของเงินกองทุน ไม่ว่าโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ เป็นข้อเสนอที่เอื้อประโยชน์ให้แก่แพทย์และเครือข่ายธุรกิจการแพทย์เอกชน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าข้อเสนอของแพทยสภาภายใต้กระแสผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข คือการเป็นปฏิปักษ์ต่อแนวทางคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยและประชาชน และพยายามแปรเปลี่ยนประเด็นให้กลายเป็นการคุ้มครองแพทย์ ภายใต้สมมติฐานที่ว่าการคุ้มครองแพทย์จาก ‘ภัยคุกคาม’ จะเท่ากับการคุ้มครองผู้ป่วยในระยะยาว

บทที่ 9
ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์

9.1 ความนำ

กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทยมีลักษณะเป็นกลไกการกำกับดูแลกันเองในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นการเฉพาะ (pure specialist self-regulation) ซึ่งถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากในช่วงหลังว่าเอื้ออำนวยให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญใช้ปกป้องผลประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันเองมากกว่าผลประโยชน์ของผู้รับบริการ ปัญหาทำนองนี้มิได้เกิดขึ้นเฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น หากเกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก จนเกิดกระแสแห่งการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่น่าสนใจหลายกรณี

รายงานวิจัยฉบับนี้ชี้ว่า รูปแบบของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่ตอบโจทย์เรื่องการรักษาสิทธิและการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผลที่สุดคือ กลไกการกำกับดูแลร่วมระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ (partnership regulation) เป้าหมายของการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของไทยจึงควรมุ่งสู่แนวทางของกลไกการกำกับดูแลร่วมเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สอดคล้องกับการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในหลายประเทศ

เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทยจึงควรถูกออกแบบภายใต้กรอบแนวคิดหลักของกลไกการกำกับดูแลร่วม อันได้แก่

- มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลัก
- สร้างระบบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างกว้างขวาง
- มีกระบวนการและวิธีทำงานที่โปร่งใสและตรวจสอบได้
- มีการกระจายอำนาจสู่องค์การกำกับดูแลหลายแห่ง โดยไม่ผูกขาดอำนาจอยู่ภายใต้องค์การกำกับดูแลเดียว
- มีความเป็นอิสระจากรัฐ กลุ่มทุน และกลุ่มผลประโยชน์ทางวิชาชีพ ภายใต้ระบบความรับผิดชอบที่เหมาะสมและเชื่อมโยงกับสาธารณะมากขึ้น

- มีระบบประเมินและรักษาสมรรถนะของแพทย์อย่างสม่ำเสมอและเป็นการประเมินภาคบังคับ

เนื้อหาในบทนี้แบ่งออกเป็นสองส่วนหลัก ส่วนแรกเป็นการทบทวนวรรณกรรมว่าด้วยการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในโลก ผ่านกรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้ ผ่านงานศึกษาของไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2555) ส่วนที่สองเป็นการนำเสนอข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย

9.2 การปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในโลก: กรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้

เนื้อหาในส่วนนี้เป็นการสรุปความจากงานศึกษาว่าด้วยการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ผ่านกรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้ ของไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2555)

จากการสำรวจพบว่ากลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในแต่ละประเทศมีลักษณะโครงสร้างองค์การเบื้องต้นที่แตกต่างกัน แต่มีลักษณะร่วมกัน คือ (1) มุ่งเน้นการปกป้องผลประโยชน์และคุ้มครองความปลอดภัยผู้ป่วยและประชาชน (2) สอดคล้องกับแนวคิดกลไกการกำกับดูแลร่วม และ (3) สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล ได้แก่ การกำหนดคุณสมบัติและแนวปฏิบัติที่ดีของกรรมการ การสร้างระบบประเมินและรักษาสมรรถนะของแพทย์อย่างสม่ำเสมอและเป็นการประเมินภาคบังคับ การสร้างระบบกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพที่มีลักษณะกระจายอำนาจ และการเปิดให้มีการตรวจสอบถ่วงดุลจากองค์การภายนอก

9.2.1 โครงสร้างองค์การเบื้องต้น

(1) สหราชอาณาจักร

แพทยสภาสหราชอาณาจักรเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย โดยได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคลในรูปองค์การการกุศลสาธารณะ (a registered charity) มีหน้าที่กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยมีภารกิจหลักได้แก่ (1) กำกับดูแลระบบและฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียน (2) ส่งเสริมมาตรฐานการเรียนการ

สอนและการฝึกอบรม (3) ส่งเสริมเวชปฏิบัติที่ดี และ (4) ดำเนินการต่อผู้ประกอบวิชาชีพที่มีคุณสมบัติไม่เหมาะสม

คณะกรรมการแพทยสภาสหราชอาณาจักรประกอบด้วยกรรมการ 24 คน แบ่งเป็น (1) ผู้ประกอบวิชาชีพ 12 คน มาจากการเลือกตั้งกันเองในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพ และ (2) บุคคลทั่วไป 12 คนเสนอชื่อโดยองค์พัฒนาเอกชนและองค์กรการกุศลที่ดำเนินการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคหรือสิทธิผู้ป่วยและสรรหาโดย 'Appointment Commission' ซึ่งเป็นองค์การอิสระทำหน้าที่ดำเนินกระบวนการแต่งตั้งคณะกรรมการในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการมีวาระการดำรงตำแหน่งตามที่คณะองคมนตรีกำหนด (เช่น วาระปี พ.ศ.2552-2555 กำหนดไว้ 4 ปี) โดยกรรมการแต่ละคนดำรงตำแหน่งได้ไม่เกิน 8 ปี ในช่วงเวลา 20 ปี

การบริหารจัดการองค์การจะดำเนินการโดย 'Chief Executive and Registrar' ซึ่งรับผิดชอบต่อประธานคณะกรรมการ โดยมีที่มาจากกระบวนการสรรหาต่างหากอีกกระบวนการหนึ่งและผู้ดำรงตำแหน่งดังกล่าวต้องไม่ใช่กรรมการแพทยสภา

ปัจจุบันแพทยสภาสหราชอาณาจักรมีเจ้าหน้าที่ราว 600 คน มีสำนักงานในลอนดอน คาร์ดิฟฟ์ (Cardiff) เอดินเบิร์ก (Edinburgh) และเบลฟาสต์ (Belfast) กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพประมาณ 231,000 คน (ข้อมูลปี 2552)

(2) นิวซีแลนด์

แพทยสภานิวซีแลนด์เป็นองค์การอิสระสังกัดรัฐสภา ทำหน้าที่กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม มีภารกิจหลักได้แก่ (1) กำกับดูแลระบบการขึ้นทะเบียนและการออกใบรับรองการประกอบวิชาชีพ (2) กำหนดมาตรฐานทางจริยธรรมและความประพฤติ (3) กำกับดูแลการเรียนการสอน การฝึกอบรม และการศึกษาต่อเนื่อง (4) บำบัดรักษาผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับความเจ็บป่วยจากการประกอบวิชาชีพ (5) ประเมินผู้ประกอบวิชาชีพเมื่อได้รับเรื่องร้องเรียน และ (6) ระงับการประกอบวิชาชีพของผู้ที่มีคุณสมบัติไม่เหมาะสม

คณะกรรมการแพทยสภานิวซีแลนด์ประกอบด้วยกรรมการตั้งแต่ 12-14 คน วาระปัจจุบันมี 12 คน แบ่งเป็น (1) ผู้ประกอบวิชาชีพ 4 คน มาจากการเลือกตั้งกันเองในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพ (2) ผู้ประกอบวิชาชีพ 4 คน แต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (3) ผู้ที่มิใช่ผู้ประกอบวิชาชีพ 4 คน แต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กฎหมายกำหนดให้กรรมการแต่ละคนดำรงตำแหน่งได้ไม่เกิน 9 ปี

ปัจจุบันแพทยสภานิวซีแลนด์กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพประมาณ 12,500 คน

(3) แอฟริกาใต้

คณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และทันตกรรม (Medical and Dental Professional Board) ถือเป็นสภาวิชาชีพเวชกรรมในประเทศแอฟริกาใต้ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากสองประเทศแรก กล่าวคือ สภาดังกล่าวจะถือเป็น 1 ใน 12 คณะกรรมการวิชาชีพที่อยู่ภายใต้อำนาจของ 'สภาใหญ่' นั่นคือ สภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้ซึ่งมีสถานะเป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย และทำหน้าที่กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทุกวิชาชีพ โดยมีภารกิจหลัก ได้แก่ (1) กำกับระบบการขึ้นทะเบียน (2) กำกับดูแลมาตรฐานการศึกษาและการฝึกอบรม และ (3) ควบคุมจริยธรรมและความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพ

คณะกรรมการสภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้ประกอบด้วยกรรมการ 32 คน แบ่งเป็น (1) ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพ 12 คณะ จำนวน 16 คน โดยคณะกรรมการแต่ละคณะมักมีตัวแทนอย่างน้อย 1 คน (2) ผู้แทนชุมชนที่ไม่มิใช่ผู้ประกอบวิชาชีพ 9 คน แต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (3) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข 2 คน (ต้องมี 1 คน เป็นนักกฎหมาย) (4) ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ 1 คน (5) ผู้แทนกระทรวงกลาโหม 1 คน และ (6) ผู้แทนสถาบันอุดมศึกษา 3 คน แต่งตั้งโดยสมาคมสถาบันอุดมศึกษาในแอฟริกาใต้

กล่าวสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะขึ้นตรงต่อคณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และทันตกรรม ซึ่งมีหน้าที่กำกับดูแลครอบคลุมไปถึงผู้ช่วยแพทย์ ทันตแพทย์ และนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ และมีภารกิจหลักได้แก่ (1) กำกับดูแลระบบการขึ้นทะเบียน (2) จัดทำมาตรฐานความรู้ความสามารถ การฝึกอบรม และพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน (3) พัฒนาเกณฑ์ว่าด้วยจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

คณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และทันตกรรมประกอบด้วยกรรมการ 45 คน แบ่งเป็น 8 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ประกอบวิชาชีพ 25 คน (ต้องมีผู้หญิงไม่ต่ำกว่า 10 คน) (2) ทันตแพทย์ 5 คน (ต้องมีผู้หญิงไม่ต่ำกว่า 2 คน) (3) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 3 คน แต่งตั้งโดย Higher Education South Africa (4) ผู้แทน Colleges of Medicine of South Africa 1 คน (5) นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 คน (6) ผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่เป็นทันตแพทย์ 1 คน แต่งตั้งโดย Higher Education South Africa (7) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข 1 คน และ (8) ผู้แทนชุมชนท้องถิ่น 8 คน แต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ต้องมี 2 คน เป็นนักกฎหมาย)

คณะกรรมการบริหารของคณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และทันตกรรม มี 9 คน มาจากการคัดเลือกกันเอง ซึ่งในทางปฏิบัติจะมาจากกรรมการทั้ง 8 กลุ่ม กลุ่มละอย่างน้อย 1 คน

ปัจจุบันคณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และทันตกรรมกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 83,975 คน ผู้ช่วยแพทย์และทันตแพทย์ 10,465 คน และ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1,100 คน

9.2.2 ลักษณะร่วม

(1) การปกป้องผลประโยชน์และคุ้มครองความปลอดภัยผู้ป่วยและประชาชน

กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งในสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้ มีการกำหนดเจตนารมณ์ขององค์การว่าเพื่อปกป้องผลประโยชน์และคุ้มครองความปลอดภัยผู้ป่วยและประชาชน โดยในกรณีประเทศสหราชอาณาจักรและนิวซีแลนด์ มีการเน้นย้ำอย่างชัดเชนว่าองค์การไม่ได้มีหน้าที่เป็นตัวแทนหรือปกป้องผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ก. สหราชอาณาจักร

แพทยสภาสหราชอาณาจักรกำหนดให้กรรมการทุกคนต้องปฏิบัติหน้าที่โดยคำนึงถึงประโยชน์สาธารณะเหนือผลประโยชน์ของตนหรือของวิชาชีพ นอกจากนี้ ยังระบุในกฎหมาย ‘Medical Act 1983’ ว่า “*เราไม่ได้อยู่ที่นี่เพื่อปกป้องผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ผลประโยชน์ของพวกเขาถูกปกป้องโดยองค์การอื่น งานของเราคือการปกป้องผู้ป่วย*” *(“We are not here to protect the medical profession - their interests are protected by others. Our job is to protect patients*”)

เพื่อให้บรรลุเจตนารมณ์ในย่อหน้าข้างต้นแพทยสภาสหราชอาณาจักรได้จัดทำกฎเกณฑ์และกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ เช่น ‘Ethical guidance’ ซึ่งมีเนื้อหาว่าด้วยคุณค่าของการเป็นแพทย์และมาตรฐานที่พึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เรื่องความปลอดภัยซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุด นอกจากนี้ยังมีข้อบังคับอื่นๆ เช่น Good medical practice (2006), Consent: patients and doctors making decisions together (2008), Good practice in research and consent to research (2010), Treatment and care towards the end of life (2010)

นอกจากนี้ แพทยสภาแห่งสหราชอาณาจักรกำหนดว่าก่อนที่แพทย์จบใหม่จะมีสิทธิขึ้นทะเบียนต้องผ่านสู่หลักสูตร ‘Foundation Program’ ซึ่งใช้เวลาฝึกอบรม 2 ปี มีเนื้อหาว่าด้วยแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โดยในขณะที่อยู่ระหว่างฝึกอบรมในหลักสูตรดังกล่าวผู้ประกอบวิชาชีพจะได้รับใบอนุญาตชั่วคราว

ข. นิวซีแลนด์

แพทยสภานิวซีแลนด์ระบุไว้ในกฎหมาย ‘Health Practitioners Competence Assurance Act’ ว่าเจตนารมณ์ขององค์การคือการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน นอกจากนี้ ยังกำหนดให้กรรมการทุกคนมีหน้าที่ปฏิบัติงานเพื่อผลประโยชน์ของประชาชน ไม่ใช่เพื่อแพทย์หรือกลุ่มวิชาชีพ

เพื่อให้บรรลุเจตนารมณ์ดังกล่าวแพทยสภานิวซีแลนด์ได้จัดทำประมวลแนวปฏิบัติว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยที่พิการ

ค. แอฟริกาใต้

คณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และทันตกรรมสนับสนุนให้ผู้ประกอบวิชาชีพยึดหลัก ‘Batho Pele Principles’ ซึ่งแปลว่าประชาชนมาก่อน กล่าวคือการให้บริการต้องคำนึงถึงประชาชนเป็นศูนย์กลาง รวมถึงยึดถือตามประกาศสิทธิผู้ป่วย

(2) แนวคิดกลไกการกำกับดูแลร่วม

กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งในประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้ เปิดพื้นที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนอกเหนือไปจากผู้ประกอบวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องกลไกการกำกับดูแลร่วม

ก. สหราชอาณาจักร

คณะกรรมการแพทยสภาประเทศสหราชอาณาจักรมีกรรมการที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพ 12 คน จากทั้งหมด 24 คน มีที่มาจากการเสนอชื่อโดยองค์การภาคประชาสังคมและสรรหาโดย ‘Appointment Commission’ รวมถึงเปิดให้ผู้ที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์สามารถดำรงตำแหน่งบริหารสำคัญได้แก่ ‘Chief Executive and Registrar’ นอกจากนี้ ยังกำหนดว่าในกระบวนการจัดทำมาตรฐานจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทยสภาจะต้องเปิดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม

ข. นิวซีแลนด์

แพทยสภาประเทศนิวซีแลนด์กำหนดให้มีกรรมการที่เป็นบุคคลที่ไม่มีสิทธิขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพไม่ต่ำกว่า 1 ใน 3 ของจำนวนกรรมการทั้งหมด มีที่มาจากการแต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ค. แอฟริกาใต้

‘สภาใหญ่’ หรือสภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้กำหนดให้มีกรรมการที่เป็นผู้แทนชุมชนที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพ 9 คน แต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จากกรรมการ

ทั้งหมด 32 คน นอกจากนี้ ยังไม่ได้กำหนดว่ากรรมการที่เป็นตัวแทนจากหน่วยราชการต่างๆ อีก 7 คน จะต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ส่วนในระดับคณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และทันตกรรมกำหนดให้กรรมการกลุ่มหนึ่งมีที่มาจากผู้แทนชุมชนท้องถิ่นที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพ 8 คน จากกรรมการทั้งหมด 45 คน โดย 2 ใน 8 คน ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย นอกจากนี้ ในทางปฏิบัติ ตัวแทนจากกลุ่มดังกล่าวอย่างน้อย 1 คนจะได้รับการเลือกจากที่ประชุมให้ดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการบริหารที่มีทั้งหมด 9 คน

นอกจากนี้ แพทย์และทันตยแพทยสภาประเทศแอฟริกาใต้กำหนดให้มีการทบทวนปรับปรุงมาตรฐานจริยธรรมทุก 5 ปี โดยจะต้องผ่านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

นอกจากที่กล่าวไปทั้งหมด กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งสามประเทศยังได้เปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นในกระบวนการพิจารณาเรื่องร้องเรียนทุกขั้นตอน ซึ่งจะเห็นได้จากรายละเอียดที่จะกล่าวถึงในหัวข้อ ‘การสร้างระบบกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพที่มีลักษณะกระจายอำนาจ’

(3) การกำหนดคุณสมบัติและแนวปฏิบัติที่ดีของกรรมการ

กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศสหราชอาณาจักร และนิวซีแลนด์ มีการกำหนดคุณสมบัติและแนวปฏิบัติที่ดีของกรรมการ เพื่อให้องค์การเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และเป็นอิสระจากรัฐ กลุ่มผลประโยชน์ และกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพดังนี้

ก. สหราชอาณาจักร

แพทยสภาอังกฤษมุ่งสร้างความเชื่อถือให้แก่แพทยสภา ด้วยการกำหนดแนวปฏิบัติต่างๆ เช่น การระมัดระวังในการให้ความเห็นส่วนตัว การหลีกเลี่ยงและการรายงานต่อที่ประชุมในกรณีที่มีผู้ติดต่อล็อบบี้ รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผลประโยชน์ของตนทั้งก่อนและหลังดำรงตำแหน่ง การกำหนดให้กรรมการที่มีปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อนต้องถอนตัวจากการประชุม งดปฏิบัติหน้าที่ และไม่แทรกแซงในเรื่องที่มีปัญหา นอกจากนี้ แพทยสภาสหราชอาณาจักรได้กำหนดคุณสมบัติต้องห้ามของกรรมการ เช่น ไม่อนุญาตให้ผู้เคยมีความผิดทุจริต หลอกลวง หรือเคยถูกพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต เข้ามาดำรงตำแหน่ง

ส่วนในเรื่องความโปร่งใสในการดำเนินงานแพทยสภาสหราชอาณาจักรกำหนดให้แพทยสภาเปิดเผยรายงานการประชุม การดำเนินการ และรายงานประจำปีทางเว็บไซต์

ข. นิวซีแลนด์

แพทยสภานิวซีแลนด์กำหนดให้กรรมการทุกคนต้องมีความเป็นอิสระ ไม่เป็นตัวแทนกลุ่มผลประโยชน์ใดๆ มีความซื่อสัตย์สุจริต ไม่มีอคติ ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน ต้องไม่ปฏิบัติเกินอำนาจหน้าที่และมติที่ประชุม ระมัดระวังการให้ความเห็นส่วนตัว รักษาความลับ รวมถึงต้องแจ้งให้ที่ประชุมทราบและถอนตัวจากองค์ประชุมหากมีผลประโยชน์ทับซ้อนในเรื่องที่กำลังพิจารณา มีหน้าที่ส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดคืนแพทยสภาหลังหมดวาระการดำรงตำแหน่ง นอกจากนี้ ยังมุ่งเน้นเรื่องความโปร่งใส ผ่านการเปิดเผยเอกสารการดำเนินงานต่างๆ เช่นเดียวกับแพทยสภาประเทศสหราชอาณาจักร

(4) ระบบประเมินและรักษาสมรรถนะของแพทย์อย่างสม่ำเสมอและเป็นการประเมินภาคบังคับ

กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้ มีหนึ่งในภารกิจหลักร่วมกันได้แก่การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นรายปี นอกจากนี้ ในกรณีสหราชอาณาจักรและนิวซีแลนด์พบว่ามีระบบการประเมินและรักษาสมรรถนะของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอควบคู่ไปกับภารกิจการขึ้นทะเบียนด้วย

ก. สหราชอาณาจักร

แพทยสภาสหราชอาณาจักรกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพทุกคนต้องขึ้นทะเบียนเป็นรายปี และมีระบบประเมินและรักษาสมรรถนะของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแต่ละคนในเรื่องการประกอบเวชปฏิบัติที่ดีทุก 5 ปีโดยระบบประเมินจะตรวจสอบทั้งในแง่ความรู้ ทักษะและความสามารถในการประกอบวิชาชีพ ความสามารถในการสื่อสารและทำงานเป็นทีม ความน่าเชื่อถือ คุณภาพในการดูแลรักษา และการคุ้มครองความปลอดภัยผู้ป่วย

ข. นิวซีแลนด์

แพทยสภานิวซีแลนด์กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพทุกคนต้องขึ้นทะเบียนและขอใบรับรองการประกอบวิชาชีพเป็นรายปี โดยในกระบวนการขอขึ้นทะเบียนจะมีการตรวจสอบผู้ประกอบวิชาชีพในแง่คุณสมบัติ ความสามารถ และความเหมาะสม และในการออกใบรับรองการประกอบวิชาชีพ จะมีการประเมินในเรื่อง ‘Clinical Competence’และ ‘Cultural Competence’ ทั้งนี้ เมื่อตรวจสอบเสร็จสิ้น แพทยสภาอาจกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพบางคนต้องขึ้นทะเบียนภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด

ค. แอฟริกาใต้

คณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และทันตกรรมกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพและนักเรียนแพทย์ต้องขึ้นทะเบียนเป็นรายปี และเปิดให้สามารถขอถอนชื่อโดยสมัครใจ แต่หากต้องการขึ้นทะเบียนใหม่ภายหลังถอนชื่อไปเกิน 1 ปีแต่ไม่เกิน 2 ปี ผู้ขอจะต้องผ่านหลักสูตรอบรม หรือผ่านการทำงานภายใต้

การกำกับของผู้ประกอบวิชาชีพเป็นเวลา 1 ปี หรือผ่านการสอบของคณะกรรมการวิชาชีพ แต่ถ้าไม่ได้ขึ้นทะเบียนเกิน 3 ปี ผู้ขอจะต้องยื่นใบสมัครเพื่อขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการ

(5) การสร้างระบบกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพที่มีลักษณะกระจายอำนาจ

กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งในประเทศสหราชอาณาจักรนิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้ออกแบบกลไกการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพที่มีลักษณะกระจายอำนาจเพื่อให้ (1) เกิดการคัดกรองเรื่องร้องเรียนและ (2) เกิดการถ่วงดุลอำนาจระหว่างกันเพื่อค้ำประกันว่าผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพจะได้รับความยุติธรรมจากกระบวนการ โดยเฉพาะการแบ่งแยกองค์การที่ทำหน้าที่พิจารณาตัดสินกรณีความผิดร้ายแรงในขั้นสุดท้ายออกจากสภาวิชาชีพโดยเด็ดขาด

ก. สหราชอาณาจักร

แพทยสภาสหราชอาณาจักรมีกระบวนการพิจารณาเรื่องร้องเรียนแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกคือขั้นตอนการกลั่นกรอง ดำเนินการโดยผู้ตรวจสอบคดี 2 คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่อาวุโสของแพทยสภา โดย 2 คนนี้ จะต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ 1 คนและผู้มิใช่ผู้ประกอบวิชาชีพ 1 คน

แนวทางการกลั่นกรองคือหากผู้ตรวจสอบคดีพบว่าเป็น (1) เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับความพึงพอใจซึ่งถือเป็นกรณีไม่ร้ายแรง จะแนะนำให้ผู้ป่วยติดต่อต้นสังกัดของผู้ประกอบวิชาชีพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้วให้รายงานผลการหาข้อยุติกลับมายังแพทยสภา (2) เรื่องที่เกิดขึ้นเกิน 5 ปี จะไม่รับพิจารณา ยกเว้นพิสูจน์ได้ว่าเป็นประโยชน์สาธารณะหรือมีเหตุผลสมควร และ (3) เรื่องเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบวิชาชีพ (doctor's fitness to practice) การไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานเวชปฏิบัติที่ดี (good medical practice) หรือความเหมาะสมในการประกอบวิชาชีพ (professional conduct) จะส่งเรื่องสู่ขั้นตอนที่สอง

ขั้นตอนที่สองคือการสืบสวนสอบสวน (investigation stage) ดำเนินการโดย 'Investigation Committee' ซึ่งเป็นอิสระจากแพทยสภา โดยในเบื้องต้น จะมีนายทะเบียน (registrar) เป็นผู้พิจารณาเรื่องร้องเรียนก่อนส่งเรื่องให้คณะกรรมการ มีหน้าที่รวบรวมพยานหลักฐานรวมถึงอาจขอให้จัดตั้งทีมประเมินสุขภาพผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกร้องเรียน 3 คน (บุคคลทั่วไป 1 คน และผู้ประกอบวิชาชีพ 2 คน ซึ่งในทางปฏิบัติมักเป็นจิตแพทย์) ซึ่งสุดท้าย นายทะเบียนอาจสรุปความเห็นเอง ส่งเรื่องให้ Investigation Committee หรือส่งเรื่องเข้าสู่กระบวนการไต่สวนและตัดสินเลยก็ได้ ในกรณีที่ทำการสรุปความเห็นเอง จะมอบหมายให้ผู้ตรวจสอบคดี 2 คน ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ 1 คน และบุคคลทั่วไป 1 คน สรุปผลว่าควรยุติการดำเนินการ ตักเตือน หรือจัดให้มีการทำข้อตกลงกับผู้ประกอบวิชาชีพ แต่หากพบว่าเป็นกรณีร้ายแรงก็จะส่ง

เรื่องร้องเรียนสู่ขั้นตอนต่อไป ทั้งนี้ หากผู้ตรวจสอบคดีตกลงหาข้อสรุปไม่ได้ให้ส่งเรื่องให้ Investigation Committee ชี้ขาด

ทั้งนี้ ในกรณีที่ผลการพิจารณาคือการตักเตือน ผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกตักเตือนในกรณีที่ไม่ใช่ fitness to practice มีสิทธิอุทธรณ์โดยขอให้ Investigation Committee เปิดการไต่สวนสาธารณะ แต่หากผลการตัดสินคือยืนยันการตักเตือนเช่นเดิม ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องถูกเปิดเผยความผิดเป็นเวลา 5 ปี ก่อนจะเก็บเข้าฐานข้อมูลของแพทยสภาที่สามารถเรียกดูย้อนหลังได้

ทั้งนี้ ระหว่างที่ดำเนินการในขั้นตอนที่สอง คณะกรรมการ 'Interim Orders Panel' ซึ่งเป็นอิสระจากแพทยสภาและมีบุคคลภายนอกเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการ อาจมีคำสั่งให้จำกัดหรือกำหนดขอบเขตการประกอบวิชาชีพของผู้ถูกร้องเรียนได้

สำหรับขั้นตอนที่สามคือการพิจารณาไต่สวน (adjudication stage) จะดำเนินการโดยคณะกรรมการ 'Fitness to Practice Panel' ซึ่งเป็นอิสระจากแพทยสภา มีสมาชิกชุดละ 3-5 คน ประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพและบุคคลภายนอกซึ่งผ่านการคัดเลือกจากการแข่งขันที่เปิดกว้าง ทั้งนี้ ก่อนเข้าสู่กระบวนการดังกล่าว แพทยสภาจะมอบหมายให้นักกฎหมาย 1 คนขึ้นไป ทบทวนว่าสมควรส่งเรื่องร้องเรียนเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการดังกล่าวนี้หรือไม่

การพิจารณาในขั้นตอนดังกล่าวจะมีกระบวนการเช่นเดียวกับศาล กล่าวคือเจ้าหน้าที่แพทยสภาซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิทางกฎหมายจะทำหน้าที่เป็นผู้กล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพ ในขณะที่คู่กรณีมีสิทธิ์ตั้งทนายความสู้คดี

เมื่อสิ้นสุดการพิจารณา คณะกรรมการอาจสั่งให้ยกคำร้อง ให้ประกอบวิชาชีพภายใต้เงื่อนไขที่มั่นใจว่าจะทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพไม่หวนกระทำผิดอีกและจะพัฒนาทักษะความรู้ให้ดีขึ้น ระงับการขึ้นทะเบียนไม่เกิน 12 เดือน หรือลบชื่อออกจากระบบทะเบียน โดยผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ป่วยที่ไม่พอใจคำตัดสินสามารถอุทธรณ์คำตัดสินต่อศาลสูงได้

ทั้งนี้ ในปัจจุบันแพทยสภาอยู่ระหว่างโอนย้ายภารกิจในขั้นตอนการไต่สวนออกจากองค์การ โดยโอนไปให้ 'Medical Practitioners Tribunal Service' เพื่อให้เกิดการแยกขาดกระบวนการสืบสวนสอบสวนและกระบวนการไต่สวนออกจากกันโดยเด็ดขาด

ข. นิวซีแลนด์

ในประเทศนิวซีแลนด์ ผู้มีสิทธิร้องเรียนเรื่องความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพหรือการละเมิดสิทธิด้านสุขภาพคือผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีหน้าที่แจ้งหากพบเห็นการประกอบ

วิชาชีพต่ำกว่ามาตรฐานโดยไม่ถือเป็นความผิดตามกฎหมาย อีกทั้ง นายจ้างมีหน้าที่ต้องรายงานในกรณีที่มีผู้ประกอบวิชาชีพถูกไล่ออกหรือลาออกจากงานด้วยเหตุผลเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบวิชาชีพ

ขั้นตอนการพิจารณาเรื่องร้องเรียนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศนิวซีแลนด์ จะดำเนินการโดย 3 หน่วยงาน มีกระบวนการบางส่วนต่อเนื่องกันแต่ล้วนเป็นอิสระจากกัน

หน่วยงานแรกคือ 'Health and Disability Commissioner' มีหน้าที่เป็น 'ด่าน' รับเรื่องร้องเรียน ในกรณีที่ประชาชนร้องเรียนโดยตรงต่อแพทยสภา แพทยสภาก็จะส่งต่อเรื่องสู่องค์การดังกล่าวเช่นกัน ยกเว้นหากผู้ประกอบวิชาชีพถูกตัดสินมาก่อนจากกระบวนการทางศาลว่ามีความผิดบางประเภท หรือหากแพทยสภาเห็นว่าเรื่องร้องเรียนเกี่ยวข้องกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วย แพทยสภาสามารถนำเรื่องเข้าสู่กระบวนการโดยไม่ต้องส่งเรื่องสู่ Health and Disability Commissioner

นอกจากนี้ ผู้บริหารในตำแหน่ง commissioner และผู้ดำรงตำแหน่ง director of proceedings ของ Health and Disability Commissioner ยังมีสิทธิหยิบเรื่องขึ้นมาพิจารณาเองได้หากมีเหตุผลอันสมควร

แนวปฏิบัติของ Health and Disability Commissioner คือในเบื้องต้นจะแนะนำให้ผู้ป่วยติดต่อกลับไปยังผู้ถูกร้องเรียนหรือตัวแทนสถานพยาบาลที่เกิดปัญหาเพื่อหาทางออกร่วมกัน โดยกำหนดให้ผู้ที่ได้รับการติดต่อมีหน้าที่ต้องตอบกลับโดยไม่ชักช้า เมื่อผ่านกระบวนการดังกล่าว องค์การมีทางเลือกได้แก่

(1) ยุติการดำเนินการหากเห็นว่าผู้ร้องได้รับการเยียวยาเพียงพอ หรือมีการแก้ไขปรับปรุงแล้ว นอกจากนี้ ในทางปฏิบัติ หน่วยงานยังอาจร้องขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพขอโทษผู้เสียหาย

(2) ส่งเรื่องให้ผู้ให้คำปรึกษาฝ่ายผู้บริโภค (HDC Consumer advocate) ซึ่งเป็นประชาชนในชุมชนท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมและผ่านเกณฑ์คุณสมบัติแต่เป็นอิสระจากหน่วยงาน มาทำหน้าที่ให้คำแนะนำเพื่อหาข้อยุติแต่ไม่มีอำนาจในการไกล่เกลี่ยหรือตัดสิน ทั้งนี้ หากกระบวนการดังกล่าวไม่ประสบความสำเร็จจะส่งเรื่องกลับคืน Health and Disability Commissioner

ในทางปฏิบัติพบว่ากลไกดังกล่าวเป็นช่องทางที่สามารถยุติปัญหาส่วนใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(3) เชิญคู่กรณีมาไกล่เกลี่ยข้อพิพาท

(4) สืบสวนสอบสวนต่อ ในกรณีที่เห็นว่ามีการละเมิดสิทธิผู้ป่วย หรืออาจมีการกระทำผิดอื่นที่ยังไม่ได้รับการเปิดเผย โดยในทางปฏิบัติเรื่องร้องเรียนประมาณร้อยละ 10 ของทั้งหมดจะเข้าสู่กระบวนการดังกล่าว ใช้เวลาประมาณ 12-18 เดือนต่อ 1 เรื่อง

(4) ส่งเรื่องให้หน่วยงานเกี่ยวข้อง เช่น แพทยสภา

หน่วยงานที่สองที่มีหน้าที่พิจารณาตัดสินเรื่องร้องเรียน ได้แก่ แพทยสภา โดยจะแยกกระบวนการพิจารณาเรื่องร้องเรียนออกเป็นสองกระบวนการตามลักษณะเรื่องร้องเรียน ดังนี้

(1) เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับความประพฤติหรือจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ (professional conduct) แพทยสภาจะส่งให้คณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพ (Professional Conduct Committees) ซึ่งได้รับการแต่งตั้งโดยแพทยสภาแต่ดำเนินงานเป็นอิสระ มีกรรมการชุดละ 3 คน ประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพ 2 คน และบุคคลทั่วไป 1 คน โดยคณะกรรมการสามารถแต่งตั้งที่ปรึกษาทางกฎหมายเพิ่มเติมโดยผ่านความเห็นชอบของแพทยสภา

คณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพจะแต่งตั้ง 'Investigators' ทำหน้าที่สืบสวนสอบสวนเพื่อสรุปความเห็นพร้อมข้อเสนอแนะให้คณะกรรมการ เมื่อคณะกรรมการได้รับรายงานอาจพิจารณาให้แพทยสภาดำเนินการทบทวนความเหมาะสมหรือความสามารถในการประกอบวิชาชีพ (กระบวนการในข้อ (2)) ให้แพทยสภาปรึกษากับผู้ถูกร้องเรียน กำหนดขอบเขตการประกอบวิชาชีพ หรือแจ้งตำรวจ

ระหว่างที่คณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพดำเนินการตามที่กล่าวไป แพทยสภามีสิทธิระงับใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพชั่วคราว หรือกำหนดเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ

(2) เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบวิชาชีพ แพทยสภาจะแจ้งผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนให้รับทราบ ให้ข้อมูลที่จำเป็น และเปิดให้ชี้แจงหรือแก้ต่าง ซึ่งภายหลังพิจารณาพยานหลักฐานแล้ว แพทยสภาอาจสั่งให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนต้องเข้าหลักสูตรอบรม กำหนดเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ ทดสอบประเมินความรู้ความสามารถ หรือเข้ารับการปรึกษาจากบุคคลที่แพทยสภากำหนด

การพิจาณาตามกระบวนการในข้อ (2) นี้ จะเริ่มขึ้นเมื่อคณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพแนะนำแพทยสภา หรือแพทยสภาได้รับรายงานเรื่องดังกล่าวจากผู้ประกอบวิชาชีพคนอื่นหรือนายจ้าง นอกจากนี้คณะกรรมการแพทยสภายังมีสิทธิเลือกหยิบเรื่องขึ้นมาพิจารณาเองได้หากเห็นสมควร

หน่วยงานที่สามที่มีหน้าที่พิจารณาตัดสินเรื่องร้องเรียน ได้แก่ 'Health Practitioners Disciplinary Tribunal' ซึ่งเป็นหน่วยงานพิจารณาความผิดในขั้นสุดท้ายในกรณีเป็นเรื่องร้องเรียนที่ร้ายแรง ประกอบด้วยประธาน 1 คนเป็นนักกฎหมาย และบุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพ 1 คน และผู้ประกอบวิชาชีพ 3 คน ซึ่งสองกลุ่มหลังนี้ประธานกรรมการจะคัดเลือกจากผู้ที่มีรายชื่ออยู่ใน 'องค์คณะของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ' ที่ประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพทุกสาขาและบุคคลทั่วไปซึ่งถูกแต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการ

กระทรวงสาธารณสุข สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพนั้น เกณฑ์การคัดเลือกของประธานคือจะต้องเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงด้านจริยธรรมและได้รับการยอมรับนับถือ และไม่เป็นสมาชิกสภาวิชาชีพเดียวกับผู้ที่ถูกร้องเรียน

Health Practitioners Disciplinary Tribunal จะรับเรื่องจาก 2 ช่องทาง คือจากคณะกรรมการจริยธรรมแพทยสภา หรือ Health and Disability Commissionerในกรณีที่เป็นเรื่อง

เมื่อรับเรื่องแล้ว Health Practitioners Disciplinary Tribunal จะแจ้งเรื่องให้ผู้ถูกกล่าวโทษ ผู้ร้อง และสภาวิชาชีพทราบ แล้วเปิดให้มีการประชุมรับฟังข้อเท็จจริงเบื้องต้นร่วมกับทนายของคู่กรณีก่อนเริ่มดำเนินการพิจารณาพยานหลักฐานและคำชี้แจง ซึ่งจะดำเนินการอย่างเปิดเผยยกเว้นในบางกรณีที่เห็นว่าไม่สมควร หลังจากนั้นจะดำเนินการพิจารณาครบองค์คณะแล้วตัดสินโดยยึดหลักเสียงข้างมาก ทั้งนี้กระบวนการทั้งหมดต้องแล้วเสร็จในเวลาไม่เกิน 60 วัน

ผลตัดสินอาจกำหนดให้ยกคำร้อง ประณาม ให้ประกอบวิชาชีพภายใต้เงื่อนไข ระงับการขึ้นทะเบียนชั่วคราวไม่เกิน 3 ปี ให้เพิกถอนบอนุญาต หรือให้ชำระค่าปรับเทียบเป็นเงินไทยไม่เกิน 774,600 บาท รวมถึงชำระค่าดำเนินการพิจารณาทั้งหมดหรือบางส่วนในทุกขั้นตอนที่ผ่านมา ทั้งนี้ คู่กรณีที่ไม่พอใจสามารถอุทธรณ์ต่อศาลสูงได้

ค. แอฟริกาใต้

หน่วยงานที่ทำหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศแอฟริกาใต้ได้แก่ 'สภาใหญ่' คือสภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้ โดยผู้ที่มีสิทธิร้องเรียนได้แก่ผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป นอกจากนี้ ยังกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่ทราบการกระทำผิดหรือไม่เหมาะสม รายงานผู้ประกอบวิชาชีพคนอื่นหรือรายงานตนเองแก่สภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้ทราบ

เมื่อได้รับเรื่องร้องเรียน สภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้จะพิจารณากลั่นกรองโดยหากเป็น (1) เรื่องไม่ร้ายแรงที่ร้องเรียนโดยประชาชนทั่วไปหรือผู้ประกอบวิชาชีพ จะตักเตือนหรือเรียกผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกร้องเรียนมาชี้แจงข้อเท็จจริง แต่หากเป็น (2) เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับจริยธรรมหรือมาตรฐานแห่งวิชาชีพนายทะเบียนของสภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้ จะส่งเรื่องพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องให้คณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และทันตกรรม

คณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และทันตกรรมมีกระบวนการพิจารณาเรื่องร้องเรียนแบ่งเป็นสองขั้นตอน ขั้นตอนแรกคือขั้นตอนสืบสวนสอบสวนดำเนินการโดยคณะกรรมการไต่สวนข้อเท็จจริงเบื้องต้น (preliminary committee of inquiry) มีหน้าที่รวบรวมข้อเท็จจริง พยาน หลักฐาน หากพบว่าเป็น

กรณีผิดจริยธรรมไม่ร้ายแรงคณะกรรมการจะตัดสินยุติเรื่องเอง แต่หากพบว่าเป็นเรื่องร้ายแรงจะส่งเรื่องร้องเรียนสู่ขั้นตอนที่สอง

ขั้นตอนที่สองคือการพิจารณาตัดสินเรื่องร้องเรียนที่เป็นกรณีร้ายแรง ดำเนินการโดยคณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพ คณะกรรมการดังกล่าวมีประธานและสมาชิกส่วนหนึ่งมาจากผู้ที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพทำหน้าที่ดำเนินการไต่สวนข้อเท็จจริง เชิญผู้เกี่ยวข้องมาให้ถ้อยคำ และสืบพยานผู้เชี่ยวชาญที่มีความเป็นอิสระ โดยกระบวนการจะเปิดเผยต่อสาธารณะยกเว้นในบางกรณีที่เห็นว่าไม่สมควร หลังจากนั้นจะเริ่มดำเนินการ 'disciplinary hearing' ผ่านการเชิญผู้ร้องและถูกร้องมาให้ข้อมูล โดยในขั้นตอนหลังสุดนี้ จะมีการตั้งผู้พิพากษาหนึ่งคนทำหน้าที่ให้คำปรึกษาคณะกรรมการ

เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการพิจารณา คณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพอาจตัดสินให้ตักเตือน ตำหนิ พักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต ปรับชำระค่าใช้จ่ายในการ*ดำเนินการของกระบวนการทั้งหมด หรือกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่กระทำผิดต้องให้บริการชดเชยตามเวลาที่กำหนด*

ผู้ที่ไม่พอใจผลคำตัดสินของคณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพสามารถอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ ซึ่งแต่งตั้งโดยสภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้ ประกอบด้วยประธานที่เป็นผู้มีประสบการณ์ด้านกฎหมายมาไม่ต่ำกว่า 10 ปี ผู้ประกอบวิชาชีพสาขาเดียวกับผู้ถูกร้องไม่เกิน 2 คน และ ตัวแทนชุมชน 1 คน โดยคณะกรรมการอาจยืนยันคำตัดสิน แก้ไขคำสั่ง หรือสั่งให้มีการพิจารณาใหม่ก็ได้

(6) การเปิดให้มีการตรวจสอบถ่วงดุลจากองค์การภายนอก

แพทยสภาสหราชอาณาจักรและสภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้เปิดให้มีการตรวจสอบถ่วงดุลจากองค์การภายนอกเพื่อให้เกิดความโปร่งใสและความน่าเชื่อถือ โดยเฉพาะในกรณีแพทยสภาสหราชอาณาจักรกล่าวได้ว่ามีการสร้างกระบวนการตรวจสอบถ่วงดุลที่เข้มข้นในทุกขั้นตอน

ก. สหราชอาณาจักร

การตรวจสอบแพทยสภาสหราชอาณาจักรกระทำโดย 'Council for Healthcare Regulatory Excellence' ซึ่งมีสมาชิก 8 คน ประกอบด้วย (1) ประธานกรรมการ 1 คน มาจากการแต่งตั้งขององคมนตรี (2) กรรมการ 3 คน แต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุขประเทศสหราชอาณาจักร (3) กรรมการ3 คน แต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุขประเทศสก็อตแลนด์ เวลส์ และ ไอร์แลนด์เหนือและ (4) กรรมการ 1 คน ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้บริหาร มีที่มาจากการแต่งตั้งกันเองโดยกรรมการ 3 กลุ่มก่อนหน้า

คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ตรวจสอบการปฏิบัติงานของแพทยสภารวมถึงองค์การด้านสุขภาพอื่นๆ นอกจากนี้ ยังมีหน้าที่ส่งเสริมผลประโยชน์ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป จัดทำแนวปฏิบัติที่ดีขององค์กร

กำกับดูแลด้านสุขภาพ รวมถึงจัดทำหลักการของกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพที่ดี แล้วผลักดันให้หน่วยงานด้านสุขภาพต่างๆ รับไปใช้

คณะกรรมการดังกล่าวมีอำนาจตรวจสอบกระบวนการพิจารณาเรื่องร้องเรียนของแพทยสภา โดยจะตรวจเรื่องร้องเรียนที่เข้าสู่กระบวนการพิจารณาของ Fitness to Practice Panel และสุ่มตรวจคำตัดสินทั่วไปของแพทยสภา หากเห็นว่าคำตัดสินใดมีเนื้อหาปกป้องผู้ประกอบวิชาชีพ คณะกรรมการจะดำเนินการฟ้องร้องต่อศาล อย่างไรก็ตาม แม้ฟ้องร้องไปแล้วก็มีสิทธิประสานงานคู่กรณีให้มาระงับข้อพิพาทด้วยกระบวนการทางเลือก

ข. นิวซีแลนด์

กระทรวงสาธารณสุขคือหน่วยงานที่มีหน้าที่ตามกฎหมายในการตรวจสอบการทำงานของแพทยสภานิวซีแลนด์ รวมถึงมีอำนาจในการออกกฎหมายกำหนดสัดส่วนกรรมการแพทยสภา

แอฟริกาใต้

สภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้จะถูกตรวจสอบจากคณะกรรมการที่ทำหน้าที่เป็น ‘Councillors’ และ ผู้ตรวจสอบบัญชี นอกจากนี้ ยังมี Audit Committee of Council ทำหน้าที่ตรวจสอบกิจกรรมและการดำเนินงาน

9.3 ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทย

วัตถุประสงค์หลักของการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทย คือ การสร้างกลไกการกำกับดูแลร่วมเพื่อบรรลุธรรมาภิบาลทางคลินิก โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ผู้วิจัยเสนอให้มีการออกกฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบังคับใช้แทนที่พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 หัวใจสำคัญของกฎหมายฉบับใหม่คือการกำหนดให้กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยประกอบด้วย 2 องค์การหลัก ได้แก่ *คณะกรรมการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ (คกพ.)* ซึ่งเป็นองค์การที่จัดตั้งขึ้นใหม่ตามกฎหมายฉบับใหม่ และ *แพทยสภา* ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนอำนาจหน้าที่ให้แตกต่างจากที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดย คกพ.จะรับโอนหน้าที่ด้านการควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพมาจากแพทยสภา และมีกรรมการทั้งที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

แพทย์ ส่วนแพทยสภาจะทำหน้าที่หลักเป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ การจัดทำมาตรฐานการประกอบวิชาชีพแพทย์ และบริหารจัดการระบบทะเบียนประวัติและการออกและต่อใบอนุญาตแพทย์ รวมถึงหน้าที่ด้านการศึกษาแพทย์ด้วย

9.3.1 คณะกรรมการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ (คกพ.)

ตามบทบัญญัติมาตรา 7 ของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 กำหนดวัตถุประสงค์ของแพทยสภาไว้ 6 ประการ ดังนี้

(1) ควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

(2) ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์

(3) ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติของสมาชิก

(4) ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษาแก่ประชาชนและองค์กรอื่นในเรื่องที่เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข

(5) ให้คำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับปัญหาการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ

(6) เป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

ผู้วิจัยเสนอให้มีการแยกอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวเนื่องกับการ “ควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม” ตามมาตรา 7(1) ของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 ออกจากแพทยสภา ไปสู่ “คณะกรรมการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์” (คกพ.) องค์การกำกับดูแลที่จัดตั้งขึ้นใหม่ตามกฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมฉบับใหม่

เนื้อหาสาระขั้นต่ำเกี่ยวกับ คกพ. ที่ควรกำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมฉบับใหม่ควรมีรายละเอียดดังนี้

อำนาจหน้าที่

คกพ. มีเจตนารมณ์ในการกำกับดูแลเพื่อมุ่งพัฒนามาตรฐานการประกอบวิชาชีพ และควบคุมพฤติกรรมของแพทย์ให้เป็นไปตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ทั้งนี้ คกพ. ควรมีอำนาจหน้าที่หลัก 3 ประการ ดังนี้

(1) พิจารณาตัดสินเรื่องกล่าวหา และ/หรือ เรื่องกล่าวโทษ ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการพัฒนามาตรฐานการประกอบวิชาชีพแพทย์ควบคู่กับคำตัดสินในแต่ละกรณีด้วย

(2) นำส่งผลการตัดสินให้แพทยสภาดำเนินการตามคำตัดสิน เช่น การให้ประกอบวิชาชีพภายใต้เงื่อนไข (เช่น อบรมพัฒนาความสามารถเพิ่มเติม) การพักใช้ หรือการเพิกถอนใบอนุญาต

(3) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และความปลอดภัยของผู้ป่วย และสรุปบทเรียนจากประสบการณ์ความผิดพลาดในอดีต เพื่อยกระดับมาตรฐานการประกอบวิชาชีพแพทย์

องค์ประกอบ

ให้ คกพ. มีกรรมการทั้งที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและไม่เป็น โดยมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 8 คน ประกอบด้วย

(1) กรรมการที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 4 คน ได้แก่ กรรมการจากการคัดเลือกโดยแพทยสภา 1 คน คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1 คน ที่ประชุมคณบดีคณะแพทยศาสตร์ 1 คน และที่ประชุมร่วมประธานราชวิทยาลัย 1 คน

(2) กรรมการที่ไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 4 คน ได้แก่ กรรมการจากการคัดเลือกโดยองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค 2 คน และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2 คน

คุณสมบัติและคุณสมบัติต้องห้าม

(1) *กรรมการที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม* มีคุณสมบัติดังนี้

- เคยดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยราชการเทียบเท่าระดับกรมขึ้นไป หรือผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานในกำกับของรัฐที่เกี่ยวเนื่องกับระบบสาธารณสุข คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศาสตราจารย์สาขาแพทยศาสตร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐาน HA หรือเทียบเท่า (สมัยที่ดำรงตำแหน่ง)
- เป็นสมาชิกแพทยสภาไม่ต่ำกว่า 20 ปี
- ต้องไม่เป็นคณะกรรมการบริหารและคณะอนุกรรมการของแพทยสภา
- ต้องไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งบริหาร หรือผู้ถือหุ้นของโรงพยาบาล
- ต้องไม่เคยถูกลงโทษด้านจริยธรรมตาม พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม

(2) *กรรมการที่ไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม* มีคุณสมบัติดังนี้

- เคยดำรงตำแหน่งกรรมการของหน่วยงานในกำกับของรัฐ หรือกรรมการระดับชาติที่เกี่ยวเนื่องกับระบบสาธารณสุข หรือ
- มีประสบการณ์ทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่องและโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์ ไม่ต่ำกว่า 10 ปี หรือ
- มีประสบการณ์ทำงานด้านการทำวิจัยด้านระบบสาธารณสุข และ/หรือด้านการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างต่อเนื่องและโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์ไม่ต่ำกว่า 10 ปี หรือ
- มีประสบการณ์ทำงานด้านกฎหมายหรือการสืบสวนสอบสวน อย่างต่อเนื่องและโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์ไม่ต่ำกว่า 10 ปี

การสรรหา

การสรรหาคณะกรรมการในชั้นแพทยสภา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ราชวิทยาลัย ที่ประชุมคณบดีคณะแพทยศาสตร์ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ให้คณะกรรมการในองค์การเหล่านั้นสามารถเสนอชื่อผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามกฎหมาย โดยได้รับความยินยอมจากเจ้าตัว เพื่อเข้ารับการสรรหา หรือให้ผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามกฎหมายสามารถสมัครเข้ารับการสรรหาด้วยตัวเองได้

คณะกรรมการในแต่ละองค์การลงคะแนนเสียงคัดเลือกผู้เข้ารับการสรรหา โดยผู้ที่ได้รับคะแนนเสียงสูงสุดตามจำนวนที่ต้องการเป็นผู้ได้รับคัดเลือกจากแต่ละองค์การ และให้องค์การจัดทำบัญชีลำดับคะแนนของผู้เข้ารับการสรรหา ในกรณีที่ผู้ได้รับคัดเลือกพ้นจากตำแหน่งก่อนหมดวาระ ให้เลื่อนผู้ที่อยู่ในบัญชีเข้ามาดำรงตำแหน่งแทนตามลำดับคะแนน

วาระการดำรงตำแหน่ง

คกพ. มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 5 ปี และดำรงตำแหน่งได้ไม่เกิน 2 วาระ

กระบวนการรับและพิจารณาเรื่องร้องเรียน

ผู้เสียหาย ญาติผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์รายอื่น หรือองค์การคุ้มครองผู้บริโภค สามารถกล่าวหาหรือกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่ไม่ปฏิบัติตามจริยธรรมหรือมาตรฐานการประกอบวิชาชีพที่สำนักงานคณะกรรมการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์

จากนั้น คณะอนุกรรมการกลั่นกรอง ซึ่งมีเลขาธิการสำนักงานฯ เป็นประธานอนุกรรมการ พิจารณาว่าจะรับหรือไม่รับพิจารณา ในคดีที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยให้จัดการโดยแจ้งต่อต้นสังกัด (มีกลไกติดตามผลการดำเนินการของต้นสังกัด) ในคดีขนาดเล็กและมีความผิดเป็นที่ประจักษ์ให้คณะอนุกรรมการ

กลั่นกรองสามารถตัดสินลงโทษได้ โดยแจ้งให้ คกพ. ทราบ ทั้งนี้ คกพ. มีอำนาจที่จะนำคดีเหล่านี้กลับมาพิจารณาในชั้น คกพ. ได้ด้วยคะแนนเสียงข้างมาก

สำหรับคดีทั่วไป หากคณะอนุกรรมการกลั่นกรองมีมติรับไว้พิจารณาให้ส่งต่อไปยัง คกพ. เพื่อมอบให้คณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียนชุดใดชุดหนึ่ง ซึ่ง คกพ. แต่งตั้งขึ้นจำนวนรวมทั้งสิ้น4 คณะ ทำหน้าที่สืบสวนและไต่สวนเรื่องร้องเรียน และตัดสินลงโทษ

สำหรับองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียน ให้มีกรรมการ คกพ. ที่เป็นและไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์อย่างละ 1 คน เป็นประธานร่วม และให้ประธานร่วมแต่งตั้งอนุกรรมการที่เป็นและไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ฝ่ายละ 3 คน โดยให้อนุกรรมการมีคุณสมบัติสอดคล้องกับกรรมการ คกพ. และมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสืบสวนสอบสวนและด้านกฎหมาย รวมอยู่ด้วยอย่างน้อยด้านละ 1 คน

เมื่อตัดสินแล้ว ให้รายงานต่อ คกพ. และส่งต่อไปยังแพทยสภาเพื่อดำเนินการด้านงานทะเบียนประวัติและพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต ในกรณีที่มีการอุทธรณ์ ให้นำเรื่องเข้าพิจารณาใน คกพ. ทั้งนี้ คกพ. สามารถหยิบยกคดีที่สังคมให้ความสนใจ หรือคดีที่มีความเห็นว่าสำคัญหรือร้ายแรงมาพิจารณาภายใต้ คกพ. ได้

กฎหมายควรกำหนดให้ คกพ. และคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะทั้งหมด โดยคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย

9.3.2 แพทยสภาในภูมิทัศน์กลไกการกำกับดูแลใหม่

ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ฉบับใหม่ แพทยสภายังคงมีบทบาทสำคัญอยู่ แม้ว่าอำนาจในการพิจารณาเรื่องกล่าวหาและกล่าวโทษจะถ่ายโอนไปให้ คกพ. แล้วก็ตาม โดยแพทยสภาจะมีบทบาทในเรื่องการเป็นตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ การศึกษาแพทย์ และการทดสอบสมรรถนะของแพทย์

อำนาจหน้าที่ของแพทยสภา

เนื่องจากอำนาจหน้าที่ของแพทยสภาที่เกี่ยวข้องกับการกำกับควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมได้ถูกถ่ายโอนไปให้ คกพ. แล้ว แพทยสภาจึงมีหน้าที่ตามวัตถุประสงค์อื่นๆ ที่บัญญัติไว้ตามกฎหมายฉบับปัจจุบัน ได้แก่ การเป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยการส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์

การให้คำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับปัญหาการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศและการช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษาแก่ประชาชนและองค์การอื่นในเรื่องที่เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข

ผู้วิจัยเสนอให้แพทยสภามีหน้าที่เพิ่มเติม ได้แก่ การจัดทำมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประมวลจริยธรรมแห่งวิชาชีพ และประมวลจริยธรรมของกรรมการองค์การกำกับดูแล และการบริหารจัดการระบบทะเบียนประวัติ และการออกและการต่อใบอนุญาตแพทย์

โครงสร้างการบริหาร

ปัจจุบัน โครงสร้างการบริหารของคณะกรรมการแพทยสภากำหนดให้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการ 4 ชุด ได้แก่ คณะอนุกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม คณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ และคณะอนุกรรมการสมาชิกและมวลชนสัมพันธ์

ผู้วิจัยเสนอให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารของแพทยสภาให้สอดคล้องกับอำนาจหน้าที่ใหม่ตามแนวทางของกลไกการกำกับดูแลร่วม โดยมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการจำนวน 5 ชุด ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการวิชาการและหลักสูตรการศึกษา คณะอนุกรรมการจัดทำมาตรฐานวิชาชีพและประมวลจริยธรรม คณะอนุกรรมการทะเบียนประวัติ และการออกหรือต่อใบอนุญาตแพทย์ และคณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ทั้งนี้ ให้คณะอนุกรรมการแต่ละชุดประกอบด้วยบุคคลภายนอกที่ไม่ได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามความเหมาะสม กระนั้น ผู้วิจัยเห็นว่าในคณะอนุกรรมการจัดทำมาตรฐานวิชาชีพและประมวลจริยธรรม และคณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ควรมีองค์ประกอบจากบุคคลภายนอกจำนวนครึ่งหนึ่งของกรรมการทั้งหมด

ระบบตรวจสอบสมรรถนะแพทย์

กฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ฉบับใหม่ควรกำหนดไว้อย่างชัดเจนให้แพทยสภามีอำนาจหน้าที่ในการขึ้นทะเบียนสมาชิก ออกใบอนุญาต และพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตตามคำตัดสินของ คกพ.

ทั้งนี้ ให้สมาชิกแพทยสภาขึ้นทะเบียนเป็นประจำทุกปี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนสภาพความเป็นจริงล่าสุด นอกจากนั้น ควรกำหนดให้มีการจัดทำระบบข้อมูลทะเบียนแพทย์ (ประวัติการฝึกอบรมข้อมูลการประกอบวิชาชีพทั้งงานประจำและงานเสริม ข้อมูลการถูกร้องเรียนและผลการตัดสิน) และเปิดเผยให้สาธารณะเข้าถึงได้ง่าย

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า กฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ฉบับใหม่ควรกำหนดให้มีระบบต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์เป็นประจำทุก 5 ปี โดยจัดให้มีการทดสอบสมรรถนะของแพทย์ ทั้งด้านความสามารถในการประกอบวิชาชีพ และด้านจริยธรรม ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าแพทย์สามารถรักษาและพัฒนาสมรรถนะของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย

องค์ประกอบและวาระการดำรงตำแหน่งของกรรมการแพทยสภา

ผู้วิจัยเสนอให้มีการคงโครงสร้างคณะกรรมการแพทยสภาแบบปัจจุบันไว้ คือให้กรรมการแพทยสภาประกอบไปด้วยกรรมการโดยตำแหน่ง ซึ่งยังคงไว้ตามตำแหน่งที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และกรรมการจากการเลือกตั้ง เพื่อให้แพทย์สามารถเลือกตัวแทนของตนได้โดยตรง

ในส่วนของกรรมการโดยตำแหน่ง ผู้วิจัยเสนอให้กรรมการที่เป็นคณบดีคณะแพทยศาสตร์คัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน5 คน เพื่อเป็นตัวแทนเข้าไปเป็นกรรมการแพทยสภา จากกฎหมายฉบับปัจจุบันที่ให้กรรมการแพทยสภาโดยตำแหน่งประกอบด้วยคณบดีคณะแพทยศาสตร์ทุกคน ทั้งนี้เพื่อให้องค์ประกอบของกรรมการแพทยสภาเป็นไปอย่างกระชับจนสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ในส่วนของกรรมการจากการเลือกตั้ง ผู้วิจัยเสนอให้คงหลักการปัจจุบันไว้ โดยให้กรรมการจากการเลือกตั้งมีจำนวนเท่ากับกรรมการโดยตำแหน่ง

กล่าวโดยสรุป กรรมการแพทยสภาตามกฎหมายฉบับใหม่จะมีจำนวนทั้งสิ้น 24 คน ประกอบด้วย (1) *กรรมการโดยตำแหน่ง* ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย เจ้ากรมแพทย์ทหารบก เจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ เจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ นายแพทย์ใหญ่สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ที่ผ่านการคัดเลือกกันเองจำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน และ (2) *กรรมการจากการเลือกตั้ง* จำนวนรวมทั้งสิ้น12 คน

ในส่วนของวาระการดำรงตำแหน่งกรรมการแพทยสภา ผู้วิจัยมีความเห็นว่าผู้ดำรงตำแหน่งแพทยสภาไม่ควรผูกขาดอำนาจยาวนานเกินไป จึงกำหนดให้กรรมการแพทยสภามีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี ไม่เกิน 3 วาระ

ธรรมาภิบาลของแพทยสภา

หัวใจสำคัญของการสร้างธรรมาภิบาลในแพทยสภาคือการกำหนดให้มีการเปิดเผยข้อมูลผู้ดำรงตำแหน่งกรรมการแพทยสภา ข้อมูลการดำเนินงานต่างๆ (เช่น รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทยสภา รายงานประจำปี รายงานงบการเงิน เป็นต้น) และข้อมูลการพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์

แพทยสภาควรเป็นเจ้าภาพเพื่อจัดให้มีประมวลจริยธรรมของกรรมการองค์การกำกับดูแลโดยให้คณะกรรมการยกร่างประมวลจริยธรรม ประกอบด้วย นายกแพทยสภาหรืออดีตนายกแพทยสภา 3 คน คกพ. 3 คน และผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกอีก 3 คน

นอกจากนั้น ควรมีข้อกำหนดว่าด้วยจริยธรรมขององค์การกำกับดูแล เช่น การห้ามกรรมการแพทยสภาอยู่ในที่ประชุมในวาระที่มีปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน การห้ามแพทยสภาทำตัวเป็นคู่ขัดแย้งกับผู้ป่วยหรือเครือข่ายของผู้ป่วยโดยตรง เป็นต้น

ทั้งนี้ กฎหมายฉบับใหม่ควรกำหนดให้กรรมการแพทยสภาจำนวนสองในสาม หรือสมาชิกแพทยสภา จำนวนสองเท่าของคะแนนเสียงที่ได้รับเลือกเข้ามา สามารถเข้าชื่อเพิกถอนกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งในกรณีล่วงละเมิดประมวลจริยธรรมได้ เพื่อสร้างระบบความรับผิดชอบที่ดีขึ้นในแพทยสภา

กฎหมายฉบับใหม่ควรกำหนดให้การทำหน้าที่ของแพทยสภาทั้งหมดต้องเป็นไปอย่างเปิดเผยโปร่งใส และตรวจสอบได้ เช่น กำหนดให้มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารต่างๆ สู่สาธารณะในเวลาที่เหมาะสม การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของกรรมการแพทยสภา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

เอกสารภาษาอังกฤษ

หนังสือเล่มและบทความ

Ahrens, J., 2008. *Transition Towards a Social Market Economy? Limits and Opportunities*. [online]. Available through: Lunds database. Accessed 1 July 2012.

_____, 2006. *Governance in the Process of Economic Transformation," Draft Version (April).*

_____, 2002. *Governanceand EconomicDevelopment. A Comparative Institutional Approach.Progress In Development Studies*. [online]. Available through: Lunds database. Accessed 1 July 2012.

American Association for Justice, 2011.*Medical Negligence*. [online]. Available through: http://www.justice.org/ resources/Medical_Negligence_Primer.pdf. Accessed 1 July 2012.

Chandraharan, E.**,** Arulkumaran, S., 2007. *Clinical Governance*. [online]. Available through: http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ogrm.2007.05.003. Accessed 1 July 2012.

Charles , C., Whelan, T., Gafni, A., 1999. "What Do We Mean by Partnership in Making Decisions about Treatment?". In *BMJ.* [e-journal] 319 (10). Available through: BMJ database. Accessed 1 July 2012.

Department of Health, 2006.*Good Doctor, Safer Patients*. London: DH Publications Orderline.

Cornwall, A., Lucas, H., Pasteur, K., 2000. "Accountability through Participation: Developing Workable Partnership Models in the Health Sector". In *IDS Bulletin.* [e-journal] 31 (1). Available through: WILEY Online Library database. Accessed 1 July 2012.

Patient for Patient Safety (PFPS), 2006. "London Declaration". In Allford, A., 2008. *Patients for Patient Safety Induction Workshop England and Wales*. [online]. Available through: WHO Database. Accessed 1 July 2012.

Inaugural Australian Patients for Patient Safety, 2009. *Perth Declaration for Patient Safety*. [online]. Available through: WHO Database. Accessed 1 July 2012.

Jaggs-Fowler, R. M., 2011. “Clinical Governance”. In *InnovAiT.* [e-journal] 4 (10). Available through: Lunds Database. Accessed 1 July 2012.

Picker, C., 2010. “Internantional Trade and Development Law: A Legal Cultural Critique”. In *Law and Development Review.* [e-journal] 4 (2). Available through: Lunds database. Accessed 1 July 2012.

Royal College of Nursing (RCN), 2003. *Clinical Governace: an RCN Resource Guide*. London: Royal College of Nursing.

Starey, N., 2001. *What is Clinical Governance?*. [online]. Available through: www. Evidence-based-medicine.co.uk. Accessed 1 July 2012.

Tejapira, K., 2010. “Governance in Thailand”. In *ISS Research Series No.47. 2010. Governance of Contemporary Japan*. ISS/Shaken International Symposium.

United Nations Development Programme (UNDP), 1997. *Reconceptualising Governance*. New york: The UNDP.

United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP), 2000.*What is Good Governance*. [online]. Available through: http://www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities /Ongoing /gg/ governance.asp. Accessed 1 July 2012.

Weiss, T.G., 2000. “Governance, Good Governance and Global Governance: Conceptual and Actual Challenges”. In *Third World Quarterly.*[e-journal], 21 (5). Available throught: JSTOR Database. Accessed 1 July 2012.

Weiss, T.G., 2009. *The UN’s Role in Global Governance*. [online]. Available through: www.unhistory.org /briefing */15Global Gov.pdf*. Accessed 1 July 2012.

World Bank, 1991.*Managing Development: The Governance Dimension A Discussion Paper*. Washington, D.C.: The World Bank.

World Bank, 1992. *Governance and Development*. [online]. Available through: http://ebookbrowse.com/ governance-and-development-1992-pdf-d50052408. Accessed 1 July 2012.

World Health Organization (WHO), 1966.*Constitution of the World Health Organization*. [online]. Available through: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Accessed 1 July 2012.

World Health Organization (WHO), 2007. *The Right to Health*. [online]. Available through: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/index.html. Accessed 1 July 2012.

World Health Organization (WHO), 2012.*65TH World Health Assembly Technical Session on Patient Safety*. [online]. Available through: http://www.who.int/patientsafety. Accessed 1 July 2012.

World Health Organization (WHO). 2008. H*ealth Systems Performance Assessment a Tool for Health Governance in the 21st Century*. [online]. Available through: http://www.euro.who.int/__ data/assets /pdf_file/0019/160813/HSPA_A-tool-for-health-governance-in-the-21st-century.pdf. Accessed 1 July 2012.

เอกสารภาษาไทย

กฎหมาย ข้อบังคับ และประกาศ

พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466

พระราชบัญญัติการแพทย์เพิ่มเติม พ.ศ. 2472

พระราชบัญญัติการแพทย์แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2476

พระราชบัญญัติคุ้มครองการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479

พระราชบัญญัติคุ้มครองการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2480

พระราชบัญญัติคุ้มครองการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2483

พระราชบัญญัติคุ้มครองการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2490

พระราชบัญญัติคุ้มครองการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2490

พระราชบัญญัติคุ้มครองการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2504

พระราชบัญญัติคุ้มครองการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2509

พระราชบัญญัติคุ้มครองการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2511

คำสั่งของคณะปฏิรูปการปกครองแผ่นดิน ฉบับที่ 38 พ.ศ. 2519

พระราชบัญญัติคุ้มครองการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2530

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... โดย เธียรชัย สุวรรณเพ็ญ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรคประชาธิปัตย์ กับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรรวม 20 คน

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... โดย อรพรรณ์ เมธาดิลกกุล กับประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง จำนวน 12,999 คน

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... โดย เจริญ จรรย์โกมล สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรคพลังประชาชน กับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรรวม 20 คน

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... โดย ประสิทธิ์ ชัยวิรัตนะ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรคพลังประชาชน กับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรรวม 20 คน

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... โดย สารี อ๋องสมหวัง กับประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งรวม 11,007 คน

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... โดย สำนักนายกรัฐมนตรี

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... โดย สุทัศน์ เงินหมื่น สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรคประชาธิปัตย์ กับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรรวม 20 คน

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ให้บริการและผู้รับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... โดย อุดมลักษณ์ เพ็งนรพัฒน์. สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรคภูมิใจไทย กับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรรวม 20 คน

ร่างพระราชบัญญัติส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือจากรัฐในการคุ้มครองผู้รับบริการและผู้ให้บริการทางสาธารณสุข พ.ศ. ... โดย วิรัตน์ กัลยาศิริ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรคประชาธิปัตย์ กับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรรวม 20 คน

ร่างพระราชบัญญัติสร้างเสริมความสัมพันธ์ในระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... โดย บรรพต ต้นธีรวงศ์. สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรคประชาธิปัตย์ กับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรรวม 20 คน

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ.2555

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนวิธีพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2540

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนการพิจารณาเกี่ยวกับคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2548

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยโครงสร้างการบริหารของคณะกรรมการแพทยสภา พ.ศ. 2547

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องบุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ พ.ศ.2555

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการร่วมจ่ายค่าบริการ พ.ศ. 2555

ประกาศแพทยสภาที่ 71/2554 เรื่องแนวทางการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเมื่อได้รับ “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากอาการเจ็บป่วย”

บันทึกการประชุม ข้อมูล และแบบสอบถามของหน่วยงานและบริษัท

กลุ่มงานคดีทางการแพทย์ กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555. *สถิติคดีการฟ้องร้องแพทย์ที่โจทก์ฟ้องกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นจำเลยในช่วงปี 2539 ถึงวันที่ 10 ตุลาคม 2555.*

กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556. *จำนวนเตียงโรงพยาบาลทั่วประเทศและโรงพยาบาลเอกชนระหว่างปี พ.ศ. 2546-2553.* (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index.htm. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา, ม.ป.ป.. *คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา.* (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.senate.go.th/committee2551/committee/index.php?committee_id=17. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2555.

คณะอนุกรรมการศึกษาผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 แพทยสภา , ม.ป.ป.. *แบบสอบถามเพื่อเป็นข้อมูลในการเสนอปัญหาและผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพฯต่อผู้เกี่ยวข้องให้มีการจ่ายงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นธรรม.*

ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย, 2556. *สินทรัพย์รวม รายได้รวม และกำไรสุทธิ ของกลุ่มธุรกิจการแพทย์ในตลาดหลักทรัพย์ ปี พ.ศ. 2555.* (ออนไลน์). แหล่งที่มา: เว็บไซต์ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 เมษายน พ.ศ.2556.

บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน), 2546. *แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี 56-1 ปี 2546*.

_____, 2547. *แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี 56-1 ปี 2547*.

_____, 2548. *แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี 56-1 ปี 2548*.

_____, 2549. *แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี 56-1 ปี 2549*.

_____, 2550. *แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี 56-1 ปี 2550*.

_____, 2551. *แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี 56-1 ปี 2551*.

_____, 2552. *แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี 56-1 ปี 2552*.

_____, 2553. *แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี 56-1 ปี 2553*.

_____, 2554. *แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี 56-1 ปี 2554*.

_____, 2555. *แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี 56-1 ปี 2555*.

_____, 2555. *แบบแสดงรายการข้อมูลประจำปี 56-1 ปี 2555*.

แพทยสภา, 2549. *บันทึกข้อความของแพทยสภา เลขที่ 011/1152 ถึงผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ เรื่องขอปรึกษาหารือเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติกรณีแพทย์ถูกแจ้งความดำเนินคดีอาญาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ลงวันที่ 21 สิงหาคม 2549)*.

_____, ม.ป.ป.. *คณะผู้บริหาร*. เว็บไซต์แพทยสภา. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.tmc.or.th/about_corporation.php. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____,ม.ป.ป.(2). *รายชื่อคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ*. (ออนไลน์) แหล่งที่มา: http://www.tmc.or.th/about_subcorporation.php. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, ม.ป.ป.(5). *ประวัติความเป็นมาของแพทยสภา*. (ออนไลน์) แหล่งที่มา: http://www.tmc.or.th/about.php. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2556. *จำนวนเรื่องร้องเรียนต่อมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค*.

ศาลปกครองกลาง, 2556. *คำพิพากษาศาลปกครองและศาลปกครองสูงสุดในคดีที่มีแพทยสภา นายกแพทยสภา เลขาธิการแพทยสภา หรือคณะกรรมการแพทยสภาเป็นผู้ถูกฟ้อง แลคดีที่เกี่ยวข้องกับสภาวิชาชีพอื่นๆ ที่พิจารณาแล้วเสร็จระหว่าง พ.ศ.2544-2555*.

สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555. *เกี่ยวกับองค์กร*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=NjY=. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, 2550. *คู่มือการดำเนินงานจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2550. *บันทึกความเห็นเบื้องต้นต่อร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... โดยส่วนราชการฝ่ายเลขานุการสำนักงานกฤษฎีกา (ลงวันที่ 11 ธันวาคม 2550)*.

_____, 2551. *บันทึกการประชุมคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ครั้งที่ 1 (ลงวันที่ 14 มีนาคม 2551)*.

_____, 2551. *บันทึกการประชุมคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ครั้งที่ 2 (ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2551)*.

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2549. *บันทึกข้อความของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เลขที่ 0031 212/ ว 91 ถึง ผบช.น. ผบช.ภ. ผบช.ภ. 1-9 เรื่อง การดำเนินคดีอาญากรณีแพทย์เป็นผู้ถูกกล่าวหา (ลงวันที่ 11 กันยายน 2549)*.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2546.

_____, 2548. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2547.

_____, 2549. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2548.

_____, 2550. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2549.

_____, 2551. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2550.

_____, 2552. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2551.

_____, 2553. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2552.

_____, 2554. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2553.

_____, 2555. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2554.

_____, ม.ป.ป.. *สิทธิหลักประกันสุขภาพ*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=NzI=. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

หนังสือและบทความ

กำธร สุวรรณกิจ, ม.ป.ป.. *เกร็ดประวัติแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www .mat.or.th/main/introduction..php. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, ยังไม่ตีพิมพ์. ขบวนการแพทย์ชนบทกับธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพ.

กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป. *เอกสารเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับ ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ....* กรุงเทพฯ: กลุ่มมูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค.

เกรียง อัศวรุ่งนิรันดร์, 2555. “ข้อพึงระวังในการทำเวชปฏิบัติสำหรับแพทย์ใหม่ทุกท่าน” ใน *หมอใหม่ 2555*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544. *ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์, ม.ป.ป. *ร่าง พ.ร.บ. ฉบับ นพ. เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ – ต้าน พ.ร.บ.* (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://thai- medical-error.blogspot.com/2011/01/41.html. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, ม.ป.ป (2).. *สถานการณ์การผลักดันร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://thai-medical-error.blogspot.com/2011/09/blog-post.html. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

จดหมายข่าวแพทยสภา, 2555. “ประวัติกรรมการแพทยสภา 27 คน ปี 2554-2556” ใน *จดหมายข่าวแพทยสภา ปีที่ 15 ฉบับที่ 1/2555*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2555(2). “ผลการดำเนินงานคณะกรรมการแพทยสภาวาระ 2554-2556 (ผลงานตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2554-มกราคม 2555)” ใน *จดหมายข่าวแพทยสภา ปีที่ 15 ฉบับที่ 1/2555*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____,2553. “ผลการดำเนินงานคณะกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ.2552-2554 (ผลงานตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2552-มกราคม 2553)” ใน *จดหมายข่าวแพทยสภา ปีที่ 15 ฉบับที่ 1/2553*.นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2551. “การสัมมนาเพื่อจัดตั้ง “องค์กรแพทย์จังหวัด”” ใน *จดหมายข่าวแพทยสภา ปีที่ 15 ฉบับที่*

6/2551. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2551(2). “คำแนะนำแพทยสภาเรื่องการเตรียมการและการต่อสู้คดีของแพทย์” ใน *จดหมายข่าวแพทยสภาปีที่ 15 ฉบับที่ 3/2551*. สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

จเร วิชาไทย, 2553. “บทวิเคราะห์ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ประสบการณ์ต่างประเทศ: ทางเลือกสู่อนาคต” ใน ลือชัย ศรีเงินยวง, และคณะ, 2553**.** *ประสบการณ์ต่างแดนระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เชิดชู ศรีอริยวัฒนา, 2555. *มหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค: ภัยของบุคลากรสาธารณสุข*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://thaipublica.org/2012/09/3 0-baht-health-care-catastrophe/. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, 2555(2). *คนไทยกินยาปีละ 47,000 ล้านเม็ด*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://thaipublica.org/2012/03/thai-people-drug-47000-million-tablets-per-year/. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, 2554. *เมื่อกระทรวงสาธารณสุขไร้อำนาจ-ไร้เงิน ใครคือตัวจริงกุมอำนาจเบ็ดเสร็จบริการสาธารณสุขไทย!*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://thaipublica.org/2011/09/healthcare/. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, 2550. “รัฐสวัสดิการบนความไม่พอเพียง” ใน *แพทยสภาสาร ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

โชติศักดิ์ เจนพาณิชย์, 2555. “ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา–แด่น้องผู้มาหมอใหม่” ใน *หมอใหม่ 2555.* นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2554. “แด่น้องผู้มาหมอใหม่” ใน *หมอใหม่ พ.ศ. 2554*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

ฐิติพันธ์ พัฒนมงคล, 2554. *อ่านเอาเรื่อง: ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ทางสองแพร่งบนเส้นทางสายสุขภาพระหว่าง “แพทย์” กับ “ผู้ป่วย”*. 25 กุมภาพันธ์ 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.sarakadee.com/2011/02/25/publichealthlaw/. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

ณัฐฐา วินิจนัยภาค, 2553. “แนวคิดธรรมาภิบาลและการจัดทำดัชนีชี้วัด” ใน *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์*

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://journal.nida.ac.th/journal/index.php? option=com _content&view=article&id=1182%3A-governance-concept-and-its-index&catid=194%3A-8-2-53&Itemid=69&lang=th. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์และคณะ, 2549. *ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทยระหว่าง พ.ศ.254-2546 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน*. นนทบุรี: กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

นวลน้อย ตรีรัตน์ และแป๊งค์ งามอรุณโชติ, 2555. *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ประเวศ วะสี, 2554. *บนเส้นทางชีวิต*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2546. *รายงานผลการศึกษาเรื่องภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทย*.

พินิจ หิรัญโชติ, 2548. “ร่างประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์” ใน *แพทยสภาสาร ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม –มีนาคม*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

เพิ่มบุญ จริยบุญยศักดิ์, 2548. “ปาฐกถาพิเศษ เรื่องมุมมองของรัฐบาลต่อการแพทย์ไทย” ใน *แพทยสภาสาร ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม –มีนาคม*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2548(2). “เวทีสมาชิกพิจารณ์” ใน *แพทยสภาสาร ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม –มีนาคม*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

แพทยสภา, ม.ป.ป.(3). *ประกาศเรื่องข้อเท็จจริงทางการแพทย์*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.tmc.or.th/detail_news.php?newsid=134. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, ม.ป.ป.(4). *สิทธิผู้ป่วย*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.tmc.or.th/privilege.php. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

แพทยสภาสาร, 2548. “ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ.2546-2548” ใน *แพทยสภาสาร ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม –มีนาคม*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2547. “สรุปผลการสัมมนา “ฝ่าวิกฤติแพทย์ภาครัฐเพื่อบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน”” ใน *แพทยสภาสาร ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม –กันยายน*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

ไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2555. *กลไกธรรมาภิบาลในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ: กรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2553. *สมุดปกขาวชี้แจงข้อเท็จจริงกรณี (ร่าง) พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ....* กรุงเทพฯ: แผนกงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค.

เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ, 2553. *บทวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแก้ไข "ร่างพรบ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข"*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.bloggang.com/mainblog.php?id=cmu2807&month=02-09-2010&group=7&gblog=100. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

ลือชัย ศรีเงินยวง, 2553. "บทวิเคราะห์ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขประสบการณ์ต่างประเทศ: แนวคิดและความเป็นมา" ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2553. *ประสบการณ์ต่างแดน ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วรรณวิภางค์ มานะโชติพงษ์ และพรเทพ เบญญาอภิกุล, 2556. *การศึกษาสภาพการผูกขาดและแข่งขันของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร*. (ฉบับผลการศึกษาเบื้องต้น).

วิชัย โชควิวัฒน, 2553. *ทำความจริงให้ปรากฏ... ปัญหาสภาพคล่องในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

_____, 2546. *วิเคราะห์ผลเลือกตั้งแพทยสภา*.(ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, ม.ป.ป.. *ความเท็จและความจริงเกี่ยวกับ ร่างพ.ร.บ. คุ้มครองฯ (1)*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id= 329:2010-08-16-05-03-16&catid=95:2010-02-22-23-30-10. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, ม.ป.ป.(2). *ความเท็จและความจริงเกี่ยวกับ ร่างพ.ร.บ. คุ้มครองฯ (2)*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id= 329:2010-08-16-05-03-16&catid=95:2010-02-22-23-30-10. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, ม.ป.ป.(3). *ความเท็จและความจริงเกี่ยวกับ ร่างพ.ร.บ. คุ้มครองฯ (3)*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id= 329:2010-08-16-05-03-16&catid=95:2010-02-22-23-30-10. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, ม.ป.ป.(4). *ความเท็จและความจริงเกี่ยวกับ ร่างพ.ร.บ. คุ้มครองฯ (4)*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id= 329:2010-08-16-05-03-16&catid=95:2010-02-22-23-30-10. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2551. *คำอธิบายพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 เรียงมาตรา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

_____, 2537. *สิทธิผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญชนา ณ ระนอง, 2545. *จากการสังเคราะห์คนจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: วิวาทะของสองปรัชญาเบื้องหลัง "โครงการ 30 บาท"*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2540. *การสำมะโนโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ปี พ.ศ.2535*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิสุทธิ์ ลัจฉเสวี, 2553. *ทำไมผมจึงเชื่อว่าร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ จะส่งเสริมให้มีการฟ้องร้องมากยิ่งขึ้นทั้งทางแพ่งและทางอาญา*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.bloggang.com/viewblog.php?id=cmu2807&date=19-08-2010&group=7&gblog=91. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์, 2548. "ร่างประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์" ใน *แพทยสภาสาร ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม –มีนาคม*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, 2555. "คุณหมอครับ" ใน *หมอใหม่ 2555*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2554. "แด่หมอใหม่" ใน *หมอใหม่ พ.ศ. 2554*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

สารี อ๋องสมหวัง และรุจรี แสงแถลง, ม.ป.ป.. *บทเรียนการรวบรวมรายชื่อประชาชนเพื่อเสนอร่างกฎหมาย กรณีการเข้าชื่อประชาชน 50,000 รายชื่อ ในการเสนอพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545*.

สถาบันพระบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.. *การจัดสรรแพทย์ผู้ทำสัญญาของประเทศไทย*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: www.pi.ac.th/includes/download.php?id=1102. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

สมชัย วงศาภาคย์ และดนุช ตันเทอดทิตย์, 2532. "ต่อต้านโรงเรียนแพทย์รังสิตยกระบบแพทย์พาณิชย์จะเฟื่องฟูเข้าอ้าง" ใน *นิตยาสารผู้จัดการ ประจำเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2532*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://info. gotomanager.com/news/details.aspx?id=7058. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

สมบูรณ์ ศิริประชัย, 2550. “ธรรมาภิบาลภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์: นัยต่อประเทศไทย” ใน ภราดร ปรีดา ศักดิ์ เณศรา สุขพานิช และปกป้อง จันวิทย์ (คณะบรรณาธิการ). *เศรษฐกิจไทยภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์: การปฏิรูปเชิงสถาบัน*. หนังสือประกอบการสัมมนาวิชาการประจำปี 2550. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล, 2555. “สารจากเหรัญญิกแพทยสภา: ถึงน้องใหม่” ใน *หมอใหม่ 2555*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2548. “ร่างประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์” ใน *แพทยสภาสาร ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม –มีนาคม*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2555. “สารจากอดีตนายกแพทยสภา/ประธานที่ปรึกษาแพทยสภา: การป้องกันการฟ้องร้องแพทย์” ใน *หมอใหม่ 2555*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2553. “ประเทศไทยในอนาคต” ใน *จดหมายข่าวแพทยสภา ปีที่ 15 ฉบับที่ 1/2553*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2550. “แบบอย่างที่ดี...ที่ดี: อดีต ปัจจุบันและอนาคตของแพทยสภา จากมุมมองของนายกแพทยสภาปัจจุบัน” ใน *แพทยสภาสาร ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 เมษายน –มิถุนายน*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2548. “สิ่งที่แพทย์ควรรู้” ใน *แพทยสภาสาร ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม –มีนาคม*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2548(2). “ร่างประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์” ใน *แพทยสภาสาร ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม –มีนาคม*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2554(2). *ผลการเลือกตั้งนายกแพทยสภาวาระ 2554-2556*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thaihospital.org/board/index.php?topic=1229.0. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

สัมพันธ์ คมฤทธิ์, 2552. *พยานผู้เชี่ยวชาญของศาลยุติธรรม Expert witness*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: www.doctor.or.th/clinic/detail/9347. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2555. *รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก 2544-2553*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

_____, 2543. *ข้อมูลพื้นฐานประกอบการประชุม คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 5 ตุลาคม 2543*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554. *แนวทางการพิจารณา Update*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://law.nhso.go.th/Site/InputPay.aspx. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, ม.ป.ป.. *ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=329:2010-08-16-05-03-16&catid=95:2010-02-22-23-30-10. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, ม.ป.ป.(2). *สไลด์ประกอบการบรรยายวิเคราะห์ร่าง พ.ร.บ.*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=329:201008-16-05-03-16&catid=95:2010-02-22-23-30-10. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, ม.ป.ป.(3). *สไลด์ประกอบการบรรยายผลการดำเนินงานช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของ สปสช.* (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id= 329:2010-08-16-05-03-16&catid=95:2010-02-22-23-30-10. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542. *การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540-2541*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การขนส่งสินค้าและพัสดุ. อ้างจาก คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544. *ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุรจิต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ, 2555. *ระบบหลักประกันสุขภาพไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สุรีรัตน์ ตรีมรรคา, 2555. *กองทุนหลักประกันสุขภาพ ควรได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://prachatai.com/journal/2012/12/44324. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ, 2546. *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย*. กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก.

อำนาจ กุสลานันท์, 2555. “แด่หมอใหม่” ใน *หมอใหม่ 2555*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2555(2). “สารจากนายกแพทยสภา: แพทยสภาปัจจุบันต้องไล่ทันกฎหมาย” ใน *จดหมายข่าวแพทยสภา ปีที่ 15 ฉบับที่ 1/2555*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2553. *ร่างพระราชบัญญัติความรับผิดและวิธีพิจารณาความผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ*, มูลนิธิ

หมอชาวบ้าน. (ออนไลน์). แหล่งที่มา:http://www.doctor.or.th/clinic/detail/6998. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, 2551. *ร่างพระราชบัญญัติความรับผิดและวิธีพิจารณาความสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ พ.ศ. ....*(ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.doctor.or.th/clinic/detail/6768. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____, 2551(2). "สารจากเลขาธิการแพทยสภา" ใน *จดหมายข่าวแพทยสภา ปีที่ 15 ฉบับที่ 5/2551*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2550. *พยานทางการแพทย์ ข้อเท็จจริงเพื่อประชาชนและแพทย์*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http:// www.doctor.or.th/clinic/detail/9347. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

อิทธพร คณะเจริญ, 2555. "สารจากรองเลขาธิการแพทยสภา: เรื่องที่แพทย์ใหม่ต้องรู้" ใน *หมอใหม่ 2555*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2554. "เรื่องที่แพทย์ใหม่ต้องรู้" ใน *หมอใหม่ พ.ศ. 2554*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2554(2). "สารจากรองเลขาธิการแพทยสภา: แด่หมอใหม่" ใน *หมอใหม่ พ.ศ. 2554*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2552. "เรื่องจากรองเลขาธิการ: การตีความของกฤษฎีกา กับ การบังคับใช้ พ.ร.บ.สินค้าไม่ปลอดภัยฯ" ใน *จดหมายข่าวแพทยสภา ปีที่ 15 ฉบับที่ 2/2552*.นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์, 2555. "สารจากที่ปรึกษาแพทยสภา: น้องแพทย์ที่รักยิ่ง" ใน *หมอใหม่ 2555*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

_____, 2548. "ประเทศไทยควรเป็น Medical Hub หรือไม่" ใน *แพทยสภาสาร ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม –มีนาคม*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.

บทความข่าว

Anonymous. "รำลึกถึงชีวิตและผลงาน นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์", มูลนิธิหมอชาวบ้าน. 29 กุมภาพันธ์ 2551. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.doctor.or.th/clinic/detail/6968. สืบค้นเมื่อ

วันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

ASTV ผู้จัดการออนไลน์. “แพทย์ชนบทจับตาตั้งอนุการเงิน สปสช. หวั่นเปิดทางเก็บ 30 บาท เพิ่มงบเอื้อเอกชน”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 29 ธันวาคม 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www2.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=9540000166119. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____. “ชงบอร์ดแพทยสภาแก้ ม.41 ครอบคลุม 3 กองทุน”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 4 ตุลาคม 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9550000121509. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____. “ชพพ.ฟ้อง สธ.-กฤษฎีกา เหตุยกร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ป่วยไม่ชอบด้วยกฎหมาย”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 21 มกราคม 2554. (ออนไลน์).แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/Qol/View News.aspx?NewsID=9540000008451. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____. “นายกแพทยสภาคุยโว รพ.เอกชนพร้อมตั้งรพ.แพทย์”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 24 กรกฎาคม 2551. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9510000087330. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____. “บอร์ดใหม่ สปสช.วุ่น “วรานุช” ลาออก/ NGO ถอนตัวจากอนุกรรมการ”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 26 มกราคม 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9550000011819. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____. “แพทย์-พยาบาลพิษณุโลกนัดเที่ยงคืนยกทีมเข้ากรุงค้าน พ.ร.บ.”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 29 กรกฎาคม 2553. แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/Local/ViewNews.aspx?NewsID=9530000104627. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____. “ยัน “หมอหงวน” เป็นเลขาฯ สปสช.รอบ 2 คุณสมบัติครบตามกฎหมาย”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 11 พฤษภาคม 2550. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/asp-bin/PrintNews.aspx?NewsID=9500000054205. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____. “ศาลฎีกาสั่ง รพ.สมิติเวช จ่าย 8.3 ล้าน ทำคลอดแม่-ลูกเสียชีวิต”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 24 มกราคม 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9550000010635. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____. “ศาลปกครองเพิกถอนมติแพทยสภา ชี้หมอหัวใจ รพ.บางปะกอก 1 เลินเล่อผู้ป่วยช็อกตาย”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 1 มีนาคม 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=9550000027739. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____. ‘“หมอวิชัย” แจงเหตุวอล์กเอาต์บอร์ด สปสช. สุดทน “วิทยา” ไร้หลักการขัดระเบียบ”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 26 มกราคม 2555. (ออนไลน์).แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9550000011956. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____. ‘“‘หมออิทธิ” ชี้ หากรัฐสร้างประกันสังคมโต สะท้อนคนไทยพึ่งตนเอง”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 9 มิถุนายน 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9540000070189. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“BGH ปีนี้ปันผลหรู”. โพสต์ทูเดย์, น. B6. 19 เมษายน 2556.

SEEAT. “ผลการเลือกตั้งนายกแพทยสภา วาระ 2554-2556”, สมาพันธ์แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. 10 กุมภาพันธ์ 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thaihospital.org/board/index.php?topic=1229.0. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

STORY. “ฉันผิดหรือที่ลาออกจากระบบราชการ--ข้อคิดเห็นดีๆ จาก นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา”, สมาพันธ์แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. 13 มีนาคม 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thaihospital.org/board/index.php?topic=1374.0. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

Thaireform. “‘เดือนเด่น’ ถอดบทเรียน 10 ปีหลักประกันสุขภาพ ชี้ควรมีระบบ-มาตรฐานเดียว”, สำนักข่าวอิศรา. 29 เมษายน 2556. (ออนไลน์) แหล่งที่มา: http://www.isranews.org/%E0%B8%82%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%A7/191-thaireform//20873-‘เดือนเด่น’ถอดบทเรียน-10-ปีหลักประกันสุขภาพ-ชี้ควรมีระบบ-มาตรฐานเดียว.html. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2556.

“กรรมการ 3 ฝ่าย กม.คุ้มครองคนไข้ส่อไปไม่รอด "คบส." รุกตั้งกรรมการระดับชาติ”, มติชนออนไลน์. 5 สิงหาคม 2553. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1281012543&catid=04. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“การเมืองรุกตั้ง 2 รองเลขาธิการ สปสช.”, หนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์. 5 มีนาคม 2556. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.healthfocus.in.th/content/2013/03/2477. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

กลุ่มวิเคราะห์ข่าวและฐานข้อมูล สำนักโฆษก. “อุปนายกแพทยสภาเห็นด้วยร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข”, สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล. ไม่ปรากฏวันที่. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thaigov.go.th/th/public-health/item/47012-อุปนายกแพทยสภาเห็นด้วยร่างพรบคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข.html. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“คำต่อคำของนพ.วินัย สวัสดิวร เลขาสปสช. ชี้แจงปมร้อนๆ “ผลตรวจสอบสตง.””, สำนักข่าวออนไลน์ไทยพับลิก้า. 10 ธันวาคม 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://thaipublica.org/2011/12/vinai-national-health/. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“จัดเสวนาต่อต้านหมออรรถสิทธิ์ทำงานรองเลขาธิการ สปสช. วันแรก”, หนังสือพิมพ์ออนไลน์ประชาไท. 2 เมษายน 2556. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://prachatai.com/journal/2013/04/46066. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2556.

“จับตา! บันได 4 ขั้นล้มบัตรทอง”, ไทยรัฐออนไลน์. 17 มกราคม 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thairath.co.th/column/pol/page1scoop/230914. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“จวกแหลก 30 บาทแนวคิดคอมมิวนิสต์”, ไทยรัฐออนไลน์.19 กรกฎาคม 2545. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“ฉุนโยกงบสปสช.1.8 แสนล.ซัด "ประดิษฐ" ฉีกหลัก ก.ม.”, หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ. 24 เมษายน 2556. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.hed.go.th/frontend/theme/content.php?Submit=Clear&ID_Info=00022437&Type=3. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2556.

“แฉ 30 บ. ฉุดอาชีพหมอตกต่ำ อืดอัดรัฐดันทุรังขู่ไขก๊อกอื้อ”, หนังสือพิมพ์แนวหน้า. 17 กรกฎาคม 2545. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“ตั้ง ‘หมอประดิษฐ์’ นั่งบอร์ด สปสช. เมินเอ็นจีโอต้าน”, ไทยรัฐออนไลน์. 22 พฤศจิกายน 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thairath.co.th/content/edu/218254. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

ธนวัฒน์ เพ็ชรล่อเหลียน. “แพทย์ชนบทเปิดหน้าชก แฉบันได 4 ขั้นล้มหลักประกันสุขภาพ”, หนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์. 12 มกราคม พ.ศ.2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

น.รินี เรื่องหนู. “เกมดัน'นพ.วิชัย โชควิวัฒน'พ้นสปสช. เป้าหมายแฝง'กลุ่มทุน-การเมือง”, ศูนย์ข่าวสาร

นโยบายสาธารณะ โดยสำนักข่าวอิศรา. 21 กันยายน 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.isranews.org/drilling-band-reformed/item/10827-q-q-q-q.html. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“ปัญหาสาธารณสุขไทย ความจริงของ “แพทย์ไทย” กับอนาคตไร้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ”, สำนักข่าวออนไลน์ไทยพับลิก้า. 7 พฤศจิกายน 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://thaipublica.org/2011/11/national-health-problem/. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“ผ่าแผนร.พ.กรุงเทพรุกทุกมิติ ทุ่มซื้อธุรกิจขยายอาณาจักรรับเออีซี”, ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. 19 กรกฎาคม 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1342673962&grpid=02&catid=00 à¢éÒ¶Ö§àÁ×èÍÇÑ¹·Õè. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2556.

ผู้จัดการ 360° รายสัปดาห์. “กลยุทธ์การตลาด: บำรุงราษฎร์+เกษมราษฎร์ pooling allying linkage”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 2 กันยายน 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/mgrWeekly/ViewNews.aspx?NewsID=9540000111178. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“ฟ้อง ‘วิทยา’ ตั้งบอร์ด สปสช. ผิดกฎหมาย”, ไทยรัฐออนไลน์. 28 ธันวาคม 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thairath.co.th/content/edu/226694. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“ฟื้นเก็บ' 30 บาท ป่วน 'วิทยา’ ลั่น รพ. ไม่เก็บ 30 บาทต้องมีเหตุผล”, หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ. 3 กันยายน 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา:http://www.healthfocus.in.th/content/2012/09/1097. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“มติบอร์ดให้ สปสช.เก็บ 30 บาท เริ่ม 1 สิงหานี้”, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 13 มิถุนายน 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.nhso.go.th/FrontEnd/NewsInformationDetail.aspx?newsid=NDE0. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. “เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เรียกร้องให้หมอชุดดำ หยุดขู่ประชาชน”, มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค.11 สิงหาคม 2553. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.consumerthai.org/main/index.php?option=com_content&view=article&id=1264:2010-08-11-08-52-59&catid=192:2012-05-14-05-16-40&Itemid=256. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“ร.พ.เอกชนเตรียมถอนยวงหนี 30 บาท”, หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์. 11 มีนาคม 2545. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“รพ.เอกชนวิ่งหาพันธมิตร แก้ต้นทุนพุ่ง-ชนรายใหญ่ เกษมราษฎร์-บำรุงราษฎร์เปิดโมเดลเสริมแกร่ง”, ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. 16 เมษายน 2556. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.prachachat.net/view_news.php?newsid=02p0104180454&sectionid=0201&day=2011-04-18. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 เมษายน 2556.

“ล่ารายชื่อคว่ำ พ.ร.บ.ประกันสุขภาพ”, หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. 10 กันยายน 2545. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

วิบูลาลา. “สปสช. ชวดเรื่องจะนำ นพ.เอื้อชาติ พ้นจากตำแหน่งกรรมการ สปสช. เหตุพ้นสิ้นสุดไปพร้อมวาระก่อนแล้ว”, ก.สธ.เพื่อปฏิรูปและพัฒนาการสาธารณสุขไทย. 12 มิถุนายน 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2506&Itemid=45. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“วิทยาอุ้มเอื้อชาติ ส่งหารือกฤษฎีกา ผู้ป่วยโรคไตระดมพลทั่วประเทศต้าน”, ชมรมเพื่อนโรคไต มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. 9 มีนาคม 2555. แหล่งที่มา: http://www.thaikidneyclub.org/home/index.php?option=com_content&view=article&id=124:2012-02-10-12-17-45&catid=35:2009-06-27-16-40-36. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“เวทีประชาธิปไตย / ปัญหาและทางออกแพทย์สมองไหล”, หนังสือพิมพ์สยามรัฐ. 11 ตุลาคม 2546. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“สธ. ร่อนจดหมายแจงแพทย์ทั่วประเทศ 'หมอหน่อย' เบรกล่าห้าหมื่นชื่อ”, หนังสือพิมพ์ข่าวสด. 24 กันยายน 2545. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“สแตมป์ “หมอเชิดชู” เป็น ก.ก.แพทยสภา”, เดลินิวส์ออนไลน์. 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: www.dailynews.co.th/politics/2269. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“สัมภาษณ์พิเศษอัมมาร์ สยามวาลา เจาะปมสุขภาพ”, กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. 21 กุมภาพันธ์ 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/life/20110221/378193/สัมภาษ์พิเศษ--อัมมาร--สยามวาลา-เจาะปมสุขภาพ.html. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“หมอชนบทกระทุ้ง 'วิทยา' สังคายนาบอร์ดใหม่ สปสช.”, หนังสือพิมพ์มติชน. 3 กุมภาพันธ์ 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“หมอ-พยาบาลยื่น 2.3 หมื่นชื่อ แก้ กม. วิธีพิจารณาคดีคุ้มครองผู้บริโภค หวั่นถูกฟ้อง”, มติชนออนไลน์. 13 พฤศจิกายน 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid =1352792000 &grpid=03&catid =&subcatid=. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“หมอ-พยาบาลฮือทั่ว ปท. จี้ล้ม กม.ประกันสุขภาพ”, หนังสือพิมพ์แนวหน้า. 29 สิงหาคม 2545. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

““หมอมงคล” รับมีล็อบบี้เล็กน้อยตั้งบอร์ด สปสช. ยันตั้ง “หมอสงวน” ปธ.ไม่ผิด”, สำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์. 3 กรกฎาคม 2550. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“หมอโล่งอก! กฤษฎีกาตีความไม่ต้องรับผิดตาม พ.ร.บ.ความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าไม่ปลอดภัย”, ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. 25 มิถุนายน 2552. (ออนไลน์).แหล่งที่มา: http://www. prachachat.net/news_detail.php?newsid=1245922391. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“หมอวิชัยด่าแพทยสภา แหกมติวิจารณ์ 30 บาท “หน่อย” ชี้ประชาชนปลื้มบัตรทอง”, หนังสือพิมพ์แนวหน้า. 21 กรกฎาคม 2545. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“"หมอสงวน" ผู้บุกเบิกโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" เสียชีวิตแล้ว”, หนังสือพิมพ์ออนไลน์ประชาไท. 18 มกราคม 2551.(ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://prachatai.com/journal/2008/01/15479. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“หมอหวั่น พ.ร.บ. ความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย”, สำนักงานจัดการความรู้. ไม่ปรากฏวันที่. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://kmddc.go.th/newsitem.aspx?itemid=2495. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“เหวี่ยงแหตรวจสุขภาพ เสี่ยงตาย (เร็ว)”. โพสต์ทูเดย์, หน้า A4. 3 กุมภาพันธ์ 2556.

“อดีตประธานสปสช. ระบุบอร์ดสปสช. มีอำนาจล้น ชงเลขาฯ อนุมัติครั้งละ 1 พันล้าน”, สำนักข่าวออนไลน์ไทยพับลิก้า. 17 ตุลาคม 2554. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://thaipublica.org/2011/10 /national-health-board/. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

“30 บาททุกโรคงบบานต้องหาโปะอีกเป็นหมื่นล้าน”, เดลินิวส์. 4 พฤษภาคม 2556. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: โปรแกรม NEWSCenter. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2556.

รายการโทรทัศน์และคลิปออนไลน์

พินิจ หิรัญโชติ. “สารถึงสมาชิกแพทยสภา จากกลุ่ม พทส. (1)”. 23 ธันวาคม 2553. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.youtube.com/watch?v=i8LFJ08zbpI. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

อำนาจ กุสลานันท์ และ นพ.วิชัย โชควิวัฒน. “"หนุน - ต้าน" ร่างพ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข”, รายการตอบโจทย์. 31 กรกฎาคม 2553. (ออนไลน์).แหล่งที่มา: http://www.youtube.com/watch?v=oOHd4XuH7sI และ http://www.youtube.com/watch?v=ARgESgpyxTI และ http://www.youtube.com/watch?v=Fyo7LZkUqUA. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. “เรื่องเร่งด่วนในระบบสุขภาพที่รัฐบาลใหม่ควรใส่ใจ”, รายการหนี้แผ่นดิน สุขภาพดีกับพรีม่า. 9 กรกฎาคม 2555. แหล่งที่มา: http://www.youtube.com/watch?v=nOeL52GQaew. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

_____. “พ.ร.บ. เดิมพันชีวิต(2): ร่างพ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขพ.ศ. ... สัมภาษณ์ นพ. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา”, รายการประเด็นดังหลังข่าว. 18 กรกฎาคม 2553. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www. youtube .com/watch?v=Gu4KWhdcP2E. และ http://www.youtube.com/watch?v=zLVTKVIfDkQ. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2555.

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1

รายงานการสัมภาษณ์เชิงลึก

- นพ.ประเวศ วะสี (23 กรกฎาคม 2555)
- นพ.วิชัย โชควิวัฒน (25 กรกฎาคม 2555)
- นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (25 กรกฎาคม 2555)
- นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (16 สิงหาคม 2555 และ 13 กันยายน 2555)
- นางสาวสารี อ๋องสมหวัง (16 สิงหาคม 2555)
- นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (17 สิงหาคม 2555)
- รศ.นวลน้อย ตรีรัตน์ (21 สิงหาคม 2555)
- นพ.สุรพจน์ สุวรรณพานิช (28 สิงหาคม 2555)
- นพ.วันชัย วัฒนศัพท์ (31 สิงหาคม 2555)
- นพ.บรรลุ ศิริพานิช (31 สิงหาคม 2555)
- นางปรียนันท์ ล้อเสริมวัฒนา (10 กันยายน 2555)
- ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส (13 กันยายน 2555)
- ศ.นิธิ เอียวศรีวงศ์ (19 กันยายน 2555) *
- นพ.พงศ์เทพ วิวรรธนะเดช (20 กันยายน 2555)
- นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ (20 กันยายน 2555)
- นพ.นิเวศน์ นันทจิต (21 กันยายน 2555)
- รศ.สมชาย ปรีชาศิลปกุล (21 กันยายน 2555)
- นพ.ไพฑูรย์ ณรงค์ชัย (24 กันยายน 2555)
- นพ.สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ (27 กันยายน 2555)
- นายนิมิตร์ เทียนอุดม (4 ตุลาคม 2555)
- นพ.อำพล จินดาวัฒนะ (22 ตุลาคม 2555)

- นายสรวิศ ลิมปรังษี (26 ธันวาคม 2555)

- นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ (7 มกราคม 2556)

- นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (15 มกราคม 2556)

- นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (16 มกราคม 2556)

- ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา (26 เมษายน 2556)**

หมายเหตุ: * การสัมภาษณ์ ศ.ดร.นิธิ เอียวศรีวงศ์ เป็นการพูดคุยและแลกเปลี่ยนความเห็นอย่างไม่เป็นทางการเรื่องกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์

** การสัมภาษณ์ ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นการพูดคุยและแลกเปลี่ยนความเห็นอย่างไม่เป็นทางการเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภาคผนวกที่ 2

ประเด็นสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกกับแพทยสภา

- ประวัติความเกี่ยวข้องกับแพทยสภา / แรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา
- การทำงานของแพทยสภาภายใต้สภาพปัญหาและบริบทสังคมในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา
- ความสำเร็จ/ความล้มเหลวในการปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภาของผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก

2. แพทยสภาในความเป็นจริง

- ความเปลี่ยนแปลงของแพทยสภาในปัจจุบันจากเจตนารมณ์เมื่อแรกตั้ง
- วิวัฒนาการของแพทยสภาในยุคสมัยต่างๆ
- การเปลี่ยนแปลงใหญ่ครั้งสำคัญในประวัติศาสตร์แพทยสภา
- ความสำเร็จและความล้มเหลวของแพทยสภา จากอดีตถึงปัจจุบัน
- การประเมินแพทยสภา โดยวิธีประเมินจุดแข็ง-จุดอ่อน-โอกาส-อุปสรรค (SWOT analysis) โดยมุ่งเน้นประเด็นเรื่องการบริหารจัดการข้อพิพาทระหว่างแพทย์กับคนไข้
- ชีวิตจริงขององค์กร
- โครงสร้างการทำงานและการบริหารจัดการ
- กลุ่มผลประโยชน์ที่สำคัญ ประโยชน์ร่วม/ความขัดแย้งภายในองค์กร
- การเมืองเรื่องแพทยสภา การได้มาซึ่งกรรมการจากการเลือกตั้ง
- โครงสร้างทางการเงิน
- วัฒนธรรมองค์กร / กติกากำกับที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษรต่างๆ
- ภาพลักษณ์ของแพทยสภาในสายตาหมอ / คนไข้ / สื่อสารมวลชน / สาธารณชน
- โจทย์สำคัญของแพทยสภาในปัจจุบัน และศักยภาพของระบบปัจจุบันในการตอบโจทย์เหล่านั้น
- ระบบบริหารจัดการและกำกับดูแล (Governance) ของแพทยสภา
- ระบบความรับผิดชอบ

- ความโปร่งใส

- การมีส่วนร่วม / ความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ

- ประสิทธิภาพ / ประสิทธิผล

- การสร้างศักยภาพ (เชิงวิชาชีพ เช่น พัฒนาวิชาชีพ พัฒนากลไกกำกับ ผลิตสินค้าและบริการสาธารณะ)

- ความเป็นตัวแทนที่แท้จริงของแพทย์

- การรักษาสมดุลระหว่างผลประโยชน์ของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ สาธารณะ

- สภาพปัญหาของกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยแพทยสภาและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

- บทบาทของแพทยสภากับประเด็น(หลักไมล์)ทางสาธารณสุขที่สำคัญ

- ระบบการศึกษาและฝึกหัดแพทย์

- ระบบสาธารณสุขมูลฐาน

- ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ร่าง พรบ.คุ้มครองผู้เสียหาย

- บทบาทของกลไกกำกับดูแลที่ไม่เป็นทางการ เช่น NGOs สื่อสารมวลชน เครือข่ายผู้ป่วย

3. แพทยสภาที่ควรจะเป็น

- กลไกกำกับดูแลในอุดมคติ (เป้าหมาย / แนวปฏิบัติ / การออกแบบสถาบัน)

- สิ่งที่ควรทำแต่ยังไม่ได้ทำ สิ่งที่ไม่ควรทำและควรเลิกทำ

- เงื่อนไขความสำเร็จ (ปัจจัยภายใน / ปัจจัยภายนอก)

- ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป

ภาคผนวกที่ 3

รายงานการประชุมกลุ่มย่อย (focus group) เรื่อง "กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย: สภาพการณ์ ปัญหา และข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป"

เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2556 ผู้วิจัยได้จัดประชุมประชุมกลุ่มย่อย (focus group) เรื่อง 'ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชีพแพทย์ในประเทศไทย' ณ ห้องประชุม จิตติ ติงศภัทิย์ ชั้น 1 คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ โดยความอนุเคราะห์ของศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยมีรายละเอียดของการประชุมกลุ่มย่อย ดังนี้

1. หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบัน สถาบันหลักซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกทางการในการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย ได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ซึ่งบัญญัติให้มีการจัดตั้ง 'แพทยสภา' ขึ้นเพื่อทำหน้าที่ควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม โดยมีลักษณะเป็นกลไกการกำกับดูแลกันเองในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ (Self-regulated mechanism) ในการนี้กฎหมายได้ให้อำนาจแพทยสภาในการลงโทษแพทย์ตั้งแต่ว่ากล่าวตักเตือนไปจนถึงเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม นอกจากนั้น แพทยสภายังมีสถานะเป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยด้วย โดยมีกรรมการจำนวนหนึ่ง (ในจำนวนเท่ากับกรรมการโดยตำแหน่ง) มีที่มาจากการเลือกตั้งโดยสมาชิกแพทยสภา

หากพิจารณาถึงองค์ประกอบของแพทยสภาในฐานะองค์กรทางการในการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยจะสังเกตได้ว่า กรรมการแพทยสภาทั้งหมดล้วนแล้วแต่เป็นผู้กำหนดนโยบายด้านการสาธารณสุขและผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ทั้งสิ้น โดยไม่มีตัวแทนจากฝั่งผู้รับบริการ เช่น คนไข้ ตัวแทนขององค์กรทางสังคมต่างๆ (เช่น องค์กรคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค) หรือกระทั่งตัวแทนของภาครัฐนอกกิจการสาธารณสุขเลย ในขณะที่องค์กรทางสังคมในประเทศไทยที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนเพื่อรักษาสิทธิและผลประโยชน์ของผู้รับบริการทางการแพทย์อย่างไม่เป็นทางการก็มีอยู่เป็นจำนวนน้อยและขาดทรัพยากรใน

การทำหน้าที่อย่างเป็นระบบและเต็มประสิทธิภาพ จึงอาจกล่าวได้ว่า ฝ่ายผู้รับบริการและองค์กรทางสังคมมีบทบาทร่วมในการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยในระดับต่ำมาก

ประเด็นคำถามหลักที่สำคัญในเรื่องนี้ก็คือ

หนึ่ง กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล สมดังเจตนารมณ์ในการควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ และคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชนและผลประโยชน์สาธารณะต่างๆ และผลักดันนโยบายเกี่ยวเนื่องที่จำเป็น ได้หรือไม่เพียงใด

สอง กลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยโดยเฉพาะกลไกทางการสามารถรักษาสมดุลระหว่างการปกป้องผลประโยชน์ของแพทย์กับการปกป้องผลประโยชน์ของผู้รับบริการหรือสาธารณะได้อย่างลงตัวเพียงใด เพราะเหตุใด

สาม บทเรียนที่ผ่านมา เช่น ความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจนเกิดการฟ้องร้องเป็นคดีความหลายคดี สะท้อนปัญหาเชิงระบบใดบ้าง เราควรมีการออกแบบกลไกหรือสถาบันอย่างไรเพื่อให้ผลประโยชน์ของทั้งสองฝ่ายสอดคล้องไปด้วยกัน ทั้งนี้เพราะหากมีการออกแบบกลไกหรือสถาบันที่ดี ซึ่งมีความเป็นธรรมต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ย่อมสร้างความน่าเชื่อถือและความเป็นที่ยอมรับต่อกลไกกำกับดูแล และอาจส่งผลให้ความขัดแย้งระหว่างแพทย์และคนไข้ถูกผลักเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมลดลง ซึ่งเป็นผลดีต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

เพื่อตอบคำถามหลักเหล่านั้น เราจำเป็นต้องประเมินว่า หากกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่เป็นทางการมีวัตถุประสงค์เพื่อธำรงรักษาผลประโยชน์สาธารณะ มิใช่มีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อรักษาประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แล้ว กลไกทางการภายใต้สภาพการณ์ดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีศักยภาพในการตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ดังกล่าวเพียงใด กระบวนการและผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นเช่นไร มีปัญหาประการใดบ้าง เนื่องจากสาเหตุใด และมีแนวทางการปฏิรูปเพื่อให้สามารถทำหน้าที่อันพึงปรารถนาได้ดีขึ้นอย่างไร

2. กำหนดการ

วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2556เวลา 13.00-16.30 น.
ณ ห้องประชุมจิตติ ติงศภัทย์ ชั้น 1 คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์

13.00-13.30 น. ลงทะเบียน

13.30-14.00 น. นำเสนอกรอบการวิจัย รายงานความก้าวหน้า และประเด็นสำหรับการประชุมกลุ่มย่อย
โดย ผศ.ปกป้อง จันวิทย์ และนายตะวัน มานะกุล นักวิจัยโครงการ

14.00-16.30 น. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการประชุมกลุ่มย่อย
เรื่อง “ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปกลไกการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์”

3. ประเด็นระดมสมอง

- การเปลี่ยนผ่านจากการกำกับดูแลภายใต้องค์กรเดียวสู่การกระจายอำนาจไปยังองค์กรหลายแห่ง (การแบ่งแยกอำนาจหน้าที่ขององค์กรกำกับดูแล)
- กลไกการรับและพิจารณาเรื่องร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพและความเป็นธรรม
- การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในฐานะกรรมการหรืออนุกรรมการในองค์กรกำกับดูแล
- การกำหนดจำนวน คุณสมบัติ และวาระการดำรงตำแหน่งของกรรมการองค์กรกำกับดูแล
- การออกแบบระบบตรวจสอบสมรรถนะของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เช่น การต่อใบอนุญาต
- โครงสร้างทางการเงินขององค์กรกำกับดูแล
- กลไกการสร้างธรรมาภิบาลขององค์กรกำกับดูแล เช่น ความรับผิดชอบ ความโปร่งใส

4. รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมกลุ่มย่อย

1. นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. นายไพศาล ลิ้มสถิตย์ ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ เลขานุการกรรมการและประเมินผล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

5. นพ.วิชัย โชควิวัฒน ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)
6. น.อ.นพ.จริยา สันตติอนันต์ คณะกรรมการองค์กรแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ (ผู้แทนเจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ)
7. พล.ต.ต.นพ.ธนา ธุระเจน นายแพทย์ สบ.6 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ผู้แทนนายแพทย์ใหญ่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ)
8. รศ.นพ.วิชัย วงศ์ชนะภัย รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช (ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช)
9. นพ.เจริญ ทวีผลเจริญ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)
10. นพ.ปรีชา วาณิชยเศรษฐกุล คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
11. นพ.ธันย์ สุภัทรพันธุ์ อาจารย์ประจำภาควิชาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (ผู้แทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี)
12. นพ.คงเดช ลีโทชวลิต รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม (ตัวแทน นพ.ถวัลย์ พบลาภ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม)
13. ผศ.ยุพดี ศิริสินสุข ภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคมและบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
14. คุณสุนี ไชยรส รองประธานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย
15. ศ.สุริชัย หวันแก้ว ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาสันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
16. ดร.นิธิ เนื่องจำนงค์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
17. คุณกชนุช แสงแถลง มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (ผู้แทนนางสาวสารี อ๋องสมหวัง)
18. นายกมล ชวาลวิทย์ ผู้สื่อข่าวอาวุโสสำนักข่าวออนไลน์ไทยพับลิก้า (ผู้แทนนางสาวบุญลาภ ภูสุวรรณ บรรณาธิการสำนักข่าวออนไลน์ไทยพับลิก้า)
19. นางปรียนันท์ ล้อเสริมวัฒนา เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์
20. ผศ.จรวยพร ศรีศศลักษณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
21. นางสุภาวดี นุชรินทร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

หมายเหตุ: รายชื่อที่ผู้วิจัยส่งจดหมายเชิญให้เข้าร่วมการประชุมกลุ่มย่อย แต่ไม่ได้ตอบรับ หรือติดภารกิจไม่สามารถเข้าร่วมได้

1. ศ.นพ.อำนาจ กุสลานันท์ กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง
2. น.อ.นพ.อิทธพร คณะเจริญ กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง
3. น.ท.นพ.ธนาธิปศุภประดิษฐ์ กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง
4. นพ.เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง
5. รศ.พญ.ประสบศรี อึ้งถาวร กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง
6. ศ.นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง
7. รศ.นพ.กัมมันต์ พันธุมจินดา กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง
8. รศ.นพ.วิรุณ บุญนุช กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง
9. พอ.นพ.สุรจิต สุนทรธรรม กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง
10. ศ.พญ.อนงค์ เพียรกิจกรรม อดีตกรรมการแพทยสภา
11. อธิบดีกรมอนามัย
12. อธิบดีกรมการแพทย์
13. เจ้ากรมแพทย์ทหารบก
14. เจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ
15. คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
16. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
17. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
18. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
19. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
20. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
21. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี
22. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
23. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
24. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

25. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
26. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพ
27. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษมราษฎร์
28. นพ.เทียม อังสาชน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ
29. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
30. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)
31. นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพและประธานชมรมแพทย์ชนบท
32. นพ.วันชัย วัฒนศัพท์ สถาบันพระปกเกล้า
33. นพ.สุรเกียรติ อาชานุภาพ ประธานมูลนิธิหมอชาวบ้าน
34. รศ.สุดา วิศรุตพิชญ์ ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
35. นางสาวกรรณิการ์ กิจติเวชกุล แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา
36. นพ.ประสิทธิ์ ชัยวิรัตนะ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พรรคเพื่อไทย
37. นพ.วรงค์ เดชกิจวิกรม สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พรรคประชาธิปัตย์
38. นพ.วิรัติ พาณิชย์พงษ์ สมาชิกวุฒิสภา
39. นางสาวรสนา โตสิตระกูล สมาชิกวุฒิสภา