

กระบวนการวิธีพิจารณาด้านจริยธรรมการแพทย์

นัตรสุนน พฤทธิญาณ*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการวิธีพิจารณาด้านจริยธรรมการแพทย์ของแพทยสภา ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์เชิงลึกจากตัวแทนคณะกรรมการด้านจริยธรรมและคณะกรรมการแพทยสภา ระหว่างวันที่ 5 มกราคม ถึงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2552 วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการวินิจฉัยด้านจริยธรรมถือเป็นกระบวนการภายในของแพทยสภา เมื่อแพทยสภาได้รับคำร้องเรียนจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยแล้ว จะดำเนินการตรวจสอบตามคำกล่าวหา ขั้นตอนดำเนินการวินิจฉัยของแพทยสภาถูกกำกับโดยกฎหมายปกครองอีกชั้นหนึ่ง แพทยสภาดำเนินการพิจารณาสอบสวนเรื่องร้องเรียนนั้นโดยผ่านทางคณะกรรมการ 2 ชุด แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรก ดำเนินการลงมติว่าเป็นคดีมีมูลหรือไม่ โดยคณะกรรมการจริยธรรม ถ้าคดีมีมูล สงสัยว่าจะมีการประพฤติผิดจริยธรรม การตัดสินใจของคณะกรรมการจริยธรรมจะต้องผ่านมติความเห็นชอบของคณะกรรมการแพทยสภา ก่อน ขั้นตอนที่สอง ส่งให้คณะกรรมการสอบสวน หากแพทย์ที่ถูกกล่าวหาได้ประพฤติผิดจริง คณะกรรมการสอบสวนก็จะเสนอบทลงโทษต่อคณะกรรมการแพทยสภา ให้ตัดสินลงโทษแพทย์ผู้นั้น ในกรณีที่คณะกรรมการจริยธรรมสรุปว่าเป็นคดีไม่มีมูล เรื่องร้องเรียนนั้นก็เป็นอันยุติ และแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบผล การพิจารณาการลงโทษทางจริยธรรมโดยแพทยสภามี 4 ระดับ ได้แก่ ว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาต มีกำหนดระยะเวลา และเพิกถอนใบอนุญาต โทษที่รุนแรงที่สุดคือ การเพิกถอนใบอนุญาต กระบวนการวิธีพิจารณานี้มีหลักประกันความเป็นธรรมทั้งสองฝ่าย แต่กระบวนการพิจารณาต้องใช้เวลาและต้องใช่วิธีการวินิจฉัยของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะควรให้มีกลไกที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เพื่อลดจำนวนการเข้าสู่กระบวนการพิจารณา

คำสำคัญ: กระบวนการวิธีพิจารณาด้านจริยธรรม, คณะกรรมการจริยธรรม, แพทยสภา, การลงโทษทางจริยธรรม

บทนำ

แพทยสภาเป็นสภาวิชาชีพแพทย์ที่ทำหน้าที่ทั้งเป็นสภาการศึกษา พัฒนาวงการแพทย์ และสร้างบุคลากรทั้งผู้เชี่ยวชาญระดับสูง ดูแลรักษา ส่งปฏิบัติงาน และร่วมจัดการกระจายจำนวนแพทย์ในภาครัฐและเอกชน ต่อจำนวนประชากร การติดตามตรวจสอบมาตรฐานทั้งในและต่างประเทศผ่านราชวิทยาลัย 13 แห่ง และกระทรวงสาธารณสุข จนถึงกลไกการควบคุมจริยธรรม และได้เสนอแผนงานปัญหาแนวทางการแก้ไขผลกระทบต่างๆ ของสังคม รวมถึงด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

จริยธรรมและจรรยาแพทย์เป็นเครื่องกำกับความประพฤติของแพทย์ให้ส่งงานในทุกสถานที่จริยธรรมและจรรยาแพทย์ มีไว้ให้พึงปฏิบัติระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ให้การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโดยใช้หลักวิชาให้ถูกต้อง ให้นึกถึงประโยชน์ของผู้ป่วยก่อนประโยชน์ของตนเอง ช่วยเหลือเอื้ออื้อเพื่อให้เกิดกำลังใจ ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยในโรคที่เขาเป็นอยู่ และให้ข้อมูลการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจ การวางแผนทางชีวิตของผู้ป่วย¹ เนื่องจากแพทย์ต้องรับผิดชอบในชีวิตผู้ป่วยและเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ซึ่งมีอัตราสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉลี่ยปีละ 300 ราย² จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2547 อาจารย์แพทย์ในสถาบันแพทย์ 3 แห่ง คือ ศิริราช ราชบัณฑิต และธรรมศาสตร์ ลาออกไป 211 คน (63 คน พ.ศ. 2545, 56 คน พ.ศ. 2546 และ 82 คน พ.ศ. 2547) เฉลี่ยร้อยละ 5 ต่อปีที่อาจารย์แพทย์ลาออก การลาออกนี้มีผลกระทบต่อการเรียนการสอน การผลิตแพทย์ที่ดีอย่างประมาณมิได้³

ปัจจัยสาเหตุหนึ่งของการฟ้องร้องแพทย์มาจากแพทย์ขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ผู้ป่วยคิดว่าแพทย์ละเลยไม่ดูแลเอาใจใส่ และอาจมีแพทย์อีกส่วนหนึ่งที่มีวัตถุนิยมมาก ทำให้ขาดความสำนึกในหน้าที่ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางส่วนมักจะไม่วุ่นใจใน

เรื่องการรักษาของแพทย์ คิดแต่เพียงว่าเมื่อมารักษาแล้ว แพทย์ต้องวินิจฉัยให้ได้ รักษาหาย และมักจะใช้เงินเป็นปัจจัยวัดความสำเร็จในการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิดอย่างมาก เพราะการรักษาโรคเป็นศิลปะอย่างหนึ่งซึ่งต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน⁴

นอกจากนี้ วิชาชีพแพทย์ยังถูกดึงเข้าสู่ระบบธุรกิจมากขึ้น โรงพยาบาลเอกชนที่เปิดดำเนินการในเชิงธุรกิจ มีจุดมุ่งหมายคือมีผลกำไร มีการนำโรงพยาบาลเข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ อย่างไรก็ตาม ข้อกำหนดของบริษัทที่จะจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ได้ จะต้องมีส่วนกำไรอยู่ในเกณฑ์ดี จึงจะผ่านการรับรอง การดำเนินการของโรงพยาบาลจึงมุ่งเน้นที่การทำกำไร การให้ผลประโยชน์ตอบแทนแก่แพทย์สูง ดังนั้น เมื่อแพทย์ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายหรือบรรเทาอาการของการตกลงในเบื้องต้นหรือผู้ป่วยไม่พึงพอใจในผลการรักษาผู้ป่วย ทั้งๆ ที่ได้จ่ายเงินเป็นจำนวนมากแล้วก็ตาม และหากมีความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลด้วยแล้ว ผู้ป่วยก็จะกลับมาฟ้องแพทย์ สถิติการฟ้องร้องแพทย์เรียกค่าเสียหายต่อศาล และการร้องเรียนต่อแพทยสภาจึงมีมากขึ้น⁵

นอกจากนี้ จำนวนแพทย์ก็มีจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วย โดยเฉพาะโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2551 มีแพทย์อยู่เพียงจำนวน 6,622 คนเท่านั้นที่ทำงานตรวจรักษาผู้ป่วยจริงอยู่จริง⁶ แพทย์เหล่านี้ต้องรับผิดชอบในการตรวจรักษาและดูแลผู้ป่วย โดยแพทย์แต่ละคนมีเวลาทำงานเฉลี่ยสัปดาห์ละ 120 ชั่วโมง แต่มีประชาชนไปรับบริการตรวจรักษาปีละประมาณ 160 ล้านครั้ง และนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกประมาณ 120 ล้านครั้ง⁷ การตรวจรักษาผู้ป่วยมีแต่จะมากขึ้นทั้งโรคที่มีอยู่เดิมๆ กับโรคใหม่ๆ ที่อุบัติขึ้น เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก เอชไอวี รวมทั้งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การจราจร การวิวาท การโจรกรรม และการก่อการร้าย

จึงทำให้แพทย์มีเวลาตรวจผู้ป่วยนอก (ผู้ป่วยที่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล) เพียงคนละ 2-4 นาที⁸ ทำให้ไม่สามารถป้องกันความผิดพลาดและการถูกฟ้องได้

รายงาน The Boston Globe ได้ชี้ถึงความผิดพลาดซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีจำนวนผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของแพทย์มากเกินไปทำให้เกิดความผิดพลาดในการให้สารเคมีและยาของแพทย์ การเร่งวินิจฉัย การผสมยาผิด ในสหรัฐอเมริกา มีร้อยละ 2.9-3.7 ต่อปี⁹ และร้อยละ 5 มีคดีไปสู่ศาล และพบว่า หนึ่งในสามมีการเรียกร้องขอสินไหมชดเชยจากการที่แพทย์วินิจฉัยผิดพลาด¹⁰ ในทุกปีความผิดพลาดทางการแพทย์ กรณีถึงแก่ความตาย เกิดขึ้นทั้งในและนอกโรงพยาบาลมากกว่า 7,000 ราย¹¹ อย่างไรก็ดีตาม ในรายงานเรื่อง To err is human, but errors can be prevented เป็นรายงานที่พยายามศึกษาถึงวิธีความปลอดภัย จนกระทั่งเกิดการก่อตั้ง คณะกรรมการสถาบันทางการแพทย์ด้านสุขภาพที่เรียกว่า The IOM Quality of Health Care in America¹² ในปี 2549 มีการติดตามผลการทำงานของคณะกรรมการสถาบันทางการแพทย์ด้านสุขภาพนี้ ผลพบว่า ผู้ป่วยกว่า 400,000 ราย ที่สามารถป้องกันด้านความผิดพลาดในการรักษาได้ในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายกว่า 887 ล้านดอลลาร์สหรัฐ¹³ ในสหรัฐอเมริกาได้ตระหนักถึงปัญหาความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ที่อาจจะมิสาเหตุจากโรคแทรกซ้อน หรืออาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือความผิดพลาดที่ไม่ได้เกิดจากความประมาทหรือการละเลยทอดทิ้งผู้ป่วย ได้กำหนดให้มีการจ่ายชดเชยแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายทางการแพทย์โดยไม่ถือว่าเป็นความผิดของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ (No Fault Compensation) เช่น การฉีดวัคซีน หรือการได้รับยาที่ทำให้เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ แต่ก็ยังมีการฟ้องร้องเพื่อเรียกร้องเงินชดเชยค่าเสียหายอย่างมากมายในสหรัฐอเมริกา¹⁴

ประเทศไทย สหุติแพทย์ กุมารแพทย์ และ ศัลยแพทย์เป็นแพทย์ที่ถูกฟ้องอยู่ในอันดับต้น ๆ¹⁵ และเป็นคดีที่ผู้เสียหายเรียกร้องค่าเสียหายที่ค่อนข้างสูง¹⁶ เนื่องจากสาเหตุแพทย์ถูกคาดหวังจากผู้ที่มาฝากครรภ์ว่าจะสามารถตรวจพบความผิดปกติ ความผิดปกติด้วย เส้นทางหนึ่งเมื่อผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อผลการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยก็จะไปร้องเรียนต่อแพทยสภา แพทยสภาเป็นองค์กรวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นเพื่อภารกิจหลักของแพทยสภาตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 คือ ให้ความคุ้มครองในด้านความปลอดภัยแก่ประชาชน ในการรักษาพยาบาลจากแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการ ดังนั้น แพทยสภาจึงต้องควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม หลักเกณฑ์ที่กำหนดในข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนวิธีพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2540 ในบางขั้นตอนมีหลักเกณฑ์ที่ประกันความเป็นธรรมต่ำกว่าพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 เช่น หลักเกณฑ์ในการคุ้มครองสิทธิของคู่กรณีในกระบวนพิจารณาคดีจริยธรรม¹⁷ และขณะเดียวกันก็มีข้อกล่าวหาว่า แพทยสภานั้นดำเนินกระบวนการวินิจฉัยคดี “แบบแพทย์ช่วยแพทย์” มีคดีฟ้องร้องแพทย์สะสม 200 คดี แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ตายจากความผิดพลาดที่ป้องกันได้มีประมาณ 25,000-47,500 คนต่อปี ซึ่งไม่ถือว่ามีความยุติธรรมในการดำเนินคดี เนื่องจากเวชระเบียนหลักฐานเดียวในที่เกิดเหตุ อยู่ในมือของสถานพยาบาลและทีมแพทย์และแพทย์ก็มีผู้เชี่ยวชาญเบิกความช่วยขณะที่ผู้เสียหายกลับหาพยานหลักฐานเพื่อต่อสู้คดีอย่างยากลำบาก¹⁸ เพื่อก่อให้เกิดความเป็นธรรมกับคู่กรณีและเกิดประสิทธิภาพในการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของแพทยสภา คณะกรรมการแพทยสภาจึงให้ความสำคัญต่อกระบวนวิธีพิจารณาของอนุกรรมการฯ และกรรมการแพทยสภาเป็นอย่างมาก ทั้งนี้

เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทั้งประชาชน ที่ได้รับความเสียหายและแพทย์ที่ถูกร้องเรียน ผลของความไม่พึงพอใจและความรู้สึกของผู้ฟ้องร้องที่มองแพทยสภาว่าคุ้มครองแพทย์ด้วยกัน จึงเกิดคำถามขึ้นว่า กระบวนการวินิจฉัยของแพทยสภาเป็นอย่างไร มีการประกันความเป็นธรรมแก่ผู้ฟ้องร้องหรือไม่ ดังนั้นการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพิจารณาข้อร้องเรียนแพทยด้านจริยธรรมของแพทยสภา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก จากตัวแทนคณะอนุกรรมการแพทยสภาด้านจริยธรรม และคณะกรรมการของแพทยสภาจำนวน 6 ท่าน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามที่เลขานุการแพทยสภาอนุญาต โดยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการศึกษา โครงการนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลหมายเลข MUPH2008-188

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับประเด็นเกี่ยวกับอำนาจของแพทยสภา การรับการร้องเรียนทางจริยธรรมของแพทยสภา ขั้นตอนเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัย องค์ประกอบคณะแพทย์ผู้วินิจฉัย รูปแบบของการวินิจฉัย ความเที่ยงตรงในการวินิจฉัย และการประกันความเป็นธรรมในการวินิจฉัย เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 5 มกราคม - 30 มีนาคม 2552 วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกในภาคสนาม แล้วสรุปประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ผลการศึกษา

อำนาจของแพทยสภา

การรับคำร้องเรียนทางจริยธรรมของแพทยสภา ในฐานะองค์กรวิชาชีพ ถูกกำหนดตามที่พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 7 (1) ที่ให้แพทยสภา “ควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการตรวจรักษาและการประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามมาตรฐานที่ดีที่สุด เพื่อป้องกันความเสียหาย” อำนาจของแพทยสภา ได้แก่ การสอบสวน ทำความเห็น และลงโทษทางจริยธรรมแก่แพทย์ กรณีที่มีบุคคลได้รับความเสียหาย เพราะการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

ช่องทางการร้องเรียนต่อแพทยสภากรณีด้านจริยธรรมนั้น มีดังนี้

“คดีจะนำเรียนถึงเลขานุการแพทยสภา ผู้ร้องเรียนต้องให้ข้อมูลของตนเองกับแพทยสภาเกี่ยวกับชื่อนามสกุล ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ และข้อเท็จจริงในคำร้องเรียน หรือหลักฐานอื่นที่เกี่ยวข้องกับคำร้องเรียน ส่วน “คำร้องเรียน หมายถึงข้อความที่ผู้ร้องเรียนซึ่งก็คือผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายหรือญาติทำขึ้นเพื่อร้องเรียนแพทย์ผู้ประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม” เช่น การรักษาโรคที่ไม่ได้ผลการวินิจฉัยโรคที่คลาดเคลื่อน หรือค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลืองสูงเกินคาด ดังนั้น แพทย์ที่ถูกกล่าวหาหรือถูกกล่าวโทษกับผู้ร้องเรียนจึงต้องเข้ามาเป็นคู่กรณีกัน ซึ่งหมายความว่า ผู้ร้องเรียนหรือผู้ถูกร้องเรียนจะอยู่ในบังคับของคำสั่งแพทยสภา และผู้ซึ่งได้เข้ามาในกระบวนการพิจารณาของคณะกรรมการแพทยสภา” (ผู้ให้ข้อมูล แพทย์จากแพทยสภา)

องค์ประกอบของคณะแพทย์ผู้พิจารณา

แพทย์ที่มีตำแหน่งเป็นอนุกรรมการจริยธรรม และแพทย์ที่แพทย์สภาขอความเห็นจากราชวิทยาลัย ต่างๆ ได้แก่ ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ฯ ราชวิทยาลัย อายุรแพทย์ฯ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ราชวิทยาลัย สูติศาสตร์แพทย์ฯ เป็นต้น การจัดโครงสร้างของคณะ อนุกรรมการจริยธรรมออกเป็น 16 ชุด ใช้คณะ อนุกรรมการเข้าประชุม ชุดละ 6-9 คน เพื่อแยกมูล ความผิดทางจริยธรรมกว่า 10 ประเภท ทั้งนี้ คณะ อนุกรรมการ 16 ชุด ประชุม 1 ครั้ง ต่อเดือน ต่อชุด อนุกรรมการเป็นอาจารย์แพทย์ รวมไม่น้อยกว่า 96 คน ส่วนคณะอนุกรรมการสอบสวนเพื่อลงโทษ แต่ง ตั้งขึ้นมาทั้งหมด 9 ชุด ชุดละ 6-9 คน รวมไม่น้อยกว่า 54 คน และคณะกรรมการกลั่นกรองจริยธรรมที่มี ทนายความ ผู้พิพากษา อัยการ (คนนอก) ร่วม พิจารณา จากการประชุมครั้งละ 20 คน ต่อเดือน และการวินิจฉัยแต่ละครั้งใช้วิธีการร่วมลงมติ โดย คณะกรรมการแพทย์สภา

ขั้นตอนเข้าสู่กระบวนการวิธีพิจารณาทางจริยธรรม

เริ่มจากการที่แพทย์สภาได้รับคำร้องเรียน ซึ่งมีทั้งจากร้องเรียนโดยตรง และร้องเรียนผ่าน หนังสือพิมพ์ ซึ่งมีจำนวนรวมกว่า 150 เรื่องต่อปี กระบวนการวิธีพิจารณาเกี่ยวกับคดีด้านจริยธรรมมี ลักษณะแบบได้สวน ตัวแทนคณะอนุกรรมการแพทย์ ได้อธิบายไว้ ดังนี้

“คณะอนุกรรมการแพทย์สภามีบทบาท สำคัญในการแสวงหาข้อเท็จจริง ให้โอกาสคู่กรณีได้ ทราบข้อเท็จจริงอย่างเพียงพอ ให้โอกาสโต้แย้ง และ แสดงพยานหลักฐานของตนได้ตามความเหมาะสม” แต่ละคดีที่ร้องเรียนเข้ามาจะถูกจัดสรรไปให้คณะ อนุกรรมการจริยธรรมแต่ละคณะ และคณะกรรมการ กลั่นกรองจริยธรรม ขณะเดียวกันแพทย์สภาได้

ดำเนินการขอความเห็นราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องซึ่ง คำตอบที่ได้รับจากราชวิทยาลัยต้องใช้ระยะเวลา 3-6 เดือน”

การพิจารณาคดีจะดำเนินการในรูปขององค์ คณะ มีข้อสรุป ดังนี้

“ในคดีหนึ่งคดีนั้นจะผ่านองค์คณะอย่างน้อย 2 คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการจริยธรรมแพทย์สภา คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม และคณะ กรรมการแพทย์สภา ตามข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วย กระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบ วิชาชีพ พ.ศ. 2548 ในหนึ่งคดี โดยเฉลี่ยต้องผ่าน กระบวนการพิจารณา อย่างน้อย 4 ครั้ง ความล่าช้า เกิดมาจากขั้นตอนที่ต้องแจ้งเจ้าตัว เจ้าทุกข์ ผู้ร้อง ผู้ถูกร้องให้รับทราบ ทั้งทางหลักฐานไปรษณีย์ (รอลง ทะเบียนตอบกลับ) และกระบวนการที่กฎหมายระบุ ให้ขอความเห็นจากคนนอก” (ผู้ให้ข้อมูล แพทย์จาก แพทย์สภา)

“ในระหว่างของการพิจารณาคดีโดยอนุ กรรมการจริยธรรม แพทย์ผู้ถูกกล่าวหาหรือถูกกล่าว โทษมีสิทธิทำคำชี้แจงหรือโต้แย้งหรือแสดงพยาน หลักฐานใดๆ ต่อคำร้องเรียนและต่อประเด็นที่เกิด ขึ้นตามกระบวนการแสวงหาข้อเท็จจริงหรือสอบสวน ที่เกี่ยวข้องเนื่องกับคำร้องเรียนดังกล่าว ให้แก่คณะ อนุกรรมการสอบสวน คำชี้แจงนี้ต้องยื่นต่อประธาน อนุกรรมการสอบสวนภายในสิบห้าวัน นับแต่วันได้ รับแจ้งจากประธานอนุกรรมการสอบสวน หรือภายใน กำหนดเวลาที่คณะอนุกรรมการสอบสวนจะขยายให้ นอกจากนี้ ผู้ร้องและผู้ถูกร้องมีสิทธินำทนายหรือ ตัวแทนเข้าไปในขั้นตอนของคณะอนุกรรมการ จริยธรรมและอนุกรรมการสอบสวนได้ และสามารถ ทำความเห็นชี้แจงหรือโต้แย้งหลังจากที่คณะอนุ กรรมการทั้ง 2 ชุดสรุปการพิจารณาก่อนส่งไปยัง คณะกรรมการแพทย์สภาพิจารณา เมื่อผลตัดสิน ไม่เป็นที่พอใจ ถ้ามีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม สามารถร้อง เรียนให้แพทย์สภาทบทวนพิจารณาคดีใหม่ได้ แต่

คณะกรรมการแพทยสภาต้องพิจารณาอีกครั้งจะให้มีการทบทวนพิจารณาหรือไม่” (ผู้ให้ข้อมูล แพทย์จากแพทยสภา)

ผลของกระบวนการวิธีพิจารณา

การพิจารณามี 2 กรณี คือ คดีไม่มีมูลและมีมูลซึ่งประพฤติผิดข้อบังคับ คณะกรรมการมีอำนาจวินิจฉัยมีอำนาจชี้ขาดอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาตมีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควรแต่ไม่เกินสองปี ดังข้อสรุป ดังนี้

“ในระหว่างที่คณะอนุกรรมการจริยธรรมพิจารณาคดีจนถึงการรอความเห็นร่วมและสรุปคดีว่าคดีมีมูลหรือไม่ รวมระยะเวลา 4 เดือน ถึง 3 ปี คณะอนุกรรมการด้านจริยธรรมจะส่งคำสรุปแก่คณะกรรมการแพทยสภาเพื่อตัดสินคดี คณะกรรมการแพทยสภายังต้องใช้เวลา 1-2 เดือนเพื่อวินิจฉัยตัดสินคดีซึ่งแบ่งเป็น คดีมีมูลและไม่มีมูล คำว่า “คดีมีมูล” หมายถึง คดีด้านจริยธรรมที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าอาจมีการกระทำความผิดตามคำร้องเรียน จึงนำเข้าสู่กระบวนการสอบสวนโดยยังไม่ถือว่าผู้ถูกร้องเรียนมีความผิดด้านจริยธรรม ส่วนคดีไม่มีมูลนั้นอาจพิจารณาจากชนิดของโรค หรือข้อมูลปกติของโรค เช่น เป็นมะเร็ง ก็อาจต้องตาย จึงถือว่าไม่มีมูล” (ผู้ให้ข้อมูล แพทย์จากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ และแพทยสภา)

“กรณีถ้าวินิจฉัยว่า “คดีไม่มีมูล” ก็ให้ทำการแจ้งมติแก่ผู้กรณีที่ร้องเรียน เรื่องเป็นอันยุติ แต่ถ้าคดีมีมูล คดีนั้นจะถูกนำเข้าพิจารณาอีกครั้งโดยคณะอนุกรรมการสอบสวนและราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ราชวิทยาลัยศัลยศาสตร์ฯ ฯลฯ ซึ่งคณะอนุกรรมการสอบสวนต้องรอคำสรุปจากราชวิทยาลัย และบางคดีเกี่ยวข้องหลายสาขา อาจผ่านหลายองค์คณะ ส่วนนี้มีระยะเวลา 3-6 เดือน จึงสรุปความคิดเห็นได้ออกมาเป็น 2 แนวทางคือ การประพฤติผิดข้อบังคับ และไม่มี

ประพฤติผิดข้อบังคับ” (ผู้ให้ข้อมูล แพทย์จากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ และแพทยสภา)

“กรณีประพฤติผิดข้อบังคับ ก็จะมีการเสนอบทลงโทษ ส่วนไม่ประพฤติผิดข้อบังคับ ให้ยกข้อกล่าวหา หรือยกข้อกล่าวโทษ โดยแจ้งต่อคณะกรรมการแพทยสภาจำนวน 38 คน ถ้าคณะกรรมการแพทยสภาไม่เห็นด้วย หรือให้เหตุผลไม่ชัดเจน อาจส่งย้อนกลับให้หาข้อมูลเพิ่มเติมอีกครั้ง เพื่อเสนอมติขอความเห็นชอบ แล้วส่งให้สภานายกพิเศษแพทยสภาเพื่อเห็นชอบหรือยับยั้งอีกครั้ง จากนั้นคณะกรรมการแพทยสภาจะพิจารณาหรือยืนยันมติเดิมต่อไป ถ้ายังยืนยันมติเดิม มติต้องไม่น้อยกว่าสองในสาม การพิจารณาและยืนยันมตินำไปสู่การออกคำสั่งแพทยสภาที่เป็นคำสั่งทางปกครอง” (ผู้ให้ข้อมูล แพทย์จากแพทยสภา)

“คณะกรรมการมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดลงโทษคำสั่งให้เพิกถอนใบอนุญาตนี้เป็นคำสั่งที่รุนแรงที่สุด คำวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการแพทยสภานี้เป็นที่สุด และทำเป็นคำสั่งแพทยสภา หลังจากนั้นให้เลขาธิการแจ้งคำสั่งแพทยสภาไปยังผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ถูกกล่าวหาหรือผู้ถูกกล่าวโทษเพื่อทราบ และให้บันทึกคำสั่งนั้นไว้ในทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย ฉะนั้น ผู้ร้องเรียนก็จะได้รับทราบว่า แพทย์ที่ตนกล่าวหาได้ถูกตัดสินว่าผิดหรือถูก หรือได้รับการลงโทษอย่างไรหรือไม่ แต่ผู้ร้องจะไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูล แพทย์จากแพทยสภา)

ความเห็นของแพทยสภา เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมดังกล่าว ย่อมมีน้ำหนักในการใช้ประกอบการพิจารณาดำเนินการของผู้เกี่ยวข้องได้ ไม่ว่าจะเป็นพนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ หรือศาลยุติธรรม²¹ อย่างไรก็ตาม ฟ้องร้องทางแพ่งมีอายุความสั้นเพียง 1 ปี และสิทธิในการกล่าวหาแพทย์ต่อแพทยสภาที่มีอายุความ

ไม่เกิน 3 ปี ทำให้ประชาชนนำเอาคดีไปฟ้องศาลอาญาเพราะมีอายุความยาวนานถึง 20 ปี ถ้าศาลอาญาพิพากษาลงโทษแพทย์ว่ากระทำความผิด ประชาชนก็มีสิทธินำผลการตัดสินของศาลอาญานั้นไปอ้างอิงในความผิดของแพทย์ เพื่อฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางแพ่งอีกต่อไป ทั้งนี้ ตัวแทนอนุกรรมการแพทย์ได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

“แพทย์และผู้ป่วยควรจะมีประนีประนอมมากกว่า แต่เวลาที่จะให้แพทย์มาไกล่เกลี่ยหรือสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ตรงนี้ก็ทำได้ลำบากเพราะคนไข้มาก และเป็นเรื่องซับซ้อนเกินกว่าจะอธิบาย ควรมีกฎหรือระบบที่จะช่วยการไกล่เกลี่ย บางทีก็เป็นเรื่องจิตใจหรือเข้าใจผิดเพียงเล็กน้อยไม่อย่าให้ผู้ป่วยมาร้องเรียนที่แพทยสภา เพราะเสียเวลา เว้นแต่จะเป็นการประทุษร้ายคดีด้านจริยธรรมจริงๆ” (ผู้ให้ข้อมูลแพทย์จากแพทยสภา)

ความเที่ยงตรงของการดำเนินกระบวนการวิธีพิจารณาทางปกครอง

เพื่อปกป้องสิทธิของประชาชนผู้ร้องเรียนเรื่องร้องเรียนที่ได้ยื่นไว้กับแพทยสภาจะไม่สามารถถอนเรื่องคืนได้หรือหยุดการพิจารณาได้แม้จะมีการยอมความตกลงไกล่เกลี่ยระหว่างแพทย์กับผู้เสียหายก็ตาม ในระหว่างดำเนินคดี ผู้ร้องและแพทย์ผู้ร้องสามารถนำทนายความหรือตัวแทนเข้าไปในขั้นตอนของคณะอนุกรรมการจริยธรรมและคณะอนุกรรมการสอบสวนได้ และหากตัดสินแล้วไม่เป็นที่พอใจ ถ้ามีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมสามารถร้องเรียนให้แพทยสภาทบทวนพิจารณาคดีใหม่ได้ ยิ่งกว่านั้น ถ้าไม่พอใจต่อคำตัดสินของแพทยสภาและไม่มีข้อมูลใหม่ที่จะร้องผู้ร้องยังสามารถร้องเรียนไปยังศาลปกครอง ศาลแพ่งหรือศาลอาญา ทั้งนี้แพทย์ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า

“กระบวนการวิธีพิจารณามีความเที่ยงตรง เพราะใช้ทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจากมหาวิทยาลัย

ต่างๆ ซึ่งมีอยู่ 13 แห่ง และปัจจุบัน มาตรฐานทุกคดีที่ร้องเรียนมายังแพทยสภา จะต้องผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีใช้แพทย์ในคณะกรรมการกลั่นกรองด้วย ได้แก่ อดีตผู้พิพากษาศาลฎีกา อัยการระดับสูง และเลขาธิการสภากาชาดไทย” (ผู้ให้ข้อมูลแพทย์จากแพทยสภา)

ความเป็นธรรมของการดำเนินกระบวนการวิธีพิจารณา

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือผู้ร้องเรียนเริ่มปรากฏความขัดแย้ง และมีความเข้าใจว่าคนไม่ได้รับความเป็นธรรมจึงดำเนินร้องเรียน และฟ้องร้องหลายๆ แห่ง ดังที่เป็นข่าวในสื่อสารมวลชนที่ผ่านมา จนกระทั่งมีความพยายามสร้างกระบวนการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท คุณภาพของกระบวนการวิธีพิจารณาหรือความเหมาะสมในการวินิจฉัยและการสั่งการของคณะกรรมการแพทยสภา ได้ประกันสิทธิและเสรีภาพของประชาชนด้วยตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนการพิจารณาเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2548 ดังที่พบเป็นข้อกฎหมาย เช่น หลักการไม่มีส่วนได้ส่วนเสียของอนุกรรมการคนใดคนหนึ่ง หลักการรับฟังความเห็นทุกฝ่าย หลักการต้องให้เหตุผลในคำสั่งทางปกครอง หลักเกณฑ์ว่าด้วยกระบวนการพิจารณาในชั้นคณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม อนุกรรมการสอบสวน ได้แก่ บรรดาหลักเกณฑ์เกี่ยวกับวิธีการขั้นตอน หรือเงื่อนไขในการสั่งการทางปกครอง รวมตลอดถึงการพิจารณาทางปกครองหรือการอุทธรณ์การกำหนดหน้าที่ของคณะอนุกรรมการแพทยสภาในการพิจารณาออกคำสั่ง ได้แก่ การสั่งการโดยไม่มีอคติ และได้พิจารณาโดยรอบคอบก่อนสั่งการ หลักเกณฑ์เรื่องความเป็นกลางของอนุกรรมการที่จะทำการพิจารณาคดีด้านจริยธรรม เช่น ไม่เป็นคู่กรณีเสียเอง ไม่เป็นคู่หมั้นหรือคู่สมรสญาติ บุพการี ผู้สืบสันดานไม่ว่าชั้นใด ๆ หรือไม่เป็นพี่น้อง หรือลูกพี่ลูกน้องนับ

ได้เพียงภายในสามชั้น หรือไม่เป็นญาติเกี่ยวพันทาง
แต่งงานนับได้เพียงสองชั้น หรือไม่เคยเป็นผู้แทนโดย
ชอบธรรมหรือผู้พิทักษ์ ผู้แทนหรือตัวแทนของคู่กรณี
หรือไม่เป็นเจ้าของหนี้หรือลูกหนี้ หรือไม่เป็นนายจ้างของ
คู่กรณีเสียเอง

อย่างไรก็ตาม ผลของคำสั่งของแพทยสภาซึ่ง
มีผลกระทบต่อสิทธิหรือหน้าที่ของแพทย์ แพทยสภา
มีอำนาจหน้าที่รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้
แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และพักใช้ใบ
อนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพ
เวชกรรม การใช้อำนาจได้แสดงออกมาสู่ภายนอก
องค์กร และมีผลบังคับเป็นการเฉพาะราย เมื่อได้มีการ
อุทธรณ์ตามขั้นตอนและระยะเวลาแล้วถ้าผู้อุทธรณ์
ไม่พอใจในผลการพิจารณาก็สามารถใช้สิทธิฟ้องคดี
ต่อศาลปกครองได้ภายใน 90 วันนับจากวันที่ได้รับ
แจ้งผลการพิจารณาอุทธรณ์

การอภิปรายผล

การศึกษาถึงกระบวนการวินิจฉัยของแพทย-
สภานี้เป็นไปตามขั้นตอนของพระราชบัญญัติวิธี
ปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 ข้อบังคับ
แพทยสภาว่าด้วยกระบวนการพิจารณาเกี่ยวกับด้าน
จริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2548
ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพิจารณานี้ให้ความ
เป็นธรรมทั้งผู้ป่วยและแพทย์ผู้ถูกร้องเรียน ต่อกรณี
การตรวจสอบการตรวจรักษาของแพทย์ว่าเป็นไป
ตามมาตรฐานหรือไม่ ในขณะที่มีการร้องเรียนเกิดขึ้น
นำผลมาสู่ความขัดแย้ง การร้องเรียนไปยังแพทยสภา
เป็นเรื่องเกี่ยวกับจริยธรรมวิชาชีพ ข้อโต้แย้งระหว่าง
แพทย์กับผู้ป่วย บางครั้งมาจากการผิวน้ำใจกันด้วย
คำพูด เป็นเหตุให้เกิดการร้องเรียน ดังนั้น แพทย์ต้อง
ใช้คำพูดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย¹⁹ การฟ้องร้องแพทย์
อาจมีผลต่ออยู่บ้างในการทำให้แพทย์ต้องระมัดระวัง
ในการตรวจรักษาให้ได้มาตรฐานที่ดีที่สุด แต่การที่มี

การฟ้องแพทย์ก็อาจทำให้เกิดความเสียหายอย่างอื่น
ตามมาด้วย เช่น ขวัญและกำลังใจของแพทย์ที่ตั้งใจ
รักษา แต่ควบคุมภาวะแทรกซ้อนของการรักษาไม่ได้
หรือแพทย์ทั่วไปก็ไม่กล้ารับผู้ป่วยไว้ในความดูแล แต่
อาจส่งผู้ป่วยต่อไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
เพื่อความระมัดระวังในการรักษาผู้ป่วย ทำให้การ
รักษาอาจเน้นช้อออกไป หรือแพทย์ก็จะต้องไปขึ้น
ราคาค่ารักษาผู้ป่วยให้มากขึ้น เพื่อจะให้ตัวเองมีราย
ได้พอเพียงกับรายจ่ายประกันที่อาจถูกฟ้องร้อง²⁰

เนื่องจากกระบวนการพิจารณาด้านจริยธรรม
ของแพทยสภามีความแตกต่างจากกระบวนการพิจารณา
ของศาลยุติธรรม กระบวนการพิจารณาคดีของแพทย
สภาต้องอาศัยความรู้เฉพาะทางจากมหาวิทยาลัย 13
แห่ง และหลักเกณฑ์การลงโทษทางจริยธรรมมีเพียง
4 ระดับ ได้แก่ ว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้
ใบอนุญาตมีกำหนดเวลา และการเพิกถอนใบอนุญาต
โทษที่รุนแรงที่สุดคือการเพิกถอนใบอนุญาต ซึ่งผู้เสีย
หายอาจรู้สึกว่ามันไม่ได้รับความยุติธรรมจากการ
ตัดสินของแพทยสภา คดีล่าช้า และการตัดสิน
ลงโทษเบา²¹

อย่างไรก็ตาม แพทย์ผู้ถูกลงโทษทางจริยธรรม
ก็อาจรู้สึกได้ถึงความเป็นธรรมต่อการลงโทษข้าง
ต้นเช่นกัน คำสั่งของแพทยสภาถือเป็นคำสั่งทาง
ปกครอง การพิจารณาตัดสินวินิจฉัยของแพทยสภา
ถือกระบวนการภายในฝ่ายปกครอง²² เมื่อแพทย์ที่ถูก
ลงโทษไม่พอใจได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหาย
สามารถร้องเรียนต่อฝ่ายปกครองให้เยียวยาแก้ไข
ความเดือดร้อนหรือเสียหายให้แก่ตนได้ หรือร้องขอ
ต่อคณะกรรมการให้ทบทวนคำสั่งของตนเสียใหม่
ด้วยตนเอง โดยอ้างว่าคำสั่งอาจมีข้อบกพร่องทาง
ด้านกฎหมายหรือข้อเท็จจริง²³

มีกรณีที่แพทยสภาสั่งลงโทษภาคทัณฑ์แพทย์
ผู้หนึ่ง และแพทย์ผู้นั้นได้ฟ้องต่อศาลปกครอง ศาล
ปกครองชี้ว่า การที่แพทยสภามีคำสั่งให้ “ภาคทัณฑ์”
แพทย์ผู้นี้ เพราะผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อน ไม่ควรมี

การผ่าตัดอีก และไม่แข็งแรงอาการ รายละเอียด หรือ ผลร้ายที่จะเกิดขึ้นจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ดี คำสั่งของแพทย์สภาก็เป็นคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย ศาลปกครองจึงพิพากษายกฟ้องแพทย์ผู้นี้เสีย²⁴

ในอีกคดีหนึ่ง ตามคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 8072/2549 ผู้ฟ้องได้ฟ้องสภานายกพิเศษของแพทยสภาเป็นจำเลยที่ 1 นายกแพทยสภาเป็นจำเลยที่ 2 เลขานุการแพทยสภาเป็นจำเลยที่ 3 ผลการตัดสินมีว่า มติและคำสั่งของแพทยสภานั้นชอบด้วยกฎหมาย เพราะการสอบสวนของคณะกรรมการแพทยสภาไม่ได้ปรากฏว่าเป็นไปโดยไม่สุจริตหรือเป็นการกลั่นแกล้งโจทก์ผู้ฟ้อง คณะกรรมการแพทยสภาได้ใช้อำนาจวินิจฉัยชี้ขาดลงโทษทางจริยธรรม “ว่ากล่าวตักเตือน” ชอบแล้ว

ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้ควรมีระบบหรือกลไกที่จะทำให้ทั้งผู้ป่วยหรือผู้เสียหายและแพทย์ใช้วิธีการประนีประนอมและการไกล่เกลี่ยก่อนเข้าสู่กระบวนการพิจารณาคดี ความสัมพันธ์และความเข้าใจที่ดีระหว่างบุคคลทั้งสองฝ่ายสามารถที่จะยุติและเกิดความเป็นธรรมได้ก่อนที่จะมาเข้ากระบวนการพิจารณาทั้งทางแพทยสภาและทางศาลยุติธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านเลขานุการแพทยสภาที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อนายแพทย์ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย นายแพทย์เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ นายแพทย์สัมพันธ์ คมฤทธิ์ และนายแพทย์ทองดี ชัยพานิช ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ครั้งนี้ และภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ธนอมศรี ศรีชัยกุล. สถาบันแพทย์ไทย อดีต-ปัจจุบัน และอนาคต บรรยายในการประชุมวิชาการประจำปี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 วิจัยยุทธศาสตร์ ฉบับที่ 36 มกราคม-เมษายน 2550.
2. อารยา ชูผกา. (บรรณาธิการ). ทางออกเชิงระบบ กรณีคนไข้ฟ้องหมด. พรอสฟอรัส พลัส: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2551: 35.
3. วรากรณ์ สามโกเศศ. โรงเรียนแพทย์ กับความเสียหายของชาติ. มติชนรายวัน; 8 กันยายน พ.ศ. 2548.
4. ทองดี ชัยพานิช. ปาฐกถา เปรมบุรีครั้งที่ 3 เมื่อแพทย์ถูกร้องเรียน. รายงานประจำปี ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี 2549.
5. พรทิพย์ โรจนสุนันท์. การฟ้องแพทย์. Retrieved from <http://www.cmu2807.com/>. เข้าถึงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2550.
6. เชิดชู อริยศรีวัฒนา. ข้าราชการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขมีภาระงานอะไรบ้าง: วารสารวงการแพทย์ 2551; 10(275): 26-9.
7. จันทนา ผดุงทศ และคณินิจ นิษานนท์. ชั่วโมงการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550; 16(4): 493-502.
8. เชิดชู อริยศรีวัฒนา. จดหมายเปิดผนึกถึงนายกรัฐมนตรี เรื่อง ขอให้นายกรัฐมนตรีรับเร่งแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข. 27 กรกฎาคม 2552.
9. Cook R, Woods D, Miller C. A Tale of Two Stories: Contrasting Views of Patient Safety. Chicago: National Patient Safety Foundation, 1998.

10. Phillips RL, Bartholomew LA, Dovey SM, Fryer GE, Miyoshi TJ, Green LA. Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. *Qual Saf Health Care* 13 2004;(2): 121-6.
11. Phillips DP, Christenfeld, N, Glynn, LM. Increase in US Medication-Error Deaths between 1983 and 1993. *The Lancet*. 351: 643-4, 1998.
12. Linda TK, Janet MC, and Molla SD. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 7.
13. The National Academy of Science. Medication Errors Injure 1.5 Million People and Cost Billions of Dollars Annually. 2006. Retrieved from <http://www8.nationalacademies.org/onpinews/> access on March 15, 2008.
14. เชิดชู อริยศรีวัฒนา. แพทย์สภากับการคุ้มครองประชาชน. Retrieved from <http://www.pantown.com/> เข้าถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2552.
15. แพทย์สภา. แพทย์ที่ถูกร้องเรียนเฉพาะทาง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการแพทย์สภา. วันที่ 4-5 สิงหาคม 2549. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลราชวิถี, 2549.
16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. จำนวนผู้ขอรับค่าชดเชยความเสียหายจากการรับบริการตามมาตรา 41. กองกฎหมาย: นนทบุรี, 2550.
17. วรยศ สุทธะลักษณะ. หลักเกณฑ์ที่ประกันความเป็นธรรมตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539: ศึกษากรณีการดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2548.
18. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ. ผ่านทางต้น “ปัญหาร้อน” “ฟ้องร้องหมอ” “ทางออก” อยู่ที่ไหน?. Retrieved from <http://www.hitap.net/backoffice/news>. เข้าถึงวันที่ 14 มีนาคม 2551.
19. แพทยสภา. แพทย์ดีเด่นของแพทยสภา ปีพุทธศักราช 2551. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา; กันยายน 2551; 2.
20. อัมพล จินดาวัฒนะ. ปัญหาความสัมพันธ์ผู้ป่วยกับแพทย์ต้องแก้เชิงระบบ ในทางออกเชิงระบบ กรณีคนไข้ฟ้องหมอ. พรอสฟอรัส พลัส: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2551: 101-3.
21. มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ออกแถลงการณ์จวกแพทยสภาแทรกแซงสื่อ. Retrieved from http://old.consumerthai.org/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=570&Itemid=87 เข้าถึงเมื่อ 13 สิงหาคม 2550.
22. ราชกิจจานุเบกษา. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนการพิจารณาเกี่ยวกับคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2548. เล่ม 122 ตอนพิเศษ 50 ง: 11 กรกฎาคม 2548.
23. นันทวัฒน์ บรมานันท์. เอกสารคำสอน: บทที่ 4 การควบคุมของฝ่ายปกครอง ใน ความรู้เบื้องต้นของกฎหมายฝรั่งเศส: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. มปป.
24. สุพจน์ สาทรกิจ. วินิจฉัยคำสั่งแพทยสภาที่ 1/2547. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานศาลปกครอง; วันที่ 30 มิถุนายน 2549.

The Procedure of Medical Ethics

Chardsumon Prutipinyo*

ABSTRACT

The objective of this research is to study the procedure of medical ethics diagnosed by Medical Council. The data was collected through in-depth interview of the representatives of the ethical sub-committee and committee of medical council during January 5th to March 30th, 2009 and analyzed by content analysis. The result found that the procedure of ethical issue diagnosis is internal procedure of the council. The process starts when the patient or the relative complains about the doctor in the ethical issues. Each stage is examined about legitimacy by administrative law. The process of council verdict is divided into 2 stages; by the ethical sub-committee and by the investigational sub-committee. In the first stage, the ethical sub-committee must examine and pass a resolution of the case which there is a prima facie case or groundless. In case of having a prima facie case, the process will run to prove the validity. The sub-committee's decision is sent to the council committee. In the second stage, the allegations are sent to the investigational sub-committee for proving and propose the suitable punishment. Then the result of investigation is sent to the council committee to propose punishment for the doctor who violates the ethical rules of Medical Council. In case of no fault, everything is over; but if the case was found that there is violation of the ethical issue; the council committee will inform the doctor and record the decision in the membership roster. There are 4 ethical punishments: warning, probation, license suspension and licensed withdrawn. The strongest punishment is to withdraw the name from the medical list. This procedure has secured a fair and justice process. But it takes time for consideration and need of medical ethics experts. The recommendation from this study is establishment of a mechanism for maintaining good relationship between patients and physicians to reduce the number of process into consideration.

Key words: The medical ethics procedure, the ethical committee, Medical Council, ethical punishment

J Public Health 2009; 39(3): 357-367.

Correspondence: Assist. Prof. Dr.Chardsumon Prutipinyo, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University. 420/1 Rajvithi Road, Rajchathewi District, Bangkok 10400, Thailand.

* Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University