

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา

ตามแผนการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2548-2551 นั้น คณะรัฐมนตรีกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ไว้ประการหนึ่ง คือ การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจให้สมดุลและแข่งขันได้ โดยมีกลยุทธ์สำคัญประการหนึ่ง คือ การปรับโครงสร้างการท่องเที่ยว การบริการ การค้า และจะพัฒนาธุรกิจบริการที่มีศักยภาพ แสวงหาช่องทางตลาดใหม่ๆ ในกลุ่มธุรกิจดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งประเทศไทยมีบุคลากรที่มีศักยภาพในธุรกิจบริการประเภทนี้มาก กรณีจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษามาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันว่า เอื้อต่อการพัฒนาบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดและจำเป็นต้องปรับปรุง เพิ่มเติม หรือลดมาตรการทางกฎหมายเพื่อสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านการรักษาพยาบาลของเอเชีย (Asia Medical Hub) ได้อย่างแท้จริง

ทั้งนี้ประเทศไทยได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย พ.ศ. 2547-2551 และรวมเอาการบริการการดูแลสุขภาพแบบสปาเข้าไปด้วย เนื่องจากการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยได้รายงานว่ามีนักท่องเที่ยวจากอังกฤษเดินทางเข้ามาใช้บริการด้านนี้ในปี ค.ศ. 2004 สูงถึงมากกว่าหนึ่งล้านคนมีเงินสะพัดสูง 26.4 พันล้านบาท ทำให้ประเทศไทยนอกจากจะต้องมีการพัฒนากฎหมายในด้านเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข กฎหมายอาหารและยา กฎหมายว่าด้วยความปลอดภัย แล้วยังต้องมีการพัฒนากฎหมายเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญา เพื่อคุ้มครองการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนไทย นอกเหนือจากกฎหมายและกฎระเบียบเกี่ยวกับการเปิดสถานบริการแบบสปา

ประเทศในแถบเอเชียที่มีการพัฒนาให้เป็นศูนย์กลางการบริการทางการแพทย์ได้แก่อินเดีย และสิงคโปร์ รวมทั้งญี่ปุ่น ทั้งนี้อินเดียมุ่งพัฒนาการแพทย์แบบทางเลือกให้เป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาล โดยใช้แนวทางการบำบัดรักษาแบบโบราณผสมผสานกับการแพทย์แผนใหม่ ในขณะที่ญี่ปุ่นมุ่งพัฒนาความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีชีวภาพ(Biotechnology) และมุ่งพัฒนาทางด้านเภสัชกรรมเพื่อสนับสนุนการดำเนินการทางการแพทย์

ในการพัฒนาเพื่อเป็นศูนย์กลางของสุขภาพในเอเชีย ปัจจัยที่สำคัญที่จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาได้แก่ โครงสร้างทางระบบสาธารณสุข ความทันสมัย ความปลอดภัย ความเป็น

วิชาชีพ ความเชี่ยวชาญ การพัฒนา การถ่ายทอดเทคโนโลยี ความเชี่ยวชาญในทางการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จำเป็นต้องมีการพัฒนามาตรการทางกฎหมายและทบทวนมาตรการกฎระเบียบ ที่เกี่ยวข้องตลอดจนมาตรการอื่นๆ โดยเฉพาะด้านกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาที่จะคุ้มครองการแพทย์และการให้บริการสุขภาพแบบทางเลือกตลอดจนสร้างความเชื่อมั่นในเรื่องความปลอดภัยให้แก่ผู้มาขอรับบริการ

สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาบริการทางการแพทย์ให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในเอเชียเช่นกัน คือ สิงคโปร์ เนื่องจากสิงคโปร์พิจารณาว่า ตนเองตั้งอยู่ศูนย์กลางของเอเชียแปซิฟิก (central location) มีเครือข่ายการเดินทางและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ดี รวมทั้งมีโครงสร้างพื้นฐานในการให้บริการที่ดี (good travel network, good it, and good service infrastructure) อย่างไรก็ตาม สิงคโปร์ก็ยังมีจุดอ่อนอย่างมากในเรื่อง ค่าที่พักอาศัย และค่าบริการที่สูงมาก และถูกโจมตีจากประเทศเพื่อนบ้านอย่างรุนแรงจากการที่โรงพยาบาลเอกชนในสิงคโปร์ได้ลงโฆษณา การให้บริการทางการแพทย์ในหนังสือพิมพ์ และสมุดหน้าเหลืองในประเทศเพื่อนบ้าน ปราบปรามการดังกล่าวส่งผลให้สิงคโปร์เปลี่ยนกรอบแนวคิดใหม่ (paradigm shift) จากการเป็นศูนย์กลางการให้บริการทางการแพทย์ไปเป็นศูนย์กลางการฝึกอบรม (training curm service hub) โดยพิจารณาผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นคือ

**ประการแรก** สิงคโปร์มองว่า การฝึกอบรมจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์ในเชิงวิชาชีพ ให้เป็นที่เลี้ยง (mentorship) แก่สมาชิกและผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมจากสิงคโปร์ เมื่อกลับไปให้บริการทางการแพทย์ จะส่งต่อผู้ป่วยให้กับสิงคโปร์ ในรายการณที่ผู้ป่วยต้องการบริการทางการแพทย์ที่ดีกว่า โดยไม่ต้องลงโฆษณา

**ประการที่สอง** การฝึกอบรมจะส่วนหนึ่งของการสร้างเครือข่ายในการฝึกอบรมกับสถาบันอื่นๆทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่กำลังแสวงหาความร่วมมือกับเอเชีย เพื่อส่งต่อโครงการฝึกอบรม สิงคโปร์ก็จะสามารถเป็นสถานที่หลักในภูมิภาค

**ประการที่สาม** การฝึกอบรมเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ที่จะพัฒนาการให้บริการในแง่ต่างๆ

ดังนั้นสิงคโปร์กำลังพัฒนาเพื่อสร้างศักยภาพของการเป็นมืออาชีพ (Professional Capacity) ทั้งในตัวโครงสร้างพื้นฐานและตัวบุคลากร อีกทั้งอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เพื่อสร้างความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้นในการพัฒนาการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเพื่อเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์

จากข้อมูลดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาทบทวนมาตรการทางกฎหมายที่จำเป็นต่อการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านการรักษาพยาบาลของเอเชียเพื่อสนับสนุนและเอื้อต่อการดำเนินการตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของชาติต่อไป

รายงานการศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาที่จะแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับโครงสร้าง กลไก และมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลของประเทศไทยว่ามีลักษณะอย่างไร? ลักษณะและองค์ประกอบดังกล่าวมี ข้อดี ข้อเสีย และผลกระทบต่อการพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลของเอเชียอย่างไร? ประเทศอื่นๆในเอเชีย เช่น สิงคโปร์ อินเดีย ฯลฯ มีการพัฒนาโครงสร้าง กลไก และมาตรการทางกฎหมายที่เอื้อต่อการพัฒนาการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเป็นศูนย์กลางการแพทย์ของเอเชียอย่างไร?

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาโครงสร้าง กลไก และมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลของประเทศไทย

1.2.2 เพื่อศึกษา ข้อดี ข้อเสีย ปัญหาอุปสรรค และผลกระทบของโครงสร้าง กลไกและมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องดังกล่าว และวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม

1.2.3 เพื่อศึกษาถึงแนวทางการดำเนินการให้บริการ โดยเฉพาะ มาตรการทางกฎหมายของประเทศอื่นๆ ที่เอื้อต่อการพัฒนาการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและจัดทำเป็นข้อเสนอแนะที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

## 1.3 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้มุ่งศึกษาเกี่ยวกับข้อเท็จจริงและข้อมูล โครงสร้าง กลไก และมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการให้การักษาพยาบาลของประเทศไทย ศึกษา ข้อดี ข้อเสีย ปัญหาอุปสรรคและผลกระทบตลอดจนแนวทางการพัฒนา มาตรการทางกฎหมายในการดำเนินการให้บริการการรักษาพยาบาลที่เอื้อต่อการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย (Medical Hub of Asia) ของประเทศไทยและของต่างประเทศเฉพาะสิงคโปร์ อินเดีย ญี่ปุ่น และออสเตรเลีย

## 14 วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้แบ่งการศึกษาวิจัยออกเป็น 2 แนวทาง คือ

### ก) การวิจัยเอกสาร (Documentary Research)

โดยเป็นการรวบรวมและประมวลข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับ โครงสร้าง กลไก และมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ปัจจัย ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการและผลกระทบของโครงสร้าง กลไก และมาตรการดังกล่าว ตลอดจนแนวทางการพัฒนาโครงสร้าง กลไก และมาตรการทางกฎหมายของต่างประเทศเกี่ยวกับการพัฒนาการบริการทางการแพทย์ให้เป็นศูนย์กลางการแพทย์ของเอเชีย

### ข) การวิจัยภาคสนาม (Field Research)

เป็นการดำเนินการหลังจากการศึกษาและวิเคราะห์ในภาคเอกสารแล้วจะนำประเด็นบางประเด็นไปทำการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งในสายการแพทย์ สาธารณสุข และในสายกฎหมาย จำนวน 15 ท่าน เพื่อนำเอาผลการสัมภาษณ์มาใช้ประกอบการวิเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอแนะประกอบรายงานการศึกษภาคเอกสารด้วยอีกโสดหนึ่ง

## 15 เป้าหมายและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 ทำให้ทราบถึง โครงสร้าง กลไก และมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลของประเทศไทย

1.5.2 ทำให้ทราบถึง ข้อดี ข้อเสีย ปัญหาอุปสรรค และผลกระทบของโครงสร้าง กลไก การดำเนินการ และมาตรการทางกฎหมายดังกล่าว ที่มีต่อการพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลของเอเชีย

1.5.3 ทำให้ทราบถึงการพัฒนาการดำเนินการการให้บริการการรักษาพยาบาลที่เอื้อต่อการเป็น Medical Hub of Asia โดยเฉพาะการพัฒนามาตรการทางกฎหมายของต่างประเทศ

1.5.4 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลของเอเชีย

## บทที่ 2

### แนวคิด และ หลักการดำเนินการเกี่ยวกับศูนย์การแพทย์

การศึกษาวิจัยเรื่อง มาตรการทางกฎหมายที่จำเป็นต่อการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านการรักษาพยาบาลของเอเชีย (Asia Medical Hub) เป็นการวิจัยเอกสาร (documentary research) และการวิจัยเป็นการวิจัยภาคสนาม (field research) ประกอบผลการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาโครงสร้าง กลไก และมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ศึกษา ข้อดี ข้อเสีย ปัญหาอุปสรรค และผลกระทบของโครงสร้าง กลไกและมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องดังกล่าว และวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาการให้บริการ โดยเฉพาะ มาตรการทางกฎหมายของประเทศอื่นๆ ที่เอื้อต่อการพัฒนาการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและจัดทำเป็นข้อเสนอแนะที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ซึ่งก่อนที่จะเข้าสู่ประเด็นการศึกษากฎหมาย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาถึงแนวคิด หลักการดำเนินการเกี่ยวกับการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ซึ่งได้มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและเอกสารตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature Review) ตามลำดับต่อไปนี้

- 2.1 ข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุขของไทย
- 2.2 แนวทาง นโยบาย และทิศทางการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย
- 2.3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย
- 2.4 การดำเนินการพัฒนาศูนย์กลางทางการแพทย์ของต่างประเทศ
- 2.5 ข้อสังเกต

#### 2.1 ข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุขของไทย

ในปี พ.ศ. 2539 จำนวนแพทย์ที่ถูกลงทะเบียนไว้ ณ แพทยสภา มีจำนวน 21,916 คน แต่มีเพียง 17,500 คนเท่านั้น ที่ทำงานอยู่ในประเทศ (ส่วนที่เหลือพลัดถิ่นหรือย้ายถิ่นฐานไปต่างประเทศแล้ว) สัดส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากร คือ 1: 3,500 ซึ่งจากจำนวนประชากรที่อยู่ในประเทศไทยจำนวนความต้องการแพทย์จึงอยู่ที่ 27,500 คน นั่นคือประเทศไทยขาดแคลนแพทย์ถึงกว่า 10,000 คน โดยเฉพาะ พื้นที่ชนบทมีการขาดแคลนแพทย์อย่างมาก แต่ก็มีแนวโน้มว่าปัญหาจะลดลงในอีก 2 ทศวรรษข้างหน้า

ในปัจจุบัน ประเทศไทยสามารถผลิตแพทย์ได้ประมาณ 900 คน จากมหาวิทยาลัยแพทย์ต่าง ๆ จำนวน 10 แห่ง (9 แห่งเป็นมหาวิทยาลัยรัฐ อีกแห่งเป็นมหาวิทยาลัยเอกชน) และคาดว่าความสามารถในการผลิตแพทย์น่าจะเพิ่มเป็น 1,700 คนต่อปีในอีก 20 ปีข้างหน้า

แนวโน้มของแพทย์ต่อประชากร พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นในทุก ๆ ภูมิภาค คือ จาก 1: 6,956 ในปี พ.ศ. 2522 เป็น 1: 1,480 ในปี พ.ศ. 2538 แพทย์ส่วนใหญ่จะอยู่ในกรุงเทพมหานคร และในส่วกลาง แต่แนวโน้มความไม่เท่าเทียมกันของการกระจายแพทย์ ระหว่างเมืองและชนบท ลดลงในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2532 และคงที่หลังจากปี พ.ศ. 2532

การกระจายแพทย์ตามสถาบันรัฐและเอกชน พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา สัดส่วนของแพทย์ที่ทำงานในภาครัฐได้ลดลง ขณะที่ในภาคเอกชนกลับเพิ่มขึ้น โดยร้อยละของแพทย์ที่ทำงานในภาคเอกชน เพิ่มจาก 6.7 ในปี พ.ศ. 2514 เป็น 24.7 ในปี พ.ศ. 2538 ในขณะที่ภาครัฐได้ลดลงจากร้อยละ 81.9 เป็น 70.9 ในช่วงเวลาเดียวกัน

ส่วนในภูมิภาค มีโรงพยาบาลที่มีฐานะเป็นโรงเรียนแพทย์อยู่ 5 แห่ง โรงพยาบาลในภูมิภาค 24 แห่ง และโรงพยาบาลหรือสถาบันที่รักษาโรคเฉพาะทาง 25 แห่ง หากประเทศไทยจะพิจารณาเป็นระดับจังหวัด พบว่ามีโรงพยาบาลทั่วประเทศ 67 แห่งครอบคลุมทุกจังหวัด (โดยแต่เดิมมีอยู่ 75 แห่ง แต่ในปี พ.ศ. 2539 โรงพยาบาลทั่วไป 8 แห่งได้ปรับโรงพยาบาลศูนย์ จึงทำให้เหลือโรงพยาบาลทั่วไปในภูมิภาค 67 แห่ง) และยังมีโรงพยาบาลอีก 51 แห่ง เป็นโรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้สังกัดต่าง ๆ ของ กระทรวงมหาดไทย

ในระดับอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชนรวม 703 แห่ง สามารถครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบลได้ นอกจากนี้ยังมี โรงพยาบาลสาขา อีก 3 แห่ง และศูนย์บริการสุขภาพของเทศบาลอีก 132 แห่ง

ในระดับตำบลสำรวจพบว่ามีสถานอนามัย 9,689 แห่งครอบคลุมทุกตำบล และในบางตำบลยังมีสถานอนามัย มากกว่า 1 แห่ง ส่วนในระดับหมู่บ้าน ในปี พ.ศ. 2541 ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจำนวน 67,376 แห่ง มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเมืองจำนวน 1,732 แห่ง

ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชนพบว่ามีโรงพยาบาลจำนวน 473 แห่ง และคลินิกอีกจำนวน 12,206 แห่ง

นโยบายส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์แห่งเอเชีย (Medical Hub) เช่น การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ทันตกรรม สปา และนวดแผนไทย ซึ่งเป็นนโยบาย

สำคัญของรัฐบาลเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพ ที่ต้องการให้บริการทางการแพทย์ เป็นนโยบายเชิงเศรษฐกิจการค้าเสรี และ Medical Hub เป็นการเปิดโอกาสให้เกิดการขยายตัวของภาคธุรกิจสุขภาพอย่างกว้างขวาง การขยายตลาดจะทำให้เกิดอุปสงค์ต่อบริการและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้บริการเพิ่มขึ้นจึงจะทำให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนไทยพบว่าในปี พ.ศ.2544-2547 ได้มีผู้ป่วยจากประเทศในกลุ่มเอเชียใต้เข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ประเทศไทย โดยในปีพ.ศ.2544 จำนวน 34,857 ราย ปีพ.ศ.2545 จำนวน 47,555 ราย ปี 2546 จำนวน 69,574 ราย และปี พ.ศ. 2547 จำนวน 107,627 ราย โดยมีอัตราการเติบโตโดยเฉลี่ยร้อยละ 46 สำหรับผู้ป่วยชาวบังกลาเทศในปี พ.ศ. 2546 มีจำนวน 34,051 รายและในปี 2547 มีจำนวน 40,100 ราย มีอัตราการเติบโตเพิ่มขึ้นร้อยละ 14

มาเลเซียเป็นเพียงประเทศหนึ่งในเอเชียที่หวังจะทำเงินจากอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ จำนวนชาวต่างชาติที่เดินทางไปรักษาโรคในมาเลเซียเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในช่วงสามปีที่ผ่านมา จาก 44,000 คน เป็น 102,000 คน

สิงคโปร์เป็นหนึ่งในผู้บุกเบิกการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ เมื่อปีพ.ศ.2546 ได้ดึงผู้ป่วยชาวต่างชาติได้กว่า 150,000 คน ขณะเดียวกันรัฐบาลสิงคโปร์ได้ตั้งเป้าไว้ว่าจะเกิน 1 ล้านคนภายในปี 2555 อินเดียก็ดึงลูกค้าได้ประมาณ 12,000 คนเมื่อปีที่แล้ว ทัวร์เพื่อสุขภาพของบริษัทแห่งหนึ่งเสนอแพ็คเกจหลายรูปแบบมาก อาทิ ทำเลเซอร์พร้อมเที่ยวทัจมาฮาล มาเลเซียกำลังเร่งผลักดันทัวร์เพื่อสุขภาพโดยวางแผนทำเว็บไซต์และจัดเทรดแฟร์ตามที่ต่างๆ โดยไปจัดไกลถึงดูไบ และในอเมริกาเหนือ แต่พัฒนาการที่ทำให้อุตสาหกรรมท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพของมาเลเซียก้าวหน้ายิ่งกว่าใครคือ การยกเลิกกฎหมายแพทย์และทันตแพทย์ กฎหมายฉบับนี้มาก่อนที่มาเลเซียจะได้เอกราชจากอังกฤษ ซึ่งมีข้อห้ามไม่ให้แพทย์โปรโมตบริการของตนเอง และได้ห้ามโรงพยาบาลแจ้งให้ประชาชนทราบว่าสามารถให้บริการอะไรบ้าง กระทรวงสาธารณสุขของมาเลเซียได้ ประกาศว่าโรงพยาบาลและแพ็คเกจทัวร์ต่างๆสามารถโปรโมทบริการในต่างประเทศได้ แม้วายังไม่มีการแก้ไขกฎหมายนี้อย่างเป็นทางการ แต่บรรดาเจ้าของโรงพยาบาลรู้สึกมีอิสระมากขึ้นที่จะไปโปรโมตในต่างประเทศ

จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ 10 อันดับแรกที่ใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนไทย

สัญชาติ	จำนวนผู้ป่วยต่างชาติในแต่ละปี				
	2544	2545	2546	2547	2548
ญี่ปุ่น	118,170	131,584	162,909	247,238	185,616
สหรัฐอเมริกา	49,253	59,402	85,292	118,771	132,239
อังกฤษ	36,778	41,599	74,856	95,941	108,156
ตะวันออกกลาง	n.a.	20,004	34,704	71,051	98,541
เอเชียใต้	34,857	47,555	69,574	107,627	98,308
อาเซียน	n.a.	n.a.	36,708	93,516	74,178
ไต้หวัน/จีน	26,893	27,438	46,624	57,051	57,279
เยอรมนี	19,057	18,923	37,055	40,180	42,798
ออสเตรเลีย	14,265	16,479	24,228	35,092	40,161
ฝรั่งเศส	16,102	17,679	25,582	32,409	36,175

ที่มา : ข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชนไทย 30 แห่ง รวบรวมโดยกรมส่งเสริมการส่งออก

หมายเหตุ

- 1.ตัวเลขตั้งแต่ปี 2546 เป็นตัวเลขที่รวมจำนวนการ revisit ด้วย
- 2.ปี 2548 โรงพยาบาลเอกชนไทยส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญกับการเก็บข้อมูลแยกรายสัญชาติ

สถานพยาบาลทั่วประเทศ

รวม กรุงเทพมหานคร	3,687	81	15,031	21	469	102	15,500
รวมส่วนภูมิภาค	13,113	177	19,092	65	1,214	242	20,306
รวมทั้งหมด	16,800	258	34,123	86	1,683	344	35,806

มีทนา พนานิรามัยและสมชาย สุขสิริเสรีกุล(2539:28)ศึกษาลักษณะความเจ็บป่วย ศึกษาตัวกำหนดภาวะการเจ็บป่วย การใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลจากแพทย์ พยากรณ์ภาวะการเจ็บป่วยและการใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลจากแพทย์ในอนาคต พยากรณ์และเปรียบเทียบอุปสงค์และอุปทานของแพทย์ ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการผลิตแพทย์ในอนาคต ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเจ็บป่วยของประชาชนไทยอยู่ในระดับที่สูงมาก ประมาณร้อยละ 41 ของประชาชนไทยในเรื่องพฤติกรรมการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยพบว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกใช้บริการจากบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์เป็นทางเลือกครั้งแรก ทางเลือกที่มากอันดับรองลงไปคือ การไปพบแพทย์ การใช้บริการจากแพทย์ เมื่อเจ็บป่วยนั้นการเข้าถึงบริการของแพทย์มีผลกระทบอย่างเด่นชัดในการเพิ่มอัตราใช้บริการการศึกษาที่สูงขึ้นมีอิทธิพลในการเพิ่มอัตราการใช้บริการจากแพทย์เมื่อตนเองหรือผู้อยู่ในความดูแลเจ็บป่วยแต่ผลกระทบของการศึกษาดูเหมือนจะลดลงตามอายุของผู้ป่วย เด็กที่ป่วยใน ครอบครัวที่ทำการเกษตรจะมีอัตราการใช้บริการจากแพทย์ต่ำ ผู้ใหญ่ในภาคการเกษตรต่ออัตราการใช้บริการจากแพทย์เปลี่ยนแปลงตามอายุและโรคกล่าวคือ หากเกษตรกรป่วยด้วยโรคของระบบทางกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก โรคของระบบทางเดินอาหาร โรคผิวหนังและภูมิแพ้แล้ว มักจะมีอัตราการใช้บริการจากแพทย์สูงกว่าบุคคลกลุ่มอื่นๆ อย่างไรก็ตามความต้องการแพทย์ที่ประมาณมาข้างต้นคำนวณจากบริการที่ให้แก่คนไข้ นอกเท่านั้นหากนำบริการที่ให้แก่คนไข้ในมาคิดด้วย ความต้องการแพทย์จะเพิ่มขึ้นอีกระมาณร้อยละ 11.26 ซึ่งจะมีผลทำให้ได้ข้อสรุปว่ามีการขาดแคลนแพทย์อยู่แล้วในปัจจุบันนี้ และการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนดังกล่าวต้องใช้เวลานานกว่าที่กล่าวมาข้างต้นอีกประมาณ 5 ปี

ผู้ที่สะท้อนปัญหานี้ให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ดีก็คือ นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ เลขาธิการแพทยสภาคนปัจจุบัน ซึ่งได้แสดงทัศนะไว้ในหนังสือพิมพ์มติชน เมื่อเดือนกันยายน 2547 ว่า "การที่จะเอาชาวต่างชาติมาใช้บริการทางการแพทย์ ประเทศไทยจะต้องคิดให้หนักละเอียด รอบคอบ อย่างโปร่งใส เช่น ข้อมูลขณะนี้ประเทศไทยมีแพทย์น้อยมากคือ 27,000 คน โดยประมาณที่ยังทำตัวเป็นแพทย์อยู่ หรือแพทย์ 1 คนต่อประชากร 2,400 คน ซึ่งถือว่าน้อยมาก เมื่อเทียบกับสิงคโปร์ ฮองกง ยุโรป อเมริกา ถ้ามีชาวต่างชาติเข้ามารักษาในประเทศมาก ในขณะที่แพทย์ไทยยังไม่พอ โรงพยาบาลเอกชน แพทย์ที่ทำงานเอกชนและในเมื่อมีผู้ป่วยที่เอกชนมากและจำนวนแพทย์ไม่เพียงพอ แพทย์ที่ทำงานให้ภาครัฐก็จะลาออก ปัญหาการดูแลผู้ป่วย 30 บาทและผู้ที่จะเป็นครูหรืออาจารย์แพทย์จะเกิดขึ้น

สมุนไพรไทยก็เป็นอีกผลิตภัณฑ์หนึ่งที่ถูกตั้งความหวังไว้ว่า จะเป็น 1 ในปัจจัย 3 ด้านที่จะทำให้ไทยก้าวสู่การเป็น Medical Hub of Asia ถึงแม้ไทยจะได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่มีสมุนไพรจำนวนมากที่จะช่วยรักษาโรคได้หลากหลายชนิด แต่ที่ผ่านมากการพัฒนาสมุนไพรเพื่อทำเป็นยารักษาโรคกลับไม่คืบหน้าเท่าที่ควร

พ.ญ.เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า พัฒนาการไทยมีการพัฒนาน้อยมาก ปัจจุบันมียารขอขึ้นทะเบียนตำรับเกือบ 1,000 ตำรับ แต่กลับมีการขึ้นทะเบียนได้น้อยมาก และยาที่ขึ้นทะเบียนส่วนใหญ่ก็เป็นเพียงยาสามัญประจำบ้านที่มีการผลิตในรูปแบบเดิม ๆ เช่น ยาลูกกลอน ยาน้ำ ยาผง แต่หากจะบรรจุแคปซูล หรือผลิตยาในรูปแบบแผนปัจจุบัน ที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงก็มีขั้นตอนมากจนไม่สามารถขึ้นทะเบียนตำรับยาได้ หมอยาแต่ละคนจึงต้องผลิตยาด้วยแรงงานคน เครื่องไม้เครื่องมือที่พอจะหาได้จากท้องถิ่น บางครั้งส่งผลให้เกิดการปนเปื้อน ทำให้

คุณภาพยาลดลง ทั้งที่มีสรรพคุณดี อีกทั้งการผลิตสมุนไพรในรูปแบบยาไทยเพื่อรักษาโรคแบบองค์รวม ประเทศไทยจะต้องใช้สมุนไพรหลาย ๆ ชนิดรวมกันเป็นตำรับ สมุนไพรบางชนิดอาจเพิ่มฤทธิ์ของสมุนไพรบางชนิดในตำรับเดียวกันได้ บางชนิดสามารถต้านพิษ ในสมุนไพรอีกชนิดได้ หรืออาจเป็นตัวช่วยในการออกฤทธิ์ของตำรับยานั้นให้รวดเร็วยิ่งขึ้น ยาไทยจึงต้องกินเป็นตำรับ ถ้ากินเพียงสมุนไพรเดี่ยว ๆ จะเป็นเพียงกระสายยา ตัวอย่างน้ำสมุนไพรที่วางขายตามท้องตลาด รวมไปถึงชาชงต่าง ๆ ถึงแม้จะยังไม่ได้ประกอบตัวยาหลักลงไปตำรับก็ให้ผลรักษาในอาการต่าง ๆ ได้

หมอเพ็ญภายินยืนยันว่าหากประเทศไทยกินยาทั้งตำรับจะได้ผลมากยิ่งขึ้น ส่วนอุปสรรคที่สำคัญก็คือ ปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญกับการวิจัยและการผลิตสมุนไพรเพียงชนิดเดียวมากกว่ายาเป็นตำรับซึ่งขั้นตอนการพิสูจน์วิจัยจะกินระยะเวลายาวนานมาก เนื่องจากจะต้องมีผลพิสูจน์ในคลินิก ในสัตว์ทดลองก่อนจะมาทดลองในคน ในขณะที่ยาตำรับของไทยมีวิวัฒนาการมายาวนาน เป็นยาที่มีการจดสรรพคุณ และบอกต่อและกินกันมาหลายชั่วอายุคน จะว่าไปแล้วก็เทียบเท่ากับการวิจัยเช่นกัน แต่ตำรับยาไทยยังไม่มีงานวิจัยในคลินิกมาสนับสนุนส่งเสริมเพื่อการพัฒนา ซึ่งเป็นงานวิจัยค่อนข้างยากต้องผ่านบอร์ดจริยธรรมก่อน หมอเพ็ญภายิน ยังยกตัวอย่างเคยมีข้อเสนองานวิจัยเกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อย ยาแก้กษัย โดยศึกษายาธรณี สันทฆาต ซึ่งมีสรรพคุณแก้ปวดเมื่อย ครั้นเนื้อครั้นตัว แต่แพทย์แผนปัจจุบันขอให้วิจัยเพียงอาการเดี่ยวจึงจะเป็นผลอย่างชัดเจน ในขณะที่อาการเจ็บไข้จะมีอาการหลายอย่างเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน และมีตัวชี้วัดมากทำให้นักวิจัยไม่ยากวิจัยตำรับยา ไทยประเทศไทยให้ความสำคัญกับตำรับยาสมุนไพรไทยน้อยมาก ในขณะที่ประเทศอื่น ๆ กลับเห็นความสำคัญและเข้ามาเก็บตัวอย่างสมุนไพรไทยไปศึกษาจนได้ออกมาเป็นตัวยาและจดลิขสิทธิ์ไปก็หลายตัวแล้วต่อไปยาไทยคงถูกกวาดต้อนออกนอกประเทศ

ประเทศไทยคงต้องซื้อกินในราคาแพงทั้งที่เป็นสมุนไพรไทย (นภาพร พานิชชาติ .. หมายเหตุประชาชน

( เติลินิวส์ วันที่ 30/09/2004 )

## 2.2 แนวทาง นโยบาย และทิศทางการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย

นายอุดม เมธาธำรงค์ศิริ ผู้อำนวยการส่วนการลงทุนการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย กล่าวว่า จากการศึกษาเปรียบเทียบประเทศไทยมีข้อได้เปรียบประเทศคู่แข่งชั้นนำในด้านเป็นศูนย์กลางรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาอยู่ในระดับที่ผู้เข้ารับการรักษาสสามารถรับได้ และยังเป็นแหล่งท่องเที่ยว-ช้อปปิ้ง แห่งหนึ่งในภูมิภาคอาเซียน ซึ่งได้รับความสนใจจากต่างประเทศเดินทางเข้ามารับการรักษาพยาบาลและท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก

การจะรักษาความสามารถในการแข่งขันในด้านธุรกิจรักษาพยาบาล ต้องให้ความสำคัญกับการประชาสัมพันธ์การดำเนินการด้านการตลาดที่ชักชวนให้กลุ่มเป้าหมายเดินทางมารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย ด้วยเหตุที่มีราคาค่าบริการในการตรวจรักษาที่สมเหตุสมผล มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การให้ความสะดวกและให้การต้อนรับบริการที่ประทับใจ นอกเหนือจากนี้ยังเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่ผู้ที่เดินทางมารับการรักษาสามารถรับความพึงพอใจทั้งสองอย่างในการเดินทางมาประเทศไทย โดยการประชาสัมพันธ์และการดำเนินงานด้านการตลาดต้องดำเนินไปอย่างสม่ำเสมอ

โรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลควรที่จะมีสำนักงานตัวแทนเพื่อดำเนินการด้านการตลาด ประชาสัมพันธ์และประสานงานด้านข้อมูลการรักษาตลอดจนการจัดส่งผู้ป่วย สร้างความโปร่งใสและให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่ผู้ที่เข้าการรักษาในราคาค่าบริการ ค่าการตรวจรักษาของแพทย์ ค่ายาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้ง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการเข้าเมืองควรร่วมมือกันให้ขั้นตอนการเข้าเมืองเป็นไปด้วยความสะดวก โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยหนัก

และต้องสร้างให้ไทยเป็นศูนย์กลางในด้านเทคโนโลยีด้านการแพทย์ การวิจัย การสัมมนาตลอดจนนิทรรศการด้านการแพทย์ จะเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย

"การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์เรื่องคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญ ส่วนเรื่องแหล่งท่องเที่ยวของไทยเป็นตัวดึงดูดให้ผู้ที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลตัดสินใจได้ง่ายขึ้น สิ่งสำคัญคือเทคโนโลยีและบุคลากรของโรงพยาบาล เอกชน รวมทั้งมาตรฐาน ISO ก็จะเป็นสิ่งที่ประกันคุณภาพของโรงพยาบาลเอกชนได้เป็นอย่างดี" นายอุดมกล่าว

สำหรับผลกระทบนโยบาย Medical Hub of Asia ต่อระบบสาธารณสุขไทย นั้น นพ.อดิศร ภัทราดุลย์ รองคณบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ให้สัมภาษณ์ใน มติชนรายวัน วันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2548 ปีที่ 28 ฉบับที่ 9989 ว่า นโยบาย Medical Hub of Asia ของรัฐบาล เพื่อสร้างระบบการบริการสุขภาพ

ไทยให้เป็นที่ต้องการของชาวต่างชาติ ให้ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ หรือการดูแลสุขภาพ นำมาซึ่งรายได้เข้าประเทศโดยเฉพาะการบริการทางการแพทย์ ได้ตั้งเป้าหมายไว้ในปี 2551 มีเงินเข้าประเทศทางด่านนี้สูงถึง 80,000 ล้านบาท ( มติชนรายวัน 2548) หากมองดูอย่างผิวเผินแล้ว นโยบาย Medical Hub of Asia น่าจะเป็นนโยบายที่สวยหรู สามารถทำเงินให้ประเทศได้ตามเป้าที่ตั้งไว้ เพราะโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากหลายแห่งรับนโยบายนี้ทันที

สมาคมโรงพยาบาลเอกชนที่รวมตัวกันเสนอผลการดำเนินงานต่อเนื่องจนบัดนี้เกือบ 2 ปี ทุกอย่างดูเป็นไปตามเป้า คือ จำนวนผู้ป่วยต่างชาติเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น และแน่นอนเงินตราเข้าประเทศต้องเพิ่มขึ้น ทั้งในรูปของการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับโรงพยาบาลโดยตรง และจากทางอ้อมโดยตัวผู้ป่วยเองหรือครอบครัวเข้ามาพำนักอยู่ในประเทศในช่วงเวลาที่มารับบริการทางการแพทย์ ดังนั้น รัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนเกือบทุกแห่งที่เปิดรับนโยบายนี้ ต่างพอใจกับนโยบาย Medical Hub of Asia

แต่ถ้ามองลงไปลึก ๆ แล้ว นโยบาย Medical Hub of Asia กำลังเกิดปัญหากับโรงพยาบาลหลาย ๆ โรงพยาบาลในภาครัฐ และเกิดปัญหากับโรงเรียนแพทย์เกือบทุกแห่ง และมีใครคิดบ้างว่าปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นนี้จะมีผลกระทบกับปัญหาด้านสาธารณสุขไทยอย่างใหญ่หลวงในอนาคต นอกจากนั้นนโยบาย Medical Hub of Asia ยังจะเกิดผลกระทบและทำลายระบบการบริการสุขภาพทางการแพทย์อันดีงามของสังคมไทยในไม่ช้า

หากจะกล่าวผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากนโยบาย Medical Hub of Asia ต่อระบบสาธารณสุขไทยโดยรวม ออกเป็นข้อ ๆ ดังนี้

### 1.ผลกระทบต่ออัตรากำลังของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขของประเทศ

ทุกวันนี้อัตรากำลังของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยยังไม่เพียงพอ หรือเทียบกับจำนวนประชากรของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นอัตรากำลังทางแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และอื่น ๆ โดยเฉพาะแพทย์มีจำนวนที่ยังขาดแคลนค่อนข้างสูง แม้ว่าขณะนี้มียุทธศาสตร์ผลิตแพทย์เพิ่ม จากประมาณปีละ 1,000 คน เป็นปีละ 2,000 คนก็ตาม อีก 10 ปีข้างหน้า (ประมาณปี พ.ศ.2561) ประเทศไทยยังคงมีจำนวนแพทย์ต่อจำนวนประชากรต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็นและต่ำกว่าประเทศอื่นที่ข้างเคียง จะเห็นได้อัตรากำลังทางด้านสาธารณสุขขณะนี้และอีก 10 ปีข้างหน้า ยังไม่เพียงพอต่อการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนชาวไทย นโยบาย Medical Hub of Asia เข้ามา แน่นนอนต้องถึงบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจำนวนหนึ่ง (ที่ขาดอยู่แล้ว) ไปให้บริการกับผู้ป่วยต่างชาติ

## 2.ผลกระทบต่อกรบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาครัฐ เนื่องจากการลาออกของบุคลากรด้านสาธารณสุข

นโยบาย Medical Hub of Asia ทำให้โรงพยาบาลทุกแห่งในภาคเอกชนสนองนโยบายเต็มที่เพื่อนำมาซึ่งรายได้ของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องแข่งขันกันเพื่อสร้างศูนย์เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ ให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลของตนเอง เพื่อเป็นจุดขายให้กับคนใช้ต่างชาติ แนนอน บุคลากรทางแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือมีชื่อเสียงในภาคเอกชนยังไม่มีหรือไม่เพียงพอ จึงมีการดึงตัวบุคลากรเหล่านี้จากภาครัฐ โดยเสนอฐานเงินเดือนค่าตอบแทนที่สูงกว่าที่ได้รับจากภาครัฐเป็นจำนวนมาก สูงกว่า 5 เท่าถึง 10 เท่าหรือมากกว่า จึงทำให้เกิดการลาออกของแพทย์และพยาบาลจากภาครัฐจำนวนมาก

ตัวอย่างเช่น มีการลาออกของแพทย์จากโรงพยาบาล สังกัดสาธารณสุขทั่วประเทศ ปีละกว่า 700 คน มา 3-4 ปี ติดต่อกัน ทำให้เกิดการขาดแคลนแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกรในโรงพยาบาลภาครัฐ ปัญหาที่ตามมา ใคร? ที่จะอยู่ให้บริการกับผู้ป่วยยากไร้ ผู้ป่วยโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ผู้ป่วยประกันสังคม ซึ่งเป็นประชาชนคนไทยส่วนใหญ่กว่า 60 ล้านคน

## 3.ผลกระทบต่อการผลิตนิสิตนักศึกษาแพทย์ และแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงเรียนแพทย์

เช่นเดียวกับผลกระทบข้อ 2 แต่รุนแรงกว่า ให้ผลกระทบที่หลายคนอาจจะคาดไม่ถึงว่าจะเกิดผลเสียต่อระบบสาธารณสุขไทยในอนาคตอย่างรุนแรง ซึ่งนโยบาย Medical Hub of Asia ทำให้เกิดความต้องการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางลึกลงไป โดยเฉพาะที่เก่งที่มีชื่อเสียงอย่างมากในภาคเอกชน แนนอน แพทย์ที่เก่งและมีชื่อเสียงเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะเป็นอาจารย์อยู่ในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งแต่ละโรงเรียนแพทย์ต้องใช้เวลากว่า 10 ปีที่จะสร้างอาจารย์แพทย์แต่ละคน เริ่มจากส่งไปเรียนเฉพาะทางที่ต่างประเทศ แล้วกลับมาพัฒนาเทคนิคการรักษาและการผ่าตัดจนมีชื่อเสียง และเป็นตัวจักรสำคัญในการสอนนักเรียนแพทย์ สอนแพทย์ประจำบ้าน และการบริการผู้ป่วยที่มารักษา

ขณะนี้เกิดการซื้อตัวอาจารย์แพทย์เหล่านี้(ขอใช้คำว่า "ซื้อตัว" เพราะว่าการเสนอค่าตอบแทนสูงถึง 10-20 เท่าที่ได้รับเงินเดือนจากโรงเรียนแพทย์) ในช่วงเวลา 2-3 ปี หลังนี้ มีภาวะสมองไหลของอาจารย์แพทย์ (เฉพาะอาจารย์แพทย์ที่เก่งที่มีชื่อเสียง) จากโรงเรียนแพทย์ทั้งหมด ปีละกว่า 40-50 คน ไปสู่ภาคเอกชน

ผลกระทบในเรื่องนี้ทำให้อาจารย์แพทย์ที่เหลือน้อยทำงานหนักขึ้น เพราะจะสร้างอาจารย์แพทย์คนใหม่ได้ต้องใช้เวลาหลายปี ใคร? ที่จะอยู่สอนนิสิตแพทย์ สอนแพทย์ประจำบ้าน ผลที่ตามมาในอนาคตอันไม่ไกล ทำให้คุณภาพในการผลิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้าน เฉพาะทางด้อยลง ก็ทำให้ระบบการบริการทางด้านสาธารณสุขไทยด้อยลงในอนาคตอย่างแน่นอน

#### 4. ผลกระทบต่อค่าตอบแทนแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์

เมื่อมีคนใช้ชาวต่างชาติเข้ามารับบริการรักษามากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากประเทศที่ประชากรมีรายได้ค่อนข้างดี และมีระบบประกันที่ดูแลอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีทุนทรัพย์ที่มากพอในการมาจ่ายค่าบริการให้กับระบบการบริการของบ้านประเทศไทย (ขณะนี้ค่าบริการทางการแพทย์ และค่าตอบแทนแพทย์ยังไม่สูงนัก) ทำให้เกิดกระบวนการเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์ ต่อผู้ป่วยต่างชาติสูงขึ้น สูงขึ้นเรื่อยๆ จะเป็นการทำลายกำแพงค่าตอบแทนและค่าบริการทางการแพทย์ที่ดำเนินอยู่กับผู้ป่วยชาวไทย จะสูงขึ้นตาม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการบริการทางการแพทย์เป็นธุรกิจ ไม่เหมือนความรู้สึกที่มีต่อการบริการทางการแพทย์ในวัฒนธรรมแบบไทยๆ ในอดีต

เมื่อผู้ป่วยต้องเสียค่าบริการที่แพง ก็ย่อมมีความคาดหวังต่อผลการรักษาและบริการที่สูง เมื่อการบริการเกิดปัญหาผิดพลาด (ซึ่งเกิดขึ้นได้อยู่แล้วในภาวะปกติ) โดยแพทย์ทำทุกอย่างดีแล้วอย่างไม่ประมาทก็จะเกิดการฟ้องร้องกันขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ เหตุการณ์เช่นนี้จะเกิดมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งประเทศไทยจะไม่เคยเห็นเหตุการณ์เหล่านี้ในอดีต จะเห็นได้ว่า นโยบาย Medical Hub of Asia จะมีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขไทย ในปัจจุบันและในอนาคตอันใกล้ค่อนข้างจะรุนแรงและน่ากลัว

ปี พ.ศ. 2549 ที่ผ่านพ้นไปถือว่าเป็นปีทองของผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำของไทย แม้ว่าภาคธุรกิจโดยรวมจะต้องประสบปัญหาทั้งในด้านราคาน้ำมันที่ปรับตัวสูงขึ้น หรือแม้แต่เหตุการณ์ทางการเมือง แต่ปัญหาเหล่านี้แทบไม่ได้ส่งผลกระทบต่อปริมาณคนใช้ต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลเหล่านี้เอาเสียเลย ตรงกันข้าม มีการประเมินว่ายอดชาวต่างชาติที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในปีที่ผ่านมาสูงกว่า 1.2 ล้านคน มากที่สุดในโลกเมื่อเปรียบเทียบกับยอดคนใช้ต่างชาติในประเทศอื่นๆ และยังทำให้ประเทศไทยกลายเป็นผู้นำในตลาดการแพทย์ของเอเชียอย่างชัดเจน หรือมองอีกนัยหนึ่ง เป้าหมายที่จะก้าวสู่การเป็นศูนย์กลางการแพทย์ของเอเชีย (Medical Hub of Asia) ได้บรรลุผลสำเร็จแล้ว อย่างไรก็ตาม สิ่งโคโปรแซมปีเก่าและผู้เล่นหน้าใหม่อย่างอินเดีย ต่างก็มุ่งหวังในตลาดนี้ไม่น้อยไปกว่าไทยเช่นกัน ทั้ง 2 ประเทศต่างเร่งเสริมจุดเด่นและลบจุดด้อยที่มีอยู่เพื่อหวังจะก้าวแซงไทยให้ได้ในอนาคต

ผู้ป่วยต่างชาติที่มารักษาพยาบาลในไทยขณะนี้แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มด้วยกัน กลุ่มแรกเป็นชาวต่างประเทศที่ทำงานอยู่ในประเทศไทยและใกล้เคียง (expat.) เป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด ในสัดส่วนราว 60% ตามมาด้วยชาวต่างประเทศที่บินเข้ามารักษาโดยตรงอีก 30% ส่วนที่เหลือเป็นนักท่องเที่ยวที่มาแล้วเกิดเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุจนต้องเข้ารับการรักษา

อย่างไรก็ตาม ตลาดคนไข้ต่างชาติที่โรงพยาบาลเอกชนไทยให้ความสนใจมาก ในขณะนี้ มี 3 กลุ่มด้วยกัน กลุ่มแรกเป็นคนชั้นกลางที่ฐานะดีเกินกว่าจะได้สิทธิ์รับการรักษาฟรี แต่ยังไม่ดีพอหรือไม่สนใจที่จะซื้อประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยก็ไม่สามารถสู้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในประเทศได้ จึงต้องเดินทางมาใช้บริการโรงพยาบาลในต่างแดน คนต่างชาติในกลุ่มนี้เฉพาะที่อเมริกาแห่งเดียวก็คาดว่าจะมีจำนวนถึง 52 ล้านคนเลยทีเดียว

"พวกนี้บางคนเป็นเจ้าของกิจการแต่ไม่ยอมซื้อประกัน เพราะคิดว่ามันแพงเกินไป แต่ถ้าต้องทำการรักษาหรือผ่าตัดใหญ่เขาก็จะมาเมืองไทย เพราะที่นี้ได้มาตรฐาน หมอที่นั่นส่วนใหญ่ก็จบจากอเมริกาทั้งนั้น" นพ.ชาตรี ดวงเนตร ประธานคณะผู้บริหารศูนย์การแพทย์กลุ่มโรงพยาบาลกรุงเทพอภิบาล

คนไข้อีกกลุ่มหนึ่งที่โรงพยาบาลไทยกำลังพยายามเจาะตลาดแต่ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าใดนัก ได้แก่ พนักงานองค์กรต่าง ๆ ที่ได้สวัสดิการจากนายจ้างและลูกค้าบริษัทประกัน โรงพยาบาลเอกชนชั้นนำของไทยทั้งบำรุงราษฎร์และกลุ่มโรงพยาบาลกรุงเทพเริ่มเจาะตลาดคนไข้ในกลุ่มนี้บ้างแล้ว โดยชูจุดขายสำคัญในเรื่องมาตรฐานที่อยู่ในระดับสากลแต่มีราคาต่ำกว่า ซึ่งตรงกับความต้องการของเหล่านายจ้างและบริษัทประกันที่ต้องการจะลดค่าใช้จ่ายในด้านนี้ลง กลยุทธ์การตลาดที่นำมาใช้มีทั้งการมุ่งเจาะไปที่แต่ละองค์กรโดยตรง ด้วยการออกไปโรดโชว์ แนะนำโรงพยาบาลและเชิญผู้บริหารของแต่ละองค์กรมาเยี่ยมชมโรงพยาบาลถึงที่ รวมไปถึงการติดต่อผ่านบริษัทที่ทำธุรกิจทัวร์สุขภาพ (medical tourism)

"ตลาดนี้น่าสนใจมาก เขาเองก็สนใจ เพราะเขามีพนักงานเป็นแสน ๆ คน ส่งมาที่นี่จะถูกกว่าเยอะ แต่เขาก็ต้องมาตรวจก่อนว่าโรงพยาบาลไหนที่มาตรฐานใช้ได้ ประเทศไทยเองก็เจราจอยู่ แต่ติดที่ว่าสภาพของเขาต่อต้าน แต่ประเทศไทยก็คงไม่หยุดจะกลับไปคุยกันอีก" นพ.ชาตรีกล่าว

เช่นเดียวกับทางโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ซึ่ง ศ.นพ.สิน อนุราษฎร์ ผู้อำนวยการด้านการแพทย์กลุ่มภูมิภาคแล้วว่า ขณะนี้โรงพยาบาลได้ออกไปโรดโชว์แนะนำตัวและมีหน่วยงานที่สนใจเข้ามาเยี่ยมชมหลายแห่งด้วยทั้งที่เป็นบริษัท ตัวแทนองค์กรต่าง ๆ รวมไปถึงบริษัทประกันทั้งจากอเมริกาและยุโรป อย่างไรก็ตาม ขณะนี้ยังไม่มีความคืบหน้าจนถึงขั้นตกลงเซ็นสัญญา

## หน่วยงานใด

ตลาดคนไข้ต่างชาติอีกกลุ่มหนึ่งที่โรงพยาบาลเอกชน ไทยมองว่าจะเป็นตลาดสำคัญอย่างมากในอนาคตก็คือ ผู้ที่ได้รับสิทธิ์การรักษาพยาบาลฟรี ไม่ว่าจะเป็นผู้มีรายได้น้อยหรือผู้สูงอายุ รวมไปถึงประชาชนในบางประเทศที่ภาครัฐมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล เช่น ญี่ปุ่น อังกฤษและกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การจะเจาะตลาดคนไข้กลุ่มนี้ผู้ประกอบการไม่สามารถทำได้เองโดยลำพังเหมือนที่ผ่านมา จำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากภาครัฐในการเจรจากันในระดับรัฐบาลต่อรัฐบาล ซึ่งหากประสบความสำเร็จจะสร้างรายได้เข้าประเทศอีกมหาศาล ทั้งจากการบริการด้านการแพทย์ รวมไปถึงภาคการท่องเที่ยว

"ถ้าประเทศไทยสามารถเจรจากับรัฐบาลประเทศเหล่านี้ได้สำเร็จ การท่องเที่ยวแบบลองสเตย์ที่ประเทศไทยอยากให้เกิดจะเกิดแน่นอน เพราะเวลาคนที่จะเกษียณจะไปอยู่ประเทศอื่นเขามักมีโรคประจำตัว เขาต้องดูว่าประเทศนั้น ๆ การแพทย์ดีไหม แล้วเขาต้องจ่ายเงินเองไหม ถ้าหากรัฐบาลยอมจ่ายเขาก็สามารถมาอยู่ได้เป็นปีเลย นอกจากการเจรจากับต่างประเทศในลักษณะของรัฐบาลต่อรัฐบาลเพื่อเจาะตลาดเพิ่มขึ้นแล้ว สิ่งที่ผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชนของไทยต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐในขณะนี้ก็มีอีก 3 ประการด้วยกัน ข้อแรก ความสะดวกรวดเร็วในการขอวีซ่าเข้าประเทศสำหรับผู้ป่วยและญาติที่จะติดตามมา เนื่องจากคนไข้ที่จะเดินทางมารักษาตัวในประเทศไทยมักมีอาการหนักหรือเป็นโรคที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษอยู่แล้ว หากสามารถมาถึงมือหมอได้เร็วเท่าใดก็ยิ่งเป็นผลดีกับคนไข้มากขึ้นเท่านั้น แต่กระบวนการขอวีซ่าสำหรับผู้ป่วยต่างชาติในปัจจุบันยังต้องใช้เวลาหลายวัน ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อคนไข้

ข้อถัดมา ขณะนี้ยังไม่มีหน่วยงานภาครัฐที่ทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการโปรโมตหรือส่งเสริมการแพทย์ไทยในตลาดต่างประเทศอย่างจริงจัง การทำงานทุกวันนี้ขึ้นอยู่กับว่าหน่วยงานใดที่สนใจก็ตั้งคณะทำงานขึ้นมาทำกันเอง มีทั้งคณะทำงานของกรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการต่างประเทศโดยที่ไม่มีประสานกันของแต่ละหน่วยงาน ทำให้งานที่ได้ไม่เกิดผลมากเท่าที่ควร สิ่งที่ผู้ประกอบการอยากเห็นคือการมอบหมายให้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเป็นผู้ดูแลโดยตรง มีงบประมาณสำหรับผลักดันในเรื่องนี้อย่างจริงจัง โดยมีหน่วยงานอื่นพร้อมให้การสนับสนุน ซึ่งแนวทางนี้ในต่างประเทศได้ทำกันแล้วทั้งสิงคโปร์และเยอรมนี

ประการสุดท้าย การทำการตลาดและโรดโชว์โดยภาครัฐเป็นตัวตั้งตัวตีและมีเอกชนเป็นผู้เข้าร่วม โดยต้องมีการวางแผนล่วงหน้าเพื่อเตรียมการทั้งในด้านงบประมาณและข้อมูลต่าง ๆ

ตอนนี้โรคไขว้ที่เกิดขึ้นมันกะทันหันมากแล้วงบประมาณก็ไม่มี ทุกคนต้องออกเองหมด ทำให้บางคนไปบางคนไม่ไป มันก็ไม่เกิดอิมแพค อย่างที่เยอรมนีทำ เขารวมกันไปโรคไขว้ที่ตะวันออกกลาง ไปกันที่ 20 โรงพยาบาล จัดกันที่ละเมือง เสร็จเมืองนี้ย้ายไปเมืองอื่น ของประเทศไทยก็อยากจะเห็นอย่างนี้” ศ.นพ.สินยกตัวอย่าง

ความสำเร็จในการก้าวขึ้นสู่ผู้นำในตลาดการแพทย์ต่างชาติของไทยในปัจจุบันจะว่าไปแล้วเกิดขึ้นทั้งจากความตั้งใจและความโชคดีประกอบกัน ที่ว่าตั้งใจก็คือ โรงพยาบาลเอกชนของไทยเริ่มมีความพยายามที่จะยกระดับมาตรฐานคุณภาพการรักษาพยาบาลและการบริการให้เข้าสู่ระดับสากลอย่างเข้มข้นและจริงจังในช่วงเกือบ 20 ปีที่ผ่านมา

โรงพยาบาลหลายแห่งได้พัฒนาคุณภาพบุคลากรทั้งหมด พยาบาล และเจ้าหน้าที่ให้ดีขึ้นมีการดึงตัวผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ในสาขาต่าง ๆ ที่ไปทำงานอยู่ในต่างประเทศกลับมาทำงานในไทยมีการทุ่มลงทุนขยายงานทั้งในด้านอาคารสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ทันสมัยไม่น้อยหน้าโรงพยาบาลชั้นนำในต่างประเทศซึ่งต้องใช้เงินลงทุนนับพันล้านบาท

ภาระหนี้จากเงินลงทุนดังกล่าว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหนี้เงินกู้ต่างประเทศ เพิ่มขึ้นเกือบเป็นสองเท่าในทันทีที่รัฐบาลพล.อ.ชวลิต ยงใจยุทธ ประกาศลอยตัวค่าเงินบาท ช่วงเวลาดังกล่าวเป็นภาวะยากลำบากที่สุดของโรงพยาบาลเอกชนไทย ไม่เพียงต้องเผชิญปัญหาภาระหนี้ที่เพิ่มขึ้นเท่านั้นรายได้ก็ยิ่งหดหายไปด้วยเมื่อกำลังซื้อของคนในประเทศหดตัวลง

แต่ในวิกฤตก็มีโอกาสอยู่เช่นกัน ค่าเงินบาทที่อ่อนตัว ลงทำให้ค่าบริการของโรงพยาบาลไทยในสายตาของผู้ป่วยต่างชาติถูกลงตามไปด้วย มาตรฐานการแพทย์ที่สูงขึ้นขณะที่ราคาลดต่ำลงจึงทำให้โรงพยาบาลไทยเริ่มถูกจับตามองมากขึ้น

บวกเข้ากับความโชคดีเมื่อ 60 Minutes รายการโทรทัศน์ชื่อดังของสหรัฐอเมริกา ทำสารคดีวิพากษ์ผลงานรัฐบาลอเมริกันที่ปล่อยให้ราคาค่ารักษาพยาบาลในประเทศสูงขึ้นมากจนคนอเมริกันต้องหาทางช่วยตัวเองด้วยการออกเดินทางมารักษาตัวในต่างประเทศเพื่อลดค่าใช้จ่าย ซึ่งหนึ่งในนั้นคือโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ของไทย

หลังจากรายการ 60 Minutes ออกอากาศ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ได้รับอีเมลติดต่อสอบถามรายละเอียดจากผู้ป่วยอเมริกันที่หลังไหลเข้ามาเพิ่มมากขึ้นพร้อม ๆ กับการเปิดตัวของโรงพยาบาลไทยสู่การรับรู้ของชาวโลกไปด้วย

เหตุการณ์ 9/11 ที่เป็นวินาศกรรมครั้งใหญ่ของโลกในปี 2544 ส่งผลในทางบวกต่อโรงพยาบาลของไทยเช่นกัน เพราะคนไข้ชาวตะวันออกกลาง ซึ่งเดิมเคยเดินทางไปรักษาตัวในอเมริกาและหลายประเทศในยุโรปเริ่มขอวีซ่าเข้าประเทศเหล่านั้นได้ยากขึ้น และถึงแม้จะเดินทางเข้าประเทศไปได้แต่ก็พบกับความอึดอัดใจจากทัศนคติของคนอเมริกันที่มีต่อคนตะวันออกกลาง จนในที่สุดต้องมองหาทางเลือกใหม่และตัดสินใจมารักษาตัวในประเทศไทยแทน

ปัจจุบันชาวตะวันออกกลางเป็นกลุ่มคนไข้ต่างชาติที่มีความสำคัญและมีอัตราการเติบโตสูงมากที่สุดกลุ่มหนึ่งเลย

"เดิมคนตะวันออกกลางมาบ้านประเทศไทยเพื่อท่องเที่ยวมาพักผ่อน เมื่อได้ใช้โรงพยาบาลแล้วก็เห็นว่ามาตรฐานใช้ได้ ตอนหลังก็เลยมากันเยอะ พอคนตะวันออกกลางมาผมคิดว่าตอนนี้คนต่างชาติมาโรงพยาบาลในประเทศไทยมากที่สุดในโลก" นพ.ชาตริกกล่าว

นอกจากจุดเด่นในด้านมาตรฐานการแพทย์ที่เทียบเท่าระดับสากลและราคาที่ดีกว่า (world-class medicine at developing-world prices) อันเป็นจุดขายสำคัญแล้ว ประเทศไทยยังมีข้อได้เปรียบในเรื่องของการบริการ ซึ่งเป็นจุดเด่นที่ทั่วโลกให้การยอมรับ นอกจากนี้ประเทศไทยยังเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญแห่งหนึ่ง การเดินทางมารักษาพยาบาลในไทยยังสามารถพ่วงเรื่องการท่องเที่ยวเสริมเข้าไปได้ ไม่ว่าจะเป็นตัวผู้ป่วยเองหรือญาติผู้ป่วยก็ตาม

ในขณะเดียวกัน ผลกระทบของการทำข้อตกลงทางการค้าเสรี (FTA) ต่อสุขภาพของคนไทยก็จะส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ คือ

#### 1. ผลกระทบต่อการขาดแคลนแพทย์ บุคลากรอื่น ๆ และระบบบริการสาธารณสุข

นโยบายส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์แห่งเอเชีย (Medical Hub) เช่น การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ทันตกรรม สปา และนวดแผนไทย ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพนอกเหนือจากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายที่มองการให้บริการทางการแพทย์เป็นนโยบายเชิงเศรษฐกิจ FTA และ Medical Hub เป็นการเปิดโอกาสให้เกิดการขยายตัวของภาคธุรกิจสุขภาพอย่างกว้างขวาง การขยายตลาดทำให้เกิดอุปสงค์ต่อบริการและบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้บริการเพิ่มขึ้น และการที่ภาคเอกชนไม่สามารถผลิตบุคลากรทางการแพทย์ได้ด้วยตนเองเพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่จะสามารถให้บริการแก่ชาวต่างชาติ จึงทำให้ต้องดึงบุคลากรทางการแพทย์ไปจากภาครัฐ ทำให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนได้

จากการศึกษาของกระทรวงพาณิชย์พบว่าในปี 2544 มีผู้ป่วยต่างชาติมาใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชน 7 แห่ง มากถึง 470,000 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2543 ถึงร้อยละ 38 ขณะที่ในปี 2545 มีจำนวนผู้ป่วยต่างชาติ 630,000 ราย จากโรงพยาบาลเอกชน 33 แห่ง หากมีคนไข้จากต่างประเทศมากขึ้น ย่อมเป็นปัจจัยสำคัญให้เกิดการไหลของแพทย์จากภาครัฐ โดยเฉพาะชนบทเข้าสู่ภาคเอกชนเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาของ น.พ.ศุภสินธุ์ พรรณารุโณทัย และ ดร.ครรชิต สุขนาถ ที่พบว่า "การเปิดการค้าเสรีด้านบริการ จะทำให้แพทย์หลังไหลไปสู่ภาคเอกชน การลงทุนผลิตแพทย์สูญเปล่าไปถึง 420 - 1,260 ล้านบาท ต่อการรับรู้ผู้ป่วยต่างชาติ 1 แสนคนต่อปี

ขณะนี้ประเทศไทยมีแพทย์น้อยมาก ประมาณ 27,000 คน ที่ยังเป็นแพทย์หรือแพทย์หนึ่งคนต่อประชาชนประมาณ 2,400 คน ซึ่งถือว่าน้อยมาก เมื่อเทียบกับสิงคโปร์ ฮอลแลนด์ ยุโรป อเมริกา... ถ้าชาวต่างชาติเข้ามารักษามากในขณะที่แพทย์ไทยยังไม่เพียงพอ ผู้ที่ได้ประโยชน์แน่นอน คือ โรงพยาบาลเอกชน แพทย์ที่ทำงานเอกชนและในเมื่อมีผู้ป่วยที่เอกชนมาก แพทย์ที่ทำงานให้ภาครัฐก็จะลาออก และตัวอย่างผลกระทบต่อสุขภาพที่ไทยได้เจรจาจัดทำความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย - ญี่ปุ่น (Japan - Thailand Economic Partnership Agreement, JTEPA) เรื่องการยอมรับให้เปิดเสรีบริการการแพทย์ โดยยินยอมให้คนญี่ปุ่นที่ป่วยมารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยได้โดยสามารถเบิกจ่ายเงินจากกองทุนสวัสดิการรักษายาตามกฎหมายญี่ปุ่นในอัตรา 70%

นอกจากนั้นผลการวิจัยการให้บริการทันตกรรมในจังหวัดภูเก็ต ซึ่งเป็นจังหวัดนำร่องการให้บริการกับชาวต่างชาติ พบว่า หากคาดการณ์ว่า จากจำนวนนักท่องเที่ยวทั้งหมด จะมีนักท่องเที่ยวมาใช้บริการทันตกรรมร้อยละ 5 จะทำให้มีชาวต่างชาติใช้บริการทันตกรรมมากถึง 72,671 คน จากจำนวนนักท่องเที่ยว 1,453,426 คน และเมื่อพิจารณาจากศักยภาพด้านทันตกรรมที่มีอยู่ทั้งจากจำนวนเก้าอี้ทำฟันและชั่วโมงที่ใช้ต่อคนไข้หนึ่งคน ขณะนี้จังหวัดภูเก็ตสามารถรองรับคนไข้ทำฟันได้เพียง 60,840 คน ซึ่งหากสนับสนุนให้มีชาวต่างชาติมาใช้บริการเพิ่มขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อการใช้บริการของคนไทย

ผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้น คือ การต้องรอหรือเข้าคิวในการรักษาพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เพราะมีจำนวนคนรับบริการที่เพิ่มขึ้น และการเข้าไม่ถึงบริการในกลุ่มโรคที่ไม่มีความเร่งด่วน โดยอ้างเหตุผลบุคลากรไม่เพียงพอ

การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) ช่วยโปรโมทธุรกิจใหม่รายแรกของเอเชีย ในรูปแบบ Dental Spa ซึ่งกำลังเป็นที่นิยมในกลุ่มนักท่องเที่ยวโดยเฉพาะชาวต่างชาติ ดำเนินการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม ที่เล็งเห็นจุดแข็งของธุรกิจสปาควบคู่กับทันตกรรม และต้องการดึงดูดนักท่องเที่ยวต่างชาติเข้ามาใช้บริการและท่องเที่ยวในเวลาเดียวกัน ในช่วงระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ของการรักษา ซึ่งนักท่องเที่ยวต่างชาติส่วนใหญ่เป็นนักท่องเที่ยวคุณภาพ

เช่น สเปน เยอรมัน ฯลฯ ที่ตัดสินใจเดินทางมารับบริการทางทันตกรรมผ่านการเยี่ยมชมเว็บไซต์ของคลินิก และประทับใจจากการรักษาที่มีคุณภาพและการบริการด้วยรอยยิ้มที่อบอุ่นตามอุปนิสัยคนไทย ทำให้ต่างชาติอยากเข้ามาใช้บริการ จนเป็นที่กล่าวขานผ่านสื่อต่าง ๆ ในต่างประเทศ รวมทั้งนักท่องเที่ยวชาวไทยที่พำนักในประเทศและต่างประเทศที่เดินทางกลับมาเยี่ยมเยือน จึงนับได้ว่าเป็นอีกธุรกิจหนึ่งที่ตอบสนองนโยบายการส่งเสริมให้ประเทศไทยก้าวสู่ความเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ของเอเชีย ทั้งยังสามารถสร้างรายได้ด้านการท่องเที่ยว นอกเหนือจากนักท่องเที่ยวคุณภาพกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ อาทิ กลุ่ม Mice กลุ่ม Golf กลุ่ม Diving ฯลฯ ทั้งนี้ จุดเด่นที่เป็นเอกลักษณ์ของคลินิกจะเน้นการนัดเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดให้กับคนไข้ก่อนหรือหลังการตรวจรักษาทางทันตกรรม เนื่องจากความกลัวการรักษาฟัน ทั้งยังลดความเมื่อยล้าจากการเดินทางในกรณีนักท่องเที่ยวต่างชาติที่อ่อนเพลียจากการเดินทาง

ปัจจุบันตลาดท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพกำลังได้รับความนิยมสูงโดยเฉพาะชาวต่างชาติ ที่เดินทางมาใช้บริการทางการแพทย์โดยตรง เช่น ทำฟัน ผ่าตัด ศัลยกรรม รวมถึงการเข้ารับบริการสปา ในปี 2546-ปัจจุบัน ไทยมีรายได้จากนักท่องเที่ยวกลุ่มนี้ประมาณ 7,650 ล้านบาท และตั้งเป้ารายได้ในปี 2548-2549 จะเพิ่มเป็น 13,275 ล้านบาท เพราะมั่นใจว่าต่างชาติเริ่มให้ความเชื่อถือการรักษาพยาบาลของวงการแพทย์ไทย ประกอบกับ ททท.พยายามให้การสนับสนุนด้านการตลาดด้วยการจัดโรดโชว์ร่วมกัน หรือการประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่าง ๆ ในต่างประเทศ

## 2.3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย

รัฐบาลก็ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Medical Hub of Asia) โดยคุณหญิงสุตารัตน์ เกยุราพันธ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในรัฐบาลที่แล้ว (ของพรรคไทยรักไทย) ได้กล่าวว่า รัฐบาลประกาศนโยบายชัดเจนที่จะทำให้เมืองไทยก้าวสู่การเป็น World Health Service Center โดยเริ่มจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย และได้จัดสรรงบกว่า 2,600 ล้านบาท มีระยะเวลาดำเนินการ 5 ปี (2547-2551) โดยพัฒนาจุดขายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไว้ 3 ด้าน คือ

1. กลุ่มธุรกิจบริการรักษาพยาบาล เน้นความเป็นเลิศในการบริการทางการแพทย์ มีการประเมินรายได้ไว้ที่ประมาณ 142,899 ล้านบาท
2. กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ธุรกิจสปา บริการนวดแผนไทย และท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ประเมินตัวเลขกลุ่มนี้ไว้ที่ 50,419 ล้านบาท
3. ธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร ตั้งเป้าหมายของรายได้กลุ่มนี้ ประมาณ 17,500 ล้านบาท

นายแพทย์ วิพุธ พูลเจริญ อดีตผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ยืนยันว่ากระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอแผนยุทธศาสตร์นี้ไว้ตั้งแต่ปี 2546 และได้ให้ข้อสังเกตไว้ว่า การวิเคราะห์จุดแข็งของประเทศไทยในเรื่องการบริการสุขภาพคนไทยดีแล้ว แต่จุดอ่อนที่สุดของประเทศไทยคือปัญหาการกระจายทรัพยากรมนุษย์ บุคลากรในระบบบริการซึ่งในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา รัฐบาลพยายามทำ redistribution บุคคลแต่ปัญหาใหญ่คือใช้เครื่องมือทางแผนงบประมาณอย่างเดียว ใช้วิธีการบีบให้เกิดการกระจาย แต่กลับพบว่าคนจากภาครัฐลาออกมาอยู่กับเอกชนเป็นจำนวนมากและสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขต้องตระหนักคือรายได้และผลประโยชน์จากการนำเข้าจากศูนย์กลางสุขภาพของเอเชียจะนำมากระจายเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรในนโยบายสุขภาพอย่างไร

ข้อห่วงใยของ นายแพทย์วิพุธฯ ดังกล่าว ดูจะสอดคล้องกับงานวิจัยจากการสัมมนาวิชาการประจำปี ของคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งเสนอโดย นายแพทย์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัยและครรชิต สุขนาคน (เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2547) สรุปว่าการเปิดการค้าเสรีด้านบริการที่เน้นสร้างประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพ (Medical Hub) ให้บริการผู้ป่วยต่างชาติจะทำให้แพทย์หลังไหลไปสู่ภาคเอกชน การลงทุนผลิตแพทย์สูญเปล่าไป

ถึง 420-1260 ล้านบาทต่อการรับผู้ป่วยต่างชาติ 1 แสนคนต่อปี ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่รู้จักกันในนามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค มีคุณภาพด้อยลง ทำให้ประชาชนต้องหันไปพึ่ง โรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น

อย่างไรก็ดีภาคเอกชนส่วนใหญ่ดูเหมือนจะสนับสนุนยุทธศาสตร์นี้กันถ้วนหน้า ไม่เว้นแม้แต่ผู้บริหารโรงเรียนแพทย์ของรัฐบางแห่งก็เตรียมพร้อมที่จะสนับสนุน ถ้ารัฐบาลจะได้ปรับเปลี่ยนกฎเกณฑ์บางอย่างให้โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยสามารถเก็บเงินจากคนไข้พิเศษได้เพิ่มขึ้น เพื่อประโยชน์ในการเรียนการสอนการวิจัยและพัฒนาบุคลากร

## 2.4 การดำเนินการพัฒนาศูนย์กลางทางการแพทย์ของต่างประเทศ

การดำเนินการ การพัฒนาศูนย์กลางทางการแพทย์ หรือ Medical Hub นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น แต่เกิดขึ้นในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก และมีเป้าหมายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ และปัญหาอุปสรรคแตกต่างกันออกไป ในการศึกษาในครั้งนี้มุ่งศึกษาการดำเนินการการพัฒนาศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศในแถบเอเชียและออสเตรเลียเท่านั้น เนื่องจากมีสภาพของภูมิภาคและการเกิดโรคและรูปแบบการดำเนินการที่คล้าย ๆ กันและการศึกษาถึงการพัฒนาการของต่างประเทศก็เพื่อเป็นการเรียนรู้และเข้าใจบทเรียนหรือถอดบทเรียน (lesson to be learnt) เพื่อนำมาเปรียบเทียบ วิเคราะห์และเสนอแนะต่อไป

### 2.4.1 สิงคโปร์

สิงคโปร์เป็นประเทศหนึ่งในเอเชียที่ตั้งเป้าจะพัฒนาตนเองให้เป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการดูแลสุขภาพ (Hub for Healthcare Services in Asia) มีการจัดตั้งคณะทำงาน ชื่อ " HSWG(The Healthcare Services Working Group) ขึ้นมาดำเนินการศึกษาและวางแนวทางเพื่อเสนอแนะต่อรัฐบาลสิงคโปร์

คณะทำงานชุดดังกล่าวได้ทำการทบทวน และศึกษาข้อมูล ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและเสนอกลยุทธ์ที่จะส่งเสริมให้มีการแข่งขันเพื่อพัฒนาไปสู่การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (medical hub)

ในข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยชาวต่าง ๆ ในตลาดสุขภาพของสิงคโปร์ ซึ่งสิงคโปร์ได้มาจาก คณะกรรมการการท่องเที่ยวของสิงคโปร์ (Singapore Tourism Board : STB) ซึ่งได้มีการทำการสำรวจจากนักท่องเที่ยวต่างชาติ พบว่า จากนักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้าสิงคโปร์ ปีละประมาณ 6 ล้านคน จะมีผู้ป่วยที่เป็นคนต่างชาติ (foreign patients) ประมาณ 1.5 แสนคน ที่เดินทางเข้ามารับการรักษาในสิงคโปร์ในปี ค.ศ. 2005 มีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาประมาณ 345 ล้านดอลลาร์สิงคโปร์ (S\$ 345 million) ต่อปี หากเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เดินทางเข้าไป

รักษาตัวที่ สหรัฐอเมริกา ในปีเดียวกัน (2002) พบว่าจะทำรายได้เข้าสหรัฐอเมริการาว ๆ 915 ล้านดอลลาร์อเมริกัน (US\$ 915 million) (ข้อมูลจาก US Trade and Industry Outlook 2000) และผู้ที่เข้าไปรักษาก็ไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ แต่ไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเอกชน เช่น Mayo Clinic เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุขของสิงคโปร์ ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลในเชิงการบริหารเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยมีการจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยใน (inpatient) ผู้ป่วยนอก (outpatient) และ การเข้ารับการผ่าตัดแบบ day surgery พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เป็นชาวต่างชาติจะลดต่ำลงอย่างเห็นได้ชัด ในช่วงที่มีวิกฤตการณ์ทางการเงินในเอเชีย โดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นชาวต่างชาติที่เข้าไปรักษาในสิงคโปร์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 70-85 เป็นชาวอินโดนีเซีย และมาเลเซีย

สิงคโปร์พิจารณาว่า ตนเองตั้งอยู่ศูนย์กลางของเอเชียแปซิฟิก (central location) มีเครือข่ายการเดินทางและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ดี รวมทั้งมีโครงสร้างพื้นฐานในการให้บริการที่ดี (good travel network, good it, and good service infrastructure) อย่างไรก็ตาม สิงคโปร์ก็ยังมีจุดอ่อนอย่างมากในเรื่อง ค่าที่พักอาศัย และค่าบริการที่สูงมาก และถูกโจมตีจากประเทศเพื่อนบ้านอย่างรุนแรงจากการที่โรงพยาบาลเอกชนในสิงคโปร์ได้ลงโฆษณา การให้บริการทางการแพทย์ในหนังสือพิมพ์ และสมุดหน้าเหลืองในประเทศเพื่อนบ้าน ปรากฏการณ์ดังกล่าวส่งผลให้สิงคโปร์เปลี่ยนกรอบแนวคิดใหม่ (paradigm shift) จากการเป็นศูนย์กลางการให้บริการทางการแพทย์ไปเป็นศูนย์กลางการฝึกอบรม (training curb service hub) โดยพิจารณาผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นคือ

**ประการแรก** สิงคโปร์มองว่า การฝึกอบรมจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์ในเชิงวิชาชีพ ให้เป็นพี่เลี้ยง (mentorship) แก่สมาชิก และ ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมจากสิงคโปร์ เมื่อกลับไปให้บริการทางการแพทย์ จะส่งต่อผู้ป่วยให้กับสิงคโปร์ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการบริการทางการแพทย์ที่ดีกว่า โดยไม่ต้องลงโฆษณา

**ประการที่สอง** การฝึกอบรมจะส่วนหนึ่งของการสร้างเครือข่ายในการฝึกอบรมกับสถาบันอื่นๆทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่กำลังแสวงหาความร่วมมือกับเอเชีย เพื่อส่งต่อโครงการฝึกอบรม สิงคโปร์ก็จะสามารถเป็นสถานที่หลักในภูมิภาค

**ประการที่สาม** การฝึกอบรมเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ที่จะพัฒนาการให้บริการในแง่ต่างๆ

ดังนั้นสิงคโปร์กำลังพัฒนาเพื่อสร้างศักยภาพของการเป็นมืออาชีพ (Professional Capacity) ทั้งในตัวโครงสร้างพื้นฐานและตัวบุคลากร อีกทั้งอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐเพื่อสร้างความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้นในการพัฒนาการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเพื่อเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์

ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับธุรกิจรักษาพยาบาลในฐานะที่เป็นธุรกิจที่สำคัญสำหรับนำเงินตราเข้าสู่ประเทศ โดยมีผู้ป่วยจากประเทศในเอเชีย เช่น มาเลเซีย, อินโดนีเซีย, บังกลาเทศ, ศรีลังกา เดินทางเข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาล จากรายงานการศึกษาของคณะทำงาน The Healthcare Service Working Group (HSWG) ที่เสนอต่อ Service Subcommittee และ Economic Review Committee ของสิงคโปร์ได้แสดงถึงวิสัยทัศน์ที่จะพัฒนาสิงคโปร์เป็นศูนย์ให้บริการรักษาพยาบาลของเอเชีย (Healthcare Services Hub in Asia) โดยตั้งเป้าหมายว่าในปี พ.ศ.2550 จะมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สิงคโปร์ จำนวน 500,000 ราย และจำนวน 1,000,000 รายในปีพ.ศ.2555 ซึ่งจะก่อให้เกิดรายได้จากการให้บริการรักษาพยาบาลจำนวน 1,500 ล้านดอลลาร์สิงคโปร์ และ 3,000 ล้านดอลลาร์สิงคโปร์โดยลำดับ ซึ่งเป็นสัดส่วนในมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ร้อยละ 0.55 และ 0.95 จากรายงานของ HSWG พบว่าภายหลังวิกฤตทางการเงินในปี พ.ศ.2540 จำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สิงคโปร์ลดจำนวนลง ทั้งนี้เนื่องจากสิงคโปร์มีประเทศ คู่แข่งในธุรกิจรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และประเทศเหล่านั้นได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์และใช้กลยุทธ์ทางการตลาด เพื่อชักชวนให้เข้ารับการรักษาในประเทศนั้นๆ ด้วยการจูงใจในลักษณะราคาถูกกว่า คุณภาพดีกว่าหรือเท่าเทียมกัน ในขณะที่ประเทศคู่แข่งขั้นได้พัฒนาในด้านการให้บริการรักษาพยาบาล เทคโนโลยีการบริหารจัดการธุรกิจรักษาพยาบาล และการใช้กลยุทธ์ของการท่องเที่ยวและการรักษาพยาบาลร่วมกันในลักษณะ Check-in and Check up Packages ได้ส่งผลกระทบต่อจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสิงคโปร์

การดำเนินการที่จะพัฒนาให้สิงคโปร์เป็นศูนย์ทางด้าน Clinical Medical Hub ในเอเชียเป็นศูนย์ของเทคโนโลยีและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ สำหรับตลาดในประเทศ บังกลาเทศสิงคโปร์ได้มีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อทางด้านหนังสือพิมพ์รายวันให้ทราบว่าสิงคโปร์เป็นศูนย์แห่งผู้เชี่ยวชาญและการรักษาพยาบาลโรคหัวใจ (Cardiology) พร้อมกับการปรับลดขั้นตอนด้านการเข้าเมือง โดยในกรณีประเทศบังกลาเทศได้มีการให้ความสะดวกแก่ผู้ที่เดินทางไปรักษาพยาบาลที่สิงคโปร์ เช่นการให้วีซ่าในลักษณะ On arrival แก่ผู้ป่วยหนัก การให้ความสะดวกด้านวีซ่าแก่ผู้ที่ได้รับการตอบรับการเข้ารับรักษาจากโรงพยาบาลสิงคโปร์

การสร้าง One-stop Centre เพื่อให้บริการแก่ผู้ที่เดินทางมาไปรับรักษาพยาบาล โดยศูนย์ดังกล่าวจะให้ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล ให้ข้อมูลนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ, โรงพยาบาล, สถานที่พัก, ขั้นตอนด้านการเข้าเมือง เป็นต้น การสร้างความโปร่งใสในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เช่น การให้ข้อมูลที่ชัดเจนในด้านการตรวจรักษา ค่ายา เป็นต้น

สัญชาติ	ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข	ข้อมูลการท่องเที่ยว
อินโดนีเซีย	45.0 %	74.0 %
มาเลเซีย	23.7 %	10.0 %
สหรัฐอเมริกา / แคนาดา	4.1 %	ไม่มีข้อมูล
อินเดีย / ปากีสถาน / ศรีลังกา	3.2 %	ไม่มีข้อมูล
บรูไน	1.7 %	ไม่มีข้อมูล
สัญชาติอื่นๆ	22.3 %	16.0 %

แหล่งที่มา : ข้อมูลการรับผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขสิงคโปร์ (ประมาณการ จากปี 1996-2000) และจากการสำรวจของการท่องเที่ยวแห่งสิงคโปร์ (STB Survey) ปี 2000

จากการสำรวจความคิดเห็นชาวต่างชาติผู้ที่เข้ามาใช้บริการรักษาในสถานพยาบาลของสิงคโปร์ โดยการท่องเที่ยวของสิงคโปร์ พบว่า ชาวต่างชาติ ร้อยละ 72 เลือกมารักษาที่สิงคโปร์ เพราะ คุณภาพสูง (high quality) ในขณะที่ร้อยละ 31 ของผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับการแนะนำและให้ส่งต่อที่สิงคโปร์ โดยมีผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับการแนะนำและให้ส่งต่อมาที่สิงคโปร์

โดยผู้ป่วยต่างชาติระบุว่า สิงคโปร์มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทั้งการรักษาโดยเป็นผู้ป่วยใน และการเข้ารับการรักษา ผ่าตัด สิงคโปร์มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ขึ้นทะเบียนไว้ในสาขาต่างๆ คือ สาขา (Cardiology) สาขา (Oncology) สาขา (Urology) และสาขา (Obstetrics)

ในขณะที่ผู้ป่วยนอกที่มารักษาจะได้แก่การมาตรวจรักษาทางด้านการตรวจสุขภาพร่างกาย (Physical Examination) การตรวจตา และการขอคำปรึกษาด้าน (gynecological consultation)

ในด้านโครงสร้างของระบบสาธารณสุข สิงคโปร์ได้มีการจัดสถานพยาบาล ออกเป็น ชั้นต้น (primary) ชั้นกลาง และชั้นสูง (tertiary and quaternary) และมีโรงพยาบาล เครือข่ายเป็น Sing Health และ National Health Group โดยโรงพยาบาลหลัก ได้แก่ Parkway และ Raffles Medical

ในปี 2000 สิงคโปร์มีการตั้งเป้าหมายสำหรับการให้บริการทางการแพทย์สำหรับ ตลาดในเอเชียเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 1 ในส่วนแบ่งการตลาดสุขภาพ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2 ในปี ค.ศ. 2007 ร้อยละ 3 ในปี ค.ศ. 2012 โดยมีมูลค่าที่ครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่า 50,000 เหรียญ อเมริกันต่อเดือน ซึ่งหากได้ตรงตามเป้า คาดว่าจะมีเม็ดเงินเข้ามาหมุนเวียนราว 26-3 พันล้าน เหรียญสิงคโปร์ และสร้างงานมากกว่า 13,000 คน ในอุตสาหกรรมประเภท paramedical และ nursing manpower การตั้งเป้าดังกล่าวมีความเป็นไปได้สูง เนื่องจากจากการสำรวจข้อมูล โรคต่างๆที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้มีรายได้ในเอเชีย พบว่า สิงคโปร์มีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่จะสามารถให้การรักษาได้ มีเตียงและอุปกรณ์ต่างๆ ทางกายภาพพร้อมมูล และที่สำคัญ มีประมาณการกันว่า นักท่องเที่ยว 1 คนที่เดินทางเข้าสิงคโปร์ เมื่อต้องจ่ายเงิน 1 เหรียญสิงคโปร์ ดังนั้น ในภาพรวม เมื่อผู้ป่วยชาวต่างชาติเดินทางเข้ามาตรวจสุขภาพหรือรักษาในสิงคโปร์ เมื่อจ่ายเงินรวมยอดเท่ากัน หนึ่งล้านเหรียญ จะมีการจ่ายอื่นๆ พ่วงด้วยให้แก่เศรษฐกิจสิงคโปร์ สูงถึง 3 พันล้านเหรียญสิงคโปร์ และจากกรณีการรักษาที่ต้องกระทำต่อเนื่อง ทำให้การต้องกลับเข้ามา รักษา ก็จะมีสูงมากขึ้นด้วย



## 2.5 ข้อพิจารณา

ในการสัมมนาเชิงวิชาการ "การเป็นศูนย์กลางสุขภาพของไทยในเอเชียกับผลกระทบด้านกฎหมายและจริยธรรม (Thailand Health System for the Medical Hub of Asia : Legal & Ethical Consideration) วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2548 ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ท่าพระจันทร์) นั้น ได้มีผู้เข้าร่วมฯ ได้อภิปรายและให้ข้อสังเกตที่น่าสนใจในประเด็นต่างๆ ทั้งทางกฎหมายและจริยธรรม ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ในต่างประเทศที่มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ก้าวหน้า เช่น สหรัฐอเมริกา จะเป็นแบบ medical industry complex นั่นคือ การแพทย์เป็นด้านอุตสาหกรรม เพราะมีการผนวกด้านอุตสาหกรรมยา และอุตสาหกรรมด้านเครื่องมือแพทย์เข้าไปด้วย ความเป็นวิชาชีพทางการแพทย์ (medical professional) จะลดลง ซึ่งประเทศไทยการที่โรงพยาบาลต่างๆ เข้าไปในตลาดหลักทรัพย์ก็เริ่มสะท้อนให้เห็นการดำเนินการในเชิงพาณิชย์มากขึ้น ดังนั้น ประเด็นของการพัฒนาความเป็นสากล (international aspects) จึงต้องเตรียมการด้วย รวมทั้งกฎหมายด้วย

โดยในความสัมพันธ์ของกฎหมายกับการแพทย์ต้องมีเรื่องของ "ความยินยอมที่ได้รับบริการบอกกล่าว (informed consent)" ซึ่งในต่างประเทศยึดถือเป็นหลัก แต่ประเทศไทยระบบกฎหมายไทยยังขาด นอกจากนี้ ประเด็นเรื่อง การบริการทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงด้านเขตการค้าเสรี หรือ FTA (Free-Trade Area) ที่เคยมีทางโรงพยาบาลเอกชนจะให้ทางชาวต่างชาติสามารถนำระบบประกันสังคมมาใช้ในประเทศไทยได้ และเมื่อรักษาแล้วสามารถเรียกเก็บเงินจากประกันสังคมของต่างชาติ ดังนั้น ในตัวกฎหมายด้านพระราชบัญญัติเขตเศรษฐกิจพิเศษ (ร่าง) ยังมีประเด็น เรื่องของการบังคับใช้กฎหมายภายในของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ เช่น พระราชบัญญัติสถานพยาบาลว่าจะไม่สามารถนำไปใช้บังคับในเขตเศรษฐกิจพิเศษดังกล่าวได้ ทำให้เป็นช่องว่างทางกฎหมายและเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลแพทย์พยาบาลต่างชาติ มาดำเนินธุรกิจในพื้นที่ดังกล่าวโดย องค์การด้านการแพทย์และสาธารณสุขของไทยไม่สามารถควบคุมได้ (ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์)

ความไม่ชัดเจนของศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical hub) ว่าจะจะเป็นลักษณะการให้บริการทางการค้า (trade services) หรือ ด้านความรู้ (knowledge) ทางทางการแพทย์ หรือ การวิจัยทางการแพทย์ ซึ่งถ้ามุ่งด้านการให้บริการทางการค้าอาจเกิดปัญหาได้ เพราะวิชาชีพ (professional) นั้นมิได้มีบทบาทหรือความมุ่งหมายในทางการค้า ยิ่งเป็นวิชาชีพแพทย์ด้วยแล้ว นอกจากจะผ่านการฝึกฝนอบรมทางวิชาชีพแล้วยังต้องพิจารณาถึง ความรับผิดชอบต่อสังคมด้วย และไม่สามารถละทิ้งจริยธรรมหรือจรรยาบรรณวิชาชีพได้เลย และจะกระทบถึงนโยบายและทิศ

ทางการผลิตแพทย์ว่า จะผลิตเพื่อรองรับการเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เพื่อ Medical hub หรือเพื่อสาธารณสุขพื้นฐานรองรับการเจ็บป่วยและสุขภาพของคนไทย

ในการจัดตั้ง Medical hub ต้องมีองค์ประกอบ 3 ด้านคือ

- 1.ด้านความพร้อม (Readiness)
- 2.ด้านการได้รับการยอมรับ (Acceptance)
- 3.ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility)

ในขณะที่ทางด้านกฎหมายส่วนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายระหว่างประเทศ โดยเฉพาะกฎหมายเกี่ยวข้องกับคนต่างด้าว เจ้าของประเทศควรมีสิทธิติดตามให้ความคุ้มครองคนของชาตินั้น ๆ ซึ่งนอกจากส่วนนี้แล้ว ประเทศไทยยังมีพันธกรณีกับองค์การการค้าโลก ในด้านการเปิดเสรี

ในมุมมองของนักธุรกิจ ถ้าจะมองแต่เพียงว่าศักยภาพในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของไทยไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะสิงคโปร์และมาเลเซีย แต่ข้อได้เปรียบก็คือ ค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของไทยต่ำกว่า ย่อมเป็นการจูงใจให้ชาวต่างชาติมาใช้บริการ ทำให้มีรายได้เข้าประเทศเป็นจำนวนมาก ดังที่รัฐบาลได้ตั้งความหวังไว้ ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยนานาชาติที่จะพากันมาใช้บริการรักษาพยาบาลในบ้านประเทศไทยก็อาจจะเคยชินกับระบบบริการในบ้านเขา โดยเฉพาะประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law) ซึ่งอาจจะแตกต่างไปจากระบบกฎหมายในบ้านประเทศไทย โดยเฉพาะการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพต่อผู้ป่วย เช่น เรื่อง Informed Consent ในกรณีการผ่าตัดต่าง ๆ รวมทั้งกรณี การจ่ายยา และการใช้ยาในโรงพยาบาล เป็นต้น หากไม่มีการเตรียมรับสถานการณ์ไว้ให้ดี การฟ้องร้องก็จะตามมาอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก นอกจากนั้น ข้อเรียกร้องที่จะใช้กฎหมายของประเทศของผู้ป่วยก็อาจจะเกิดขึ้นได้ โดยผ่านกลไก 2 ประการคือ

1. ข้อตกลงการค้าเสรี (Free Trade Agreement หรือ FTA) ซึ่งปัจจุบันนี้ ก็ยังไม่เป็นที่เปิดเผยว่า รัฐบาลได้ตกลงกับประเทศใดเรื่องอะไรบ้าง

2. กฎหมายว่าด้วยเขตเศรษฐกิจพิเศษ

รศ.น.พ.ศิริพงศ์ สวัสดิมงคล รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลให้ความเห็นว่า มีข้อมูลจากกระทรวงพาณิชย์ ในปี พ.ศ. 2544 ระบุว่า มีชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย เกือบ 5 แสนคน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งก็ทำให้เกิดผลกระทบในลักษณะต่างๆ คือ

1. การปรับปรุงมาตรฐานทางด้านสาธารณสุขของไทย เนื่องจากการเดินทางเข้ามาใช้บริการของต่างชาติ ซึ่งการปรับปรุงคุณภาพต่างๆ เช่น ISO, HA ก็เป็นผลกระทบต่อประชาชนชาวไทย เช่นกัน

2. ในด้านความพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์ และเทคโนโลยีต่างๆ รวมทั้งบุคลากรสายวิชาชีพโดยตรง เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ของประเทศมีความพร้อมที่จะดูแลและเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ (เพียงแต่ต้องมีการปรับปรุงด้านการบริหารจัดการ) และในขณะเดียวกันการสามารถใช้ทรัพยากรต่างๆ ราคาแพงที่ประเทศไทยซื้อจากต่างประเทศได้ คุ่มค่า เช่น เครื่อง CT Scan เครื่อง MRI ซึ่งในประเทศไทยมีปริมาณมากพอ

3. มีการกระจายรายได้ แต่ต้องมีการดูแลบริหารจัดการไม่ให้กระจุกตัวอยู่กับนายทุน

4. โรงเรียนแพทย์ หรือโรงพยาบาลจะมีการพัฒนาศักยภาพให้เป็น Training Center กับองค์กรทางการแพทย์

5. การพัฒนาและเกิด Medical hub จะทำให้แพทย์ขาดแคลน และมีการกระจุกตัวเฉพาะในเขตเมืองหลวง ก็ย่อมเกิดแต่ต้องระวังจะมีการยกเป็นข้ออ้างว่าขาดแคลน และนำแพทย์เข้ามาต่างชาติ

ดังนั้น ควรนำเอาผลกระทบและจุดดี-จุดด้อยมาชั่งน้ำหนัก (balancing) เพื่อประกอบการดำเนินการต่อไป

แพทย์หญิงประภา วงศ์แพทย์ นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน

1) การตั้งเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์นั้น ก็ต้องมีผลกระทบหรือผลข้างเคียงแน่นอน เสมือนที่เคยได้รับการสอนในวิชาเภสัชวิทยาว่า "ยาตัวไหนไม่มี side effect ก็ไม่มี main effect" ด้วย แต่การดำเนินการต้องพิจารณาว่า ถูกโรค ถูกเวลา และถูกขนาดหรือไม่ นอกจากนี้เวลามองหรือพิจารณาอะไรก็ต้องมองด้านดี-ด้านลบ เหมือนคำพังเพยว่า "The pessimist sees the hole ,the optimist sees donut" (ความหมายโดยนัยว่า หากตั้ง medical hub ให้มี main effect ก็ต้องมี side effect ด้วยเช่นกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยในการดำเนินการว่าถูกต้องกับการดำเนินการ เวลา และปริมาณการดำเนินการหรือไม่ และการมองการจัดตั้งพัฒนาและการดำเนินการใด ๆ ก็ควรมองให้หลากหลาย)

2) สภาวะโลกปัจจุบัน เป็นโลกาภิวัตน์ (globalization) แล้ว โดยมีองค์การการค้าโลกหรือ WTO เป็นตัวกระตุ้นในอดีต health care เป็นเรื่อง public goods แต่ปัจจุบัน WTO นำไปบรรจุให้เป็น trade in service ซึ่งประเทศส่วนใหญ่ก็รับรองและเห็นด้วย มีบางประเทศรวมทั้งประเทศไทยที่ยังลังเล แต่ก็จะมี time line เพราะการเป็นสมาชิก ก็ต้องเข้าสู่ข้อตกลงที่เกี่ยวกับการเจรจาทางการค้า 4 หมวด หมวด 1 : เป็น Service โดยเป็น course border supply( คือ tele-medicine) หมวด 2 เป็น consumer abroad คือ พลเมืองในประเทศหนึ่งสามารถไปซื้อบริการในประเทศอื่น ๆ ได้ จึงเกิด health tourism ซึ่ง WTO ก็ระบุว่า เป็นผลดีต่อประเทศกำลังพัฒนาเพราะจะสามารถนำเงินตราเข้าประเทศไทย medical hub จึงเป็นสิ่งกระตุ้นให้ประเทศที่คิดว่าตนเองมีความสามารถและพัฒนา ซึ่งในเอเชียก็มีประเทศที่วางแนวดำเนินการอย่าง ฮองกง มาเลเซีย สิงคโปร์ อินเดีย แต่ข้อเท็จจริงก็คือ ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีชาวต่างชาติเดินทางมา รักษาสูงเป็นอันดับหนึ่ง หมวด 3 เป็นเรื่อง health care establishment ซึ่งเป็นกรณีที่ต่างชาติขอเข้ามาลงทุนในอุตสาหกรรมสุขภาพทั้งหมด ตั้งแต่ ร้านขายยา โรงพยาบาล อื่น ๆ และต้องการเป็นเจ้าของ 100% แต่ประเทศไทยยังปฏิเสธโดยยกเอากฎหมายประกอบธุรกิจของคนต่างด้าวเข้ามาแย้งไว้ หมวด 4 ด้านการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งถ้าเกิดมี medical hub จะมีการเคลื่อนย้ายบุคลากรทั้งทางแพทย์และ specialist จะเป็นโอกาสให้ต่างชาติสามารถเข้ามาแทนซึ่งเป็นข้อกังวล

3) กรมส่งเสริมการส่งออกกระทรวงพาณิชย์ได้ส่งเสริมด้าน health care ของไทยให้เป็น export services ประเภทหนึ่ง ซึ่ง(เดิมใช้ long stay แต่ไม่พัฒนา) มีตัวเลขระหว่างในปี พ.ศ. 2545 มีคนใช้ต่างชาติเดินทางเข้ามารักษาในประเทศไทย 630,000 คน ในปีพ.ศ. 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 943,000 คน และปี พ.ศ. 2547 มี 1,100,000 คน สูงที่สุดในเอเชีย โดยมีอัตราการ

โตร้อยละ 13 อย่างไรก็ตาม ก็ได้รับผลกระทบจากช่วงปัญหาเศรษฐกิจปี 2542-2546 บริษัทจดทะเบียนโรงพยาบาลหายไปกว่า 50 บริษัท ปี 2549 มีรายได้ 48,000 ล้านบาท เป็น health care 22,000 ล้านบาท ที่เหลือเป็น link sector (เช่น โรงแรม shopping center ,transportation เป็นต้น)

4) การก่อตัวและเกิด medical hub นั้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงยาก แต่ควรพัฒนาและยกระดับคุณภาพ และความหลากหลาย การบริการ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ มีการทำตลาดเชิงรุก ทำการประชาสัมพันธ์ ทรัพยากรภาครัฐ และเอกชนต่างมีจุดเด่น จุดด้อยคนละอย่าง ควรทำ private-public mix การพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและคุณภาพ การบริหารจัดการที่เป็นองค์รวมในระบบสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน ประเทศไทยขาดแคลนบุคลากร การใช้สินทรัพย์ประเทศไทยยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำ ค่าตอบแทนเหมาะสมจ่ายหลักประกันสุขภาพ และหลักประกันสังคมไม่สอดคล้องกับต้นทุนการบริการ

ศาสตราจารย์ ดร.อำพล ไมตรีเวช คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ในด้านของวิชาชีพเวชกรรมนั้น ในด้านบุคลากร หากมีการเปิดเสรีแล้วจะมีชาวต่างชาติเดินทางเข้ามา แต่ในประเทศไทย ประเทศไทยยังมีการกำหนดให้มีการสอบใบประกอบวิชาชีพที่ยังเป็นภาษาไทย ซึ่งก็ยังเป็นด่านที่สกัดกั้นชาวต่างชาติได้ และโดยที่ประเทศไทยมีจำนวนเภสัชกรเพียงพอและมีคุณภาพ แต่ปัญหาอยู่ที่อุตสาหกรรมยา ในปี 1995 มีโรงงานอุตสาหกรรมยาในประเทศ 175 โรงงานมีบริษัทข้ามชาติที่ทำธุรกิจด้านยา 48 แห่ง เช่น Boots, Bayer, Dumex, Glaxo, Hoechst, Schering, Lepitt เป็นต้น แต่ปี 2003 เหลือเพียงบริษัท Boots, Takeda, Thai Otsuka และ Unilab เนื่องจากนโยบายประเทศไทย เช่น 30 บาท รักษาทุกโรค นโยบายประมุขยารวมเขต สิ่งประเทศไทยขาดจากปรากฏการณ์นี้ก็คือ การถ่ายทอดเทคโนโลยี

ในอดีต ร้อยละ 60 ของยาจะผ่านทางโรงพยาบาล โดยเป็นโรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 45 กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด จะต้องซื้อยาจากโรงงานที่ GMP และโรงงานอุตสาหกรรมยาจะต้องมี GMP) ตามมาตรฐาน WHO ค.ศ. 1992 และ Version 2005 (CGMP) (วันที่ 31 พค.2548 โรงงานอุตสาหกรรมยาทุกโรงมี GMP) และในปี พ.ศ.2551 โรงงานยาจะเป็นสมาชิก PIC/S (Pharmaceutical Inspection convention scheme) แต่ปัญหาในข้อเท็จจริงก็ยังมีเกิดเพราะเวลามาสั่งซื้อยา ผู้ซื้อต้องการชนิด A เมื่อไม่มีเภสัชก็จะถามว่า ไม่มียา A จะใช้ยา B แทนได้ไหม มีตัวยาและสรรพคุณเหมือนกัน ซึ่งในความเป็นจริงไม่ใช่เพราะ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ยา กระทรวงสาธารณสุขก็เคยระบุว่า "ยาที่ผลิตจากบริษัทต่างกัน อาจมี

คุณภาพไม่เหมือนกัน แม้จะผลิตบริษัทเดียวกัน แต่ต่างรุ่นกันก็มีคุณภาพไม่เหมือนกัน" ถ้าชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยแล้วก็จะคาดหวังจะได้ยาที่มีคุณภาพถูกต้อง

นอกจากนี้ ประเทศไทยไม่ New Chemical entity เพราะอุตสาหกรรมยาในประเทศไทย เป็นการเลียนแบบ (New Chemical entity เป็นการผลิตยาใหม่ จะต้องมีการศึกษาทาง Pre-clinic Studies มีการยื่นขอเสนอยาใหม่ (IND) เมื่อผ่านขั้นตอน Clinical Trials , Preclinical Studies จนกระทั่ง submit เป็น new drug application เมื่อขึ้นทะเบียนแล้วจึงเป็น post marketing

ในขณะที่เดียวกันเรื่อง การขยายสิทธิบัตรยาก็มีบทบาท เช่นกัน เช่น สมมุติ บริษัทยาบริษัทหนึ่งค้นพบยาในปี ค.ศ.1980 แล้วจดสิทธิบัตร มีอายุคุ้มครอง 20 ปี สิทธิบัตรยาจะหมดสิทธิ ในปี ค.ศ. 2000 สิ่งที่ต้องการคือ data protection หลังปีที่ approve อีก 5 ปี เมื่อมีการมาขึ้นทะเบียนในประเทศไทย 2 ปี แต่กระบวนการใช้เวลาเกิน 2 ปี แต่กระบวนการใช้เวลาเกิน 2 ปี ซึ่งก็คือหมดอายุ ในต่างประเทศ เช่น America เมื่อ data protection หมดอายุ บริษัท generic จะเริ่มเข้ามามีบทบาท โดยถ้ากับการจะขายจะต้องมีการสามารถใช้ทดแทนกันได้ (Therapeutic equivalence) เพื่อจะสามารถระบุว่าจะใช้แทนกันได้หรือ substitution หรือ interchangeable สรุปก็คือ ด้านรวมยอดหลังจากบริษัท pioneer หรือ original ศึกษาในแง่ของ efficacy หรือ safety ทาง generic ก็จะศึกษาในแง่ Bioequivalence

รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐนันท์ สิ้นชัยพาณิชย์ หัวหน้าภาควิชาเภสัชอุตสาหกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล การจะพัฒนาเป็น medical hub ต้องพิจารณาด้านเภสัชกรด้วย ซึ่งในต่างประเทศจะใช้ประการแรก guideline ของ USP โดยจะต้องมีกระบวนการคือ การคัดเลือกยา และการแบ่งบรรจุและทดสอบคุณภาพในรูป unit-dose container ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีลักษณะสากลเช่นนั้น ตรงนี้จะเป็นปัญหาหรือไม่? ประการถัดมาเป็นเรื่อง การคำนึงถึงความคงสภาพของยา ครบถ้วนตามกระบวนการรักษา ประการที่สี่ เภสัชที่โรงพยาบาลจะต้องมีการผสมยา การผสมยาจะมี 2 ส่วน คือ ยาปราศจากเชื้อ กับยาไม่ปราศจากเชื้อ โดยตรงได้คุณสมบัติครบถ้วน



### บทที่ 3

## มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการพัฒนาศูนย์กลางทางการแพทย์

- 1) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
  - (2) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2547
  - (3) พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542
  - (4) พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2547
  - (5) พระราชกฤษฎีกากำหนดให้สาขากิจกรรมบำบัดเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 พ.ศ.2545
  - (6) พระราชกฤษฎีกากำหนดให้สาขารังสีเทคนิคเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 พ.ศ.2545
  - (7) พระราชกฤษฎีกากำหนดให้สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมายเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 พ.ศ.2545
  - (8) พระราชกฤษฎีกากำหนดให้สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 พ.ศ.2545
  - (9) พระราชกฤษฎีกากำหนดให้สาขาจิตวิทยาคลินิกเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 พ.ศ.2545
  - (10) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องกำหนดสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวຍมาตรฐานของสถานที่ การบริการ ผู้ให้บริการ หลักเกณฑ์ และวิธีการตรวจสอบเพื่อการรับรอง ให้เป็นไปตามมาตรฐานสำหรับสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวຍตามพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ.2509

### 3.1 ระบบกฎหมาย

ในด้านการแพทย์สมัยปัจจุบันวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีต่าง ๆ ได้ก้าวรุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาหลักกฎหมายตามไปด้วย เพื่อให้เกิดความสงบเรียบร้อยต่อสังคม เพื่อจะนำกฎหมายไปเป็นหลักในการตัดสินข้อพิพาทที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเหล่านั้น สำหรับประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ อาจได้เปรียบในการพัฒนาหลักกฎหมาย เพราะคำพิพากษาของศาลสามารถที่จะวางหลักกฎหมายขึ้นมาใหม่ ได้ง่าย แต่สำหรับประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายซีวิลลอว์อย่างประเทศไทยนั้น จำต้องสร้างกฎหมายใหม่ขึ้น มิฉะนั้นจะเกิดช่องว่างทางกฎหมายขึ้นมากมาย แต่การจะสร้างกฎหมายขึ้นใหม่ควรต้องพัฒนาหลักกฎหมายให้เกิดความแน่นอนขึ้นเสียก่อน เพื่อ

เป็นฐานที่จะนำไปกำหนดเจตนารมณ์ของกฎหมายใหม่ให้ชัดเจนและให้มีสัมพันธภาพระหว่างกฎหมายพิเศษกับหลักกฎหมายสำคัญที่มีอยู่ให้เหมาะสม มิฉะนั้นกฎหมายที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและขัดแย้งกันมากยิ่งขึ้นทุกที จนทำให้ไม่อาจใช้กฎหมายได้ตรงตามเจตนารมณ์ของกฎหมายแต่ละฉบับได้(วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์,2539:173)

ระบบการดำเนินคดีอาญาที่มีผลต่อกระบวนการยุติธรรมของไทย และพัฒนาการของระบบกฎหมายไทย ดังนี้

### 1. ระบบกล่าวหาและระบบไต่สวน

การดำเนินคดีอาญาที่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปแยกเป็น 2 ระบบใหญ่ คือ ระบบไต่สวน (Inquisitorial System ) ซึ่งเป็นการดำเนินคดีอาญาระบบเดิม และการดำเนินคดีอาญาระบบกล่าวหา (Accusatorial System) ซึ่งเป็นระบบการดำเนินคดีอาญาสมัยใหม่

#### 1.1 การดำเนินคดีอาญาระบบไต่สวน (Inquisitorial System )

การดำเนินคดีอาญาระบบไต่สวน นั้นแต่เดิมเป็นที่ยอมรับและใช้ในการดำเนินคดีของประเทศต่าง ๆ การดำเนินคดีอาญาในระบบนี้มีองค์การศาลหรือผู้พิพากษาเพียงองค์กรเดียวทำหน้าที่ทั้ง สอบสวนฟ้องร้อง และพิจารณาพิพากษาคดี เพราะการดำเนินคดีอาญาในระบบนี้ไม่มีการแยกหน้าที่ทั้งสองประการออกจากกัน ศาลหรือผู้พิพากษาจึงต้องดำเนินคดีทั้งหมดตั้งแต่เริ่มคดีจนกระทั่งพิพากษาคดีตัดสินคดี ดังนั้นบุคคลที่เข้ามาเกี่ยวข้องจึงมีเพียง 2 ฝ่ายคือ ผู้ไต่สวนและผู้ถูกไต่สวนเท่านั้น โดยผู้ถูกไต่สวนตามระบบนี้มีฐานะเป็นเพียง "กรรมในคดี" (object)(คณิต ณ นคร, 2525: 32 ) กล่าวคือ เป็นบุคคลที่ถูกกระทำโดยมีสภาพเป็นวัตถุแห่งการชักฟอก จึงแทบจะไม่มีสิทธิ์ใดๆ เลย อีกทั้งการไต่สวนของศาลสามารถทำได้อย่างกว้างขวางโดยปราศจากข้อผูกมัด ดังนั้นผู้ไต่สวนจึงพยายามทำทุกวิถีทางให้ผู้ถูกไต่สวนรับสารภาพว่ากระทำผิดเพื่อนำไปใช้เป็นพยานหลักฐานในการลงโทษผู้ถูกไต่สวนต่อไป ฉะนั้นผู้ไต่สวนจึงใช้วิธีการทรมานร่างกายให้ได้รับความเจ็บปวด เช่น ดำน้ำ ลุยไฟ บีบขมับ ตอกเล็บ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ถูกไต่สวนได้รับความทรมานจนไม่สามารถทนได้ และยอมรับสารภาพว่า ตนเป็นผู้กระทำความผิดในที่สุด โดยผู้ไต่สวนกล่าวอ้างถึงสาเหตุที่ต้องใช้วิธีการทรมานให้รับสารภาพว่าเป็นการแสดงถึงความบริสุทธิ์ของผู้ถูกไต่สวน เพราะผู้ไต่สวนมีความเข้าใจว่าถ้าผู้ถูกไต่สวนเป็นผู้กระทำผิดจริงก็จะได้รับความเจ็บปวดจากการทรมานนั้น แต่ถ้าเป็นผู้บริสุทธิ์ย่อมไม่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บปวดจากการกระทำนั้นแต่อย่างใด

ดังนั้น ระบบไต่สวนจึงเป็นการต่อสู้ระหว่างเอกชน (ผู้ถูกกล่าวหา) และรัฐ นอกจากนี้ตามประวัติศาสตร์แล้วกระบวนการไต่สวนใช้กระบวนการพิจารณาเป็นความลับและเป็นลายลักษณ์อักษร (Merryman, 1985 : 127)

การดำเนินคดีอาญาระบบไต่สวน มีทั้งผลดีและผลเสีย ดังต่อไปนี้  
ผลดีของระบบไต่สวน คือ

(1) ผลในด้านการปราบปรามผู้กระทำผิด เพราะศาลมีหน้าที่ค้นหาความจริงและมีอำนาจพิพากษาคดี ทำให้ศาลมักจะตัดสินลงโทษผู้ถูกกล่าวหาเป็นส่วนใหญ่

(2) เนื่องจากระบบไต่สวนไม่มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาพิพากษาคดีอย่างเคร่งครัด ดังนั้นผู้ถูกกล่าวหาจะหลุดพ้นจากความผิดได้ต่อเมื่อมีพยานหลักฐานว่าไม่ได้กระทำความผิดเท่านั้น ไม่ใช่หลุดพ้นจากความผิดเพราะเหตุผลทางวิธีพิจารณาความ เช่น ฟ้องไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ฟ้องเคลือบคลุม

ผลเสียของระบบไต่สวน คือ

(1) การไม่แยกองค์กรผู้ทำหน้าที่สอบสวนฟ้องร้องและพิจารณาพิพากษาออกจากกัน ทำให้ผู้ไต่สวนเป็นทั้งผู้ฟ้อง(โจทก์) และผู้ตัดสินในคดีเดียวกัน อำนาจชี้ขาดทั้งกระบวนการจึงอยู่ในดุลพินิจของผู้ไต่สวนเพียงผู้เดียวโดยไม่มีการตรวจสอบและคานอำนาจจากองค์กรอื่น อันอาจส่งผลให้ผู้ไต่สวนไม่มีความเป็นกลางในการดำเนินคดี เพราะเมื่อคดีต่อผู้ถูกไต่สวนว่าเป็นผู้กระทำผิด จึงพยายามค้นหาพยานหลักฐานเฉพาะที่สามารถพิสูจน์ความผิดของผู้ถูกไต่สวนเท่านั้น จึงเป็นผลเสียแก่ผู้ถูกไต่สวน

(2) ผู้ถูกไต่สวนมีฐานะเป็นกรรมในคดี ทำให้ไม่มีโอกาสแก้ข้อกล่าวหาได้อย่างเต็มที่ จึงเกิดความไม่เป็นธรรมขึ้น เพราะในท้ายที่สุดผู้ถูกไต่สวนจะถูกพิพากษาลงโทษตามพยานหลักฐานที่ผู้ไต่สวนได้รับมา

(3) เนื่องจากการดำเนินคดีระบบนี้ไม่มีการบัญญัติกฎหมายวิธีพิจารณาไ้ชัดเจน โดยมุ่งเน้นแต่เพียงการค้นหาตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษ ผู้ไต่สวนจะใช้วิธีการต่างๆ ในการค้นหาพยานหลักฐานเพื่อพิสูจน์ความผิดเท่านั้น โดยไม่คำนึงว่าผู้ถูกไต่สวนจะได้รับความเป็นธรรมในการต่อสู้คดีหรือไม่ จึงนำไปสู่การใช้วิธีทรมานร่างกายเพื่อทำให้ผู้ถูกไต่สวนรับสารภาพว่ากระทำความผิด ทั้งนี้เนื่องจากเห็นว่าคำรับสารภาพถือเป็นพยานหลักฐานที่ดีที่สุด ที่จะนำมาใช้ลงโทษผู้ถูกไต่สวน

## 1.2 การดำเนินคดีอาญาระบบกล่าวหา (Accusatorial System )

การดำเนินคดีอาญาระบบกล่าวหาเป็นระบบการดำเนินคดีสมัยใหม่ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน การดำเนินคดีอาญาระบบกล่าวหาที่มีการแยกองค์กรทำหน้าที่สอบสวนฟ้องร้องและพิจารณาพิพากษาคดีออกจากกัน ดังนั้นจึงมีบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องอยู่ 3 ฝ่าย คือ ผู้ถูกกล่าวหา ผู้กล่าวหา และศาล โดยผู้กล่าวหาและผู้ถูกกล่าวหาทำหน้าที่นำพยานหลักฐานมานำสืบหักล้างกัน ในขณะที่ศาลจะเป็นเพียงองค์กรกลางคอยดูแลให้ทั้งสองฝ่ายดำเนินคดีไปตามกฎเกณฑ์ในวิธีพิจารณาความที่กำหนดขึ้นอย่างเคร่งครัดโดยไม่มีอคติหรือความลำเอียงเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง และเพื่อเป็นหลักประกันความยุติธรรมแก่ทั้งสองฝ่ายจึงมีวิธีการดำเนินคดีโดยเปิดเผย (publicly) และใช้การโต้เถียงด้วยวาจา (orally) (Merryman , 1985 : 126-127) นอกจากนี้ ยังมีการให้สิทธิต่างๆ แก่ผู้ถูกกล่าวหาเพื่อให้มีโอกาสแก้ข้อหาและต่อสู้คดีได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ถูกกล่าวหาจึงพ้นสภาพจากการเป็นวัตถุแห่งการชกฟอกกลายเป็น "ประธานในคดี" (subject)(คณิต ฅ นคร ,2525 : 33 )

ในการแยกองค์กรผู้ทำหน้าที่ "สืบสวนฟ้องร้อง" และ "พิจารณาพิพากษาคดี" ออกจากกัน ศาลซึ่งเป็นองค์กรในการดำเนินคดีอาญาตั้งแต่เดิมยังคงรับผิดชอบเฉพาะ "การพิจารณาพิพากษา" ส่วนหน้าที่สอบสวนฟ้องร้องมีการตั้งองค์กรใหม่ขึ้นเป็นผู้รับผิดชอบ นั่นคือ "อัยการ" และเจ้าพนักงานของรัฐผู้ทำหน้าที่เรียกว่า "พนักงานอัยการ" โดยมีเจ้าพนักงานตำรวจเป็นผู้ช่วยเหลือ จึงอาจถือได้ว่าการสอบสวนฟ้องร้องเป็นกระบวนการเดียวกันไม่อาจแบ่งแยกได้ (อดิศร ไชยคุปต์ , 2542 : 45 ) อย่างไรก็ตาม ในกรณีของประเทศไทยในปัจจุบัน พนักงานอัยการมีอำนาจหน้าที่ในการ "ฟ้องร้อง" เท่านั้น โดยอำนาจสอบสวนคดีเป็นของพนักงานตำรวจตั้งบทบัญญัติในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 121 วรรคหนึ่ง ที่บัญญัติให้พนักงานสอบสวนมีอำนาจสอบสวนคดีอาญาทั้งปวง ดังนั้น อำนาจสอบสวนและฟ้องร้องในประเทศไทยจึงแยกจากกันโดยเด็ดขาด แม้ในปัจจุบันประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาจะมีบทบัญญัติให้พนักงานอัยการเข้ามีส่วนร่วมในการสอบสวนได้บางกรณี เช่น สอบสวนผู้ต้องหาอายุไม่เกิน 18 ปี ตามมาตรา 134 ตริ

การดำเนินคดีอาญาระบบกล่าวหา มีผลดีและผลเสีย ดังนี้

ผลดีของระบบกล่าวหา คือ

(1) เมื่อมีการแบ่งแยกองค์กรผู้ทำหน้าที่สอบสวนฟ้องร้อง และพิจารณาพิพากษา ออกจากกัน ศาลผู้ทำหน้าที่พิจารณาพิพากษาคดีจึงต้องพิจารณาจากพยานหลักฐานที่ทั้งสองฝ่ายนำมาต่อสู้หักล้างกันโดยปราศจากอคติและความลำเอียงใดๆ

(2) เมื่อผู้ถูกกล่าวหาในฐานะเป็นประธานในคดี จึงมีสิทธินำสืบพยานหลักฐาน และคัดค้านพยานหลักฐานของคู่ความอีกฝ่ายหนึ่งได้ อีกทั้งการต่อสู้คดีจะมีการกำหนดขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติไว้อย่างชัดเจนเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทั้งสองฝ่าย

(3) ศาลต้องดำเนินคดีโดยใช้วิธีพิจารณาคดีตามที่กำหนดไว้เท่านั้น ไม่สามารถใช้วิธีการที่มิชอบด้วยกระบวนการพิจารณา หรือวิธีการที่ผิดกฎหมาย เช่น การทรมานเพื่อรับสารภาพ

ผลเสียของระบบกล่าวหา คือ

(1) เนื่องจากการกำหนดวิธีพิจารณาในระบบกล่าวหาไว้อย่างเคร่งครัดทำให้การดำเนินคดีเป็นไปอย่างล่าช้า และบางครั้งอาจเป็นเหตุให้ผู้ถูกกล่าวหาหลุดพ้นจากข้อกล่าวหา เนื่องจากการปฏิบัติผิดไปจากวิธีพิจารณาคดีที่สำคัญบางอย่าง เช่น โจทก์ไม่บรรยายฟ้องให้ชัดเจนตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาตามมาตรา 158(5) ศาลจึงยกฟ้องตามมาตรา 185

(2) ระบบกล่าวหาเป็นระบบที่ศาลจะพิพากษาลงโทษผู้ถูกกล่าวหาได้ ก็ต่อเมื่อมีพยานหลักฐานแน่ชัดว่าเขากระทำผิด ถ้ามีเหตุอันควรสงสัยศาลก็จะยกประโยชน์แห่งความสงสัยให้ผู้ถูกกล่าวหาตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 227 วรรคสอง แม้จะเป็น

ผลดีที่ทำให้สามารถลงโทษเฉพาะบุคคลที่เป็นผู้กระทำผิดจริงเท่านั้น แต่ย่อมทำให้มีผลน้อยในด้านการปราบปรามผู้กระทำผิด

สำหรับระบบการดำเนินคดีอาญาในประเทศไทยก่อนใช้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาความมีโทษสำหรับใช้ไปพลางก่อน ร.ศ. 115 การดำเนินคดีอาญาในประเทศไทยใช้ระบบไต่สวน โดยมีการนำวิธีพิจารณาจารีตนครบาลมาใช้ ต่อมาตั้งแต่ ร.ศ. 115 (2439) มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาความมีโทษสำหรับใช้ไปพลางก่อน ร.ศ. 115 แล้วยังมีพระราชบัญญัติยกเลิกวิธีพิจารณาจารีตนครบาลด้วยเป็นผลให้ยกเลิกการดำเนินคดีอาญาระบบไต่สวน และนำวิธีการดำเนินคดีอาญาระบบกล่าวหามาใช้แทน ดังเช่นนานาอารยประเทศ (คณิต อนุคร , 2542 : 11-12)

แม้ว่าในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. 2478 มีการบัญญัติให้ศาลมีบทบาทในการค้นหาความจริงและเรียกพยานหลักฐานมาสืบด้วยตนเองโดยไม่ต้องผูกมัดกับพยานที่คู่ความนำมาสืบ ดังเห็นได้จากบทบัญญัติในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 229 ซึ่งบัญญัติว่า "ศาลเป็นผู้สืบพยาน จะสืบในศาลหรือนอกศาลก็ได้ แล้วแต่จะเห็นควรตามลักษณะของพยาน" นอกจากนี้ มาตรา 228 ให้อำนาจศาลสืบพยานเพิ่มเติม, มาตรา 235 วรรคหนึ่ง ให้อำนาจศาลถามโจทก์จำเลย หรือพยานคนใดก็ได้ จึงแสดงให้เห็นว่าในการสืบพยานในคดีอาญา ศาลเป็นผู้ค้นหาความจริงเองได้ มิใช่มีหน้าที่เพียงคนกลางฟังพยานหลักฐานที่คู่ความนำมาสืบเท่านั้น และแม้ศาลจะเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาความจริงดังที่กฎหมายให้อำนาจก็เป็นเพียงบทบาทหนึ่งของผู้พิพากษาเท่านั้น มิได้ทำให้การดำเนินคดีอาญาในประเทศไทยกลายเป็นการดำเนินคดีอาญาในระบบไต่สวนแต่อย่างใด

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติศาลไทยไม่ค่อยได้ใช้อำนาจนี้ ศาลมักจะวางตัวเป็นกลางโดยเคร่งครัดและรับฟังเฉพาะพยานหลักฐานที่โจทก์และจำเลยนำมาแสดง ซึ่งแม้ทำให้บุคคลอื่นเห็นว่าศาลเป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือและดำเนินคดีโดยไม่เอนเอียงเข้าข้างฝ่ายใด แต่จะเกิดผลเสีย คือพยานหลักฐานที่นำมาแสดงในศาลนั้น อาจเป็นเพียงพยานหลักฐานเท็จที่คู่ความแต่ละฝ่ายสร้างขึ้นได้ และถ้ากรณีเป็นเช่นนี้ผู้พิพากษาที่นั่นพิจารณาก็ไม่สามารถที่จะทราบข้อเท็จจริงได้เลย อันจะส่งผลให้ความเป็นธรรมทางกฎหมายและความเป็นธรรมทางความเป็นจริงสวนทางกัน และการป้องกันปราบปรามอาชญากรรมไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร (กุลพล พลวัน , 2544 : 26)

ประเทศไทยมีระบบศาลเป็นแบบศาลคู่กล่าวคือให้ศาลยุติธรรมมีอำนาจหน้าที่วินิจฉัยคดี ชั่วคดีแพ่งและคดีอาญาเท่านั้น ส่วนการวินิจฉัยคดีปกครองจะอยู่ในอำนาจหน้าที่ของศาลปกครองซึ่งมีระบบศาลและผู้พิพากษาแยกต่างหากจากศาลยุติธรรม ใช้ประมวลกฎหมาย(code)และคำพิพากษาศาลฎีกา(Dika Court judgement)ในการพิจารณาพิพากษาคดีสำหรับในคดีอาญาก็จะใช้ประมวลกฎหมายอาญาและกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาในการพิจารณาพิพากษาคดีเช่นเดียวกัน

จากการที่ความรับผิดชอบทางอาญาของแพทย์เป็นเรื่องที่กระทบกระเทือนต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคลโดยตรง ดังนั้นจึงจำเป็นที่รัฐจะต้องเข้ามาควบคุมพฤติกรรมในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ให้ดำเนินไปโดยมีระเบียบแบบแผน เพื่อเป็นการคุ้มครองความสงบสุขของสังคมในขณะเดียวกัน ฉะนั้น เมื่อเกิดมีการกระทำรักษาที่มีลักษณะเป็นทุเรชปฏิบัติขึ้น รัฐจึงต้องมีบทบาทในการแก้ไข และป้องกัน รวมทั้งลงโทษผู้กระทำความผิดเหล่านั้น ซึ่งการดำเนินคดีอาญาต่อแพทย์ผู้กระทำทุเรชปฏิบัตินี้ผลของคดีจะมี 2 ประการคือ(1) แพทย์ผู้ตกเป็นจำเลยอาจจะถูกจำคุก หรือ(2)อาจจะถูกยกฟ้อง อย่างไรก็ตาม ความรับผิดชอบในทางอาญามีหลักการพื้นฐานอยู่ 3 ลักษณะคือ1)การกระทำโดยเจตนา 2)การกระทำโดยประมาท และ3)การงดเว้นที่ต้องกระทำเพื่อป้องกันผลตามที่ตนมีหน้าที่ ทั้งนี้ เมื่อแพทย์ได้ตกเป็นจำเลยในคดีทุเรชปฏิบัติคดีอาญา แพทย์จะต้องหาหลักทรัพย์มาเพื่อประกันตัว มิฉะนั้นแพทย์อาจจะต้องถูกควบคุมตัวไว้ในเรือนจำ เพราะตามประมวลกฎหมายพิจารณาความอาญามาตรา 172 นั้น มีหลักว่าในการพิจารณาคดีอาญาจะต้องมีตัวจำเลยอยู่ในอำนาจศาลเสมอจึงจะดำเนินการพิจารณาคดีได้ นอกจากนี้แพทย์จะต้องหาทนายความมาเพื่อแก้ต่างคดีให้อย่างไรก็ตาม หากกรณีเป็นการฟ้องคดีอาญาที่มีใช้พนักงานอัยการเป็นโจทก์ และแพทย์ที่ถูกฟ้องคดีก็เพราะมีสาเหตุมาจากการปฏิบัติหน้าที่ราชการเช่นนี้แพทย์ผู้ตกเป็นจำเลยก็อาจร้องขอให้พนักงานอัยการซึ่งถือว่าเป็นอัยการแผ่นดินเข้ามาดำเนินการแก้ต่างคดีให้ โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติพนักงานอัยการ พ.ศ.2498 มาตรา 11 ประกอบมติคณะรัฐมนตรีตามหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีที่ น.ว.81/2550 ลงวันที่ 13 กันยายน 2505 และหนังสือกรมอัยการที่ มท.1002 / 1005 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2511(ประทีป อ่าววิจิตรกุล,2535:32)

### 3.2 มาตรการทางกฎหมายในกลุ่มธุรกิจการรักษาพยาบาล

#### 3.2.1 มาตรการทางกฎหมายควบคุมการประกอบกิจการสถานพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน

ประเทศไทยได้มีกฎหมายควบคุมการประกอบกิจการสถานพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนมาแล้ว 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2484 และพระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 และฉบับที่ใช้บังคับปัจจุบัน คือพระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

### ก.พระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2484

การควบคุมสถานพยาบาลเอกชนเริ่มมีมาตั้งแต่ พ.ศ. 2484 โดยเริ่มมีการตราพระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2484 ใช้ควบคุมสถานพยาบาลเอกชนประเภทมีเตียงเท่านั้น ซึ่งในสมัยนั้นมีแต่โรงพยาบาลขนาดเล็ก หรือโรงพยาบาลการกุศลเท่านั้น ต่อมาพระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2484 ได้ถูกแก้ไขเพิ่มเติมใน พ.ศ. 2485 โดยการแก้ไขในครั้งนี้เป็นการแก้ไขในสิ่งเล็กๆ น้อยๆ เท่านั้น ไม่ใช่สาระสำคัญ แต่อย่างไรก็ตาม การควบคุมก็ยังคงเป็นเหมือนเดิม และการควบคุมสถานพยาบาลเอกชนตามพระราชบัญญัติควบคุม โดยการออกใบอนุญาตจัดตั้งและออกใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลเอกชนเหมือนในปัจจุบัน การควบคุมสถานพยาบาลเอกชนในสมัยนั้นเป็นการควบคุมสถานพยาบาลเอกชนที่มีเตียง โดยถ้าหากมีการสงสัยหรือมีผู้แจ้งมาว่าปฏิบัติไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2484 และ 2485 (แก้ไขเพิ่มเติม) นั้น เจ้าหน้าที่ผู้รักษากฎหมายฉบับนี้ก็จะออกไปตรวจสอบสถานพยาบาลที่เข้าข่ายประวัตินิติคดีกฎหมายถ้าหากพบว่ากระทำผิดจริงก็สั่งลงโทษตามที่กฎหมายได้กำหนดลงโทษไว้ ซึ่งจะเห็นว่าการควบคุมสถานพยาบาลเอกชนตามพระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2484 และ 2485 (แก้ไขเพิ่มเติม) เป็นการควบคุมสถานพยาบาลเอกชนที่ไม่เข้มงวดเท่าที่ควร เพราะไม่มีการออกใบอนุญาตจัดตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลเอกชนที่ไม่เข้มงวดเท่าที่ควร เพราะไม่มีการออกใบอนุญาตจัดตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลเอกชนมีแต่การตรวจสอบเมื่อมีการร้องเรียนหรือสงสัยว่าประวัตินิติคดีกฎหมาย โดยเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตรวจสอบควบคุมสถานพยาบาลเอกชนจะเป็นผู้ออกไปตรวจสอบสถานพยาบาลเหล่านั้น การที่พระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2484 และ พ.ศ. 2485 (แก้ไขเพิ่มเติม) ควบคุมสถานพยาบาลเอกชน โดยไม่มีการออกใบอนุญาตควบคุมก็เนื่องจากสถานพยาบาลประเภทมีเตียงหรือโรงพยาบาลสมัยนั้นส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลการกุศลหรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก ซึ่งค่อนข้างมีจำนวนน้อยและไม่มีปัญหามากนักกฎหมายสถานพยาบาลที่ตราออกมาบังคับใช้กับสถานพยาบาลเอกชนสมัยนั้น อันได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2484 และ พ.ศ. 2485 (แก้ไขเพิ่มเติม) จึงค่อนข้างไม่เข้มงวดเท่าที่ควร

### ข.พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 ได้ตราขึ้นบังคับใช้ในปีพุทธศักราช 2504 โดยยกเลิกพระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2484 และ พ.ศ. 2485 (แก้ไขเพิ่มเติม) โดยเจตนารมณ์ของการตราพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 ขึ้นใช้นั้นยังคงควบคุมสถานพยาบาลประเภทมีเตียงหรือโรงพยาบาลเหมือนเดิมที่ควบคุม โดยผู้ที่มีสถานพยาบาลประเภทมีเตียงหรือโรงพยาบาลอยู่ก่อนพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504

ประกาศใช้ หรือหลังประกาศใช้ต้องมาขอออกใบอนุญาตให้ตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายที่กำหนดในบทบัญญัตินี้ โดยการขอออกใบอนุญาตจัดตั้งและดำเนินการต้องขออนุญาตจัดตั้งเสียก่อนเมื่อได้รับใบอนุญาตจัดตั้งเรียบร้อยแล้ว การควบคุมสถานพยาบาลประเภทมีเตียงแล้วยังควบคุมรวมถึง สถานที่ทำการตรวจรักษาโรคแก่คนเจ็บไข้ภายนอกทั่วไป (คลินิก) ด้วย ซึ่งพระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2484 และ พ.ศ. 2485 (แก้ไขเพิ่มเติม) มิได้ควบคุมถึง โดยสถานที่ทำการตรวจรักษาโรคแก่คนเจ็บไข้ภายนอกทั่วไป (คลินิก) นั้น ผู้ใดประสงค์จะขอจัดตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลจะต้องขอออกใบอนุญาตให้ถูกต้องตามกฎหมายด้วย เหตุผลที่พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 ขึ้นใช้นั้น ไม่มีบทบัญญัติควบคุมถึงสถานที่ทำการตรวจรักษาโรคแก่คนเจ็บไข้ภายนอกทั่วไป (คลินิก) และปรากฏว่า มีผู้จัดตั้งสถานตรวจรักษาโรคขึ้นตามที่ต่าง ๆ และโฆษณาว่ามีแพทย์ปริญญาประจำเพื่อรับตรวจโรครักษาโรคชนิดยา ผ่าตัดบ้าง ตั้งชื่อว่าเป็นสถานการแพทย์บ้าง เป็นคลินิกบ้าง หรือเป็นสถานที่ทำฟันหรือรักษาฟัน หรือรับฝากครรภ์รับทำคลอดบุตร ฯลฯ เหล่านี้เป็นต้น บางแห่งไม่มีแพทย์หรือทันตแพทย์ หรือผดุงครรภ์ ประจำทำการตามลักษณะของวิชาชีพนั้น ๆ เป็นช่องทางให้คนธรรมดาสามัญตั้งสำนักงานแพทย์ และแอบแฝงรับทำการตรวจรักษาโรคแก่คนเจ็บไข้ได้ง่ายหรือบางแห่งใช้จ้างคนที่มีความรู้เพียงเล็กน้อยให้กระทำการหรือจ้างแพทย์ให้คอยรับผิดชอบเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น ก็ให้แพทย์รับสมอ้างว่าเป็นแพทย์ประจำอยู่บ้างหรือว่าแพทย์ใช้ให้กระทำการบ้าง ซึ่งความจริงแพทย์มิได้ประจำอยู่ อันเป็นการกระทำหรือร่วมมือกันกระทำ เพื่อแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ เป็นภัยหรือเกิดความเสียหายแก่ราษฎรผู้รู้เท่าไม่ถึงการณ์ว่าสถานที่ใดเป็นอย่างไร และใครเป็นใคร รัฐจึงจำเป็นต้องควบคุมการจัดตั้งสถานตรวจรักษาโรคให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อสวัสดิภาพของประชาชนโดยการออกพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2504

อนึ่ง เนื่องจากบทบัญญัติในพระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พุทธศักราช 2484 และพระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล (ฉบับที่ 2) พุทธศักราช 2485 ซึ่งควบคุมเฉพาะสถานพยาบาลที่รับคนไข้เข้าไว้รักษาภายในนั้น บางมาตราก็ยังไม่เหมาะสมเห็นควรแก้ไขเพิ่มเติมและเพื่อความสะดวก ควรยกเลิกพระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาลพุทธศักราช 2484 และพระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาลขึ้นใหม่เพื่อจัดระเบียบและควบคุมสถานพยาบาลทั้งหลายให้รัดกุมยิ่งขึ้น ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

ความหมายของคำว่า "สถานพยาบาลตามกฎหมาย"

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 มาตรา 4 บัญญัติว่า "สถานพยาบาล" หมายความว่า สถานที่รวมตลอดถึงยานพาหนะซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ หรือซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบกิจการอื่นด้วยการผ่าตัด ฉีดยา หรือฉีกรักษาใด ๆ หรือด้วยการใช้กรรมวิธีอื่น ซึ่งเป็นกรรมวิธีของการประกอบโรคศิลปะ ทั้งนี้โดยกระทำเป็นปกติธุระไม่ว่าจะได้รับประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ แต่ไม่รวมถึงสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยการขายยาซึ่งประกอบกิจการขายยาโดยเฉพาะ

จากนิยามศัพท์สถานพยาบาลไม่ได้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลของรัฐ เทศบาล สภาอากาศไทย และสถานพยาบาลที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศในราชกิจจานุเบกษา มิให้ใช้บังคับตามพระราชบัญญัตินี้ จะใช้บังคับเฉพาะโรงพยาบาลเอกชน คลินิก โพลีคลินิก หรือสถานที่ประกอบการโรคศิลปะอื่น ๆ เช่น สถานที่ตรวจชั้นสูตร โรงทางการแพทย์ หรือกายภาพบำบัด ฯลฯ

#### พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504

ดังนั้น ลักษณะของสถานพยาบาลจากนิยามตามกฎหมายมีลักษณะดังนี้ คือ

1. เป็นสถานที่ให้บริการทางการแพทย์ของการประกอบโรคศิลปะ รวมทั้ง ยานพาหนะที่ให้บริการทางการแพทย์ของการประกอบโรคศิลปะด้วย และคำว่า "ประกอบโรคศิลปะ" หมายถึง การประกอบโรคศิลปะทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณอันได้แก่ สาขาเวชกรรม สาขาทันตกรรม สาขาเภสัชกรรม สาขาพยาบาลและผดุงครรภ์ สาขากายภาพบำบัด และสาขาเทคนิคการแพทย์
2. สถานที่นั้น (ยานพาหนะนั้น) จัดไว้เพื่อการประกอบโรคศิลปะ ตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ หรือจัดไว้เพื่อการประกอบกิจการอื่นด้วยการผ่าตัด ฉีดยา หรือสสารใด ๆ หรือด้วยการประกอบกิจการอื่น ซึ่งเป็นกรรมวิธีอื่นซึ่งเป็นกรรมวิธีของการประกอบโรคศิลปะ
3. สถานที่นั้น (ยานพาหนะนั้น) ต้องประกอบธุรกิจเป็นปกติธุระไม่ว่าได้รับประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ก็ตาม ถ้าได้เปิดดำเนินการเป็นประจำแล้วได้ทั้งสิ้น
4. สถานที่นั้น หรือยานพาหนะนั้นไม่ใช่สถานที่ขายยา ตามกฎหมายว่าด้วยการขายยา หรือประกอบธุรกิจขายยาโดยเฉพาะ (เพราะสถานที่ขายยาอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมายว่าด้วยยาอยู่แล้ว)

ประเภทของสถานพยาบาล อาจแบ่งประเภทไว้ดังนี้ คือ

- (1) ประเภทมีเตียง และไม่มีเตียง หรือ
- (2) แบ่งตามแผน สาขา ชั้นของการประกอบโรคศิลปะ การแบ่งประเภทต่าง ๆ แบ่งได้

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 ซึ่งในปัจจุบันนี้ ถูกบัญญัติขึ้น เพื่อใช้ควบคุมสถานพยาบาลเอกชนประเภทมีเตียงและไม่มีเตียง เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในสมัยนั้นได้อย่างเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตาม พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 ที่ยังคงใช้ควบคุมสถานพยาบาลเอกชนในปัจจุบันก็ยังคงใช้ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 ควบคุมมาอยู่รวมเวลากว่า 33 ปี ยังมีได้มีการแก้ไขปรับปรุงให้สอดคล้องกับยุคสมัยในปัจจุบันซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมาย จึงเป็นกฎหมายที่ค่อนข้าง

ล้ำสมัย จึงได้มีการปรับปรุงกฎหมายโดยการออกพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มายกเลิกพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504

### ค.พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เป็นผลสืบเนื่องจากความก้าวหน้าของการประกอบกิจการสถานพยาบาล และการสนองในการใช้บังคับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 จึงจำเป็นต้องดำเนินการปรับปรุงกฎหมายสถานพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความเป็นมาของร่างพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มีความเป็นมาดังนี้

1. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 เป็นกฎหมายที่ใช้ในการควบคุมกำกับ ดูแลสถานพยาบาลเอกชน ทั้งคลินิกและโรงพยาบาล โดยได้กำหนดให้สถานพยาบาลทุกแห่งก่อนเปิดดำเนินการ จะต้องได้รับอนุญาตก่อน และจะต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการ และเนื่องจากกฎหมายดังกล่าวนี้ ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และไม่สอดคล้องกับความเจริญก้าวหน้าของกิจการสถานพยาบาลปัจจุบัน ในการที่จะควบคุมการประกอบกิจการ การเลิก การย้าย การปิดสถานพยาบาล การเพิกถอนใบอนุญาตตั้งและดำเนินการ การโฆษณา การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางสาธารณสุขให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานและมีความเป็นธรรมในราคาค่ารักษา

2. กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พิจารณาเห็นความจำเป็นในการที่จะปรับปรุงกฎหมายดังกล่าวให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพการณ์ของสังคมในปัจจุบัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 โดยได้แต่งตั้งคณะกรรมการปรับปรุงกฎหมาย ฯลฯ ของกระทรวงสาธารณสุขขึ้นมาพิจารณากร่างกฎหมาย และกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอร่างกฎหมายไปยังคณะรัฐมนตรี เมื่อ พ.ศ. 2528

### 3. ประโยชน์ของการแก้ไขพระราชบัญญัติ

(1) ทำให้บทบัญญัติของร่างกฎหมายมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพการณ์ของสังคมในปัจจุบัน

(2) ทำให้การประกอบกิจการของสถานพยาบาลเอกชนเป็นอย่างถูกต้องและมีความคล่องตัวมากขึ้น ในเรื่องของการขออนุญาต การเลิก การย้าย การโอน การปิดสถานพยาบาลและการเพิกถอนใบอนุญาตสถานพยาบาล

(3) ทำให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การมีหนังสือเรียกผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการมาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารให้การให้พนักงานเจ้าหน้าที่เข้าไปในอาคารหรือสถานที่ ๆ สงสัย

(4) ทำให้ประชาชนซึ่งเป็นผู้บริโภคทางด้านสาธารณสุขได้รับการคุ้มครอง โดยเฉพาะเรื่องการกำหนดให้สถานพยาบาลเอกชนประกาศอัตราค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการในที่เปิดเผย การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพอันตรายให้ได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉินก่อนการส่งต่อผู้ป่วย

(5) ทำให้มีการปรับปรุงอัตราโทษให้สูงขึ้น รวมทั้งการกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมให้สูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามภาวะเศรษฐกิจ

มีการแก้ไขเพิ่มเติมในสาระสำคัญ ดังนี้

- 1) เพิ่มเติมคำจำกัดความของคำว่า "ผู้ป่วย" ในมาตรา 4 โดยแก้ไขเป็น "ผู้ป่วย" หมายความว่า ผู้เข้ารับบริการในสถานพยาบาล
- 2) ยกเลิกโทษทางอาญากรณีผู้รับอนุญาต ไม่ชำระค่าธรรมเนียมตามมาตรา 20 ให้คงไว้แต่ความรับผิดชอบทางแพ่ง
- 3) กำหนดให้การเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล ต้องได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาตตามมาตรา 43
- 4) กำหนดให้การเปลี่ยนตัวผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาลตามมาตรา 18(3) ผู้รับอนุญาตต้องแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบภายในสามสิบวันตามมาตรา 43 ทวิ
- 5) ลดอัตราโทษกรณีผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 35 หรือมาตรา 36 ให้เหลือเป็นโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
- 6) กำหนดความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ที่มีโทษจำคุกไม่เกินสองปีให้คณะกรรมการเปรียบเทียบคดีมีอำนาจเปรียบเทียบปรับได้ตามมาตรา 72 วรรคสอง

สามารถสรุปประเด็นสำคัญของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2542 ได้ดังนี้

1. มุ่งที่จะควบคุมสถานพยาบาลเอกชนไม่ให้มีการแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบจากบุคคลที่ไม่มีความรู้จากสถานที่ที่ไม่เหมาะสม อันจะเป็นภัยและเกิดความเสียหายแก่ประชาชนผู้รู้เท่าไม่ถึงการณ์ โดยออกใบอนุญาตตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลให้ เพื่อสวัสดิภาพของประชาชน (มาตรา 5 และมาตรา 25)

2. กำหนดให้มีคณะกรรมการสถานพยาบาลเป็นองค์กรบริหาร องค์กรประกอบด้วยตัวแทนจากภาครัฐและเอกชน จำนวน 22 คน มีหน้าที่ให้คำปรึกษา ให้ความเห็นและให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีหรือผู้อนุญาตในเรื่อง

- (1) การออกกฎกระทรวง
- (2) การอนุญาต การปิด หรือการเพิกถอนใบอนุญาต

- (3) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ การบริการของสถานพยาบาล
- (4) ควบคุมหรือการพิจารณาเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการดำเนินการสถานพยาบาล (มาตรา 7 และมาตรา 11)
- 1) ให้แบ่งประเภทสถานพยาบาลตามลักษณะของการให้บริการทางการแพทย์ เพื่อสะดวกในการอนุญาตและกำหนดมาตรฐาน (มาตรา 14 และมาตรา 15)
  - 2) กำหนดคุณสมบัติและหน้าที่ของผู้ขออนุญาตตั้งและผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (มาตรา 17 มาตรา 25 มาตรา 26 และมาตรา 32-38)
  - 3) กำหนดเรื่องการต่ออายุใบอนุญาตตั้งให้ใช้ได้ครั้งละ 10 ปี แต่ต้องชำระค่าธรรมเนียมรายปี ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลให้ได้ถึง 2 ปี เพื่อลดขั้นตอนลง (มาตรา 19 มาตรา 20 และมาตรา 28)
  - 4) กำหนดให้มีการโอนใบอนุญาตและการรับช่วงต่อกรณีผู้อนุญาตเดิมตายได้ (มาตรา 21 และมาตรา 22)
  - 5) กำหนดให้มีการอุทธรณ์ต่อรัฐมนตรีได้ และในระหว่างอุทธรณ์ให้รัฐมนตรีมีอำนาจอนุญาตให้ประกอบกิจการไปพลางก่อนได้ (มาตรา 29)
  - 6) กำหนดเรื่องการขอใบแทนใบอนุญาต (มาตรา 30)
  - 7) เพื่อแก้ไขปัญหาค่ารักษาแพง กำหนดให้ผู้รับอนุญาตต้องแสดงรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการ รวมทั้งสิทธิของผู้ขอรับบริการไว้ในที่เปิดเผย (มาตรา 32)
  - 8) เพื่อห้ามปฏิเสธผู้ป่วยหนัก ได้กำหนดให้ต้องช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนส่งต่อและกำหนดโทษไว้กรณีฝ่าฝืน (มาตรา 37)
  - 9) ปรับปรุงข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาของสถานพยาบาลให้มีความชัดเจนขึ้น และการสั่งระงับการโฆษณา (มาตรา 39 และมาตรา 40)
  - 10) กำหนดเรื่องการเลิกกิจการสถานพยาบาล ต้องแจ้งเลิกเป็นหนังสือและจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วย (มาตรา 44)
  - 11) กำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่ตรวจตราสถานพยาบาลโดยสม่ำเสมอ (มาตรา 45)
  - 12) กำหนดอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ และก่อนการปฏิบัติหน้าที่ต้องแสดงบัตร (มาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 48)
  - 13) ปรับปรุงอัตราโทษให้สูงขึ้น การไม่ขออนุญาตประกอบกิจการหรือดำเนินการต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 56)
  - 14) กำหนดให้กรรมการผู้จัดการ หรือผู้แทนของนิติบุคคล ต้องรับโทษด้วย (มาตรา 71)
  - 15) ให้รัฐมนตรีมีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการเปรียบเทียบคดีใน กรณีที่มีโทษปรับสถานเดียว หรือที่มีโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี (มาตรา 72)

### 3.2.2 มาตรการทางกฎหมายอาญา

ความรับผิดทางอาญาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่มีลักษณะเป็นทิวเวชปฏิบัติของแพทย์มีดังต่อไปนี้

#### 1. ความรับผิดเกี่ยวกับชีวิต

ก. การกระทำโดยเจตนา ทั้งนี้ ความรับผิดทางอาญาที่เกี่ยวข้องกับการกระทำที่แพทย์ได้ทำการรักษาผู้ป่วยจนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายอันจะถือเป็นความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา นั้นมีบทบัญญัติกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องโดยตรงคือมาตรา 288 หรือบทลงโทษตาม มาตรา 289 อย่างไรก็ตามโดยหลักการของความรับผิดทางอาญานั้นต้องมีพื้นฐานมาจากหลักการที่ว่าด้วยผู้กระทำความผิดนั้นต้องมีเจตนาในขณะที่กระทำความผิดซึ่งได้บัญญัติไว้ในมาตรา 59 ฉะนั้นจึงขอกล่าวถึงบทบัญญัติพื้นฐานเพื่อความรับผิดทางอาญา ดังนี้

“มาตรา 59 บุคคลจะต้องรับผิดในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนา เว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาท ในกรณีที่ถูกกฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดเมื่อได้กระทำโดย

ประมาท หรือเว้นแต่ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติไว้โดยชัดแจ้งให้ต้องรับผิดชอบแม้ได้กระทำโดยไม่มีเจตนา

การกระทำโดยเจตนาได้แก่การกระทำโดยรู้สำนึกในการที่กระทำ และในขณะเดียวกันผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือย่อมนิ่งเห็นผลของการกระทำนั้น

ถ้าผู้กระทำมิได้รู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบของความผิด จะถือว่าผู้กระทำประสงค์ต่อผลหรือย่อมนิ่งเห็นผลของการกระทำนั้นมิได้

การกระทำโดยประมาท ได้แก่การกระทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจะต้องมีตามวิสัย และพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่

การกระทำให้หมายความรวมถึง การให้เกิดผลอันใดอันหนึ่งขึ้นโดยงดเว้นการที่จะต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย

“มาตรา 288 ผู้ใดฆ่าผู้อื่น ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี”

“มาตรา 289 ผู้ใด

(1)ฆ่าบุพการี

(2)ฆ่าเจ้าพนักงาน ซึ่งกระทำตามหน้าที่ หรือเพราะเหตุที่จะกระทำ หรือได้กระทำการตามหน้าที่

(3)ฆ่าผู้ช่วยเหลือเจ้าพนักงาน ในการที่เจ้าพนักงานนั้นกระทำตามหน้าที่ หรือเพราะเหตุที่บุคคลนั้น จะช่วยหรือได้ช่วยเจ้าพนักงานดังกล่าวแล้ว

(4)ฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน

(5) ฆ่าผู้อื่นโดยทรนิน หรือโดยกระทำทารุณโหดร้าย

(6)ฆ่าผู้อื่นเพื่อเตรียมการหรือเพื่อความสะดวกในการที่จะกระทำความผิดอย่างอื่น หรือ

(7)ฆ่าผู้อื่นเพื่อจะเอา หรือเอาไว้ซึ่งผลประโยชน์อันเกิดแต่การที่ตนได้กระทำความผิดอื่นเพื่อปกปิดความผิดอื่นของตน หรือเพื่อหลีกเลี่ยงให้พ้นอาญาในความผิดอื่นที่ตนได้กระทำไว้ ต้องระวางโทษประหารชีวิต

ทั้งนี้ ในความเป็นจริงแล้ว โดยพื้นฐานสามัญสำนึกของคนทั่วไปต่างเห็นว่าการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์นั้น เป็นการกระทำในลักษณะของการช่วยชีวิตมนุษย์ ดังนั้นโดยทางความคิดเชื่อว่าการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ได้มีเมตตาธรรมแทรกอยู่ควบคู่กับการปฏิบัติงานตลอดเวลา ฉะนั้น ในประเด็นของความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา อันเป็นการกระทำลงโดยการรักษาของแพทย์นั้น จึงค่อนข้างจะเป็นไปได้ยาก เพราะว่าแพทย์มุ่งแต่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยนั่นเอง

อนึ่ง ได้มีกรณีตัวอย่าง คดีทุเรชปฏิบัติทั้งข้อเท็จจริงและข้อกฎหมายของต่างประเทศ แต่ก็มีหลายกรณีด้วยกันที่ได้เกิดขึ้นแล้วในประเทศไทย จึงเชื่อว่าตัวอย่างเหล่านี้

คงมีประโยชน์ที่ทำให้ได้รับทราบแนวคิด และเหตุผลที่ศาลต่างประเทศใช้วินิจฉัย ส่วนหนึ่งที่อาจสรุปเป็นข้อคิดได้แน่นอนก็คือการจะป้องกันปัญหาการถูกฟ้องในคดีทุรเวชปฏิบัติสามารถทำได้ด้วยการประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างถูกต้องตามหลักวิชา มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถอธิบายได้กับทุกคนที่เรียกกันว่า E.B.M. (Evidence-Based Medicine)(แสง บุญเฉลิมวิภาส และอเนก ยมจินดา,2540:78)

อย่างไรก็ดี ในกรณีความรับผิดชอบเกี่ยวกับชีวิตนั้น เคยมีตัวอย่างที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ เช่น

ในเรื่องแพทย์ตั้งใจจะฆ่าผู้ตายจึงให้ยาเกินขนาด หรือให้ยาชนิดที่เข้าไปทำลายสุขภาพที่ละน้อย จนผู้ป่วยค่อย ๆ มีอาการทรุดลงไปเรื่อย ๆ และเสียชีวิตลงในที่สุด ซึ่งคดีเหล่านี้พนักงานสอบสวนและพนักงานอัยการต้องรับภาระหนักในเรื่องของการแสวงหาพยานหลักฐานมายืนยันจำเลย(ไอสด โกลิน,2528:37)

สำหรับในเรื่องความตายของผู้ป่วยอันเนื่องจากการรักษาของแพทย์นี้ มีประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาอยู่ 2 ประการคือ

(1)กรณีผู้ป่วยบางรายมีอาการป่วยในขั้นรุนแรงและสิ้นหวังต่อผลของการรักษาไม่อาจรอดชีวิตได้ แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยอย่างแสนสาหัส จึงร้องขอให้แพทย์นำยานอนหลับมาฉีดให้ตนตายไปเสีย หรือ

(2) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง จนมีอาการสลบอย่างไม่มีทางฟื้นแต่ยังมีชีวิตอยู่ได้เพราะแพทย์ใช้เครื่องช่วยหายใจ และเป็นที่แน่นอนว่าแม้จะมีทางช่วยรักษาทำให้เกิดความรู้สึกตัวขึ้นมาได้ คือฟื้นจากอาการสลบ แต่สมองก็คงมีสภาพที่ใช้การไม่ได้เสียแล้วเช่นนี้ หากญาติเจ้าของไข้ได้ร้องขอให้แพทย์ช่วยถอดเครื่องช่วยหายใจออก พฤติการณ์ลักษณะนี้เป็นกรณีที่เคยเกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งแพทย์ไม่ยอมทำให้ต้องให้เจ้าของไข้ไปร้องขอต่อศาลเสียก่อน เมื่อศาลมีคำสั่งให้ทำได้ แพทย์จึงจะยอมทำให้(ไอสด โกลิน ,2528:41)

สำหรับประเทศไทยในขณะนี้ยังไม่มีคดีตัวอย่างในลักษณะดังกล่าวข้างต้น จึงเป็นเรื่องที่แพทย์ควรจะต้องใช้ความระมัดระวังโดยคำนึงถึงความรับผิดชอบทางกฎหมาย เพราะการช่วยให้ผู้ป่วยตายเพื่อพ้นจากความทุกข์เวทมนั้นเรียกได้ว่ากระทำไปด้วยความสงสาร แต่ความรู้สึกของคนไทยประเทศไทยยังไม่เหมือนชาวตะวันตก ดังนั้น หากมีกรณีข้อเท็จจริงตามตัวอย่างที่เกิดขึ้นในสังคมไทยก็ต้องถือว่าแพทย์ยอมเห็นผลอยู่แล้วว่าผู้ป่วยจะต้องตาย จึงน่าจะถือว่าเป็นการฆ่าคนตายโดยเจตนา ฉะนั้น จึงเห็นว่าตราบิตที่ยังไม่มีกฎหมายบัญญัติให้อำนาจแพทย์ที่จะกระทำได้อย่างชัดเจนแล้ว แพทย์ก็ควรที่จะเลือกปฏิบัติในแนวทางที่ปลอดภัยไว้ก่อนคือไม่ยอมทำให้

ข.การกระทำโดยประมาท บทบัญญัติกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยแพทย์ในลักษณะประมาทจนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ซึ่งเป็นความผิดอาญาฐานทำให้ผู้อื่นตายโดยประมาทนั้น ได้มีบัญญัติไว้โดยชัดแจ้งในมาตรา 291 ดังนี้

“ มาตรา 291 ผู้ใดกระทำโดยประมาทและการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี และปรับไม่เกินสองหมื่นบาท”

อย่างไรก็ดี แม้ว่าแพทย์จะปฏิบัติหน้าที่ด้วยความระมัดระวัง ตลอดจนเอาใจใส่ในการประกอบวิชาชีพก็ตาม แต่ก็อาจมีความผิดพลาดเกิดขึ้นได้โดยไม่รู้ตัว ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น หรือเสียชีวิต เป็นเหตุให้เกิดการฟ้องร้องแพทย์เพื่อให้ได้รับโทษทางอาญา หรือชดใช้ค่าเสียหายในทางแพ่ง ความหนักเบาของโทษทางอาญาย่อมขึ้นอยู่กับอาการ หรือความเสียหายที่ผู้ป่วยจะได้รับ

ความผิดฐานทำให้คนตายโดยประมาทนี้ มีโอกาสเกิดขึ้นแก่แพทย์ได้สูง เพราะลักษณะการรักษาโรคของแพทย์จำเป็นจะต้องสัมผัสกับเนื้อตัว ร่างกายของผู้ป่วยตลอดเวลา ฉะนั้นโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดจึงมีได้เสมอ กล่าวคือแม้แพทย์จะมีได้ตั้งใจทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิต แต่ก็อาจมีเหตุของความประมาทเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเกิดจากตัวแพทย์เองโดยตรง หรืออาจเกิดจากผู้อื่นที่มีหน้าที่ช่วยเหลือแพทย์ และแพทย์มิได้ใช้ความระมัดระวังพอสมควร(ไอสธ โกลิน,2528:38)

สำหรับในกลุ่มความผิดเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยประมาท ซึ่งส่งผลให้ต้องมีความรับผิดชอบทางอาญานี้ สามารถจำแนกฐานความผิดออกได้เป็น 3 ระดับ คือ (1)ประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย (2)ประมาทจนเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส และ(3)ประมาทจนเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ

อย่างไรก็ดี เกณฑ์ที่ใช้วัดระดับของความประมาทนั้น หากเป็นการกระทำในลักษณะประมาทโดยทั่วไปย่อมจะยึดถือเกณฑ์ระดับความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นที่ผู้กระทำผิดจะต้องมี ตามวิสัย และพฤติการณ์ แต่สำหรับแพทย์ และพยาบาล ต้องถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะวิชาชีพที่ต้องใช้ฝีมือเป็นพิเศษสูงกว่าคนธรรมดา(ประทีป อ่าววิจิตรกุล,2535:43) ดังนั้น การใช้ความระมัดระวังย่อมมีอัตราสูงต่ำมากน้อยแล้วแต่ฐานะของผู้กระทำ เช่นแพทย์ย่อมต้องใช้ความระมัดระวังมากกว่าผู้ช่วยแพทย์ หรือพยาบาล เป็นต้น(ไอสธ โกลิน,2528:38) “ดังนั้นการที่แพทย์จะวินิจฉัยว่ากระทำไปด้วยความประมาทหรือไม่ จึงต้องวินิจฉัยในระหว่างแพทย์ ด้วยกัน” (ระพี แม้นโกศล,2541:134)

ทั้งนี้ ตัวอย่างที่ถือว่าแพทย์ได้กระทำโดยประมาทซึ่งเกิดขึ้นในต่างประเทศมีหลายกรณีด้วยกัน อาทิเช่น แพทย์ประจำโรงพยาบาลชั้นนำในเมืองหลวงทำการผ่าตัดผู้ป่วย โดย

ไม่ควบคุมการนับเครื่องมือให้ดี จึงเป็นเหตุให้มีกรรไกรหลงอยู่ในท้องผู้ป่วย 1 อัน หลังผ่าตัดผู้ป่วยเจ็บปวดมากจนทนไม่ไหวถึงแก่ความตาย เช่นนี้ การที่แพทย์ผู้ผ่าตัดไม่ควบคุมการนับเครื่องมือให้ดี ถือว่าเป็นการกระทำโดยประมาท จะแก้ตัวว่ามีผู้ช่วยหรือพยาบาลคอยนับให้อยู่แล้วไม่ได้ แต่ในท้องถื่นทุรกันดารขาดแคลนเครื่องมือเครื่องใช้ จะกะเกณฑ์ให้แพทย์ต้องใช้ความระมัดระวังตั้งเช่นแพทย์ในโรงพยาบาลชั้นนำในเมืองหลวงไม่ได้(ประทีป อ่าววิจิตรกุล,2535:43)

นอกจากนี้ ยังมีกรณีที่แพทย์ได้ใช้ให้คนไปซื้อแบเรียมมาเพื่อการฉายเอกซเรย์ลำไส้ แต่คนซื้อได้ไปซื้อเอาสารเคมีอีกชนิดหนึ่ง ซึ่งมีคำว่าแบเรียมปนอยู่กับสารนั้นด้วย และเป็นชนิดที่ใช้ทำดอกไม้ไฟ เช่นนี้ ถ้าแพทย์ไม่ระมัดระวังและนำเอาไปให้ผู้ป่วยกินจนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์ก็อาจต้องรับผิดชอบประมาท (ไอสถ โกศิน,2528:38)

อนึ่ง จากการศึกษาทฤษฎีอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในประเทศไทยนั้นพบว่าได้มีการกระทำประมาทโดยแพทย์ ซึ่งเกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขแห่งหนึ่งซึ่งแพทย์และพยาบาลถูกฟ้องเป็นจำเลยฐานกระทำการโดยประมาทเลินเล่อ ทำน้ำร้อนจากกระป๋องน้ำร้อนที่วางไว้ให้ความอบอุ่นแก่ทารกแรกเกิด หกรตตัวเด็กจนเด็กได้รับบาดเจ็บและพิการไปตลอดชีวิต บิดามารดาของทารกจึงฟ้องเรียกค่าเสียหายจากกระทรวงสาธารณสุข แพทย์ และพยาบาลในการกระทำ ดังกล่าวเป็นจำนวนเงินถึง 400,000 บาท(สี่แสนบาทถ้วน) ซึ่งศาลพิจารณาคดีแล้วได้พิพากษาให้กระทรวงสาธารณสุข และจำเลยจ่ายเงินให้แก่โจทก์ตามที่โจทก์ร้องขอ(พิกุลทิพย์ หงษ์เหิร,2534:136) หรือเหตุการณ์ที่ได้เกิดขึ้นจนตกเป็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ โดยทันตแพทย์ได้ทำการถอนฟันให้เด็กชายคนหนึ่ง ขณะฉีดยาชาแต่ไม่ได้กดเข็มให้แน่นกับปลายกระบอกฉีด เมื่อเด็กตื่นเข็มจึงตกลงไปในคอเด็ก การที่เข็มฉีดยาตกลงไปนั้น เป็นการกระทำโดยประมาท ปราศจากความระมัดระวังตามวิสัยที่ทันตแพทย์ควรมี แต่บังเอิญเข็มฉีดยาที่ตกลงไปนั้นไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายแก่เด็กแต่อย่างใด และได้ถูกขี้ออกมาพร้อมกับอุจจาระในวันต่อมา การกระทำของทันตแพทย์ผู้นั้นจึงไม่ถือว่าเป็นการกระทำโดยประมาทที่ผิดกฎหมาย เพราะไม่มีผลร้ายใด ๆเกิดขึ้นเลย(พิกุลทิพย์ หงษ์เหิร,2534:137)

มีบางกรณีที่ข้อเท็จจริงรับฟังได้ว่าแพทย์รู้เท่าไม่ถึงการณ์ เช่นนี้ แพทย์อาจจะต้องรับผิดชอบก็ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์นั้นเป็นความประมาทเลินเล่อของแพทย์เอง เช่นหากมีผู้ป่วยที่ญาติได้พามาพบแพทย์เพราะประสบอุบัติเหตุถูกรถชน บาดเจ็บหลายแห่งและสมองได้รับความกระทบกระเทือนมาก เช่นนี้ แพทย์ย่อมควรที่รู้อยู่แล้วว่าการปฐมพยาบาลเบื้องต้นควรทำอย่างไร แต่หากบังเอิญแพทย์ผู้นั้นไม่รู้วิธีการรักษาที่ถูกต้อง หรือรู้แต่เลือกใช้วิธีการรักษาอย่างง่ายเพื่อความสะดวกของตนเองอย่างขอไปที ทั้ง ๆที่แพทย์ผู้นั้นโดยทั่วไปนั้นย่อมรู้ว่าควรจะรักษาอย่างไร ดังนี้ ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของแพทย์ดังกล่าวย่อมเกิดจากความประมาทเลินเล่อของแพทย์เอง แพทย์จึงต้องรับผิดชอบ (นิติวิทยาศาสตร์สมาคมแห่ง

ประเทศไทย,2514:62) หนึ่ง ข้อวินิจฉัยที่นำมาใช้พิจารณาความรับผิดของแพทย์ตามกฎหมายก็คือแพทย์ได้ใช้ความระมัดระวัง ซึ่งแพทย์ก็ต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และแพทย์อาจใช้ความระมัดระวังนั้นได้ แต่ไม่ได้ใช้หรือไม่ ประกอบกับผู้ป่วยเสียชีวิต หรือมีอาการทรุดลงยิ่งกว่าเดิมนั้นสืบเนื่องมาจากการให้การรักษาโดยประมาทเลินเล่อโดยตรงของแพทย์หรือไม่ จากหลักกฎหมายข้างต้นนี้ ถ้าหากปรากฏว่าผู้ป่วยที่ถูกรถยนต์ชนและญาติได้พามาพบแพทย์ แต่แพทย์ได้ตรวจอาการเพียงใช้สายตาสังเกตบาดแผลเพียงภายนอก แล้วก็ปล่อยให้ญาติพาผู้ป่วยกลับบ้านไป โดยบอกแก่ญาติว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่เป็นอะไรมาก แต่ต่อมาภายหลังผู้ป่วยได้เสียชีวิตลง เช่นนี้หากแพทย์ได้ตรวจด้วยความระมัดระวังและรักษาให้ทันท่วงทีเสียตั้งแต่แรกผู้ป่วยรายนี้ก็คงไม่เสียชีวิต ดังนี้ แพทย์ต้องรับผิดทางแพ่งเพราะความประมาทเลินเล่อของแพทย์เอง อีกทั้งแพทย์ต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการละเมิดในการประกอบทฤษฎีปฏิบัติแก่ผู้ป่วยรายนี้อีกด้วย ข้อเท็จจริงเดียวกันนี้เอง หากจะนำมาพิจารณาในแง่ของความรับผิดในทางอาญาแล้วเห็นว่าแพทย์ไม่ต้องรับผิดเพราะกรณีเช่นนี้มีได้มีกฎหมายบัญญัติให้แพทย์ต้องรับผิดเมื่อได้กระทำโดยประมาทแต่อย่างใด นอกจากนี้ ก็มีได้มีการละเว้นกระทำการในสิ่งซึ่งกฎหมายได้บัญญัติให้แพทย์จักต้องกระทำแต่ประการใดอีกด้วย(นิติวิทยาศาสตร์สมาคมแห่งประเทศไทย,2514:63)

นอกจากนี้ หากเกิดกรณีที่ญาติหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจได้ขอรับตัวผู้ป่วยไป ซึ่งแพทย์ได้แจ้งแก่บุคคลเหล่านั้นแล้วว่ายังนำตัวออกจากโรงพยาบาลไม่ได้ จำเป็นต้องให้การรักษาอย่างใกล้ชิดก่อนพ้นขีดอันตราย แต่ญาติหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจไม่เชื่อ กลับนำตัวผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจนทำให้เกิดอาการทรุดหนัก หรือเสียชีวิต เนื่องจากได้รับความกระทบกระเทือนจากการเดินทาง หรือได้รับการรักษาพยาบาลที่ไม่เพียงพอ ดังนี้ ความรับผิดเพราะความตายหรืออาการทรุดหนักของผู้ป่วยนั้น ย่อมตกอยู่กับเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือญาติที่ได้นำตัวออกไป แพทย์ไม่ต้องรับผิดแต่อย่างใดเลย ((นิติวิทยาศาสตร์สมาคมแห่งประเทศไทย,2514:63-64)

อย่างไรก็ตาม ในประเด็นของการกระทำการรักษาของแพทย์โดยประมาทจนเกิดเป็นกรณีทฤษฎีปฏิบัติ นั้น ได้เคยมีตัวอย่างคำพิพากษาฎีกาที่ 946-947/2475 ซึ่งสรุปสาระสำคัญได้ว่า จำเลยที่ 1 เป็นแพทย์ ได้สั่งให้จำเลยที่ 2 ผสมยาเพื่อพยาธิให้บุตรโจทก์กิน แต่ยาที่ผสมนั้นแรงเกินขนาด จนเป็นเหตุให้บุตรโจทก์ตายเพราะพิษยานั้น ทั้งเมื่อปรากฏว่ายาก็คือเป็นพิษแก่เด็กแล้ว จำเลยก็มีได้แก้ไขให้ทันท่วงที คือเมื่อไปตามตัวแพทย์ผู้นั้นก็ไม่ได้มา เมื่อเด็กตายแล้วได้ทำการผ่าศพตรวจก็ไม่พบพยาธิเลย ศาลฎีกาจึงพิพากษาว่าจำเลยทั้งสองมีความผิดฐานทำให้คนตายโดยประมาท(ธรรมสารเล่ม 16 หน้า 914)

นอกจากนี้ ยังมีกรณีที่เคยขึ้นสู่การพิจารณาคดีของศาลฎีกาเป็นคดีอาญาซึ่งปรากฏเป็นคำพิพากษาฎีกาที่ 279/2467 ซึ่งสรุปความได้ว่า จำเลยเป็นแพทย์ประกาศนียบัตรรับราชการในกรมสาธารณสุข ถูกราชกรซึ่งเป็นบิดาของเด็กอายุ 7 ขวบ ฟ้องเป็นคดีอาญาในข้อหาว่าทำให้บุตรโจทก์ตายโดยประมาท เนื่องจากเอาเข็มแทงดูดเอาเลือดของผู้ตายไปตรวจศาลชั้นต้นได้วินิจฉัยว่า การที่จำเลยได้ใช้เข็มชนิดสำหรับแทงเลือด แทนเพื่อเอาเลือดไปตรวจนั้น

เป็นการเร่งให้เด็กนั้นตายเร็วขึ้นและผลที่เกิดขึ้นได้ดังนี้ ก็เนื่องจากการขาดวุฒิในวิชาอันพึงหวังได้จากบุคคลผู้หาเลี้ยงชีพโดยศิลปศาสตร์ (มีนักวิชาการบางท่านให้ความเห็นว่า คำว่า “ ศิลปศาสตร์” เป็นที่มาของคำว่า “โรคศิลปะ”(โอสถ โกสิน, 2528:39)) ฉะนั้น จำเลยจึงมีความผิดตามกฎหมายลักษณะอาญามาตรา 252 (ประมวลกฎหมายอาญา ฉบับ รศ.127) ให้ปรับจำเลย 80 บาท จำเลยอุทธรณ์ ศาลอุทธรณ์เห็นชอบตามคำพิพากษาศาลล่าง แต่ให้เพิ่มโทษจำคุกขึ้นเป็น 1 ปี จำเลยฎีกา ศาลฎีกาวินิจฉัยว่าในทางพิจารณาปรากฏตามคำพยานหลักฐานว่า ผู้ตายได้ป่วยอยู่ก่อนแล้ว 3 วัน จำเลยจึงได้มาตรวจ ในขณะที่จังหวัดปราจีนบุรีกำลังมีไข้กาฬโรคระบาด และมีคนเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก กรมสาธารณสุขจึงจัดส่งจำเลยขึ้นไปตรวจไข้ที่สงสัยว่าเป็นกาฬโรคชนิดนี้ ในระหว่างที่จำเลยได้กระทำการตรวจโรคตามหน้าที่อยู่นั้น จำเลยได้ไปตรวจเด็กหญิงผู้ตาย และลงความเห็นสันนิษฐานในทันทีว่า เด็กผู้ตายเป็นไข้กาฬโรค เพราะมีอาการบวมที่ใต้แขน และลามไปถึงหน้าอก จำเลยประสงค์จะเอาเลือดของผู้ตายส่งไปยังกรมสาธารณสุข เพื่อตรวจค้นหาเชื้อโรค จำเลยจึงขออนุญาตโจทก์ซึ่งเป็นบิดาของผู้ตายในการที่จะเอาเลือดนี้ ชิ้นแรกโจทก์ไม่เต็มใจแต่เมื่อได้ฟังคำชี้แจงเหตุผลของจำเลยแล้ว โจทก์ก็ยอม โดยกล่าวว่าสุดแต่ความรู้ของหมอ แล้วจำเลยจึงใช้เข็มสำหรับแทงเอาเลือดชนิดธรรมดาแทงตรงต่อมบวม การที่จำเลยกระทำดังนี้ ไม่มีพยานหลักฐานแสดงว่าไม่เป็นวิธีที่ถูกต้องประการใด หรือว่าเข็มนั้นไม่ใช่เป็นเครื่องมือสำหรับใช้ในการเช่นนั้น หรือว่าไม่สะอาด และไม่มีใครอ้างว่าความตายนั้นเนื่องจากโลหิตเป็นพิษ เป็นแต่อ้างว่าความตายของเด็กนั้นเป็นผลของเหตุที่จำเลยใช้เข็มแทง และถ้าไม่มีการใช้เข็มแทงแล้วเด็กก็คงจะได้หายป่วย ศาลฎีกาวินิจฉัยว่า โจทก์จะต้องสืบให้ได้ความว่า (1)การกระทำของจำเลยเป็นเหตุอันแท้จริงที่กระทำให้เด็กถึงตาย และ(2) จำเลยได้เล่นเล่เด็กจะตายด้วยสาเหตุอันใดเป็นแน่นอนนั้น ในทางพิจารณาไม่ปรากฏ เพราะได้รับการฝังศพเสียในวันรุ่งขึ้น ในเวลานั้นไม่ปรากฏว่าโจทก์ได้กล่าวหาจำเลยอย่างไร จริงอยู่การใช้เข็มเอาเลือดมานั้นอาจไม่เป็นการจำเป็น และเมื่อได้ตรวจเลือดแล้วก็ไม่พบเชื้อกาฬโรค ฉะนั้นศาลฎีกาจึงเห็นว่าคดีไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะฟังว่า จำเลยควรจะต้องรับผิดชอบในความตายของเด็กนี้โดยตรงหรือประการใด ๆ เลย เมื่อฟังว่าการกระทำของจำเลยไม่ใชเหตุให้เด็กตายแล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องวินิจฉัยต่อไปว่าการกระทำของจำเลยเป็นเลินเล่อ(ประมาท)ตามกฎหมายหรือไม่ แต่ควรจะกล่าวไว้ด้วยว่า ในทางพิจารณาไม่ปรากฏพยานหลักฐานอย่างใดที่จะแสดงให้เห็นความเลินเล่อ หรือความบกพร่องในวุฒิของจำเลย อันจะเป็นเหตุแสดงความผิดตามกฎหมายลักษณะอาญาในเรื่องเลินเล่อได้ จึงพิพากษากลับคำพิพากษาศาลอุทธรณ์ ให้ปล่อยตัวจำเลยไป

จากกรณีคำพิพากษาข้างต้นจะเห็นว่า การที่มีได้มีความรู้อย่างแท้จริงแล้วไปกระทำการรักษาทางการแพทย์จนเกิดผลเสียหายตามกฎหมายขึ้น เช่นนี้ ถือว่าเป็นการกระทำโดยประมาท ซึ่งจะอ้างว่าไม่มีความรู้ไม่ได้ เนื่องจากเมื่อไม่มีความรู้ต้องไม่กระทำ แต่ยังขึ้นกระทำการกระทำนั้นก็คือการกระทำโดยประมาทนั่นเอง(พิบูลทิพย์ หงษ์เทียร, 2534:137)

## 1.2 ความผิดต่อร่างกาย

กลุ่มความผิดอาญาที่เกี่ยวข้องกับการกระทำการรักษาโดยแพทย์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายแก่ร่างกาย หรือจิตใจนั้น ได้มีบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญาตามระดับความรุนแรงของผลร้ายที่เกิดขึ้นไว้ดังต่อไปนี้

“มาตรา 295 ผู้ใดทำร้ายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่กาย หรือจิตใจของผู้อื่นนั้น ผู้นั้นกระทำความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่พันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

“มาตรา 296 ผู้ใดกระทำความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ถ้าความผิดนั้นมีลักษณะประการหนึ่งประการใดดังที่ได้บัญญัติไว้ในมาตรา 289 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ”

“มาตรา 297 ผู้ใดกระทำความผิดฐานทำร้ายร่างกาย จนเป็นเหตุให้ผู้ถูกทำร้ายได้รับอันตรายสาหัส ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงสิบปี”

อันตรายสาหัสนั้น คือ

- (1) ตาบอด หูหนวก ลิ่นขาด หรือเสียมานประสาท
- (2) เสียอวัยวะสืบพันธุ์ หรือความสามารถสืบพันธุ์
- (3) เสียแขน ขา มือ เท้า นิ้ว หรืออวัยวะอื่นใด
- (4) หน้าเสียโฉมอย่างติดตัว
- (5) แหว่งลูก
- (6) จิตพิการอย่างติดตัว
- (7) ทุพพลภาพ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งอาจถึงตลอดชีวิต
- (8) ทุพพลภาพ หรือเจ็บป่วยด้วยอาการทุกขเวทนาเกินกว่ายี่สิบวัน หรือ

จนประกอบ กรณียกจตามปกติไม่ได้เกินยี่สิบวัน

“มาตรา 300 ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

“มาตรา 390 ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กาย หรือจิตใจ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำ ทั้งปรับ”

ความผิดต่อร่างกายอันอาจเกิดขึ้นจากการกระทำโดยแพทย์ได้นั้น อาจจะมีขึ้นได้ก็แต่เฉพาะเป็นการกระทำโดยประมาท ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น สำหรับตัวอย่างประกอบความผิดฐานนี้ ได้แก่ การที่แพทย์ได้ทำการผ่าตัดผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือไม่สะอาด ทำให้บาดแผลเป็นพิษหรือแพทย์ให้ยาผิด โดยให้ยาแรงเกินขนาดโดยความประมาทจนทำให้ผู้ป่วยตาบอด หรือทุพพลภาพ (โอสถ โกศิน, 2528:42)

### 1.3 ความผิดเกี่ยวกับเสรีภาพ

การกระทำการรักษาในลักษณะทุเรชปฏิบัติโดยแพทย์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความ

เสียหายนั้น อาจเป็นความผิดอาญาที่เกี่ยวกับเสรีภาพได้ โดยประมวลกฎหมายอาญาได้มีบัญญัติไว้ในมาตรา 310 และมาตรา 311 ดังต่อไปนี้

“มาตรา 310 ผู้ใดหน่วงเหนี่ยว หรือกักขังผู้อื่น หรือกระทำด้วยประการใดให้ผู้อื่นปราศจากเสรีภาพในร่างกายต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ถ้าการกระทำตามความผิดวรรคแรกเป็นเหตุให้ผู้ถูกหน่วงเหนี่ยว ถูกกักขังหรือต้องปราศจากเสรีภาพในร่างกายนั้นถึงแก่ความตาย หรือได้รับอันตรายสาหัส ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษที่ได้บัญญัติไว้ในมาตรา 290 มาตรา 297 หรือมาตรา 298 นั้น”

“มาตรา 311 ผู้ใดกระทำโดยประมาทและการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถูกหน่วงเหนี่ยว กักขัง หรือต้องปราศจากเสรีภาพในร่างกายต้องระวางโทษไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ถ้าการกระทำตามความผิดวรรคแรก เป็นเหตุให้ผู้ถูกหน่วงเหนี่ยว ถูกกักขัง หรือต้องปราศจากเสรีภาพในร่างกายนั้น ถึงแก่ความตาย หรือได้รับอันตรายสาหัส ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 291 หรือมาตรา 300”

#### 1.4 ความผิดเกี่ยวกับการทอดทิ้งผู้ป่วย

การกระทำการรักษาที่บกพร่องโดยแพทย์ในลักษณะทุเรชปฏิบัตินั้น หากพฤติการณ์ข้อเท็จจริงรับฟังได้ว่าแพทย์ละเลยต่อหน้าที่ในการให้การรักษาดูแลผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของตน เช่นนี้ แพทย์อาจมีความผิดอาญารฐานทอดทิ้งคนป่วยเจ็บ ดังที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 307 และมาตรา 308 ดังต่อไปนี้

“มาตรา 307 ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้ เพราะอายุ ความเจ็บป่วย กายพิการ หรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสีย โดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

“มาตรา 308 ถ้าการกระทำความผิดตามมาตรา 306 หรือมาตรา 307 เป็นเหตุให้ผู้ถูกทอดทิ้งถึงแก่ความตาย หรือรับอันตรายสาหัส ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 290 มาตรา 297 หรือมาตรา 298 นั้น”

ความรับผิดชอบของแพทย์ตามบทบัญญัติข้างต้นนี้ จะต้องปรากฏว่าทั้งแพทย์ผู้ตกเป็นจำเลยและผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้เสียหายนั้น จะต้องมีความสัมพันธ์ต่อกันตามกฎหมาย หรือตามสัญญาก่อน ซึ่งความสัมพันธ์ตามกฎหมายของแพทย์ กรณีโรงพยาบาลภาครัฐ ที่มีต่อผู้ป่วยคงอยู่ในฐานะเป็นเจ้าของพนักงานผู้มีหน้าที่ดูแลผู้อื่น สำหรับแพทย์ที่ให้บริการในโรงพยาบาลเอกชน หรือเปิดคลินิกส่วนตัว เช่นนี้ คงมีความสัมพันธ์กันในรูปสัญญา

นอกจากนี้ องค์ประกอบของความผิดในส่วนของผู้ป่วยนั้นจะต้องถึงขนาดที่อยู่ในสภาพซึ่งพึ่งพาตนเองไม่ได้ เพราะความเจ็บป่วย ภายพิการ หรือจิตพิการ จึงเห็นได้ว่าความผิดตามมาตรานี้ ในส่วนที่จะเกี่ยวกับแพทย์นั้นมีได้ ทั้งแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยธรรมดา และผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งความผิดจะเกิดขึ้นต่อเมื่อปรากฏว่ามีการทอดทิ้งผู้ป่วย ซึ่งแม้เพียงแต่การทอดทิ้งอันน่าจะเกิดอันตรายแก่ชีวิตเท่านั้นก็เป็นความผิดแล้ว กล่าวคือ ไม่จำเป็นต้องถึงขั้นที่เกิดอันตรายขึ้นแต่อย่างใด แต่ถ้าผู้ถูกทอดทิ้งถึงแก่ความตาย หรือได้รับอันตรายสาหัสแล้วเช่นนี้ แพทย์ก็ต้องรับผิดชอบตามกฎหมายอาญาฐานประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย หรือประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส สำหรับตัวอย่างประกอบหลักกฎหมายนี้เรื่องนี้ ได้แก่กรณีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งได้รับดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และมีความเลื่อมทางสมอง ไม่สามารถจะช่วยเหลือตนเองได้ ถ้าแพทย์ และพยาบาลที่รับผิดชอบทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพัง โดยออกไปทำธุระบางอย่าง และไม่ได้มอบหมายให้ผู้อื่นดูแลแทนแต่อย่างใด ต่อมาปรากฏว่าเกิดเหตุเพลิงไหม้ขึ้นในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะกระโดดลงมาจากหน้าต่าง เพราะกลัวอันตรายจากไฟคลอก เช่นนี้ ทั้งแพทย์ และพยาบาลต้องรับผิดชอบตามมาตรา 307 (พิกุลทิพย์ หงษ์เทียร, 2534:138)

หรืออีกตัวอย่างหนึ่งก็คือ นายแพทย์หินเป็นผู้ดูแลนายดำซึ่งกำลังนอนไร้ความรู้สึกในกระโหลกออกซิเจน นายแพทย์หินมีหน้าที่ต้องระมัดระวังดูแลอาการของนายดำ แต่ นายแพทย์หินกลับไปทำงานส่วนตัว จนอาการของนายดำทรุดหนัก และออกซิเจนใกล้จะหมด เช่นนี้ ต้องถือว่านายดำอยู่ในภาวะที่น่าจะเกิดอันตรายแก่ชีวิตแล้ว ดังนั้นนายแพทย์หินจึงต้องมีความผิดตามมาตรา 307 นี้ เพราะนายแพทย์หินละเว้นไม่กระทำการตามที่ตนมีหน้าที่เพื่อป้องกันไม่ให้นายดำผู้ป่วยได้รับอันตราย ทั้งนี้ หากผลแห่งการทอดทิ้งนั้น ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือได้รับอันตรายสาหัส ต้องถือว่าเป็นพฤติการณ์แห่งคดีเข้าลักษณะของเหตุฉกรรจ์ ซึ่งต้องรับโทษหนักขึ้นตามมาตรา 308 ด้วย(ประทีป อ้าววิจิตรกุล, 2535:59)

## 2.5 ความผิดลหุโทษ

การที่แพทย์ได้กระทำความผิดในลักษณะของทรวุฒปฏิบัติดังกล่าวข้างต้นนั้น นอกจากแพทย์จะต้องรับผิดชอบตามฐานความผิดอาญาหลักแล้ว แพทย์อาจต้องรับผิดชอบในความผิดอาญาที่เรียกว่า “ความผิดลหุโทษ” อีกด้วย ทั้งนี้ ความผิดลหุโทษ หมายถึงความผิดอาญาที่มีอัตราโทษสถานเบา คือ ปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือทั้งจำทั้งปรับ ซึ่งได้แก่ความผิดฐานละเลย ไม่ควบคุมบุคคลวิกลจริต ตามมาตรา 373 หรือความผิดฐานปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ซึ่งได้รับบาดเจ็บตามมาตรา 374 ซึ่งได้บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญาดังนี้

“มาตรา 373 ผู้ใดควบคุมดูแลบุคคลวิกลจริต ปล่อยปละละเลยให้บุคคลวิกลจริตนั้นออกไปโดยลำพัง ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าร้อยบาท”

“มาตรา 374 ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในอันตรายแห่งชีวิต ซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่กลัวอันตรายแก่ตนเอง หรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

สำหรับบทบัญญัติตามมาตรา 373 นั้นมีความชัดเจนอยู่ในตัวบทอยู่แล้ว และผู้วิจัยจะขอยกตัวอย่างประกอบดังนี้ คือในกรณีที่แพทย์ หรือพยาบาลได้ยอมรับเป็นผู้นำที่ควบคุมดูแลผู้ป่วยจิตเวช และได้ปล่อยปละละเลยผู้ป่วยให้ออกไปนอกสถานที่ตามลำพัง เช่นนี้แล้ว ย่อมต้องถือว่าเป็นความผิดตามมาตรา 373

ในส่วนของความรับผิดชอบตามมาตรา 374 นั้น ได้มีแนวคิดเบื้องหลังบทบัญญัติดังกล่าวว่าการดำรงชีวิตมนุษย์ในสังคมนั้น รัฐเป็นผู้มีบทบาทในการใช้อำนาจปกครอง และอำนวยความสะดวกให้แก่สังคมโดยรวม ดังนั้น รัฐจึงมีความประสงค์ที่จะให้ประชาชนทุกคนได้รับความปลอดภัยในชีวิต ร่างกาย และอนามัย ดังนั้น รัฐจึงกำหนดให้เป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต ซึ่งมักมีเหตุการณ์ที่พบเห็นบ่อยครั้งในสังคมไทย กล่าวคือในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการหนัก หรือในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้เข้ามาขอรับการรักษาในโรงพยาบาล และจะประสบปัญหาในกรณีผู้ป่วยที่มีฐานะทางการเงินไม่สู้ดีนัก มักจะได้รับการปฏิเสธจากโรงพยาบาลอยู่เสมอว่า ไม่มีเตียงว่างพอที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ หรือเตียงเต็ม ซึ่งก็ถือว่ามีเหตุผลแห่งการปฏิเสธที่รับฟังได้ หากในความเป็นจริงเป็นดังเช่นที่กล่าวมานั้น

อย่างไรก็ดี แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้พบเห็นเหตุการณ์ดังกล่าวควรให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นแล้วแต่กรณี เพื่อเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยในเบื้องต้นเสียก่อน เช่นการห้ามเลือด หรือการจัดทำผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว เพื่อป้องกันการอุดตันระบบทางเดินหายใจในขณะเดินทางเพื่อส่งต่อไปยังอีกโรงพยาบาลหนึ่ง เป็นต้น เพราะหากไม่ทำการช่วยเหลือใดๆเลย ทั้งๆที่คาดได้ว่าผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ในขณะเดินทาง เช่นนี้ อาจถูกญาติผู้ป่วยฟ้องร้องให้รับผิดชอบได้ทั้งทางแพ่ง และทางอาญาและกฎหมายวิชาชีพอีกด้วย(พิกุลทิพย์ หงษ์เหิร ,2534:138-139)

#### i. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางแพ่ง

- ii. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจคนต่างด้าว
- iii. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับเขต เศรษฐกิจพิเศษ หรือเขตการค้าเสรี (Free Trade Area)
- iv. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย

## 6. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค : ด้านการโฆษณา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยทุกฉบับ บัญญัติรับรองเสรีภาพในการโฆษณาไว้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ฉบับปัจจุบันบัญญัติไว้ในมาตรา 39 ความว่า “[บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นในการพูด การเขียน การพิมพ์ การโฆษณา และการสื่อสารความหมายโดยวิธีอื่น]”

การจำกัดเสรีภาพตามวรรคหนึ่ง จะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายเฉพาะเพื่อรักษาความมั่นคงของรัฐ เพื่อคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ เกียรติยศ ชื่อเสียง สิทธิในครอบครัวหรือความเป็นอยู่ส่วนตัวของบุคคลอื่น เพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประเทศ หรือเพื่อป้องกันหรือระงับความเสื่อมทรามทางจิตใจหรือสุขภาพของประชาชน

บทบัญญัติดังกล่าวนี้มีความหมายว่า การโฆษณาเป็นหนึ่งในเสรีภาพที่รับรองโดยรัฐธรรมนูญ แต่ก็ถูกจำกัดได้โดยวิธีทางกฎหมายเช่นเดียวกัน ด้วยเหตุผลหลายประการ กล่าวคือ

1. รักษาความมั่นคงของรัฐ
2. เพื่อคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ เกียรติยศชื่อเสียง สิทธิในครอบครัว หรือเพื่อความเป็นอยู่ส่วนตัวของบุคคลอื่น
3. เพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประเทศ
4. เพื่อป้องกันหรือระงับความเสื่อมทรามทางจิตใจหรือสุขภาพของประชาชน

กฎหมายที่บัญญัติจำกัดเสรีภาพหรืออีกนัยหนึ่งก็คือ การควบคุมการโฆษณาในเชิงธุรกิจมักจะมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคและอาจหมายรวมถึง การควบคุมการโฆษณาเพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยวัฒนธรรมและศีลธรรมอันดีของชาติ ตัวอย่างเช่น บทบัญญัติมาตรา 22(1)-(4) ในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 เป็นต้น

การจำกัดเสรีภาพในการโฆษณาโดยการออกกฎหมายควบคุมการโฆษณาในประเทศไทยอาจปรากฏในรูปแบบต่าง ๆ กัน เช่น การควบคุมการใช้ข้อความโฆษณา การใช้สื่อสารมวลชนบางประเภทการห้ามโฆษณาสินค้าหรือบริการบางประเภท เป็นต้นว่า สุรา บุหรี่ สถานพยาบาลเอกชน สำนักงานกฎหมาย มีกฎหมายห้ามโฆษณาสรรพคุณหรืออาจมีการควบคุมการจัดทำโฆษณาตั้งแต่ก่อนทำเป็นชิ้นงานโฆษณา เช่น โฆษณาอาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ ต้องมีการขออนุญาตก่อนการจัดทำเป็นสื่อที่เรียกว่า Pre-censor หรืออาจมีการควบคุมหลังการโฆษณา

ผ่านสื่อสารมวลชนประเภทต่าง ๆ แล้ว เช่น การตรวจติดตามข้อความโฆษณาที่ผ่านสื่อต่าง ๆ โดยคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณาตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 เป็นต้น

พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2520(แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2537) พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ.2535 พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ.2535 กลุ่มกฎหมายเหล่านี้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการโฆษณาสินค้าที่เป็นอาหาร ยา เครื่องสำอาง วัตถุมีพิษ ซึ่งใช้สื่อโฆษณาทุกชนิด และหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการควบคุมโฆษณา ได้แก่ สำนักงานอาหารและยา และด้วยเหตุที่ FAD (Food Drug Administration) หรือ อ.ย.

ในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 ระบุว่า

"สินค้า" หมายความว่า สิ่งของที่ผลิตหรือมีไว้เพื่อขาย

"บริการ" หมายความว่า การรับจัดทำกรงาน การให้สิทธิใด ๆ หรือการให้ใช้หรือให้ประโยชน์ในทรัพย์สินหรือกิจการใด ๆ โดยเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่นแต่ไม่รวมถึงการจ้างแรงงานตามกฎหมายแรงงาน

.....

"ผู้บริโภค"<sup>1</sup> หมายความว่า ผู้ซื้อหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจหรือผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือการชักชวนจากผู้ประกอบธุรกิจเพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการและหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบการธุรกิจโดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม

"ประกอบธุรกิจ" หมายความว่า ผู้ขาย ผู้ผลิตเพื่อขาย ผู้ส่งหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อขายหรือผู้ซื้อเพื่อขายต่อซึ่งสินค้า หรือผู้ให้บริการและหมายความรวมถึงผู้ประกอบกิจการโฆษณาด้วย

"ข้อความ" หมายความว่า รวมถึงการกระทำที่ปรากฏด้วยตัวอักษร ภาพ ภาพยนตร์ แสง เสียง เครื่องหมายหรือการกระทำอย่างใด ๆ ที่ทำให้บุคคลทั่วไปสามารถเข้าใจความหมายได้

"โฆษณา" หมายความว่า การกระทำไม่ว่าโดยวิธีใด ๆ ให้ประชาชนเห็นหรือทราบข้อความเพื่อประโยชน์ในทางการค้า

"สื่อโฆษณา" หมายความว่า สิ่งที่ใช้เป็นสื่อในการโฆษณา เช่น หนังสือพิมพ์ สิ่งพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ ปรินต์โฆษณา โทรเลข โทรศัพท์ หรือป้าย

"ฉลาก" หมายความว่า รูป รอยประดิษฐ์ กระจกหรือสิ่งอื่นใดที่ทำให้ปรากฏข้อความเกี่ยวกับสินค้าซึ่งแสดงไว้ที่สินค้าหรือภาชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุสินค้า หรือสอดแทรกหรือรวมไว้กับสินค้าหรือภาชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุสินค้าและหมายความถึงเอกสารหรือคู่มือสำหรับใช้ประกอบกับสินค้า ป้ายที่ติดตั้งหรือแสดงไว้ที่สินค้าหรือภาชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุสินค้านั้น

มาตรา ๔ ผู้บริโภคมีสิทธิได้รับความคุ้มครองต่อไปนี้

- (๑) สิทธิจะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ
- (๒) สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ
- (๓) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ
- (๔ ทวิ) สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา
- (๕) สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย

ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายว่าด้วยการนั้น ๆ หรือพระราชบัญญัตินี้บัญญัติไว้  
การคุ้มครองผู้บริโภคในด้านการโฆษณา

มาตรา ๒๒ การโฆษณาจะต้องไม่ใช่ข้อความที่เป็นการไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภค หรือใช้ข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนรวม ทั้งนี้ไม่ว่าข้อความดังกล่าวนั้นจะเป็นข้อความที่เกี่ยวกับแหล่งกำเนิด สภาพ คุณภาพ หรือลักษณะของสินค้าหรือบริการ ตลอดจนการส่งมอบ การจัดหา หรือการใช้สินค้าหรือบริการ

ข้อความดังต่อไปนี้ ถือว่าเป็นข้อความที่เป็นการไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภคหรือเป็นข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนรวม

(๑) ข้อความที่เป็นเท็จหรือเกินความจริง

(๒) ข้อความที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจผิด ในสาระสำคัญเกี่ยวกับสินค้า หรือบริการไม่ว่าจะกระทำโดยใช้หรืออ้างอิงรายงานทางวิชาการ สถิติ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันไม่เป็นความจริงหรือเกินความจริงหรือไม่ก็ตาม

(๓) ข้อความที่เป็นการสนับสนุนโดยตรงหรือโดยอ้อม ไม่มีการกระทำผิดกฎหมายหรือศีลธรรม หรือนำไปสู่ความเสื่อมเสียในวัฒนธรรมของชาติ

(๔) ข้อความที่จำทำให้เกิดความแตกแยกหรือเสื่อมเสียความสามัคคีในหมู่ประชาชน

(๕) ข้อความอย่างอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

ข้อความที่ใช้ในการโฆษณาที่บุคคลทั่วไปสามารถรู้ได้ว่าเป็นข้อความที่ไม่อาจเป็นจริงได้โดยแน่แท้ ไม่เป็นข้อความที่ต้องห้ามในการโฆษณาตาม (๑)

v. กฎหมาย

vi. มาตรการทางกฎหมายอื่น

a. องค์กรทางการค้าโลก

### 3.3 มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการบริการส่งเสริมสุขภาพ

vii. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับธุรกิจสปา

viii. มาตรการทางกฎหมายด้านการแพทย์ทางเลือก หรือการแพทย์แผนไทย

ix.           มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

3.4   มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร

X.           มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับอาหารและยาและเครื่องมือแพทย์

บทบัญญัติบางมาตราใน

พระราชบัญญัติ

อาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒

มาตรา ๔ พระราชบัญญัตินี้

"อาหาร หมายความว่า ของกินหรือเครื่องดื่มที่คนกินได้แก่

(๑) วัตถุทุกชนิดที่คนกิน ต้ม อม หรือนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใด ๆ ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น แล้วแต่กรณี

(๒) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้หรือใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหารรวมถึงวัตถุเจือปนอาหาร สี และเครื่องปรุงแต่งกลิ่นรส

"จำหน่าย" หมายความว่ารวมถึง ขาย จ่าย แจก หรือแลกเปลี่ยน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในทางการค้า หรือการมีไว้เพื่อจำหน่ายด้วย

มาตรา ๔๐ ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาคุณภาพ ประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณของอาหารเป็นเท็จหรือเป็นการหลอกลวงให้เกิดความหลงเชื่อโดยไม่สมควร

มาตรา ๔๑ ผู้ใดประสงค์จะโฆษณาคุณภาพ ประโยชน์ คุณภาพหรือสรรพคุณของอาหารทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ ทางฉายภาพ ภาพยนตร์ หรือทางหนังสือพิมพ์ หรือสิ่งพิมพ์อื่นหรือด้วยวิธีอื่นใดเพื่อประโยชน์ในทางการค้า ต้องนำเสียง ภาพ ภาพยนตร์ หรือข้อความที่จะโฆษณาดังกล่าวนั้นให้ผู้อนุญาตตรวจพิจารณา ก่อน เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงจะโฆษณาได้

มาตรา ๔๒ เพื่อพิทักษ์ประโยชน์และความปลอดภัยของผู้บริโภคให้ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งเป็นหนังสืออย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

(๑) ให้ผู้ผลิต ผู้นำเข้าหรือผู้จำหน่ายอาหาร หรือผู้ทำการโฆษณาระงับการโฆษณาอาหารที่เห็นว่าเป็นการโฆษณาโดยฝ่าฝืนมาตรา ๔๑

(๒) ให้ผู้ผลิต ผู้นำเข้าหรือผู้จำหน่าย อาหาร หรือผู้ทำการโฆษณาอาหาร ระวังการผลิต การนำเข้า การจำหน่าย หรือการโฆษณาอาหารที่คณะกรรมการเห็นว่าอาหารดังกล่าวไม่มี คุณประโยชน์ คุณภาพหรือสรรพคุณตามที่โฆษณา

มาตรา ๗๐ ผู้ใดโฆษณาอาหารโดยฝ่าฝืนมาตรา ๔๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินสามหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๗๑ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๔๑ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าพันบาท  
บทบัญญัติบางมาตราในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐,\*

(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๑๘,

(ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒,

(ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๒๗,

และ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๓๐

มาตรา ๔ ในพระราชบัญญัติ

"ยา" หมายความว่า

(๑) วัตถุที่รับรองไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ

(๒) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือ ความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์

(๓) วัตถุที่เป็นเภสัชเคมีภัณฑ์ หรือเภสัชมีภัณฑ์สำเร็จรูป หรือ

(๔) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้าง หรือการกระทำหน้าที่ใด ๆ ของร่างกายมนุษย์หรือสัตว์

วัตถุตาม (๑) (๒) หรือ (๔) ไม่หมายความรวมถึง

(ก) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการเกษตรหรือการอุตสาหกรรมตามที่รัฐมนตรีประกาศ

(ข) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้เป็นอาหารสำหรับมนุษย์ เครื่องกีฬา เครื่องมือเครื่องใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เครื่องสำอาง หรือเครื่องมือและส่วนประกอบของเครื่องมือที่ใช้ในการ ประกอบโรคศิลปะหรือวิชาชีพเวชกรรม

(ค) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในห้องวิทยาศาสตร์สำหรับการวิจัยการวิเคราะห์ หรือการ ชันสูตรโรคซึ่งมิได้กระทำโดยตรงต่อร่างกายของมนุษย์

มาตรา ๔๘ การโฆษณาขายยาจะต้อง

(๑) ไม่เป็นการโอ้อวดสรรพคุณยาหรือวัตถุนั้นเป็นส่วนประกอบของยาว่าสามารถบำบัด บรรเทา รักษาหรือป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วยได้อย่างศักดิ์สิทธิ์หรือหายขาด หรือใช้ถ้อยคำอื่นใดที่มีความหมายทำนองเดียวกัน

(๒) ไม่แสดงสรรพคุณยาอันเป็นเท็จหรือเกินความจริง

- (๓) ไม่ทำให้เข้าใจว่ามีวัตถุใดเป็นตัวยาหรือเป็นส่วนประกอบของยาซึ่งความจริงไม่มีวัตถุหรือส่วนประกอบนั้นในยา หรือมีแต่ไม่เท่าที่เข้าใจ
- (๔) ไม่ทำให้เข้าใจว่าเป็นยาทำให้แท้งลูกหรือยาขับระดูอย่างแรง
- (๕) ไม่ทำให้เข้าใจว่าเป็นยาบำรุงกามหรือยาคุมกำเนิด
- (๖) ไม่แสดงสรรพคุณยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- (๗) ไม่มีการรับรองหรือยกย่องสรรพคุณยาโดยบุคคลอื่น
- (๘) ไม่แสดงสรรพคุณยาว่าสามารถบำบัด บรรเทา รักษาหรือป้องกัน

โรค หรืออาการของโรคที่รัฐมนตรีประกาศตามมาตรา ๗๗

“ความใน (๕) และ (๖) ไม่ใช่บังคับแก่ข้อความในฉลากหรือเอกสารกำกับยาและความใน (๑) (๒) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) (๘) ไม่ใช่บังคับแก่การโฆษณาซึ่งกระทำโดยตรงต่อผู้ประกอบโรคศิลปะ ผู้ประกอบอาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์

มาตรา ๘๘ ทวิ<sup>๕</sup> การโฆษณาขายยาทางวิทยุกระจายเสียง เครื่องขยายเสียง วิทยุโทรทัศน์ ทางฉายภาพหรือภาพยนตร์ หรือทางสิ่งพิมพ์จะต้อง

- (๑) ได้รับอนุมัติข้อความ เสียง หรือภาพที่ใช้ในการโฆษณาจากผู้อนุญาต
- (๒) ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ผู้อนุญาตกำหนด

มาตรา ๘๙ ห้ามมิให้โฆษณาขายยาโดยไม่สุภาพ หรือโดยการร้องรำทำเพลง หรือแสดงความทุกข์ทรมาณของผู้ป่วย

มาตรา ๙๐ ห้ามมิให้โฆษณาขายยาโดยวิธีแถมพกหรือออกสลากรางวัล

มาตรา ๙๐ ทวิ<sup>๖</sup> เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยามีอำนาจสั่งเป็นหนังสือให้ระงับการโฆษณาขายยาที่เห็นว่าเป็นการโฆษณาโดยฝ่าฝืนพระราชบัญญัตินี้ได้

๑๒๔ ทวิ<sup>๗</sup> ผู้ใดโฆษณาขายยาโดยฝ่าฝืนมาตรา ๘๘ มาตรา ๘๘ ทวิ มาตรา ๘๙ หรือ มาตรา ๙๐ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท

๑๒๕ ทวิ<sup>๘</sup> ผู้ใดฝ่าฝืนคำสั่งให้ระงับการโฆษณาขายยาของเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งสั่งตามมาตรา ๙๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามเดือนหรือปรับไม่เกินห้าพันบาท จนกว่าจะปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว

๑๒๖ ทวิ<sup>๙</sup> บรรดาความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ที่มีโทษปรับสถานเดียว ให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาหรือผู้ซึ่งเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยามอบหมายมีอำนาจเปรียบเทียบปรับได้

<sup>๕</sup>ความในวรรคท้ายของมาตรา ๘๘ แก้ไขโดย พ.ร.บ. ยา (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๓๐

<sup>๖</sup>มาตรา ๘๘ ทวิ เพิ่มเติมโดย พ.ร.บ. ยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒

<sup>๑๔</sup>ในกรณีการยึดยา ภาชนะหรือหีบบรรจุยา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดไว้  
 เลขอาธิการคณะกรรมการอาหารและยาหรือผู้ซึ่งเลขอาธิการคณะกรรมการอาหารและยามอบหมาย  
 จะเปรียบเทียบ

๑๐ มาตรา ๙๐ ทวิ เพิ่มเติมโดย พ.ร.บ. ยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒

๑๑ มาตรา ๑๒๔ แก้ไขโดย พ.ร.บ. ยา (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๓๐

๑๒ มาตรา ๑๒๔ ทวิ เพิ่มเติมโดย พ.ร.บ. ยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒

๑๓ มาตรา ๑๒๖ ทวิ วรรคหนึ่ง เพิ่มเติมโดย พ.ร.บ. ยา (ฉบับที่ ๓) ๒๕๒๒

<sup>๑๕</sup> มาตรา ๑๒๖ ทวิ วรรคสอง เพิ่มเติมโดย พ.ร.บ.ยา (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๓๐

## บทบัญญัติบางมาตราใน

### พระราชบัญญัติ

เครื่องมือแพทย์ พ.ศ.๒๕๓๑\*

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

"เครื่องมือแพทย์" หมายความว่า

(๑) เครื่องใช้ ผลิตรักษา หรือวัตถุสำหรับใช้ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การประกอบโรคศิลปะ หรือการบำบัดโรคสัตว์ ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นๆ

(๒) เครื่องใช้ ผลิตรักษา หรือวัตถุสำหรับใช้ให้เกิดผลแก่สุขภาพโครงสร้างหรือการกระทำหน้าที่ใด ๆ ของร่างกายมนุษย์หรือสัตว์

(๓) ส่วนประกอบ ส่วนควบ อุปกรณ์ หรือชิ้นส่วนของเครื่องใช้ผลิตรักษา หรือวัตถุตาม (๑) หรือ (๒) (๔) เครื่องใช้ ผลิตรักษา หรือวัตถุอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษาว่าเป็นเครื่องมือแพทย์

"ผลิต" หมายความว่า ทำ ประกอบ ประดิษฐ์ แบ่งบรรจุหรือรวบบรรจุและให้หมายความรวมถึงแปรสภาพ ดัดแปลงหรือการฆ่าเชื้อเพื่อนำกลับมาใช้อีกด้วย

"ขาย" หมายความว่า จำหน่าย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน หรือโอนสิทธิหรือการครอบครองให้แก่บุคคลอื่น ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในทางการค้า และให้หมายความรวมถึงการมีไว้เพื่อขายด้วย

มาตรา ๔๑ ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพ ปริมาณ มาตรฐานหรือแหล่งกำเนิดของเครื่องมือแพทย์อันเป็นเท็จหรือเป็นการหลอกลวง

มาตรา ๔๒ การโฆษณาเครื่องมือแพทย์เพื่อประโยชน์ในการค้าต้องได้รับความเห็นชอบในข้อความ เสียง หรือภาพที่จะใช้โฆษณาจากผู้อนุญาตและต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ผู้อนุญาตกำหนด

มาตรา ๔๓ ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งเป็นหนังสือให้ระงับการโฆษณาเครื่องมือแพทย์ที่เห็นว่าเป็นการโฆษณาโดยฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ได้

มาตรา ๗๗ ผู้ใดโฆษณาเครื่องมือแพทย์โดยฝ่าฝืนมาตรา ๔๑ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกินสองหมื่นห้าพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๗๘ ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๔๒ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท

มาตรา ๔๙ ผู้ใดฝ่าฝืนคำสั่งของผู้อนุญาตซึ่งสั่งตามมาตรา ๔๓ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับและปรับเป็นรายวันอีกวันละหนึ่งพันบาทจนกว่าจะปฏิบัติให้ถูกต้อง

มาตรา ๘๒ บรรดาความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ที่มีโทษปรับสถานเดียวให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาหรือผู้ซึ่งเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยามอบหมายเปรียบเทียบปรับได้ซึ่งการผลิตเพื่อขายหรือการนำเข้าเพื่อขาย ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดตามมาตรา ๒๗

(๓) กำหนดชื่อ ประเภท ชนิด หรือลักษณะของเครื่องสำอางที่ห้ามผลิต นำเข้าหรือขาย

(๔) กำหนดชื่อวัตถุที่ห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง

(๕) กำหนดชื่อ ประเภท ชนิดหรือลักษณะเครื่องสำอางที่มีการควบคุมฉลาก

เครื่องสำอางที่จะกำหนดเป็นเครื่องสำอางควบคุมพิเศษ ต้องเป็นเครื่องสำอางที่อาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ใช้ หรือมีส่วนประกอบของวัตถุมีพิษ หรือวัตถุอื่นที่อาจก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงต่อสวัสดิภาพอนามัยของบุคคล

ก่อนออกประกาศตามมาตรา นี้ ให้มีการรับฟังข้อคิดเห็นจากหน่วยราชการและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ตามควรแก่กรณี เว้นแต่เป็นเรื่องเร่งด่วนหรือมีเหตุจำเป็นที่ไม่อาจปฏิบัติได้เช่นนั้น

มาตรา ๓๗ ให้นำบทบัญญัติของกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคมาใช้บังคับแก่การโฆษณาเครื่องสำอางโดยอนุโลม โดยให้ถือว่าอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นอำนาจหน้าที่ของรัฐมนตรี และให้ถือว่าอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณาเป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ

#### 2.4.1 กฎหมายไทยที่เกี่ยวกับการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสาธารณสุข

ตามที่ได้กล่าวแล้วว่า การผูกพันในการเปิดเสรีการค้าบริการของไทย เป็นไปเท่าที่กฎหมายที่เกี่ยวข้องซึ่งใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันได้เปิดโอกาสไว้ดังนั้น ข้อผูกพันต่างๆ ของไทยซึ่งกำหนดข้อจำกัดหรือเงื่อนไขในการเปิดเสรี ทั้งในข้อผูกพันที่ใช้กับทุกสาขาบริการทั้ง 12 สาขา (Cross-Industry Commitment) และข้อผูกพันที่ใช้เฉพาะสาขาบริการหนึ่ง (Industry-Specific Commitment) จึงยึดถือบทบัญญัติต่างๆ ของกฎหมายเหล่านี้ อาจแบ่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสาธารณสุข ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

-กฎหมายทั่วไปซึ่งเกี่ยวกับการค้าบริการทุกสาขา

- กฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวกับการบริการด้านสาธารณสุข

ตารางที่ 2.5

กฎหมายไทยที่เกี่ยวกับการเปิดเสรีการค้าบริการสาธารณสุข

กฎหมายทั่วไป

-พ.ร.บ.คนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

-พ.ร.บ. การทะเบียนคนต่างด้าว พ.ศ.2493 (ปรับปรุง พ.ศ.2538)

- พ.ว.281 (2515)

- พ.ร.บ.การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.2521

กฎหมายทั่วไป

- พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2522

- พ.ร.บ. วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537

- พ.ร.บ. วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537

- พ.ร.บ. วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2538

- พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

##### 2.4.1.1 กฎหมายทั่วไป

หากพิจารณาถึงคำจำกัดความของ "การค้าบริการ" ภายใต้ความตกลง GATS ซึ่งหมายถึงการค้าบริการ 4 รูปแบบ ซึ่งมี "คนต่างชาติ" ในลักษณะของบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องกฎหมายทั่วไปจะเกี่ยวข้องกับการบริการในทุกสาขา ได้แก่ กฎหมายเกี่ยวกับสถานภาพของคนต่างด้าวในประเทศไทย นับตั้งแต่กฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง กฎหมายว่าด้วยการทะเบียนคนต่างด้าว กฎหมายควบคุมการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว กฎหมายเกี่ยวกับการทำงานของคนต่างด้าว

### 1. พ.ร.บ. คนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

กำหนดเงื่อนไขและหลักเกณฑ์การเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร กล่าวคือ คนต่างชาตินี้เข้ามาในประเทศไทยต้องมีหนังสือเดินทางหรือเอกสารที่ใช้แทนหนังสือเดินทางและได้รับการตรวจตรา หรือ วีซ่าในหนังสือเดินทางหรือเอกสารที่ใช้แทนหนังสือเดินทางโดย กงสุลไทยในต่างประเทศ หรือกระทรวงการต่างประเทศ การตรวจลงตราหรือวีซ่า มี 6 ประเภท ได้แก่ การทูต ราชการ คนอยู่ชั่วคราว นักท่องเที่ยว คนเดินทางผ่านราชอาณาจักร และคนต่างด้าวที่มีถิ่นฐานอยู่ในราชอาณาจักร

ในกรณีประเภทคนอยู่ชั่วคราว (Non-immigrant visa) ระยะเวลาการเข้าเมืองมาอยู่ในประเทศไม่เกิน 1 ปี แต่อาจขยายได้ เช่นเข้ามาเพื่อประกอบการลงทุนภายใต้ พ.ร.บ. ส่งเสริมการลงทุน พ.ศ. 2520 ระยะเวลาพำนักอยู่ในประเทศเป็นไปตามที่คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนเห็นสมควร

ในกรณีประเภทคนต่างด้าวที่มีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร (Immigrant Visa) จำนวนคนต่างชาตินี้ที่มีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรเป็นรายปีจะไม่เกินประเทศละ 100 คน ต่อปี ดังนั้น เมื่อพิจารณาในเรื่องการเปิดเสรีการค้าบริการแล้ว กฎหมายฉบับนี้มีส่วนจำกัดหรือเงื่อนไขเกี่ยวกับระยะเวลา และจำนวนคนต่างชาตินี้ที่เข้ามาในประเทศไทย ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคที่มีอยู่ในปัจจุบันต่อการเปิดเสรี

### 2. พ.ร.บ. การทะเบียนคนต่างด้าว พ.ศ. 2493 (ปรับปรุง พ.ศ. 2538)

กำหนดให้คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้เป็นคนเข้าเมือง ตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองไปขอใบสำคัญประจำตัวภายในเจ็ดวัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุญาตให้เข้าเมือง ใบสำคัญประจำตัวมีกำหนดอายุ 1 ปีและ 5 ปี ผู้ขอสามารถขอรับใบสำคัญประจำตัวชนิดใดก็ได้ โดยต้องนำหลักฐานการเข้าเมืองหรือหลักฐานซึ่งแสดงว่าได้รับอนุญาตให้เข้ามาที่มีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้

### 3. ประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 281

กำหนดหลักเกณฑ์การประกอบธุรกิจของคนต่างด้าวในประเทศ โดยห้ามมิให้คนต่างด้าวประกอบธุรกิจบางประเภท ได้แก่

- ธุรกิจที่กำหนดไว้ในบัญชี ก. หรือบัญชี ข. (ยกเว้นมีพระราชกฤษฎีกาอนุญาต)
- ธุรกิจที่กำหนดไว้ในบัญชี ค. (ยกเว้นได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมทะเบียนการค้า)

ธุรกิจที่กำหนดไว้ในบัญชี ก. และบัญชี ข. ที่เกี่ยวกับการค้าบริการ ประกอบด้วย การลงบัญชี กฎหมาย สถาปัตยกรรม โฆษณา นายหน้าหรือตัวแทน ขายทอดตลาด ตัดผมแต่งผมและเสริมสวย (บัญชี ก.) การนำเที่ยว โรงแรม (ยกเว้นการจัดการโรงแรม) ถ่ายรูป ล้างอัดรูป ซักรีด เสื้อผ้าและรับจ้างตัดเย็บเสื้อผ้า (บัญชี ข.)

ธุรกิจที่กำหนดไว้ในบัญชี ค. จะเกี่ยวกับการค้าบริการอื่น ๆ นอกจากที่ระบุไว้ในบัญชี ก. และบัญชี ข. ธุรกิจนี้ในบัญชี ค. นี้จึงครอบคลุมถึงการบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือ

สาธารณสุขตลอดจนการบริการทางการแพทย์และการบริการสัตวแพทย์ คนต่างชาติสามารถประกอบการค้าบริการนี้ได้หลังจากที่ได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมทะเบียนการค้าแล้ว

นอกจากนี้แล้ว กฎหมายฉบับนี้ได้ให้ความหมายของ "คนต่างด้าว" ซึ่งหมายถึง บุคคลธรรมดา และนิติบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย และกำหนดหลักเกณฑ์ของนิติบุคคลต่างด้าว ดังนี้

- ทุนตั้งแต่กึ่งหนึ่งของนิติบุคคลเป็นของคนต่างด้าว
- มีคนต่างด้าวถือหุ้น เป็นหุ้นส่วน เป็นสมาชิก ตั้งแต่กึ่งหนึ่ง
- มีหุ้นส่วนผู้จัดการ หรือผู้จัดการเป็นคนต่างด้าว

ดังนั้น จะเห็นว่า กฎหมายฉบับนี้มีข้อจำกัดหรือเงื่อนไข ในการเข้ามาประกอบการค้าบริการของคนต่างชาติ โดยกำหนดห้ามมิให้คนต่างชาติประกอบการค้าบริการในทุกประเทศ หากคนต่างชาติจะเข้ามาประกอบการจะต้องร่วมทุนกับคนไทย หรือก่อตั้งเป็นนิติบุคคลขึ้น โดยมีอัตราส่วนการลงทุนของต่างชาติไม่เกินร้อยละ 49 ของทุนจดทะเบียน และจำนวนผู้ถือหุ้นในนิติบุคคลดังกล่าวที่เป็นคนต่างชาติ จะต้องน้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ถือหุ้นทั้งหมด

#### 4. พ.ร.บ. การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2521

กำหนดควบคุมการทำงานของคนต่างชาติซึ่งเป็นบุคคลธรรมดา กล่าวคือ คนต่างชาติ จะสามารถทำงานในประเทศไทยได้ หลังจากได้รับอนุญาตแล้วเท่านั้น (จากกรมการจ้างงานกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม) และไม่สามารถทำงานบางประเภทที่ระบุไว้ในบัญชีท้ายพระราชกฤษฎีกา กำหนดงานในอาชีพและวิชาชีพที่ห้ามคนต่างด้าว พ.ศ.2521 (เช่น การขายทอดตลาด การบัญชี วิชาชีพวิศวกรรม สถาปัตยกรรม มัคคุเทศก์ จัดนำเที่ยว กฎหมายหรืออรรถคดี เป็นต้น)

กฎหมายฉบับนี้จึงสร้างข้อจำกัด หรือเงื่อนไขในการค้าบริการด้าน สุขภาพหรือสาธารณสุข ด้วยเนื่องจาก การประกอบอาชีพหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้คนต่างชาติต้องได้รับอนุญาตก่อน

##### 2.4.1.2 กฎหมายเฉพาะ

การบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health Care Services) หมายถึง การบริการที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลหรือบริษัทที่ลงทุนในกิจการ โรงพยาบาลหรือบริษัทในเครือต่างๆ ที่ทำการหรือคลินิกแพทย์ การบริการทางวิชาชีพอื่น ๆ ด้านสุขภาพ สถานพยาบาลหรือสถานดูแลสุขภาพระยะยาว สถานการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์หรือทันตกรรม ศูนย์วิเคราะห์ทางการแพทย์ และ สถานดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง ดังนั้น กฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ กฎหมายเกี่ยวกับวิชาชีพเวชกรรม วิชาชีพทันตกรรม วิชาชีพเภสัชกรรม วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และสถานพยาบาล

#### 1. พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จากแพทยสภา

2. พ.ร.บ. วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537

กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องขึ้นทะเบียน และได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาทันตกรรม จากทันตแพทยสภา

3. พ.ร.บ. วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537

กำหนดให้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม จากสภาเภสัชกรรม

4. พ.ร.บ. วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528

กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล

ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล

5. พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541

กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล โดยต้องได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเป็นบุคคลธรรมดาต้องมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย ถ้าเป็นนิติบุคคล ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคลนั้นต้องมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย

6. พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

กำหนดให้ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องขึ้นทะเบียนและได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะจากคณะกรรมการวิชาชีพ

"การแพทย์แผนไทย" หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะตามความรู้หรือตำราแบบไทยที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา หรือตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง

"เวชกรรมไทย" หมายความว่า การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด หรือการป้องกันโรคด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

"เภสัชกรรมไทย" หมายความว่า การกระทำการเตรียมยา การผลิตยา การประดิษฐ์ยา การเลือกสรรยา การควบคุมและการประกันคุณภาพยา การปรุงยาและการจ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและการจัดจำหน่ายตามกฎหมายว่าด้วยยา ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

"การผดุงครรภ์ไทย" หมายความว่า การตรวจ การบำบัด การแนะนำและการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ การป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด การทำคลอด การดูแลและส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกในระยะหลังคลอดทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

"การแพทย์แผนไทยประยุกต์" หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง และใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยและการบำบัดโรคตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

"กายภาพบำบัด" หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจ ประเมิน การวินิจฉัยและการบำบัดความบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ ความพิการของร่างกายและจิตใจด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด หรือการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่รัฐมนตรีประกาศให้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์กายภาพบำบัด

"เทคนิคการแพทย์" หมายความว่า การกระทำใดๆ เพื่อให้ได้สิ่งตัวอย่างและการดำเนินการโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อการวินิจฉัย การติดตามการบำบัด การพยากรณ์โรค การป้องกันโรค การประเมินภาวะทางสุขภาพหรือการวินิจฉัย (มาตรา 4)

กฎหมายเฉพาะดังกล่าวข้างต้นนี้เกี่ยวข้องกับการค้าบริการระหว่างประเทศด้านสุขภาพ โดยผู้ขายบริการเป็นคนต่างชาติที่เป็นบุคคลธรรมดาและนิติบุคคล กล่าวคือ

- การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทันตกรรม เภสัชกรรม การพยาบาล และการผดุงครรภ์ ของคนต่างชาติซึ่งเป็นคนธรรมดาในประเทศไทยต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตที่กฎหมายกำหนด กฎหมายที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเหล่านี้ใช้บังคับเป็นการทั่วไปไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือคนต่างชาติดังนั้นกฎหมายเหล่านี้จึงมิได้กำหนดข้อจำกัดหรือเงื่อนไขสำหรับการบริการทั่วไปไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือคนต่างชาติ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติการได้รับใบอนุญาตในการประกอบอาชีพของผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ (เช่น วิชาชีพเวชกรรม) จะต้องมิฉะนั้นอยู่ในประเทศและสอบด้วยข้อสอบภาษาไทย ดังนั้นจึงเป็นข้อจำกัดหรืออุปสรรคอย่างหนึ่งของคนต่างชาติที่จะสามารถเข้ามาประกอบวิชาชีพในประเทศไทย

- การประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาลของคนต่างชาติ ซึ่งอาจเป็นคนธรรมดาหรือนิติบุคคล ต้องได้รับใบอนุญาตตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดโดยเฉพาะต้องมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย ซึ่งถือว่าเป็นเงื่อนไขสำคัญอย่างหนึ่งในการเข้ามาดำเนิน กิจการสถานพยาบาลในประเทศไทย

## xi. กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา : กรณีสิทธิบัตรยา

การที่ประเทศไทยกำหนดให้ยาเป็นสินค้าที่ขอรับสิทธิบัตร ได้ทั้งสิทธิบัตรกระบวนการผลิตและสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ ซึ่งดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2535 ก่อนข้อกำหนดในข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา ที่เกี่ยวกับการค้า จะบังคับใช้ถึง 8 ปี (ในปี 2543) เป็นที่คาดว่าจะทำให้ส่งผลต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศเกิดผลเสียต่อระบบยา และระบบสุขภาพ เช่น ราคาแพง ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็น

ทรัพย์สินทางปัญญานั้นเป็นสิทธิทางกฎหมายที่ให้แก่ผู้ที่คิดค้นพัฒนาความรู้หรือเทคโนโลยีใหม่เพื่อเป็นสิ่งจูงใจให้เกิดการสร้างสรรค์ประดิษฐ์คิดค้นความรู้ใหม่ที่จะเป็นประโยชน์ต่อสังคม ระบบทรัพย์สินทางปัญญา ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์หลักดังนี้ คือ ให้การรับรองสิทธิตามธรรมชาติของผู้สร้างสรรค์ผลงานทางปัญญา สร้างแรงจูงใจให้เกิดการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่อันนำไปสู่การพัฒนาอุตสาหกรรม ส่งเสริมการเปิดเผยข้อมูลความรู้สู่สังคม ก่อให้เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างประเทศ และส่งเสริมการลงทุนและการค้าระหว่างประเทศแต่เนื่องจากสิทธิตามสิทธิบัตรมีลักษณะเป็นสิทธิผูกขาด ซึ่งผู้ทรงสิทธิ อาจนำไปใช้ในลักษณะที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคม เช่น ด้วยการผลิตสินค้าออกจำหน่ายในราคาแพงหรือไม่เพียงพอกับความต้องการของสังคม หรือไม่ผลิตสินค้าออกจำหน่ายเป็นเหตุให้สังคมเดือดร้อน พรบ. สิทธิบัตร จึงได้กำหนดกลไกป้องกันการใช้สิทธิบัตรโดยมิชอบไว้

แม้การขอรับสิทธิบัตรอาจกระทำได้ทั้งที่เป็นสิทธิบัตรกรรมวิธีการผลิต (Process patent) และสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ (Product patent) ส่วนสิทธิบัตรในสรรพคุณใหม่ (new use patent) นั้นไม่อาจกระทำได้ในประเทศไทย แม้ว่าในบางประเทศจะยินยอมให้มีการขอรับสิทธิบัตรยาในสรรพคุณใหม่ ทั้งนี้เพราะ พรบ.สิทธิบัตรห้ามขอรับสิทธิบัตรในวิธีการวินิจฉัยบำบัดหรือรักษาโรคนุษย์หรือสัตว์ การขอความคุ้มครองสิทธิบัตรยาอาจทำได้อย่างกว้างขวางนับตั้งแต่การขอรับสิทธิบัตรสำหรับตัวยาชนิดค้นได้ใหม่ (New chemical entity : NCE) ข้อบ่งใช้ใหม่ (New indication) ขนาดใช้ใหม่ (New dose) และรูปแบบยาเตรียมใหม่ (New dosage form) ซึ่งการคิดค้นดังกล่าวข้างต้นมีระดับความยากง่าย และการลงทุนวิจัยและพัฒนาที่แตกต่างกัน การอนุญาตให้มีการขอรับสิทธิบัตรที่หลากหลายเช่นนี้ได้เปิดโอกาสให้บริษัทฯทำการผูกขาดยาได้อย่างกว้างขวางและยาวนาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความคิดค้นวิจัยใหม่ ๆ ของประเทศไทย

แต่เดิมบริษัทฯในประเทศไทยสามารถผลิตยาเพื่อตอบสนองความต้องการของตลาดในประเทศได้อย่างเพียงพอ แต่ด้วยแรงกดดันจากสหรัฐฯ นับตั้งแต่ประเทศไทยได้ให้การผูกขาดตลาดอย่างน้อย 2 ปีด้วยมาตรการชั่วคราว สำหรับยาที่เข้ามาขายใหม่ทุกตัวในตลาดไทย และการแก้ไข พรบ.สิทธิบัตรฯ ในปี พ.ศ.2535 เพื่อให้มีการคุ้มครองสิทธิบัตรในผลิตภัณฑ์ยา (pharmaceutical product patent) และการคุ้มครองยาย้อนหลัง (Pipeline Product Protection) ส่งผลให้มีการผูกขาดยาส่งผลกระทบต่อราคาภายในท้องตลาด ทำให้

ผู้บริโภคและคนเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นบางอย่างได้ ดังเช่น กรณีสิทธิบัตรยาดีดีไอ ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่ทำให้ยามีราคาแพง อันนำไปสู่การชุมนุมของกลุ่มผู้ติดเชื้อ เรียกร้องให้รัฐบาลใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อทำให้ยาราคาถูกลง นอกจากผลกระทบที่เกิดจากการผูกขาดโดยระบบสิทธิบัตรแล้ว บริษัทขายข้ามชาติซึ่งผูกขาดตลาดยาในโลกเนื่องจากความได้เปรียบทางด้านเทคโนโลยีและทุน ยังได้นำกลวิธีทางการตลาดอื่น ๆ มาใช้เพื่อบรรลุมูลค่าสูงสุดในการแสวงหาผลกำไรสูงสุด ทำให้เกิดการผูกขาด จำกัดการแข่งขัน และทำให้ยามีราคาสูงเกินกว่าที่ควรจะเป็นกลวิธีทางการตลาดที่บริษัทขายนำมาใช้

เนื่องจากการผูกขาดและการมีสิทธิเด็ดขาดเรื่องการตลาดยา ทำให้ยาจำเป็น โดยเฉพาะยารักษาโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น มะเร็ง ไต เอ็ดส์ ฯลฯ มีราคาแพงมากขึ้น การตัดสินใจที่จะนำยาเหล่านี้เข้าไปรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพจะยากยิ่งขึ้น แม้ขณะนี้ในการรักษาโรคไตวายเรื้อรังก็ยังไม่ถูกรวมไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ หรือแม้ว่าจะมีการริเริ่มเพิ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ระบบ แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมยาจำเป็นทุกตัว ในกรณีผู้ป่วยเอ็ดส์ที่เชื้อเอชไอวีเริ่มติดต่อยานั้น ก็จำเป็นต้องเปลี่ยนยาสูตรใหม่ และยาใหม่ส่วนใหญ่ก็จะติดสิทธิบัตรและมีราคาแพงมาก ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็จะมีข้อจำกัดไม่สามารถเพิ่มยาเหล่านั้นเข้าไปในระบบทันสถานการณ์

ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นที่ชัดเจน คือ การมุ่งทำกำไรสูงสุดจากการผลิตยาและจำหน่ายยา เห็นได้จากในปัจจุบันที่ให้ความสำคัญลดลงในการผลิตยาแม้จะมีความต้องการน้อย เช่น การยกเลิกการผลิตเซรัมและทำหน้าที่จำหน่ายวัคซีนจากสถานเสาวภา ของสภาอากาศไทย ผลกระทบที่สำคัญจะส่งผลกระทบต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นนโยบายของรัฐบาล เนื่องจากการผลิตยาขององค์การเภสัชกรรมทำให้ยามีการแข่งขันและมีราคาถูกลงมากขึ้น องค์การเภสัชกรรมจะมีบทบาทไม่ต่างจากบริษัทธุรกิจยาทั่วไป ที่จะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการขาย และเป็นปัจจัยโดยตรงในการใช้ยาไม่เหมาะสมการผลิตจะอยู่บนพื้นฐานกำไรสูงสุดมากกว่าความเป็นและความต้องการยาและปัญหาสาธารณสุขในประเทศ เช่น การผลิตผลิตภัณฑ์ยาและปัญหาสาธารณสุขในประเทศ เช่น การผลิตผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การผลิตครีมบำรุงผิวช่วยต้านอนุมูลอิสระมากกว่ายาที่จำเป็นและขาดแคลนในประเทศ

การที่ประเทศไทยกำหนดให้ยาเป็นสินค้าที่ขอรับสิทธิบัตร ได้ทั้งสิทธิบัตรกระบวนการผลิต และสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ ซึ่งดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ.2535 ก่อนข้อกำหนดในข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา ที่เกี่ยวกับการค้า จะบังคับใช้ถึง 8 ปี (ในปี 2543) เป็นที่คาดว่าจะทำให้ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศเกิดผลเสียต่อระบบยา และระบบสุขภาพ เช่น ราคาแพง ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็น

### 3.5 ปัญหากฎหมาย

#### 3.5.1 ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาของแพทย์

กฎหมายว่าด้วยเรื่องการกระทำความรุนแรงโดยแพทย์ในระหว่างการให้การรักษา นับเป็นข้อขัดแย้งกับการเคารพยกย่องในสถานะความเป็นแพทย์ตามจารีตประเพณีในระบบของชาวอเมริกัน ในปี ค.ศ. 1940 ศูนย์ระดมความคิดเห็นเพื่อการวิจัยแห่งชาติได้นำเสนอรายชื่อของ 90 อาชีพ ซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรศึกษาจำนวน 2,900 คน แพทย์เป็นอาชีพสุดท้ายในการมีสายสัมพันธ์ สำหรับตำแหน่งที่ 2 ด้วยผู้ว่าการรัฐ และเป็นสิ่งเดียวที่เหนือกว่า โดยศาลสูงของสหรัฐอเมริกา (National Opinion Research Center 1941) และเมื่อไม่นานมานี้ Gallup ได้ทำการสำรวจความคิดเห็น พบว่า แพทย์มีสถานะเป็นที่เคารพนับถือเหนือกว่านักบวช อาจารย์มหาวิทยาลัย และนักธุรกิจผู้บริหาร อย่างไรก็ตาม ขณะนี้เรื่องราวความรู้สึกเกลียดชังของคนไข้ ได้ถูกนำมาตีแผ่โดยสื่อสารสนเทศที่มีชื่อเสียง : การทำการตัดขาที่ผิดพลาด ทารกที่เพิ่งคลอดที่นิวยอร์กเสียชีวิตหลังจากที่อยู่โรงพยาบาลได้เพียงหนึ่งวัน และเด็กชายวัยแปดปี ที่มลรัฐโคโลราโดเสียชีวิตในระหว่างทำการผ่าตัด เมื่อวิสัญญีแพทย์ล้มเหลวในการวางยาสลบ ("D.A. to stay on Death Case Against Doctor" 1995, Rosoff, Pontell, and Tillman 1998; Susman 1995). เมื่อเร็ว ๆ นี้ สำนักวิทยากรทางวิทยาศาสตร์แห่งชาติได้จัดลำดับความประมาททางการแพทย์ ใน 5 กรณี ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตในสหรัฐอเมริกา มะเร็งที่เต้านม อุบัติเหตุทางรถยนต์ และโรคเอดส์ (Weiss 1999) ในแต่ละปี จำนวน 10 % ของแพทย์จะถูกฟ้องในคดีทรมานเวชปฏิบัติ ซึ่งผลการพิจารณามีมูลค่าเกินกว่า 15 ล้านดอลลาร์ (\$ 1.5 billion ) ("Report of the Task Force on Medical Liability & Malpractice" 1987) ถึงแม้ว่าในบางคดีมีความมั่นใจได้ว่าแพทย์สามารถชนะคดีหรือบริษัทประกันภัยสามารถชนะคดี ถ้าพวกเขาตั้งจุดความสนใจในมูลค่าของการฟ้องร้องดำเนินคดี

นักวิจัยที่ฮาร์วาร์ด ประเมินว่า ผู้ป่วย 180,000 คน เสียชีวิตทุกปีเป็นอย่างน้อย เนื่องจาก ความผิดพลาดในการรักษาทางการแพทย์ซึ่งมีความสูญเสียเทียบเท่ากับเครื่องบินเจ็ตขนาดใหญ่ 3 ลำชนกันทุกๆ 2 วัน (Susman 1995) สถาบันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ (The National Academy of Sciences) ได้จัดตำแหน่งความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ เมื่อเร็ว ๆ นี้ว่า เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตในอเมริกาสูงในอันดับที่ 5 นำหน้ามะเร็งเต้านม อุบัติเหตุบนท้องถนน และการติดเชื้อเอดส์ (Weiss 1999) ในทุกปี แพทย์ 10 คนใน 100 คน จะถูกฟ้องด้วยข้อหาทรมานเวชปฏิบัติ : ผลของคำพิพากษาทำให้มีการ

จ่ายค่าชดเชยสูงกว่า 1.5 พันล้านเหรียญอเมริกา (Report of the Task Force on Medical Liability & Malpractice 1987) แม้ว่าในบางรายแพทย์หรือบริษัทประกันภัยจะเป็นผู้ชดเชยหากพวกเขาเลือกที่จะดึงเอาค่าใช้จ่ายในการฟ้องคดี ซึ่งไม่ต้องสงสัยเลยว่า เป็นสัดส่วนที่น้อยเมื่อเทียบกับจำนวนทั้งหมดที่ผู้ป่วยฟ้องหรือชดเชย โดยข้อเท็จจริงแล้ว เป็นการประมาทการเฉพาจากแหล่งเดียว ยังมีเหยื่อหรือผู้เคราะห์ร้ายที่แท้จริงจากการกระทำผิดจากการรักษาที่ไม่ได้ร้องเรียนจาก 7 ถึง 1 ราย (Brennan 1991)

**โศกนาฏกรรมที่เกิดจากความประมาทในการปฏิบัติรักษาในส่วนของแพทย์มีมากมายเท่าไร?** จากการศึกษาของกระทรวงยุติธรรมเมื่อเร็ว ๆ นี้พบว่า มีการจ่ายค่าทดแทนเสียหายในเชิงลงโทษสูงถึง ร้อยละ 13 ในกรณีทุเรษปฏิบัติ จากกลุ่มตัวอย่าง (Bensel and Goldberg 1996) การจ่ายค่าเสียหายในเชิงลงโทษดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า อย่างน้อยสัดส่วนของพฤติกรรมปฏิบัติของแพทย์โดยแท้จริงยังมีสิ่งผิดปกติ ความล้มเหลวในระดับการให้การรักษาที่กฎหมายและวงการวิชาชีพต้องการให้มีในหลาย ๆ กรณี หากไม่ใช่เกือบทั้งหมด ของทุเรษปฏิบัติชัดเจนว่า ยืนอยู่บนพื้นฐาน เรื่องการกระทำ (acts) ที่เกี่ยวข้อง ภายใต้กฎหมายอาญา ในรูปแบบของการทำร้ายร่างกาย (assault) การกระทำบางอย่างก็ถึงระดับของการทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นเสียชีวิต

แม้กระนั้นก็ตาม แม้ว่า ความเป็นจริงของสภาพการตกเป็นผู้เสียหายของผู้ป่วย การกระทำที่ถือว่าคนไข้ได้รับอันตรายสาหัสในประวัติศาสตร์ก็ยังไม่ได้ถูกมองว่าเป็นการก่ออาชญากรรม ภูมิภาคี้กันในอดีตแก่แพทย์จากการถูกฟ้องร้องทางอาญา

ภูมิภาคี้กันแพทย์จากการถูกฟ้องร้องทางอาญายังเกิดจากผลพวงของการใช้จรรยาบรรณความเป็นวิชาชีพด้วย ประการแรก ถือเป็นข้อผูกมัดแพทย์ที่จะดำเนินการใดๆ โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย ความเป็นวิชาชีพในกฎของ Hippocratic oath ยึดโยงกับคุณลักษณะของการเห็นแก่ผู้อื่นในการให้บริการ

**ประการที่สอง** แพทย์ได้ถูกยกแยกออกจากกระบวนการทางอาญาโดยความบุคคลากร ที่โดยธรรมชาติได้รับความไว้วางใจจากลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์-ผู้ป่วย และโดยที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษาทางการแพทย์ สภาวะดังกล่าวเหล่านี้ได้สร้างรูปแบบ "การเคารพเชื่อฟังแพทย์ (deference to doctors)" (Bucy 1989:858) รูปแบบดังกล่าวโดยทั่วไปถูกกำหนดโดยการวิจารณ์ของแฟรงค์ เคอร์โหมด (Frank Kermode) (1995:213)

## # ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของแพทย์ที่จะรับผิดทางอาญา (Physicians' Increasing Vulnerability to Criminal Liability)

แม้ว่าแพทย์จำนวนไม่น้อยที่จะรอดพ้นจากการถูกฟ้องร้องจากผู้ป่วยที่ตกเป็นเหยื่อหรือผู้เสียหาย แต่การรับโทษทางอาญาสำหรับการกระทำความผิดต่อผู้อื่น ชี้ให้เห็นว่าไม่มีภูมิคุ้มกันอย่างเต็มที่ใด ๆ จากความรับผิดทางอาญา บุคคลใดที่ประกอบอาชญากรรมอย่างรุนแรงซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทในทางการแพทย์ เช่น การทำร้ายร่างกายหรือการฆาตกรรมก็ปรากฏชัดเจนว่าจะไม่ได้รับการปกป้องเป็นพิเศษจากการถูกฟ้องร้องในทางอาญา (Hall 1995; McKnight 1996) จำเลยที่เกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดโดยผิดกฎหมายหรือศาลอื่น ๆ มักจะถูกปฏิบัติอย่างรุนแรง (Musto 1973) ในช่วงยุคแรก ๆ แพทย์มักจะเกี่ยวข้องกับปัญหาเรื่องการทำแท้ง ซึ่งหากพบว่าเป็นจริงมักจะนำไปสู่การถูกฟ้องร้องในทางอาญา (Howell 1969)

สิ่งที่สำคัญยิ่งกว่าคือ พัฒนาการในเร็ว ๆ นี้ที่เกิดขึ้นจำนวนไม่น้อยเพิ่มความเป็นไปได้ที่ว่า แพทย์จะเข้ามาสู่คดีอาญา สำหรับการล่วงละเมิดด้านอื่น ซึ่งถูกฟ้องร้องให้ลงโทษในทางอาญา สิ่งสำคัญที่สุดของโครงการด้านงบประมาณของรัฐ เช่น การให้บริการหรือการช่วยเหลือทางการแพทย์จะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติรักษาทางการแพทย์ซึ่งมองข้ามงบประมาณโดยหน่วยงานที่ไม่มีบทบาทอำนาจหน้าที่ทางการแพทย์ซึ่งเกี่ยวข้องกับกองทุนที่ผู้เสียหายได้จ่าย พัฒนาการดังกล่าวในทางกลับกันได้ก่อให้เกิดหน่วยงานตรวจสอบเฉพาะ ซึ่งพัฒนาศักยภาพในการตรวจสอบถึงการฉ้อโกงยกยอกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ และการประพฤติผิดทางการแพทย์ (Jesilow, Pontell, and Geis 1985) ผู้สืบสวนสอบสวนได้เริ่มต้นในปี 1970 ที่จะฟ้องร้องทางอาญา แก่ผู้ให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการที่ผิดปกติ บางครั้งคดีเหล่านี้ยังรวมถึงแพทย์ที่ไปเกี่ยวข้องในการจัดทำหรือจัดตั้งงบประมาณ ซึ่งส่งผลให้ก่อให้เกิดอันตรายทางร่างกายแก่ผู้ป่วย แม้ว่าคดีดังกล่าวนี้จะถูกมองเช่นกันว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการใช้ความรุนแรงแต่ก็เป็นภาระชี้แนะให้เห็นว่า ผู้ฟ้องร้องได้ใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการหลอกลวงฉ้อโกงมากกว่ากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดทางอาญาอย่างรุนแรงที่จะเอาผิดกับแพทย์ คดีที่น่ากลัวเป็นพิเศษประการหนึ่งคือ การฟ้องร้องจักษุแพทย์ในแคลิฟอร์เนีย ผู้ซึ่งทำการผ่าตัดต่อกระจกให้แก่ผู้ป่วยที่มีสายตาดำอยู่แล้วเพื่อเรียกเก็บเรียกเงินค่าช่วยเหลือทางการแพทย์ที่รัฐเป็นผู้จ่าย (Pontell, Geis, and Jesilow 1985) แม้ว่าการดำเนินการที่ไม่จำเป็นทางการแพทย์เช่นนี้อาจจะก่อให้เกิดคนหลายคนที่ตาบอดแต่ในท้ายที่สุด แพทย์ก็ถูกฟ้องร้องและถูกตัดสินเพียงแค่ข้อหาฉ้อโกง (Pontell, Geis, and Hesukiw 1985:1-1; Welkos 1984)

ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง พยาบาลจากสถานพยาบาลกลายเป็นเป้าหมายของรัฐและมลรัฐในการสืบสวนที่เกี่ยวข้องกับการกระทำที่ขาดความมีมนุษยธรรมและการเรียกเก็บซึ่งแพงเกินขนาด (Rosoff et al. 1998) เพียงแค่ห้าเดือนหลังจากการเปิดสถานพยาบาลก็มีคดีขึ้นมาสู่มลรัฐนิวยอร์ก ซึ่งจากการสอบสวนพบว่ามีกรณีการดำเนินการที่ไม่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย (Rosoff et al. 1998) คดีหลักที่ถือว่ารุนแรงคือ การทอดทิ้งผู้ป่วยซึ่งนำไปสู่การฟ้องร้องผู้บริหารสถานพยาบาลในมลรัฐวิสคอนซินและมลรัฐเท็กซัส ซึ่งถูกฟ้องร้องในข้อหาฆ่าคนตายโดยประมาท และการทอดทิ้งผู้อื่นที่ตกอยู่ในภยันตรายซึ่งเป็นความผิดทางอาญา (Schudson, Onellion, and Hochstedler 1984)

ดังนั้นพยานหลักฐานบางประการจะเป็นตัวบ่งชี้ให้เห็นว่ากฎหมายอาญานั้นกำลังแทรกซึมเข้าไปมีบทบาทในวงการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ประเด็นหลักคงยังเป็นว่า ความรับผิดชอบทางอาญาของแพทย์นั้น จะขยายไปสู่การตกเป็นเหยื่อของผู้ป่วยและจะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีในฐานะที่เป็นคดีอาญาประเภทอุกฉกรรจ์ มีเหตุผลหลายประการที่จะคาดหวังว่า กฎหมายอาญาจะขยายไปสู่การควบคุมการใช้ความรุนแรงของแพทย์ ปัจจัยหนึ่งซึ่งอาจจะเพิ่มความเสี่ยงของแพทย์คือ การเคลื่อนไหวทางการแพทย์อย่างกว้างขวางที่ต่อต้านรูปแบบอื่นๆของการใช้ความรุนแรงของอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะขยายความเกี่ยวพันถึงแพทย์ เมื่อสองสามทศวรรษที่ผ่านมา มีความเคลื่อนไหวในการที่จะฟ้องร้องดำเนินคดีทางอาญากับนิติบุคคลซึ่งโดยหลักดั้งเดิมแล้วถูกมองว่าเป็นเรื่องในทางคดีแพ่ง รวมทั้งเป็นเรื่องการได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตในสถานที่ทำงาน (Benson and Cullen 1998; Dutzman 1990) มลภาวะทางสิ่งแวดล้อม (Addison and Mack 1991; Cohan and Shapiro 1995) และ แม้ว่าจะมีน้อยมาก แต่ก็เป็นเรื่องผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภค (Bonner and Forman 1993; Geis et al. 1995) การฟ้องร้องในทางกฎหมายเกี่ยวกับคดีของบริษัทเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า มีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาความคิดไปสู่การรับผิดชอบทางอาญาของแพทย์มากขึ้น

#### # การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม (Cultural Changes)

การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมจำนวนไม่น้อยที่ปรากฏผลว่า มีอิทธิพลต่อการเคลื่อนไหวในเรื่องเหล่านี้ ประการแรก ความเชื่อมั่นของสาธารณชนที่มีต่อกลุ่มชนชั้นสูงในสังคมได้ลดลงเนื่องจากความยุ่งเหยิงทางสังคมของปี 1960 และ 1970 ความไว้วางใจได้ถูกกัดกร่อนแก่วงการธุรกิจขนาดใหญ่และก่อให้เกิดความรู้สึกต่อต้านในเชิงธุรกิจจากบรรยากาศทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมให้มีการฟ้องร้องดำเนินคดีทางอาญากับการกระทำที่ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างรุนแรงของบรรดาบริษัทเหล่านั้น (Cullen et al. 1987) จากการสำรวจในระดับประเทศเมื่อเร็วๆนี้ของการฟ้องร้องดำเนินคดีพบว่า มากกว่า 40 เปอร์เซ็นต์ เป็นหรือเกี่ยวข้องกับ

ความไม่ปลอดภัยในสถานที่ทำงานหรืออาชญากรรมทางสิ่งแวดล้อม (Benson and Cullen 1998) การตอบสนองในทางกฎหมายต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น บ่งชี้ว่า กลุ่มบุคคลที่เป็นวิชาชีพ (รวมทั้งแพทย์ ซึ่งโดยอาชีพแล้วยังคงเป็นอาชีพที่มีเกียรติและเป็นที่ยอมรับ) อาจจะไม่มีความสุขกับระดับของการได้รับความไว้วางใจซึ่งเดิมในอดีตสิ่งนี้จะเป็นตัวปกป้องพวกเขาจากการถูกฟ้องร้องดำเนินคดีทางกฎหมาย

นอกจากการถูกกีดกันความเชื่อถือจากสาธารณะแล้วก็มีหลักฐานบ่งชี้ให้เห็นว่า ประชาชนกำลังเพิ่มความไม่อดกลั้นต่อความเสี่ยงทางด้านสุขภาพร่างกายของพวกเขาและสถานะความเป็นอยู่ที่ตึงเครียดต่อไป (Evan, Cullen, and Dubeck 1993; Friedman 1985) ก่อนหน้านี้การดำเนินการทางธุรกิจที่ได้รับการยอมรับ เช่น ความล้มเหลวของการสร้างเงื่อนไขของความปลอดภัยในที่ทำงาน แต่ปัจจุบัน ได้ถูกมองว่าเป็นสิ่งอันตรายที่ยอมรับไม่ได้ ยิ่งไปกว่านั้นบรรยากาศที่ต้องระมัดระวังและเตรียมพร้อมคือ การก่ออาชญากรรมโดยชนชั้นสูงได้รับการยอมรับว่า ไม่ใช่เป็นเรื่องอุบัติเหตุหรือสถานการณ์ที่จะต้องยอมรับได้อีกต่อไป แต่จะเป็นพื้นฐานสำหรับการฟ้องร้องดำเนินคดีทางอาญา

ในท้ายที่สุดการต่อสู้เพื่อสร้างความเท่าเทียมกันทางการเมืองและทางสังคม ซึ่งเริ่มต้นในปี 1960 ได้กระตุ้นให้สาธารณชนได้ตรวจสอบและระลึกถึงความไม่เท่าเทียมกันที่เกิดขึ้นในทางประวัติศาสตร์ซึ่งกฎหมายตอบสนองต่ออาชญากรรมทางเศรษฐกิจและอาชญากรรมในท้องถิ่นแตกต่างกันออกไปและมีการสนับสนุนการสร้างข้อผูกมัดให้กฎหมายมีบทบัญญัติที่จะสร้างความเท่าเทียมกันเกิดขึ้น (Evans et al. 1993) สถานะการฟ้องร้องทางอาญาที่เพิ่มขึ้นจากการละเมิดกฎหมายที่รุนแรงของบริษัทห้างร้านในปี 1970 และ 1980 ได้สะท้อนให้เห็นว่า สาธารณชนมีความคาดหวังและต้องการที่จะมีบทบัญญัติหรือบทลงโทษอย่างเท่าเทียมกันทั้งผู้กระทำความผิดที่เป็นคนรวยและเป็นคนจน

#### # องค์กรที่ส่งเสริมด้านสุขภาพ (Health Maintenance Organization)

การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมได้สะท้อนให้เห็นความเคลื่อนไหวในวงกว้างที่ต่อต้านการใช้ความรุนแรงของอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ ได้เป็นหนทางนำไปสู่การฟ้องร้องดำเนินคดีทางอาญาในเรื่องของการใช้ความรุนแรงของแพทย์ ข้อพิจารณาประการที่สองคือ แพทย์มีความเสี่ยงสูงมากขึ้นในการที่จะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีที่เกี่ยวข้องกับกรอบการปฏิบัติทางการแพทย์กับเครือข่ายขององค์กรที่ส่งเสริมด้านสุขภาพ (HMOs) การดูแลรักษาสุขภาพได้เพิ่มเป็นลักษณะขององค์กรความร่วมมือมากขึ้นซึ่งกรอบขนาดใหญ่อยู่ที่ระบบราชการที่สามารถขยายการควบคุมเหนือการปฏิบัติรักษาทางการแพทย์ (McKinlay and Stoeckle 1988) แพทย์

และผู้ป่วยจะถูกแทนที่โดยผู้จัดหาและการเข้าสมัครในสภาวะแวดล้อมของการดูแลที่มีการบริหารจัดการแบบใหม่ แพทย์ในปัจจุบันต้องแยกความจงรักภักดีระหว่างการดูแลผู้ป่วยกับองค์กรและผู้ป่วยเองก็ถูกสมมุติว่ามีบทบาทรองลงมาสำหรับส่วนดังกล่าวแพทย์หลายคนได้รายงานถึงความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้ลดน้อยถอยลงและพวกเขามองผู้ป่วยว่า มีความร้ายกาจเพิ่มขึ้นหรือเป็นอริศัตรูและลดความผูกพันจากการมีความสัมพันธ์กันในระยะยาวลง (Stoeckle 1989) ความร่วมมือดูเหมือนว่าจะหลุดหายไปจากการดูแลของแพทย์และสูญเสียความสัมพันธ์อันดีส่วนตัวไป ซึ่งโดยดั้งเดิมแล้วจะแตกต่างกันออกไปจากการถูกวิพากษ์วิจารณ์และการถูกฟ้องร้องดำเนินคดีอาญา ความร่วมมือและความสัมพันธ์อันดีอาจจะได้รับอิทธิพลจากการฟ้องร้องดำเนินคดีอาญาเป็นตัวกำหนดโดยตรง

มีผลงานวิจัยได้ชี้ให้เห็นว่า สาธารณชนส่วนใหญ่ต้องการที่จะฟ้องร้องดำเนินคดีแก่ผู้กระทำความผิดในลักษณะที่เป็นองค์กรมากกว่าที่จะเป็นบุคคลคนเดียว จำเลยที่เป็นองค์กรหรือบริษัทจะถูกมองว่าควรจะได้รับโทษทั้งทางแพ่งและทางอาญาอย่างรุนแรงมากกว่า (Frank et al. 1989; Hans and Ermann 1989) การที่สาธารณชนเกิดความรู้สึกดูหมิ่นดูแคลนองค์กรทางการแพทย์ได้ถูกนำไปสู่การอภิปรายในรัฐสภาและมีข้อเรียกร้องให้มีการจัดทำบทบัญญัติที่รักษาสีทิวของผู้ป่วย (Kilborn 1998) แพทย์ที่เป็นลูกจ้างขององค์กรเกิดความรู้สึกมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีอาญามากแพทย์ที่ครอบครัวยังไว้วางใจเหมือนในอดีต

การสร้างความร่วมมือยังเป็นการผูกวิสาหกิจทางการแพทย์ให้เกิดความเด่นชัดมากขึ้นว่าทำเพื่อเงิน องค์กรที่สร้างขึ้นเพื่อสุขภาพได้ออกแบบการดำเนินการที่หลากหลายเพื่อเพิ่มผลิตผลทางเศรษฐกิจแก่แพทย์ รวมทั้งสิทธิประโยชน์ที่จะลดค่าใช้จ่ายและจำกัดการเข้าถึงการดูแลรักษาเป็นพิเศษและกำหนดการทบทวนการดำเนินการที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาโดยแพทย์ (Wrightson 1990) การใช้สิทธิประโยชน์ทางการเงินโดยองค์กรส่งเสริมสุขภาพบางองค์กรส่งผลให้แพทย์มีทางเลือกในการตัดสินใจสำหรับการรักษา (Hillman, Pauley, and Kerstein 1989) บริษัท The RAND Health Insurance Experiment พบว่า การดูแลโดยองค์กรส่งเสริมสุขภาพให้ความใส่ใจกับการลดค่าใช้จ่ายการทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจลดลงและสถานภาพของผู้ที่มีสุขภาพย่ำแย่ในกลุ่มคนที่เป็นสมาชิกที่มีรายได้ต่ำยิ่งแยลง (Wagner and Bledsoe 1990; Ware et al 1986)

เมื่อแรงจูงใจในการแสวงหากำไรเริ่มต้นที่จะบรรลुकับข้อผูกพันของแพทย์ที่จะรักษา ทศนคติของสาธารณชนที่เกี่ยวข้องกับความหมายของผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอาจจะต้องถูกกำหนดขึ้นใหม่เช่น บริษัทซึ่งถูกพบว่าพยายามที่จะสร้างความสมดุลในเรื่องค่าใช้จ่ายโดยการลดค่าใช้จ่ายเพื่อลดทอนความมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ก็จะมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะถูกฟ้องร้องดำเนินคดี (Swiggert and Farrell 1980) การตกเป็นเหยื่อของผู้ป่วยได้ถูกพิจารณาว่าเป็นผล

พวงของการตัดสินใจในทางธุรกิจที่เกิดจากการไตร่ตรองไว้ก่อนที่จะลดค่าใช้จ่าย ซึ่งจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นการกระทำผิดทางอาญา เมื่อเร็ว ๆ นี้ องค์กรส่งเสริมและดูแลทางด้านสุขภาพองค์กรหนึ่งในเท็กซัสเลือกที่จะจ่ายเงิน 5.35 ล้านดอลลาร์สหรัฐมากกว่าการที่จะไปตอบคำถามในศาลด้วยข้อหาว่า ดำเนินธุรกิจเพื่อมุ่งหวังกำไรอย่างเดียว คดีนี้คือ ("Kaiser Settles Texas Malpractice Case for \$5.35 Million" 1998)

#### # บทบาทของผู้ฟ้องร้องดำเนินคดี (The Role of Prosecutors)

ข้อพิจารณาที่สามที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงของแพทย์คือ บทบาทของผู้ฟ้องร้องดำเนินคดีและเจตนาที่จะเริ่มการฟ้องคดีอาญาต่อแพทย์ การศึกษาของผู้ฟ้องร้องดำเนินคดีทางการแพทย์ระบุให้เห็นว่า การตัดสินใจที่จะกล่าวหาดำเนินคดีอาญา ได้รับอิทธิพลจากความโดดเด่นของระบบการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุม (Benson and Cullen 1998; Benson, Cullen, and Maakestad 1990) ผู้ฟ้องร้องดำเนินคดีดูเหมือนที่จะกล่าวหาดำเนินคดีทางอาญาในคดีซึ่งองค์กรที่เป็นตัวแทนประสบความสำเร็จล้มเหลวที่จะปฏิบัติตามกฎ หรือเมื่อพวกเขาเชื่อว่า จำเลยที่เป็นองค์กรควรจะถูกลงโทษอย่างเหมาะสมจากการหลบเลี่ยง (Benson et al. 1990:364)

การรับรู้ของผู้ฟ้องร้องดำเนินคดีเกี่ยวกับจุดแข็งของระบบการควบคุมดั้งเดิมไม่ได้เกิดขึ้นโดยว่างเปล่า ในคดีที่แพทย์ได้กระทำการโดยรุนแรง การดำเนินการทางกฎหมายเมื่อเร็ว ๆ นี้ เป็นตัวที่จะลดการรับรู้ถึงระบบการควบคุมแบบดั้งเดิม มลรัฐต่างๆ อาจจะมีการเคลื่อนไหวที่จะควบคุมราคาและจำกัดความเสียหายในการจ่ายอันเกิดขึ้นจากการฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับธุรกิจปฏิบัติ โดยเน้นทางเลือกที่จะให้ไปไต่สวนในคณะลูกขุนและทำให้บทบัญญัติในการจำกัดการเชื่อมโยงของธุรกิจปฏิบัติสั้นลง (ในรายงานของคณะทำงานว่าด้วยความรับผิดชอบทางการแพทย์และธุรกิจปฏิบัติในปี 1987) ("Report of the Task Force on Medical Liability & Malpractice" 1987) การตรากฎหมายดังกล่าวนี้ก่อให้เกิดการอ่อนแอในการใช้อำนาจของพลเรือนและทำให้ผู้ฟ้องร้องดำเนินคดีนำคดีเข้าสู่การฟ้องร้องในทางอาญา เพื่อให้มีการลงโทษแก่แพทย์ที่กระทำผิดแทน

โดยสรุป ประเทศไทยได้ระบุปัจจัยหลายประการซึ่งประเทศไทยเชื่อว่าจะเป็นสัญญาณของการเปลี่ยนแปลงในการควบคุมทางสังคมของการที่แพทย์กระทำผิดแบบอุกฉกรรจ์ จุดที่เป็นสัญญาณลักษณะรวมทั้งแรงบีบทางวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นในวงการแพทย์ซึ่งดูเหมือนจะคุกคามระบบการคุ้มครองแพทย์จากการถูกฟ้องร้องแบบดั้งเดิม ต่อไปประเทศไทยจะหันกลับไปดูผลงานการวิจัยของประเทศไทยซึ่งเป็น

การสำรวจคดีต่างๆที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับการฟ้องร้องดำเนินคดีในทางอาญาแก่แพทย์ที่กระทำ  
แก่เหยื่อที่เป็นผู้ป่วยในข้อหาฉกรรจ์ ประเทศไทยให้เหตุผลว่าคดีเหล่านี้เป็นตัวแทนของการ  
เปลี่ยนรูปแบบในการควบคุมทางสังคมของการใช้ความรุนแรงของแพทย์ บางทีอาจจะอยู่ในช่วง  
ของการเริ่มต้นแต่ก็มีพลังอำนาจอย่างลึกซึ้งในการที่จะบ่งชี้โดยนัยถึงการให้การลงโทษทางแพ่ง  
และการลงโทษที่ริเริ่มจากคนในวงการไปจนถึงการก่อกำเนิดของการฟ้องร้องดำเนินคดีในทาง  
อาญา

## บทที่ 4

### บทวิเคราะห์

โดยข้อเท็จจริงแล้วหากพิจารณาถึง กฎหมายที่จำเป็นต่อการพัฒนาประเทศไทยเป็น ศูนย์กลางการรักษาพยาบาลของเอเชียแล้ว จะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องและมีบทบาทมากมายหลาย ฉบับที่เกี่ยวข้อง เพราะการรักษาผู้ป่วยหรือคนไข้ นั้น อาจจะทำในรูปแบบของหน่วยงานของรัฐ โดยตรง เช่น กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย หรือ องค์กรอื่น ๆ ของรัฐ ซึ่งก็จะมีกฎหมาย โดยเฉพาะขององค์กรหรือหน่วยงานมาบังคับหรือปรับใช้ หรืออาจจะทำในรูปแบบของเอกชน ซึ่ง อาจจะเป็นโรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก ซึ่งก็จะมีกฎหมายเฉพาะ เช่น พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ.2541 เป็นต้น หรือ ในอนาคตอาจจะมีการดำเนินการในรูปแบบของการตั้ง โรงพยาบาลที่มีชาวต่างชาติที่เป็นแพทย์มาร่วมลงทุนในรูปแบบของกิจการร่วมค้า (joint venture) หรือ ห้างหุ้นส่วน หรือในรูปแบบของบริษัท จำกัด หรือ บริษัทมหาชน จำกัด ซึ่งก็จะต้องนำหลัก กฎหมายที่เกี่ยวข้อง อาทิ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หรือพระราชบัญญัติบริษัทจำกัด มหาชน มาปรับใช้ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก แนวทางและวัตถุประสงค์ของการศึกษามุ่งที่ มาตรการทาง กฎหมาย (legal measures) ที่จำเป็นต่อการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านการ รักษาพยาบาล เป็นหลัก ดังนั้น เนื้อหาในบทนี้ จึงมุ่งที่จะทำความเข้าใจในสาระสำคัญของ มาตรการทางกฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถจำแนกพิจารณาในประเด็นต่างๆได้ดังนี้

#### 4.1 ประเด็นด้านนิติสัมพันธ์

ประเด็นหลักในเรื่องนิติสัมพันธ์อยู่ที่การเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่าง แพทย์กับผู้ป่วย (Doctor-Patient Relationship) ซึ่งจากเดิมเป็นการปฏิบัติการรักษาเพื่อการช่วยเหลือ ที่ เดิมอาจจะเป็นนิติกรรมหรือนิติเหตุ ไปเป็นเรื่องของสัญญา (Control)

#### 4.2 ประเด็นด้านสิทธิ

ประเด็นเรื่องสิทธิ เป็นประเด็นที่มีความสำคัญ ที่จะต้องมีมาตรการทางกฎหมายระบุ หรืออภิปราย ในด้านของการใช้สิทธิให้ชัดเจน โดยกฎหมายจะต้องให้การคุ้มครองมิให้มี การละเมิดสิทธิของผู้อื่น (abuse of rights) ซึ่งในทางการแพทย์ก็เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยย่อม มีสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติรักษาและคุ้มครองสิทธิมิให้กลายเป็นวัตถุ (materials) อย่างไรก็ดี สิ่งที่จะต้องพิจารณาเป็นประการแรกก็คือ ความหมายและขอบเขตของ สิทธิของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะระบุได้ว่า มีการละเมิดสิทธิหรือไม่

ประเด็นในเรื่องสิทธิ (rights) ในทางการแพทย์นั้นมีการขยายขอบเขตออกไปอย่างกว้างขวาง เพราะเป็นเงื่อนไขที่ผู้ป่วยจะได้รับอย่างเต็มที่ เนื่องจากการรักษาพยาบาลนั้นอาจมีผลกระทบต่อชีวิต ร่างกายของผู้ป่วย โดยมีอาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้น ก่อนและขณะ รวมทั้งภายหลังการรักษาผู้ป่วยจำเป็นจะต้องได้รับการคุ้มครอง

ปัจจุบัน ผู้ป่วยมีสิทธิที่ได้รับการรับรองในทางกฎหมายชัดเจน และถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่ได้รับการรับรอง สิทธิต่างๆในการเลือกแพทย์ หรือสิทธิในการปฏิเสธการรักษา รวมไปถึงสิทธิในการเลือกที่จะปรึกษาแพทย์อื่น (the second or the third opinion) เป็นต้น สิทธิของผู้ป่วยจะต้องมีการประกาศและรับรองให้รับรู้อย่างชัดเจน ซึ่งในปัจจุบันในโรงพยาบาลของไทยหลายแห่งก็ได้มีการติดประกาศให้ทราบตาม ward ต่าง ๆ รวมทั้งในห้องพักผู้ป่วยด้วย

ประเด็นในด้านสิทธิของผู้ป่วยในทางการแพทย์ที่โดดเด่นและได้รับการยอมรับในทางกฎหมายการแพทย์มากที่สุด ก็คือ เรื่อง "ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว" (informed consent)

ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการบอกเล่าอธิบายในสิ่งที่ตนเองประสบ และวิธีการปฏิบัติรักษาในทางการแพทย์ที่จะได้ดำเนินการ (medical treatment) ตัวอย่าง เช่น นาย ก.ป่วยเป็นโรคมะเร็ง (cancer) นาย ก. ควรจะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และได้รับการอธิบายถึง สาเหตุ ปัจจัย ลักษณะโรค อาการ และภาวะคุกคามต่างๆ วิธีการทั้งหมดที่ทางการแพทย์ใช้รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผลข้างเคียง ผลโดยตรงจากการรักษาในแต่ละวิธี และวิธีการที่แพทย์เลือกใช้รักษา และเหตุผลที่เลือกใช้ ผลที่จะเกิดขึ้น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่ได้รับการแจ้ง (informed) และเมื่อผู้ป่วยยอมรับเห็นชอบด้วยจึงได้ตัดสินใจ (โดยผู้ป่วยเองที่จะได้รับการรักษา) ในทางการแพทย์ มักเกิดกรณีเช่นนี้เสมอ โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบต่อไปในชีวิตที่เหลืออยู่ เช่น การพิการ การถูกตัดอวัยวะบางอย่างทิ้งไป

ออสเตรเลีย มีการขยายความถึงลักษณะและองค์ประกอบของความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวว่าจะต้องประกอบด้วยลักษณะต่อไปนี้ (Andrew Dix and Colleague 1996 :86)

- 1) เป็นความยินยอมโดยอิสระอย่างแท้จริง และเป็นความสมัครใจ
- 2) ครอบคลุมกระบวนการรักษาทั้งหมด
- 3) ครอบคลุมถึงบุคลากรทุกฝ่ายที่เข้ามารักษา ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ฯลฯ
- 4) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะ และมีความสามารถที่จะให้ความยินยอม
- 5) อาจมีการให้ความยินยอมเพียงบางระดับเท่านั้น

ดังนั้น ในกรณีที่ประเทศไทยพัฒนาเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลของเอเชีย ชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามารับการรักษา ย่อมเรียกร้องในด้าน ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ผู้ที่จะรักษา เนื่องจากการซึมซับถึงเรื่องสิทธิของ

คนที่จะได้รับในฐานะที่เป็นผู้ป่วย และแพทย์ที่ทำการรักษาต้องรับรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วยในประเด็นนี้ด้วย มิฉะนั้น อาจถูกฟ้องร้อง ข้อหาละเมิด โดยลักษณะที่ "รู้หรือ ควรจะรู้" ว่า ผู้ป่วยมีสิทธิประการใด แต่ประมาทเลินเล่อ ก่อให้เกิดความเสียหายตามองค์ประกอบเรื่องละเมิด ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420

### 4.3 ประเด็นด้านหน้าที่

"มาตรา 323 ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่น โดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ โดยเหตุที่ประกอบอาชีพเป็นแพทย์ เภสัชกร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล นักบวช หมอดู ความ ทนายความ หรือผู้สอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น แล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

ผู้รับการศึกษาอบรมในอาชีพดังกล่าวในวรรคแรกเปิดเผยความลับของผู้อื่นอันตนได้ล่วงรู้หรือได้มาในการศึกษาอบรมนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน"

"มาตรา 324 ผู้ใดโดยเหตุที่ตนมีตำแหน่งหน้าที่ วิชาชีพ หรืออาชีพอันเป็นที่ไว้วางใจล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่น เกี่ยวกับอุตสาหกรรม การค้นพบหรือการนิมิตในวิทยาศาสตร์ เปิดเผยหรือใช้ความลับนั้นเพื่อประโยชน์ตนเองหรือผู้อื่นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ"

- 2) การจัดเก็บข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล
 

พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการได้บัญญัติไว้ในมาตรา 23 ว่า

"มาตรา 23 หน่วยงานของรัฐต้องปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดระบบข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ดังต่อไปนี้

  - (1) ต้องจัดให้มีระบบข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเพียงพอที่เกี่ยวข้องและจำเป็นเพื่อดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์เท่านั้น และยกเลิกการจัดให้มีระบบดังกล่าวเมื่อหมดความจำเป็น
  - (2) พยายามเก็บข้อมูลข่าวสารโดยตรงจากเจ้าของข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่จะกระทบถึงประโยชน์ได้เสียโดยตรงของบุคคลนั้น
  - (3) จัดให้มีการพิมพ์ในราชกิจจานุเบกษาและตรวจสอบแก้ไขให้ถูกต้องอยู่เสมอเกี่ยวกับสิ่งดังต่อไปนี้
    - (ก) ประเภทของบุคคลที่มีการเก็บข้อมูลไว้

- (ข) ประเภทของระบบข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล
- (ค) ลักษณะการใช้ข้อมูลตามปกติ
- (ง) วิธีการขอตรวจดูข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูล
- (จ) วิธีการขอให้แก้ไขเปลี่ยนแปลงชุดข้อมูล
- (ฉ) แหล่งที่มาของข้อมูล
- (4) ตรวจสอบแก้ไขข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลในความรับผิดชอบให้ถูกต้องอยู่เสมอ
- (5) จัดระบบรักษาความปลอดภัยให้แก่ระบบข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้มีการนำไปใช้โดยไม่เหมาะสมหรือเป็นผลร้ายต่อเจ้าของข้อมูล

ในกรณีที่เก็บข้อมูลข่าวสารโดยตรงจากเจ้าของข้อมูล หน่วยงานของรัฐต้องแจ้งให้เจ้าของข้อมูลทราบล่วงหน้าหรือพร้อมกับการขอข้อมูลถึงวัตถุประสงค์ที่จะนำข้อมูลมาใช้ ลักษณะการใช้ข้อมูลตามปกติ และกรณีที่ขอข้อมูลนั้นเป็นกรณีนี้อาจให้ข้อมูลได้ด้วยความสมัครใจหรือเป็นกรณีมีกฎหมายบังคับ

หน่วยงานของรัฐต้องแจ้งให้เจ้าของข้อมูลทราบในกรณีมีการจัดส่งข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลไปยังที่ใด ซึ่งจะเป็นผลให้บุคคลทั่วไปทราบข้อมูลข่าวสารนั้นได้ เว้นแต่เป็นไปตามลักษณะการใช้ข้อมูลตามปกติ"

- (1) ต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเท่าที่เกี่ยวข้องและจำเป็นเพื่อการดำเนินงาน โดยหลักคือ ต้องมีแต่เจ้าของข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเท่านั้นที่ควรรู้ หน่วยงานของรัฐไม่ควรจัดเก็บข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล เนื่องจากรัฐมีหน้าที่ดำเนินงานในส่วนที่เป็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์บุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ หน่วยงานของรัฐจึงมีอำนาจจัดเก็บข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเท่าที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต้องการดำเนินงาน และเมื่อหมดความจำเป็นก็ต้องเลิกใช้ระบบดังกล่าวเพื่อรักษาสิทธิของบุคคลนั้น
- (2) ทำการเก็บข้อมูลโดยตรงจากเจ้าของข้อมูล  
ประเด็นที่น่าสังเกต ได้แก่ พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการได้ใช้คำว่า "พยายาม" เพราะบางกรณีการจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากเจ้าของข้อมูลโดยตรงอาจจะไม่ได้รับความถูกต้องตามความเป็นจริง สาเหตุมาจากเจ้าของข้อมูลอาจจะมีผลประโยชน์ได้เสียในการให้ข้อมูลหรือไม่ต้องการให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่หน่วยงานของรัฐ เช่น กรณีที่ศาลมีคำสั่งให้สืบประวัติและความประพฤติของจำเลยเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาของศาล จำเลยจะมีแนวโน้มที่จะให้ข้อมูลหรือไม่ให้ข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์ต่อตนเอง เจ้าหน้าที่ของรัฐจึงจำเป็นต้องหาข้อมูลทั้งตัวจำเลยเองหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือบุคคลอื่นด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลข่าวสารที่ตรงกับความจริงมากที่สุด
- (3) ให้จัดพิมพ์ในราชกิจจานุเบกษาและตรวจสอบแก้ไขให้ถูกต้องเสมอเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้

ก. ประเภทของบุคคลที่มีการเก็บข้อมูลไว้ เช่น หน่วยงานบางหน่วยงานได้เก็บข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง กรรมการของรัฐวิสาหกิจ อนุกรรมการต่าง ๆ ผู้รับทุนการศึกษา หรือบุคคลประเภทอื่น ๆ แต่กฎหมายให้ใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเภทของบุคคลเท่านั้น ไม่ต้องนำข้อมูลของทุกคนไปลงพิมพ์ในราชกิจจานุเบกษา

ข. ประเภทของข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล เช่น ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประวัติบุคคลหรือประวัติการทำงาน เป็นต้น

ค. ลักษณะการใช้ข้อมูลตามปกติ เช่น กรณีข้าราชการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารงานบุคคล การเลื่อนขั้นตำแหน่งหรือเพื่อพัฒนาตนเอง เป็นต้น

ง. วิธีการขอให้แก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อมูล คือ เมื่อบุคคลใดพบว่าข้อมูลข่าวสารของตนไม่ถูกต้อง ให้มีสิทธิยื่นคำขอเป็นหนังสือให้หน่วยงานของรัฐที่ควบคุมดูแลข้อมูลข่าวสารนั้นแก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือลบข้อมูลส่วนนั้นได้ โดยหน่วยงานของรัฐจะพิจารณาคำขอนั้น และแจ้งบุคคลนั้นทันทีว่าจะแก้ไขหรือไม่ เป็นต้น

จ. แหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ได้ข้อมูลจากที่ใด จากเจ้าของข้อมูล เป็นต้น

ทั้งนี้ประเทศไทยจะสังเกตเห็นว่า ในส่วนที่เป็นข้อมูลข่าวสารของราชการ หน่วยงานของรัฐจะพิมพ์ลงราชกิจจานุเบกษาตามมาตรา 7 ขณะเดียวกันยังต้องนำข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลพิมพ์ลงในราชกิจจานุเบกษาตามมาตรา 23 ด้วย

อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีข้อยกเว้นสำหรับหน่วยงานบางแห่งที่ไม่ต้องปฏิบัติตามก็ได้ ด้วยเหตุผลในการเก็บข้อมูลข่าวสารเป็นความลับ เพื่อประโยชน์ต่อความมั่นคงและความปลอดภัยแห่งชาติ โดยที่หน่วยงานดังกล่าว ได้แก่ สำนักงานข่าวกรองแห่งชาติ สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ และหน่วยงานของรัฐที่กำหนดในกฎกระทรวง ตามความเห็นชอบของคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ไม่ต้องนำข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่อยู่ในความควบคุมดูแลตามมาตรา 23 วรรคแรก (3) ลงพิมพ์ในราชกิจจานุเบกษาก็ได้

(4) การตรวจสอบแก้ไขข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลให้ถูกต้องอยู่เสมอ

หน่วยงานของรัฐจะทำการแก้ไขข้อมูลข่าวสารที่บันทึกผิดพลาดทั้งที่เป็นของเอกชนขอให้แก้ไขและข้อมูลส่วนบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบอยู่เสมอ เพราะหากข้อมูลไม่ถูกต้องอาจก่อความเสียหายหรือเป็นการตัดสิทธิของบุคคลนั้นไป

(5) การจัดระบบรักษาความปลอดภัย

โดยหลักการแล้ว ข้อมูลส่วนบุคคลจะไม่เปิดเผยต่อบุคคลทั่วไป ดังนั้นหน่วยงานของรัฐต้องมีกฎระเบียบและมาตรการในการเก็บรักษาและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล เพื่อรักษาความปลอดภัยของข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลดังกล่าว

3) การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล

โดยทั่วไปแล้ว หน่วยงานของรัฐจะเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลโดยปราศจากความยินยอมเป็นหนังสือของเจ้าของข้อมูลที่ให้ไว้ล่วงหน้าหรือในขณะนั้นไม่ได้ เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามมาตรา 24 โดยสรุปแล้วผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล คือ

"ก. เจ้าของข้อมูล

ข. ผู้ที่เข้าของข้อมูลให้ความยินยอมเป็นหนังสือไว้ล่วงหน้าหรือในขณะนั้น

ค. ผู้ที่อาจรับรู้ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลตามมาตรา 24 ซึ่งกรณีที่หน่วยงานของรัฐอาจเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลให้แก่ผู้อื่นหรือหน่วยงานอื่นได้ พร้อมทั้งต้องทำบัญชีแสดงการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารไว้ด้วย"

- (1) กรณีที่หน่วยงานของรัฐอาจเปิดเผยข้อมูลข่าวสารบุคคลให้แก่ผู้อื่นหรือหน่วยงานอื่น ซึ่งกรณีดังกล่าวจะกระทำได้นี้
- ก. การเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐในหน่วยงานเพื่อนำไปใช้ตามอำนาจหน้าที่  
 หน่วยงานของรัฐซึ่งเป็นนิติบุคคลไม่สามารถดำเนินการใด ๆ ได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องกระทำโดยผ่านทางเจ้าหน้าทีของรัฐผู้ที่จะจัดเก็บและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ของตน ดังนั้นผู้ที่จะจัดเก็บข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลจึงไม่ใช่ผู้ที่จะใช้ข้อมูลเหล่านั้นเพียงคนเดียว เช่น เจ้าหน้าที่กองการเจ้าหน้าที่เป็นผู้เก็บประวัติข้าราชการ แต่ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลนั้น ยังมีเจ้าหน้าที่อื่นที่มีความจำเป็นในการใช้ข้อมูลข่าวสารนั้น เช่น ผู้บังคับบัญชาต้องใช้ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเพื่อแสดงการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขั้นและตำแหน่ง หรือเพื่อประกอบการพิจารณาลงโทษทางวินัยแก่ข้าราชการในหน่วยงานนั้น ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่เก็บรักษาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลจึงมีอำนาจเปิดเผยข้อมูลนั้นต่อเจ้าหน้าที่อื่นในหน่วยงานที่มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ โดยไม่ต้องได้รับการยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
- ข. การเปิดเผยโดยการใช้ข้อมูลตามปกติ  
 หน่วยงานของรัฐต้องแจ้งวัตถุประสงค์ที่นำข้อมูลข่าวสารไปใช้แก่เจ้าของข้อมูล และต้องประกาศลักษณะการใช้ข้อมูลตามปกติลงในราชกิจจานุเบกษาด้วย กล่าวคือ การใช้ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลตามวัตถุประสงค์ของการจัดระบบข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลจึงเป็นเรื่องที่หน่วยงานของรัฐมีอำนาจทำได้และเจ้าของข้อมูลข่าวสารย่อมรู้อยู่แล้ว
- ค. การเปิดเผยต่อหน่วยงานของรัฐด้านการวางแผนสถิติและสำมะโน  
 กฎหมายกำหนดให้สามารถเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่ทำงานด้านการวางแผนหรือการสถิติหรือสำมะโนต่าง ๆ ซึ่งต้องเก็บรักษาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลไม่ให้เปิดเผยไปยังบุคคลอื่นที่ไม่มีอำนาจหน้าที่ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารแก่สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชากร เศรษฐกิจ การเกษตร อุตสาหกรรม ธุรกิจ และการอื่นเพื่อใช้ประโยชน์ในทางสถิติ เช่น พระราชกฤษฎีกาการทำสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2532 (กฤษฎีกา พ.ศ. 2532) กำหนดให้สำนักงานสถิติแห่งชาติจัดทำสำมะโนประชากรและเคหะเพื่อทราบสถิติเกี่ยวกับจำนวนประชากรและเคหะ รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับประชากรในเรื่อง เพศ อายุ สัญชาติ สถานที่เกิด การศึกษา สถานภาพการสมรส จำนวนบุตร จำนวนที่อยู่อาศัย ฐานะทางเศรษฐกิจ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาท้องถิ่นและกำหนดนโยบายในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และเพื่อใช้ประกอบการวางแผนงานบริหารของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งของรัฐและของเอกชน เป็นต้น โดยพระราชบัญญัติสถิติ พ.ศ. 2508 ได้กำหนดให้ข้อมูลหรือตัวเลขที่ได้มานั้นเป็นความลับห้ามผู้ที่มีหน้าที่ปฏิบัติการตามกฎหมายนี้เปิดเผยข้อความหรือตัวเลขดังกล่าว เว้นแต่เพื่อประโยชน์ในการสอบสวนหรือการพิจารณาคดีที่บุคคลนั้นต้องหาว่าการกระทำความผิดต่อพระราชบัญญัตินี้
- ง. การเปิดเผยเป็นการใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัย



สิทธิให้ปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดยเคร่งครัด ผู้ป่วยมีสิทธิรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ (ฤทัย หงส์สิริ และมานิตย์ จุ่มปา, 2542: 100)

#### 4.4 ประเด็นด้านความรับผิดชอบของแพทย์

"มาตรา 420 ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น" (ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, 2540: 86)

#### 4.5 ประเด็นด้านเหตุยกเว้นความรับผิด

#### 4.6 ประเด็นด้านความเสียหายจากการรักษา

#### 4.7 ประเด็นด้านโทษ

#### 4.8 ประเด็นด้านการขัดกันทางกฎหมาย

#### 4.9 ประเด็นด้านการพิจารณาคดีและ

#### 4.10 ประเด็นด้านการบังคับคดี

#### 4.11 การวิเคราะห์คดี

นอกจากการสืบสวนสอบสวนเกี่ยวกับการฟ้องร้องดำเนินคดีแก่แพทย์แล้ว ประเทศไทยยังได้สำรวจคดีต่างๆ ที่ไม่ได้ปรากฏและศึกษาลักษณะเฉพาะซึ่งจำแนกประเภทการฟ้องร้องจากการ訴่มากกว่าที่จะระบุเหตุการณ์ที่เป็นรูปแบบ การวิเคราะห์คดีเหล่านี้จะถูกศึกษาเพื่อการเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป โดยเหตุผลอย่างน้อยสองประการคือ

ประการแรก ประเทศไทยไม่สามารถที่จะสลัดความยุ่งยากจากสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าแพทย์มีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีหรือมักจะเกี่ยวข้องกับข้อกล่าวหาว่า เป็นการใช้ความรุนแรงในทางการแพทย์หรือทั้งคู่ ผู้สังเกตการณ์ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการก่อกองคดีอาชญากรรมทางเศรษฐกิจแนะนำว่า การฟ้องร้องคดีดังกล่าวเป็นเพียงยอดของภูเขาน้ำแข็งเท่านั้นหากยังเป็นจริงว่าแพทย์ได้ยังกระทำความผิดทางอาญาอย่างรุนแรงอยู่ ข้อมูลที่เปิดเผยเหล่านี้ อย่างน้อยก็เป็นบางส่วนเท่านั้น ซึ่งแพทย์ยังมีความเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้องดำเนินคดี

ประการที่สอง ในความเกี่ยวข้องหลักๆ ประเทศไทยไม่มีข้อมูลหรือจากผู้อื่นซึ่งจะสามารถรวบรวมการก่อกองคดีอย่างรุนแรงของแพทย์ซึ่งถูกค้นพบและนำไปสู่การถูกฟ้องร้องดำเนินคดีหากประเทศไทยมีข้อมูลดังกล่าวก็จะเป็นไปได้ที่จะตรวจสอบควบคุมถึงธรรมชาติของการมีพฤติกรรม การกระทำความผิดซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะได้รับการตรวจสอบ ซึ่งลักษณะของแพทย์ที่ถูก

ฟ้องร้องจะแตกต่างกันไปในแต่ละคดี ไป นอกจากนี้ โดยไม่มีข้อมูลดังกล่าว ประเทศไทยจึงวิเคราะห์ในเชิงเสนอแนะ

ในการกลั่นกรองคดี เพื่อดูลักษณะร่วม ประเทศไทยได้ศึกษาลักษณะที่เกิดขึ้นในกรอบการวิเคราะห์ (เช่น สถานที่ที่มีการจัดให้บริการทางการแพทย์ ประวัติของการถูกลงโทษมาก่อน การขาดการประกันภัย ความอ่อนแอของผู้เคราะห์ร้าย รวมทั้งเพศของแพทย์ผู้รักษา) ประเทศไทยยังได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่มีมาก่อนหน้านี้ เกี่ยวกับการฟ้องร้องดำเนินคดีอาชญากรรมทางเศรษฐกิจเพื่อใช้ในการประเมิน ในส่วนต่อมาก็คือ การวิจัยได้ช่วยชี้แนะว่า โจทก์หรือผู้ฟ้องคดีก็สามารถที่จะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีได้เช่นกันจาก

ประการแรก ความซับซ้อนทางกฎหมายและที่เกิดขึ้นจริงของอาชญากรรมทางเศรษฐกิจบางประการจะเกี่ยวข้องกับความต้องการที่จะรวบรวมข้อมูลข้อกล่าวหาทางอาญาลดลง (Benson et al. 1990) คดีต่างๆเกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริงที่มีรูปแบบที่ซับซ้อนต้องการศึกษาที่ขยายออกไปและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ

อัยการในท้องถิ่นมักจะขาดทรัพยากรสำหรับการฟ้องร้องคดีที่ต้องอาศัยเทคนิคความเชี่ยวชาญเฉพาะที่จะดำเนินการให้บรรลุผล (Benson et al. 1990)

ประการที่สอง กรณีการฟ้องร้องทางอาญาต่อผู้กระทำผิดที่เป็นอาชญากรรมทางเศรษฐกิจเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัย ด้วยข้อหาที่รุนแรง (Shapiro 1985) คดีที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายร่างกายผู้เสียหายได้กระตุ้นให้มีการดำเนินการอย่างจริงจังจากอัยการ (Benson and Cullen 1998)

ประการที่สาม การฟ้องร้องทางอาญาจะเป็นความชอบธรรมหากที่เป็นโจทก์สามารถแสดงถึงการเป็น "ผู้คำนวณที่สมเหตุผล (rational calculators) ที่จะระบุผลประโยชน์เหนือชีวิตมนุษย์คล้ายกับการประกอบอาชญากรรมบนท้องถนน (Cullen et al 1987)

ประการที่สี่ ความเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีทางอาญา มักจะเกี่ยวพันกับคุณสมบัติของแพทย์ด้วย การวิจัยบ่งชี้ว่า แพทย์ที่ถูกลงโทษจากการล่วงละเมิดทางการแพทย์โดยรูปแบบแล้วมักไม่ใช่แพทย์ส่วนใหญ่ และมักจะเกิดขึ้นในชุมชนที่ยากจน ที่มีการจ่ายค่าบริการต่ำ ซึ่งกระตุ้นและมีการดำเนินการที่ผิดกฎหมาย (Pontell; Jesillow, Geis และ O'Brien 1985)

ในตารางที่ 1 ประเทศไทยได้แสดงรายละเอียดของคดีในรูปของลักษณะพื้นฐานที่มีแนวโน้มจะถูกฟ้องร้องดำเนินคดี มีการระบุในคอลัมน์สุดท้าย ถ้าเครื่องหมาย X แสดงถึง คดีที่กำหนด ถ้าเครื่องหมาย O แสดงถึง ลักษณะที่ไม่ปรากฏและเครื่องหมาย M หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องไม่สามารถหาได้จากแหล่งข้อมูลที่มี ประเทศไทยได้สังเกตหลาย ๆ รูปแบบพบว่า บางอย่างจะมีรายละเอียดมากกว่าคดีอื่นๆ

ในตอนเริ่มต้นคดีทั้งหมด แต่มีเพียงคดีเดียวที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความรุนแรงทำร้ายร่างกายผู้ป่วย ดังนั้น ในคดีที่มีการฟ้องร้องดำเนินคดี พบว่า มี 13 คดีที่ผู้ป่วยตาย เช่น คดี

Klvana, Warden และ Kapen (เป็นการตายของทารก) คดี Benjamin, Steir และ Biskind (เป็นการตายของผู้หญิงที่ทำแท้ง นอกจากนี้ ในคดี Hyatt ทารกได้รับความทุกข์ทรมาน จากแขนในระหว่างที่มีการทำแท้งโดยผิดกฎหมาย ในคดี Einaugler อาจจะเป็นคดีเดียวที่ไม่แสดงให้เห็นถึงการที่ผู้ป่วยได้รับอันตรายอย่างรุนแรง แม้ว่า การเสียชีวิตของผู้ป่วยจะกระตุ้นให้มีการฟ้องร้องดำเนินคดี การตายของผู้ป่วยที่ชราในคดีนี้ ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงอย่างชัดเจน สำหรับการกระทำของแพทย์ เนื่องจากสถานะและการขาดการชันสูตรศพ (Crane 1994) การลดข้อกล่าวหามาสู่ข้อวิพากษ์ ในคดี Einaugler กับคดีอื่นๆ ด้านประเภทคดีทำร้ายร่างกาย ฆ่า ฆ่าคนตายโดยประมาท และเจตนาฆ่า

นอกจากนี้ยังปรากฏว่า มีความเกี่ยวข้องกับแพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ ซึ่งจะรู้สึกกระตือรือร้นอย่างรุนแรง จากการถูกฟ้องร้องดำเนินคดี คดี 5 รายใน 8 ราย ที่สังเกตเห็นได้ว่า แพทย์นั้น ถูกระบุว่า เป็นแพทย์ไม่แท้จริง (fringe doctor) เช่น นายแพทย์ Klvana เป็นแพทย์ที่เรียนโรงเรียนแพทย์และฝึกหัดในเซกโกสโลวาเกีย (Omstad 1986) แพทย์ Hyatt จบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ในกัลกัตตา (Calcutta Medical School (Kocieniewski 1993) แพทย์ Falconi จบแพทย์จากอเมริกาใต้ แพทย์ Benjamin เป็นผู้อพยพมาจากอิหร่าน (Abramovsky 1995) นอกจากนี้ Abu Hyatt และ David Benjamin ได้ฝึกหัดในชุมชนที่พูดภาษาสเปนที่มีรายได้ต่ำ และโฆษณาในหนังสือพิมพ์ที่ใช้ภาษาสเปนเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ผู้ที่ถูกกล่าวหาในคดีศูนย์การแพทย์ Polk Medical Center ยังได้ถูกจ้างในตำแหน่งที่ต่ำ (low-status position) แพทย์ที่ให้บริการประชาชนที่ทำงานในรัฐที่ใหญ่ที่สุดของเพนซิลวาเนียที่จะดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางจิต (Six Doctors Charged in Abuse of the Mentally Retard 1999) แม้ว่าข้อมูลที่ชัดเจนจะหาไม่ได้ แต่อย่างน้อยชื่อแพทย์ที่ถูกกล่าวหาบางส่วน มักจะเป็นแพทย์ที่เติบโตและเกิดในต่างประเทศ ในทางตรงกันข้าม แพทย์ Billig ที่เป็นแพทย์อาวุโสที่ศูนย์การแพทย์โรคหัวใจของกองทัพเรือ (Navy's Cardiothoracic Surgery Department) แพทย์ Kapen ซึ่งเป็นวิสัญญีแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และแพทย์ที่ทำงานด้าน HMO ที่เกี่ยวข้องกับคดี Chem-Bio ก็สะท้อนให้เห็นถึงการเป็นแพทย์ที่เกิดและเรียนแพทย์ในอเมริกา

มี 6 คดีแสดงให้เห็นว่ามีการดูแลรักษาที่มุ่งผลกำไร จากตัวอย่างคดีการฟ้องคดี Chem-Bio laboratory ได้ เชื่อมโยงกับความผิดพลาดในการตัดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ โดยภาพรวม คดีต่างๆ ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงคุณภาพการรักษาที่ประณีตเรื่องการลดค่าใช้จ่าย ที่มีการอภิปรายถึงการเคลื่อนไหวของ HMO หรือ องค์กรการจัดการด้านสุขภาพ คดี Hyatt ซึ่งก็สะท้อนถึงการเป็นแพทย์พาณิชย์ ทำให้การรักษาเป็นไปในระดับกลางๆ และเป็นตัวอย่างให้เห็นอย่างดีว่ามีการรักษาโดยมุ่งผลกำไร

Dr. Falconi เสนอลดราคาค่าบริการเนื่องจากเขาไม่ได้รับใบประกอบวิชาชีพแพทย์ในอเมริกา ส่วนคดี Benjamin ก็เรียกค่าบริการ 650 เหรียญอเมริกา ซึ่งเป็นราคาที่สูงกว่ามาตรฐานทั่วไป (Garcilaza and Merrill 1995) นอกจากนี้คดี Benjamin ก็มีการเร่งให้รีบออกจากห้องพักฟื้นเพื่อจะรับบริการผู้ป่วยรายอื่นๆ ทำให้เป็นเหตุให้ผู้ฟ้องร้องดำเนินคดีเรียกคดีนี้ของเขว่าเป็น "abortion mill" ในทำนองเดียวกัน เรื่องเกี่ยวกับเศรษฐกิจ หรือ พาณิชนิยม ก็เกี่ยวข้องอย่างเห็นได้ชัดเจนว่า มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยที่แย่ (poor care) เห็นได้จากคดีทำแท้ง Biskind (Steckner and Snyder 1999)

กรณีคดีของ Dr. Klvana ที่นิยมจัดการเดินทางไปรักษาที่บ้านผู้ป่วยก็แสดงให้เห็นชัดเจนว่าได้รับอิทธิพลจากเชิงพาณิชนิยม แม้ว่าจะมีข้อเท็จจริงระบุว่า ทีมงานจะได้เอกสิทธิ์พิเศษที่โรงพยาบาลในเขตพื้นที่ถึง 4 แห่งที่จะดำเนินการได้

คดีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบข้อเท็จจริงอย่างง่าย ๆ ที่ดูเหมือนว่าจะนำไปสู่การดำเนินการฟ้องร้องดำเนินคดี ดังแสดงในตารางที่ 1 นั้น 11 ใน 15 คดี เป็นการฉายภาพอนาคตที่สามารถเข้าใจได้อย่างง่ายดาย เช่น การสอดท่อให้อาหารเข้าไปในร่างกายในแต่ละวันที่เกิดผิดพลาด เพราะว่า เกิดอาการร่วนนอนระหว่างที่ดำเนินการผ่าตัด เป็นผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการตกเลือดและเสียชีวิตในเวลาต่อมาในห้องพักฟื้น ข้อเท็จจริงเช่นนี้ก็ดูเหมือนจะเผยให้เห็นถึงว่าอาจจะเกิดขึ้นในอนาคต และก็จะมมีปัญหาการฟ้องร้องดำเนินคดีว่าเป็นการกระทำทางอาญาหรือไม่ เมื่อนำคดีขึ้นสู่ศาล (เป็นการกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นเสียชีวิตมากกว่าเจตนาฆ่า) ทนายจำเลยในคดี Einaugler ให้เหตุผลว่า การใส่หลอดให้อาหารผิดไม่ใช่สาเหตุของการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต อัยการในคดี Kapen ยอมรับเรื่อง Plea bargaining เนื่องจากการที่เกิดความไม่ชัดเจนว่า จะสามารถพิสูจน์ว่ามีเจตนาในทางอาญาหรือไม่ ในทำนองเดียวกัน คดี Verbrugge เป็นกรณีเงื่อนไขทางพันธุกรรมซึ่งมักไม่ค่อยจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ที่จะถูกพิจารณาในข้อสงสัยว่าเป็นความผิดของแพทย์

แม้ว่าในคดีต่าง ๆ 15 คดี ที่เกี่ยวข้องกับการตกเป็นเหยื่ออันเป็นผลมาจากการดำเนินการนอกกรอบจากที่โรงพยาบาลกำหนด คดี Chem-Bio ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางการแพทย์ คดี Einaugler เกี่ยวกับสถานพยาบาล และคดี Polk ที่เกี่ยวกับสถาบันดำเนินการด้านการรักษาผู้ป่วยทางจิตของรัฐ คดี Benjamin Hyatt, Steir และคดี Biskind ล้วนเป็นการผิดพลาดจากการทำแท้งในคลินิกส่วนตัวทั้งสิ้น ในขณะที่ คดี Falconi, Warden, และ Reynolds เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติรักษาที่บ้าน การดำเนินการที่มีความเสี่ยงอย่างคดี Klvana

ที่ทำที่สำนักงานส่วนตัว หรือที่บ้านของผู้เสียหาย ในขณะที่การฟ้องร้องดำเนินคดีเน้นที่ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการรักษาออกโรงพยาบาล ทนายจำเลยในคดี Klvana ระบุว่า เป็นคดีที่เป็นการเลือกที่ไม่ถูกต้องที่จะส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลที่คิดค่ารักษาพยาบาลสูง

แพทย์ที่มีประวัติการกระทำผิดในวิชาชีพอย่างน้อย 5 ราย Klvana และ Verbrugge ได้สูญเสียความน่าเชื่อถือในสิทธิพิเศษสำหรับทีมงานในหลายๆโรงพยาบาลก่อนที่จะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีอาญา ในปี 1978 Klvana ได้ละเมิดบทบัญญัติการควบคุมถึง 26 ครั้ง (Klunder 1987) Benjamin ได้ถูกสอบสวนซ้ำในกลางปี 1980 ในหน่วยงานด้านสาธารณสุขของนิวยอร์ก (New York Department of Health)

ในปี 1986 คณะกรรมการตรวจสอบทางการแพทย์ได้ ระบุว่าเขาได้ดำเนินการโดยประมาทและได้ระงับการใช้ใบอนุญาต เป็นเวลา 3 เดือน (Abramovsky 1995) ก่อนที่จะมีการพิจารณาลงโทษวิชาชีพ มีอิทธิพลต่อลักษณะทั่วไป อย่างน้อย แพทย์ 5 คน ไม่สามารถที่จะได้รับการช่วยเหลือในด้านการประกันทางการแพทย์ก่อนที่จะถูกฟ้อง ก่อนจะถูกฟ้องถึงการกระทำผิดทางอาญา เนื่องจากการต้องถูกฟ้องร้องในทางอาชีพ มี 8 คดี ใน 15 คดี ที่เคยถูกลงโทษในวิชาชีพมาก่อน หรือถูกปฏิเสธในด้านการประกันภัยจากการดำเนินการรักษาที่ผิดพลาดชี้ให้เห็นว่ามีความล้มเหลวในระบบการควบคุมดั้งเดิมเกี่ยวกับแพทย์ ปัจจัยเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการใช้การลงโทษทางอาญาต่อรูปแบบของการกระทำผิดของอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ (Benson and Culen 1998; Benson et al. 1990)

ผู้ป่วย หรือ เหยื่อ ใน 11 ราย ได้ระบุการลักษณะที่อัยการสามารถใช้สนับสนุนความเสี่ยง และความต้องการที่ได้รับการปกป้อง ผู้เสียหายในคดี Klvana Warden, Kaper และ Schug จะเป็นเด็กทารกที่ขาดการดูแลช่วยเหลือ ผู้เสียหายในคดี Einaugler เป็นหญิงชราตาบอดที่มีอายุ 72 ปี ผู้เสียหายในคดี Polk เป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางจิต ในทำนองเดียวกันในคดี Verbrugge เกี่ยวข้องกับการตายของเด็ก 8 ขวบ ในคดี Benjamin, Hyatt, Steir, และ Biskind หญิงตั้งครรภ์ตกเป็นผู้เสียหาย มีข้อสังเกตว่า มีเพียง 2 คดี ที่ผู้เสียหายเป็นชายหนุ่ม สถานการณ์นี้เสนอถึงสิ่งที่มีอยู่ที่เป็นไปได้ของ "Chivalry effect" ในขณะที่อัยการเพิ่มเจตนาที่จะเริ่มการฟ้องร้อง คดีทางอาญา ในคดีที่ผู้เสียหายสะท้อนถึงการรับรู้ดั้งเดิมที่มีความเสี่ยงสูง 15 คดีทั้งหมดเกี่ยวกับแพทย์ชาย และผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นผู้เสียหาย ได้แก่ เด็กผู้หญิง และคนแก่ ที่อาจจะแสดงออกในผู้เสียหาย ชาย

โดยสรุป คดีที่แพทย์ถูกฟ้องร้องดำเนินคดีเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงมักมาจากการดำเนินการรักษาที่คลินิคที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ชาย และเป็นผลให้เกิดการได้รับอันตรายอย่างรุนแรง นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตว่า จะเป็นการให้การบริการรักษานอกโรงพยาบาล การฟ้องมีข้อเท็จจริงที่ง่าย ๆ และที่สามารถเข้าใจได้ และเป็นตัวอย่างที่แสดงถึง ความอ่อนแอ และความเสียหายของตัวผู้ป่วย คดีเหล่านี้ยังมีแนวโน้ม แสดงถึงการถูกฟ้องร้องเกี่ยวกับการได้ประโยชน์ทางการแพทย์ โดยการไปให้บริการทางการแพทย์นอกสถานที่ ที่มักมีแรงจูงใจในเชิงพาณิชย์ รวมทั้งแพทย์เหล่านั้นก็เคยมีประวัติการกระทำผิดในทางวิชาชีพหรือไม่ได้ประกันภัยทางการแพทย์ไว้

### การอภิปราย (Discussion)

การใช้ความรุนแรงในเชิงการกระทำผิดกฎหมายไม่เพียงแต่เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเห็นประจักษ์จริง (objective event) แต่ยังเป็นความจริงที่สังคมรับรู้อันตรายที่เกิดขึ้นจริง แม้จะเป็นความเสียหายที่เลวร้ายแต่ก็ยังไม่ปรากฏอยู่หลายปี โดยที่ไม่ได้มีการกำหนดขอบเขตและปฏิบัติโดยถือเป็นการฟ้องร้องดำเนินคดีทางอาญา โดยความเป็นจริงแล้ว ข้อวิพากษ์จาก E.A. Ross (1907) ต่อข้อวิจารณ์ได้แสดงให้เห็นว่า อาชญากรรมทางเศรษฐกิจ กระทำ ความผิดอย่างไร ที่ทำให้คนโดยทั่วไปไม่สนใจ และไม่ถูกฟ้องร้องดำเนินคดีอาญา ทั้ง ๆ ที่มันแสดงให้เห็นว่า เส้นทางนี้ไม่เพียงแต่เป็นที่เกิดเหตุของความรุนแรง การดำเนินธุรกิจที่สร้างอันตรายแก่ทางร่างกาย รวมทั้งการเกิดค่าใช้จ่ายมหาศาลอย่างชัดเจน จุดมุ่งหมายของการวิจารณ์ก็เพื่อให้สังคมรับรู้ การกระทำผิดของอาชญากรรมทางเศรษฐกิจว่าเป็น "อาชญากร" และกำหนดนิยามการกระทำผิดที่เป็นการทำอันตรายผู้คนว่าเป็น "ความรุนแรง" (ดูตัวอย่าง Cullen et al. 1987; Frank and Lynch 1992; Hills 1987; Kranier 1992; Mok hiber 1989) นักอาชญาวิทยามักจะเผยให้เห็นถึงอุปสรรคที่ขัดขวางภาพของอาชญากรรมทางเศรษฐกิจว่าเป็นอาชญากรรมที่ก่อให้เกิดความรุนแรง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีบทบาทโดดเด่นอย่างเห็นได้ชัดในการจัดทำกฎหมาย รวมทั้งการกระทำทั้งหลายที่ออกมาในเชิงเทคนิควิธีและการกระทำผิดที่ห่างไกลจากการกระทำโดยทั่วไปที่เกิดในการไต่สวนและดำเนินคดีอาญาทั่วไป (Sutherland 1949) สื่อมวลชนที่เสนอข่าวจะเน้นที่ความไม่ได้สัดส่วนของอาชญากรรมที่ใช้ความรุนแรงบนท้องถนน และมักจะละทิ้งมูลค่าความเสียหายของการประกอบอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ (ดูตัวอย่าง Lynch, Nalla, and Miller 1989; Wright, Cullen and Blankenship 1995)

ดังนั้น ความก้าวหน้าที่สำคัญที่เกิดขึ้นในการให้นิยามใหม่ ของอาชญากรรมทางเศรษฐกิจว่าเป็นการกระทำผิดในฐานะอาชญากร ความเคลื่อนไหวของทางการที่เปิดเผยออกมาถึงการไต่สวน อาชญากรรมทางเศรษฐกิจก็คือ การฟ้องร้องดำเนินคดีกับอาชญากรรมทาง

เศรษฐกิจ โดยไม่มีการยกเว้น (Benson and Cullen 1998; Weisburd et al. 1991; Wheeler, Mann, and Sarat 1988; รวมทั้ง Mann 1985) แม้ว่ามิไม่มากนักสำหรับการสืบสวนบรรดาพวกชนชั้นสูงที่ก่ออาชญากรรม ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของการประกอบอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ ไม่ว่าในรูปของการยกยอก การค้าข้อมูลวงใน การฉ้อโกงธุรกิจ หรือ การที่นักการเมืองถูกกล่าวหาว่า ทุจริตคอร์รัปชัน และได้ไปเยือนต่อหน้าศาล นั่งฟังการพิจารณาคดีหรือขึ้นหน้าหนึ่งในหัวข้อข่าวของหนังสือพิมพ์ อาชญากรรมทางเศรษฐกิจที่ใช้ความรุนแรง จะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในเขตเมือง และในเขตที่มีสำนักงานอัยการคดีพิเศษตั้งขึ้นมาเพื่อดำเนินการโดยเฉพาะ (Benson and Cullen 1998 และดู Cullen et al. 1987)

หากจะพูดให้ใกล้กับเป้าหมายของประเทศไทยยิ่งขึ้นก็คือ แพทย์ไม่ได้มีภูมิคุ้มกันจากการถูกฟ้องร้องดำเนินคดีจากการกระทำความผิดทางอาญา เช่น การฉ้อโกงทางการช่วยเหลือ / การดูแลในทางการแพทย์ การสั่งยาที่ขาดความถูกต้อง การล่วงละเมิดทางเพศแก่ผู้ป่วย (Green 1997; Jesilow et al. 1993) อย่างไรก็ตามศูนย์กลางการศึกษาวิเคราะห์ของประเทศไทยก็คือ คำถามที่ว่า ความรุนแรงที่แพทย์ได้ก่อในการดำเนินการรักษาในทางการแพทย์ได้บรรลุถึงองค์ประกอบของกฎหมายอาญาหรือไม่ (whether violence that physicians exact in the course of their medical practice has been brought within the reach of the criminal law.) แม้ว่ามันจะเป็นเรื่องที่น่าอับอายที่จะระบุว่า มีการกระทำความผิดทางอาญาในลักษณะของความรุนแรงของแพทย์เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด แต่แน่นอนว่า ปรากฏการณ์เช่นนี้ก็ยังมีอยู่จริง (Green 1997) โดยแง่มุมทางประวัติศาสตร์แล้ว ความรุนแรงดังกล่าวได้ถูกเก็บซ่อนไว้เนื่องจากการถูกปิดบังไว้จากกระบวนการในทางการแพทย์ หรือถูกดำเนินการ โดยกลไกการควบคุมทางสังคมอื่นๆ เช่น การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายในทางแพ่ง หรือการลงโทษในทางวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการเริ่มต้นโครงการนี้ ประเทศไทยได้มองการณ์ล่วงหน้าไว้ว่าวิชาชีพทางการแพทย์ หรือแพทย์ก็มีความแข็งแกร่งเกินกว่าที่จะดำเนินการใดๆ (invincibility) ในการฟ้องร้องดำเนินคดีในความผิดฐานกระทำการแพทย์โดยใช้ความรุนแรง

ปัจจัยโดยทั่วไปสองประการที่ดูเหมือนจะเป็นตัวชี้วัดว่า ความพยายามที่จะให้สังคมรับรู้ถึงการกระทำผิดของแพทย์ในฐานะที่เป็นอาชญากรรมที่รุนแรง ประการแรก มีความสมเหตุสมผลที่จะเป็นไปได้ว่า ความพยายามโดยทั่วไป ที่จะระบุถึงความเป็นอาชญากรรมในเชิงเศรษฐกิจ ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นพฤติกรรมที่ทำอันตรายแก่บริษัทหรือองค์กรทางกายภาพ (Cullen et al. 1987) แม้ว่าจะกระจายครอบคลุมความรุนแรงโดยวิชาชีพส่วนบุคคล เช่น แพทย์ ประการที่สอง การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อวิชาชีพทางแพทย์ และการให้บริการดูเหมือนจะเพิ่มความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนรูปแบบในวิถีทางที่พฤติกรรมของแพทย์จะถูกควบคุม

จากรายงาน การแสวงหาคดีต่างๆของประเทศไทยไม่ได้ครอบคลุมตัวอย่าง 15 ราย ที่ ความรุนแรงของแพทย์ส่งผลต่อการถูกฟ้องร้องดำเนินคดีทางอาญา อาจจะมีคนโต้แย้งว่า คดี 15 คดี อาจจะไม่สอดคล้องนักหากเปรียบเทียบกับตัวอย่างต่างๆที่แพทย์ใช้ความรุนแรงโดยไม่ถูก ฟ้องร้องดำเนินคดี ใครบางคนอาจจะให้ยังให้ข้อสังเกตด้วยว่า การฟ้องร้องดำเนินคดีส่วนใหญ่ เน้นไปที่แพทย์ที่มีสถานภาพทางสังคม มีประวัติในอดีตในการใช้การรักษาทางการแพทย์ที่ยังมี ข้อสงสัย และ/หรือ มีพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดความเสี่ยง (หรือ ง่าย) ต่อการถูกฟ้องร้อง ดำเนินคดีทางกฎหมาย ในขณะที่เดียวกัน และมีความเป็นระบบมากกว่า ทุರುವปฏิบัติที่ไม่ ปรากฏจากการที่แพทย์มีสถานภาพทางสังคมที่สูงมีตำแหน่งหน้าที่ในโรงพยาบาลที่สูงเด่น ซึ่ง ยังคงอยู่เหนือการถูกฟ้องร้องดำเนินคดี ในลักษณะเด่นเช่นนี้ มีจำนวนแพทย์ที่ถูกฟ้องร้อง ดำเนินคดีจำนวนน้อยที่เป็นตัวแทนที่ปรากฏว่าไม่ได้มีผลกระทบต่อการวิชาชีพแพทย์

อย่างไรก็ตามยังมีทัศนะอื่นๆที่ได้รับการพิจารณาว่ามีความตึงเครียดอยู่บ้าง คดี 15 คดี อาจจะเป็นตัวแทนของการละเมิดกฎ กติกา ในการควบคุมทางสังคมแก่แพทย์ คดีเหล่านั้น แสดงให้เห็นว่า การดำเนินการรักษาทางการแพทย์ไม่ได้ขึ้นอยู่กับกฎหมายอาญาอีกต่อไป ในอดีตที่ไม่ไกลออกไปนัก การปรากฏการฟ้องร้องดำเนินคดีหลังจากมีการเสียชีวิตเกิดขึ้นและ การดำเนินคดีในมรณกรรมของผู้ป่วยก็ไม่ได้ได้รับการคิดไตร่ตรองอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตาม การระงับการดำเนินการเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากมันสามารถก่อให้เกิดการคิดที่ไม่ต้องคิดได้ เป็น การสร้างความจริงใหม่ให้สังคมรับรู้ อย่างไรก็ตามการฟ้องร้องดำเนินคดีในช่วงเริ่มต้นก็ไปเน้น ที่แพทย์ที่มีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องมากที่สุด ซึ่งต้องมีความรับผิดชอบทางอาญาเกิดขึ้นง่ายที่สุด คดีต่างๆในอนาคตอาจจะถูกผลักดันเข้าสู่พรมแดนความรับผิดชอบของแพทย์ ต่อการจัดลำดับสภาน ภาพไปสู่ลักษณะที่ซับซ้อนที่ซึ่งความผิดนั้นมีความยุ่งยากในการพิสูจน์มากขึ้น

โดยความเป็นจริงแล้ว แม้ว่า ยังอยู่ในขั้นกำลังพัฒนา แต่ก็มีหลักฐานบางประการที่ว่า การฟ้องร้องดำเนินคดีอาชญากรรมทางเศรษฐกิจได้เริ่มต้น สถานภาพทางสังคมอาจจะเชื่อมโยง ในทางบวกกับความเข้มงวดของโทษในทางอาญา (ดู เช่น Wheeler, Weisburd และ Bode 1982 รวมทั้งดู Benson and Walker 1988) Rosoff (1989) ได้อ้างอิงถึงปรากฏการณ์ เช่นนี้ว่า เป็น "ความรับผิดชอบสถานภาพ (Status liability)" เขาได้รวบรวมพยานหลักฐาน จากการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ความผิดอุกฉกรรจ์ (การฆ่าผู้อื่นไม่ได้เกี่ยวพันกับการรักษาทาง การแพทย์) ผู้ที่ตอบโต้ได้ตัดสินที่รุนแรงเกินไปต่อแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ที่มีสถานภาพสูง ผลในทำนองเดียวกันเผยให้เห็นจากการวิจัยโดยสรุปที่เน้นถึงพฤติกรรมการ กระทำผิดโดยนักจิตวิทยากับโทษในทางแพ่ง ดังนั้น Shaw และ Skolnick (1996) ได้ รายงานว่า สถานภาพของจำเลยอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับการตัดสินในกรณีที่ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาท

ในทางอาชีพ (เช่น การทำร้ายร่างกาย) แต่ก็ได้เพิ่มความรุนแรงมากขึ้น เมื่อการกระทำไปเกี่ยวข้องกับปฏิบัติงานในหน้าที่ (การดำเนินการในที่ทำงานกับผู้ป่วย)

ยิ่งกว่านั้น ยังมีข้อเสนอแนะว่า คดีทุกคดีใน 15 คดี ได้ระบุว่า ผลการวิจัยของประเทศไทยเกิดขึ้นตั้งแต่ปี 1986 รวมทั้ง 8 คดี เกิดขึ้นในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ไม่มีพยานหลักฐานจากแหล่งใด ๆ ที่ประเทศไทยได้โต้แย้งแสดงว่า คดีใด ๆ เกิดขึ้นก่อนกลางปี 1980 (ดู Van Grunsven 1997) โดยข้อเท็จจริงแล้ว การวิจารณ์ถึงแนวโน้มที่เกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้ต่อการกระทำผิดทางอาญาโดยประมาทของแพทย์เกี่ยวกับการดำเนินการรักษา สมาคมการแพทย์อเมริกา (The American Medical Association) ได้ให้ข้อสังเกตว่า \_ \_ \_ "หนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา \_ \_ \_ ไม่ได้มีการไต่สวนสำหรับกรณีแพทย์กระทำความผิดในศาลอาญาเลย" (Snyder 1998:A1) การมาต้อตรงกันของการฟ้องร้องดำเนินคดีในช่วงนี้ชี้แนะว่า ประเทศไทยกำลังเป็นพยานที่ไม่ได้ปรากฏในการสำรวจในจอร์แดน แต่การเริ่มต้นของแนวโน้มที่ซึ่งจะมีศักยภาพที่จะแข็งแกร่งมากขึ้น

ดังที่ประเทศไทยได้ให้ข้อสังเกตในตอนเริ่มต้นการเปลี่ยนรูปแบบทางสังคมของการแพทย์ อาจจะมีกีดกร่อนสถานะที่ในอดีตแพทย์ได้รับการปกป้องจากการถูกลงโทษทางอาญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะยาว ความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัวระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย จะลดลงและจะมีผลประโยชน์เพิ่มมากขึ้นจากการวินิจฉัยในการรักษา ความไว้วางใจในตัวแพทย์ของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อสิ่งต่างๆ เลวร้ายลงในกระบวนการหรือการรักษาในทางการแพทย์ ศักยภาพในการมองแพทย์ว่ากระทำผิดทางอาญาก็จะมีเพิ่มมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยดูเหมือนว่าจะไม่ได้ลดลงแต่เพิ่มขึ้นในรูปเชิงธุรกิจการค้าคล้ายกับการดำเนินธุรกิจทั่วไป แม้กระนั้นความเคลื่อนไหวของวงการแพทย์ในทิศทางที่จะเป็นไปได้ในการจัดโครงสร้างการรับรู้ที่ว่าแพทย์คล้ายกับนักธุรกิจที่แสวงหาผลกำไรหรือความสะดวกสบายอยู่เหนือชีวิตมนุษย์ การพรรณาดังกล่าว ซึ่งชี้แนะให้คำนึงถึงความรู้สึกผิดชอบชั่วดี หรืออย่างน้อย การทอดทิ้งคนที่ไม่สามารถป้องกันตนเองได้ (จากโรค) ก็จะชักนำไปสู่การรับผิดทางอาญามากยิ่งขึ้น (Cullen et al. 1987; Kramer 1992; Swiggert and Farrell 1980 รวมทั้ง ดู Vaughan 1997)

บางทีสิ่งที่สำคัญที่สุด บริบทดังกล่าวที่จะนำไปสู่การฟ้องร้องดำเนินคดีดูเหมือนว่าเนื่องจากมันจะเป็นต้นทุนทางการเมืองสำหรับอัยการ แม้ว่าพฤติกรรมจะเป็นระบบสัญลักษณ์เป็นส่วนใหญ่ การนำพาเอาแพทย์ที่เป็นฆาตกรเข้าไปในศาล จะเป็นศักยภาพที่จะนำไปสู่สาธารณะชนได้รับรู้ถึงการฟ้องร้องดำเนินคดีมีความเสี่ยงเกิดขึ้นจากการเป็นปฏิปักษ์ต่อผู้ที่พื้นฐานคะแนนเสียง ผู้ที่ไม่ได้ผูกพันจรรยาภิภักดีต่อ "แพทย์ครอบครัว (family doctor) ดังนั้นเท่าที่คณะลูกขุนอาจจะเตรียมตัวเพื่อการวินิจฉัยการกระทำดังกล่าวของจำเลย คดีที่มีแฟ้มประวัติ

ครบถ้วนสมบูรณ์ดี อาจจะมีและอาชีพการงานก็จะก้าวหน้าในวิถีทางที่ไม่เคยเป็น/มีมาก่อน (Van Grunsven 1997: 50)

โดยความเป็นจริงแล้ว สมาคมการแพทย์อเมริกา (The American Medical Association: AMA) ได้เริ่มต้นที่จะรับรู้และวิตกเกี่ยวกับการที่เกิดความเคลื่อนไหวที่นำไปสู่การกระทำผิดทางคลินิกของแพทย์ ในปี ค.ศ. 1995 AMA ได้กำหนดนโยบายเฉพาะที่ต่อต้านสิ่งที่เรียกว่า “แนวโน้มการดำเนินการปัจจุบันที่มีต่อการตกเป็นจำเลยในคดีอาญาจากทฤษฎีปฏิบัติ” (AMA Policy H-160.946) AMA ได้ดำเนินการอย่างแน่วแน่ ในการตรากฎหมายมาใช้ AMA ได้ออกกฎหมายเพื่อแก้ไขปัญหานี้ในปี 1998 ซึ่งการแก้ไขดังกล่าวไม่เพียงแต่บรรยายถึงการฟ้องร้องดำเนินคดีอาญาในฐานะที่เป็นปัญหารุนแรงมาก (AMA Resolution 224) แต่ก็จะสะท้อนถึงด้านตรงข้ามของกรก่ออาชญากรรมต่อสุขภาพจากการตัดสินใจในการดูแล (AMA Resolution 227) ข้อแก้ไขล่าสุดของ AMA บนหัวเรื่องได้มีการเรียกร้องมิให้เอาผิดทางอาญาใดๆจากการวินิจฉัยทางการแพทย์ (decriminalization of medical decisions) AMA Resolution 245; รวมทั้งเพิ่มเติมข่าวของวงการแพทย์อเมริกา (The American Medical News) ได้หยิบยกประเด็นที่ปรากฏในบทความต่างๆเมื่อเร็วๆนี้ (Prager 1998) และบทบรรณาธิการ (“Clinic not Criminal 1998”) และเมื่อเร็วๆนี้ องค์การทางการแพทย์ได้นำรูปแบบที่ AMA จัดทำขึ้นในประเด็นทางกฎหมาย ชื่อ “An Act to Prohibit the Criminalization of Healthcare Decision-Making” (AMA Resolution 227; Prager 1998)

อย่างไรก็ตามประเด็นสำคัญที่ยังคงอยู่ต่อไป ก็คือว่า การนำเอาการใช้ความรุนแรงของแพทย์เข้าสู่การปรับเปลี่ยนเป็นความผิดอาญา เป็นสิ่งที่ควรชื่นชมหรือไม่? การกำหนดโทษทางอาญาจะนำไปสู่การเรียกร้องให้มีการชดใช้ในทางแพ่ง สำหรับคดีเกี่ยวกับการฟ้องร้องแพทย์ควรได้รับการตรวจสอบโดยละเอียด หรือไม่ แน่แน่นอน มันถูกพิจารณาว่าเป็นเรื่องของความยุติธรรม เหตุผลหลักสำหรับการลงโทษทางอาญาดูเหมือนจะสร้างความสมมูลย์ หากความเสียหายเกิดขึ้นจากเจตนาร้ายหรือโดยความประมาทก็จะเป็นเสมือนการลงโทษผู้เสียหายที่บริสุทธิ์ในอาชญากรรมที่เกิดขึ้นบนท้องถนน ดังนั้น ผลของการกระทำผิดก็ควรจะคล้ายๆกัน หลักของความยุติธรรมยืนอยู่บนกฎที่ว่า การก่อคดีอาญาที่ใช้ความรุนแรงซึ่งกระทำโดยแพทย์สมควรที่จะได้รับโทษและการประณามทางศีลธรรมเช่นเดียวกันกับการก่ออาชญากรรมอุกฉกรรจ์อื่นๆ เช่นกัน

เหตุผลทางเลือกประการหนึ่งก็คือว่า มันเป็นเรื่องที่ไม่เป็นธรรมชาติที่จะฟ้องร้องดำเนินคดีแก่แพทย์ภายใต้กฎหมาย เช่น กฎหมายว่าด้วยการฆ่าผู้อื่นโดยความประมาท ซึ่งก็ไม่เคยระบุ

ให้ การวินิจฉัยในทางการแพทย์หรือการดูแลรักษาเป็นความผิดทางอาญา (Van Grunsven 1997:50) ด้วยเหตุผลในทำนองเดียวกันกับการฟ้องร้องดำเนินคดีนิติบุคคล (ดู Cullen et al. 1987) ในทัศนะที่เกี่ยวข้อง ฝ่ายที่ได้แย้งเรื่องการกำหนดโทษทางอาญาแนะนำว่า แพทย์ขาด "เจตนาที่จำเป็น (necessary intent)" ที่จะก่อให้เกิดความผิดพลาด หรือ การวินิจฉัยที่ไม่ได้เรื่อง จนจะระบุได้ว่า มีพฤติกรรมก่ออาชญากรรม (ดู ตัวอย่าง Neumayer and Van Grunsven 1999.) ประเทศไทยควรให้ข้อสังเกตว่า การให้เหตุผลดังกล่าว ถูกใช้ในการต่อสู้กับการฟ้องร้องดำเนินคดีที่จะมุ่งไปสู่การดำเนินการกับผู้บริหารองค์กรหรือนิติบุคคล (เช่น ดู Cullen et al. 1987) ในท้ายที่สุด การอ้างการขาดเจตนาที่ไม่ใช่เป็นเกราะป้องกันการถูกฟ้องร้องดำเนินคดี และตกเป็นจำเลย แต่เป็นการนำเอาคดีขึ้นสู่ศาล ซึ่งนี่ก็อาจจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ว่าทำไมผู้ฟ้องจึงมุ่งที่จะกล่าวโทษแพทย์ที่มีพฤติกรรมผิดแผกออกไปและก่อให้เกิดความเสียหายมหาดศาล ซึ่งผลจากการที่ผู้ป่วยต้องจบชีวิตลง

อย่างไรก็ตามประเด็นในเรื่องประโยชน์ (Utility) ก็มีบทบาทสำคัญ นั่นคือ คำถามที่ว่า สาธารณะจะปลอดภัยมากขึ้นไหม หากมีความผิดพลาดจากการรักษาเกิดขึ้นและสังคมและวงการกฎหมายมองว่า เป็นการกระทำหรือก่ออาชญากรรมใช้ความรุนแรงและควรถูกฟ้องร้องดำเนินคดี? การอภิปรายนโยบายที่ซับซ้อนเช่นนี้ดูเหมือนจะเกิดขึ้น ซึ่งสิ่งที่เกี่ยวข้องประเทศไทยจะยกเอาประเด็น 2 ประเด็นเป็นข้อพิจารณา คือ

- 1) เรื่องส่วนตัวของแพทย์แต่ละคน
- 2) ระบบการควบคุมทางสังคมที่กว้างขวางมากขึ้นกว่าการเป็นเพียงเรื่องส่วนตัวแพทย์

ประการแรก บุคคลที่มีความเห็นตรงข้ามกับการฟ้องร้องการกระทำผิดของแพทย์ว่าเป็นคดีอาญาจะให้เหตุผลว่า การฟ้องร้องดำเนินคดีจะส่งผลให้แพทย์ไม่เพียงแต่ไม่สนใจในการหาย หรือ อาการดีขึ้นของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึง การพยายามเลี่ยงความรับผิดชอบทางอาญาด้วย (Van Grunsven 1997) นั่นคือ แพทย์อาจจะพยายามละทิ้ง หรือ เลี่ยงการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิต พวกเขาจะระมัดระวังตัวกันมากยิ่งขึ้นใช้เวลาในการตรวจวินิจฉัยและรักษามากเกินควรและตรวจบางอย่างที่เกินความจำเป็น ในผลลัพธ์ คือ แนวโน้มเช่นนี้จะเป็นเหตุให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นและใช้ทรัพยากรมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การดสรรที่ไม่มีประสิทธิภาพ

ในทางตรงกันข้าม การจำกัดการฟ้องร้องดำเนินคดีเฉพาะที่เป็นคดีเด่น ๆ อาจจะเป็นการตักเตือนและให้รับรู้หรือขู่เตือน (perceptual deterrence) (Nagin 1998; Paternoster 1987) ซึ่งในปัจจุบันก็ยังไม่ได้อยู่ ในอดีต เมื่อไม่มีการฟ้องร้องดำเนินคดี แพทย์ก็ไม่มีความรับผิดชอบทางอาญาที่จะต้องกลัว ไม่ว่าจะเป็นการรักษาที่คลินิค อัยการ เมื่อเลือกที่จะฟ้องร้อง

ดำเนินคดีเฉพาะในคดีที่รุนแรงก็จะไม่เลือกฟ้องการกระทำผิดช พแพทย แต่จะสร้างให้ในด้านการกระทำโดยประมาทแทน

ประเทศไทยยอมรับว่า การขยายไปถึงสิ่งที่ผู้กระทำผิดที่เป็นอาชญากรรมทางเศรษฐกิจที่จะถูกกำหนดโดยการดำเนินการทางกฎหมายยังคงเป็นสิ่งไม่แน่นอน (ดู ตัวอย่าง คดี Paternoster และ Simpson 1996; Weisburd, Warning and Chayet 1995) ประเด็นเหล่านี้ดูเหมือนจะมีความซับซ้อนต่อคดีการฟ้องร้องแพทยซึ่งมีพฤติกรรมเป้าหมายที่จะขู่เตือนหากไม่ได้ตั้งใจ หรือขาดเจตนา แต่เป็นผลมาจากความประมาท หรือ ขาดความระมัดระวัง แม้กระนั้นก็ตาม มีพยานที่ระบุว่า อย่างน้อยการขาดจริยธรรมอย่างรุนแรง เจตนาที่จะกระทำผิดจะลดน้อยลงจากการใช้โทษทางอาญา (Paternoster และ Simpson 1996)

ประการที่สอง ฝ่ายที่ต่อต้านการนำเอาโทษทางอาญามาใช้กับการดำเนินการรักษาของแพทยให้เหตุผลว่า การขยายตัวของฟ้องร้องดำเนินคดีโดยแท้จริงแล้วอาจจะทำให้ระบบการควบคุมในวงการวิชาชีพที่มีอยู่อ่อนแอลง ตัวอย่าง เช่น ในคดีอาญา ผู้ฟ้องคดี ได้รับการอนุญาตให้เข้าถึงแฟ้มข้อมูลที่มีการตรวจสอบจากคนในวงการซึ่งตามปกติแล้วในแนวทางดั้งเดิมจะมีการเก็บเป็นความลับ (Van Grunsven 1997) ในสถานการณ์เช่นนี้ การตรวจสอบแพทยถึงกระบวนการรักษาที่ผิดพลาด หากพวกเขามีส่วนร่วมในการตรวจสอบทั้งปวงอาจจะเป็นการฝืนที่จะระบุว่า การกระทำของคนในวิชาชีพเดียวกันผิดพลาดจนกลัวว่า เป็นการส่งมอบแพทยมือดีให้เข้าสู่การถูกฟ้องร้องคดีโดยไม่มีหลักประกัน (Prager 1998) ยังมีความเป็นไปได้อีกที่ว่า เมื่อมีการฟ้องร้อง และดำเนินคดีเกิดขึ้น มันจะเป็นการสร้างวัฒนธรรมที่ตรงกันข้ามในกลุ่มแพทย ที่พวกเขาได้ร่วมกันกำหนด และลักษณะของแพทยที่อาจจะถูกแทรกแซงในทางการเมืองได้ ถ้าเป็นเช่นนั้นแรงต่อต้านต่อการควบคุมจะสร้างการขัดขืน และก่อให้เกิดผลในเชิงการทำลาย (ดู Braithwaite 1989; Sherman 1993) โดยข้อเท็จจริงแล้ว ดังได้กล่าวข้างต้น ปฏิกิริยาของ AMA ต่อการดำเนินคดีอาญาแก่ทุรเวชปฏิบัติทางการแพทย์ค่อนข้างเป็นสิ่งที่ต่อต้าน สมาคมระบุว่า การประณามและเมื่อไม่นานนี้ การใช้การไม่เลือกปฏิบัติสำหรับการฟ้องร้องดำเนินคดีอาญาแก่แพทย (Resolution 245)

โดยทางเลือก แม้ว่า การใช้โทษทางอาญาอาจจะปรับใช้ไม่มากนัก แต่อาจเป็นสัญญาณต่อแพทยและต่อสมาคมแพทยที่ว่า ความล้มเหลวของแพทยในการที่จะควบคุมต่อคนในวงการหรือวิชาชีพจะยิ่งทำให้แพทยทั้งหลายทั้งปวงจะต้องเข้าไปรับผิดทางอาญา หากเป็นเช่นนั้นจริง การฟ้องร้องดำเนินคดีจะเป็นตัวสร้างสิทธิประโยชน์อย่างยิ่งเพิ่มขึ้นสำหรับแพทยที่จะทำงานอย่างมีอาชีพมากยิ่งขึ้น โดยการแสดงให้เห็นว่า ไม่ต้องการให้มีการถูกฟ้องร้องดำเนินคดี ความเป็นไปได้ดังกล่าวได้ถูกบรรณาธิการของสมาคมแพทยอเมริกาในปี 1998 แนะนำโดยผู้เขียนให้รายละเอียดว่า การทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจะไม่ได้ถูกฟ้องร้องดำเนินคดีอย่างง่าย ๆ อีกต่อไป

(Clinical not Criminal 1998:16) แทนที่พวกเขาจะประกาศผลงานชื่อ "Work of The National Patient Safety Foundation at the AMA" จุดหมายก็คือ การช่วยชุมชนแพทย์ให้เข้าใจและปรับปรุงปัจจัยที่ซ่อนเร้นว่า เป็นสาเหตุให้เกิดความผิดพลาดแก่มนุษย์และความล้มเหลวในระบบบอดี้กรที่ดูแลด้านสุขภาพ (p.16) กล่าวโดยสั้น ๆ ก็คือ ความเป็นไปได้ของการเกิด "iron fist" จะสร้างให้ "velvet gloves" มีความแข็งแกร่งยิ่งขึ้น เพื่อจะป้องกันการใช้ความรุนแรงต่อแพทย์ในการรักษาดูแลผู้ป่วย

## บทที่ 5

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

#### 5.1 บทสรุป

กระแสโลกาภิวัตน์ และการดำเนินการขององค์การการค้าโลก ตลอดจนนโยบายเชิงเศรษฐกิจการค้าเสรี ส่งผลให้มีการพัฒนารูปแบบทางการค้า สินค้า และบริการต่าง ๆ ขยายตัวมากยิ่งขึ้น ซึ่งการพัฒนารูปแบบของการบริการด้านการแพทย์หรือด้านการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านการป้องกัน การรักษา ทันตกรรม หรือด้านอื่น ๆ ได้มีการดำเนินการโดยผ่านทางรูปแบบต่าง ๆ เช่น การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การท่องเที่ยวพร้อมการตรวจสุขภาพหรือทันตกรรมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เป็นต้น ประเทศไทยได้มียุทธศาสตร์และนโยบายระดับชาติด้านสาธารณสุขในการที่จะเปิดเสรีด้านสุขภาพและการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย (Medical Hub of Asia) พร้อมทั้งผนวกเอาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและธุรกิจสปาเข้าไปด้วย เนื่องจากมีศักยภาพที่จะพัฒนาได้และความพร้อมในระดับหนึ่ง ตลอดจนมีชาวต่างชาติเดินทางเข้ามาใช้บริการสุขภาพมากที่สุดใน Asia ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา

การทบทวนมาตรการทางกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านการบริการสุขภาพก็เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อไม่ให้นโยบายการเปิดเสรีในด้านการบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลได้รับผลกระทบจากมาตรการต่าง ๆ ทางกฎหมายที่มีอยู่ ประเทศต่าง ๆ ในเอเชียที่มีนโยบายส่งเสริมการพัฒนาประเทศเป็นศูนย์กลางการแพทย์ของเอเชียหลายประเทศอย่างเช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย อินเดียน ได้ดำเนินการตรวจสอบ (Review) มาตรการต่าง ๆ ทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องและปรับปรุงแก้ไข อาทิ สิงคโปร์ ได้ผ่อนคลายกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค มาเลเซีย ได้ยกเลิกกฎหมายการแพทย์และทันตแพทย์บางฉบับที่ห้ามแพทย์ทำการโฆษณา อินเดียได้ปรับปรุงกฎหมายด้านการแพทย์โบราณให้เอื้อต่อการที่ชาวต่างชาติมาดำเนินการด้านสุขภาพ เป็นต้น

ตามแผนการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ~~2542~~ 2551 นั้น คณะรัฐมนตรีกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ไว้ประการหนึ่ง คือการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจให้สมดุลและแข่งขันได้ โดยมีกลยุทธ์สำคัญประการหนึ่ง คือ การปรับโครงสร้างการท่องเที่ยว การบริการ การค้า และจะพัฒนาธุรกิจบริการที่มีศักยภาพ แสวงหาช่องทางตลาดใหม่ๆ ในกลุ่มธุรกิจดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งประเทศไทยมีบุคลากรที่มีศักยภาพในธุรกิจบริการประเภทนี้มาก กรณีจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษามาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันว่าเอื้อต่อการพัฒนาบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดและจำเป็นต้องปรับปรุง

เพิ่มเติม หรือลดมาตรการทางกฎหมายเพื่อสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านการรักษาพยาบาลของเอเชีย (**Asia Medical Hub**) ได้อย่างแท้จริง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโครงสร้าง กลไก และมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ศึกษา ข้อดี ข้อเสีย ปัญหาอุปสรรคและผลกระทบของโครงสร้าง กลไกและมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องและศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาการดำเนินการให้บริการ โดยเฉพาะมาตรการทางกฎหมายของประเทศอื่นๆ ที่เอื้อต่อการพัฒนาการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและจัดทำเป็นข้อเสนอแนะที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

วิธีการดำเนินการวิจัยใช้การศึกษาเอกสาร (Documentary Research) และการสัมภาษณ์บุคคลที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงที่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยและนักกฎหมาย

ผลการศึกษา พบว่า จำนวนแพทย์ที่ถูกลงทะเบียนไว้ในแพทยสภาในปี พ.ศ. 2539 มีจำนวน 21,916 คน แต่มีเพียง 17,500 คนเท่านั้น ที่ทำงานอยู่ในประเทศ สัดส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากร คือ 1: 3,500 ซึ่งจากจำนวนประชากรไทยจำนวนความต้องการแพทย์อยู่ที่ 27,500 คน โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทมีการขาดแคลนแพทย์ ในขณะที่ปัจจุบัน ประเทศไทยสามารถผลิตแพทย์ได้ประมาณ 900 คน จากมหาวิทยาลัยแพทย์ต่างๆ จำนวน 10 แห่ง ด้านโรงพยาบาล ส่วนในภูมิภาค มีโรงพยาบาลที่มีฐานะเป็นโรงเรียนแพทย์อยู่ 5 แห่ง โรงพยาบาลในภูมิภาค 24 แห่ง และโรงพยาบาลหรือสถาบันที่รักษาโรคเฉพาะทาง 25 แห่ง หากประเทศไทยจะพิจารณาเป็นระดับจังหวัด พบว่ามีโรงพยาบาลทั่วไปรวม 67 แห่งครอบคลุมทุกจังหวัด มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 473 แห่ง และคลินิกอีกจำนวน 12,206 แห่ง

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลเอกชนไทยพบว่าในปี พ.ศ.2544-2547 ได้มีผู้ป่วยจากประเทศในกลุ่มเอเชียได้เข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ประเทศไทย โดยในปีพ.ศ.2544 จำนวน 34,857 ราย ปีพ.ศ.2545 จำนวน 47,555 ราย ปี 2546 จำนวน 69,574 ราย และปี พ.ศ. 2547 จำนวน 107,627 ราย โดยมีอัตราการเติบโตโดยเฉลี่ยร้อยละ 46 สำหรับผู้ป่วยชาวบังกลาเทศในปี พ.ศ. 2546 มีจำนวน 34,051 รายและในปี 2547 มีจำนวน 40,100 ราย มีอัตราการเติบโตเพิ่มขึ้นร้อยละ 14

นโยบาย Medical Hub of Asia ของรัฐบาล เพื่อสร้างระบบการบริการสุขภาพไทยให้เป็นที่ต้องการของชาวต่างชาติ ให้ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ หรือการดูแลสุขภาพ นำมาซึ่งรายได้เข้าประเทศโดยเฉพาะการบริการทางการแพทย์ ได้ตั้งเป้าหมายไว้ในปี

2551 มีเงินเข้าประเทศทางด้านนี้สูงถึง 80,000 ล้านบาท นโยบายดังกล่าวกำลังเกิดปัญหาเกี่ยวกับโรงพยาบาลในภาครัฐ และโรงเรียนแพทย์รวมทั้งจะมีผลกระทบกับปัญหาด้านสาธารณสุขไทย ระบบการบริการสุขภาพทางการแพทย์

รัฐบาลก็ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย มีระยะเวลาดำเนินการ 5 ปี (2547-2551) โดยพัฒนาบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไว้ 3 ด้าน คือ กลุ่มธุรกิจบริการรักษาพยาบาล เน้นความเป็นเลิศในการบริการทางการแพทย์ กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ธุรกิจสปา บริการนวดแผนไทย และท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร

อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากนโยบาย Medical Hub of Asia ต่อระบบสาธารณสุขไทยโดยรวม อาจจำแนกได้ดังนี้

- 1.ผลกระทบต่ออัตราค่าจ้างของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขของประเทศ
- 2.ผลกระทบต่อการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาครัฐ เนื่องจากการลาออกของบุคลากรด้านสาธารณสุข เนื่องจากการดึงตัวบุคลากรเหล่านี้จากภาครัฐ โดยเสนอฐานเงินเดือนค่าตอบแทนที่สูงกว่าที่ได้รับจากภาครัฐที่เป็นบุคลากรทางแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือมีชื่อเสียงในเป็นจำนวนมาก ปัญหาที่ตามมาจะกระทบการให้บริการกับผู้ป่วยยากไร้ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ประกันสังคม
- 3.ผลกระทบต่อการผลิตนิสิตนักศึกษาแพทย์ และแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงเรียนแพทย์ เนื่องจากแพทย์ที่เก่งและมีชื่อเสียงเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะเป็นอาจารย์อยู่ในโรงเรียนแพทย์เป็นกลจักรสำคัญในการสอนนักเรียนแพทย์ สอนแพทย์ประจำบ้าน และการบริการผู้ป่วยที่มารักษา
- 4.ผลกระทบต่อค่าตอบแทนแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์เนื่องจากชาวต่างชาติเข้ามารับบริการรักษาส่วนใหญ่มาจากประเทศที่ประชากรมีรายได้ค่อนข้างดีและมีระบบประกันที่ดีดูแลอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีทุนทรัพย์ที่มากพอในการมาจ่ายค่าบริการให้กับระบบการบริการของประเทศไทย ทำให้เกิดกระบวนการเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์ ต่อผู้ป่วยต่างชาติสูงขึ้น ทำลายกำแพงค่าตอบแทนและค่าบริการทางการแพทย์ที่ดำเนินอยู่กับผู้ป่วยชาวไทย จะสูงขึ้นตามทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการบริการทางการแพทย์เป็นธุรกิจไม่เหมือนความรู้สึกที่มีต่อการบริการทางการแพทย์ในวัฒนธรรมแบบไทยๆ ในอดีต

สำหรับมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางการรักษาทางการแพทย์ ได้แก่

1. มาตรการทางกฎหมายในกลุ่มธุรกิจการรักษาพยาบาล

1.1 มาตรการทางกฎหมายควบคุมการประกอบกิจการสถานพยาบาลของ  
โรงพยาบาลเอกชน

ประเทศไทยได้มีกฎหมายควบคุมการประกอบกิจการสถานพยาบาลของ  
โรงพยาบาลเอกชนมาแล้ว 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2484 และ  
พระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 และฉบับที่ใช้บังคับปัจจุบัน คือ  
พระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

## 1.2 มาตรการทางกฎหมายอาญา

ความรับผิดทางอาญาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของแพทย์มีดังต่อไปนี้

ความรับผิดทางอาญาที่เกี่ยวข้องกับการกระทำที่แพทย์ได้ทำการรักษาผู้ป่วยจนเป็น  
เหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายอันจะถือเป็นความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนาอันมีบทบัญญัติ  
กฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องโดยตรงคือมาตรา 288 หรือบททศกรรจ์ตามมาตรา 289 อย่างไรก็ดีโดย  
หลักการของความรับผิดทางอาญานั้นต้องมีพื้นฐานมาจากหลักการที่ว่าด้วยผู้กระทำความผิดนั้น  
ต้องมีเจตนาในขณะกระทำความผิดซึ่งได้บัญญัติไว้ในมาตรา 59 และข.การกระทำโดยประมาท  
บทบัญญัติกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยแพทย์ในลักษณะประมาทจนเป็นเหตุให้  
ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ซึ่งเป็นความผิดอาญาฐานทำให้ผู้อื่นตายโดยประมาทนั้น ได้มีบัญญัติไว้โดย  
ชัดแจ้งในมาตรา 291

อาจแบ่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางทาง  
การแพทย์และการบริการด้านสาธารณสุข ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1.กฎหมายทั่วไปซึ่งเกี่ยวกับการค้าบริการทุกสาขา
2. กฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสาธารณสุข

กฎหมายทั่วไป ได้แก่ พ.ร.บ.คนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 พ.ร.บ. การทะเบียนคน  
ต่างด้าว พ.ศ.2493 (ปรับปรุง พ.ศ.2538) ป.ว.281 (2515) พ.ร.บ.การทำงานของคนต่างด้าว  
พ.ศ.2521 ส่วนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหรือกฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการบริการ  
ด้านสาธารณสุขได้แก่ พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2522 พ.ร.บ. วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.  
2537 พ.ร.บ. วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 พ.ร.บ. วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์  
พ.ศ. 2538 พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

หากพิจารณาถึงคำจำกัดความของ “การค้าบริการ” ภายใต้อาณัติของ  
GATS ซึ่งหมายถึงการค้าบริการ 4 รูปแบบ ซึ่งมี “คนต่างชาติ” ในลักษณะของบุคคลธรรมดา  
หรือนิติบุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องกับกฎหมายทั่วไปจะเกี่ยวข้องกับการบริการในทุกสาขา ได้แก่ กฎหมาย

เกี่ยวกับสถานภาพของบุคคลต่างด้าวในประเทศไทย นับตั้งแต่กฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง กฎหมายว่าด้วยการทะเบียนคนต่างด้าว กฎหมายควบคุมการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว กฎหมายเกี่ยวกับการทำงานของคนต่างด้าว

### 1.พ.ร.บ. คนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

กำหนดเงื่อนไขและหลักเกณฑ์การเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร กล่าวคือ คนต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทยต้องมีหนังสือเดินทางหรือเอกสารที่ใช้แทนหนังสือเดินทางและได้รับการตรวจตรา หรือ วิซ่าในหนังสือเดินทางหรือเอกสารที่ใช้แทนหนังสือเดินทางโดย กงสุลไทยในต่างประเทศ หรือกระทรวงการต่างประเทศ การตรวจลงตราหรือวิซ่า มี 6 ประเภท ได้แก่ การทูต ราชการ คนอยู่ชั่วคราว นักท่องเที่ยว คนเดินทางผ่านราชอาณาจักร และคนต่างด้าวที่มีถิ่นฐานอยู่ในราชอาณาจักร

ในกรณีประเภทคนอยู่ชั่วคราว (Non-immigrant visa) ระยะเวลาการเข้าเมืองมาอยู่ในประเทศไม่เกิน 1 ปี แต่อาจขยายได้ เช่นเข้ามาเพื่อประกอบการลงทุนภายใต้ พ.ร.บ. ส่งเสริมการลงทุน พ.ศ. 2520 ระยะเวลาพำนักอยู่ในประเทศเป็นไปตามที่คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนเห็นสมควร

ในกรณีประเภทคนต่างด้าวที่มีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร (Immigrant Visa) จำนวนคนต่างชาติซึ่งมีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรเป็นรายปีจะไม่เกินประเทศละ 100 คน ต่อปี

ดังนั้น เมื่อพิจารณาในเรื่องการเปิดเสรีการค้าบริการแล้ว กฎหมายฉบับนี้มีข้อจำกัดหรือเงื่อนไขเกี่ยวกับระยะเวลา และจำนวนคนต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทย ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคที่มีอยู่ในปัจจุบันต่อการเปิดเสรี

### 2.พ.ร.บ. การทะเบียนคนต่างด้าว พ.ศ. 2493 (ปรับปรุง พ.ศ. 2538)

กำหนดให้คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้เป็นคนเข้าเมือง ตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองไปขอใบสำคัญประจำตัวภายในเจ็ดวัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุญาตให้เข้าเมือง ใบสำคัญประจำตัวมีกำหนดอายุ 1 ปีและ 5 ปี ผู้ขอสามารถขอรับใบสำคัญประจำตัวชนิดใดก็ได้ โดยต้องนำหลักฐานการเข้าเมืองหรือหลักฐานซึ่งแสดงว่าได้รับอนุญาตให้เข้ามามีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้

### 3.ประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 281

กำหนดหลักเกณฑ์การประกอบธุรกิจของคนต่างด้าวในประเทศ โดยห้ามมิให้คนต่างด้าวประกอบธุรกิจบางประเภท ได้แก่

3.1 ธุรกิจที่กำหนดไว้ในบัญชี ก. หรือบัญชี ข. (ยกเว้นมีพระราชกฤษฎีกาอนุญาต)ธุรกิจที่กำหนดไว้ในบัญชี ค. (ยกเว้นได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมทะเบียนการค้า)

3.2 ธุรกิจที่กำหนดไว้ในบัญชี ก. และบัญชี ข. ที่เกี่ยวกับการค้าบริการ ประกอบด้วย การลงบัญชี กฎหมาย สถาปัตยกรรม โฆษณา นายหน้าหรือตัวแทน ขายทอดตลาด ตัดผมแต่งผมและเสริมสวย (บัญชี ก.) การนำเที่ยว โรงแรม (ยกเว้นการจัดการโรงแรม) ถ่ายรูป ล้างอัดรูป ซักรีด เสื้อผ้าและรับจ้างตัดเย็บเสื้อผ้า (บัญชี ข.)

ธุรกิจที่กำหนดไว้ในบัญชี ค. จะเกี่ยวกับการค้าบริการอื่น ๆ นอกจากที่ระบุไว้ในบัญชี ก. และบัญชี ข. ธุรกิจในบัญชี ค. นี้จึงครอบคลุมถึงการบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือสาธารณสุขตลอดจนการบริการทางการแพทย์และการบริการสัตวแพทย์ คนต่างชาติสามารถประกอบการค้าบริการนี้ได้หลังจากที่ได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมทะเบียนการค้าแล้ว

นอกจากนี้แล้ว กฎหมายฉบับนี้ได้ให้ความหมายของ “คนต่างด้าว” ซึ่งหมายถึง บุคคลธรรมดา และนิติบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย และกำหนดหลักเกณฑ์ของนิติบุคคลต่างด้าว ดังนี้

- ทุนตั้งแต่กึ่งหนึ่งของนิติบุคคลเป็นของคนต่างด้าว
- มีคนต่างด้าวถือหุ้น เป็นหุ้นส่วน เป็นสมาชิก ตั้งแต่กึ่งหนึ่ง
- มีหุ้นส่วนผู้จัดการ หรือผู้จัดการเป็นคนต่างด้าว

ดังนั้น จะเห็นว่า กฎหมายฉบับนี้มีข้อจำกัดหรือเงื่อนไข ในการเข้ามาประกอบการค้าบริการของคนต่างชาติ โดยกำหนดห้ามมิให้คนต่างชาติประกอบการค้าบริการในทุกประเทศ หากคนต่างชาติจะเข้ามาประกอบจะต้องร่วมทุนกับคนไทย หรือก่อตั้งเป็นนิติบุคคลขึ้น โดยมีอัตราส่วนการลงทุนของต่างชาติไม่เกินร้อยละ 49 ของทุนจดทะเบียน และจำนวนผู้ถือหุ้นในนิติบุคคลดังกล่าวที่เป็นคนต่างชาติ จะต้องน้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ถือหุ้นทั้งหมด

#### 4.พ.ร.บ. การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2521

กำหนดควบคุมการทำงานของคนต่างชาติซึ่งเป็นบุคคลธรรมดา กล่าวคือ คนต่างชาติ จะสามารถทำงานในประเทศไทยได้ หลังจากได้รับอนุญาตแล้วเท่านั้น (จากกรมการจ้างงานกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม) และไม่สามารถทำงานบางประเภทที่ระบุไว้ในบัญชีท้ายพระราชกฤษฎีกา กำหนดงานในอาชีพและวิชาชีพที่ห้ามคนต่างด้าว พ.ศ.2521 (เช่น การขายทอดตลาด การบัญชี วิชาชีพวิศวกรรม สถาปัตยกรรม มัคคุเทศก์ จัดนำเที่ยว กฎหมายหรืออรรถคดี เป็นต้น)

กฎหมายฉบับนี้จึงสร้างข้อจำกัด หรือเงื่อนไขในการค้าบริการด้าน สุขภาพหรือสาธารณสุข ด้วยเนื่องจาก การประกอบอาชีพหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้คนต่างชาติต้องได้รับอนุญาตก่อน

#### 2.กฎหมายเฉพาะ

การบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health Care Services) หมายถึง การบริการที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลหรือบริษัทที่ลงทุนในกิจการ โรงพยาบาลหรือบริษัทในเครือต่างๆ ที่ทำการหรือคลินิกแพทย์ การบริการทางวิชาชีพอื่น ๆ ด้านสุขภาพ สถานพยาบาลหรือสถานดูแลสุขภาพระยะยาว สถานการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์หรือทันตกรรม ศูนย์วิเคราะห์ทางการแพทย์ และ สถานดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง ดังนั้น กฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ กฎหมายเกี่ยวกับวิชาชีพเวชกรรม วิชาชีพทันตกรรม วิชาชีพเภสัชกรรม วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และสถานพยาบาล

##### 2.1พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จากแพทยสภา

2.2พ.ร.บ. วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537

กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องขึ้นทะเบียน และได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาทันตกรรม จากทันตแพทยสภา

2.3พ.ร.บ. วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537

กำหนดให้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม จากสภาเภสัชกรรม

2.4พ.ร.บ. วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528

กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล

ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล

2.5พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541

กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล โดยต้องได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเป็นบุคคลธรรมดาต้องมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย ถ้าเป็นนิติบุคคล ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคลนั้นต้องมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย

2.6พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

กำหนดให้ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องขึ้นทะเบียนและได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะจากคณะกรรมการวิชาชีพ

## 5.2 ข้อเสนอแนะ

### 5.2.1 ด้านการบริหารจัดการทั่วไป

#### 1. ควรมีการพิจารณานำเอาหลักเรื่อง “การบริหารจัดการควร

ข้อเสนอแนะทางกฎหมาย

1) ในระยะสั้น กระทรวงสาธารณสุข ควรจะออกระเบียบสำหรับการดำเนินการรักษาผู้ป่วยที่เป็นชาวต่างชาติ โดยเฉพาะกำหนดขั้นตอนและวิธีปฏิบัติ เช่น มีการขึ้นทะเบียนการตรวจสอบสถานพยาบาล ฯลฯ แม้ว่าจะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องแต่ก็กระจัดกระจายและบางฉบับไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อการรองรับการดำเนินการเป็นศูนย์การแพทย์

2) ควรมีการรวบรวมและประมวลกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ การจัดตั้งและการบริหารจัดการศูนย์การแพทย์ การรักษา และการดำเนินการในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับกรณีผู้ป่วยเป็นชาวต่างชาติ

3) มีการจัดตั้งศูนย์กฎหมายขึ้นโดยเฉพาะเพื่อดูแลเกี่ยวกับการป้องกันและการช่วยเหลือกรณีแพทย์ไทยที่รักษาถูกฟ้องร้องดำเนินคดี โดยผู้ป่วยชาวต่างชาติ

4) ควรมีการศึกษากรณี ผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์ในต่างประเทศทั้งในทางแพ่ง และทางอาญา เพื่อนำมาใช้เป็นตัวอย่างในการศึกษา (case study) จะทำให้แพทย์ผู้รักษาได้รับรู้และใช้ความระมัดระวังในการรักษาผู้ป่วยชาวต่างชาติมากยิ่งขึ้น อันจะเป็นแนวทางช่วยป้องกันความผิดพลาดจากการรักษาและการถูกฟ้องร้อง

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย 2541 วิทยุทัศน์ประเทศไทย ด้านสาธารณสุข  
กรุงเทพฯ : สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย

สมทรง รักษ์แผ้ว 2540 ความร่วมมือด้านสาธารณสุขกับประเทศเพื่อนบ้าน  
กรุงเทพฯ : วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, เอกสารวิจัยส่วนบุคคลในลักษณะวิชาสังคมจิตวิทยา  
นักศึกษาวិทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 39 พ.ศ.2539-2540

สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ 2541 สร้างพลังการวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุข  
กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ วิโรจน์ ณ ระนอง 2543 เป้าหมายและแนวทางในการจัดทำระบบ  
บริการสารสนเทศด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชน โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ  
กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

สุขุม ศุภนิตย์ 2534 คู่มือกฎหมายเกี่ยวกับการทำธุรกิจโฆษณา กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## งานวิจัย

ชนิกุล ภวังคะรีต "กระทรวงสาธารณสุขกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางการแพทย์"  
วิทยานิพนธ์บริหารศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2538.

ยุวดี ชอบพัฒนา. "การบริหารบริการของผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน ตามพระราชบัญญัติ  
สถานพยาบาล พ.ศ. 2541. "วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์),  
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.

วงเดือน หมุ่มพัยค์. "มาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมเกี่ยวกับสถานพยาบาลเอกชน."  
วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ 2542 การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสังคมและระบบ  
สาธารณสุขไทยและการเตรียมความพร้อมจากการเปิดเสรีทางการค้าบริการสาธารณสุข  
กรุงเทพฯ : วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
สมชาย หาญญานันท์ 2525 ผลกระทบของกบว.และคณะกรรมการอาหารและยาต่องาน  
โฆษณา คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ

ปณิฏฐา จันท์ฉาย 2539 การโฆษณาที่ฝ่าฝืน พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค พศ.2522ภาควิชาการ  
ประชาสัมพันธ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

สุวรรณมณฑท์ อวัยวานนท์ 2543บริการข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์และสาธารณสุขบน  
อินเทอร์เน็ต กรุงเทพฯ : วิทยานิพนธ์ (ว.ม.)--มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ชนินทร์ เจริญกุล 2544 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพองค์กรชุมชน โดยการ  
เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขในท้องถิ่น นครราชสีมา : คณะสาธารณสุข  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิพุธ พูลเจริญ 2544 สุขภาพ อุดมการณ์ และยุทธศาสตร์ทางสังคมนันทบุรี : สถาบันวิจัย  
ระบบสาธารณสุข

นิตยา นิยมไร่ 2545 มาตรการป้องกันผลกระทบต่อสิทธิบัตรยา

กรุงเทพฯ : วิทยานิพนธ์ (น.ม.) มหาวิทยาลัยรามคำแหง

สุชาติ ศิริวัฒน์ 2540 อิทธิพลของบรรษัทข้ามชาติในการกำหนดนโยบายการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในประเทศไทย : ศึกษากรณีการแก้ไขกฎหมายว่าด้วยสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา กรุงเทพฯ : วิทยานิพนธ์ (ศ.ม.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จีระ อาจสมคำ 2539 ผลกระทบของสิทธิบัตรยาต่อผู้บริโภคยาในประเทศไทย  
กรุงเทพฯ : วิทยานิพนธ์ (ศ.ม.) มหาวิทยาลัยเกริก

วาทีณี ชมภูเพชร 2537 ปัญหาการค้าระหว่างไทยกับสหรัฐอเมริกา : กรณีศึกษาปัญหาสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา กรุงเทพฯ : วิทยานิพนธ์ (ศ.ม.) มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ภัทริน ตั้งบุญธินา 2548 ผลของสิทธิบัตรยาต่อการนำเข้าและการส่งออกยาของประเทศไทย  
กรุงเทพฯ : วิทยานิพนธ์ (ศ.ม.) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิรัช นารานิติธรรม 2548 การวัดประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศไทย กรุงเทพฯ : วิทยานิพนธ์ (ศ.ม.) มหาวิทยาลัยรามคำแหง

มัทนา พนานิรามัย สมชาย สุขสิริเสรีกุล 2539 การพยากรณ์แบบแผนการเจ็บป่วยและความต้องการแพทย์ในอนาคต กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

นางดวงฤดี รัตนโอฬาร 2535 บทบาทของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคในการควบคุมดูแลการโฆษณาทางสื่อมวลชน วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปริญญาโท สาขาบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการสื่อสารมวลชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### กฎหมาย

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

พระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2484

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537

พระราชบัญญัติพันธุกรรม พ.ศ. 2537

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541

## ภาคผนวก



### ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง กำหนดสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย มาตรฐานของสถานที่  
การบริการ ผู้ให้บริการ หลักเกณฑ์ และวิธีการตรวจสอบเพื่อการรับรอง  
ให้เป็นไปตามมาตรฐานสำหรับสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย  
ตามพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. ๒๕๐๙

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดมาตรฐานของสถานที่ การบริการ ผู้ให้บริการ  
หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบเพื่อการรับรองสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย ทั้งนี้เพื่อให้  
สถานที่ดังกล่าวได้รับการยกเว้นไม่ต้องขออนุญาตเป็นสถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยสถาน  
บริการ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓ (๓) (ข) แห่งพระราชบัญญัติสถานบริการพ.ศ.  
๒๕๐๙ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานบริการ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๖  
อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพ  
ของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๓๑ มาตรา ๓๕ มาตรา ๓๖ และมาตรา  
๕๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตาม  
บทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของ  
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

#### ข้อ ๑ ในประกาศนี้

“สถานประกอบการ” หมายความว่า สถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวยที่  
ใช้ในการประกอบกิจการสปาเพื่อสุขภาพ กิจการนวดเพื่อสุขภาพ หรือกิจการนวดเพื่อเสริม  
สวย ซึ่งกิจการดังกล่าวไม่เข้าข่ายการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบ  
โรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพอื่นตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทางการแพทย์ หรือ  
สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“กิจการสปาเพื่อสุขภาพ” หมายความว่า การประกอบกิจการที่ให้การ  
ดูแลและเสริมสร้างสุขภาพ โดยบริการหลักที่จัดไว้ประกอบด้วย การนวดเพื่อสุขภาพและการ  
ใช้น้ำเพื่อสุขภาพโดยอาจมีบริการเสริมประกอบด้วย เช่น การอบเพื่อสุขภาพ การออกกำลัง

กายเพื่อสุขภาพ โภชนาบำบัดและการควบคุมอาหาร โยคะและการทำสมาธิ การใช้สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ตลอดจนการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือไม่ก็ได้

“กิจการนวดเพื่อสุขภาพ” หมายความว่า การประกอบกิจการนวดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ความเมื่อยล้า ความเครียด ด้วยวิธีการกด การคลึง การบีบ การจับ การตัด การดึง การประคบ การอบ หรือโดยวิธีการอื่นใดตามศาสตร์และศิลปะของการนวดเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้ต้องไม่มีสถานที่อาบน้ำโดยมีผู้ให้บริการ

“กิจการนวดเพื่อเสริมสวย” หมายความว่า การประกอบกิจการนวดในสถานที่เฉพาะ เช่น ร้านเสริมสวยหรือแต่งผม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความสวยงามด้วยวิธีการกด การคลึง การบีบ การจับ การประคบ การอบ หรือด้วยวิธีการอื่นใดตามศิลปะการนวดเพื่อเสริมสวย ทั้งนี้ต้องไม่มีสถานที่อาบน้ำโดยมีผู้ให้บริการ

“ผู้ประกอบการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งเป็นเจ้าของสถานประกอบการที่ได้รับใบรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์มาตรฐานสถานประกอบการจากคณะกรรมการ

“ผู้ดำเนินการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในประกาศนี้และทำหน้าที่ให้บริการโดยควบคุมดูแลการให้บริการทั้งหมดในสถานประกอบการ

“ผู้ให้บริการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในประกาศนี้และทำหน้าที่ให้บริการต่อผู้รับบริการในสถานประกอบการ

“ใบรับรองมาตรฐาน” หมายความว่า ใบรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย

“ผู้ออกใบรับรอง” หมายความว่า อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้ซึ่งอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย แล้วแต่กรณี

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลาง หรือคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการประจำจังหวัด แล้วแต่กรณี

## หมวด ๑

### สถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย

ข้อ ๒ สถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวยตามมาตรา ๓ (๓) (ข) แห่งพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. ๒๕๐๙ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานบริการ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้แก่สถานประกอบการที่ดำเนินกิจการ ดังต่อไปนี้

(๑) กิจการสปาเพื่อสุขภาพ

(๒) กิจการนวดเพื่อสุขภาพ

(๓) กิจการนวดเพื่อเสริมสวย  
 สถานประกอบการที่ดำเนินกิจการตามวรรคหนึ่งต้องมีลักษณะของสถานที่  
 การบริการ และผู้ให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในประกาศนี้

## หมวด ๒

### มาตรฐานของสถานที่ การบริการ และผู้ให้บริการ

#### ส่วนที่ ๑

#### มาตรฐานกิจการสปาเพื่อสุขภาพ

ข้อ ๓ มาตรฐานสถานที่ของสถานประกอบการกิจการสปาเพื่อสุขภาพ ให้มี  
 ดังต่อไปนี้

- (๑) ตั้งอยู่ในทำเลที่มีความสะดวก ปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ไม่  
 อยู่  
 ใกล้ขีดศานสถาน ในระยะที่จะก่อให้เกิดปัญหา หรืออุปสรรคในการปฏิบัติศานกิจ
- (๒) ในกรณีที่ใช้พื้นที่ประกอบกิจการสปา ในอาคารเดียวกันกับการประกอบ  
 กิจการอื่นซึ่งมิใช่กิจการศานบริการ ต้องแบ่งสถานที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นนั้นต้องไม่  
 กระทบกระเทือนต่อการให้บริการในกิจการสปาเพื่อสุขภาพนั้น
- (๓) พื้นที่สถานประกอบการจะต้องไม่อยู่ในพื้นที่ติดต่อกับศานบริการตาม  
 กฎหมายว่าด้วยศานบริการ
- (๔) กรณีสถานประกอบการ มีการให้บริการหลายลักษณะรวมอยู่ในอาคาร  
 เดียวกันหรือสถานที่เดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนจะต้องมีพื้นที่  
 และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการแต่ละประเภท
- (๕) การจัดบริเวณที่ให้บริการเฉพาะบุคคล จะต้องไม่ให้มีติดชิดหรือลับตา  
 จนเกินไป
- (๖) พื้นที่ที่ให้บริการทั้งภายในและภายนอกสถานที่ประกอบกิจการสปาเพื่อ  
 สุขภาพต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ
- (๗) อาคารต้องทำด้วยวัสดุที่มั่นคง ถาวร ไม่ชำรุดและไม่มีคราบสิ่งสกปรก
- (๘) บริเวณพื้นที่ที่มีการใช้น้ำในการให้บริการ พื้นควรทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาด  
 สะอาดง่ายและไม่ลื่น
- (๙) จัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอในการให้บริการแต่ละพื้นที่
- (๑๐) จัดให้มีการระบายอากาศเพียงพอ
- (๑๑) มีการจัดการสิ่งปฏิกูลมูลฝอยและน้ำเสียที่ถูกหลักสุขาภิบาล

- (๑๒) มีการควบคุมพาหะนำโรคอย่างถูกหลักสุขาภิบาล
- (๑๓) จัดให้มีห้องอาบน้ำ ห้องส้วม อ่างล้างมือ ห้องผลิตเปลี่ยนเสื้อผ้าและตู้เก็บเสื้อผ้าที่สะอาดถูกสุขลักษณะและปลอดภัยอย่างเพียงพอและควรแยกส่วนชาย หญิง
- (๑๔) จัดให้มีการตกแต่งสถานที่ที่เหมาะสม โดยจะต้องไม่มีลักษณะที่ทำให้เสื่อมเสียศีลธรรม หรือขัดต่อวัฒนธรรมและประเพณีอันดี

ข้อ ๔ มาตรฐานผู้ดำเนินการกิจการสปาเพื่อสุขภาพ ให้มีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีผู้ดำเนินการคนหนึ่งเป็นผู้ควบคุมดูแลและรับผิดชอบในการดำเนินการสถานประกอบการนั้น ผู้ดำเนินการจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังนี้

- (ก) มีอายุไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์
- (ข) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
- (ค) มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับประกาศนียบัตรในสาขาที่เกี่ยวกับสุขภาพ หรือสาขาที่คณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลางรับรอง หรือให้ความเห็นชอบ หรือมีประสบการณ์ทำงานในสถานประกอบการมาแล้วไม่น้อยกว่า ๒ ปี

(ง) ผ่านการประเมินความรู้ ความสามารถ ตามที่คณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลางกำหนด

(จ) กรณีเคยเป็นผู้ดำเนินการมาก่อน แต่ถูกเพิกถอนใบประเมินความรู้ความสามารถจะต้องพ้นระยะเวลานับแต่วันที่ถูกละเมิดไม่น้อยกว่า ๒ ปี จึงจะขอประเมินความรู้ความสามารถใหม่ได้

(ฉ) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(ช) ไม่เป็นโรคต้องห้ามดังต่อไปนี้

- ๑) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- ๒) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง
- ๓) โรคจิตร้ายแรง
- ๔) โรคอื่นในระยะรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการสถานประกอบการ

ประกอบการ

(ซ) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

(ฅ) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้

ความสามารถ

(๒) ผู้ดำเนินการต้องควบคุมดูแลกิจการของสถานประกอบการนั้นได้โดยใกล้ชิด และไม่ใช่เป็นผู้ดำเนินการสถานประกอบการแห่งอื่นอยู่ก่อนแล้ว

(๓) ในกรณีที่มีการเปลี่ยนผู้ดำเนินการกิจการสปาเพื่อสุขภาพ หรือผู้ดำเนินการขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้าม ผู้ประกอบการจะต้องจัดหาผู้ดำเนินการใหม่ และต้องแจ้งเป็นหนังสือให้กองการประกอบโรคศิลปะสำหรับในเขตกรุงเทพมหานคร หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตท้องที่ ทราบภายใน ๓๐ วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนผู้ดำเนินการ ในระหว่างที่ดำเนินการจัดหาผู้ดำเนินการใหม่ ให้กิจการสปาเพื่อสุขภาพนั้น ประกอบกิจการต่อไปได้ แต่ไม่เกิน ๓๐ วัน

ข้อ ๕ ผู้ดำเนินการมีหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ควบคุมและดูแลผู้ให้บริการในสถานประกอบการ ให้บริการตามนโยบาย และคู่มือปฏิบัติงานของสถานประกอบการแห่งนั้นโดยเคร่งครัด

(๒) จัดทำทะเบียนประวัติผู้ให้บริการและพนักงาน

(๓) ทุกครั้งที่มีการจัดบริการรายการใหม่ หรือปรับปรุงบริการรายการใด ๆ ในแบบแสดงรายการ หรือมีการใช้ผลิตภัณฑ์ใหม่ จะต้องดำเนินการให้มีการจัดทำคู่มือปฏิบัติการ สำหรับบริการนั้น หรือจัดทำคู่มือการใช้ผลิตภัณฑ์ และพัฒนาผู้ให้บริการให้สามารถให้บริการ นั้น ๆ ได้ตามคู่มือที่จัดทำขึ้น

(๔) ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

(๕) ควบคุมดูแลมิให้มีการจัดสถานที่ รูปภาพ หรือสื่อชนิดอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถเลือกผู้ให้บริการได้

(๖) ควบคุมและดูแลผู้ให้บริการในสถานประกอบการมิให้มีการลักลอบ หรือมีการค้า หรือร่วมประเวณี หรือมีการกระทำ หรือบริการที่ขัดต่อกฎหมาย วัฒนธรรม ศีลธรรมและประเพณีอันดี

(๗) ควบคุมดูแลการบริการ อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ และเครื่องใช้ต่าง ๆ ให้ได้มาตรฐานถูกสุขลักษณะและใช้ได้อย่างปลอดภัย

(๘) ห้ามมิให้ผู้ดำเนินการกิจการสปาเพื่อสุขภาพ

(ก) รับผู้มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์เข้าทำงาน

(ข) ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้ผู้มีอาการมีเมานจนประพฤติ วุ่นวายหรือครองสติไม่ได้เข้าไปอยู่ในสถานประกอบการระหว่างเวลาทำการ

(ค) ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

ในสถานประกอบการ

(ง) ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการนำอาวุธเข้าไปในสถานประกอบการ โดยฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยอาวุธปืน เครื่องกระสุนปืน วัตถุระเบิด ดอกไม้เพลิง และสิ่งเทียมอาวุธปืน

(๙) ผู้ดำเนินการต้องปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวกับแรงงานโดยเคร่งครัด

(๑๐) ผู้ดำเนินการต้องดูแลสวัสดิภาพ ความปลอดภัยและสวัสดิการในการทำงานของผู้ให้บริการและพนักงาน และต้องมีมาตรการป้องกันการถูกล่วงละเมิดจากผู้รับบริการ

(๑๑) ผู้ดำเนินการต้องแสดงใบรับรองมาตรฐานไว้ในที่เปิดเผยและมองเห็นได้ชัดเจน ณ สถานที่ประกอบกิจการนั้น

ข้อ ๖ ในกรณีที่มีการตรวจสอบพบว่า สถานประกอบการใดมีผู้ดำเนินการขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามที่กำหนดในข้อ ๔ หรือไม่ดำเนินการตามที่กำหนดในข้อ ๕ ให้คณะกรรมการผู้ตรวจสอบแจ้งต่อคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลางเพื่อพิจารณาเพิกถอนใบประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดำเนินการ

ข้อ ๗ มาตรฐานผู้ให้บริการกิจการสปาเพื่อสุขภาพ ให้มีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ให้บริการจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(ก) มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์

(ข) ได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้ตามหลักสูตรจากหน่วยงานราชการ สถาบัน หรือสถานศึกษาที่คณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลางรับรอง หรือเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในกิจการสปาเพื่อสุขภาพมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี และผ่านการทดสอบความรู้และประสบการณ์โดยคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลาง

(ค) ไม่เป็นโรคต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑) โรคพิษสุราเรื้อรัง

๒) โรคติดเชื้อเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง

๓) โรคจิตร้ายแรง

๔) โรคอื่นในระยะรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานหรือโรคติดต่อ

ในระยะร้ายแรง

(ง) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(จ) กรณีเคยเป็นผู้ให้บริการมาก่อน แต่ถูกคณะกรรมการตรวจและประเมิน

มาตรฐานสถานประกอบการเพิกถอนใบประเมินความรู้ ความสามารถ จะต้องเลยระยะเวลาเพิกถอนไม่น้อยกว่า ๒ ปี จึงจะขอประเมินความรู้ ความสามารถใหม่ได้

(๒) ผู้ให้บริการมีหน้าที่และข้อปฏิบัติดังต่อไปนี้

(ก) ให้บริการแก่ผู้รับบริการตามความรู้และความชำนาญตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ

ที่ได้ศึกษาอบรมมา

(ข) ไม่กลั่นแกล้ง ทำร้าย หรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ

(ค) เก็บความลับของผู้รับบริการ โดยไม่นำข้อมูลหรือเรื่องที่ได้ยินจากผู้รับบริการไปเปิดเผยจนก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการหรือบุคคลอื่น

(ง) ไม่แสดงอาการยั่วยวน กระทำลามกอนาจาร หรือพูดจาในทำนองให้ผู้รับบริการเข้าใจว่าผู้ให้บริการต้องการมีเพศสัมพันธ์กับผู้รับบริการ และต้องไม่มีเพศสัมพันธ์กับผู้รับบริการหรือคำประเวณี

(จ) ไม่พูดจาหยอกล้อ หรือล้อเล่น หรือกระทำการใด ๆ อันมิใช่หน้าที่ที่ต้องให้บริการกับผู้รับบริการ โดยต้องให้บริการด้วยอาการสุภาพ อ่อนโยน

(ฉ) ไม่ดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือของมีนิเมา หรือยาเสพติด ในขณะที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการ

(ช) มีความซื่อสัตย์ สุจริตต่อหน้าที่ที่กระทำและไม่ลักขโมยทรัพย์สินของผู้รับบริการ

(ซ) มีความรับผิดชอบต่อตนเองโดยการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง และไม่นำโรคติดต่อไปแพร่แก่ผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน

(ฌ) ห้ามมิให้ผู้ให้บริการใส่เครื่องประดับหรือของมีค่า ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

(ญ) เป็นผู้ดำรงตนอยู่ในศีลธรรมอันดี

ข้อ ๘ มาตรฐานการบริการกิจการสปาเพื่อสุขภาพ ให้มีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติตามประกาศนี้ และห้ามมิให้นำผู้ที่ขาดคุณสมบัติมาให้บริการ เว้นแต่ผู้ให้บริการฝึกหัด ซึ่งมีจำนวนไม่เกินกึ่งหนึ่งของผู้ให้บริการที่มี

(๒) ผู้ประกอบการต้องจัดการบริการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานการบริการแต่ละประเภท โดยจะต้องมีบริการหลักประกอบด้วย การนวดเพื่อสุขภาพ การใช้น้ำเพื่อสุขภาพ เช่น บริการอบไอน้ำ อ่างน้ำวน บ่อน้ำร้อน บ่อน้ำเย็น เป็นต้น และให้มีบริการอื่น เช่น การพอกโคลน การเสริมสวย การออกกำลังกาย อาหารสุขภาพ โยคะ สมาธิและอื่น ๆ อีก ๓ รายการเป็นอย่างน้อย

(๓) สถานประกอบการต้องมีลักษณะการให้บริการดังต่อไปนี้

(ก) เวลาเปิดทำการให้เริ่มบริการได้ตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐ นาฬิกา และเวลาปิดทำการ

หรือให้บริการไม่เกิน ๒๒.๐๐ นาฬิกา

(ข) ผู้ประกอบการต้องแสดงทะเบียนประวัติผู้ให้บริการ ตามแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(ค) ผู้ประกอบการต้องจัดทำทะเบียนประวัติผู้รับบริการ ไว้เป็นหลักฐานตามแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยต้องเก็บรักษาไว้ให้อยู่ในสภาพที่ตรวจสอบได้ไม่น้อยกว่า ๕ ปี นับแต่วันที่จัดทำ

(ง) ห้ามมิให้มีการบริการเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือของมีเมาทุกชนิด แก่พนักงานผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการและต้องถือเป็นเขตปลอดบุหรี่

(จ) การให้บริการจะต้องไม่เป็นการฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพอื่นตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทางการแพทย์ กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ

(ฉ) การประชาสัมพันธ์หรือการโฆษณาการให้บริการของสถานประกอบกิจการ จะต้องไม่ทำให้บุคคลทั่วไปเข้าใจว่าสถานที่ดังกล่าว มีการให้การบำบัดรักษาพยาบาลอันอาจเป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย และข้อความโฆษณานั้นจะต้องไม่เป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินความเป็นจริง

(ช) ผู้ประกอบการต้องแสดงรายการบริการ และอัตราค่าบริการไว้ในที่เปิดเผยและมองเห็นได้ง่าย หรือสามารถให้ตรวจสอบได้

(ซ) ผู้ประกอบการต้องไม่จัดหรือยินยอมให้มีรูปแบบการให้บริการ ที่อาจเข้าข่ายหรือฝ่าฝืนกฎหมายสถานบริการหรือบริการที่จะต้องขออนุญาตเป็นพิเศษ เช่น การพนัน การแสดงดนตรี การขับร้อง คาราโอเกะ สนั่นเกอร์ เต้นรำ รำวง ตลอดจนจัดให้มีมหรสพอื่น ๆ เป็นต้น

(ฌ) ผู้ประกอบการต้องกำหนดให้มีเครื่องแบบสำหรับผู้ให้บริการ โดยเป็นเครื่องแบบที่รัดกุม สุภาพ สะอาดเรียบร้อย สะดวกต่อการปฏิบัติงาน และต้องมีป้ายชื่อผู้ให้บริการติดไว้ที่หน้าอกด้านซ้าย

ข้อ ๙ มาตรฐานความปลอดภัยกิจการสปาเพื่อสุขภาพ ให้มีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีชุดปฐมพยาบาลไว้ในสถานประกอบการ และพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลาที่มีการให้บริการ

(๒) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีป้ายหรือข้อความเพื่อแสดง หรือเตือนให้ผู้รับบริการระมัดระวังอันตรายหรือบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภัยอันตราย

(๓) ในกรณีที่กิจการสปาเพื่อสุขภาพ มีการจัดให้มีบริการอบความร้อน อบไอน้ำ อ่างนํ้าวนไว้บริการตลอดจนอุปกรณ์หรือบริการอื่นใดอันอาจก่อให้เกิดอันตรายไว้บริการ ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีพนักงานที่มีความรู้ ความเข้าใจและความชำนาญในการใช้อุปกรณ์นั้นเป็นอย่างดี เป็นผู้รับผิดชอบอุปกรณ์ และมีหน้าที่คอยตรวจตราดูแลการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวทั้งในขณะใช้งานและหลังการใช้งาน

(๔) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีนาฬิกาที่สามารถมองเห็น อ่านเวลาได้โดยง่ายและชัดเจนจากจุดที่ผู้รับบริการกำลังใช้บริการอบความร้อน อบไอน้ำ และอ่างนํ้าวนอยู่ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถควบคุมเวลาการใช้อุปกรณ์ด้วยตนเองได้โดยสะดวก

(๕) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีระบบฉุกเฉินสำหรับบริการอบความร้อน อบไอน้ำ และอ่างนํ้าวน ซึ่งสามารถหยุดการทำงานของอุปกรณ์ดังกล่าวได้โดยอัตโนมัติในทันทีที่เกิดจากภาวะซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ และการเข้าถึงเพื่อใช้ระบบฉุกเฉินนั้นต้องสามารถกระทำได้โดยง่ายและสะดวกในเวลาที่เกิดเหตุฉุกเฉิน

(๖) ภายในบริเวณที่ให้บริการอบความร้อน อบไอน้ำ อ่างน้ำวน และบ่อน้ำร้อน น้ำเย็น ต้องมีเครื่องวัดอุณหภูมิ เครื่องควบคุมอุณหภูมิอัตโนมัติ และเครื่องตั้งเวลา เพื่อให้พนักงานผู้รับผิดชอบอุปกรณ์สามารถปรับและควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในสภาวะที่ปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการตลอดเวลา

(๗) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีระบบคัดกรองผู้รับบริการ ที่อาจมีความเสี่ยงต่อการเข้าใช้บริการในบางแผนก โดยเฉพาะต้องไม่อนุญาตให้สตรีตั้งครรภ์ ผู้ชายบางประเภท ที่อาจเกิดปัญหาได้เมื่อเข้าใช้อุปกรณ์บางชนิด ผู้ที่เพิ่งจะดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือเมาสุรา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคหัวใจเข้าใช้อุปกรณ์ หรือบริการที่เสี่ยงต่อภาวะนั้น เว้นแต่จะได้รับการสั่งให้ใช้อุปกรณ์จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

(๘) ผู้ประกอบการต้องดูแลและควบคุมคุณภาพน้ำที่ใช้สำหรับให้บริการ ไม่ว่าจะ เป็นอ่างน้ำวน สระน้ำ หรืออุปกรณ์การใช้น้ำชนิดอื่นใด ให้มีคุณสมบัติทางเคมีที่ปลอดภัย และไม่เป็นแหล่งแพร่เชื้อ

(๙) ผ้า อุปกรณ์และเครื่องมือทุกชนิดเมื่อใช้บริการแล้ว ต้องซักหรือล้างทำความสะอาดอย่างถูกสุขลักษณะ ก่อนนำกลับมาใช้บริการครั้งต่อไป และในกรณีที่มีการให้บริการมีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ เช่น การใช้ไม้หรืออุปกรณ์ที่ใช้ขัดหรือขูดผิวหนังในการบริการกดจุดฝ่าเท้า ต้องผ่านกรรมวิธีการฆ่าเชื้อที่สามารถฆ่าและควบคุมเชื้อได้ ไม่น้อยกว่าเทคนิคการปลอดเชื้อทุกครั้งหลังการให้บริการ

(๑๐) ในกรณีที่ผู้ให้บริการอาจมีการหายใจรดบริเวณใบหน้าผู้รับบริการ เช่น ในการดูแลและนวดบริเวณใบหน้า ผู้ให้บริการต้องสวมอุปกรณ์ที่ถูกสุขลักษณะเพื่อป้องกันการหายใจรดบริเวณใบหน้าผู้รับบริการและการแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจไปสู่ผู้รับบริการ ในขณะที่มีการให้บริการทุกครั้ง

(๑๑) ผู้ประกอบการต้องมีการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสม

(๑๒) ต้องมีระบบการป้องกันอัคคีภัย ในสถานประกอบการตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร

## ส่วนที่ ๒

### มาตรฐานกิจการนวดเพื่อสุขภาพ

ข้อ ๑๐ มาตรฐานสถานที่ของกิจการนวดเพื่อสุขภาพ ให้มีดังต่อไปนี้

(๑) ตั้งอยู่ในทำเลที่มีความสะดวก ปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

(๒) ในกรณีที่ใช้พื้นที่ประกอบกิจการนวดเพื่อสุขภาพ ในอาคารเดียวกันกับการประกอบกิจการอื่นซึ่งมิใช่กิจการสถานบริการ ต้องแบ่งสถานที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นนั้นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการให้บริการในกิจการนวดเพื่อสุขภาพ

(๓) พื้นที่สถานประกอบการจะต้องไม่อยู่ในพื้นที่ติดต่อกับสถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ

(๔) กรณีสถานประกอบการ มีการให้บริการหลายลักษณะรวมอยู่ในอาคารเดียวกันหรือสถานที่เดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนจะต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการแต่ละประเภท

(๕) การจัดบริเวณที่ให้บริการเฉพาะบุคคล จะต้องไม่ให้มืดซิดหรือลับตาจนเกินไป

(๖) พื้นที่ที่ให้บริการทั้งภายในและภายนอกสถานที่ประกอบกิจการนวดเพื่อสุขภาพต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ

(๗) อาคารต้องทำด้วยวัสดุที่มั่นคง ถาวร ไม่ชำรุดและไม่มีคราบสิ่งสกปรก

(๘) บริเวณพื้นที่ที่มีการใช้น้ำในการให้บริการ พื้นควรทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่ายและไม่ลื่น

(๙) จัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอในการให้บริการแต่ละพื้นที่

(๑๐) จัดให้มีการระบายอากาศเพียงพอ

(๑๑) มีการจัดการสิ่งปฏิกูลมูลฝอยและน้ำเสียที่ถูกหลักสุขาภิบาล

(๑๒) มีการควบคุมพาหะนำโรคอย่างถูกหลักสุขาภิบาล

(๑๓) จัดให้มีห้องอาบน้ำ ห้องส้วม อ่างล้างมือ ห้องผลิตเปลี่ยนเสื้อผ้าและตู้เก็บเสื้อผ้าที่สะอาดถูกสุขลักษณะและปลอดภัยอย่างเพียงพอและควรแยกส่วนชาย หญิง

(๑๔) จัดให้มีการตกแต่งสถานที่ที่เหมาะสมโดยจะต้องไม่มีลักษณะที่ทำให้เสื่อมเสียศีลธรรม หรือขัดต่อวัฒนธรรมและประเพณีอันดี

ข้อ ๑๑ ผู้ประกอบการมีหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ควบคุมและดูแลผู้ให้บริการในสถานประกอบการให้บริการตามนโยบายและคู่มือปฏิบัติงานของสถานประกอบการแห่งนั้นโดยเคร่งครัด

(๒) จัดทำทะเบียนประวัติผู้ให้บริการและพนักงาน

(๓) ทุกครั้งที่มีการจัดบริการรายการใหม่ หรือปรับปรุงบริการใดๆ ในแบบแสดงรายการ หรือมีการใช้ผลิตภัณฑ์ใหม่ ผู้ประกอบการจะต้องดำเนินการให้มีการจัดทำคู่มือปฏิบัติการสำหรับบริการนั้น ๆ หรือจัดทำคู่มือการใช้ผลิตภัณฑ์ และพัฒนาผู้ให้บริการให้สามารถให้บริการนั้น ๆ ตามคู่มือที่จัดทำขึ้น

(๔) ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

(๕) ควบคุมดูแลมิให้มีการจัดสถานที่ รูปภาพ หรือสื่อชนิดต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเลือกผู้ให้บริการได้

(๖) ควบคุมและดูแลผู้ให้บริการในสถานประกอบการมิให้มีการลักลอบหรือมีการค้าหรือร่วมประเวณี หรือมีการกระทำ หรือบริการที่ขัดต่อกฎหมาย วัฒนธรรม ศีลธรรมและประเพณีอันดี

(๗) ควบคุมดูแล บริการ อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ และเครื่องใช้ต่างๆ ให้ได้มาตรฐาน ถูกสุขลักษณะและใช้ได้อย่างปลอดภัย

(๘) ผู้ประกอบการต้องดูแลมิให้มีการกระทำความผิดต่อกฎหมายในสถานประกอบการ รวมทั้งห้ามมิให้ผู้ประกอบการ

(ก) รับผู้มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์เข้าทำงาน

(ข) ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้ผู้มีอาการมีนเมาจนประพฤดิ์วุ่นวายหรือครองสติไม่ได้เข้าไปอยู่ในสถานประกอบการระหว่างเวลาทำการ

(ค) ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้ผู้ซึ่งไม่มีหน้าที่ดูแลสถานประกอบการนั้นพักอาศัยหลับนอนในสถานประกอบการ

(ง) ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการนำอาวุธเข้าไปในสถานประกอบการโดยฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยอาวุธปืน เครื่องกระสุนปืน วัตถุระเบิด ดอกไม้เพลิง และสิ่งเทียมอาวุธปืน

(จ) บริการเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือของมีนเมาทุกชนิดแก่พนักงานผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการและต้องถือเป็นเขตปลอดบุหรี่และยาเสพติดทุกชนิด

(๙) ผู้ประกอบการต้องปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวกับแรงงานโดยเคร่งครัด

(๑๐) ผู้ประกอบการต้องดูแลสวัสดิภาพ ความปลอดภัยและสวัสดิการในการทำงานของผู้ให้บริการและพนักงาน และต้องมีมาตรการป้องกันการถูกล่วงละเมิดจากผู้รับบริการ

(๑๑) ผู้ประกอบการต้องแสดงใบรับรองมาตรฐานไว้ในที่เปิดเผยและมองเห็นได้ชัดเจน ณ สถานประกอบการนั้น

ข้อ ๑๒ มาตรฐานผู้ให้บริการกิจการนวดเพื่อสุขภาพ มีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ให้บริการจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(ก) มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์

(ข) ได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้ตามหลักสูตรจากหน่วยงานราชการ สถาบัน หรือสถานศึกษาตามที่คณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลางรับรอง หรือเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในกิจการนวดเพื่อสุขภาพมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี และผ่านการทดสอบความรู้และประสบการณ์โดยคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลาง

(ค) ไม่เป็นโรคต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑) โรคพิษสุราเรื้อรัง

๒) โรคติดเชื้อเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง

๓) โรคจิตร้ายแรง

๔) โรคอื่นในระยะรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานหรือโรคติดต่อในระยะร้ายแรง

(ง) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(จ) กรณีเคยเป็นผู้ให้บริการมาก่อน แต่ถูกเพิกถอนใบประเมินความรู้ความสามารถจากคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการ จะต้องเลยระยะเวลาเพิกถอนไม่น้อยกว่า ๒ ปี จึงจะขอประเมินความรู้ความสามารถใหม่ได้

(๒) ผู้ให้บริการมีหน้าที่และข้อปฏิบัติดังต่อไปนี้

(ก) ให้บริการแก่ผู้รับบริการตามความรู้และความชำนาญตรงตามมาตรฐานวิชาชีพที่ได้ศึกษาอบรมมา

(ข) ไม่กลั่นแกล้ง ทำร้าย หรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ

(ค) เก็บความลับของผู้รับบริการโดยไม่นำข้อมูลหรือเรื่องที่ได้ยินจากผู้รับบริการไปเปิดเผยจนก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการหรือบุคคลอื่น

(ง) ไม่แสดงอาการยั่วยวน กระทำลามกอนาจาร หรือพูดจาในทำนองให้ผู้รับบริการเข้าใจว่าผู้ให้บริการต้องการมีเพศสัมพันธ์กับผู้รับบริการ และต้องไม่มีเพศสัมพันธ์กับผู้รับบริการหรือคำประเวณี

(จ) ไม่พูดจาหยอกล้อ หรือล้อเล่น หรือกระทำการใดๆ อันมิใช่หน้าที่ที่ต้องให้บริการกับผู้รับบริการ โดยต้องให้บริการด้วยอาการสุภาพ อ่อนโยน

(ฉ) ไม่ดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือของมีนิเมา หรือยาเสพติด ในขณะที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการ

(ช) มีความซื่อสัตย์ สุจริตต่อหน้าที่ที่กระทำและไม่ลักขโมยทรัพย์สินของผู้รับบริการ

(ซ) มีความรับผิดชอบต่อตนเองโดยการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง และไม่นำโรคติดต่อไปแพร่แก่ผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน

(ฅ) ห้ามมิให้ผู้ให้บริการใส่เครื่องประดับหรือของมีค่าซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

(ญ) เป็นผู้ดำรงตนอยู่ในศีลธรรมอันดี

ข้อ ๑๓ มาตรฐานการบริการกิจการนวดเพื่อสุขภาพ มีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติตามประกาศนี้ และห้ามมิให้นำผู้ที่ขาดคุณสมบัติมาให้บริการ เว้นแต่ผู้ให้บริการฝึกหัด ซึ่งมีจำนวนไม่เกินกึ่งหนึ่งของผู้ให้บริการที่มี

(๒) ผู้ประกอบการต้องจัดการบริการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานการบริการนวดแต่ละประเภท

(๓) สถานประกอบการต้องมีลักษณะการให้บริการดังต่อไปนี้

(ก) เวลาเปิดทำการให้เริ่มบริการได้ตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐ นาฬิกา และเวลาปิดทำการหรือให้บริการไม่เกิน ๒๒.๐๐ นาฬิกา

(ข) ผู้ประกอบการต้องแสดงทะเบียนประวัติผู้ให้บริการตามแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(ค) ห้ามมิให้มีการบริการเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือของมีเมาทุกชนิดแก่พนักงานผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการและต้องถือเป็นเขตปลอดบุหรี่

(ง) การให้บริการจะต้องไม่เป็นการฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพอื่นตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทางการแพทย์ กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ

(จ) การประชาสัมพันธ์หรือการโฆษณาการให้บริการของสถานประกอบการจะต้องไม่ทำให้บุคคลทั่วไปเข้าใจว่าสถานที่ดังกล่าวมีการให้การบำบัดรักษาพยาบาลอันอาจเป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย และข้อความโฆษณานั้นจะต้องไม่เป็นเท็จหรืออื้ออวดเกินความเป็นจริง

(ฉ) ผู้ประกอบการต้องแสดงรายการบริการ และอัตราค่าบริการไว้ในที่เปิดเผยและมองเห็นได้ง่าย หรือสามารถให้ตรวจสอบได้

(ช) ผู้ประกอบการต้องไม่จัดหรือยินยอมให้มีรูปแบบการให้บริการที่อาจเข้าข่ายหรือฝ่าฝืนกฎหมายสถานบริการหรือบริการที่จะต้องขออนุญาตเป็นพิเศษ เช่นการพนัน การแสดงดนตรี การขับร้อง คาราโอเกะ สนั่นเกอร์ เต้นรำ รำวง ตลอดจนจัดให้มีมหรสพอื่น ๆ เป็นต้น

(ซ) ผู้ประกอบการต้องกำหนดให้มีเครื่องแบบสำหรับผู้ให้บริการ โดยเป็นเครื่องแบบที่รัดกุม สุภาพ สะอาดเรียบร้อย สะดวกต่อการปฏิบัติงาน และต้องมีป้ายชื่อผู้ให้บริการติดไว้ที่หน้าอกด้านซ้าย

ข้อ ๑๔ มาตรฐานความปลอดภัยกิจการนวดเพื่อสุขภาพ มีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ประกอบการจะต้องจัดให้มีชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้นไว้ในสถานประกอบการ และพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลาที่มีการให้บริการ

(๒) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีป้ายหรือข้อความเพื่อแสดงหรือเตือนให้ผู้รับบริการระมัดระวังอันตรายหรือบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภัยอันตราย

(๓) ในกรณีที่สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ มีการจัดให้มีบริการอบความร้อนอบไอน้ำไว้บริการ ตลอดจนอุปกรณ์หรือบริการอื่นใดอันอาจก่อให้เกิดอันตรายไว้บริการ ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีพนักงานที่มีความรู้ ความเข้าใจและความชำนาญในการใช้อุปกรณ์นั้นเป็นอย่างดี เป็นผู้รับผิดชอบอุปกรณ์และมีหน้าที่คอยตรวจตราดูแลการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ทั้งในขณะที่ใช้งานและหลังการใช้งาน

(๔) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีนาฬิกาที่สามารถมองเห็น อ่านเวลาได้โดยง่ายและชัดเจนจากจุดที่ผู้รับบริการกำลังใช้บริการอบความร้อน อบไอน้ำอยู่ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถควบคุมเวลาการใช้อุปกรณ์ด้วยตนเองได้โดยสะดวก

(๕) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีระบบฉุกเฉินสำหรับบริการอบความร้อน อบไอน้ำ ซึ่งสามารถหยุดการทำงานของอุปกรณ์ดังกล่าวได้โดยอัตโนมัติในทันที ที่เกิดจากภาวะซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ใช้บริการ และการเข้าถึงเพื่อใช้ระบบฉุกเฉินนั้นต้องสามารถกระทำได้ง่ายและสะดวกในเวลาที่เกิดเหตุฉุกเฉิน และต้องจัดสถานที่ให้สามารถเคลื่อนย้ายผู้รับบริการได้ในกรณีฉุกเฉิน

(๖) ภายในบริเวณที่ให้บริการอบความร้อน อบไอน้ำ ต้องมีเครื่องวัดอุณหภูมิ เครื่องควบคุมอุณหภูมิอัตโนมัติ และเครื่องตั้งเวลา เพื่อให้บุคลากรผู้รับผิดชอบอุปกรณ์สามารถปรับและควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในสภาวะที่ปลอดภัยสำหรับผู้ใช้บริการตลอดเวลา

(๗) ต้องระมัดระวังมิให้ผู้มีความเสี่ยงจากอายุ หรือภาวะโรคประจำตัวมาใช้บริการอันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

(๘) ผ้า อุปกรณ์และเครื่องมือทุกชนิดเมื่อใช้บริการแล้ว ต้องซักหรือล้างทำความสะอาดอย่างถูกสุขลักษณะ ก่อนนำกลับมาใช้บริการครั้งต่อไป และในกรณีที่การให้บริการมีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ เช่น การใช้ไม้หรืออุปกรณ์ที่ใช้ขีดหรือขูดผิวหนังในการบริการกดจุด ฝ่าเท้า ต้องผ่านกรรมวิธีการฆ่าเชื้อที่สามารถฆ่าและควบคุมเชื้อได้ไม่น้อยกว่าเทคนิคการปลอดเชื้อทุกครั้งหลังการให้บริการ

(๙) ในกรณีที่ผู้ให้บริการอาจมีการหายใจรดบริเวณใบหน้าผู้รับบริการ เช่น ในการดูแลและนวดบริเวณใบหน้า ผู้ให้บริการต้องสวมอุปกรณ์ที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันการหายใจรดบริเวณใบหน้าผู้รับบริการและการแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจไปสู่ผู้รับบริการ ในขณะที่มีการให้บริการทุกครั้ง

(๑๐) ต้องมีการดำเนินการตามระบบป้องกันการติดเชื้อมาตรฐานที่เหมาะสม

(๑๑) ต้องมีระบบป้องกันอัคคีภัยในสถานประกอบการตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร

### ส่วนที่ ๓

#### มาตรฐานกิจการนวดเพื่อเสริมสวย

ข้อ ๑๕ มาตรฐานสถานที่ของกิจการนวดเพื่อเสริมสวย ให้มีดังต่อไปนี้

(๑) พื้นที่สถานประกอบการจะต้องไม่อยู่ในพื้นที่ติดต่อกับสถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ

(๒) กรณีสถานประกอบการ มีการให้บริการหลายลักษณะรวมอยู่ในอาคารเดียวกันหรือสถานที่เดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนจะต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการแต่ละประเภท

(๓) การจัดบริเวณที่ให้บริการเฉพาะบุคคล จะต้องไม่ให้มีติดชิดหรือลับตาจนเกินไป

- (๔) พื้นที่ให้บริการทั้งภายในและภายนอกสถานที่ประกอบกิจการนวดเพื่อเสริมสวยต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ
- (๕) อาคารต้องทำด้วยวัสดุที่มั่นคง ถาวร ไม่ชำรุดและไม่มีคราบสิ่งสกปรก
- (๖) บริเวณพื้นที่ที่มีการใช้น้ำในการให้บริการ พื้นควรทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่ายและไม่ลื่น
- (๗) จัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอในการให้บริการแต่ละพื้นที่
- (๘) จัดให้มีการระบายอากาศเพียงพอ
- (๙) มีการจัดการสิ่งปฏิกูลมูลฝอยและน้ำเสียที่ถูกหลักสุขาภิบาล
- (๑๐) มีการควบคุมพาหะนำโรคอย่างถูกหลักสุขาภิบาล
- (๑๑) ต้องจัดให้มีห้องอาบน้ำ ห้องส้วม อ่างล้างมือ ห้องผลิตเปลี่ยนเสื้อผ้าและตู้เก็บเสื้อผ้าที่สะอาดถูกสุขลักษณะและปลอดภัยอย่างเพียงพอ และควรแยกส่วนชาย หญิง
- (๑๒) จัดให้มีการตกแต่งสถานที่ที่เหมาะสมโดยจะต้องไม่มีลักษณะที่ทำให้เสื่อมเสียศีลธรรม หรือขัดต่อวัฒนธรรมและประเพณีอันดี

ข้อ ๑๖ ผู้ประกอบการมีหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

- (๑) ผู้ประกอบการนวดเพื่อเสริมสวยจะต้องดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย และสวัสดิการในการทำงานของผู้ให้บริการและต้องมีมาตรการป้องกันมิให้ผู้ให้บริการถูกล่วงเกิน ลวนลาม หรือทำร้ายจากผู้รับบริการ
- (๒) ควบคุมดูแลมิให้มีการจัดสถานที่ รูปภาพ หรือสื่อชนิดต่างๆ เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถเลือกผู้ให้บริการได้
- (๓) ควบคุมและดูแลผู้ให้บริการในสถานประกอบการมิให้มีการลักลอบ หรือมีการค้าประเวณี หรือมีการกระทำ หรือบริการที่ขัดต่อกฎหมาย วัฒนธรรม ศีลธรรมและประเพณีอันดี
- (๔) ควบคุมและดูแลการบริการ อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ และเครื่องใช้ต่างๆ ให้ถูกสุขลักษณะและใช้ได้อย่างปลอดภัย
- (๕) ผู้ประกอบการต้องดูแลมิให้มีการกระทำความผิดต่อกฎหมายในสถานประกอบการ รวมทั้งห้ามมิให้ผู้ประกอบการ
- (ก) รับผู้มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์เข้าทำงาน
- (ข) ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้ผู้มีอากรมีนเมาจนประพฤตินุญวาย หรือครองสติไม่ได้เข้าไปอยู่ในสถานประกอบการระหว่างเวลาทำการ
- (ค) ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้ผู้ซึ่งไม่มีหน้าที่ดูแลสถานประกอบการนั้นพักอาศัยหลับนอนในสถานประกอบการ
- (ง) ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการนำอาวุธเข้าไปในสถานประกอบการโดยฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยอาวุธปืน เครื่องกระสุนปืน วัตถุระเบิด ดอกไม้เพลิง และสิ่งเทียมอาวุธปืน

(จ) บริการเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือของมีเมาทุกชนิดแก่พนักงาน  
ผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการและต้องถือเป็นเขตปลอดบุหรี่และยาเสพติดทุกชนิด

(ข) ผู้ประกอบการต้องปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวกับแรงงานโดยเคร่งครัด

(ค) ผู้ประกอบการต้องแสดงใบรับรองมาตรฐานไวน์ที่เปิดเผยและมองเห็นได้  
ชัดเจน ณ สถานที่ประกอบการนั้น

ข้อ ๑๗ มาตรฐานผู้ให้บริการกิจการนวดเพื่อเสริมสวย ให้มีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ให้บริการจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(ก) มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์

(ข) ได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้ตามหลักสูตรจากหน่วยงานราชการ  
สถาบัน หรือสถานศึกษาตามที่คณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลาง  
รับรอง หรือเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในกิจการนวดเพื่อเสริมสวยมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี  
และผ่านการทดสอบความรู้และประสบการณ์โดยคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถาน  
ประกอบการกลาง

(ค) ไม่เป็นโรคต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑) โรคพิษสุราเรื้อรัง

๒) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง

๓) โรคจิตร้ายแรง

๔) โรคอื่นในระยะรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานหรือโรคติดต่อ

ในระยะร้ายแรง

(ง) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้  
ความสามารถ

(จ) กรณีเคยเป็นผู้ให้บริการมาก่อน แต่ถูกเพิกถอนใบประเมินความรู้  
ความสามารถจากคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการ จะต้องเลย  
ระยะเวลาเพิกถอนไม่น้อยกว่า ๒ ปี จึงจะขอประเมินความรู้ ความสามารถใหม่ได้

(๒) ผู้ให้บริการมีหน้าที่และข้อปฏิบัติดังต่อไปนี้

(ก) ให้บริการแก่ผู้รับบริการตามความรู้และความชำนาญตรงตามมาตรฐาน  
วิชาชีพที่ได้ศึกษาอบรมมา

(ข) ไม่กลั่นแกล้ง ทำร้าย หรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ

(ค) เก็บความลับของผู้รับบริการโดยไม่นำข้อมูลหรือเรื่องที่ได้ยินจาก  
ผู้รับบริการไปเปิดเผยจนก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการหรือบุคคลอื่น

(ง) ไม่แสดงอาการขี้ขวน กระทบกาลมกอนาจาร หรือพูดจาในทำนองให้  
เข้าใจว่าผู้ให้บริการต้องการมีเพศสัมพันธ์กับผู้รับบริการ และต้องไม่มีเพศสัมพันธ์กับผู้รับบริการ  
หรือค้าประเวณี

(จ) ไม่พูดจาหยอกล้อ หรือล้อเล่น หรือกระทำการใด ๆ อันมิใช่หน้าที่ที่ต้องให้บริการกับผู้รับบริการ โดยต้องให้บริการด้วยอาการสุภาพ อ่อนโยน

(ฉ) ไม่ดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือของมีนเมา หรือยาเสพติด ในขณะที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการ

(ช) มีความซื่อสัตย์ สุจริตต่อหน้าที่ที่กระทำและไม่ลักขโมยทรัพย์สินของผู้รับบริการ

(ซ) มีความรับผิดชอบต่อตนเองโดยการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง และไม่นำโรคติดต่อไปแพร่แก่ผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน

(ฅ) ห้ามมิให้ผู้ให้บริการใส่เครื่องประดับหรือของมีค่า ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

(ญ) เป็นผู้ดำรงตนอยู่ในศีลธรรมอันดี

ข้อ ๑๘ มาตรฐานการบริการกิจการนวดเพื่อเสริมสวย ให้มีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีผู้ให้บริการในส่วนบริการนวดเพื่อเสริมสวย ที่มีคุณสมบัติตามประกาศนี้และห้ามมิให้นำผู้ที่ขาดคุณสมบัติมาให้บริการ เว้นแต่ผู้ให้บริการฝึกหัด ซึ่งมีจำนวนไม่เกินกึ่งหนึ่งของผู้ให้บริการที่มี

(๒) ผู้ประกอบการต้องจัดการบริการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานการบริการนวดเพื่อเสริมสวยแต่ละประเภท

(๓) สถานประกอบการต้องมีลักษณะการให้บริการดังต่อไปนี้

(ก) เวลาเปิดทำการให้เริ่มบริการได้ตั้งแต่เวลา ๐๖.๐๐ นาฬิกา และเวลาปิดทำการหรือให้บริการไม่เกิน ๒๐.๐๐ นาฬิกา

(ข) ผู้ประกอบการต้องแสดงทะเบียนประวัติผู้ให้บริการ ตามแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(ค) ห้ามมิให้มีการบริการเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือของมีนเมาทุกชนิดแก่พนักงานผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการและต้องถือเป็นเขตปลอดบุหรี่

(ง) การให้บริการจะต้องไม่เป็นการฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพอื่นตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทางการแพทย์ กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ

(จ) การประชาสัมพันธ์หรือการโฆษณาการให้บริการของสถานประกอบการจะต้องไม่ทำให้บุคคลทั่วไปเข้าใจว่าสถานที่ดังกล่าวมีการให้การบำบัดรักษาพยาบาลอันอาจเป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย และข้อความโฆษณานั้นจะต้องไม่เป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินความเป็นจริง

(ฉ) ผู้ประกอบการต้องแสดงรายการบริการ และอัตราค่าบริการไว้ในที่เปิดเผยและมองเห็นได้ง่าย หรือสามารถให้ตรวจสอบได้

(ข) ผู้ประกอบการต้องไม่จัดหรือยินยอมให้มีรูปแบบการให้บริการที่อาจเข้าข่ายหรือฝ่าฝืนกฎหมายสถานบริการหรือบริการที่จะต้องขออนุญาตเป็นพิเศษ เช่น การพนัน การแสดงดนตรี การขับร้อง คาราโอเกะ สนั่นเกอร์ เต็นรำ รำวง ตลอดจนจัดให้มีมหรสพอื่น ๆ เป็นต้น

(ค) ผู้ประกอบการต้องกำหนดให้มีเครื่องแบบสำหรับผู้ให้บริการ โดยเป็นเครื่องแบบที่รัดกุม สุภาพ สะอาดเรียบร้อย สะดวกต่อการปฏิบัติงาน และต้องมีป้ายชื่อผู้ให้บริการติดไว้ที่หน้าอกด้านซ้าย

ข้อ ๑๙ มาตรฐานความปลอดภัยกิจการนวดเพื่อเสริมสวย ให้มีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ประกอบการจะต้องจัดให้มีชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้นไว้ในสถานประกอบการ และพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลาที่มีการให้บริการ

(๒) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีป้ายหรือข้อความเพื่อแสดงหรือเตือนให้ผู้รับบริการระมัดระวังอันตรายหรือบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภัยอันตราย

(๓) ในกรณีที่สถานประกอบการ มีการจัดให้มีบริการอบความร้อน อบไอน้ำให้บริการ ตลอดจนอุปกรณ์หรือบริการอื่นใดอันอาจก่อให้เกิดอันตรายไว้บริการ ต้องจัดให้มีพนักงานที่มีความรู้ ความเข้าใจและความชำนาญในการใช้อุปกรณ์นั้นเป็นอย่างดี เป็นผู้รับผิดชอบอุปกรณ์และมีหน้าที่คอยตรวจตราดูแลการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวทั้งในขณะใช้งานและหลังการใช้งาน

(๔) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีนาฬิกาที่สามารถมองเห็น อ่านเวลาได้โดยง่าย และชัดเจน จากจุดที่ผู้รับบริการกำลังใช้บริการอบความร้อน อบไอน้ำอยู่ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถควบคุมเวลาการใช้อุปกรณ์ด้วยตนเองได้โดยสะดวก

(๕) ผู้ประกอบการต้องจัดให้มีระบบฉุกเฉินสำหรับบริการอบความร้อน อบไอน้ำ ซึ่งสามารถหยุดการทำงานของอุปกรณ์ดังกล่าวได้โดยอัตโนมัติในทันที ที่เกิดจากภาวะซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ใช้บริการ และการเข้าถึงเพื่อใช้ระบบฉุกเฉินนั้นต้องสามารถกระทำได้ง่ายและสะดวกในเวลาที่เกิดเหตุฉุกเฉิน และต้องจัดสถานที่ให้สามารถเคลื่อนย้ายผู้รับบริการได้ในกรณีฉุกเฉิน

(๖) ภายในบริเวณที่ให้บริการอบความร้อน อบไอน้ำ ต้องมีเครื่องวัดอุณหภูมิ เครื่องควบคุมอุณหภูมิอัตโนมัติ และเครื่องตั้งเวลา เพื่อให้บุคลากรผู้รับผิดชอบอุปกรณ์สามารถปรับและควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในสภาวะที่ปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการตลอดเวลา

(๗) ต้องระมัดระวังมิให้ผู้มีความเสี่ยงจากอายุ หรือภาวะโรคประจำตัวมาใช้บริการอันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

(๘) ผ้าและอุปกรณ์ทุกชนิดเมื่อใช้บริการแล้ว ต้องซักหรือล้างทำความสะอาดอย่างถูกสุขลักษณะ ก่อนนำกลับมาใช้บริการครั้งต่อไป และในกรณีที่การให้บริการมีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ เช่น การใช้ไม้หรืออุปกรณ์ที่ใช้ซัดหรือขูดผิวหนังในการบริการกดจุดฝ่าเท้า ต้องผ่านกรรมวิธีการฆ่าเชื้อ

ที่สามารถฆ่าและควบคุมเชื้อได้ไม่น้อยกว่าเทคนิคการปลอดเชื้อทุกครั้งหลังการให้บริการ

(๙) ในกรณีที่ผู้ให้บริการอาจมีการหายใจรดบริเวณใบหน้าผู้รับบริการ เช่น ในการดูแลและนวดบริเวณใบหน้า ผู้ให้บริการต้องสวมอุปกรณ์ที่ถูกสุขลักษณะเพื่อป้องกันการหายใจรดบริเวณใบหน้าผู้รับบริการและการแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจไปสู่ผู้รับบริการ ในขณะที่มีการให้บริการทุกครั้ง

(๑๐) ต้องมีระบบป้องกันอัคคีภัยในสถานประกอบการตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร

### หมวด ๓

## หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบ เพื่อการรับรองให้เป็นไปตามมาตรฐาน

### ส่วนที่ ๑

#### คณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการ

ข้อ ๒๐ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่าคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลาง ประกอบด้วย อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นประธาน

ผู้แทนกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้แทนกรมอนามัย ผู้แทนกรมการแพทย์ ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้แทนกองบัญชาการตำรวจนครบาล ผู้แทนกรมการปกครอง ผู้แทนสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร เป็นกรรมการ

ให้ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะเป็นกรรมการและเลขานุการ

ข้อ ๒๑ ให้มีคณะกรรมการแต่ละจังหวัดเรียกว่า คณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการประจำจังหวัด ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน นายอำเภอท้องที่ที่ตั้งสถานประกอบการหรือผู้แทน ผู้แทนที่ทำการปกครองจังหวัด ผู้แทนงานการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัด ผู้แทนกองบังคับการตำรวจภูธรจังหวัด ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง เป็นกรรมการ

ให้หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นกรรมการและเลขานุการ

ข้อ ๒๒ ให้คณะกรรมการมีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พิจารณาคำร้องขอใบรับรองมาตรฐานสถานประกอบการ

(๒) ตรวจสอบลักษณะและมาตรฐานของสถานประกอบการและการบริการและผู้

ให้บริการ

- (๓) เสนอความเห็นต่อผู้ออกใบรับรองในการพิจารณาออกใบรับรองมาตรฐาน
- (๔) เสนอความเห็นต่อผู้ออกใบรับรองเพื่อเพิกถอนใบรับรองมาตรฐาน กรณีสถานประกอบการมีการปฏิบัติไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
- (๕) พิจารณาเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับสถานประกอบการ
- (๖) แจ้งหรือโฆษณาข่าวสารด้วยวิธีการใด ๆ ตามที่เห็นสมควร เพื่อมิให้ประชาชนหลงเข้าใจผิดซึ่งอาจเป็นอันตรายเนื่องจากการจัดบริการในสถานประกอบการ
- (๗) แต่งตั้งคณะกรรมการ เพื่อกระทำการใด ๆ อันอยู่ในอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ
- (๘) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่ประกาศกำหนดไว้ ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการ
- (๙) พิจารณาหรือดำเนินการในเรื่องอื่นตามที่รัฐมนตรีหรือผู้ออกใบรับรองมอบหมาย

คณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลางให้มีอำนาจและหน้าที่ทั่วราชอาณาจักร สำหรับคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการประจำจังหวัดให้มีอำนาจและหน้าที่เฉพาะในเขตจังหวัด

ข้อ ๒๓ นอกจากอำนาจตามข้อ ๒๒ ให้คณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลางมีอำนาจเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

- (๑) สอบความรู้ขั้นทะเบียนรับรองผู้ดำเนินการ
  - (๒) รับรองหลักสูตรสถานศึกษา สถาบันที่ผลิตพนักงานผู้ให้บริการ
  - (๓) ให้ข้อแนะนำต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง
- ตลอดจนหลักเกณฑ์และวิธีการตามประกาศฉบับนี้

ข้อ ๒๔ การประชุมของคณะกรรมการ ต้องมีกรรมการมาประชุม ไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของคณะกรรมการทั้งหมดจึงจะเป็นองค์ประชุม

ถ้าประธานกรรมการไม่มาหรือไม่อยู่ในที่ประชุม ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากันให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

## ส่วนที่ ๒

### การออกและการเพิกถอนใบรับรองมาตรฐาน

ข้อ ๒๕ ในกรณีที่ผู้ประกอบกิจการสถานประกอบการประสงค์จะขอใบรับรองมาตรฐาน การยื่นคำร้องขอรับใบรับรองมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร ให้ยื่น ณ กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในส่วนภูมิภาคให้ยื่น ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นที่ตั้งของสถานประกอบการนั้น การขอ การออกใบรับรองและการประกอบกิจการสถานประกอบการประเภทใด ให้เป็นไปตามมาตรฐานของสถานประกอบการประเภทนั้นตามที่กำหนด

ในกรณีที่คณะกรรมการเห็นว่าหรือมีผู้ร้องเรียนว่าสถานประกอบการใดไม่มีมาตรฐานของสถานที่ ผู้ประกอบการ ผู้ดำเนินการ การบริการ ความปลอดภัย หรือผู้ให้บริการ เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ ให้คณะกรรมการดำเนินการตรวจสอบเพื่อการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในประกาศนี้

ข้อ ๒๖ ผู้ประกอบการที่ยื่นขอใบรับรองมาตรฐานต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังนี้

- (๑) มีอายุไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์
- (๒) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
- (๓) ไม่เป็นโรคต้องห้ามดังต่อไปนี้
  - (ก) โรคพิษสุราเรื้อรัง
  - (ข) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง
  - (ค) โรคจิตร้ายแรง
  - (ง) โรคอื่นใดในระยะรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน
- (๔) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๕) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

ในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับใบรับรองมาตรฐาน ผู้แทนของนิติบุคคลนั้นต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามวรรคหนึ่งด้วย

ข้อ ๒๗ ในกรณีที่ได้รับคำร้องขอใบรับรองมาตรฐาน ให้เลขานุการคณะกรรมการตรวจสอบหลักฐานและเสนอความเห็นแก่คณะกรรมการเพื่อพิจารณาภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับคำร้องขอใบรับรองมาตรฐาน

คณะกรรมการจะต้องทำการตรวจลักษณะและมาตรฐานของสถานประกอบการ และการให้บริการ และเสนอความเห็นต่อผู้ออกใบรับรองภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันที่รับคำร้องขอใบรับรองจากเลขานุการคณะกรรมการ

ผู้ออกใบรับรองต้องพิจารณาออกหรือไม่ออกใบรับรองมาตรฐานภายใน ๑๐ วัน นับแต่วันที่รับเรื่องจากคณะกรรมการ

ข้อ ๒๘ ในการพิจารณาออกใบรับรองมาตรฐานสถานประกอบการของผู้ออกใบรับรอง จะต้องปรากฏว่าผู้ขอใบรับรองมาตรฐานหรือผู้ประกอบการได้จัดให้มีกรณีดังต่อไปนี้

- (๑) มีสถานประกอบการตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

- (๒) มีผู้ดำเนินการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
- (๓) มีผู้ให้บริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
- (๔) มีการให้บริการตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

ข้อ ๒๙ ไบร่รับรองมาตรฐานให้มีอายุ ๑ ปี นับแต่วันที่ออกไบร่รับรอง สถานประกอบการใดที่ประสงค์จะต่ออายุไบร่รับรอง จะต้องยื่นคำร้องขอไบร่รับรองภายใน ๓๐ วันก่อนไบร่รับรองเต็มสิ้นอายุ และให้คณะกรรมการดำเนินการตรวจและประเมินมาตรฐาน เพื่อพิจารณาออกไบร่รับรองใหม่ เมื่อได้ยื่นคำร้องขอไบร่รับรองใหม่แล้ว ให้ถือว่าสถานประกอบการนั้นมีมาตรฐานเป็นไปตามประกาศนี้จนกว่าผู้ออกไบร่รับรองจะมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาพร้อมด้วยเหตุผล และให้คณะกรรมการแจ้งผลการพิจารณาต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ.๒๕๐๙ ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทราบด้วย

ข้อ ๓๐ ให้คณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานของสถานประกอบการอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

สถานประกอบการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานแล้ว หากดำเนินการผิดไปจากมาตรฐานที่กำหนดหรือดำเนินการขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดี ให้คณะกรรมการดำเนินการแจ้งให้แก้ไข ว่ากล่าว ตักเตือน หรือเสนอเพิกถอนไบร่รับรองมาตรฐานตามแต่กรณี

ในกรณีที่มีการแจ้งให้แก้ไข ให้กำหนดระยะเวลาตามสมควรแต่ต้องไม่เกิน ๙๐ วัน

หากสถานประกอบการใด ไม่สามารถดำเนินการแก้ไขได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ต้องยื่นคำร้องพร้อมเหตุผลความจำเป็น ก่อนวันครบกำหนดต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาผ่อนผันได้ ครั้งละไม่เกิน ๓๐ วัน

ข้อ ๓๑ สถานประกอบการที่ได้รับการรับรองแล้วต้องแสดงไบร่รับรองมาตรฐานไว้ในที่เปิดเผยและมองเห็นได้ชัดเจน ณ สถานประกอบการนั้น ในกรณีที่สถานประกอบการจะขอหยุดกิจการ ให้แจ้งขอเลิกการรับรองต่อคณะกรรมการทราบ ภายใน ๗ วันนับแต่วันหยุดกิจการ แต่ไม่เป็นเหตุหยุดการพิจารณาเพิกถอนไบร่รับรองจากการประกอบกิจการที่เกิดขึ้นก่อนหน้า

#### หมวด ๔

#### บทเฉพาะกาล

ข้อ ๓๒ ภายใน ๑ ปีนับแต่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ สถานประกอบการที่เคยได้รับใบอนุญาตกิจการนวด อาบน้ำ อบสมุนไพรตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และได้ขึ้นทะเบียนต่อสมาคมหรือชมรมผู้ประกอบการสปาที่รวมตัวกันภายใต้การรับรองของกระทรวงสาธารณสุขสามารถออกไบร่รับรองประสพการณ์การทำงานให้กับพนักงานได้

ข้อ ๓๓ ภายใน ๑ ปีนับแต่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพที่เคยได้รับใบอนุญาตกิจการนวดตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ สามารถออกใบรับรองประสบการณ์การทำงานให้กับพนักงานได้

ข้อ ๓๔ ภายใน ๑ ปีนับแต่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ สถานประกอบการเสริมสวยที่เคยได้รับใบอนุญาตกิจการเสริมสวยตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ สามารถออกใบรับรองประสบการณ์การทำงานให้กับพนักงานได้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๗

ลงชื่อ สุदारัตน์ เกยุราพันธุ์

(นางสุदारัตน์ เกยุราพันธุ์)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ นายธนเนตร บัวแย้ม

(นายธนเนตร บัวแย้ม)

เจ้าหน้าที่ทะเบียนวิชาชีพ ๘

(ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม ๑๒๑ ตอนพิเศษ ๔๕ ง วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๔๗)



- ไม่ช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วย / ส่งต่อผู้ป่วย	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- ปฏิเสธการใช้บัตรประกันสังคม	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>ผลการดำเนินการ</b>												
1. ไม่พบการกระทำผิด	14	49	63	12	37	49	12	52	64	4	70	74
2. เปรียบเทียบคดี	-	10	10	9	3	12	8	26	34	2	8	10
3. มีมูลความผิดและส่งดำเนินคดี	7	73	80	8	61	69	7	53	60	9	38	47
4. ส่งสภาวิชาชีพ/คณะกรรมการวิชาชีพ พิจารณา จรรยาบรรณ	23	33	56	27	15	42	14	15	29	19	12	31
5. ประนีประนอม แนะนำตักเตือน ให้แก้ไข ปรับปรุง	47	9	56	29	82	111	26	111	137	22	77	99
6. อยู่ระหว่างการพิจารณา	8	2	10	53	51	104	32	46	78	0	78	78
7. ยุติเรื่อง	0	0	0	7	5	12	32	32	64	10	14	24
8. ปิดสถานพยาบาล	0	9	9	2	2	4	4	9	13	0	11	11
9. เพิกถอนใบอนุญาต	0	0	0	2	0	2	2	0	2	0	2	2
10. หมดอายุความ	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
11. ไม่พบการกระทำผิดแต่มีพฤติกรรมที่น่าสงสัย (เฝ้าระวัง)	0	30	30	0	5	5	1	12	13	5	8	13
12. ส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13. อื่นๆ	12	10	10	0	1	1	0	3	3	3	1	4

### ข้อมูลเกี่ยวกับคดีการฟ้องร้องแพทย์ในต่างประเทศ (Description of Cases)

คดี United States v. Billig (1986) Cmdr. Donald Billig, ในอดีตเคยเป็นหัวหน้าแผนกผ่าตัดหัวใจที่โรงพยาบาล Bethesda Naval Hospital, ถูกกล่าวหาว่า ผ่าคนตายโดยประมาท และกระทำโดยประมาทก่อให้เกิดผู้อื่นเสียชีวิตจากการตายของผู้ป่วยห้า คน เสียชีวิตระหว่างการผ่าตัด อัยการให้รายละเอียดว่า การตายเป็นผลมาจากความผิดพลาดประมาทและไม่ใส่ใจส่งผลให้เส้นเลือดใหญ่จากด้านล่างซ้ายของหัวใจฉีกขาด และผ่าตัดเส้นโลหิตดำที่เข้าไปเลี้ยงหัวใจผิด ("Navy Surgeon Convicted" 1986; Van Grunsven 1997) จากการพิสูจน์พบว่า ตาของบิลล์เกือบบอดข้างหนึ่งซึ่งเป็นผลจากการได้รับบาดเจ็บจากการเล่นเทนนิส และดังนั้น เขาได้รับคำสั่งให้ผ่าตัดภายใต้การกำกับดูแลของผู้อื่น (Engelberg 1986) บิลลิกกระทำการให้สามในห้าของผู้ป่วยต้องตายและถูกจำคุกเป็นเวลาสี่ปี (Spolar 1988) เขาเป็นแพทย์ทหารเรือคนแรกที่ถูกกล่าวหาว่าทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายจากกระบวนการรักษาทางการแพทย์ ("Navy Surgeon Convicted, Faces Prison in Death of Three Patients" 1986) ศาลอุทธรณ์ของกองทัพเรือได้ทำการไต่สวนต่อมาและกลับคำพิพากษาว่า บิลลิก ไม่ต้องรับผิดชอบเบื้องต้นสำหรับการเสียชีวิตเหล่านั้น (Van Grunsven 1997)

คดี Utah v. Warden (1988) David Warden ซึ่งเป็นสูตินรีแพทย์ถูกกล่าวหาว่าผ่าคนตายโดยประมาท จากการเสียชีวิตของทารกที่เขาทำคลอดก่อนกำหนดที่บ้านของตัวแม่คือ Joanne Young อายุ 18 ปี (Van Grunsven 1997) ความประมาทของ Warden เป็นผลมาจากการที่เขาละเลยไม่ตรวจถึงกำหนดคลอดของตัวแม่ คำวินิจฉัยของเขาระบุว่า ตัวแม่เป็นผู้เหมาะสมในการที่จะถูกส่งเข้าบ้าน และ เขาไม่ได้จัดเตรียมสิ่งต่างๆให้เรียบร้อยหลังการเกิด (Van Grunsven 1997) เป็นผลให้ทารกตายในตอนเช้าหลังจากความล้มเหลวจากระบบการหายใจที่เกิดขึ้นก่อนกำหนด Warden ได้ออกจากบ้านของตัวแม่ไปสี่สัปดาห์หลังจากทำคลอดในขณะที่เด็กยังคงเกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบการหายใจ และ ไม่สามารถติดต่อได้ทั้งๆที่ตัวแม่พยายามที่จะติดต่อ เมื่อมือและเท้าของเด็กมีสีเขียวคล้ำในระหว่างกลางคืน (Van Grunsven 1997) แม้ว่าการฟ้องร้องดำเนินคดีแก่ Warden ในช่วงเริ่มต้นจะจบลงในการไต่สวนในครั้งแรก แต่ต่อมาเขาถูกกล่าวหาในการไต่สวนครั้งที่สอง (Van Grunsven 1977)

คดี California v. Kapen (1988) Harold Kapen's วิสัญญีแพทย์ประมาท เลินเล่ออย่างรุนแรงและไม่สามารถให้ความช่วยเหลือแก่เด็กที่มีอายุ เจ็ดสัปดาห์ส่งผลให้เกิดการ

เสียชีวิตในระหว่างการผ่าตัดฉุกเฉิน ("Probation in Baby's Death" 1988; Wolfe et al. 1998) Kapen ได้ทำการประนีประนอมก่อนที่จะถูกไต่สวนและถูกตัดสินให้พักการดำเนินงานในเรื่องของการแนะนำในการปฏิบัติงานเป็นเวลาสองปี โดยไม่ให้ดำเนินการใดๆในทางการแพทย์ ("Probation in Baby's Death" 1988)

คดี California v. Klvana (1989) Milos Klvana's เป็นสูตินรีแพทย์ล้มเหลวในการแนะนำเกี่ยวกับการทำคลอดให้ผู้หญิงที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นกรณีการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงส่งผลให้เขาถูกฟ้องร้องดำเนินคดีในครั้งที่ 9 เกี่ยวกับการฆาตกรรมในระดับสอง คดีดังกล่าวเริ่มมาจากการเสียชีวิตของทารก (Jason Friel (Omstad 1986) ส่งผลให้แม่ต้องคลอดก่อนกำหนด และคดีดังกล่าวก็เกิดความยุ่งยากเนื่องจากตัวแม่มีภาวะโรคเบาหวานแทรกซ้อน การละลายจากสัญญาณที่ดูเหมือนมีอันตรายเหล่านี้ Klvana ซึ่งทำคลอดด้วยความยากลำบากในคลินิกเอกชนของเขา เด็กเกิดขึ้นมาด้วยเนื้อตัวซีด Klavana ได้ส่งตัวแม่และเด็กไปยังโรงพยาบาลหลังจากสี่ชั่วโมงต่อมาหลังจากคลอดได้สิบสี่ชั่วโมงเด็กก็เสียชีวิตจากภาวะปอดล้มเหลวเนื่องจากไม่สามารถหายใจได้ จากการสืบสวนต่อมา พบว่า เด็กคนอื่นอีกแปดคนเสียชีวิตจากการทำคลอดของ Klvana ซึ่งเป็นการทำคลอดอย่างเสี่ยงๆ นอกโรงพยาบาล อัยการฟ้องและระบุพฤติกรรมของเข่าว่าเหมือนคนขับรถที่เมาสุราแม้ว่าเขาจะขาดเจตนาในการก่ออาชญากรรมแต่ก็สร้างความเสี่ยงโดยไม่จำเป็นซึ่งโดยนัยยะเท่ากับการกระทำโดยมีเจตนาร้ายต่อผู้ป่วย Klvana ได้ถูกตัดสินให้จำคุกตลอดชีวิตจากอายุห้าสิบสามปีที่เหลืออยู่ เขาเป็นแพทย์คนแรกในประเทศที่ดำเนินการทางการแพทย์และก่อให้เกิดการเสียชีวิตเนื่องจากการดูแลไม่ดี (Van Grunsven 1997)

คดี Oklahoma v. Reynolds (1990) Dr. Joe Reynolds ซึ่งถูกกล่าวหาว่าฆ่าคนตายโดยถูกฟ้องร้องว่าอยู่ในระดับสอง ตายในระหว่างการผ่าตัด Liposuction ซึ่งเกิดขึ้นในสำนักงานของ Reynold เอง (Wolfe et al. 1998; "Oklahoma" 1990) ซึ่งผู้ป่วยเป็นภรรยาเขาเอง อย่างไรก็ตาม นายแพทย์ Joe ก็ไม่ได้ถูกกล่าวหาว่าเป็นการฆ่าภรรยาโดยไตร่ตรองไว้ก่อน เขาถูกกล่าวหาว่า กระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นเสียชีวิต (Clay 1991) นอกจากนั้น อัยการของจำเลยได้ให้เหตุผลในข้อกล่าวหาว่า พวกเขาได้เห็นรายงานใน Oklahoma ซึ่งแพทย์ที่ได้รับใบประกอบโรคศิลป์ไม่เคยถูกกล่าวหาเช่นนี้มาก่อน เกี่ยวกับการฆาตกรรมในระดับสองที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด (Clay 1991)

คดี People v. Einaugler (1993) Dr. Gerald Einaugler ถูกกล่าวหาว่า กระทำโดยประมาทและเจตนาที่จะละเมิดกฎหมายข้อบังคับด้านสุขภาพ เนื่องจาก เขาได้ทำการรักษา

ผู้ป่วยที่สถานดูแลคนชราช้ำเกินเหตุ (Crane 1994) Alida Lamour เป็นหญิงชราตาบอดวัย 72 ปีซึ่งมีสุขภาพย่ำแย่มาก เธอถูกรับเข้ารักษาที่สถานดูแล Brooklyn's Interfaith Nursing Home ระหว่างที่ทำการรักษาพยาบาลก่อนเป็นเวลาสองเดือน สำหรับภาวะไตล้มเหลว แพทย์ได้สอดสายยางเข้าไปในช่องท้องเพื่อช่วยให้เกิดการรักษา ในการตรวจสอบในครั้งแรกเขา ไม่ได้วินิจฉัยตรวจในช่องท้องเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยางอย่างละเอียด ก่อให้เกิดความผิดพลาดทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางช่องท้อง หลังจากเสียชีวิตได้สี่วันต่อมาพบว่า เกิดการอักเสบในกระเพาะเนื่องจากสารเคมีซึ่งก่อดำเนินการให้อาหาร ซึ่งข้อมูลนี้อยู่ในเวชระเบียน (Cohen และ Shapiro 1995) เมื่อลูกขุนคณะใหญ่ปฏิเสธที่จะระบุว่าเขาเจตนาฆ่า อัยการฟ้องว่าเป็นการประมาทที่จะก่อให้เกิดอันตรายและไม่เชื่อฟังกฎเกณฑ์ด้านสุขภาพ เนื่องจากเขาส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลช้ำจนเกินไปทั้ง ๆ ที่หลังจากเกิดการวินิจฉัยที่ผิดพลาดจากการตรวจสอบ นายแพทย์ Gerald ถูกกล่าวหาว่ากระทำผิดและถูกจำคุก หนึ่งปี (Green 1997) ต่อมาคำพิพากษาให้เขาทำงานเป็นเวลาห้าสัปดาห์สองวัน ("Doctor in Negligence Case Has Sentence Eased" 1997)

คดี People v. Hyatt (1993) Dr. Abu Hyatt's ทำแท้งที่ผิดกฎหมายและก่อให้เกิดอันตรายนำไปสู่การฟ้องร้องดำเนินคดีทางอาญา ในการดำเนินการเขาได้สั่งให้ผู้ป่วย Marie Moise ออกจากสำนักงานของเขาหลังจากการทำแท้ง เมื่อเธอปฏิเสธความต้องการก็มีการจ่ายเงินเพิ่มห้าร้อยดอลลาร์ เขานำตัวอ่อนซึ่งอยู่ในระยะ fetus ออกจากผู้ป่วยในคดีที่สอง Hyatt ทำแท้งโดยผิดกฎหมายแต่บรรลุผล ผู้ป่วยคือ Rosa Rodriguez และเด็กมีชีวิตรอดทั้งคู่ แม้ว่าเด็กจะสูญเสียแขนในระหว่างการดำเนินการ (Ambramovsky 1995) Hyatt ถูกกล่าวหาว่าทำร้ายร่างกายและทำแท้งที่ผิดกฎหมาย หลังจากดำเนินคดีเสร็จสิ้นลง ผู้ป่วยรายอื่นอีกสามสิบรายได้ร้องเรียนถึง การกระทำที่ก่อให้เกิดการได้รับบาดเจ็บเนื่องจากความประมาทเลินเล่อของเขา เขาถูกจำคุกเป็นเวลาสี่สัปดาห์ (Ambramovsky 1995)

คดี Wisconsin v. The Chem-Bio Corporation (1995) The Chem-Bio Corporation ได้ให้บริการทางห้องปฏิบัติการแก่ Family Health Plan ซึ่งเป็นองค์กรส่งเสริมด้านสุขภาพ ได้ถูกกล่าวหาว่ากระทำผิดทางอาญาจากการล้มเหลวที่จะสืบค้นถึงความผิดปกติในการสมัครเข้ามาในองค์กรของ Karin Smith (DeBlieu 1996) Smith ได้พิจารณาถึงแพทย์ในองค์กรส่งเสริมสุขภาพเป็นเวลาสิบห้าครั้ง เมื่อได้ทดสอบเพื่อจะค้นพบถึงการที่เลือดออกในมดลูกที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังซึ่งต่อมาบริษัท Chem-Bio ได้รายงานว่าการตรวจปกติแต่ยังมีเลือดออกเรื้อรังหลังการวินิจฉัยจากการทดสอบเป็นเวลาสามปี Smith ได้ดำเนินการรักษาทุกที่ การรักษาได้กระทำซ้ำและเกิดมะเร็งที่ลำคอลูกกลม Smith มีโอกาสแก้

ลึบถึงเก้าสิบห้าเปอร์เซ็นต์สำหรับการที่จะพบว่าถ้าห้องปฏิบัติการขององค์กรส่งเสริมสุขภาพได้ป้องกันมะเร็งที่เกิดขึ้นในระยะแรกได้ การเป็นโรครในระยะสุดท้ายทำให้เกิดการเสียชีวิต

จากการสืบสวนดำเนินคดีได้ข้อเสนอแนะว่า แพทย์ของ Smith ถูกฟ้องร้องดำเนินคดีทางอาญาแต่ัยการที่ได้รับเลือกได้ติดตามและกล่าวหาบริษัท Chem-Bio ด้วยข้อหาว่าฆ่าคนตายโดยประมาทัยการระบุว่าบริษัท ได้ตั้งงบประมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะ ค่าใช้จ่ายในการที่จะต้องจ่ายให้แก่เจ้าหน้าที่เทคนิคในการวินิจฉัยโรค โครงการ The Family Death Plan เป็นบริษัทที่ตบแต่งยอดและถูกกล่าวหาว่ากระทำการโดยประมาท สำหรับการตายของ Smith รวมทั้งการตายของ Delores Geary ภายใต้สถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน ("Pap Smear Death Draws \$20,000 Fine" 1996) บริษัท Chem-Bio ได้ถูกปรับ หนึ่งหมื่นเหรียญอเมริกัน สำหรับการตายหนึ่งครั้ง ซึ่งเป็นอัตราสูงสุดที่กฎหมายกำหนด

คดี People v. Benjamin (1995) Dr. David Benjamin ถูกกล่าวหาว่ากระทำผิดฐานฆาตกรรมในระดับสอง หลังจากการทำแท้งซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตคือ Gaudalupe Negron (Holloway 1995) เขาเป็นหมอกคนแรกที่เคยถูกกล่าวหาในมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ด้วยข้อหาว่าทำการฆาตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย ระหว่างการรักษาทางการแพทย์ (Cohen and Shapiro 1995: 4) Benjamin คำนวณระยะเวลาการตั้งครรภ์ผิดพลาดเนื่องจากเขาไม่ได้ส่งตรวจคลื่น Sonogram เขาประมาณอายุของฟิตส์ว่าสิบสามสัปดาห์และทำการดูแล Negron โดยข้อเท็จจริงแล้วเธอตั้งครรภ์ได้สิบเก้าสัปดาห์และขนาดของฟิตส์ก็ขัดขวางต่อการดูแล เกิดการฉีกขาดถึงสามนิ้วที่บริเวณมดลูกของผู้ป่วยมีผลให้เธอตกเลือดและเสียชีวิตในห้องพักฟื้นในคลินิกของ Benjamin ในขณะที่ตัวเขาไปทำแท้งให้กับผู้ป่วยรายอื่นในห้องถัดไป (Holloway 1995) การไต่สวนเชื่อมโยงกับการตายของ Negron ว่าเป็นกระบวนการทำแท้งที่ขาดความเหมาะสม Benjamin ยังถูกกล่าวหาว่าหลบเลี่ยงหมายเรียกในการให้คำให้การซึ่งพยายามที่จะบอกเล่าถึงการดำเนินการจากผู้ป่วยคนอื่นที่ได้รับ ความทรมาณจากการเป็นโรคหัวใจอย่างกะทันหันและไม่ได้ลงในเวชระเบียน ในความผิดดังกล่าว Benjamin ได้ถูกตัดสินจำคุกตลอดชีวิตในระยะเวลา 25 ปีที่เหลืออยู่

คดี Colorado v. Verbrugge (1996) Joseph Verbrugge ซึ่งเป็นวิสัญญีแพทย์ถูกกล่าวหาว่าฆ่าคนตายโดยประมาทจากการตายของ ริชาร์ด ลีโอนาร์ด ที่มีอายุ 8 ปีในระหว่างการผ่าตัดตา (Lindsay 1996) คดีดังกล่าวเป็นคดีแรกที่เกิดขึ้นในมลรัฐโคโลราโดที่แพทย์ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดอาญาจากการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Lindsay 1997) การดำเนินการเกิดขึ้นอย่างผิด ๆ เมื่อการเต้นของหัวใจของเด็กส่งสัญญาณเตือนหลังจากที่เขาได้วาง

ยาสลบ ในระหว่างการผ่าตัด การเต้นของหัวใจของคนไข้ผิดปกติ อุณหภูมิสูงขึ้นถึง 107 องศา อัยการระบุในสำนวนว่าเขาผิดพลาดที่จะตอบสนองต่อสัญญาณอันตรายที่เตือนเนื่องจากเขารู้สึกง่วงนอนในระหว่างการผ่าตัด ผู้ป่วยได้เสียชีวิตหลังจากการผ่าตัด 3 ชั่วโมง เนื่องจากการขาดอากาศและระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในเลือดสูงเกินกว่าปกติถึง 4 เท่า อย่างไรก็ตามตัวเขาเองปฏิเสธว่า เขาไม่ได้ง่วงนอนระหว่างการผ่าตัดแต่ได้นอนหลับ 4 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด จำเลยอ้างว่าการตายเป็นผลมาจากสภาวะที่ไม่แน่นอนซึ่งเกิดขึ้นโดยทั่วไปจากการวางยาสลบ อย่างไรก็ตาม คณะลูกขุนลงความเห็นว่าเป็นการฆ่าผู้อื่นแต่กระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นเสียชีวิต ("Ar.esthesiologist Accused of Dozing in Surgery Found Negligent" 1996) ศาลอุทธรณ์แห่งโคโลราโดได้กลับคำพิพากษาในเวลาต่อมา เนื่องจากอัยการไม่สามารถพิสูจน์ข้อกล่าวหาว่าทำให้เด็กเสียชีวิต (Ensslin 1999)

คดี California v. Schug (1998) Wolf gang Schug เป็นแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินถูกกล่าวหาและระบุว่า ทำการฆาตกรรมในระดับสองในการตายของ Cody Burrows ซึ่งมีอายุ 11 เดือน Dolan 1998 เด็กได้ถูกนำตัวมาส่งโรงพยาบาลชุมชนที่ Red Bud เนื่องจากการสูญเสียน้ำและอาเจียนอย่างรุนแรง หมอ Schug ได้วินิจฉัยปัญหาว่า เกิดจากการติดเชื้อที่หูและให้ยาปฏิชีวนะ (Van Grunsven 1997) พ่อแม่ของเด็กได้กลับมาที่โรงพยาบาลอีกครั้ง เมื่อ 2 วันถัดมาเมื่อเด็กมีอาการดังกล่าวอีก อัยการนำหลักฐานเข้าแสดงว่า หมอได้ใช้เวลาเกินไปที่จะสอดสายยางให้อาหารและผิดพลาดในการที่จะเรียกให้ผู้อื่นช่วยเมื่อรู้ว่าผู้ป่วยกำลังตกอยู่ในอันตราย (Van Grunsven 1997) เขายังไม่ได้เรียกรถพยาบาลหรือเฮลิคอปเตอร์เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์การแพทย์พร้อม พ่อแม่ของเด็กต้องขับรถถึงหนึ่งชั่วโมงกับยี่สิบนาทีเพื่อนำเด็กไปส่งโรงพยาบาลเด็กที่ใกล้ที่สุด (Van Grunsven 1997) เด็กเสียชีวิตในวันต่อมาจากการริเริ่มว่ามีการติดเชื้อในหู อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ให้ความเห็นในทางที่ระบุว่า นายแพทย์ Schug สมควรที่จะถูกลงโทษ อย่างไรก็ตาม ศาลตัดสินให้เขาพ้นผิดเนื่องจากอัยการไม่สามารถที่จะแสดงหลักฐานที่จะพิสูจน์ได้ว่า มีการกระทำ ความผิดทางอาญา (Dolan 1998)

คดี California v. Falconi (1998) Guillermo Falconi's ซึ่งมีทักษะในการผ่าตัดที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกเสริมความงาม ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทรมานอย่างที่สุด เธอคือ Barbara Rojas โดยที่ Falconi ได้ตัดเนื้อเยื่อส่วนไขมันจากแขนของ Rojas ระหว่างที่ทำการผ่าตัด ศัลยแพทย์ที่ได้รับการฝึกหัดชาวบราซิลได้เสนอลดค่าใช้จ่ายให้แก่เธอและเขาไม่ได้แจ้งข้อเท็จจริงว่า เขาไม่ได้รับอนุญาตใบประกอบโรคศิลป์ในสหรัฐอเมริกา (Dirmann 1997) การผ่าตัดได้ถูกตั้งข้อสังเกตว่าได้ดำเนินไปอย่างขาดความรู้ความสามารถและไม่ได้ดำเนินการใน

ลักษณะเป็นวิชาชีพ เขาไม่ได้ทำการฆ่าเชื้อที่เตียงก่อนที่จะผ่าตัด เขาแค่ล้างมือ จากลูกสาวผู้ป่วยที่อายุ 14 ปี เนื้อเยื่อไขมันที่ถูกตัดออกถูกทิ้งที่ถังขยะ ผู้ป่วยตกเลือดหลังจากการผ่าตัดอย่างเนื้องอกและหูดสติ เธอเสียชีวิตสามสัปดาห์ต่อมา ซึ่งเป็นผลจากการผ่าตัดที่ก่อให้เกิดการเสียเลือดอย่างมาก (Dirmann 1998) Falconi ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดด้วยข้อหาว่าฆาตกรรมในระดับสอง โดยกำจัดของเสียอันตรายโดยวิธีการที่ผิดกฎหมายและประกอบวิชาชีพแพทย์เถื่อน เขาถูกตัดสินจำคุกเป็นเวลา 15 ปี

คดี California v. Steir (1998) Dr. Bruce Saul Steir ถูกกล่าวหาว่าประกอบอาชญากรรมในระดับสอง โดยการฆ่าคนตายหลังจากผู้ป่วยคือ Sharon Hampton ตกเลือดจนถึงแก่ความตายจากการทำแท้ง อัยการระบุว่า แพทย์ได้ดูเอารกของผู้ป่วยหลังจากเขารู้ว่า มดลูกของเธอทะลุในระหว่างดำเนินการ (Smith 1998) คดีนี้ค้างอยู่เพื่อรอการวินิจฉัยของศาลสูงของแคลิฟอร์เนีย Steir โต้แย้งว่าการฟ้องร้องดำเนินคดีฝ่าฝืนบทบัญญัติรัฐธรรมนูญจากการเลือกปฏิบัติ และมีแรงกระตุ้นจากทางการเมือง ในการที่พยายามที่จะจำกัดการทำแท้ง ("No Hearing on March 3 for Dr. Bruce Steir" 1999)

คดี Polk (PA) Medical Center Cases (1999) Polk Center เป็นศูนย์การแพทย์ที่ดำเนินการโดยรัฐที่ใหญ่ที่สุดในมลรัฐเพนซิลวาเนีย ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อรักษาผู้ป่วยโรคจิต ("One Doctor is Cleared in PA Case" 1999) อัยการได้เริ่มต้นระบุว่า แพทย์หกคนที่ทำงานที่โรงพยาบาลศูนย์ดังกล่าวได้ฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา ทอดทิ้งผู้ป่วยและกระทำการโดยใช้อำนาจที่ไม่ถูกต้องก่อให้เกิดอันตราย Dr. Cesar Miranda และ Dr. Hyunchel Shin ทั้งคู่ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดฐานทำให้ผู้อื่นเสียชีวิตจากการปล่อยทิ้งผู้ป่วยทำให้เสียชีวิตอย่างรุนแรง (Roddy and Hernan 1999) แพทย์ที่เหลือถูกกล่าวหาว่าทำร้ายร่างกายจากการใช้สวดเย็บแผลในขณะที่ทำศัลยกรรมในการเย็บบาดแผลผู้ป่วยให้ติดกันโดยไม่ได้วางยาสลบ ( Roddy and Hernan 1999) ข้อกล่าวหา Dr. Shin ได้ถูกยกฟ้องเนื่องจากขาดพยานหลักฐาน ("One Doctor is Cleared in PA Case" 1999)

คดี Arizona v. Biskind (1999) Dr. John Biskind ถูกกล่าวหาและถูกระบุว่าฆ่าผู้อื่นตายจากการทำให้ผู้หญิงคนหนึ่งตกเลือดจนถึงแก่ความตายจากการเจาะมดลูกจากการทำแท้ง (Steckner and Snyder 1999) คดีอยู่ระหว่างการพิจารณา

## การโฆษณาโดยตรงต่อผู้ประกอบการโรคศิลปะ

การโฆษณาโดยตรงต่อผู้ประกอบการโรคศิลปะ หมายถึง การโฆษณาโดยตรงกับ แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ สัตวแพทย์ ซึ่งก่อนที่ผู้ประกอบการโฆษณาในรูปแบบของโปสเตอร์ แผ่นพับ หรือโฆษณาในวารสารเพื่อกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว จะต้องขออนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาก่อนเช่นเดียวกัน โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. การโฆษณาสรรพคุณของยา ให้ยึดถือในเอกสารกำกับยาเป็นหลัก
2. การโฆษณาเชิงเปรียบเทียบในด้านต่างๆ ของยากระทำต่อเมื่อใช้ชื่อทั่วไปของยา (Generic Name ) ในการเปรียบเทียบ โดยมีเอกสารอ้างอิง (Reference) ที่เชื่อถือได้ประกอบการเปรียบเทียบ
3. การโฆษณาว่ายานั้นๆ เป็นผลิตภัณฑ์ใหม่จะทำได้เมื่อผลิตภัณฑ์นั้นได้ขึ้นทะเบียนตำรับยามาแล้วไม่เกิน 1 ปี
4. การโฆษณาทางโปสเตอร์ จะอนุญาตได้ดังนี้
  - 4.1 โปสเตอร์โฆษณาอย่าให้ระบุวัดที่ใด (โดยทำหนังสือรับรองสถานที่ปิดโปสเตอร์ เช่น ห้องพักแพทย์ , ห้องเภสัชกร ,สถานที่ประชุมวิชาการที่จัดขึ้นสำหรับผู้ที่มีใบประกอบโรคศิลปะ)
  - 4.2 โปสเตอร์ให้ความรู้ จะอนุญาตเฉพาะชื่อยาและชื่อบริษัทโยมีหนังสือรับรองการติดโปสเตอร์
5. การโฆษณาลงในวารสารต่างๆ อนุญาตเฉพาะวารสารทางการแพทย์ที่โฆษณาโดยตรงต่อผู้ประกอบการโรคศิลปะเท่านั้น
6. ห้ามแสดงภาพที่ไม่สุภาพโฆษณา เช่น การแสดงภาพเปลือยของคน (ในขณะที่ภาพนั้นไม่เกี่ยวกับสรรพคุณยา) หรือภาพอาการของโรคในบริเวณอวัยวะเพศ (ถ้าสามารถแสดงอาการบริเวณอื่นได้)
7. ห้ามแสดงภาพที่แสดงอาการทุกข์ทรมานโยเน้นพิจารณาการแสดงออกทางสีหน้าของคนเป็นสำคัญ
8. การโฆษณาเสพติดให้โทษ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท จะโฆษณาได้โดยให้ทำหนังสือรับรองการโฆษณาต่อบุคคลที่กฎหมายอนุญาตให้โฆษณาได้เท่านั้น ได้แก่ ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม เภสัชกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง

9. ตัวอย่างคำที่ถือว่าเป็นเท็จหรือเกินความจริง EXTREMELY , EXCELLENT , IDEAL , NONTOXIC , NO-SIDE EFFECT หรือข้อความทำนองเดียวกัน เช่น ดีเลิศ , ดีที่สุด , THE BEST , BROADESTและอื่นๆ

- คำว่า MAXIMUM (หรือคำในทำนองเดียวกัน) ให้ใช้คำว่า HIGH (หรือคำในทำนองเดียวกันแทน)
- คำว่า MINIMUM (หรือคำในทำนองเดียวกัน) ให้ใช้คำว่า LOW (หรือคำในทำนองเดียวกันแทน)

### คำเตือนในการโฆษณาแก้ปวดลดไข้

เนื่องจากยาแก้ปวดลดไข้เป็นยาที่ประชาชนหาซื้อรับประทานได้เองโดยไม่ผ่านการตรวจจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือมีการรับประทานโดยไม่ระมัดระวังอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ เพราะยาบางตัวมีข้อจำกัดในการใช้ เช่น ยาพาราเซตามอล ไม่ควรกินยาติดต่อกัน 5 วัน และผู้ที่ เป็นโรคตับ โรคไต ไม่ควรซื้อมารับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ก่อนเป็นต้น สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยาจึงกำหนดหลักเกณฑ์การโฆษณาแก้ปวดลดไข้ว่าต้องแสดงคำเตือน ในการโฆษณาด้วย

1. การแสดงคำเตือนโฆษณาบรรเทาปวด ลดไข้ สำหรับเด็ก ให้แสดงคำ เตือนดังนี้

#### ยากลุ่มซาลิไซเลท

- ควรอ่านวิธีใช้และขนาดรับประทานให้เข้าใจก่อนใช้ยา ถ้าใช้ยาเกินขนาดจะ ทำให้เกิดอันตราย
- ควรรับประทานยาหลังอาหารทันทีแล้วดื่มน้ำตามมากๆ
- ก่อนใช้ยาควรอ่านฉลากและเอกสารกำกับยาให้ละเอียด

#### ยากลุ่มพาราเซตามอล

- ควรอ่านวิธีใช้และขนาดรับประทานให้เข้าใจก่อนใช้ยา ถ้าใช้ยาเกินขนาดจะ ทำให้เกิดอันตรายและไม่ควรกินยาติดต่อกัน 5 วัน
- ผู้ที่เป็นโรคตับ โรคไตควรปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร ก่อนใช้ยานี้

#### ยากลุ่มซาลิไซเลทและพาราเซตามอล

- ควรอ่านวิธีใช้และขนาดรับประทานให้เข้าใจก่อนใช้ยา ถ้าใช้ยาเกินขนาดจะ ทำให้เกิดอันตรายและไม่ควรกินยาติดต่อกัน 5 วัน
- ควรรับประทานยาหลังอาหารทันทีแล้วดื่มน้ำตามมากๆ
- ผู้ที่เป็นโรคตับ โรคไตควรปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร ก่อนใช้ยานี้
- ก่อนใช้ยาควรอ่านฉลากและเอกสารกำกับยาให้ละเอียด

ในการโฆษณาทางสื่อสิ่งพิมพ์ จะต้องแสดงข้อความคำเตือนทั้งหมด ส่วนการโฆษณา ทางสื่อวิทยุให้แสดงคำเตือนดังนี้

1. ควรอ่านวิธีใช้และขนาดรับประทานให้เข้าใจก่อนใช้ยา ถ้าใช้ยาเกินขนาดจะทำให้เกิดอันตราย
2. ถ้ามีตัวยากลุ่มยาพาราเซตามอล ให้เพิ่มคำเตือน "ผู้ที่เป็นโรคตับ โรคไต ควรปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร ก่อนใช้ยานี้" และ "ไม่ควรกินยาติดต่อกัน 5 วัน"
3. ถ้ามีตัวยากลุ่มซาลิไซเลท ให้เพิ่มคำเตือน "ควรรับประทานยาหลังอาหารทันทีแล้วดื่มน้ำตามมากๆ" "ก่อนใช้ยาควรอ่านฉลากและเอกสารกำกับยาให้ละเอียด" "ห้ามใช้ยานี้ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ อีสุกอีใส และไข้เลือดออก"

สำหรับการโฆษณาทางสื่อโทรทัศน์ ก็ให้แสดงคำเตือนทั้งที่เป็นภาพและเสียง ดังนี้

1. ควรอ่านวิธีใช้และขนาดรับประทานให้เข้าใจก่อนใช้ยา ถ้าใช้ยาเกินขนาดจะทำให้เกิดอันตราย
2. ถ้ามีตัวยากลุ่มยาพาราเซตามอลให้เพิ่มคำเตือน "ผู้ที่เป็นโรคตับ โรคไตควรปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร ก่อนใช้ยานี้" และ "ไม่ควรกินยาติดต่อกัน 5 วัน"
3. ถ้ามีตัวยากลุ่มซาลิไซเลทให้เพิ่มคำเตือน "ควรรับประทานยาหลังอาหารทันทีแล้วดื่มน้ำตามมากๆ"

2. การแสดงคำเตือนในการโฆษณาขายบรรเทาปวด ลดไข้ สำหรับผู้ใหญ่ให้แสดงคำเตือน ดังนี้

#### ยากลุ่มซาลิไซเลท

- ควรรับประทานยาหลังอาหารทันทีแล้วดื่มน้ำตามมากๆ และไม่ควรใช้ยานี้บรรเทาอาการปวดเมื่อยเนื่องจากการทำงานหนัก
- ขณะใช้ยาห้ามดื่มสุรา หรือ ของมีนเมา
- ก่อนใช้ยาควรอ่านฉลากและเอกสารกำกับยาให้ละเอียดก่อนใช้ยา
- ควรรับประทานตามขนาดที่บรรจุและไม่ควรกินยาติดต่อกัน 5 วัน

#### ยากลุ่มพาราเซตามอล

- ไม่ควรใช้ยานี้บรรเทาอาการปวดเมื่อยเนื่องจากการทำงานหนัก
- ขณะใช้ยาห้ามดื่มสุรา หรือ ของมีนเมา
- ผู้ที่เป็นโรคตับ โรคไตควรปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร ก่อนใช้ยานี้
- ให้อ่านคำเตือนบนฉลาก และเอกสารก่อนใช้

- ควรรับประทานตามขนาดที่บรรจุและไม่ควรกินยาติดต่อกัน 5 วัน

## สินค้าประเภทยา

พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 88-90 ทวิ กำหนดการควบคุมโฆษณาไว้ดังนี้

**มาตรา 88** การโฆษณาจะต้อง

1. ไม่เป็นการโอ้อวดสรรพคุณยาหรือวัตถุดิบเป็นส่วนประกอบของยาว่าสามารถบำบัด บรรเทา รักษาหรือป้องกันโรค หรือความเจ็บปวดได้อย่างศักดิ์สิทธิ์หรือหายขาดหรือใช้ถ้อยคำอื่นใดที่มีความหมายทำนองเดียวกัน
2. ไม่แสดงคุณภาพยาอันเป็นเท็จ หรือเกินความจริง
3. ไม่ทำให้เข้าใจว่ามีวัตถุใดเป็นตัวยา หรือเป็นส่วนประกอบของยา ซึ่งความจริงไม่มีวัตถุหรือส่วนประกอบนั้นในยา หรือมีแต่ไม่เท่าที่ ทำให้เข้าใจ
4. ไม่ทำให้เข้าใจว่าเป็นยาทำให้แท้งลูกหรือยาขับระดูอย่างแรง
5. ไม่ทำให้เข้าใจว่าเป็นยาบำรุงกามหรือยาคุมกำเนิด
6. ไม่แสดงสรรพคุณยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
7. ไม่มีการรับรองหรือยกย่องสรรพคุณยาโดยบุคคลอื่น
8. ไม่แสดงสรรพคุณยาว่าสามารถบำบัดบรรเทา รักษาหรือป้องกันโรคเบาหวาน มะเร็ง อัมพาต วัณโรค โรคหรืออาการของโรคของสมอง ปอด ตับ ม้าม ไต

ความใน (5) และ (6) ไม่ใช่บังคับแก่ข้อความในฉลากหรือเอกสารกำกับยา และความใน (1) (4) (5) (6) (7) และ (8) ไม่ใช่บังคับแก่การโฆษณาซึ่งกระทำโดยตรงต่อ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์

**มาตรา 88 ทวิ** การโฆษณาขายยาทางวิทยุกระจายเสียง เครื่องขยายเสียง วิทยุโทรทัศน์ ทางฉายภาพหรือภาพยนตร์ หรือทางสิ่งพิมพ์จะต้องได้รับอนุมัติข้อความหรือภาพที่ใช้ในการโฆษณาจากผู้อนุญาตปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ผู้อนุญาตกำหนด

**มาตรา 89** ห้ามมิให้โฆษณาขายยาโดยไม่สุภาพ หรือโดยการร้องรำทำเพลงหรือแสดงความทุกขุทรมานของผู้ป่วย

**มาตรา 90** ห้ามมิให้โฆษณาขายยาโดยวิธีแถมพกหรือออกสลาก

**มาตรา 90 ทวิ** เลขวิธีการคณะกรรมการอาหารและยามีอำนาจสั่งเป็นหนังสือระงับการโฆษณาขายยาที่เห็นว่าเป็นการโฆษณาโดยฝ่าฝืนพระราชบัญญัตินี้ได้

## วิธีการควบคุม

ต้องเสนองานโฆษณาเพื่อขออนุญาตก่อนทำเป็นโฆษณา (Pre-censor) หากฝ่าฝืนขึ้นทำโฆษณาโดยไม่ขออนุญาตก่อน มีโทษทางอาญา แนวโน้มในการวินิจฉัยโฆษณา ยาเป็นสินค้าที่มี

ความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ยามีคุณอนันต์และโทษมหันต์ การโฆษณาขายยาต้องไม่แสดงสรรพคุณยาหรือส่วนประกอบของยาว่าสามารถรักษาให้หายขาด นอกจากนั้นยังต้องควบคุมมิให้ประชาชนใช้ยาตามคำโฆษณาที่ชี้แนะในทางที่อาจก่ออันตราย เช่น ยาที่ต้องใช้อย่างระมัดระวังในความคุ้มครองของแพทย์ อาจอนุญาตให้โฆษณาได้เฉพาะต่อแพทย์ ยารักษาโรคเฉพาะบางโรคห้ามโฆษณาโดยเด็ดขาด เช่น โรคเบาหวาน มะเร็ง อัมพาต วัณโรค โรคหรืออาการของโรคของสมอง ปอด ตับ ม้าม ไต

การโฆษณายาจะใช้วิธีแถมพกหรือออกสลากไม่ได้ เพราะเท่ากับเป็นการกระตุ้นหรือจูงใจให้บริโภคยาโดยไม่มีเหตุผล

ยาก็เป็นสินค้าอีกประเภทหนึ่งที่มีการควบคุมการโฆษณาที่เข้มงวด หลักเกณฑ์ที่ อ.ย. ใช้ในการพิจารณาโฆษณายาก่อนการเผยแพร่ทางสื่อ ที่แสดงไว้ ณ ที่นี้เป็นเพียงตัวอย่างของเกณฑ์ที่มีการกำหนดขึ้นเวลาหนึ่งซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้หากมีการเปลี่ยนแปลงกฎหมาย ดังนั้นจึงขอให้ศึกษาเป็นตัวอย่างประกอบเท่านั้น

### หลักเกณฑ์พิจารณาคำขอโฆษณายา

#### \* การโฆษณาทางสื่อทั่วไป \*

ผลิตภัณฑ์ยาเป็นผลิตภัณฑ์ที่ก่อนจะทำการโฆษณาทางสื่อมวลชน (วิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์) ต้องยื่นขออนุญาตกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาก่อน จึงจะทำการโฆษณาได้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้กำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคำขอโฆษณายาไว้ ดังนี้

1. การแสดงชื่อยา จะต้องตรวจตามใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยา ถ้าในใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยา ถ้าในใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยาไม่มีชื่อยาเป็นภาษาไทย ให้ใช้ชื่อยาตามฉลากหรือเอกสารกำกับยา

2. ยาที่มีชื่อซ้ำกันแต่มีสรรพคุณหรือวิธีใช้ต่างกัน ให้ระบุชนิดของยาให้ชัดเจน เช่น ออร์โอมัยซินและ ยาออร์โอมัยซินชนิดขี้ผึ้งทาแผล เป็นต้น

3. การแสดงชื่อยาในส่วนที่เป็นภาพ ขนาดของตัวอักษรแสดงชื่อยาจะต้องเท่ากันตลอดข้อความ ถ้าเป็นการออกเสียง จะต้องออกเสียงชื่อยาให้ชัดเจนสม่ำเสมอตลอดข้อความ

4. การโฆษณายามากกว่า 1 ชนิด ในคำขอโฆษณาจะต้องส่งมอบหลักฐานประกอบการพิจารณาทุกชนิดให้ครบถ้วน และการโฆษณานั้นจะต้องไม่ทำให้ผู้บริโภคเกิดความสับสนหรือสำคัญผิดในสรรพคุณยา

5. ยาชื่อพ้องกันแต่วิธีใช้ต่างกัน ให้โฆษณาแยกจากกันเพื่อป้องกันการสับสนของผู้ใช้ เช่น ซีมาโลชั่น

6. ในกรณีชื่อยาตามขึ้นทะเบียนตำรับยาที่มีความยาวหลายพยางค์ซึ่งผู้ขอโฆษณาไม่ประสงค์จะโฆษณาชื่อยาเต็มตามที่ขึ้นทะเบียนทุกครั้ง ก็ให้เรียกชื่อเต็มของยาในครั้งแรกและครั้งสุดท้ายของข้อความในโฆษณาก็ได้

7. การแสดงสรรพคุณต้องเป็นไปตามข้อความที่ได้รับอนุญาตไว้ในเอกสารกำกับยา และฉลาก ยกเว้นการแสดงสรรพคุณที่ห้ามโฆษณาตามกฎหมาย คือ ข้อความบำรุงหัวใจ

8. การโฆษณาถึงขนาดของการใช้ต้องระบุอย่างชัดเจน ไม่ให้ข้อความคลุมเครือ เช่น กินมากเป็นยาถ่าย กินน้อยเป็นยาระบาย

9. แนวการโฆษณาจะต้องไม่เป็นการเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์อื่น

10. ไม่ให้โฆษณาในลักษณะที่ทำให้เข้าใจว่ามีการวินิจฉัยโรคกันเอง

11. ไม่ให้โฆษณาแนะนำให้ซื้อยาโดยไม่จำเป็น เช่น ซื้อยาเป็นของฝากสำหรับญาติมิตร

12. การโฆษณาจะต้องไม่ชักชวนให้ผู้บริโภคใช้ยาอย่างพร่ำเพรื่อเกินความจำเป็น

13. การโฆษณาจะต้องไม่ทำให้ผู้บริโภคสำคัญผิดว่าผลิตภัณฑ์นั้นเป็นอาหาร

14. ไม่อนุญาตให้โฆษณาที่มีตัวยาเสพติดให้โทษเป็นส่วนผสมอยู่ด้วย

15. การโฆษณาแผนโบราณ จะต้องมีความแสดงให้ชัดเจนว่าเป็นยาแผนโบราณ

#### การแสดงคำเตือนในการโฆษณา

ตำรับยามีคำเตือนในฉลากตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้แสดงคำเตือนในการโฆษณา ดังนี้ " ก่อนใช้ยา ให้อ่านฉลากและเอกสารกำกับยาให้ละเอียดด้วย "

ถ้าเป็นยาบรรจุเสร็จ ที่ไม่เป็นยาอันตราย จะต้องปรากฏข้อความตามที่กำหนด ดังนี้ "บรรจุแผงละ.....เม็ด เป็นยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ" "ก่อนใช้ยา ควรอ่านคำเตือนในฉลาก"

16. การโฆษณาจะต้องใช้ภาษาให้ถูกต้องตามหลักภาษาไทย

#### การใช้ชื่อสามัญทางยา

ชื่อสามัญทางยา หมายถึง ชื่อที่ใช้เรียกอย่างเป็นทางการของสารออกฤทธิ์ตัวใด จึงอาจก่อให้เกิดปัญหาการบริโภคนยาซ้ำซ้อนโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งให้ยาแผนปัจจุบันที่เป็นยาบรรจุเสร็จ ซึ่งไม่ขายยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ให้มีชื่อสามัญทางยาในฉลากและเอกสารกำกับยา นอกจากนี้การโฆษณายาบรรจุเสร็จซึ่งไม่ขายยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษที่มีตัวยาสำคัญชนิดเดียว ต้องมีการแสดงชื่อสามัญทางยาอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 ชนิด (สูตรผสม) จะแสดงชื่อสามัญทางยาในการโฆษณาทางสื่อต่างๆ ได้กำหนดไว้ดังนี้

สื่อวิทยุ จะต้องออกเสียงชื่อสามัญทางยาอย่างน้อย 1 ครั้งต่อการโฆษณา 1 เรื่อง

สื่อโทรทัศน์ เป็นสื่อที่มีทั้งภาพและเสียง จะต้องแสดงชื่อสามัญทางยาในส่วนภาพ 1 ครั้งและในส่วนเสียง 1 ครั้ง

สื่อสิ่งพิมพ์ ซึ่งรวมถึงไปปลิว ป้ายโฆษณา จะต้องแสดงชื่อสามัญทางยาเป็นภาษาเดียวกับชื่อทางการค้าอย่างน้อย 1 ครั้งต่อการโฆษณา 1 เรื่อง หากมีการแสดงชื่อทางการค้าในลักษณะโดดๆ ต้องมีชื่อสามัญทางยาภาษาเดียวกันกับชื่อทางการค้าอยู่ใต้ชื่อทางการค้าด้วย

คำหรือข้อความที่ไม่อนุญาตให้ใช้ในการโฆษณายา มี ดังนี้

ยอด	พิเศษ ,พิเศษ	ดีเลิศ
เด็ดขาด	หายขาด	หายห่วง
ทันใจ	ฉับพลัน	ศักดิ์สิทธิ์
ปลอดภัย	ไม่ทำให้เกิดอาการแพ้	ปลอดภัยที่สุด
ไม่เป็นพิษเลย	เหมาะสมที่สุด	ไม่ต้องทนราคาแพง
เป็นหนึ่งมาตลอด	โปรดระวังยาเทียมและเลียนแบบ	เหนือกว่า
โอกาสดี ๆ อย่างนี้ไม่บ่อยนัก	โปรดเรียกใช้	จงจำชื่อ

## สินค้าประเภทเครื่องมือแพทย์

การโฆษณาสินค้าที่เป็นเครื่องมือแพทย์อาจเป็นของใหม่ในวงการโฆษณา ด้วยเหตุที่สินค้าประเภทนี้น่าจะเป็นสินค้าที่จำกัดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะผู้ที่เป็นแพทย์เท่านั้น แต่เหตุที่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ ในปี พ.ศ. 2531 ก็เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับการนำผลิตภัณฑ์ที่อ้างว่าสามารถบรรเทาและบำบัดรักษา ป้องกันโรคได้ออกสู่ตลาดมากขึ้น อ.ย. ไม่สามารถควบคุมได้เนื่องจากไม่เชี่ยวชาญ เช่น ที่นอนแม่เหล็กที่อ้างว่าช่วยรักษาโรคกระดูกได้ กำไลมือที่อ้างว่าช่วยให้หายปวดเมื่อยได้ เมื่อผู้บริโภคหลงเข้าใจผิดหรือเชื่อว่าเป็นจริงอาจมีความเสียหายเกิดขึ้นได้ จึงต้องกำหนดวิธีการจำหน่ายสินค้าประเภทดังกล่าวนี้ให้อยู่ภายใต้การควบคุมของอ.ย. ในเรื่องการโฆษณากำหนดให้มีการโฆษณากำหนดให้มีการอนุญาตก่อนการโฆษณา ทั้งนี้โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาซึ่งกำหนดขึ้น ดังนี้

### หลักเกณฑ์การพิจารณาคำขอโฆษณาเครื่องมือแพทย์

1. ห้ามใช้ข้อความโฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพ ปริมาณมาตรฐาน หรือแหล่งกำเนิดของเครื่องมือแพทย์อาจเป็นเท็จ หรือเป็นการหลอกลวง
2. ห้ามใช้ข้อความที่เป็นการโอ้อวด เช่น ยอด ขายขาด วิเศษ หายห่วง หรือข้อความอื่นๆที่คณะทำงานหรือคณะอนุกรรมการฯเห็นว่าไม่สมควร
3. ใช้ภาษาไทยให้ถูกต้องตามหลักภาษาไทย ตัวสะกดที่ถอดความมาจากภาษาต่างประเทศ ต้องถูกต้องตามประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี
4. ห้ามโฆษณาในเชิงทำลาย หรือเปรียบเทียบกับเครื่องมือแพทย์อื่นในชนิดและประเภทเดียวกัน
5. ถ้าเป็นเครื่องมือแพทย์ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประกาศควบคุม เช่น ประกาศให้ต้องมาขออนุญาต ประกาศให้ต้องมาแจ้งรายการละเอียด ผู้ประกอบการจะต้องไปดำเนินการตามประกาศให้เรียบร้อยก่อน แล้วจึงนำหลักฐานมาประกอบการยื่นคำขอโฆษณา
6. เครื่องมือแพทย์ที่กฎหมายให้มีค่าเตือน และข้อควรระวังในการใช้ต้องแสดงข้อความดังกล่าว หรือข้อความที่ควรอนุกรรมการ/คณะทำงาน เห็นว่าเหมาะสมในการโฆษณาด้วย แต่เครื่องมือแพทย์ที่กฎหมายมิได้กำหนดให้มีค่าเตือนในการโฆษณาต้องจัดให้มีค่าเตือนตามที่คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน เห็นว่าเหมาะสม
7. ในการโฆษณาเครื่องมือแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขมีประกาศควบคุมต้องใช้เครื่องมือแพทย์ ฉลาก ชอง กล่อง ให้ถูกต้องตามที่ได้รับอนุญาตหรือได้แจ้งรายการละเอียดไว้
8. ข้อความโฆษณาซึ่งระบุถึงเครื่องมือแพทย์ต้องชัดเจน และไม่ใช้ข้อความที่คลุมเครือ ซึ่งอาจทำให้ผู้ใช้เข้าใจผิดได้
9. การอ้างชื่อบุคคล วิชาชีพ หรือสถาบันต่างๆ จะกระทำได้ต่อเมื่อมีหลักฐานชัดเจน แต่ต้องไม่ทำให้เข้าใจว่าเป็นการรับรองหรือยกย่องผลิตภัณฑ์นั้นๆ

10. การโฆษณาโดยอ้างถึงข้อความต่าง ๆ เช่นข้อความที่เกี่ยวข้องกับสถิติต้องมีหลักฐานทางวิชาการรับรอง

11. การโฆษณาโดยใช้ข้อความ "ทั่วโลก" ต้องมีหลักฐานแสดงว่า มีการจำหน่ายเครื่องมือแพทย์นั้น ๆ อย่างน้อยใน 20 ประเทศ และต้องอยู่อย่างน้อย 3 ทวีป

12. หากต้องการโฆษณาเครื่องมือแพทย์ โดยใช้ข้อความโฆษณาซึ่งแสดงว่าผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขแล้วให้ใช้ข้อความในลักษณะเดียวกันคือ "ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา"

13. การโฆษณาเครื่องมือแพทย์ที่ใช้เฉพาะในสถานพยาบาล เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่องสลายนิ่ว ซึ่งจะต้องใช้ผู้อำนวยการเฉพาะด้านในการควบคุมการทำงานของเครื่องเหล่านี้อนุญาตให้ทำการโฆษณาได้โดยตรงต่อผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบโรคศิลป์หรือการบำบัดโรคสัตว์และข้อความที่นำมาประกอบการโฆษณาหากมีการกล่าวอ้างถึงบุคคลหรือสถานที่จะต้องมีหลักฐานการยินยอมของบุคคล โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยหรือคลินิก ว่าอนุญาตให้โฆษณาได้ ถ้าเป็นโฆษณาต่อบุคคลทั่วไปให้โฆษณาได้เฉพาะชื่อเท่านั้น

14. การโฆษณาเครื่องมือแพทย์ทางสื่อทั่วไป ควรแสดงรายละเอียดที่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคเช่น

- ชื่อ ชนิดของเครื่องมือแพทย์
- คุณประโยชน์ คุณภาพ ปริมาณ มาตรฐาน แหล่งกำเนิดของเครื่องมือแพทย์
- วิธีการใช้
- ชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิต หรือผู้นำเข้า หรือผู้ขาย
- ข้อควรระวังในการใช้เครื่องมือแพทย์

15. การโฆษณาเครื่องมือแพทย์ควรมีชื่อสามัญในข้อความอย่างน้อย 1 ครั้ง ข้อความภาพและเสียงที่นำมาโฆษณาต้องมีคุณภาพ ไม่เข้าข่ายลามกอนาจาร หรือยั่วยุคมารมณ