

คุณภาพบริการทางการแพทย์ และจริยธรรมของแพทย์

Quality of Medical Services and Medical Ethics

■ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
Dr.Choochai Supawongse
Department of Health, MOPH

ปัจจุบันปัญหาคุณภาพบริการทางการแพทย์และจริยธรรมของแพทย์ กำลังได้รับความสนใจจากทุกฝ่าย บทความนี้ได้นำเสนอข้อมูลและวิเคราะห์สภาพปัญหาจากคดีต่าง ๆ ที่ร้องเรียนมายังแพทยสภา พร้อมทั้งได้เสนอทางออกต่อปัญหาต่าง ๆ ใ้

บทนำ

นับแต่อดีตจนถึงปัจจุบันหากมีการเอ่ยถึงระบบบริการทางการแพทย์ทั้งในภาครัฐและเอกชน คงไม่อาจกล่าวอ้างได้ว่าเป็นที่พึงพอใจของคนไทย เพราะมีข่าวหน้าหนึ่งที่ปรากฏทางหน้าหนังสือพิมพ์รายวันเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังมีการอภิปรายของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในรัฐสภาสะท้อนปัญหานี้เป็นระยะ ๆ และเมื่อเร็ว ๆ นี้ (23 พ.ย. 37) มีการอภิปรายของ ส.ส. ในระหว่างการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสถานพยาบาลพ.ศ.ยังได้พูดถึงบริการของโรงพยาบาลของรัฐว่าเป็นโรงพยาบาลฆ่าสัตว์ และพูดถึงโรงพยาบาลเอกชนว่าราคาแพงมหาโหด

หากพิจารณาจากข่าวหน้าหนึ่งในหนังสือพิมพ์รายวันหลายฉบับ และทางสื่ออื่น ๆ จะพบว่าประเด็นที่สำคัญและเป็นปัญหาของชาวบ้าน คือ คุณภาพของบริการ (ไทยรัฐ 28 พ.ค. 36, 14 ม.ค. 35, มติชน 12 พ.ย. 36) ราคาค่าบริการ (เดลินิวส์ 27 ก.พ. 25, วารสารฉลาดซื้อ มิ.ย. 37) การละทิ้งผู้ป่วยและปฏิเสธการรักษาผู้ป่วย (ไทยรัฐ 12 มิ.ย. 35, เดลินิวส์ 20 ธ.ค. 35, ไทยรัฐ 5 มิ.ย. 36) นอกจากนี้ยังมีประเด็นเรื่องการให้ข้อมูลข่าวสารที่ไม่เหมาะสม กล่าวคือ มีการโฆษณาสถานพยาบาลและโฆษณาการประกอบวิชาชีพของแพทย์อย่างผิดกฎหมายทางสื่อมวลชนให้เห็นกันอยู่เสมอ บทความนี้ต้องการนำเสนอข้อมูลและวิเคราะห์สภาพปัญหา จากคดีความที่ประชาชนร้องเรียนมายังแพทยสภา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ถึง

กรกฎาคม พ.ศ. 2537 โดยพิจารณาในประเด็นที่สำคัญและเป็นปัญหากับชาวบ้านดังกล่าวแล้วข้างต้น รวมทั้งนำเสนอทางออกต่อปัญหาดังกล่าวด้วย

สถานการณ์และแนวโน้มของคดีความที่ร้องเรียน

หากพิจารณาจำนวนคดีความที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา ตั้งแต่ พ.ศ. 2516 โดยแบ่งเวลาเป็นช่วง ๆ ช่วงละ 4 ปี จะเห็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง พ.ศ. 2532 - 2535 ซึ่งมีคดีเข้าสู่การพิจารณาถึง 198 คดี เทียบกับช่วง พ.ศ. 2516-2519 และ พ.ศ. 2520-2523 ซึ่งมีเพียง 30 คดี และ 54 คดี ตามลำดับดังปรากฏในตารางที่ 1 และจากการเปรียบเทียบจำนวนคดีความที่ร้องเรียนต่อจำนวนแพทย์หนึ่งพันคน จะทำให้เห็นแนวโน้มได้ชัดเจนขึ้น

การที่คดีความเข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภามากขึ้นนั้น อาจเนื่องจากประชาชนมีความคาดหวังจากแพทย์และระบบบริการทางการแพทย์สูงขึ้น ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น หรือแพทย์มีแนวโน้มที่จะกระทำผิดจริยธรรมเพิ่มขึ้น เนื่องจากบริการทางการแพทย์มีความเป็นธุรกิจการค้ามากขึ้น

สถานการณ์จากคดีความเฉพาะเรื่องที่สำคัญและเป็นปัญหาต่อสาธารณชน

คดีความที่ปรากฏเป็นข่าวในสื่อมวลชนทุกคดีที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยคณะกรรมการแพทยสภาได้มีมติให้นำเข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภาทุกคดี โดยไม่จำเป็นต้องมีผู้ร้องเรียนและให้พิจารณาดำเนินการเป็นการเร่งด่วน คดีความที่ปรากฏเป็นข่าวในสื่อมวลชนและที่ร้องเรียนมาโดยตรงที่แพทยสภาในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2532 - กรกฎาคม พ.ศ. 2537) จะขอพิจารณาเฉพาะใน 4 กลุ่มด้วยกันดังกล่าวแล้วข้างต้น กล่าวคือ

- เรื่องคุณภาพของบริการ
- ราคาค่าบริการ
- ข้อมูลข่าวสารที่ไม่เหมาะสม (การโฆษณา)
- การละทิ้งและการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วย

โดยจะขอแยกพิจารณาดังนี้

1. คุณภาพของบริการ

ในที่นี้จะครอบคลุมเฉพาะใน 3 ประเด็นคือ มาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ การไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและสิ่งเปลี่ยนของผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ผู้อื่นที่มีไข้แพทย์ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมแทนโดยผิดกฎหมาย เหล่านี้ล้วนทำให้คุณภาพของการบริการต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรเป็นทั้งสิ้นโดยจะขอขยายความในแต่ละประเด็น ดังนี้

1.1 มาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ตามข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริย-

ตารางที่ 1 จำนวนคดีความที่นำเข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา

ปี พ.ศ.	คดีความที่เข้าสู่การพิจารณา	จำนวนแพทย์ที่มีอยู่โดยเฉลี่ย	เปรียบเทียบคดีความต่อ แพทย์ 1,000 คน
2516 - 2519	30	6,634	4.5
2520 - 2523	54	8,309	6.5
2524- 2527	59	10,465	5.6
2528 - 2531	136	13,502	10.0
2532 -2535	198	16,538	12.0

ที่มา สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา

ธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 ข้อ 1 ระบุว่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด และพยายามให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการทรมานจากโรคและความพิการต่าง ๆ โดยไม่เรียกรังสีจากรังสีพิเศษนอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ หมายความว่าแพทย์จะต้องมีความรู้ความชำนาญตามฐานะของแพทย์ในแต่ละสาขา เช่น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก็ต้องมีความรู้ความชำนาญตามเกณฑ์มาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพฯ ที่แพทยสภาได้กำหนดไว้ แพทย์ผู้ชำนาญในแต่ละสาขาก็ต้องมีความรู้ความชำนาญเทียบได้กับมาตรฐานของแพทย์ในสาขานั้น ควรรู้

หากพิจารณาจากตารางที่ 2 จำนวนคดีความที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภาเทียบกับการตัดสินลงโทษ พบว่า อัตราการกระทำผิดจริงมีไม่สูงมาก อาจเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจแพทย์ในเรื่องอื่น หรือไม่พึงพอใจคุณภาพของบริการด้านอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แต่ไม่ทราบจะฟ้องร้องกับใคร จึงต้องฟ้องที่ตัวแพทย์ หรืออาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อคุณภาพของบริการที่สูงขึ้น ฯลฯ

1.2 การไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย

ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2526 หมวด 3 ข้อ 6

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนคดีที่ร้องเรียนและคดีที่ถูกลงโทษ

	2532		2533		2534		2535		2536		2537	
	จำนวน	ลงโทษ	จำนวน	ลงโทษ	จำนวน	ลงโทษ	จำนวน	ลงโทษ	จำนวน	ลงโทษ	จำนวน	ลงโทษ
1. คุณภาพของบริการ	29	12	26	8	17	4	18	6	34	10	26	
1.1 มาตรฐาน	10	1	15	2	9	1	11	1	19	2	16	
1.2 ไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและ ความสิ้นเปลือง	4	2	4	1	7	2	4	2	11	4	8	
1.3 สนับสนุนผู้ที่มีไข้ แพทย์ทำการแทน	15	9	7	5	1	1	3	3	4	4	2	
2. ราคาค่าบริการ	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
3. ข้อมูลข่าวสารที่ไม่ เหมาะสม (โฆษณา)	14	10	13	8	3	1	11	8	20	8	12	
4. การละทิ้งผู้ป่วยและ ปฏิเสธการรักษา	3	2	8	2	6	1	4	1	6	1	6	
รวม	47	25	48	18	26	6	33	15	60	19	44	

- หมายเหตุ 1. สนับสนุนการประกอบวิชาชีพโดยผิดกฎหมาย หมายความว่าให้ผู้อื่นที่มีไข้แพทย์ทำการประกอบวิชาชีพแทน
2. ข้อมูลข่าวสารที่ไม่เหมาะสม หมายความว่าโฆษณาสถานพยาบาลและการโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ไม่เหมาะสม
3. พ.ศ.2537 เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2537 จำนวนคดีที่ถูกลงโทษไม่สามารถรวบรวมได้ เนื่องจากคดีส่วนใหญ่อยู่ในระหว่างการพิจารณา

ระบุว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วยนั้น ต้องการให้แพทย์พึงระลึกอยู่เสมอว่า จะต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยคิดว่า ผู้ป่วยนั้นคือตัวของแพทย์ผู้นั้นเองหรือเป็นญาติสนิทของตน ดังนั้นจึงต้องหลีกเลี่ยงการสืบค้นบางอย่างที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น หรือการตรวจค้นชนิดที่เสี่ยงภัยอย่างมาก

ในกรณีความผิดที่ร้องเรียนมาเกี่ยวกับการ “ไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย” นั้น มักจะถูกร้องเรียนควบคู่ไปกับการ “การไม่รักษามาตรฐานในการประกอบวิชาชีพ..” ตามข้อ 1.1 เนื่องจากเมื่อไม่รักษามาตรฐาน ก็จะทำให้เกิดความไม่ปลอดภัย ทำให้การรักษาเนิ่นนานออกไป มีผลให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายสิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็น อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลที่ปรากฏในตารางที่ 2 เป็นกรณีที่แยกมาเฉพาะ กรณีไม่คำนึงถึงความปลอดภัย และความสิ้นเปลืองของผู้ป่วยเท่านั้น จะสังเกตได้ว่าคดีความในกรณีนี้เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภาจำนวนน้อยและอัตราการถูกลงโทษก็น้อยเช่นกัน

1.3 การสนับสนุนการประกอบวิชาชีพโดยผิดกฎหมาย

ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมฯ พ.ศ. 2526 หมวด 3 ข้อ 11 ระบุว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ใช้หรือสนับสนุนให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือการประกอบโรคศิลปะโดยผิดกฎหมาย” ตัวอย่างเช่น การยอมให้บุคคลที่ไม่มีความรู้ทางการแพทย์มาช่วยตรวจโรค แพทย์ผู้ช่วยยอมให้ภรรยาของตนซึ่งเป็นผู้ช่วยพยาบาลทำการฉีดยาในคลินิกของตน หรือยอมให้ภรรยาซึ่งเป็นพยาบาลทำการตรวจรักษาโรคแทนในคลินิกของตน หรือการใช้พยาบาลไปทำหน้าที่ปรุงยาและจ่ายยาในสถาน

พยาบาลเอกชน เป็นการสนับสนุนให้มีการประกอบโรคศิลปะโดยผิดกฎหมายทั้งสิ้น (ตัวอย่างที่กล่าวมานี้หากทำในโรงพยาบาลของรัฐ อาจไม่ผิดกฎหมาย ถ้าเป็นไปตามข้อยกเว้นในมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479)

จะสังเกตพบว่ากรณีดังกล่าวนี้มักถูกแพทยสภาตัดสินลงโทษในอัตราที่สูงกว่ากรณีอื่นในข้อ 1.1 และ 1.2 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ามีหลักฐานปรากฏที่ชัดเจน กล่าวคือ มักได้หลักฐานจากการที่เจ้าหน้าที่ของสำนักงานเลขาธิการแพทยสภาได้ปลอมตัวเป็นคนไข้

และไปขอรับการรักษาจากผู้ที่มีไข้ แพทย์ในคลินิกของเอกชน โดยที่แม้ว่าแพทย์ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเอกชนนั้นปฏิเสธไม่รู้เห็นการกระทำดังกล่าว ก็ไม่สามารถที่จะปฏิเสธความรับผิดชอบได้

2. ราคาค่าบริการ

ตามข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมฯ พ.ศ. 2526 ไม่มีข้อหนึ่งข้อใดระบุชัดเจนลงไปเกี่ยวกับราคาค่าบริการ เพราะเป็น

การยากที่จะระบุเช่นนั้น อีกทั้งระบบบริการทางการแพทย์ของภาคเอกชนในประเทศไทย ได้ใช้กลไกทางการตลาดในการกำหนดราคาค่าบริการ จึงไม่เป็นการง่ายนักที่จะบอกว่าราคาค่าบริการที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งแพงกว่าอีกแห่งหนึ่ง เพราะต้องคำนึงถึงคุณภาพของบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และฐานะของผู้ใช้บริการด้วย นอกจากนี้ ข้อบังคับแพทยสภาฯ เป็นข้อบังคับที่กำหนดไว้ก็เพื่อบังคับเฉพาะตัวแพทย์เท่านั้น ไม่สามารถไปกำหนดราคาค่าบริการของสถานพยาบาลได้

อย่างไรก็ตาม ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมฯ พ.ศ. 2526 ตามหมวด 3 ข้อ 1 และข้อ 6 ดังกล่าวแล้วข้างต้น ได้ระบุว่า “ไม่เรียกร้องสินจ้างรางวัลพิเศษ นอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ” และ “ไม่คำนึงถึงความสิ้นเปลือง

คดีความที่ปรากฏเป็นข่าวในสื่อมวลชนทุกคดี... คณะกรรมการแพทยสภามีมติให้นำเข้าสู่การพิจารณาทุกคดี โดยไม่จำเป็นต้องมีผู้ร้องเรียน และให้นำเข้าพิจารณาเป็นการเร่งด่วน

ของผู้ป่วยตามลำดับ

หากสังเกตจากข้อมูลในตารางที่ 2 ก็จะพบว่ากรณีร้องเรียนเรื่องราคาค่าบริการมีจำนวนน้อยมากที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา มีเพียง 1 ราย ในปี พ.ศ. 2532 ซึ่งถูกลงโทษภาคทัณฑ์ และอีกเพียง 1 ราย ในปี พ.ศ. 2533 ซึ่งเป็นคดีไม่มีมูล การที่มีคดีความร้องเรียนเข้ามาน้อย อาจเป็นเพราะเลขาธิการแพทยสภาเห็นว่าเรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องที่ไม่เกี่ยวกับจริยธรรมของแพทย์ จึงไม่ส่งเรื่องให้คณะกรรมการจริยธรรมฯ ดำเนินการหาข้อเท็จจริง เว้นแต่กรณีดังกล่าวเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับ ข้อบังคับฯ ตามหมวด 3 ข้อ 1 และข้อ 6 ดังกล่าวแล้ว

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยอื่น ๆ สะท้อนให้เห็นความรู้สึกของประชาชนที่ไปรับบริการจากสถานพยาบาลเอกชนเป็นอย่างดี เช่น จากการสำรวจความเห็นต่อโรงพยาบาลของผู้มีโทรศัพท์ในกรุงเทพมหานครฯ (กรกฎาคม พ.ศ. 2537) ของ รศ. นพ.ไพฑูริย์ สุริยวงศ์ไพศาล พบว่า จากจำนวนผู้เคยรับบริการ 198 ราย มีมากถึง 136 ราย (ร้อยละ 68.7) แสดงความไม่พอใจว่า สถานพยาบาลเอกชนเก็บค่าบริการแพงเกินไป ดังปรากฏในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละของสิ่งที่ไม่พอใจเมื่อใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน

ประเด็นที่ไม่พอใจ	ร้อยละ
ราคาแพงเกินควร	68.7
ล่าช้า	25.3
เลียงไข	16.7
ไม่สนใจบริการ	16.2
ตรวจไม่ละเอียด	12.6
แบ่งแยกชนชั้น	11.1
สถานที่แออัด	10.6

ที่มา : รศ. นพ. ไพฑูริย์ สุริยวงศ์ไพศาล การสำรวจความเห็นต่อโรงพยาบาลของผู้มีโทรศัพท์ในกรุงเทพมหานคร (กรกฎาคม 2537)

นอกจากนี้ การศึกษาของ Sara Bennett และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ได้สำรวจความเห็นของชนชั้นกลางที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ของผู้ถูกสำรวจเป็นผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมดหรือได้บางส่วนจากผู้ให้ความเห็นทั้งสิ้น 153 คน มีจำนวน 25 คน (ร้อยละ 19.8) ระบุว่า ค่าบริการแพงเกินไปแม้จะเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ก็ตาม

๖ แพทยสภามักได้หลักฐานจากการที่เจ้าหน้าที่ของสำนักงานเลขาธิการแพทยสภาได้ปลอมตัวเป็นคนไข้ และไปขอรับการรักษาจากผู้มีไข้แพทย์ในคลินิกของเอกชน ทำให้แพทย์ไม่สามารถปฏิเสธความรับผิดชอบได้

3. ข้อมูลข่าวสารที่ไม่เหมาะสม (การโฆษณา)

ในที่นี้หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานพยาบาลเป็นไปในทำนองชักจูง หรือโอ้อวดเกินจริง และการโฆษณาการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ตามข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมฯ หมวด 2 ได้ระบุถึงเรื่องการโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งหมด โดยการโฆษณาสามารถทำได้ ตามขอบเขตที่ข้อบังคับฯ ได้วางไว้ นอกจากนี้ในหมวด 7

การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาลได้ระบุขอบเขตของการโฆษณาสถานพยาบาลไว้อย่างชัดเจน และหากทำผิดข้อบังคับฯ แพทย์ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลนั้น ๆ จะต้องรับผิดชอบ จะปฏิเสธว่าไม่รู้ไม่เห็นไม่ได้ จะอ้างว่าตนไม่ได้เป็นเจ้าของ หรือผู้ขออนุญาตในการจัดตั้งสถานพยาบาลแห่งนั้นไม่ได้สำหรับพระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. 2504 มาตรา 22 ก็ได้ห้ามไม่ให้มีการโฆษณาสถานพยาบาลไปในทางโอ้อวดหรือเชิงชักชวนให้ผู้ป่วยมารับบริการ จะสังเกตได้ว่าไม่ห้ามการโฆษณาที่เป็นไปตามสภาพที่เป็นจริงของสถานพยาบาลนั้น ๆ

จากการรวบรวมคดีความที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา นับตั้งแต่ถือกำเนิดแพทยสภา ในปี

พ.ศ. 2511 จนถึงกฎหมาย พ.ศ. 2537 พบว่า การโฆษณาการประกอบวิชาชีพของแพทย์ฯ มีจำนวนสูงสุดเมื่อเทียบกับกรณีความผิดอื่น ๆ กล่าวคือ จำนวน 156 คดี จากคดีความทั้งสิ้น 567 คดี และพบว่า แพทยสภาตัดสินลงโทษในกรณีโฆษณาที่มีจำนวนสูงสุดคือ 66 คดี จากจำนวนคดีที่ถูกตัดสินลงโทษทั้งหมด 204 คดี (ร้อยละ 32.35) และจากข้อมูลที่ปรากฏในตารางที่ 2 พบว่าคดีความที่เกี่ยวกับการโฆษณายังไม่มีแนวโน้มว่าลดลงแต่อย่างใด และคดีความผิดทั้งหมดเกิดขึ้นกับสถานพยาบาลเอกชนทั้งสิ้น ดังปรากฏในตารางที่ 4 เพราะยังไม่พบว่ามีกรร้องเรียนว่าแพทย์ทำการโฆษณาตนเองในสถานพยาบาลของรัฐ อีกทั้งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 กฎหมายบังคับใช้สำหรับสถานพยาบาลเอกชนเท่านั้น

นอกจากที่ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยไทยยังไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเหมาะสมเท่าที่ควรจะเป็น จากการศึกษาสิทธิของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านข้อมูลข่าวสารในประเทศที่เจริญแล้ว จะพบว่ามีกรกำหนดชัดเจนว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับทราบข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับโรค การรักษาผลการรักษา วิธีการรักษาแต่ละวิธี ความเสี่ยง ผลข้างเคียงที่ได้รับ ดังที่กำหนดในกฎบัตรสิทธิผู้ป่วย (A Patient's Bill of Rights (1992)) ของสหรัฐอเมริกา หรือหลายประเทศในยุโรป หรือบางประเทศในเอเชีย เช่น ออสเตรเลีย มาเลเซีย เป็นต้น สำหรับประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายฉบับใดกำหนดสิทธิของผู้ป่วยไว้เป็นการเฉพาะ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการเลือกรับบริการที่คิดว่ามีคุณภาพด้วยราคาที่เหมาะสม

4. การละทิ้งผู้ป่วยและปฏิเสธการรักษา

ตามข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริย-

ธรรมฯ หมวด 3 ข้อ 10 ระบุว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับคำขอร้อง และตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ นอกจากนี้ตามหมวด 3 ข้อ 6 ตามที่ได้กล่าวอ้างแล้วข้างต้น ในเรื่อง "การประกอบวิชาชีพ โดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย" การละทิ้งผู้ป่วยที่ตนทำการรักษาที่เข้าข่ายไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเช่นกัน จากข่าวที่ปรากฏในหน้าหนังสือพิมพ์หรือสื่อมวลชนอื่นพบว่า แพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ มักถูกร้องเรียนเกี่ยวกับการละทิ้งผู้ป่วย สำหรับการปฏิเสธการรักษา นั้น ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเอกชน

อย่างไรก็ตาม หากสังเกตอัตราการทำผิดที่ถูกแพทยสภาลงโทษมีอัตราค่อนข้างต่ำ สะท้อนให้เห็นว่า ข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นเป็นข่าวใหญ่โต อาจไม่ได้เกิดจากการกระทำของแพทย์ก็เป็นได้ ประเด็นที่เข้าใจผิดกันเสมอก็คือ การร้องเรียนว่าแพทย์ปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน การปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยอาจเกิดขึ้นจริงตามข่าว แต่บุคคลที่ปฏิเสธมักจะไม่ใช่แพทย์ เพราะทางโรงพยาบาลเอกชนโดย

ในประเทศไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ถูกต้องและเหมาะสมเท่าที่ควร ต่างกับในประเทศที่เจริญแล้วที่มีการกำหนดอย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับทราบข้อมูลทางการแพทย์ต่างๆ ที่จำเป็น

ส่วนใหญ่ได้มอบหมายหน้าที่นี้ (ปฏิเสธการรักษา) ให้ผู้อื่นที่มีไข้แพทย์ และแพทย์เป็นเพียงลูกจ้างคนหนึ่งในโรงพยาบาลเอกชนนั้น ๆ โดยที่แพทย์ไม่มีสิทธิมีเสียงในการตัดสินใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้นอยู่เบื้องหน้า อย่างไรก็ตามเมื่อมีกฎหมายประกันสังคม และกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถประกาศใช้แล้ว เชื่อกันว่าการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนจะลดลงตามลำดับ เนื่องจากมีสำนักประกันสังคมหรือบริษัทประกันภัยเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลไม่ต้องมาแบกรับภาระนี้อีกต่อไป จากการนำเสนอข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์จากคดีความเฉพาะเรื่องที่สำคัญและเป็นปัญหา

ตารางที่ 4 แสดงกรณีที่ได้รับการร้องเรียนเปรียบเทียบระหว่างภาครัฐและเอกชน

	2532			2533			2534			2535			2536			2537 (ม.ค.-ก.ค.)		
	รัฐ	เอกชน	รวม	รัฐ	เอกชน	รวม	รัฐ	เอกชน	รวม	รัฐ	เอกชน	รวม	รัฐ	เอกชน	รวม	รัฐ	เอกชน	รวม
1. คุณภาพของ บริการ	5	24	29	9	17	26	6	11	17	5	13	18	16	18	34	10	16	26
1.1 มาตรฐาน	5	5	10	6	9	15	4	5	9	4	7	11	9	10	19	5	11	16
1.2 ไม่คำนึงถึง		4	4	3	1	4	2	5	7	1	3	4	7	4	11	5	3	8
ความปลอดภัยและ ความสิ้นเปลือง																		
1.3 สนับสนุนผู้ที่ มิใช่แพทย์ทำการแทน		15	15		7	7		1	1		3	3		4	4		2	2
2. ราคาค่าบริการ		1	1		1	1			0			0			0			0
3. ข้อมูลข่าวสาร ที่ไม่เหมาะสม (โฆษณา)		14	14		13	13		3	3		11	11		20	20		12	12
4. การละทิ้งผู้ป่วย และปฏิเสธการรักษา	1	2	3	4	4	8	5	1	6	3	1	4	4	2	6	5	1	6
รวม	6	41	47	13	35	48	11	15	26	8	25	33	20	40	60	15	29	44

- หมายเหตุ 1. สนับสนุนการประกอบวิชาชีพโดยผิดกฎหมาย หมายความว่า ให้ผู้อื่นที่มีใบแพทย์ทำการประกอบวิชาชีพแทน
2. ข้อมูลข่าวสารที่ไม่เหมาะสม หมายความว่า การโฆษณาสถานพยาบาลและการโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ไม่เหมาะสม
3. **พ.ศ. 2537 เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกรกฎาคม 2537 จำนวนคดีที่ถูกลงทะเบียนไม่สามารถรวบรวมได้ เนื่องจากคดีส่วนใหญ่อยู่ในระหว่างการพิจารณา

ต่อสาธารณชน โดยมองแยกประเด็นออกไปใน 4 เรื่องดังกล่าวแล้วข้างต้น แต่หากมองในภาพรวมของคดีความที่ร้องเรียนมายังแพทยสภา โดยแยกว่าคดีความดังกล่าวเกิดขึ้นในสถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชนจะพบปรากฏการณ์และแนวโน้มที่น่าสนใจ ดังปรากฏในตารางที่ 4 ซึ่งพบว่าคดีความที่ร้องเรียนเกิดขึ้นในสถานพยาบาลของเอกชนมากกว่าของรัฐอย่างชัดเจน

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการพิจารณาคดีความที่ร้องเรียนมายังแพทยสภา พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจมีเหตุปัจจัยจากการที่ประชาชนได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร

มากขึ้นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โดยที่ทราบว่าแพทยสภาเป็นองค์กรหนึ่งที่เขาอาจพึ่งพาอาศัยได้ หรืออาจเป็นเพราะคนไทยมีความคาดหวังจากแพทย์และระบบบริการทางการแพทย์สูงขึ้น จนระบบบริการทางการแพทย์จากทั้งภาครัฐและเอกชนไม่สามารถตอบสนองได้ตามที่คาดหวังหรืออาจเป็นเพราะระบบบริการทางการแพทย์ในภาคเอกชนมีการแข่งขันกันสูง มีความเป็นธุรกิจการค้ามากขึ้น จึงทำให้แพทย์มีแนวโน้มในการทำผิดจริยธรรมสูงขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเฉพาะใน 4 ประเด็นที่สำคัญและที่เป็นปัญหาในความรู้สึกรู้สึกของสาธารณชนในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพของบริการ

คุณภาพของบริการในเรื่องที่เกี่ยวกับมาตรฐานการประกอบวิชาชีพฯ ของแพทย์นั้น พบอัตราของการถูกลงโทษไม่สูงมาก อาจเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจแพทย์ในเรื่องอื่น หรือไม่พึงพอใจคุณภาพของบริการด้านอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หากพิจารณาเฉพาะกรณีที่ปรากฏเป็นข่าวในหนังสือพิมพ์ด้วยแล้ว พบว่า มีจำนวนไม่มากนักที่ถูกลงโทษเนื่องด้วยคดีไม่มีมูลหรือไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะลงโทษแพทย์ได้ แต่สื่อมวลชนก็ได้พิพากษาลงโทษแพทย์ไปแล้ว สำหรับในเรื่องการสนับสนุนให้ผู้อื่นที่มีไข้แพทย์ทำการประกอบวิชาชีพแทนแพทย์ พบว่าอัตราของการถูกลงโทษค่อนข้างสูง เพราะมีหลักฐานที่ชัดเจนที่นำไปสู่การลงโทษ หากพิจารณาในแง่ของคุณภาพของบริการทั้งระบบ แพทยสภาไม่มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมดูแลคุณภาพของสถานพยาบาลได้ เพราะมีหน้าที่แต่เพียงสอดส่องดูแลเฉพาะตัวแพทย์ให้มีความรู้ที่ได้มาตรฐานและมีจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพฯ หน้าที่ในการตรวจรับรองคุณภาพ บริการของสถานพยาบาลเอกชนอยู่ในความรับผิดชอบของกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความจำเป็นต้องปรับแก้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 ให้มีองค์การในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพโดยสมัครใจ และทำการตรวจสอบควบคุมกันไป เช่น กำหนดให้มีการบันทึกการผ่าตัดและการทำหัตถการ มีการทบทวนผลการรักษากรณีผู้ป่วยที่ซับซ้อนโดยกลุ่มแพทย์ (peer review) มีการจัดระบบป้องกันการติดเชื้อ มีการรักษาโดยตำรับมาตรฐาน (standard treatments) มีการฝึกอบรมบุคลากร ฯลฯ รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้รับบริการ

ปัจจุบันยังไม่มีองค์การหรือกฎหมาย หรือมาตรการใดที่ใช้ในการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน (Accreditation of Health Care Organizations) ดังเช่นอารยประเทศ ซึ่งมักใช้มาตรการทางการคลังต่อระบบบริการทางการแพทย์เป็นเครื่องมือจูงใจที่สำคัญ

2. ราคาค่าบริการ

แพทยสภามีหน้าที่สอดส่องดูแลไม่ให้แพทย์เรียกร้องสินจ้างรางวัลพิเศษนอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ และให้แพทย์คำนึงถึงความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย ซึ่งในกรณีดังกล่าวแพทยสภาได้รับเรื่องร้องเรียนจากประชาชนน้อยมาก สำหรับการกำหนดค่าบริการของสถานพยาบาลนั้น ในปัจจุบันสถานพยาบาลเป็นผู้กำหนดเอง ไม่มีกลไกใดให้การคุ้มครองประชาชนผู้รับบริการ ซึ่งอาจทำให้ประชาชนต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าที่ควรและจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนที่ไม่ใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนก็มีความรู้สึกเช่นนั้น

การแก้ปัญหาในระยะสั้นอาจทำได้โดยมาตรการทางกฎหมาย กล่าวคือ ให้มีการปรับปรุงพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 โดยกำหนดให้สถานพยาบาลแจ้งราคาค่าบริการได้ในที่เปิดเผยเห็นได้ชัดเจน นอกจากนั้นควรมอบอำนาจให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ควบคุมราคาค่าบริการบางประเภทที่ราคาแพงมาก เพราะจะมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของคนไทยโดยรวม นอกจากนี้จะต้องอธิบายแผนการรักษาเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจของผู้รับบริการ สำหรับการแก้ปัญหาในระยะยาวนั้น มาตรการทางการคลังต่อระบบบริการทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชนในเรื่องการประกันสุขภาพจะช่วยให้การควบคุมราคาค่าบริการ รวมทั้งคุณภาพได้เป็นอย่างดี ดังเช่นอารยประเทศทั้งหลาย

3. ข้อมูลข่าวสารที่ไม่เหมาะสม (โฆษณา)

เป็นการโฆษณาสถานพยาบาลและการโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ทำให้ประชาชนได้ข้อมูลที่ไมเหมาะสมเป็นทำนองโอ้อวดเกินจริง ชักจูงให้ผู้ป่วยมารับบริการ คิดความเรื่องการโฆษณาเป็นเรื่องที่ได้รับการร้องเรียนเป็นจำนวนสูงสุด และถูกลงโทษมากที่สุด เมื่อเทียบกับกรณีความผิดอื่น ๆ ในเรื่องการโฆษณานี้ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมฯ ได้กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด โดย

ครอบคลุมไม่เฉพาะตัวแพทย์เท่านั้น แต่รวมถึงข้อปฏิบัติที่เกี่ยวกับสถานพยาบาล ซึ่งแพทย์ที่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลจะต้องรับผิดชอบด้วย แม้ว่าจะไม่มีส่วนรู้เห็นการโฆษณาของสถานพยาบาลก็ตาม สำหรับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 นั้น ไม่สามารถควบคุมดูแลการโฆษณาเครื่องมือแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีราคาแพงของสถานพยาบาลต่าง ๆ ได้ซึ่งมีผลทำให้ประชาชนเกิดความคาดหวังต่อเทคโนโลยีที่เกินจริง และต้องเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น กฎหมายสถานพยาบาลฉบับนี้ควบคุมได้เฉพาะไม่ให้มีการโฆษณาในทำนองชักจูงหรือโอ้อวดเท่านั้น

ในเรื่องของข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเหมาะสมที่คนไทยควรได้รับยังไม่ได้กำหนดไว้ชัดเจนในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 ซึ่งควรให้มีการปรับปรุง ให้มีการกำหนดให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยต้องได้รับทราบข้อมูลทางการแพทย์อย่างไรบ้างเช่นที่ประเทศที่พัฒนาแล้วได้กำหนดไว้ในกฎบัตรสิทธิผู้ป่วย หรือมีกฎหมายกำหนดสิทธิของผู้ป่วยไว้เป็นการเฉพาะ

4. การละทิ้งผู้ป่วยและการปฏิเสธการรักษา

จากข้อมูลที่พบว่าแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐมักถูกร้องเรียนเกี่ยวกับการละทิ้งผู้ป่วยนั้นเป็นหน้าที่ของทางราชการและแพทย์สภาที่จะต้องสอดส่องดูแลความประพฤติของแพทย์ ส่วนการปฏิเสธการรักษาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเอกชนนั้น ส่วนใหญ่แพทย์ไม่ได้เป็นผู้รู้เห็นกับสิ่งที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ปัจจุบันปัญหาเช่นนี้คลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากมีระบบประกันสังคมสำหรับคนงานระบบประกันสุขภาพผู้ประสพภัยจากรถ ซึ่งทำให้เห็นการแก้ปัญหาในเชิงโครงสร้าง หรือระบบจะช่วยคลี่คลายปัญหาบริการทางการแพทย์ หรือแม้แต่จริยธรรมของแพทย์ด้วย อย่างไรก็ตามควรกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสถานพยาบาลว่าห้ามสถานพยาบาลปฏิเสธการรักษาผู้ป่วย ย่อมทำให้ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าการแก้ปัญหาของระบบบริการทางการแพทย์ หรือปัญหาจริยธรรมของแพทย์มีมาตรการหลายอย่างที่ใช้ในการแก้ปัญหา การใช้ข้อบังคับแพทยสภา ในการบังคับให้แพทย์ประพฤติปฏิบัติชอบโดยสถานเดียว นอกจากไม่บังเกิดผลเท่าที่ควรแล้ว ยังไม่สามารถแก้ปัญหาเรื่องราคาค่าบริการคุณภาพของบริการ ฯลฯ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างหรือระบบเช่นใช้มาตรการทางการคลังเพื่อระบบบริการทางการแพทย์จะนำไปสู่การกำหนดหรือควบคุมคุณภาพของบริการ รวมทั้งราคาค่าบริการอย่างได้ผล โดยดำเนินการควบคู่ไปกับมาตรการอื่น ๆ เป็นต้น สำหรับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 จำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไขโดยใช้สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นตัวตั้ง และปรับมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมในพระราชบัญญัติฉบับนี้ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้นักวิชาการ ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ ตลอดจนजनสื่อมวลชนร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึงและรอบด้าน เพื่อนำไปสู่การคุ้มครองสุขภาพของประชาชนคนไทยอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 หนังสือแต่หมอใหม่ สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา กุมภภาพันธุ์ พ.ศ. 2536.
2. ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หนังสือ แต่หมอใหม่ สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา กุมภภาพันธุ์ พ.ศ. 2536.
3. ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2533 หนังสือแต่หมอใหม่ สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา กุมภภาพันธุ์ พ.ศ. 2536.
4. ชูชัย ศุภวงศ์ สภาปัญหาทางจริยธรรมของแพทย์ เอกสารวิชาการ (ยังมีได้พิมพ์เผยแพร่) สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา พ.ศ. 2537.
5. ข้อมูลแสดงจำนวนคดีความที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา และผลการพิจารณาตัดสินลงโทษ เอกสารของฝ่ายจริยธรรม สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา

- กรกฎาคม พ.ศ.2537.
6. รายงานบันทึกการประชุมคณะกรรมการแพทยสภา ครั้งที่ 1/2532, ครั้งที่ 2/2532, ครั้งที่ 3/2532, ครั้งที่ 4/2532, ครั้งที่ 5/2532, ครั้งที่ 6/2532, ครั้งที่ 7/2532, ครั้งที่ 8/2532, ครั้งที่ 9/2532, ครั้งที่ 10/2532, ครั้งที่ 11/2532, ครั้งที่ 12/2532 สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา พ.ศ.2532.
 7. รายงานบันทึกการประชุมคณะกรรมการแพทยสภา ครั้งที่ 1/2533, ครั้งที่ 2/2533, ครั้งที่ 3/2533, ครั้งที่ 4/2533, ครั้งที่ 5/2533, ครั้งที่ 6/2533, ครั้งที่ 7/2533, ครั้งที่ 8/2533, ครั้งที่ 9/2533, ครั้งที่ 10/2533, ครั้งที่ 11/2533, ครั้งที่ 12/2533 สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา พ.ศ.2533.
 8. รายงานบันทึกการประชุมคณะกรรมการแพทยสภา ครั้งที่ 1/2534, ครั้งที่ 2/2534, ครั้งที่ 3/2534, ครั้งที่ 4/2534, ครั้งที่ 5/2534, ครั้งที่ 6/2534, ครั้งที่ 7/2534, ครั้งที่ 8/2534, ครั้งที่ 9/2534, ครั้งที่ 10/2534, ครั้งที่ 11/2534, ครั้งที่ 12/2534 สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา พ.ศ.2534.
 9. รายงานบันทึกการประชุมคณะกรรมการแพทยสภา ครั้งที่ 1/2535, ครั้งที่ 2/2535, ครั้งที่ 3/2535, ครั้งที่ 4/2535, ครั้งที่ 5/2535, ครั้งที่ 6/2535, ครั้งที่ 7/2535, ครั้งที่ 8/2535, ครั้งที่ 9/2535, ครั้งที่ 10/2535, ครั้งที่ 11/2535, ครั้งที่ 12/2535 สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา พ.ศ.2535.
 10. รายงานบันทึกการประชุมคณะกรรมการแพทยสภา ครั้งที่ 1/2536, ครั้งที่ 2/2536, ครั้งที่ 3/2536, ครั้งที่ 4/2536, ครั้งที่ 5/2536, ครั้งที่ 6/2536, ครั้งที่ 7/2536, ครั้งที่ 8/2536, ครั้งที่ 9/2536, ครั้งที่ 10/2536, ครั้งที่ 11/2536, ครั้งที่ 12/2536 สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา พ.ศ.2536.
 11. รายงานบันทึกการประชุมคณะกรรมการแพทยสภา ครั้งที่ 1/2537, ครั้งที่ 2/2537, ครั้งที่ 3/2537, ครั้งที่ 4/2537, ครั้งที่ 5/2537, ครั้งที่ 6/2537, ครั้งที่ 7/2537 สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา กรกฎาคม พ.ศ. 2537.
 12. ไพบุลย์ สุริยวงษ์ไพศาล การสำรวจความเห็นต่อโรงพยาบาลของผู้มีโทรศัพท์ ในกรุงเทพมหานคร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สิงหาคม พ.ศ. 2537 (รายงานการสำรวจยังมีได้พิมพ์เผยแพร่).
 13. Bennett S, Tangcharoensathien V, Kongsawatt S. CONSUMERISM AND HEALTH CARE SEEKING BEHAVIOUR IN BANGKOK: A SURVEY OF THE MIDDLE CLASSES. Health Policy and Planning Bureau, Ministry of Public Health. Thailand, 1995.
 14. American Hospital Association. A Bill of Rights (1992 revision). (First adopted in 1973 and periodically revised).
 15. National Health and Medical Research Council. General guidelines for medical practitioners on providing information to patients. Australian Government Publishing Service, Canberra, 1991.
 16. Leenen, H.J.J. et al. The Rights of Patients in Europe : A comparative study. Published on behalf of the World Health Organization, Regional office for Europe, Kluwer Law and Taxation Publishers, Denver Boston, 1993.
 17. Malaysian Ministry of Health. Hospital Patient s charter (1993).
 18. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2504 หนังสือแต่หมอยใหม่ สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา กุมภาพันธ์ พ.ศ.2536.
 19. ร่างพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. กระทรวงสาธารณสุข (2537)
 20. ร่างพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ฉบับปรับปรุงใหม่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2537)

