

กลไกธรรมาภิบาลในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรม ในต่างประเทศ: กรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้

ไพศาล ลิ้มสถิตย์*

บทคัดย่อ

แพทยสภาเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบอภิบาลในระบบสุขภาพ (health system governance) และเป็นสภาวิชาชีพที่ควบคุม กำกับดูแลการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีความสำคัญในหลายประเทศ กรณีศึกษาแพทยสภาต่างประเทศคือ ประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้ ต่างก็มีพัฒนาการอันยาวนานและพบการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อคุ้มครองและรักษาสุขภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและประชาชน และเพื่อรักษาความเชื่อมั่นและความไว้วางใจจากประชาชนที่มีต่อแพทยสภา การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสารและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำคัญ แนวคิดปรัชญา บทบาทหน้าที่ของแพทยสภาในฐานะองค์กรกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพกรรม และเพื่อศึกษาแนวทางการเสริมสร้างธรรมาภิบาลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่นำมาปรับใช้กับแพทยสภาของไทยได้ตามความเหมาะสม

ผลการศึกษาพบว่า แพทยสภาเหล่านี้มีกลไกธรรมาภิบาลที่น่าสนใจหลายประการ โดยเฉพาะกรณีศึกษาแพทยสภาอังกฤษที่ถือเป็นต้นแบบในการจัดตั้งแพทยสภาของไทยนั้น การเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิรูปแพทยสภาในประเทศเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในการดำเนินงาน หลักความรับผิดชอบ การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและประชาชนในการดำเนินงานของแพทยสภา รวมถึงการพิจารณาได้สวนข้อร้องเรียนแพทย์ในกระบวนการ fitness to practice ที่โปร่งใส เป็นธรรม และรวดเร็วยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ธรรมาภิบาล, การควบคุมวิชาชีพเวชกรรม, แพทยสภา

Abstract Good Governance Mechanisms for Medical Profession Regulations in the United Kingdom, New Zealand and South Africa

Paisan Limsthit*

*Health Law and Ethics Center, Faculty of Law, Thammasat University

Medical council is the core component of health system governance and the regulatory body of medical profession in many countries. In the case study of the medical councils in the United Kingdom, New Zealand and South Africa, they have development and changes from time to time so as to protect, promote and maintain the health and safety of the public and to keep the public trust and confidence. The study is a qualitative and documentary research and aims to study the philosophy, conceptual framework and the role of these medical councils as an organization regulating the medical profession, and to propose the good governance to be applied to the Medical Council of Thailand as appropriate.

The results showed that Medical Councils of these countries have good governance mechanisms, especially, the General Medical Council (GMC) in the UK which is the model of the Medical Council of Thailand. The reform or changes of the these medical council have been developed with its aims of effective, accountable with greater patient and public involvement and with faster, fairer and more transparent procedures in making decisions on fitness to practice of alleged physicians.

Keywords: good governance, regulation of medical profession, medical council

*ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ภูมิหลังและเหตุผล

การศึกษาวิจัยเรื่องกลไกธรรมาภิบาลในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ กรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้ได้เน้นเรื่องบทบาทหน้าที่ขององค์กรแพทยสภาในสามประเทศ คือ แพทยสภาอังกฤษ (General Medical Council: GMC), แพทยสภานิวซีแลนด์ (Medical Council of New Zealand) และสภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้ (Health Professions Council of South Africa) ในฐานะที่เป็นสภาวิชาชีพที่ควบคุม กำกับดูแล (regulatory body) การประกอบวิชาชีพเวชกรรม

วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งแพทยสภาในประเทศเหล่านี้ คือ การคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน แพทยสภามีบทบาทเป็นตัวกลางระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แพทยสภาได้จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นตัวแทนรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มวิชาชีพแต่อย่างใด

อย่างไรก็ดี การดำเนินงานของแพทยสภาในบางช่วงเวลาอาจประสบปัญหาวิกฤตครั้งสำคัญ ดังเช่นกรณีแพทยสภาอังกฤษ เนื่องจากแพทยสภาไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ไม่สามารถตรวจสอบ ฝ้าระวังหรือป้องกันปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ในบางครั้ง การปฏิบัติหน้าที่ของแพทยสภาหรือองค์กรคณะที่ได้รับการแต่งตั้งจากแพทยสภา มีข้อบกพร่องคล่องแคล่วสงสัย จนทำให้กลุ่มผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปไม่มีความเข้าใจว่า แพทยสภาพยายามปกป้องแพทย์ที่ถูกร้องเรียนจากกรณีการให้บริการสุขภาพ

กรณีปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ระบบบริการสุขภาพโดยรวม ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของประชาชน ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสุขภาพ ทำให้ประชาชนอาจได้รับความเสี่ยงหรืออันตรายจากการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือขัดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์ หรือเข้าข่ายละเมิดสิทธิผู้ป่วย หรือเป็นกรณีที่แพทย์ไม่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะประกอบวิชาชีพ

เวชกรรม แม้แต่แพทยสมาคมอังกฤษ (British Medical Association) ก็ยังได้เรียกร้องให้แพทยสภาปฏิรูปโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของแพทยสภาอังกฤษอย่างเร่งด่วนเนื่องจากประชาชนเริ่มขาดความเชื่อถือในแพทยสภา^(๑)

ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหรือประชาชนขาดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจในแพทยสภา กรณีศึกษาต่างประเทศชี้ให้เห็นถึงความพยายามของแพทยสภาและภาครัฐที่จะแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อยู่ตลอดเวลา ดังเช่นกรณีแพทยสภาอังกฤษที่ดำเนินการปฏิรูปแพทยสภา^(๒) ที่เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ.๒๐๐๐ ถึง ค.ศ.๒๐๐๒ เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน เพื่อรักษาความเชื่อมั่นและและไว้วางใจจากประชาชนที่มีต่อแพทยสภา ผลของการเปลี่ยนแปลงระบบการดำเนินงานขององค์กรแพทยสภาเหล่านี้ ทำให้เกิดกลไกธรรมาภิบาลต่างๆ ที่น่าสนใจหลายประการ อาทิเช่น การให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้ป่วยหรือประชาชนในการออกกฎหมายหรือมาตรการควบคุม กำกับดูแลแพทย์, การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างคณะกรรมการแพทยสภา ด้วยการลดจำนวนกรรมการให้มีจำนวนไม่เกิน ๓๕ คน และเพิ่มสัดส่วนกรรมการที่เป็นบุคคลทั่วไปที่มีใช้ผู้ประกอบวิชาชีพ (lay members), การให้ความสำคัญกับหลักการเรื่องเวชปฏิบัติที่ดี (good medical practice) และการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย, การจัดตั้ง Council for Health-care Regulatory Excellence (CHRE) เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินงานของแพทยสภาอังกฤษที่พิจารณาเรื่องร้องเรียนแพทย์ว่า มีความถูกต้อง เหมาะสมและเป็นธรรมหรือไม่ และ CHRE มีอำนาจหน้าที่พิจารณาเรื่องร้องเรียนที่มีค่าตัดสินแล้วไปยังศาลที่มีเขตอำนาจพิจารณาคดีตัดสินคดี เพื่อให้ศาลมีคำสั่งเปลี่ยนแปลงคำตัดสินของแพทยสภาได้ หรือกรณีศึกษาประเทศนิวซีแลนด์ ที่มีการจัดตั้งหน่วยงานของรัฐด้านคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและสิทธิผู้ป่วยที่ชื่อว่า Health and Disability Commissioner (HDC) มีอำนาจหน้าที่เป็นตัวกลางในการพิจารณากลับกรณกรณีร้องเรียนแพทย์ในชั้นต้นแทนแพทยสภา ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาวิเคราะห์แบบอย่างที่ดีของแพทยสภาในประเทศเหล่านี้ เพื่อนำมาเป็น

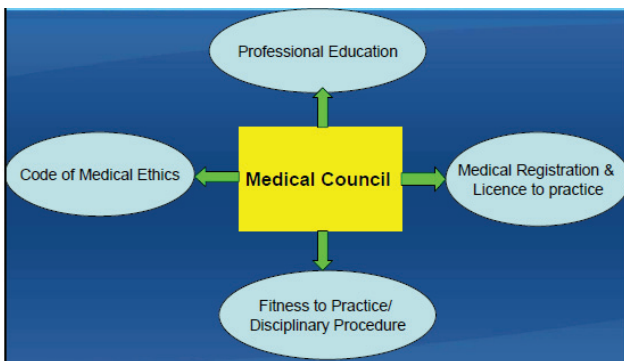
แนวทางในการปรับใช้กับแพทยสภาไทย ซึ่งก่อตั้งขึ้นจากแนวคิดของแพทยสภาอังกฤษ

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสารและเชิงคุณภาพ (documentary research and qualitative research) โดยข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิเคราะห์บทบัญญัติกฎหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภารวมถึงหน่วยงาน/องค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการอภิบาลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ นอกจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสาร ข้อมูลบทความวิชาการแล้ว ยังได้รวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบของแพทยสภาต่างประเทศผ่านการติดต่อทางอีเมลล์ด้วย

ผลการศึกษา

การควบคุมหรือกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภาในประเทศต่าง ๆ พบว่า มีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายที่คล้ายคลึงกันและมีเนื้อหาที่แตกต่างกันบางประการขึ้นอยู่กับระบบสาธารณสุข ระบบกฎหมาย และระบบการเมืองการปกครองของประเทศนั้น ๆ รายงานการวิจัยนี้ครอบคลุมกรณีศึกษา ๓ ประเทศคือ ประเทศสหราชอาณาจักร ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ โดยเน้นบทบาทหน้าที่ของแพทยสภาในฐานะที่เป็นองค์กรที่มีความสำคัญในการอภิบาลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม



แผนผังสรุปบทบาทหน้าที่ของแพทยสภาในกรณีศึกษา ๓ ประเทศ

แพทยสภาในสามประเทศนี้มีบทบาทหน้าที่คล้ายคลึงกันสรุปได้ ๔ ประการคือ (๑) สนับสนุนและกำหนดมาตรฐานของแพทยศาสตร์ศึกษาและการฝึกอบรมแพทย์ (๒) ขึ้นทะเบียนและปรับปรุงฐานข้อมูลทะเบียนแพทย์และการออกไปอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (๓) กำหนดมาตรฐานทางจริยธรรมหรือความประพฤติของแพทย์ และ (๔) ดำเนินการกรณีแพทย์ที่มีปัญหาความสามารถในการปฏิบัติงานหรือจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เป้าหมายสำคัญในการควบคุม กำกับดูแลการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภาในกรณีศึกษาทั้งสามประเทศสรุปได้คือ

ก. เพื่อเป็นหลักประกันด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และคุณภาพการให้บริการสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพฯ

บทบาทหน้าที่สำคัญของแพทยสภาในกรณีศึกษาทั้งสามประเทศนั้น คือการเป็นองค์กรกำกับดูแล (regulator) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพจะให้การดูแลรักษาผู้ป่วย/ประชาชนได้อย่างปลอดภัย สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดไว้ และมีกระบวนการดำเนินการกับแพทย์ที่มีคุณสมบัติไม่เหมาะสมที่จะประกอบวิชาชีพได้ตามมาตรฐานหรือไม่เข้าเกณฑ์ในเรื่อง fitness to practice ซึ่งมีมาตรการในหลายระดับ ขึ้นอยู่กับความร้ายแรงหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือประชาชนที่มารับบริการในกรณีนั้นๆ เช่น การตัดเตือน การพักใช้ใบอนุญาตชั่วคราวการกำหนดเงื่อนไขการประกอบวิชาชีพหรือการเพิกถอนใบอนุญาต

ข. เพื่อคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นสำคัญ

การจัดตั้งแพทยสภาในกรณีศึกษาทั้งสามประเทศรวมถึงแพทยสภาในประเทศอื่นๆต่างก็มีเป้าหมายเหมือนกันคือคุ้มครองประโยชน์ของผู้ป่วยหรือประชาชนเป็นสำคัญ อาทิเช่น การจัดทำเวชปฏิบัติที่ดี (good medical practice) การออกหลักเกณฑ์หรือแนวปฏิบัติทางจริยธรรมในประเด็นต่าง ๆ การเคารพในสิทธิผู้ป่วย/ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ค. เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจของประชาชน และแพทย์ด้วยกันเอง

แพทยสภาในต่างประเทศจะให้ความสำคัญกับการสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ (trust) ของประชาชนทั่วไปเป็นอย่างมาก โดยจะต้องรักษาภาพลักษณ์ของแพทยสภาที่มีความเป็นกลาง น่าเชื่อถือ เน้นการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แพทยสภาจึงมีโครงการที่จัดตั้งขึ้นเพื่อปกป้องหรือรักษาผลประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วยกันเอง แพทยสภาจึงมีลักษณะต่างจากสมาคมของผู้ประกอบวิชาชีพหรือแพทยสมาคม (medical association) อย่างสิ้นเชิง ข้อสำคัญคือแพทยสภาในต่างประเทศจะไม่เข้ามาเป็นคู่ขัดแย้งกับผู้ป่วยหรือประชาชนอย่างเด็ดขาด

แพทยสภาจะมีระบบหรือกระบวนการตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อแพทย์คนใดคนหนึ่งถูกร้องเรียน เพื่อให้ความเชื่อมั่นว่า แพทย์จะได้รับความเป็นธรรม มิได้ถูกกลั่นแกล้ง กระบวนการเหล่านี้มักจะทำในรูปของการไต่สวนโดยเปิดเผยต่อสาธารณชน การดำเนินงานของแพทยสภาสามารถถูกตรวจสอบจากองค์กรหรือหน่วยงานภายนอกได้ เช่น หน่วยงานของรัฐหรือองค์กรศาลที่มีอำนาจหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินงานของแพทยสภา

กลไกธรรมาภิบาลในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรม

จากการศึกษาแนวทางการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมใน ๓ ประเทศ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์กลไกธรรมาภิบาลในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในประเทศเหล่านี้ สรุปได้ดังนี้

๑) ความเป็นอิสระ (independence)

องค์กรที่จะทำหน้าที่เป็นองค์กรควบคุมหรือกำกับดูแล (regulatory body) ได้อย่างเหมาะสม ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะต้องมีความเป็นอิสระ ในกรณีศึกษาแพทยสภาใน ๓ ประเทศ ได้ข้อสรุปตรงกันว่า สภาวิชาชีพดังกล่าวมีสถานะเป็นองค์กรอิสระตามกฎหมายจัดตั้งของแต่ละประเทศ^(๓) ความเป็นอิสระในที่นี้มีความหมายสรุปได้ดังนี้

- อิสระจากรัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐ หรือการแทรกแซงของนักการเมือง
- อิสระจากกลุ่มวิชาชีพด้วยกันเอง (independent of

health professionals themselves) กล่าวคือสภาวิชาชีพด้านสุขภาพหรือแพทยสภาจะต้องมีความเป็นอิสระในการดำเนินงาน ไม่ทำให้ประชาชนหรือสังคมเข้าใจว่า แพทยสภาดำเนินการในลักษณะปกป้องผลประโยชน์ของกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันเอง

- อิสระจากนายจ้างหรือองค์กรที่จ้างผู้ประกอบวิชาชีพหรือกรรมการแพทยสภา เช่น ในกรณีแพทยสภาอังกฤษนั้น จะมีความเป็นอิสระจาก NHS (National Health Service) ซึ่งเป็นองค์กรที่เป็นนายจ้างของกรรมการแพทยสภา รวมถึงกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ มี มาตรการป้องกันกรรมการแพทยสภาถูกล็อบบี้ (lobby) จากองค์กรหรือกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ

เป้าหมายของหลักประกันในเรื่องความเป็นอิสระ^(๔) คือ การสร้างความมั่นใจว่า การออกกฎหมายควบคุม กำกับดูแล ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จะเป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป (the best interest of patients and the public) ที่จะได้รับความเป็นธรรม องค์กรที่ทำหน้าที่เป็น “regulator” อย่างแพทยสภา และหน่วยงานที่ทำหน้าที่นี้ จึงต้องไม่นำตัวเข้าไปเป็นคู่กรณีในความขัดแย้งใดๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แพทยสภาหรือ regulator อื่นๆจึงต้องมีลักษณะที่เป็นอิสระ โปร่งใส มีจริยธรรม ไม่มีอคติ (dispassionate) มีความรับผิดชอบและถูกตรวจสอบได้ (accountable) และต้องให้ความเป็นธรรม (just) แก่ประชาชน

ความเป็นอิสระขององค์กร กรณีศึกษาแพทยสภาอังกฤษ และแพทยสภานิวซีแลนด์เป็นตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจนในเรื่องความเป็นอิสระดังกล่าว โดยเฉพาะความเป็นอิสระขององค์กรแพทยสภาเอง กล่าวคือ สถานะทางกฎหมายของแพทยสภาที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นอิสระ มิใช่ส่วนราชการทั่วไป

ความเป็นอิสระด้านงบประมาณของแพทยสภา กล่าวคือ งบประมาณของแพทยสภามาจากเงินค่าธรรมเนียมการขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ต้องชำระเป็นรายปี (registration fees/ annual fees) เมื่องบประมาณหลักของแพทยสภาทั้ง ๓ ประเทศ มาจากค่า



ธรรมเนียมของสมาชิกแพทยสภา ทำให้แพทยสภาในต่างประเทศไม่ต้องพึ่งพางบประมาณจากรัฐบาลแต่อย่างใด ทำให้ไม่ถูกแทรกแซงการทำงานจากรัฐบาลหรือนักการเมือง สมาชิกวิชาชีพอื่นๆในต่างประเทศก็มีลักษณะทำนองเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีแพทยสภาไทยที่ยังต้องอาศัยงบประมาณแผ่นดินจึงถือว่ายังล้าหลังอยู่มาก

นอกจากนี้ กระบวนการสรรหากรรมการแพทยสภาที่มีความเป็นอิสระ ถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก ดังตัวอย่างกรณีแพทยสภาอังกฤษ กฎหมายบัญญัติให้กรรมการได้รับการแต่งตั้งจาก “สภาองคมนตรี” (Privy Council) ซึ่งในทางปฏิบัติ สภาองคมนตรีจะมอบหมายให้องค์กรอิสระชื่อว่า Appointments Commission ทำหน้าที่สรรหากรรมการแพทยสภา เช่น กรรมการที่มาจากการเลือกตั้งจะมีขั้นตอนการตรวจสอบคุณสมบัติของแพทย์ที่สมัครอย่างเข้มงวด การสรรหากรรมการแพทยสภาทุกประเภท จะมีกลไกกลั่นกรองผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์การทำงานที่โดดเด่น มีความน่าเชื่อถือ และมีประวัติการทำงานเพื่อสังคมในด้านการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย/สิทธิผู้บริโภค

๒) การป้องกันปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interests)

แพทยสภาอังกฤษกำหนดไว้เป็นแนวปฏิบัติทางจริยธรรมของกรรมการแพทยสภาอังกฤษ ซึ่งกรรมการแพทยสภาจะต้องหลีกเลี่ยงกรณีการถูกลีบลบปี ถูกครอบงำหรือถูกแทรกแซงการทำงานจากองค์กรหรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ซึ่งอาจกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการแพทยสภา หรือทำให้ประชาชนไม่เชื่อถือหรือไม่ไว้วางใจแพทยสภา

แพทยสภานิวซีแลนด์ได้วางมาตรการป้องกันการครอบงำขององค์กร กลุ่มบุคคล กลุ่มวิชาชีพ หรือกลุ่มผลประโยชน์ที่อาจทำให้เกิดปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือ การกำหนดในเงื่อนไขการสมัครเข้าเป็นกรรมการแพทยสภาว่า^(๕) ผู้ที่เป็นกรรมการแพทยสภาจะต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเป็นอิสระ ไม่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของกลุ่มองค์กรวิชาชีพ (professional organisations) หรือกลุ่มบุคคลใดๆ อีกทั้งยังกำหนดมาตรการอื่นๆ^(๖) คือ

กรรมการทุกคนจะต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริต (good faith) ไม่มีอคติ (impartial) หลีกเลี่ยงกรณีปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน กรรมการแพทยสภามีหน้าที่แจ้งให้ที่ประชุมทราบและไม่เข้าร่วมการพิจารณาตัดสินในกิจกรรมที่มีลักษณะผลประโยชน์ขัดกันกับการปฏิบัติหน้าที่ของกรรมการเอง

๓) ความโปร่งใส (transparency)

กรณีศึกษาแพทยสภาอังกฤษ มีมาตรการเปิดเผยตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นหุ้นส่วน เจ้าของ หรือการถูกว่าจ้าง ในหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันการศึกษา ราชวิทยาลัยแพทย์ต่างๆ ความเป็นสมาชิกพรรคการเมือง รวมถึงการเปิดเผยผลประโยชน์ส่วนตัวของกรรมการแพทยสภาต่อสาธารณชน การแจ้งข้อมูลประโยชน์ได้เสียของกรรมการแพทยสภาและคู่สมรส ที่เรียกว่า “register of interests”^(๗) ในกรณีที่มีการเปิดเผยข้อมูลแล้ว แต่ประชาชนอาจสงสัยว่า กรรมการแพทยสภาบางรายยังปกปิดข้อมูลบางอย่าง ก็สามารถแจ้งเรื่องมายังแพทยสภาอังกฤษโดยตรงได้ การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวยังครอบคลุมไปถึงเจ้าหน้าที่ระดับผู้บริหารของแพทยสภาอังกฤษด้วย มาตรการเปิดเผยข้อมูลของผู้เป็นกรรมการแพทยสภา ยังป้องกันปัญหาผลประโยชน์ขัดกันที่อาจเกิดขึ้นได้อีกด้วย

นอกจากนี้ การเปิดเผยข้อมูลการดำเนินงานของแพทยสภาเป็นเรื่องสำคัญเช่นกัน แพทยสภาอังกฤษและแพทยสภานิวซีแลนด์คำนึงถึงความสำคัญของการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร การดำเนินงานของแพทยสภา มีการเผยแพร่รายงานการประชุมมติที่ประชุม และเอกสารที่เกี่ยวข้องทางเว็บไซต์ อีกทั้งยังจัดทำรายงานประจำปีเผยแพร่ผลการดำเนินงานในภาพรวมของแพทยสภา

มาตรการที่เกี่ยวกับความโปร่งใสในการดำเนินงานของแพทยสภาอังกฤษที่ค้นพบอีกประการคือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปเข้าร่วมรับฟังการไต่สวนข้อเท็จจริงกรณีแพทย์ถูกร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่อง fitness to practice ซึ่งจะดำเนินการโดยเปิดเผยต่อสาธารณชน^(๘) กล่าวคือประชาชนทั่วไปสามารถเข้าร่วมฟังการพิจารณาในทุกขั้นตอนได้ เว้นแต่จะเข้า

กรณียกเว้นบางประการ และยังมีกระบวนการที่เรียกว่า “การไต่สวนสาธารณะ” (public inquiry) ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ที่กระทบต่อประโยชน์สาธารณะหรือความเชื่อมั่นของประชาชน ดังเช่นกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาของแพทย์ ทั้ง ๆ ที่สามารถป้องกันเหตุการณ์เหล่านั้นได้ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากความบกพร่องในระบบการทำงานของแพทยสภาอังกฤษที่ผ่านมา

๔) ความรับผิดชอบ (accountability)

จรรยาบรรณของคณะกรรมการแพทยสภา

ผู้ที่ดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการแพทยสภาในสหราชอาณาจักร (General Medical Council: GMC) นอกจากจะต้องผ่านกระบวนการคัดสรรหาที่เข้มข้นแล้ว ยังมีหน้าที่ปฏิบัติตาม “แนวปฏิบัติทางจริยธรรมของกรรมการแพทยสภา”^(๙) โดยมีข้อพึงปฏิบัติและข้อห้ามหลายประการ อาทิเช่น

- ปฏิบัติตามขอบอำนาจหน้าที่ของแพทยสภา
- ปฏิบัติตามมติของคณะกรรมการ ฯ
- ระมัดระวังในการแสดงความเห็นส่วนตัว ที่มี

มติของที่ประชุมกรรมการแพทยสภา และหากมีการให้ข่าวแก่สื่อมวลชนจะต้องหารือกับ ผอ.ฝ่ายสื่อสาร ก่อนเผยแพร่

- ระวังการถูกล้อเลียนจากองค์กรหรือบุคคลอื่น และมีหน้าที่แจ้งให้ที่ประชุม GMC ทราบ

- เปิดเผยข้อมูลผลประโยชน์ส่วนตัวให้สาธารณชนรับทราบ เช่น ตำแหน่งหน้าที่ทางวิชาการ, ธุรกิจ, ผลประโยชน์ส่วนตัวต่าง ๆ

- หลีกเลี่ยงปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน เช่น การรับของขวัญ ค่าตอบแทนผู้บรรยาย และต้องเปิดเผยข้อมูลให้สาธารณชนทราบ

กลไกการตรวจสอบการทำงานของแพทยสภาขององค์กรภายนอก

แม้ว่าแพทยสภาอังกฤษจะถือเป็นองค์กรที่ได้รับความเชื่อถือจากประชาชนมาเป็นเวลานาน แต่เหตุการณ์ในช่วงทศวรรษที่ ๑๙๘๐ ถึง ๑๙๙๐ ได้สะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนหรือข้อบกพร่องของแพทยสภาอังกฤษ ที่ไม่สามารถตรวจสอบการประกอบวิชาชีพของแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จน

เกิดผลเสียหายอย่างร้ายแรงต่อประชาชนและผู้ป่วย จนกลายเป็นจุดเปลี่ยนแปลงสำคัญในการปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษในช่วงปี ๒๐๐๐ ถึง ๒๐๐๒ ตัวอย่างในกรณีแพทยสภาอังกฤษนี้ทำให้มีแนวคิดในเรื่องการตรวจสอบการทำงานของแพทยสภาขององค์กรภายนอก

ปัจจุบันนี้ แพทยสภาอังกฤษเป็นองค์กรที่ถูกตรวจสอบการทำงานจากหน่วยงานอื่นคือ หน่วยงานที่ชื่อว่า Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE) โดยมีบทบาทหน้าที่ในการตรวจสอบคำตัดสินของแพทยสภาในกรณีการพิจารณาไต่สวนที่เป็นกรณีร้ายแรงในเรื่อง fitness to practice ของแพทย์ที่ถูกร้องเรียนที่เสนอเรื่องต่อคณะกรรมการ Fitness to Practice Panel โดยจะตรวจสอบกระบวนการพิจารณา fitness to practice ตั้งแต่ขั้นต้น^(๑๐)

เงื่อนไขการตรวจสอบของ CHRE ตามกฎหมายคือ CHRE พิจารณาแล้วเห็นว่า คำตัดสินนั้นถูกแทรกแซงโดยมิชอบและมีลักษณะไม่คุ้มครองประโยชน์ของประชาชน ก็จะส่งข้อร้องเรียนที่มีคำตัดสินของ Fitness to Practice Panel ไปยังศาลที่มีเขตอำนาจพิจารณาตัดสินคดี ศาลจะมีอำนาจวินิจฉัย ทบทวนคำตัดสินของแพทยสภา และตัดสินโทษในทางวิชาชีพของแพทย์ที่ถูกร้องเรียนได้ใหม่ CHRE ยังมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการตรวจสอบการดำเนินงานของสภาวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ อาทิเช่น General Dental Council (GDC), General Optical Council (GOC), General Pharmaceutical Council (GPhC), Nursing and Midwifery Council (NMC), Health Professions Council (HPC)

การตรวจสอบการทำงานของแพทย์ของเพื่อนร่วมวิชาชีพด้านสุขภาพ

กรณีศึกษาทั้ง ๓ ประเทศ มีกลไกการตรวจสอบการทำงานของแพทย์โดยเพื่อนร่วมวิชาชีพด้านสุขภาพ ในประเทศนิวซีแลนด์และประเทศแอฟริกาใต้ ถือเป็นหน้าที่ของแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะต้องแจ้งข้อมูลปัญหา fitness to practice หรือปัญหาจริยธรรมของแพทย์ที่ตนเองรับทราบให้แพทยสภาทราบ



ประเทศนิวซีแลนด์ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (health practitioner) ทุกสาขา รวมถึงแพทย์ สามารถแจ้งข้อมูลกรณีผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพรายหนึ่งรายใดที่ทำให้บริการสุขภาพในลักษณะที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อประชาชนหรือผู้ป่วย หรือทำการดูแลรักษาผู้ป่วยต่ำกว่ามาตรฐานวิชาชีพ โดยแจ้งให้นายทะเบียนที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องทราบ ถือเป็นมาตรการที่ทำให้ผู้ร่วมวิชาชีพด้วยกันสามารถสอดส่องเพื่อนร่วมวิชาชีพว่า ให้บริการรักษาผู้ป่วยหรือประชาชนตามมาตรฐานวิชาชีพหรือไม่ โดยไม่ถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย (เพราะกฎหมายให้อำนาจไว้ ผู้แจ้งข้อมูลนี้จึงไม่มีความผิดใดๆ เช่น ไม่มีความผิดฐานหมิ่นประมาท^(๑๑)) เพราะโดยปกติแล้วบุคคลทั่วไปที่มีใช้ผู้ประกอบวิชาชีพ ย่อมไม่มีความรู้เพียงพอที่จะทราบได้ว่า มีการดำเนินการให้บริการต่ำกว่ามาตรฐานหรือไม่ ผู้ประกอบวิชาชีพจึงมีหน้าที่ตรวจสอบกันเองด้วย

ประเทศแอฟริกาใต้ ผู้ประกอบวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย (practitioner), แพทย์ฝึกหัด (intern) และนักศึกษาแพทย์ (student) มีหน้าที่รายงานกรณีที่ทราบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพ (ตนเองหรือผู้อื่น) มีความสามารถบกพร่องหรือไม่สามารถที่ปฏิบัติงานตามวิชาชีพ (impairment) หรือกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพฯ ประพฤติตนขัดต่อจริยธรรม, ประพฤติไม่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ หรือละเมิดกฎหมายอื่นๆ โดยมีหน้าที่รายงานข้อมูลนี้ต่อคณะกรรมการวิชาชีพในสาขาของบุคคลที่ถูกรายงานนั้นๆ สังกัดอยู่ เช่น รายงานข้อมูลต่อแพทยสภาในกรณีแพทย์^(๑๒)

๕) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของแพทยสภา (public participation)

การมีส่วนร่วมของประชาชนในเรื่องนี้คือ การให้ผู้แทนประชาชนเข้ามาเป็นกรรมการในสภาวิชาชีพด้านสุขภาพ (healthcare regulators) ทั้งหลาย รวมถึงกรณีแพทยสภาทำให้ประชาชนเกิดความมั่นใจว่า การปฏิบัติงานของแพทยสภามีได้ถูกผูกขาดโดยผู้ประกอบวิชาชีพ และมีได้มีลักษณะเป็นการปกป้องวิชาชีพของตนเอง

กรณีศึกษาแพทยสภาใน ๓ ประเทศได้ข้อสรุปว่า คณะกรรมการแพทยสภาประกอบด้วยกรรมการ ๒ กลุ่มคือ

กรรมการที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและกรรมการที่เป็นบุคคลทั่วไปหรือผู้ที่มีใช้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (lay members) โดยแพทยสภานิวซีแลนด์และแอฟริกาใต้มีกรรมการที่เป็นแพทย์มากกว่ากรรมการที่เป็นบุคคลทั่วไป ในขณะที่แพทยสภาอังกฤษจะมีกรรมการที่เป็นแพทย์ในสัดส่วนที่เท่ากับกรรมการที่เป็นบุคคลทั่วไป กล่าวคือ กฎหมายกำหนดจำนวนกรรมการทั้งหมดไม่เกิน ๓๕ คน โดยกรรมการชุดปัจจุบันมีจำนวน ๒๔ คน แบ่งเป็น ๒ กลุ่มคือ กรรมการที่เป็นแพทย์จากเลือกตั้ง ๑๒ คน และกรรมการที่เป็นบุคคลทั่วไป มีใช้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ๑๒ คน

รัฐบาลอังกฤษให้ความสำคัญ และผลักดันให้แพทยสภาและสภาวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ จะต้องประกอบด้วยกรรมการที่เป็นบุคคลทั่วไปในสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ประชาชนในเรื่องความเป็นอิสระของแพทยสภาหรือสภาวิชาชีพด้านสุขภาพนั้น ๆ อาทิเช่น สภาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Council) และ Health Professions Council ต่างก็มีกรรมการที่เป็นบุคคลทั่วไปในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๔๘ ของกรรมการทั้งหมด^(๑๓)

การรับฟังความเห็นของประชาชน หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการรับฟังความเห็น (consultation) ของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสิทธิผู้ป่วย สิทธิผู้บริโภค โรงเรียนแพทย์ ราชวิทยาลัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ถือเป็นช่องทางสำคัญที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของแพทยสภา เช่น การริเริ่มนโยบาย หรือการเสนอแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของแพทยสภา รวมถึงประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่มีผลต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน การรับฟังความเห็นของประชาชนมีส่วนช่วยสร้างบรรยากาศการทำงานร่วมกัน ดังจะเห็นได้จากกรณีแพทยสภาอังกฤษ และแพทยสภานิวซีแลนด์

๖) การปรับปรุงบทบาทหน้าที่ในด้าน fitness to practice

จากการศึกษาพัฒนาการของแพทยสภาทั้ง ๓ ประเทศพบว่า มีความเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่อง

การกำหนดอำนาจหน้าที่ของแพทยสภา ในกรณีการตรวจสอบข้อร้องเรียนแพทยในเรื่อง fitness to practice กรณีร้ายแรงสำหรับแพทยสภาอังกฤษ กระบวนการตรวจสอบและบังคับใช้กฎเกณฑ์เรื่อง fitness to practice ของแพทยนั้น กรรมการแพทยสภาจะไม่มีอำนาจพิจารณาตัดสินในเรื่องนี้ กฎหมายกำหนดให้มีการสรรหาบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นองค์คณะพิจารณาในระดับต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์และบุคคลที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถได้รับการคัดเลือกเป็นองค์คณะในการพิจารณา วินิจฉัยข้อร้องเรียนเกี่ยวกับแพทย์ ในอนาคตจะมีการโอนอำนาจหน้าที่ดังกล่าวให้แก่หน่วยงานใหม่ที่ชื่อว่า Medical Practitioners Tribunal Service (MPTS) ซึ่งถือเป็นส่วนสำคัญในการปฏิรูปกระบวนการพิจารณาไต่สวน fitness to practice ของแพทย์ (adjudication reform)^(๑๔)

กรณีนิวซีแลนด์ มีความก้าวหน้าไปค่อนข้างมากในเรื่องนี้คือ แพทยสภานิวซีแลนด์จะไม่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในเรื่องดังกล่าวแล้ว โดยได้โอนอำนาจดังกล่าวไปยังหน่วยงานอื่นที่ชื่อว่า "Health Practitioners Disciplinary Tribunal" (HPDT) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ ที่มีอำนาจหน้าที่ในกระบวนการพิจารณาความผิดของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในขั้นสุดท้าย

กรณีประเทศแอฟริกาใต้ นั้น "สภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้" (Health Professions Council of South Africa - HPCSA) มีบทบาทสำคัญในการควบคุม fitness to practice ตลอดทั้งกระบวนการตั้งแต่ขั้นแรกถึงขั้นสุดท้าย และมีได้แยกให้หน่วยงานอื่นเข้ามาทำหน้าที่ดังกล่าว กล่าวคือ ภายใต้ HPCSA ซึ่งประกอบด้วย "คณะกรรมการวิชาชีพ" (professional board) รวม ๑๒ สาขา หากมีกรณีร้องเรียนผู้ประกอบวิชาชีพ ๆ จะถูกส่งเรื่องให้ยัง "คณะกรรมการไต่สวนข้อเท็จจริงเบื้องต้น" ทำหน้าที่พิจารณาไต่สวนข้อเท็จจริง เช่น กรณีแพทย์ จะเป็นอำนาจหน้าที่ของ Medical and Dental Board ดำเนินการต่อไป แล้วส่งเรื่องต่อไปยัง "คณะกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพ" (professional conduct committee) ที่ทำหน้าที่ตัดสินในขั้นสุดท้าย

๗) ช่องทางการใช้สิทธิของผู้ป่วยหรือประชาชนที่เปิดกว้างและเป็นธรรม

ประเทศนิวซีแลนด์มีช่องทางรับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทำงานของแพทย์โดยผู้ป่วยและประชาชนที่น่าสนใจคือ Health and Disability Commissioner (HDC) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นอิสระ (an independent agency) ที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายเฉพาะ^(๑๕) มีพันธกิจคือ การระงับข้อพิพาท, การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และส่งเสริมการเรียนรู้สิทธิของผู้บริโภค และทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางด่านแรกที่รับเรื่องร้องเรียนแพทย์หรือการให้บริการของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (health care providers) HDC เป็นองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค/สิทธิผู้ป่วย ได้รับความเชื่อถือจากประชาชนเป็นอย่างมาก HDC อาจพิจารณายุติการดำเนินการหรือส่งเรื่องร้องเรียนให้หน่วยงานอื่นดำเนินการต่อไปตามขอบอำนาจของหน่วยงานนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็น แพทยสภา กระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการสุขภาพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

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

ประเทศแอฟริกาใต้ ให้ความสำคัญกับเรื่องประกาศสิทธิผู้ป่วย (The Patients' Rights Charter^(๑๖)) โดยมีหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยคือ กระทรวงสาธารณสุข หากผู้ประกอบวิชาชีพรายใดมิได้ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่บัญญัติไว้แล้ว เช่น สิทธิผู้ป่วย ก็จะถูกถือว่าเป็นการกระทำหรือละเว้นการกระทำ การกระทำความผิดในวิชาชีพในสาขานั้น ๆ (professional board) อาจ



จะพิจารณาถึงโทษทางจริยธรรม

วิจารณ์

ระบบอภีบาลในระบบสุขภาพที่เน้นเรื่องกรณีศึกษาการควบคุมผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมโดยแพทยสภาทั้ง ๓ ประเทศ คือ แพทยสภาอังกฤษ (General Medical Council), แพทยสภานิวซีแลนด์ (Medical Council of New Zealand) และสภาผู้ประกอบการด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาใต้ (Health Professions Council of South Africa) ต่างก็เป็นสภาวิชาชีพหรือองค์กรที่ควบคุมหรือกำกับดูแล (regulatory body) การประกอบวิชาชีพเวชกรรม วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งแพทยสภาคือ การคุ้มครองสุขภาพและประโยชน์ของผู้ป่วยและประชาชน แพทยสภามีบทบาทในฐานะเป็นตัวกลางระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิรูปแพทยสภาในต่างประเทศ เกิดจากแรงผลักดันทางสังคมและประชาชนทั่วไป รวมถึงกลุ่มแพทย์ด้วยตนเอง ก็ยังตระหนักถึงความจำเป็นที่จะปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือวิธีการดำเนินงาน ตลอดจนโครงสร้างองค์กรแพทยสภา อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความล้มเหลวในระบบการควบคุม กำกับดูแลการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในหลายกรณี ทำให้กลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปไม่ไว้วางใจการปฏิบัติงานของแพทยสภา จนนำไปสู่การบั่นทอนความเชื่อมั่นที่มีต่อแพทยสภา

ผลการศึกษาเรื่องนี้ทำให้ทราบถึงพัฒนาการ ความเปลี่ยนแปลง ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของแพทยสภาตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน และทราบถึงมูลเหตุหรือปัจจัยต่างๆ ที่นำไปสู่การสร้างกลไกธรรมาภิบาลของแพทยสภา นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ค้นพบว่า มีหน่วยงานอื่นๆ ที่มีความสำคัญต่อการอภีบาลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินงานของแพทยสภา หน่วยงานคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคหรือผู้รับบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในกรณีที่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และผู้ให้บริการในระบบสุขภาพ (health care pro-

viders) ต่างก็มีบทบาทสำคัญไม่น้อยไปกว่าแพทยสภา และมีส่วนสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและการระงับข้อพิพาทในชั้นต้น

แม้ว่าจะยังไม่มีผลการศึกษาเรื่องผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนบทบาทของแพทยสภาในกรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักรและนิวซีแลนด์ แต่การปฏิรูปและเปลี่ยนแปลงอำนาจหน้าที่และโครงสร้างองค์กรของแพทยสภามีส่วนทำให้ประชาชน ผู้ป่วยมีความเชื่อถือต่อการระบบการทำงานของแพทยสภามากขึ้น และมีส่วนช่วยป้องกันความแย้งหรือข้อพิพาทระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ลดการฟ้องร้องเป็นคดีความในศาลได้ ในหลายประเทศ อาทิเช่น ประเทศสวีเดน ฟินแลนด์ นอร์เวย์ เดนมาร์ก สหรัฐอเมริกา (บางมลรัฐ) และนิวซีแลนด์ ได้นำกลไกการระงับข้อพิพาทที่น่าสนใจคือ “การเยียวยาความเสียหายให้แก่ผู้รับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความถูกผิด” (no-fault compensation) ซึ่งเป็นแนวคิดมาจากเรื่องการประกันภัย ที่ขยายมาถึงบริการสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องหรือข้อพิพาททางแพ่งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือสถานพยาบาล^(๑๗)

ประเทศไทยเคยมีความพยายามเสนอเป็นร่างกฎหมายชื่อว่า ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.... แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากมีการให้ข้อมูลบิดเบือนความจริงแก่กลุ่มผู้ประกอบการด้านสุขภาพ มีการลอบบี้นักการเมืองของกลุ่มผลประโยชน์ในธุรกิจบริการสาธารณสุขที่คิดว่าตัวเองจะเสียประโยชน์ เพราะกฎหมายบังคับให้ต้องร่วมจ่ายเงินสมทบเข้า “กองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข” นอกเหนือจากเงินอื่น ๆ คือ เงินงบประมาณแผ่นดิน เงินจากกองทุนประกันสุขภาพตามกฎหมาย คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม โดยในช่วงปลายปี ๒๕๕๓ มีการแต่งตั้ง “คณะกรรมการเสริมสร้างความสมานฉันท์ในระบบบริการสาธารณสุข” ของกระทรวงสาธารณสุข จนได้ข้อสรุปและข้อยุติร่วมกันของสภาวิชาชีพด้านสาธารณสุข ผู้แทนโรงเรียนแพทย์ หน่วยงานของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้องในการเสนอแก้ไขปรับปรุงร่างกฎหมายดังกล่าว ซึ่ง

ผู้เขียนได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการชุดดังกล่าว และมีโอกาสจัดทำข้อสรุปเหล่านี้พร้อมคำอธิบายประกอบการชี้แจงต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาก่อนการร่างกฎหมายของสภาผู้แทนราษฎรในรัฐบาล อดีตนายกรัฐมนตรีนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ^(๑๘)

ข้อยุติและข้อเสนอแนะ

กลไกการควบคุมหรือกำกับดูแลการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีธรรมาภิบาลนั้น เกิดจากการปรับตัวของแพทยสภาเพื่อรับมือต่อสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากในอดีต ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการร้องเรียนแพทย์ในเรื่องมาตรฐานวิชาชีพ ปัญหาความสามารถในการประกอบวิชาชีพ ความประพฤติที่ไม่เหมาะสม หรือการละเมิดสิทธิผู้ป่วย/สิทธิผู้บริโภคที่มารับบริการสุขภาพ รวมถึงประเด็นที่เชื่อมโยงไปถึงคุณภาพการให้บริการสุขภาพ การเปิดโอกาสให้บุคคลที่มีไข้แพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ด้วยการแต่งตั้งให้เป็นกรรมการแพทยสภาหรือองค์คณะอื่น ๆ ที่มีอำนาจพิจารณากรณีร้องเรียนในด้าน fitness to practice ของแพทย์

แพทยสภาเป็นองค์กรที่บทบาทสำคัญในการเสริมสร้างระบบอภิบาลในระบบสุขภาพ (health system governance) เพราะเป็นองค์กรกำกับดูแลที่มีความเป็นกลาง มีความน่าเชื่อถือในสายตาของประชาชนและกลุ่มผู้ป่วย การดำเนินงานของแพทยสภาในประเทศเหล่านี้จะถูกตรวจสอบการปฏิบัติงานอย่างเข้มข้นว่ามีปรัชญาในการทำงานที่ต้องคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นสำคัญยิ่งกว่าประโยชน์ของวิชาชีพของตนหรือไม่ และมีกลไกธรรมาภิบาลหลายเรื่องที่กำลังมาแล้ว

หากแพทยสภามีความน่าเชื่อถือและได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ก็จะมีส่วนช่วยลดข้อพิพาทหรือความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสาธารณสุขให้น้อยลงได้ ซึ่งอาจทำให้การฟ้องร้องเป็นคดีความลดน้อยลง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษาแพทยสภาต่างประเทศรวม ๓ ประเทศนี้ที่ควรนำมาพิจารณาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงระบบการทำงานและประสิทธิภาพของแพทยสภา

ของไทยที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.๒๕๒๕ มีดังนี้

๑) การจัดตั้งแพทยสภาไทยตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ นั้น ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ซึ่งเคยเป็นกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่าง พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. เมื่อปี พ.ศ.๒๕๒๒ ได้ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยว่า พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม ๒๕๒๕ ได้แบบอย่างจากกฎหมายจัดตั้งแพทยสภาอังกฤษ จึงสามารถนำเอาการปฏิรูปแพทยสภาอังกฤษ มาเป็นบทเรียนสำคัญในการพิจารณาปฏิรูปแพทยสภาไทยและการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมของไทย

ผู้วิจัยเห็นว่า ควรมีการศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน สภาพปัญหาของระบบการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมของไทย โดยเฉพาะการประเมินผลการดำเนินงานในด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพของแพทยสภาไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน การสำรวจความเชื่อมั่นของประชาชนหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีต่อแพทยสภา เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขจุดอ่อนหรือข้อบกพร่องทั้งหลาย

๒) กรณีศึกษาแพทยสภาต่างประเทศในรายงานวิจัยนี้ ทำให้ทราบถึงกลไกธรรมาภิบาลสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งควรนำมาพิจารณาปรับใช้กับแพทยสภาไทยที่ยังขาดมาตรการหรือระบบธรรมาภิบาลในการปฏิบัติงานของแพทยสภา โดยเฉพาะกรรมการแพทยสภาที่มาจาก การเลือกตั้งในบางครั้งพบว่า ผู้สมัครรับเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภามักจะเคลื่อนไหวในลักษณะที่เป็นการปกป้องผลประโยชน์ของวิชาชีพ หรือสร้างความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับประชาชนหรือกลุ่มผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นประเด็นในการหาเสียงเลือกตั้งจากกลุ่มแพทย์ เช่น การเสนอกฎหมายหรือแก้ไขกฎหมาย เพื่อปกป้องผลประโยชน์ของวิชาชีพ หรือการให้ข้อมูลที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ซึ่งอาจจะบั่นทอนความน่าเชื่อถือ/ศรัทธาของประชาชนที่มีต่อแพทยสภาได้

๓) แพทยสภาไทยควรให้ความสำคัญกับการสร้างความน่าเชื่อถือ/ศรัทธาของประชาชนที่มีต่อองค์กร การสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ไม่ควรทำตัวเป็นคู่ขัด



แย้งหรือสร้างความขัดแย้งใดๆที่จะทำให้เกิดความแตกแยกในสังคม มิฉะนั้น แพทย์สภาจะกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดข้อพิพาทระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมากขึ้น แล้วนำไปสู่การฟ้องร้องแพทย์เพิ่มมากขึ้นในที่สุด

ผลการศึกษานี้ระบุชัดเจนว่า แพทย์สภาในกรณีศึกษาต่างประเทศจะพยายามสร้างความสัมพันธ์อันดีกับกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป มีการปรับปรุงกระบวนการทำงาน โครงสร้างองค์กร และกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยให้ได้รับบริการอย่างปลอดภัย และสร้างความน่าเชื่อถือของแพทย์สภาให้ประชาชนมีความไว้วางใจให้มากยิ่งขึ้น ทำให้ในหลายกรณี ผู้ป่วยที่ได้รับเสียหายจะไม่ฟ้องร้องดำเนินคดีกับแพทย์หรือสถานพยาบาล

๔) ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุงบทบัญญัติกฎหมายบางเรื่องใน พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ เนื่องจากมีเนื้อหาหลายเรื่องที่ล้าสมัย มีข้อบกพร่อง มีลักษณะจำกัดสิทธิผู้ป่วยหรือประชาชน บทบัญญัติบางเรื่องขาดความชัดเจน ทำให้มีการตีความที่ผิดเพี้ยนไปจากเจตนารมณ์ในการบัญญัติกฎหมาย บางประเด็นไม่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของแพทย์สภาอังกฤษที่เป็นต้นแบบของแพทย์สภาไทย จึงควรพิจารณานำเอาหลักธรรมาภิบาลจากกรณีศึกษาแพทย์สภาอังกฤษ แพทย์สภานิวซีแลนด์ และแพทย์สภาแอฟริกาใต้มาเป็นแบบอย่างในการปรับปรุงการดำเนินงานของแพทย์สภาไทย เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้แก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นแพทย์ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย

๕) ควรพิจารณาปฏิรูประบบโครงสร้างของคณะกรรมการแพทย์สภา โดยเปิดปรับปรุงสัดส่วนของกรรมการแพทย์สภาเป็น ๔ กลุ่มหลัก คือ

กลุ่มที่ ๑ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานด้านสุขภาพ (๑ - ๒ คน)

กลุ่มที่ ๒ ผู้แทนสถาบันการศึกษาที่มีคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยของรัฐ

กลุ่มที่ ๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มาจากการเลือกตั้งกันเอง

กลุ่มที่ ๔ ผู้แทนกลุ่มผู้บริโภคหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีได้

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งต้องผ่านการสรรหาที่เข้มงวดจากผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อจากองค์กรด้านสิทธิผู้ป่วย/สิทธิผู้บริโภค

ทั้งนี้ สัดส่วนของกรรมการในกลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่ ๓ และกลุ่มที่ ๔ ควรมีส่วนใกล้เคียงกัน แต่มีจำนวนกรรมการไม่มากเกินไป ควรกำหนดวาระการดำรงตำแหน่งของแพทย์ที่มาจากการเลือกตั้งไม่เกิน ๓ ปี และไม่ให้ดำรงตำแหน่งติดต่อกันเกิน ๒ วาระหรือเกินระยะเวลาที่กำหนดไว้เหมือนในต่างประเทศ และควรพิจารณาปรับปรุงวิธีการได้มาของแพทย์ที่มาจากการเลือกตั้ง

๖) ควรจัดตั้งหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินงานของแพทย์สภา เหมือนในกรณี Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE) ของประเทศสหราชอาณาจักร รวมถึงพิจารณาบทบาทของหน่วยงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค เช่น องค์การอิสระคุ้มครองผู้บริโภคตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (พ.ศ. ๒๕๕๐) มาตรา ๖๑ ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกลางเกี่ยวกับการร้องเรียนแพทย์หรือการให้บริการสุขภาพในประเด็นต่างๆ อย่างเช่นกรณี Health and Disability Commissioner (HDC)

๗) ควรจัดทำประมวลจริยธรรมของกรรมการแพทย์สภาเป็นการเฉพาะ รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลตำแหน่งหน้าที่ในหน่วยงาน องค์กรของรัฐและเอกชน เพื่อป้องกันปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน ที่อาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่เป็นกรรมการแพทย์สภา และป้องกันการครอบงำของกลุ่มผลประโยชน์หรือกลุ่มบุคคลใดๆ

๘) คณะกรรมการแพทย์สภาของไทยไม่ควรมีอำนาจทำหน้าที่เป็นผู้พิจารณา วินิจฉัยกรณีร้องเรียนของแพทย์ที่ถูกร้องเรียนว่ากระทำผิดทางจริยธรรม หรือมีคุณสมบัติไม่เหมาะสมที่จะประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยควรมอบหน้าที่ดังกล่าวให้หน่วยงานอื่นหรือองค์กรคณะที่มีความเป็นอิสระ ซึ่งอาจประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพและบุคคลทั่วไปในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันเหมือนกรณีแพทย์สภาอังกฤษ

ทั้งนี้ ควรพิจารณาปรับใช้รูปแบบของกรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งกำหนดให้หน่วยงาน คือ Medical Prac-

titioners Tribunal Service (MPTS) ทำหน้าที่แทนแพทยสภาอังกฤษ หรือกรณีศึกษาในนิวซีแลนด์คือ หน่วยงานชื่อ Health Practitioners Disciplinary Tribunal ที่ทำหน้าที่แทนแพทยสภานิวซีแลนด์ในเรื่องการร้องเรียน fitness to practice ของแพทย์ในกรณีร้ายแรง

๓) ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นระบบการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมของไทย โดยเน้นการศึกษาทบทวนเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การลดการฟ้องร้อง การสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยหรือประชาชนที่มีต่อแพทยสภาและระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้สรุปความจากรายงานวิจัยโครงการ “การศึกษาทบทวนกรอบการกำกับวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ : กรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้” ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยมี ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ เป็นที่ปรึกษาโครงการ

เอกสารอ้างอิง

๑. Beecham L. BMA's annual meeting expresses “no confidence” in GMC. *BMJ* 2000;321:69.
๒. United Kingdom. Department of Health. Reform of the General Medical Council: A paper for consultation. London; 2002.
๓. Medical Act of 1983. c. 54. (26 July 1983) (United Kingdom); Health Practitioners Competence Assurance Act of 2003. No 48 (18 September 2003) (New Zealand); Health Professions Act 56 of 1974. (9 October 1974) (South Africa).
๔. United Kingdom. Secretary of State for Health by Command of Her Majesty Trust, Assurance and Safety - The Regulation of Health Professionals in the 21st Century. London; 2007. p. 24.
๕. New Zealand. Medical Council of New Zealand. Candidate Information on the Terms and Conditions of Appointment to the Medical Council of New Zealand. Wellington; 2005.
๖. Health Practitioners Competence Assurance Act of 2003. No 48 (18 September 2003); Schedule 3.
๗. General Medical Council [Internet]. Guidance on the Register of Interests and Conflicts of Interest. [cited 2012 March 1]. Available from: URL: <http://www.gmc-uk.org/about/register.asp>
๘. Fitness to Practise Panels. Available from: URL: http://www.gmc-uk.org/concerns/hearings_and_decisions/fitness_to_practise_panels.asp
๙. General Medical Council [Internet]. Members' code of conduct [cited 2012 March 5]. Available from: URL: http://www.gmc-uk.org/about/register_code_of_conduct.asp
๑๐. Council for Healthcare Regulatory Excellence [Internet] [cited 2012 March 7]. Available from: URL: <https://www.chre.org.uk/about/279/>
๑๑. Health Practitioners Competence Assurance Act of 2003. No 48 (18 September 2003); section 34.
๑๒. ETHICAL RULES OF CONDUCT FOR PRACTITIONERS REGISTERED UNDER THE HEALTH PROFESSIONS ACT, 1974 (4 August 2006) under Health Professions Act 56 of 1974. (9 October 1974)
๑๓. United Kingdom. Secretary of State for Health by Command of Her Majesty Trust, Assurance and Safety - The Regulation of Health Professionals in the 21st Century. London; 2007: 24-5.
๑๔. General Medical Council [Internet]. Adjudication reform [cited 2012 March 10]. Available from: URL: http://www.gmc-uk.org/concerns/hearings_and_decisions/mpts.asp
๑๕. Health and Disability Commissioner Act of 1994. No 88 (20 October 1994) (New Zealand)
๑๖. South Africa. Health Professions Council of South Africa. GUIDELINES FOR GOOD PRACTICE IN THE HEALTH CARE PROFESSIONS: NATIONAL PATIENTS' RIGHTS CHARTER. PRETORIA; 2008.
๑๗. ไพศาล ลิ้มสถิตย์. ความสำคัญของร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.....วารสารคลินิก ๒๕๓๓;๒๖:๖๘๘-๕๑.
๑๘. ไพศาล ลิ้มสถิตย์. ข้อเสนอประเด็นความเห็น/ ข้อเสนอแนะต่อร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ ตามความเห็นร่วมของ “คณะกรรมการเสริมสร้างความสมานฉันท์ในระบบบริการสาธารณสุข วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๓ และวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๓”. เอกสารสรุปประเด็นที่เสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษากันกรองร่างกฎหมายของสภาผู้แทนราษฎร เมื่อวันที่ ๑๑ พ.ย. ๒๕๕๓: ๑-๖.