

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรม (Literature Review) และวิจัยที่เกี่ยวข้องในบทนี้เป็นการศึกษา ทบทวนเอกสารและงานวิจัยมีเป้าหมาย คือ เพื่อค้นหาหลักการแนวคิดและทฤษฎีในการพัฒนา กฎหมายระดับรอง กล่าวคือ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 เพื่อการคุ้มครองความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพด้านต่าง ๆ เช่น ให้เป็นไปตาม บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญในการรับรองสิทธิประชาชนในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ โดยเท่าเทียมกัน เช่น การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การชดเชยค่าสินไหมทดแทนหรือเยียวยาเบื้องต้น จากการให้บริการในรูปแบบกองทุน โดยนำ แนวคิด ทฤษฎี หลักการ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา กฎหมายเพื่อความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ โดยแต่ละส่วนมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

#### 1. แนวคิด ทฤษฎี และหลักการที่เกี่ยวกับความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ

แนวคิด ทฤษฎี และหลักการเป็นการทบทวนนำมาสังเคราะห์ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และบริบทของงานวิจัยเรื่อง การพัฒนากฎหมายเพื่อความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ เพื่อที่จะวิเคราะห์ตามประเด็นการวิจัยและนำไปสู่การหาคำตอบตามที่ได้ตั้งประเด็นปัญหาไว้ ในบทที่ 1 โดยแบ่งแนวคิด ทฤษฎี หลักการที่เกี่ยวกับการความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกัน สุขภาพ รายละเอียดปรากฏ ดังนี้

##### 1.1 แนวคิดการคุ้มครองสิทธิหลักประกันสุขภาพ

ความหมายของการคุ้มครองสิทธิพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2552 ได้ให้ความหมาย “การคุ้มครอง” หมายถึงป้องกันรักษา ระวังรักษา ปกป้องรักษา ซึ่งการคุ้มครอง ความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ เป็นกลไกในการรักษาพยาบาลที่ประชาชนได้รับการ คุ้มครองตามกฎหมายที่รัฐจะต้องปกป้องรักษาประชาชนจากการเจ็บไข้ได้ป่วยให้กลับสู่ สภาวะปกติ ประชาชนรักษาพยาบาลได้รับความเสียหายจากการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพจะได้รับ

การคุ้มครองเยียวยาความเสียหายจากการใช้บริการที่เกิดขึ้นเพื่อการคุ้มครองความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพด้านต่าง ๆ

## 1.2 แนวคิดการคุ้มครองผู้บริโภค

การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค หมายถึง การที่รัฐเข้ามาดูแลป้องกันรักษาสิทธิของผู้บริโภคไม่ให้ผู้ประกอบการเอารัดเอาเปรียบในการซื้อขายสินค้าและบริการและเพื่อสร้างนิสัยในการบริโภคของประชาชนที่เป็นการส่งเสริมพลานามัย ประหยัด และสามารถใช้ทรัพยากรของชาติให้เป็นประโยชน์มากที่สุดตลอดจนการส่งเสริมให้ประชาชนผู้บริโภครู้จักเลือกซื้อเลือกใช้บริการที่ดีมีคุณภาพได้อย่างเป็นธรรมปลอดภัยและประหยัด (การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค, ออนไลน์, 2562)

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2522 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่มที่ 96 ตอนที่ 72 วัน 4 พฤษภาคม 2522 มีผลบังคับใช้เป็นกฎหมายวันที่ 5 พฤษภาคม 2522 และหลังจากนั้นอีกประมาณ 2 เดือนในวันที่ 2 กรกฎาคม 2522 ก็ได้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคขึ้นเป็นหน่วยงานสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี (คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ทำเนียบรัฐบาล, 2525, หน้า 16-17)

การคุ้มครองผู้บริโภคตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 57 สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครอง ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติกฎหมายตามวรรคหนึ่งต้องบัญญัติให้มีองค์การอิสระซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนผู้บริโภคทำหน้าที่ให้ความเห็นในการตรากฎหมาย กฎ และข้อบังคับ และให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ผู้บริโภคจะได้รับการคุ้มครองทันที 5 ประการ ดังนี้

1) ได้รับข้อมูลที่ป็นจริงสิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับการโฆษณาหรือการแสดงฉลากตามความเป็นจริงและปราศจากพินัยแก่ผู้บริโภค รวมถึงสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการอย่างถูกต้องและเพียงพอที่จะไม่หลงผิดในการซื้อสินค้าหรือรับบริการโดยไม่เป็นธรรม

2) สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ ได้แก่ สิทธิที่จะเลือกซื้อสินค้าหรือรับบริการด้วยความสมัครใจของผู้บริโภคและปราศจากการชักจูงใจอันไม่เป็นธรรม

3) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับสินค้าหรือบริการที่ปลอดภัยมีสภาพและคุณภาพได้มาตรฐานเหมาะสมแก่การใช้ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตร่างกายหรือทรัพย์สินในกรณีใช้ตามคำแนะนำหรือระมัดระวังตามสภาพของสินค้าหรือบริการนั้นแล้ว

4) ได้สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญาได้แก่ สิทธิที่จะได้รับข้อสัญญา โดยไม่ถูกเอาเปรียบจากผู้ประกอบธุรกิจ

5) ได้สิทธิร้องเรียน สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองและชดใช้ค่าเสียหายเมื่อมีการละเมิดสิทธิของผู้บริโภคตามข้อ 1, 2, 3 และ 4 ดังกล่าว

ขณะที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปีพุทธศักราช 2550 มาตรา 61 ระบุไว้ใน สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครองในการได้รับข้อมูลที่เป็นความจริง และมีสิทธิร้องเรียนเพื่อให้ได้รับการแก้ไขเยียวยาความเสียหาย รวมทั้งมีสิทธิรวมตัวกันเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคให้มีองค์การเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นอิสระจากหน่วยงานของรัฐ ซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนผู้บริโภค ทำหน้าที่ให้ความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณาของหน่วยงานของรัฐในการตรา และการบังคับใช้กฎหมายและกฎให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งตรวจสอบและรายงานการกระทำหรือละเลยการกระทำอันเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้ ให้รัฐสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการขององค์การอิสระดังกล่าวด้วย

หลักการที่กล่าวมาแสดงให้เห็นถึงการรับรองสิทธิหากประชาชนเผชิญกับความเสียหาย ที่ใช้บริการจากกลุ่มประกอบวิชาชีพ และได้รับคุ้มครองสิทธิตามหลักการคุ้มครองผู้บริโภคได้บัญญัติ สิทธิของผู้บริโภค กล่าวคือ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541 มาตรา 4 คือ

1) สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร รวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับ สินค้าและบริการ เพื่อการพิจารณาเลือกซื้อสินค้าหรือรับบริการอย่างถูกต้องทำให้ไม่หลงผิดใน คุณภาพสินค้าและบริการ

2) สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกสินค้าและบริการ โดยปราศจากการชักจูงก่อนตัดสินใจ ซื้อสินค้า

3) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการสินค้าที่มีคุณภาพและ ได้มาตรฐานเหมาะสมแก่การใช้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือทรัพย์สินในกรณีที่ใช้ตาม คำแนะนำของผู้ผลิต

4) สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย หมายถึง สิทธิที่จะได้รับการ คุ้มครองและชดใช้ค่าเสียหายเมื่อมีการละเมิดสิทธิผู้บริโภคกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค คือ กฎหมาย ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของผู้คนในทุก ๆ สังคมโดยจะเกี่ยวข้องกับการใช้บริการและ การใช้สินค้า เช่น มนุษย์มีความต้องการอาหาร ยารักษาโรค มนุษย์จำเป็นต้องใช้บริการรถโดยสาร รถประจำทาง เครื่องบิน เป็นต้น เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกให้แก่ตนเอง เช่น การใช้โทรศัพท์มือถือ

ติดต่อสื่อสาร การใช้ทีเอ็ม ดังนั้น การใช้บริการต่าง ๆ หรือการบริโภคจำเป็นต้องได้มีคุณภาพอย่างถูกต้องและได้มาตรฐานตามที่ผู้ผลิตได้โฆษณาเอาไว้ จึงทำให้ รัฐบาลซึ่งอยู่ในฐานะเป็นผู้คุ้มครองดูแลประชาชนเมื่อไหร่ก็ตามที่พบว่าประชาชนได้รับความเดือดร้อนหรือความเสียหายจากการใช้สินค้าและบริการจะต้องรีบเข้ามาคุ้มครองและแก้ไขปัญหาเหล่านั้นอย่างทันทั่วทั้งให้แก่ประชาชน

การคุ้มครองผู้บริโภคอาจแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ

1) การป้องกันความเสียหาย โดยกฎหมายกำหนดให้รัฐมีอำนาจควบคุมกำกับให้เกิดความปลอดภัยหรือเกิดความเป็นธรรม

2) การเยียวยาผู้ใช้หากเกิดความเสียหาย โดยจัดตั้งองค์กรของรัฐหรือของเอกชน เช่น สมาคมผู้บริโภคให้ดำเนินการฟ้องร้องคดีเพื่อผู้บริโภค ซึ่งอาจมีวิธีการพิจารณาเป็นพิเศษหรือไม่ก็สุดแล้วแต่ นโยบายและระบบกฎหมายของประเทศนั้น ๆ อาจกล่าวได้ว่า วิธีการคุ้มครองผู้บริโภคโดยมาตรการทางกฎหมายและมาตรการอื่น ๆ ของประเทศโดยอ้อมต้องอาศัยหลักทางเศรษฐศาสตร์และสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจของประเทศนั้นเป็นเกณฑ์ในการดำเนินวิธีการที่ใช้ในประเทศหนึ่งอาจไม่เหมาะสมกับสถานะของอีกประเทศหนึ่งก็ได้

แนวคิดการคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับการเยียวยาความเสียหาย คือ

แนวคิดที่ 1 มีพื้นฐานจากหลักการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่จะไม่ถูกทำให้เสียหาย กฎหมายละเมิดในยุคคริสต์ศักราช 19 เมื่อมีความเสียหายต้องมีการชดเชยเยียวยา แนวคิดนี้ไม่พิจารณาถึงองค์ประกอบภายในจิตใจของผู้กระทำแต่จะพิจารณาว่าการกระทำขั้นนั้นมีผลเสียตามมาจะต้องมีผู้ชดเชยโดยมุ่งชดเชยแก่ผู้รับความเสียหายไม่สนใจผู้กระทำจงใจหรือประมาท ต่อมาได้รับอิทธิพลจากศาสนามากขึ้นผู้ละเมิดประพฤติดีศีลธรรม จึงต้องมีการรับคุ้มครองประโยชน์ในการใช้เสรีภาพของบุคคลตรงกับทฤษฎีรับภัยของสาธารณรัฐฝรั่งเศส

แนวคิดที่ 2 มีพื้นฐานจากหลักการคุ้มครองเสรีภาพของผู้กระทำความเสียหายที่เกิดจากการกระทำที่จงใจหรือขาดความระมัดระวังเท่านั้นแนวคิดนี้ จึงพิจารณาองค์ประกอบภายในจิตใจของผู้กระทำด้วยต่อมาแนวคิดดังกล่าวได้รับอิทธิพลทางศาสนามากขึ้นและเริ่มมีความเชื่อและถือว่าผู้ที่ถูกทำละเมิดคือผู้ที่ทำผิดศีลธรรม ดังนั้น การที่จะพิจารณาว่าผู้ใดทำละเมิดหรือไม่จึงต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบภายในจิตใจด้วย ความรับผิดชอบในทางละเมิดจึงมีได้เมื่อการกระทำนั้นเป็นความผิด คือการที่ผู้กระทำได้กระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำให้ผู้อื่นเสียหาย จึงต้องรับผิดชอบแต่ปัจจุบัน โลกมีความเจริญก้าวหน้าและมีความเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาทำให้ความเสียหายที่เกิดขึ้นง่ายขึ้นจากการบริโภคสินค้าและบริการหากให้ผู้เสียหายพิสูจน์ความผิดของผู้กระทำเป็นการยาก จึงเกิด ทฤษฎีความรับผิดชอบเด็ดขาด (Strict Liability) ขึ้นความผิด (Fault)

ในที่นี้ ไม่ใช่การกระทำแต่เป็นสภาพทางจิตใจ (State of mind) หรือทัศนคติของผู้กระทำละเมิด เป็นสภาพของการละเลยหรือเบี่ยงเบนมาตรฐานภายในจิตใจที่เกิดจากการกระทำหรืองดเว้น การกระทำตามหน้าที่ที่จะต้องป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้นย่อมเกี่ยวพันถึงความสัมพันธ์ระหว่าง เหตุและผล (Causation) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดที่เกิดขึ้นจากการกระทำของผู้กระทำละเมิด กับความเสียหายที่เกิดกับผู้ได้รับความเสียหาย (สุขุม สุคนิษฐ์, 2544, หน้า 37) ที่ผู้กระทำนั้นจะต้อง รับผิดชอบหรือชดใช้เยียวยาความเสียหายให้แก่ผู้ได้รับความเสียหาย ถือว่าการกระทำนั้นเป็นผล โดยตรงที่เกิดจากความเสียหายหรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า เหตุใกล้ชิดกับความรับผิดชอบละเมิด (Proximate Cause) (พรเพชร วิชิตชลชัย, 2528, หน้า 804) ความเสียหาย (Injury) ที่เกิดขึ้นต้อง เกิดต่อสิ่งที่มีตามกฎหมายซึ่งสิทธิที่ว่านี้จะต้องมีกฎหมายรับรองและคุ้มครอง

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของการคุ้มครองผู้บริโภคที่กล่าวมาข้างต้น ผู้เสียหายที่ได้รับความเสียหายเบื้องต้นจากการบริการสาธารณสุขเป็นผู้บริโภคตามความหมาย พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเมื่อความเสียหาย เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุข การเยียวยาและสิทธิที่จะได้รับการพิจารณาชดเชยความเสียหาย อันหมายถึง สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครอง และชดใช้ค่าเสียหายเมื่อมีการละเมิดสิทธิผู้บริโภค กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค โดยรัฐต้องจัดให้มีมาตรการหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคด้านต่าง ๆ การจัดตั้งกองทุนถือเป็นกลไกอย่างหนึ่งในการเยียวยา ความเสียหายเบื้องต้นที่เกิดจากการใช้บริการสาธารณสุข

## 2. หลักการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

เป็นหลักการที่กล่าวถึงคุณค่าของมนุษย์ที่มีความเกี่ยวข้องหรือขึ้นอยู่กับความเป็นมนุษย์ โดยมนุษย์ทุกคนได้รับคุณค่าความเป็นมนุษย์ โดยไม่คำนึงถึง เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ จึงเป็นคำอธิบายในแง่ของสิทธิมนุษยชนในแง่ของการให้คุณค่าแก่ความเป็น คนว่าทุกคนมีความเท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของสิทธิมนุษยชนที่กำหนดสิทธิมาตั้งแต่เกิด ใครจะละเมิดมิได้และไม่สามารถถ่ายโอนให้กันได้ ซึ่งรวมถึงสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ โดยไม่จำกัดสิทธิการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ

### 2.1 หลักสิทธิมนุษยชน (Human Right)

เป็นสิทธิของมนุษย์ทุกคนบนโลกที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดและเป็นสากล ไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ ชนชาติ ประเทศ เพศ ผิวพรรณ ภาษา ศาสนา วัฒนธรรม สติปัญญา ความสามารถ ฐานะทางเศรษฐกิจ ที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี มีอิสระเสรีภาพ เสมอภาค คำว่า “สิทธิมนุษยชน” (Human Rights)

ไม่มีการกำหนดความหมายไว้ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 มีเพียงคำว่า “สิทธิ” หมายความว่า อำนาจอันชอบธรรม อำนาจที่จะกระทำการใด ๆ ได้อย่างอิสระ โดยได้รับการรับรองจากกฎหมาย หากแปลความ ตามตัวอักษร “สิทธิมนุษยชน” ย่อมหมายถึง สิทธิของมนุษย์ หรืออำนาจอันชอบธรรมที่สืบเนื่อง มาจากความเป็นมนุษย์ ในอันที่จะกระทำการใด ๆ ได้อย่างอิสระ โดยได้รับการรับรองจากกฎหมายประชาชนจึงมีสิทธิที่จะเข้าถึงหลักประกันสุขภาพจากรัฐอย่างเหมาะสมหลักสิทธิมนุษยชนจึงมีความสำคัญเนื่องจากองค์การสหประชาชาติได้หลักการดังกล่าวกำหนดไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2404) (Universal Declaration of Human Rights 1948) อันมีสภาพบังคับให้รัฐที่เป็นภาคีสมาชิกจะต้องปฏิบัติตามโดยอนุวัติกฎหมายภายในของตนให้เป็นไป

ตามหลักการและเจตนารมณ์ดังกล่าวโดยเกี่ยวกับสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชนในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ไม่คำนึงเชื้อชาติ สีผิว เพศ อายุ ภาษา ศาสนา สถานภาพทางกาย สุขภาพ การเมือง หรือความเชื่ออื่น ๆ ที่กล่าวมานี้เรียกว่า “สิทธิมนุษยชน (Human Rights)” เป็นสิทธิของมนุษย์ที่ติดตัวมนุษย์แต่ละคนมาตั้งแต่เกิด โดยไม่มีการแบ่งแยกด้วยเหตุประการใด ซึ่งประชาชนทุกคนมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Social Rights) ดังที่นักปราชญ์หลายท่านได้ให้ความหมายไว้ เช่น โทมัส ฮอบส์ (Thomas Hobbes) ค.ศ. 1588-1679 (พ.ศ. 2131-2222) จอห์น ล็อก (John Locke) ค.ศ. 1632-1704 (พ.ศ. 2175-2247) มงเตสกิเออ (Charles Louis de Secondat Baron de la Brede et de Montesquieu) ค.ศ. 1689-1755 (พ.ศ. 2232-2298) ฌ็อง-ฌัก รูโซ (Jean-Jacques Rousseau) ค.ศ. 1712-1778 และอิมมานูเอล คานท์ (Immanuel Kant) ค.ศ. 1724-1804 (พ.ศ. 2267-2347) (สันติพงษ์ กุมารสิงห์, 2563, หน้า 38-44) มีทัศนคติว่า ผู้ปกครองที่ชอบธรรมนั้นต้องได้รับอำนาจการปกครองมาจากผู้อยู่ใต้ปกครอง นั่นก็คือ ประชาชนในรัฐเท่านั้น และบุคคลในสังคมในฐานะปัจเจกชนย่อมสามารถที่จะเรียกร้องสิทธิหรือมีสิทธิ ซึ่งสิทธิเหล่านี้เป็นของบุคคลทุกคนในสังคมที่ไม่มีผู้ใดจะมายับยั้งหรือพรากเอาไปได้

กล่าวได้ว่าสิทธิมนุษยชน คือ สิทธิและเสรีภาพ สิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ในชีวิต ร่างกาย และความเสมอภาค รวมถึงสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ (Fundamental Rights and Liberties) ที่ต้องได้รับการรับรองและคุ้มครองด้วยความเป็นธรรม ซึ่งสิทธิมนุษยชน แบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน คือ ด้านสังคม (Human Social Rights) คือ สิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคเกี่ยวกับเรื่องปัจจัยสี่หรือปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพที่เกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมหรือกิจกรรมของมนุษย์และเรื่องความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์และด้านกฎหมาย (Human Legal Rights) คือ สิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคจากการได้รับความคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้านสังคมจากกฎหมายอย่างทั่วถึง เป็นธรรมและเท่าเทียมกัน (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2558, หน้า 221)

(อุดมศักดิ์ สินธิพงษ์, 2561, หน้า 18) จากที่กล่าวมาประชาชนทุกคนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงหลักบริการด้านสาธารณสุขของรัฐโดยเท่าเทียมกัน

สิทธิมนุษยชนในประเทศไทยได้รับรองปณิญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เป็นกฎหมายลำดับศักดิ์สูงสุดแห่งราชอาณาจักรไทย มีรูปแบบรัฐเป็นราชาธิปไตยภายใต้รัฐธรรมนูญ และปกครองในระบอบประชาธิปไตยแบบรัฐสภา และเริ่มคุ้มครองสิทธิมนุษยชนไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2492 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญฉบับที่ 5 ของไทย ซึ่งบัญญัติไว้ในหมวดที่ 3 และได้มีการกำหนดสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย ตลอดจนหน้าที่ของชนชาวไทยให้มั่นคงมากขึ้นในบทบัญญัติมาตรา 26 ว่าบุคคลไม่ว่าเหล่ากำเนิดหรือศาสนาใด ย่อมอยู่ในความคุ้มครองแห่งรัฐธรรมนูญเสมอกัน มาตรา 27 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย ฐานันดรศักดิ์โดยกำเนิดก็ดี โดยแต่งตั้งก็ดีโดยประการอื่นใดก็ดี ไม่กระทำให้เกิดเอกสิทธิ์อย่างใดเลย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศที่มีบทบัญญัติคุ้มครองประชาชนสิทธิและเสรีภาพแก่ประชาชนในด้านต่าง ๆ สำหรับด้าน “การสาธารณสุข” นั้นมีความสำคัญอย่างมากเพราะจะแสดงให้เห็นถึงการมีสุขภาพและสุขอนามัยที่ดีของประชาชนทั้งประเทศ ดังที่ ศาสตราจารย์ ชาร์ลส์ เอ็ดเวิร์ด เอ วินสโลว์ (Charles Edward A. Winslow) ผู้มีชื่อเสียงทางด้านสาธารณสุข ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “การสาธารณสุข” ไว้เมื่อ พ.ศ. 2464 ว่า “การสาธารณสุขเป็นวิทยาการ และศิลปะแห่งการป้องกันโรค การทำให้อายุยืนยาว การส่งเสริมอนามัย และประสิทธิภาพของบุคคล โดยความร่วมมือร่วมใจของชุมชนในเรื่องต่าง ๆ อันได้แก่ การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม การควบคุมโรคติดต่อ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดบริการทางการแพทย์และพยาบาล เพื่อการวินิจฉัยโรคตั้งแต่เริ่มแรก และให้การรักษาเพื่อมิให้ลุกลามต่อไป รวมทั้งการพัฒนาโลกแห่งสังคม เพื่อให้ทุกคนมีมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอต่อการดำรงไว้ ซึ่งอนามัยที่ดีของตน” (การสาธารณสุข, ออนไลน์, 2564)

การคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชนนั้นพบว่ามีตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534 บัญญัติไว้ใน มาตรา 83 “รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานโดยทั่วถึงกัน และพึงให้การรักษาพยาบาล แก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า และพึงส่งเสริมให้ออกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะทำได้ การปกป้องและขจัดโรคติดต่ออันตรายรัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเห็นการณ์”

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 (2540 -2550) “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่อ

อันตราจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” สิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพนี้เองหากพิจารณาในแง่มุมมองของความเป็นมนุษย์แล้วไม่ว่าประชาชนจะอยู่ในสถานะใดก็ย่อมเป็นประชาชนเหมือนกัน หรืออาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งก็คือ ความเป็นคนหรือเป็นมนุษย์ที่เหมือนกันจึงถือว่าย่อมมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) เหมือน ๆ กันซึ่งได้รับการคุ้มครองโดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยด้วยกันโดยมีบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับพุทธศักราช 2540 และฉบับพุทธศักราช 2550 โดยมีบทบัญญัติใน มาตรา 4 เหมือนกันทุกฉบับว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย” ส่วนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มีบทบัญญัติที่เพิ่มความชัดเจนของการคุ้มครองไว้มากขึ้นใน มาตรา 4 “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครอง ปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน”

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่อง สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิและเสรีภาพ สิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ในชีวิต ร่างกาย และความเสมอภาคการเข้ารับบริการสาธารณสุขจากรัฐโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ ชนชาติ ประเทศ เพศ ผิวพรรณ ภาษา ศาสนา วัฒนธรรม สติปัญญา ความสามารถ ฐานะทางเศรษฐกิจ

## 2.2 หลักความเสมอภาค (Equity)

แนวความคิดของหลักความเสมอภาค หลักความเสมอภาคถือว่าเป็นหลักพื้นฐานของศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งมนุษย์ย่อมได้รับการรับรองและคุ้มครองจากกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน ในฐานะที่เป็นมนุษย์โดยมิต้องคำนึงถึงคุณสมบัติอื่น ๆ อาทิ เชื้อชาติ ศาสนา ภาษา ถิ่นกำเนิด เป็นต้น และขณะเดียวกันก็ถือได้ว่าหลักความเสมอภาคนี้เป็นหลักที่ควบคุมมิให้รัฐใช้อำนาจของตนตามอำเภอใจโดยการใช้อำนาจของรัฐแก่กลุ่มบุคคลใดบุคคลหนึ่งรัฐต้องสามารถอธิบายได้ว่าเพราะเหตุใดรัฐจึงกระทำการอันก่อให้เกิดผลกระทบหรือเป็นการให้ประโยชน์แก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งนั้น โดยเฉพาะ หากการให้เหตุผลไม่อาจรับฟังได้แสดงว่าการใช้อำนาจของรัฐนั้นเป็นไปตามอำเภอใจ ดังนั้น หลักความเสมอภาคจึงเป็นหลักสำคัญในการรับรองและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน และสามารถนำมาตรวจสอบการใช้อำนาจของรัฐไม่ว่าจะเป็นฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายบริหาร และฝ่ายตุลาการได้ (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, ออนไลน์, 2548)

1) ที่มาและแนวความคิดของหลักความเสมอภาคมีรายละเอียด ดังนี้

รากฐานแนวคิดของหลักความเสมอภาคในปัจจุบันได้รับการรับรองอย่างชัดเจนโดยถือว่าบุคคลย่อมมีความเสมอภาคที่จะได้รับการรับรองและคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน (Fairness) ซึ่งหมายถึง “หลักความเสมอภาคเบื้องหน้ากฎหมาย” (Equality before the law) ที่เป็นการยอมรับสิทธิเสรีภาพอันเป็นสาระสำคัญของความเป็นมนุษย์ที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่กำเนิด



และไม่อาจพรากไปได้ จึงเป็นการแสดงให้เห็นถึงการยอมรับตามทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติ (Natural law) ซึ่งผู้ที่มีความคิดเช่นนี้ได้แสดงความคิดเห็นต่อต้านลัทธิสมบูรณาญาสิทธิราชย์ โดยต้องการกีดกันพระมหากษัตริย์ไม่ให้ใช้พระราชอำนาจผิดทำนองคลองธรรมโดยอ้างถึงหลักกฎหมายที่ว่า “บุคคลทุกคนเกิดมามีความเสมอภาคกันและมีสิทธิบางประการ เช่น สิทธิในชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สิน คิดตัวมา สิทธินี้ไม่สามารถจำหน่ายโอนได้” และหลักกฎหมายธรรมชาตินี้ยังเป็นแนวความคิดที่สอดคล้องกับสิทธิปัจเจกชนนิยม (Individualism)

ในสมัยนั้นด้วยโดยได้ให้ความสำคัญกับปัจเจกชนและสิทธิทั้งหลายของปัจเจกชน ซึ่งจุดกำเนิดของระบบปัจเจกชนนิยมในทางกฎหมายมหาชนคือ คำประกาศสิทธิมนุษยชนและพลเมืองฝรั่งเศส ลงวันที่ 26 สิงหาคม ค.ศ. 1789 (พ.ศ. 2332) โดยการปฏิวัติ ค.ศ.1789 นี้ได้ยกเลิกระบอบกษัตริย์ที่ปกครองด้วยระบบศักดินาซึ่งบุคคลขึ้นอยู่กับฐานันดรและชนชั้นที่ตนสังกัด แต่ผู้ปฏิวัติได้ยกความสำคัญของปัจเจกชนขึ้นแทน โดยคำประกาศนี้ให้ความสำคัญกับคนแต่ละคน รวมทั้งสิทธิเสรีภาพของบุคคลนั้นว่าเป็นหัวใจของสังคม ตามทฤษฎีนี้ถือว่าหัวใจของสังคมอยู่ที่การยอมรับคุณค่าของทุกคนแต่ละคนรวมกันเป็นสังคม รัฐหรือสังคมไม่สามารถก้าวท้าวสิทธิของเขาได้ เว้นเพื่อประโยชน์ส่วนร่วมอันจะเห็นได้จากคำประกาศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและพลเมือง ปี ค.ศ.1789

ซึ่งมีข้อความว่า “มนุษย์เกิดมาและมีชีวิตอยู่โดยอิสระและโดยเสมอภาคภายใต้กฎหมาย ความแตกต่างในสังคมจะมีได้ก็เพื่อประโยชน์อันร่วมกัน” ต่อมาความคิดที่ว่ามนุษย์เกิดมามีความเสมอภาคกันตามปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1789 (พ.ศ. 2332) นี้ได้รับการยืนยันและขยายความโดยอารัมภบทของรัฐธรรมนูญ ค.ศ. 1946 (พ.ศ. 2489) และปัจจุบันหลักการดังกล่าวได้ปรากฏอยู่ในรัฐธรรมนูญแห่งสาธารณรัฐฝรั่งเศสฉบับลงวันที่ 3 มิถุนายน ค.ศ. 1958 (พ.ศ. 2501) โดยได้แสดงความยึดมั่นในหลักสิทธิมนุษยชนและหลักอำนาจอธิปไตยเป็นของชาติโดยรัฐธรรมนูญ ค.ศ. 1958 ได้ยืนยันปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและพลเมือง ค.ศ. 1789 และอารัมภบทของรัฐธรรมนูญ ค.ศ. 1946 ไว้ด้วย ดังนั้น จึงถือได้ว่าความคิดที่เป็นรากฐานของหลักความเสมอภาคภายใต้รัฐธรรมนูญและหลักความเสมอภาคภายใต้กฎหมายจึงเป็นเรื่องเดียวกันคือเรื่องหลักความเสมอภาคซึ่งเป็นรากฐานของระบอบประชาธิปไตยดังจะเห็นได้จากอุดมคติในการปกครองของสาธารณรัฐฝรั่งเศส อันได้แก่ เสรีภาพ เสมอภาค และภราดรภาพ ประกอบกับ มาตรา 1 แห่งรัฐธรรมนูญนี้ที่ได้รับรองถึงความเสมอภาคตามกฎหมายของประชาชนโดยไม่แบ่งแยกแหล่งกำเนิด เชื้อชาติ หรือศาสนา สาธารณรัฐเคารพต่อความเชื่อของทุกนิกายอันเป็นหลักสำคัญในการปกครองประเทศ และต่อมาประเทศต่าง ๆ ก็ได้นำแนวคิดดังกล่าวไประบุ

ในบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญเพื่อรับรองและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพตามหลักความเสมอภาค  
 อย่างเป็นรูปธรรมนั่นเอง

## 2) วิวัฒนาการแนวคิดของหลักความเสมอภาค

แนวความคิดเรื่องความเสมอภาคในสมัยดั้งเดิมนั้นเกิดจากคำสอนของศาสนาคริสต์  
 ที่ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทางเศรษฐกิจและระบบทาสที่มีอยู่ในยุคโรมัน และต่อมาในสมัยกลาง  
 ระบบศักดินาได้ยกเลิกแนวคิดเรื่องความเสมอภาค โดยสร้างลำดับชั้นของสังคมขึ้นซึ่งแปรผันตามที่ดิน  
 และเจ้าของที่ดินเข้าศักดินา แต่อย่างไรก็ตาม ความไม่เสมอภาคดังกล่าวในสมัยกลางค่อย ๆ  
 เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเกิดชนชั้นกลางที่เข้มแข็งขึ้น จนนำไปสู่การเรียกร้องให้เปลี่ยนแปลง  
 ความไม่เสมอภาคทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ซึ่งต่อมาได้มีเอกสารที่แสดงออกถึง  
 หลักความเสมอภาคที่ดีที่สุดคือปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและพลเมืองฝรั่งเศส ลงวันที่ 26  
 สิงหาคม ค.ศ. 1789 (พ.ศ. 2332) โดยบัญญัติรับรองไว้ถึง 3 มาตรา ได้แก่

มาตรา 1 “มนุษย์กำเนิดและดำรงชีวิตอย่างมีอิสระและเสมอภาคกันตามกฎหมาย  
 การแบ่งแยกทางสังคมจะกระทำได้อีกแต่เพื่อผลประโยชน์ร่วมกันของส่วนรวม”

มาตรา 6 “กฎหมายคือการแสดงออกของเจตนารมณ์ร่วมกัน...กฎหมายจะต้องเหมือนกัน  
 สำหรับทุกคนไม่ว่าจะเป็นการคุ้มครองหรือลงโทษก็ตาม พลเมืองทุกคนเท่าเทียมกันเบื้องหน้า  
 กฎหมายและได้รับการยอมรับอย่างเท่าเทียมกันในเรื่องศักดิ์ศรี สถานะและงานภาครัฐตาม  
 ความสามารถโดยปราศจากความแตกต่าง เว้นแต่เฉพาะพลังและพรสวรรค์ของแต่ละคน”

มาตรา 13 “เพื่อทำนุบำรุงกองทัพและเพื่อรายจ่ายในการดำเนินงานของรัฐ จำเป็นที่  
 จะต้องเก็บภาษี ซึ่งจะต้องมีการกระจายภาระภาษีอย่างเท่าเทียมกันสำหรับพลเมืองทุกคน  
 โดยคำนึงถึงความสามารถของแต่ละคน”

ภายหลังแนวคิดของหลักความเสมอภาคดังกล่าวก็ได้ถูกนำไปบัญญัติในรัฐธรรมนูญ  
 ของเกือบทุกประเทศเพื่อเป็นการรับรองหลักการดังกล่าวไว้อย่างชัดเจน เช่น รัฐธรรมนูญฝรั่งเศส  
 ฉบับปัจจุบัน ลงวันที่ 4 ตุลาคม ค.ศ. 1958 (พ.ศ. 2501) บัญญัติถึงหลักความเสมอภาคไว้ใน  
 มาตราแรกว่า “ฝรั่งเศสเป็นสาธารณรัฐที่แบ่งแยกมิได้เป็นของประชาชน เป็นประชาธิปไตย  
 และเป็นของสังคม สาธารณรัฐรับรองถึงความเสมอภาคตามกฎหมายของประชาชนโดยไม่แบ่งแยก  
 แหล่งกำเนิดเชื้อชาติหรือศาสนา สาธารณรัฐเคารพต่อความเชื่อของทุกนิกาย”

รัฐธรรมนูญสหพันธรัฐเยอรมัน ฉบับปัจจุบันลงวันที่ 23 พฤษภาคม ค.ศ. 1949  
 (พ.ศ. 2492) บัญญัติไว้ในมาตรา 3

“(1) มนุษย์ทุกคนมีความเสมอภาคเบื้องหน้ากฎหมาย

(2) ชายและหญิงมีความเท่าเทียมกันตามกฎหมาย รัฐผูกพันที่จะต้องดำเนินการให้มีความเสมอภาคอย่างแท้จริงระหว่างหญิงและชาย และจะต้องดำเนินการให้ยกเลิกอุปสรรคที่ดำรงอยู่

(3) บุคคลย่อมไม่ถูกเลือกปฏิบัติหรือมีอภิสิทธิ์เพราะเหตุในเรื่องเพศ ชาติกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา ชาติ ถิ่นกำเนิด ความเชื่อ หรือความคิดเห็นในทางศาสนาหรือในทางการเมือง บุคคลย่อมไม่ถูกแบ่งแยกด้วยเหตุเพราะความพิการ”

รัฐธรรมนูญอิตาลี ฉบับปัจจุบันลงวันที่ 27 ธันวาคม ค.ศ. 1947 (พ.ศ. 2490) บัญญัติไว้ในมาตรา 3 ว่า “พลเมืองทุกคนมีศักดิ์ศรีทางสังคมอย่างเดียวกันและเท่าเทียมกันเบื้องต้นตามกฎหมาย โดยปราศจากการแบ่งแยกเพราะเพศ เชื้อชาติ ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมือง สภาพร่างกาย หรือสภาพทางสังคมเป็นหน้าที่ของสาธารณรัฐที่จะต้องขจัดอุปสรรคทั้งในทางเศรษฐกิจและสังคมที่ขัดขวางต่อการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของผู้ใช้แรงงานในองค์กรทางการเมือง เศรษฐกิจหรือสังคมของประเทศ ทั้งนี้ภายใต้ข้อจำกัดที่ไม่กระทบต่อเสรีภาพและความเสมอภาคของพลเมือง”

รัฐธรรมนูญของเครือรัฐออสเตรเลียฉบับปัจจุบันลงวันที่ 1 ตุลาคม ค.ศ. 1920 (พ.ศ. 2463) บัญญัติไว้ในมาตรา 7 ว่า

(1) พลเมืองของสหพันธ์ทุกคนมีความเสมอภาคเบื้องต้นตามกฎหมาย อภิสิทธิ์จากการเกิด เพศ สภาพร่างกาย ชนชั้น ศาสนาไม่อาจมีได้ บุคคลย่อมไม่ถูกกีดกันเพราะความพิการ สาธารณรัฐผูกพันที่จะคุ้มครองความเสมอภาคในการปฏิบัติต่อคนพิการและบุคคลธรรมดาทั่วไปในทุกแง่มุมของชีวิตประจำวัน

(2) สหพันธรัฐ มลรัฐและเทศบาลรับรองหลักความเสมอภาคระหว่างชายและหญิง มาตรการที่มุ่งส่งเสริมความเสมอภาคดังกล่าวย่อมได้รับการยอมรับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามาตรการเหล่านั้นต้องการขจัดความไม่เสมอภาคที่ดำรงอยู่

นอกจากนี้ ยังมีเอกสารระหว่างประเทศหลายฉบับที่ได้บัญญัติรับรองหลักความเสมอภาคไว้เช่นกัน เช่น ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights), กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Convention of Civil and Political Rights), ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิในการพัฒนา (Declaration on the Rights to Development) โดยได้ระบุหลักเกณฑ์การไม่เลือกปฏิบัติต่อบุคคลทุกคน

จากแนวคิดหลักความเสมอภาคในระบบสากลข้างต้น ได้มีอิทธิพลต่อประเทศไทย ในการกำหนดบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความเสมอภาคเช่นกัน โดยก่อนการปฏิวัติ การเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นระบอบประชาธิปไตยในปี พ.ศ. 2475 นั้นประเทศไทยไม่มีการนำหลักความเสมอภาคมาใช้แต่ประการใดซึ่งเห็นได้จากการ

มีส่วนร่วมทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่ทำโดยบุคคลบางกลุ่มเท่านั้นเมื่อคณะราษฎรทำการปฏิวัติจึงได้ร่างประกาศ 6 ประการซึ่งมีหลักความเสมอภาคอันเป็นหลักการสำคัญประการหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตาม แม้พระราชบัญญัติธรรมนูญการปกครองแผ่นดินสยามชั่วคราว พ.ศ. 2475 จะมิได้กล่าวถึงหลักความเสมอภาคไว้โดยเฉพาะซึ่งก็น่าจะเป็นเพราะต้องการความรวดเร็วและมุ่งให้เป็นธรรมนูญฉบับชั่วคราว ทั้งอีกคณะราษฎรเห็นว่าได้ยอมรับหลักความเสมอภาคไว้ในประกาศ 6 ประการซึ่งถือเป็นปฏิญญาแห่งกฎหมายรัฐธรรมนูญของสยามที่มีผลบังคับได้ดังเช่นรัฐธรรมนูญอยู่แล้ว จึงไม่มีความจำเป็นต้องบัญญัติให้มีการเข้าเงื่อนไขแต่ประการใด แต่ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2475 นี้ก็เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่บัญญัติให้ชายและหญิงมีความเสมอภาคในการออกเสียงเลือกตั้งโดยบัญญัติไว้ในมาตรา 14 ว่า “ราษฎรไม่ว่าเพศใด...ย่อมมีสิทธิออกเสียงลงมติเลือกผู้แทนหมู่บ้านได้..” หลังจากนั้นก็มีรัฐธรรมนูญอีกหลายฉบับที่บัญญัติหลักความเสมอภาคไว้โดยชัดแจ้งโดยมักบัญญัติให้ประชาชนชาวไทยไม่ว่าเหล่ากำเนิดหรือศาสนาใด ย่อมอยู่ในความคุ้มครองแห่งรัฐธรรมนูญเสมอกัน แต่การใช้กฎหมายของไทยนับตั้งแต่ที่ได้มีการนำหลักความเสมอภาคมาบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับแรก หลักดังกล่าวแทบจะไม่ค่อยได้รับการกล่าวถึง หลักความเสมอภาคจึงเป็นเพียงหลักการที่บัญญัติรับรองคุ้มครองไว้โดยไม่ก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติแต่อย่างใด ด้วยเหตุนี้ พัฒนาการของหลักความเสมอภาคในระบบกฎหมายไทยจึงเป็นไปอย่างจำกัด

จากพัฒนาการของหลักความเสมอภาคที่มีมาอย่างต่อเนื่องและยาวนานที่ประเทศไทยได้รับมาจากระบบสากลนั้นจะเห็นได้ว่าพัฒนาการดังกล่าวมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปจนกระทั่งมีการร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ขึ้นพัฒนาการจึงได้มีการก้าวกระโดดอย่างเห็นได้ชัด โดยได้มีการนำแนวคิดหลักความเสมอภาคในต่างประเทศมาบัญญัติเป็นหลักความเสมอภาคในมาตรา 30 แห่งรัฐธรรมนูญจึงทำให้มีความก้าวหน้าทัดเทียมกับนานาอารยประเทศ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องทำความเข้าใจในแนวคิดเรื่องหลักความเสมอภาคด้วยเพื่อจะทำให้หลักการดังกล่าวบังคับใช้ได้เป็นอย่างดีซึ่งผลลัพธ์ก็จะเป็นการคุ้มครองประชาชนภายใต้หลักความเสมอภาคนั่นเอง

### 3) ความหมายของหลักความเสมอภาค

หลักความเสมอภาคนั้นมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับหลักเสรีภาพเนื่องจากเป็นหลักการที่จะทำให้การใช้เสรีภาพเป็นไปอย่างเสมอกันทุกผู้ทุกคน แต่หากเสรีภาพสามารถใช้ได้เพียงบุคคลบางคนเท่านั้นในขณะที่คนบางกลุ่มบางคนเข้าถึงไม่ได้ในกรณีดังกล่าวก็ไม่ถือว่าเป็นเสรีภาพแต่ประการใดความเสมอภาคจึงเป็นฐานของเสรีภาพและเป็นหลักประกันในการทำให้เสรีภาพเกิดขึ้นได้จริง ดังนั้น หลักความเสมอภาคได้กฎหมายจึงเป็นหลักการที่ทำให้มีการปฏิบัติต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ อย่างเท่าเทียมกันหรือไม่เลือกปฏิบัติ (Non-Discrimination) ทั้งนี้

การปฏิบัติตามหลักความเสมอภาคนั้นจะต้องปฏิบัติต่อสิ่งที่มีสาระสำคัญเหมือนกันอย่างเท่าเทียมกัน และจะต้องปฏิบัติต่อสิ่งที่มีสาระสำคัญแตกต่างกันให้แตกต่างกันไปตามลักษณะของเรื่องนั้น ๆ

#### 4) ประเภทของหลักความเสมอภาค

หลักความเสมอภาคเมื่อพิจารณาจากบทบัญญัติแห่งกฎหมายสามารถแยกประเภทของหลักความเสมอภาคได้ 2 ประเภท ดังนี้

(1) หลักความเสมอภาคทั่วไปเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลทุกคนที่อาจกล่าวอ้างกับการกระทำใด ๆ ของรัฐได้ หากเรื่องนั้นมีได้มีการกำหนดไว้ในหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง แต่หากเรื่องใดมีหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องกำหนดไว้แล้วก็ให้พิจารณาไปตามหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องนั้น ๆ

(2) หลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง คือ หลักความเสมอภาคที่ใช้เฉพาะภายในขอบเขตเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นการเฉพาะ เช่น หลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับชายและหญิง เป็นต้น ความสัมพันธ์ระหว่างหลักความเสมอภาคทั่วไปกับหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องนั้น ถือได้ว่าหลักความเสมอภาคทั่วไปเป็นพื้นฐานของหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง แต่หลักความเสมอภาคทั่วไปนั้นสามารถนำไปใช้ได้กับทุก ๆ เรื่องโดยไม่จำกัดขอบเขตเรื่องใดเรื่องหนึ่งและบุคคลทุก ๆ คน ย่อมอ้างหลักความเสมอภาคทั่วไปได้ ส่วนหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องอาจถูกจำกัดโดยใช้เฉพาะเรื่องหรือเฉพาะกลุ่มบุคคลที่รัฐธรรมนูญมุ่งคุ้มครองเท่านั้น โดยหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องนั้นยังถือเป็นหลักกฎหมายพิเศษซึ่งย่อมมาก่อนหลักความเสมอภาคทั่วไป ถ้ากฎหมายใดได้รับการพิจารณาหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องแล้วก็ไม่จำเป็นต้องนำมาพิจารณาตามหลักความเสมอภาคทั่วไปอีก

#### 5) หลักเกณฑ์ของหลักความเสมอภาค

หลักแห่งความเสมอภาคเป็นหลักเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติแก่บุคคลทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน แต่โดยการใช้หลักความเสมอภาคที่มีความหลากหลายในการปฏิบัติเนื่องจากสาระสำคัญของข้อเท็จจริงที่แตกต่างกันไป ดังนั้นการปฏิบัติแก่บุคคลตามหลักความเสมอภาคย่อมแตกต่างกันไป ทั้งนี้ย่อมต้องเป็นความแตกต่างที่ยอมรับได้ ซึ่งหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติตามหลักความเสมอภาคเพื่อให้เกิดความยุติธรรม ดังนี้

(1) หลักเกณฑ์ของการปฏิบัติให้เท่าเทียมกันหรือข้อห้ามเลือกปฏิบัติตามหลักความเสมอภาคได้ปรากฏเป็นที่ยอมรับและนำไปปฏิบัติซึ่งมีผลเป็นการผูกพันองค์กรของรัฐที่จะต้องเคารพและปฏิบัติตาม โดยในการปฏิบัติตามหลักการดังกล่าวมีหลักเกณฑ์กว้าง ๆ ดังนี้

(2) ต้องใช้กฎเกณฑ์อันเดียวกันกับทุกคนเว้นแต่ว่าสถานการณ์แตกต่างกันไป หลักเกณฑ์ทั่วไปของการปฏิบัติคือต้องใช้กฎเกณฑ์เดียวกันในสถานการณ์เดียวกัน เว้นแต่ว่าสถานการณ์นั้นแตกต่างออกไป จึงเป็นการต้องห้ามแก่ผู้บัญญัติกฎเกณฑ์ที่จะต้องไม่ออกกฎเกณฑ์

ให้มีผลไม่เสมอภาคแก่บุคคล กล่าวคือ เหตุการณ์ที่เหมือนกันหรือที่เหมือนกันในสาระสำคัญนั้น ต้องได้รับการปฏิบัติโดยกฎเกณฑ์เช่นเดียวกัน แต่หากมีใช้เรื่องที่มีสภาพการณ์อย่างเดียวกันก็สามารถปฏิบัติให้แตกต่างกันได้ ดังนั้น กฎเกณฑ์ที่มาบังคับใช้แก่บุคคลซึ่งออกฝ่ายนิติบัญญัติหรือฝ่ายบริหารย่อมมีเนื้อหา รายละเอียด และผลบังคับที่แตกต่างกันไปได้ เช่น ความเสมอภาคในการ ได้รับบริการสาธารณะจากรัฐประชาชนทุกคนสามารถใช้บริการรถเมล์ของรัฐอย่างเสมอภาคทุกคน ซึ่งเป็นหลักความเสมอภาคอย่างกว้าง ๆ อีกตัวอย่างหนึ่ง การที่รัฐกำหนดราคาตู้รถไฟเป็นชั้นหนึ่ง ชั้นสองและชั้นสามตามปัจจัยทางเศรษฐกิจของแต่ละคนที่แตกต่างกันไปตามที่รัฐธรรมนูได้บัญญัติรับรองว่าบุคคลย่อมเสมอภาคกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน

(3) การใช้กฎเกณฑ์ที่แตกต่างกันนั้นต้องมีความสัมพันธ์กับสาระสำคัญของกฎเกณฑ์ นั้นการใช้กฎเกณฑ์ที่แตกต่างกันนั้นต้องคำนึงถึงสาระสำคัญของกฎเกณฑ์ คือ กฎเกณฑ์ที่จะนำมาใช้ ต้องมีความสัมพันธ์กับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น ดังนั้น ถึงแม้จะอยู่ในสถานะที่เหมือนกันแต่ข้อเท็จจริง อันเป็นสาระสำคัญนั้นแตกต่างกันแล้วกฎเกณฑ์ที่นำมาใช้บังคับนั้นต้องแตกต่างกันไปด้วย แต่ถ้าเป็นข้อเท็จจริงที่ไม่เป็นสาระสำคัญและอยู่ในสถานะที่เหมือนกันแล้วกฎเกณฑ์ที่ใช้บังคับนั้น จะต้องเป็นกฎเกณฑ์เดียวกัน เช่น กฎหมายบำเหน็จบำนาญกำหนดให้ข้าราชการต้องรับราชการ 10 ปี ขึ้นไปจึงจะมีสิทธิรับบำเหน็จบำนาญ ฝ่ายนิติบัญญัติจะออกกฎหมายบัญญัติให้ข้าราชการ ซึ่งรับราชการเพียง 2 ปี ที่ผู้บังคับบัญชาเห็นควรยกย่องให้ได้รับบำเหน็จบำนาญเท่ากับข้าราชการ ซึ่งได้บำนาญ 10 ปี เช่นนี้หาได้ไม่ เพราะเมื่อเหตุไม่เหมือนกันคือเวลาราชการไม่เท่ากันก็ควรได้รับ ผลปฏิบัติแตกต่างกันไม่ควรให้ได้รับผลปฏิบัติเสมอกันแม้ว่าจะอยู่ในสถานะที่เป็นข้าราชการ เหมือนกันก็ตามที

(4) การปฏิบัติให้แตกต่างกันอันเนื่องมาจากผลประโยชน์มหาชนการปฏิบัติต่อบุคคล ตามหลักความเสมอภาคนั้นย่อมต้องคำนึงถึงเรื่องประโยชน์สาธารณะเหนือประโยชน์ส่วนบุคคล หรือประโยชน์ของปัจเจกชน ดังนี้จะอ้างหลักความเสมอภาคในการใช้กฎเกณฑ์เพื่อมาคุ้มครอง ปัจเจกชนนั้นหาได้ไม่ เช่น ในกรณีที่มีความไม่สงบเกิดขึ้นในบ้านเมืองทางการจำเป็นต้องใช้ มาตรการบางอันเพื่อก่อให้เกิดความสงบสุขกลับมาสู่บ้านเมืองอย่างรวดเร็วที่สุดและการใช้มาตรการ ดังกล่าวนั้นสะท้อนให้เห็นถึงการเลือกปฏิบัติและการเคารพต่อหลักแห่งความเสมอภาค ผู้ที่เดือดร้อน จากการกระทำดังกล่าวจะอ้างหลักแห่งความเสมอภาคต่อรัฐหาได้ไม่

(5) การอ้างประโยชน์สาธารณะเพื่อไม่ต้องเคารพต่อหลักแห่งความเสมอภาคนั้น จะต้องไม่เป็นการก่อให้เกิดการแบ่งแยกอย่างที่ไม่สามารถยอมรับได้การอ้างประโยชน์สาธารณะ ในการปฏิบัติให้แตกต่างกันนั้นแม้จะถือว่าเป็นการกระทบต่อหลักแห่งความเสมอภาคและ ก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติก็ตามที แต่อย่างไรก็ดี การกระทำดังกล่าวนี้จะต้องไม่ก่อให้เกิด

การแบ่งแยกอย่างที่ไม่สามารถยอมรับได้ ถ้าเป็นเช่นนี้แล้วก็ไม่สามารถใช้กฎเกณฑ์ดังกล่าวได้ การแบ่งแยกอย่างที่ไม่สามารถยอมรับได้นั้นที่เห็นได้ชัดก็คือ การแบ่งแยกที่เป็นการต้องห้าม ตามรัฐธรรมนูญ เช่น การแบ่งแยกในเรื่อง แหล่งกำเนิด เชื้อชาติ ศาสนา เพศ เป็นต้น

(6) การเลือกปฏิบัติที่เป็นธรรมมุ่งลดความเหลื่อมล้ำที่ดำรงอยู่การเลือกปฏิบัติที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำที่ดำรงอยู่ หรือการปฏิบัติในทางบวก คือการดำเนินการตามกฎหมายที่แตกต่างกัน ในลักษณะชั่วคราวที่มีอำนาจกำหนดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมและยกระดับบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลที่มีสถานะด้อยกว่าบุคคลอื่นเพื่อทดแทนความไม่เท่าเทียมกันที่ดำรงอยู่ ซึ่งหลักการนี้เกิดจากแนวคิดของประธานาธิบดีเคนเนดีและประธานาธิบดีจอห์นสันที่ต้องการสร้างความเป็นธรรมขึ้นในสังคมสหรัฐอเมริกา โดยหลักการดังกล่าวได้รับการยอมรับด้วยการตรา กฎหมายสิทธิพลเมือง (Civil Rights Act) ขึ้นเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม ค.ศ. 1964 (พ.ศ. 2507) และ ศาลฎีกาของสหรัฐอเมริกาดำเนินการตามหลักดังกล่าวโดยการตัดสินในคดี Regents of University of California V. Bakke 438 US265 (1978) ว่าการที่มหาวิทยาลัยสำรองที่นั่งร้อยละ 16 ของ คณะแพทยศาสตร์ให้แก่นักศึกษาชนกลุ่มน้อยต่าง ๆ ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำที่ดำรงอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้ หลักการเลือกปฏิบัติที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำที่ดำรงอยู่ยังได้รับ จากรับรองจากศาลประชาคมยุโรปโดยมีการนำหลักเกณฑ์นี้มาตัดสินในคดี Affaire linguistique belge ลงวันที่ 27 กรกฎาคม ค.ศ. 1969 (พ.ศ. 2512) ว่า ความไม่เสมอภาคทางกฎหมายบางประเภทมีขึ้น เพื่อแก้ไขความไม่เสมอภาคในทางความเป็นจริง

แต่อย่างไรก็ตาม ในสาธารณรัฐฝรั่งเศสหลักการนี้กลับมิได้รับการยอมรับเพราะถือว่า ขัดกับหลักความเสมอภาค โดยตุลาการรัฐธรรมนูญฝรั่งเศสได้วินิจฉัยได้ เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน ค.ศ. 1982 (พ.ศ. 2525) ว่าการที่รัฐสภาตรากฎหมายกำหนดว่า การเลือกตั้งสมาชิกสภาเทศบาล แบบบัญชีรายชื่อ นั้น บัญชีรายชื่อใดบัญชีรายชื่อหนึ่งจะมีผู้สมัครสมาชิกสภาเทศบาลเพศเดียวกัน เกินกว่า ร้อยละ 75 ไม่ได้ ถือว่าขัดกับหลักความเสมอภาคที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของหลักความเสมอภาคจะนำไปวิเคราะห์ในส่วน ของประชาชนที่ใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยจะมีความเสมอภาคกันในการเข้ารับบริการ จากการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล คือ สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพ แต่ในแง่ของการคุ้มครองและเยียวยาความเสียหาย จากการใช้สิทธิที่กล่าวมาข้างต้นไม่เสมอภาครายละเอียดผู้วิจัยจากกล่าวต่อไปในบทที่ 4

### 3. แนวคิด ทฤษฎี หลักการ การคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ

แนวคิด ทฤษฎี หลักการกฎหมายแพ่งและความรับผิดชอบทางแพ่งเป็นการคุ้มครองสิทธิประชาชนในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและได้รับความเสียหายจากการรับบริการนั้นการเยียวยาความเสียหายจึงเป็นสิทธิที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายเช่นกันแนวคิด ทฤษฎี หลักการ กฎหมายแพ่งและความรับผิดชอบทางแพ่งเป็นกระบวนการหนึ่งในการเรียกร้องความเสียหายให้กับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

#### 3.1 ทฤษฎีและหลักการกฎหมายแพ่ง

กฎหมายแพ่ง เป็นกฎหมายที่วางระเบียบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกี่ยวกับสถานภาพสิทธิ และหน้าที่ของบุคคลตามกฎหมาย เช่น กฎหมายว่าด้วย นิติกรรมสัญญา ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนากฎหมายเพื่อการคุ้มครองความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ดังนี้

##### 3.1.1 ทฤษฎีการไม่ให้ความสำคัญกับความศักดิ์สิทธิ์ของเจตนา (Free-Dom of Will)

ทฤษฎีการไม่ให้ความสำคัญกับความศักดิ์สิทธิ์ของเจตนาจะกล่าวถึงการมีเสรีภาพในการทำสัญญาด้วยเหตุที่แนวคิดทฤษฎีดังกล่าวเหมาะสมในสภาพสังคมที่เท่าเทียมกันในอำนาจต่อรองและมีระบบการค้าที่แข่งขันกันค่อนข้างสมบูรณ์ (สุขุม สุภนิตย์, 2552, หน้า 10-11) กล่าวว่า “เฉพาะคู่กรณีในสัญญา (Privity of Contract) ที่เป็นผลสืบเนื่องจากการมีเสรีภาพในการทำสัญญานั้นก็เหมาะสมกับกรณีที่คู่สัญญามีความสามารถในการต่อรองเท่า ๆ กัน แต่ในการคุ้มครองผู้บริโภคโดยเหตุที่ผู้บริโภคไม่จำเป็นต้องบริโภคสินค้าหรือบริการโดยอาศัยความสัมพันธ์ในทางสัญญาเสมอไปเนื่องจากบริโภคเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งมีได้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขในสถานะทางสังคม (Status Quo) ความสามารถของบุคคล (Capability) หรือข้อตกลงในทางนิติกรรมสัญญา เพราะฉะนั้นหลักเกณฑ์หรือทฤษฎีความรับผิดชอบที่ต่ออาศัยความผูกพันตามสัญญาที่กฎหมายรับรองจึงเป็นอุปสรรคใหญ่ในการคุ้มครองผู้บริโภคที่ไม่ใช่คู่กรณีในการทำสัญญา ทฤษฎีกฎหมายที่ก่อตั้งสิทธิในการรับการเยียวยาฯ ใช้เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นจากการบริโภคจึงไม่คำนึงถึงความสัมพันธ์ทางสัญญา (Privity Rule)”

ดังนั้น การกำหนดว่าผู้บริโภค คือ ใครจึงไม่กำหนดโดยอาศัยหลักความสัมพันธ์ทางสัญญาแนวคิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคจึงก่อให้เกิดการปฏิเสธทฤษฎีเสรีภาพในการทำสัญญาและหลักความรับผิดชอบเฉพาะคู่กรณีโดยสิ้นเชิงการกำหนดกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคจึงออกมาในรูปแบบ



ของการขยายความรับผิดชอบของผู้ขายไปสู่บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ซื้อ เช่น ให้รับผิดชอบในความชำรุดบกพร่องของสินค้าที่เกิดอันตรายต่อบุคคลในครอบครัวของผู้ซื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของทฤษฎีการไม่ให้ความสำคัญกับความศักดิ์สิทธิ์ของเจตนา (Free-Dom of Will) จะเห็นได้ว่า การรับบริการระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการจะอยู่ในรูปของสัญญาทางแพ่งเมื่อเกิดความเสียหายก็ต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา แต่ในบางกรณีที่ต้องการรักษาโดยเร่งด่วนการให้คำยินยอมในการรักษาก็เป็นสัญญาที่ไม่ได้ทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อเกิดความเสียหายจากการรับบริการการคุ้มครองผู้บริโภคที่ไม่ใช่ผู้บริโภคในการทำสัญญาทฤษฎีจึงนำมาวิเคราะห์ในการเยียวยาผู้ใช้เมื่อความเสียหายเกิดขึ้นจากการบริโภคจึงไม่คำนึงถึงความสัมพันธ์ทางสัญญา (Privity Rule) ที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขจากผู้ประกอบวิชาชีพ

### 3.1.2 ทฤษฎีความรับผิดในทางละเมิดซึ่งใช้บทสันนิษฐานความผิด (Presumption of Fault)

ความรับผิดในทางละเมิดมีทฤษฎีความรับผิดที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปอยู่ 2 หลัก คือ มีความรับผิดเมื่อมีความผิดผู้กระทำละเมิดจงใจหรือประมาทเลินเล่อก่อให้เกิดความเสียหาย และหลักความรับผิดโดยกฎหมายสันนิษฐานว่ามีความผิด แม้มิได้มีการจงใจหรือประมาทเลินเล่อบางกรณีก็เป็นการสันนิษฐานเด็ดขาดไม่มีข้อยกเว้นในการนำสืบหักล้าง การกระทำที่จะเป็นสาเหตุให้บุคคลต้องรับผิดทางละเมิดจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ คือ องค์ประกอบทางด้านจิตใจของผู้กระทำความผิดคือต้องเป็นการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อการกระทำโดยรู้สำนึกผลเสียหายที่จะเกิดจากการกระทำของตนรู้ว่าการกระทำของตนนั้นจะเกิดผลเสียต่อบุคคลอื่นแต่ไม่เจาะจงว่าจะเกิดผลเสียหายอย่างหนึ่งอย่างใดขึ้น โดยเฉพาะการกระทำโดยประมาทเลินเล่อหมายถึงการกระทำที่ผู้กระทำไม่ได้ใช้ความระมัดระวังให้เพียงพอในการกระทำหรือดเว้นการกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งผู้กระทำต้องใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอเพื่อมิให้บุคคลต้องได้รับความระมัดระวังมากหรือน้อยเกินไป จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดระดับการกระทำของบุคคลไว้โดยหากผู้กระทำได้ใช้ความระมัดระวังมากกว่าหรือเท่ากับมาตรฐานความระมัดระวัง

กฎหมายกำหนดไม่ต้องรับผิดตามกฎหมายในส่วนของการกระทำโดยประมาทเลินเล่อหากการกระทำโดยใช้ความระมัดระวังที่ต่ำกว่ามาตรฐานควรระมัดระวังที่กำหนดไว้ในกฎหมายจะเป็นการกระทำโดยประมาทเลินเล่อซึ่งได้บัญญัติไว้ตามมาตรา 420 บุคคลผู้กระทำละเมิดโดยประมาทเลินเล่ออย่างเพียงพอที่จะต้องรับผิดชอบใช้ค่าเสียหายทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ธนาศักดิ์ วิเศษรจนา, 2551, หน้า 92) ซึ่งหมายความรวมถึงการให้บริการด้านต่าง ๆ ของผู้ประกอบวิชาชีพหากการให้บริการด้านต่าง ๆ เกิดความเสียหายจากการกระทำโดยประมาทเลินเล่อหรือจงใจผู้ให้บริการก็ต้องรับผิดชอบเกี่ยวข้อง

ทฤษฎีความรับผิดทฤษฎีที่ใช้ในการกำหนดความรับผิดทางละเมิดที่ปรากฏในกฎหมายของประเทศไทย ที่สำคัญมี 4 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีความผิด (Fault theory) ทฤษฎีความรับผิดเด็ดขาด (absolute liability) และความรับผิดโดยเคร่งครัด (Strict liability) (จิต เศรษฐบุตร, 2545, หน้า 144) ทฤษฎีความรับผิดโดยเคร่งครัด (Strict Liability) (สมศักดิ์ นวตระกูลพิสุทธิ์, 2546, หน้า 685)

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของทฤษฎีความรับผิดในทางละเมิดซึ่งใช้บทสันนิษฐานความผิด (Presumption of Fault) ไม่ว่าผู้ให้บริการกระทำละเมิดจงใจหรือประมาทเลินเล่อก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการจะต้องชดเชยอันเกิดจากการกระทำนั้นในการดำเนินคดีทางแพ่งแต่ในงานวิจัยนี้ไม่นำการกระทำของผู้ให้บริการที่กระทำให้เกิดการละเมิดจงใจหรือประมาทเลินเล่อที่ก่อให้เกิดความเสียหายมาพิจารณาในการเยียวยาเบื้องต้น เพียงแต่ความเสียหายได้เกิดขึ้นจริงจากการรับบริการสาธารณสุขก็จะได้รับการคุ้มครองตามความหมายของการจัดตั้งกองทุนคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นจากการบริการสาธารณสุข

### 3.1.3 ทฤษฎีรับภัย (Theorie Durisque)

ทฤษฎีรับภัย หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ทฤษฎีรับภัยที่สร้างขึ้น (Theorie Du Risquere) คิดขึ้นโดยนักนิติศาสตร์ชาวฝรั่งเศส โดยถือว่า เมื่อมนุษย์ได้กระทำการใด ๆ แล้วย่อมเป็นการเสี่ยงภัย อาจมีผลดีหรือผลร้ายก็ได้ ผู้กระทำก็ต้องรับผลแห่งการเสี่ยงภัยนั้น ถ้ามีภัยหรือความเสียหายเกิดขึ้น ซึ่งเป็นการนำเอาหลักความผิดออกจากหลักเกณฑ์ละเมิด กล่าวคือ นอกจากไม่ต้องด้วยวัตถุประสงค์แห่งการเยียวยาตามกฎหมายแพ่งและไม่มีการขอบเขตกำหนดโดยกฎหมายแล้วยังไม่เปิดโอกาสให้มีการดำเนินกระบวนการพิจารณาความรับผิดด้วยความยุติธรรมอันเป็นเกณฑ์พื้นฐานของความรับผิด ทฤษฎีรับภัยจึงมีส่วนดีในเรื่องการคุ้มครองช่วยเหลือผู้เสียหายซึ่งมีฐานะเศรษฐกิจต่ำกว่าผู้ก่อให้เกิดความเสียหายโดยมีเหตุผลทางทฤษฎีสันับสนุน ดังนี้

เหตุผลทางกฎหมายความรับผิดทางละเมิดคือการบังคับใช้ค่าสินไหมทดแทน ความเสียหายมิใช่เป็นการลงโทษกฎเกณฑ์เรื่องละเมิดไม่ควรคำนึงถึงความผิดเช่นเดียวกับกฎหมายอาญาเพียงแต่เป็นผู้ก่อความเสียหายก็ควรถือเป็นการละเมิด

เหตุผลทางพฤติการณ์ความเสียหายที่เกิดขึ้นแม้จะหาผู้รับผิดชอบไม่ได้ก็ไม่ควรจะให้ผู้เสียหายเป็นผู้รับเคราะห์โดยที่ความเสียหายมิได้เกิดจากการกระทำของเขาเพียงแต่วิเคราะห์ว่าภัยนั้นเป็นผลเพราะเหตุใดและเหตุนี้ใครเป็นผู้ก่อผู้ใดนั้นต้องเป็นผู้รับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น รายงานการศึกษากฎหมายละเมิดกองกฎหมายและคดี สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (จิตรตรา ขันเงิน, 2558, หน้า 13-14) สำหรับในสังคมปัจจุบันซึ่งมีความเจริญก้าวหน้าในทางการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความซับซ้อนยิ่งขึ้นส่งผลต่อผู้รับบริการหลักการของ

ทฤษฎีรับภัยจึงเหมาะสมในการที่จะนำมาใช้เพื่อเยียวยาความรับผิดชอบในคดีที่เกี่ยวกับการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของทฤษฎีรับภัย (Theorie Durisque) ซึ่งเป็นการนำเอาหลักความผิดออกจากหลักเกณฑ์ละเมิด กล่าวคือ นอกจากไม่ต้องด้วยวัตถุประสงค์แห่งการเยียวยาตามกฎหมายแพ่งและไม่มีขอบเขตกำหนดโดยกฎหมายแล้วการกระทำละเมิดต้องหาผู้กระทำละเมิดจึงจะมีการชดเชยค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้เสียหายแต่การเยียวยาความเสียหายตามความหมายในการจัดตั้งกองทุนคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นจากการบริการสาธารณสุขได้นำทฤษฎีรับภัยมาวิเคราะห์ในกรณีที่เกิดความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขหาตัวผู้กระทำละเมิดไม่ได้ ผู้รับบริการที่เกิดความเสียหายจะได้รับการคุ้มครองและเยียวยาเบื้องต้นจากกองทุนที่จัดตั้งขึ้น

### 3.2 ทฤษฎีและหลักการกฎหมายอาญา

กฎหมายอาญา หมายถึง ห้ามประชาชนประพฤติผิดที่รัฐมองว่าคุกคามหรือเป็นภัยต่อทรัพย์สิน สุขภาพ ความปลอดภัยและศีลธรรมของประชาชน กฎหมายอาญาส่วนใหญ่ตั้งขึ้นเป็นกฎหมายลายลักษณ์อักษร ซึ่งตราขึ้นโดยสภานิติบัญญัติกฎหมายอาญามีบทลงโทษและการกระทำใดซึ่งประชาชนผู้ฝ่าฝืนกฎหมายกระทำผิดจะได้รับโทษตามที่กฎหมายบัญญัติไว้และผู้เสียหายที่ได้รับผลจากการกระทำผิดกฎหมายจะต้องการแก้ไขความเสียหายนั้น โดยใช้อำนาจรัฐเป็นกลไกในการดำเนินการ ดังนี้

#### 3.2.1 ทฤษฎีความรับผิดเด็ดขาด (Absolute liability)

ทฤษฎีความรับผิดเด็ดขาด หมายถึง ความรับผิดที่ผู้กระทำจะต้องรับผิดชอบทั้งที่ไม่มี ความผิดจะถือเป็นความรับผิดเด็ดขาดต่อเมื่อมีใช่กระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ การกระทำโดยมิเจตนาดี หรือเจตนาร้าย และไม่ว่าผู้กระทำจะรู้หรือไม่รู้ถึงการกระทำนั้นหรือไม่ก็ตาม ผู้กระทำก็ไม่พ้นความรับผิดตามแนวคิดเริ่มมาจากการที่จำเลยก่อให้เกิดความเสียหายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ต่อสมาชิกในสังคม ในส่วนที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคเรียกความรับผิดนี้ว่า ความรับผิดโดยเด็ดขาด (Absolute liability Standard) (ศักดิ์ดา ธนิตกุล, 2552, หน้า 44) หมายถึง การกำหนดให้ผู้ประกอบธุรกิจต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ผลิตออกขายและบริการต่าง ๆ ให้แก่บริโภคอย่างเด็ดขาดโดยไม่มีข้อยกเว้นเพียงแต่แสดงให้เห็นได้ว่าความเสียหายนั้นเกิดขึ้นจากสินค้า ความรับผิดเด็ดขาดหรือทฤษฎีรับภัยนี้ถือหลักโดยให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่าบุคคลอาจต้องรับผิดชอบทางละเมิดแม้ไม่ได้กระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อโดยไม่ต้องคำนึงถึงองค์ประกอบภายในจิตใจหรือสภาพจิตใจความรับผิดโดยเด็ดขาดหรือ ทฤษฎีรับภัยที่กำหนดไว้หลักเกณฑ์แห่งความรับผิดทางละเมิดนั้น ไม่จำเป็นที่ผู้กระทำละเมิดจะต้องมีความผิด

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของทฤษฎีความรับผิดชอบเด็ดขาด (Absolute liability) ในกรณีที่กองทุนได้จ่ายเงินเยียวยาเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับบาดเจ็บไปแล้วและทราบตัวผู้กระทำความผิดไม่ว่ากระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อให้เกิดความเสียหายให้แก่ผู้รับบริการและผ่านกระบวนการทางศาล ปรากฏว่ามีความผิดจริงจะมีการเรียกเงินบางส่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพที่กระทำความผิดเข้ามาสมทบเงินเข้ากองทุนบางส่วนที่ได้จ่ายให้แก่ผู้เสียหาย

### 3.2.2 ทฤษฎีความรับผิดชอบโดยเคร่งครัด (Strict Liability)

ทฤษฎีความรับผิดชอบโดยเคร่งครัดมาจากทฤษฎีรับภัยซึ่งให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่าบุคคลอาจต้องรับผิดชอบทางละเมิดและไม่ได้กระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อไม่คำนึงถึงองค์ประกอบภายในจิตใจเมื่อความเสียหายเกิดขึ้นและรู้ว่าผู้ใดเป็นผู้กระทำแล้วก็ควรถือว่าผู้นั้นเป็นผู้กระทำละเมิดไม่ว่าการกระทำที่ก่อความเสียหายนั้นจะถูกหรือผิดกฎหมายก็ตามบุคคลที่ได้กระทำการนั้นก็จะต้องรับผลแห่งการเสี่ยงภัยและความเสียหายที่เกิดขึ้นความรับผิดชอบทางละเมิดนี้ จึงถือว่าเป็นความรับผิดชอบโดยเด็ดขาดที่เดิวยกไม่ได้เนื่องจากจำเลยซึ่งเป็นผู้กระทำการละเมิดอาจนำสืบเพื่อหักล้างข้อสันนิษฐานของกฎหมายได้หมายความว่าจำเลยมีสิทธินำพยานหลักฐานมาสืบเพื่อแสดงให้ศาลเชื่อว่าคดีของจำเลยมีพยานหลักฐานมีน้ำหนักน่าเชื่อถือมากกว่าพยานหลักฐานของโจทก์ก็ได้ ความรับผิดชอบโดยเคร่งครัดจึงเป็นความรับผิดชอบโดยปราศจากความผิดแต่มีเหตุที่ต้องรับผิดชอบโดยกฎหมายบัญญัติให้รับผิดชอบจึงจะต้องรับผิดชอบในทุกอย่างเด็ดขาดกฎหมายจึงมักจะกำหนดข้อยกเว้นของหลักความรับผิดชอบโดยเคร่งครัดไว้ 2 กรณีได้แก่ เหตุสุดวิสัย และเหตุที่ความเสียหายเกิดขึ้นเพราะความผิดของผู้เสียหายเอง (สมศักดิ์ นวตระกูลพิสุทธิ์, 2546, หน้า 685) ความรับผิดชอบโดยเคร่งครัดนี้จึงเป็นหลักประกันอย่างหนึ่งของคนในสังคมไม่ให้ต้องรับเคราะห์กรรมโดยไม่มีผู้ใดรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของทฤษฎีความรับผิดชอบโดยเคร่งครัด (Strict Liability) จะนำมาวิเคราะห์ในส่วนของการปฏิเสธความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ โดยอ้างเหตุสุดวิสัย และเหตุที่ความเสียหายเกิดขึ้นเพราะความผิดของผู้เสียหายเองมิได้และในขณะที่ผู้ประกอบวิชาชีพทำประกันค่าจุนไว้จะนำเหตุดังกล่าวมาอ้างมิได้เมื่อความเสียหายนั้นเกิดจากรับบริการสาธารณสุขหรือบริษัทประกันภัยจะนำมาอ้างเป็นเงื่อนไขหรือข้อยกเว้นในการไม่จ่ายเงินเข้าสมทบกองทุนมิได้

### 3.3 แนวคิด ทฤษฎีและหลักการกฎหมายปกครอง

กฎหมายปกครอง หมายถึง กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับฝ่ายปกครอง การดำเนินกิจกรรมทางปกครอง รวมทั้งการควบคุมตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทางปกครอง ตลอดจนการกำหนดหลักเกณฑ์ซึ่งระบุนความสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายปกครองกับประชาชนด้วยกฎหมายที่ให้อำนาจ

ทางปกครองแก่หน่วยงานทางปกครองและเจ้าหน้าที่ใช้อำนาจทางปกครอง กฎหมายปกครอง มีลักษณะพิเศษคือผู้ที่ใช้อำนาจหรือออกคำสั่งทางปกครองได้ต้องเป็นหน่วยงานทางปกครองและเจ้าหน้าที่เท่านั้น จะมีข้อยกเว้นก็ในกรณีที่ผู้ใช้อำนาจทางปกครองนั้นไม่ใช่บุคคลที่กล่าวมาแล้ว แต่เบื้องต้นจะใช้อำนาจทางปกครองได้ต้องเป็นบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้ใช้อำนาจทางปกครองได้เป็นกรณีไป เช่น บุคคลที่ได้รับสัญญาทางปกครองกับรัฐและเมื่อมีกรณีพิพาทขึ้นจะต้องนำคดีเข้าสู่ศาลปกครอง ซึ่งคู่พิพาทจะต้องเป็นคู่กรณีดังต่อไปนี้ คือ หน่วยงานทางปกครอง หน่วยงานทางปกครองเจ้าหน้าที่ กับหน่วยงานทางปกครองกับเอกชน เจ้าหน้าที่กับเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่กับเอกชน และผู้ที่ฟ้องต่อศาลปกครองได้ต้องเป็นผู้เสียหายโดยตรงตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครอง พ.ศ. 2542 มาตรา 42 วรรคหนึ่ง กฎหมายที่กำหนดถึงรายละเอียดในการปกครองลดหลั่นกันลงมา จากกฎหมายรัฐธรรมนูญ กล่าวคือ กฎหมายรัฐธรรมนูญ เป็นกฎหมายว่าด้วยการปกครองประเทศ แต่กฎหมายปกครองนั้นเป็นกฎหมายดำเนินการปกครอง ซึ่งกฎหมายปกครองนี้จะกล่าวถึงการจัดระเบียบแห่งองค์การทางปกครอง เช่น การจัดแบ่งออกเป็น กระทรวง ทบวง กรม เป็นต้น ระหว่างองค์การเหล่านี้ซึ่งมีต่อกันและกันและเป็นเกี่ยวพันระหว่างองค์การเหล่านี้กับราษฎร กฎหมายปกครองถูกจัดให้อยู่ในหมวดหมู่กฎหมายมหาชน ดังนี้

### 3.3.1 นโยบายสาธารณะ (Public Policy)

นโยบายสาธารณะเริ่มตั้งแต่มนุษย์เริ่มรวมตัวกันเป็นกลุ่มสังคม เมื่อมีการรวมตัวกันอยู่ มีความจำเป็นที่จะต้องจัดระเบียบ กฎเกณฑ์ กติกา ข้อบังคับ เพื่อใช้ควบคุมความประพฤติของคนในสังคม นโยบายสาธารณะในช่วงแรกจะไม่มีภารกิจเป็นตัวอักษรและสามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกได้ง่าย โดยทั่วไปนโยบายสาธารณะในระยะแรกจะกำหนดโดยผู้ปกครองสังคมนั้น ๆ การศึกษานโยบายสาธารณะอย่างจริงจังภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ค.ศ. 1950-1959 (ธันยวัฒน์ รัตนศักดิ์, 2555, หน้า 21-25) ระยะที่ 2 ค.ศ. 1970 ถึงปัจจุบัน (มยุรี อนุমানราชชน, 2556, หน้า 23) โดยนักรัฐศาสตร์และนักรัฐประศาสนศาสตร์

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาสาขาวิชานโยบายสาธารณะเริ่มต้นใน พ.ศ. 2520 โดย กุลชน ธนาพงศธร เรื่อง “หลักการกำหนดนโยบายของรัฐ” และ “นโยบายสาธารณะ” โดย ศุภชัย ยาวะประภาส (มยุรี อนุমানราชชน, 2556, หน้า 25) นักวิชาการเกือบทุกสาขาวิชาได้ให้ความหมายนโยบายสาธารณะ (Public Policy) เดวิส อีสตัน (David Easton) นิยามว่า “นโยบายสาธารณะ” เป็นการจัดสรรสิ่งที่มีคุณค่าตามอำนาจหน้าที่แก่สังคมทั้งหมดโดยนโยบายสาธารณะโดยกำหนดเป็นแผนงานชุดหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับจุดหมาย (Goals) ค่านิยม (Values) และการปฏิบัติ (Practices) นิยามโดยฮาโรลด์ ลาสเวลล์ (Harold Lasswell) และอับราฮัม แคร็ปเพิลน (Abraham Kaplan) (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2550, หน้า 3) นโยบายสาธารณะ (Public Policy) จะต้องเป็นสิ่งที่รัฐบาลเลือกจะทำ

หรือไม่กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่รัฐบาลหรือองค์กรของรัฐจัดทำขึ้น เช่น การจัดการบริการสาธารณะ (Public services) การจัดทำสินค้าสาธารณะ (Public good) การออกกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย เป็นแนวทางปฏิบัติที่กำหนดขึ้น เพื่อตอบสนองต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามแนวทางที่รัฐบาล กำหนดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหา

นโยบายสาธารณะ (Public Policy) เป็นนโยบายที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการเพื่อตอบสนอง ความต้องการของประชาชนช่วยแก้ไขปัญหาชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้น เป็นสิ่งที่ เอื้ออำนวยผลประโยชน์และแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ต่อทั้งประชาชนและรัฐบาล โดยนโยบาย สาธารณะแบ่งออกเป็นหลายประเภทด้วยกัน ซึ่งแต่ละประเภทนั้นก็แตกต่างกันออกไป ตามความเหมาะสม ส่วนการนำไปใช้บริหารประเทศนั้นก็ขึ้นอยู่กับรัฐบาลแต่ละชุดว่าจะกำหนด และปฏิบัติตามนโยบายสาธารณะแบบไหน เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนมากที่สุด ดังนั้น นโยบายสาธารณะจึงเป็นแนวทางปฏิบัติของรัฐบาลที่มุ่งเน้นสร้างผลประโยชน์ให้กับประชาชน เป็นหลัก เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน และพัฒนาชีวิตประชาชนให้ดียิ่งขึ้นที่สำคัญ ต้องให้ความสำคัญในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดนโยบายรวมไปถึงการนำนโยบาย ไปปฏิบัติถ้าหากสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและตรงกับความต้องการของประชาชนก็จะสามารถ ช่วยให้ประชาชนมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นได้อย่างแท้จริง

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของนโยบายสาธารณะ (Public Policy) เป็นนโยบาย ที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนช่วยแก้ไขปัญหาชีวิตความเป็นอยู่ ของประชาชนให้ดีขึ้น เป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยผลประโยชน์และแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ต่อ ทั้งประชาชนและรัฐบาล โดยเฉพาะนโยบายสาธารณะแบ่งออกเป็นหลายประเภทบริการด้านสาธารณสุข ก็เป็นนโยบายสาธารณะ (Public Policy) ด้านหนึ่งที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย การจัดตั้งกองทุนคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นจากการบริการสาธารณสุขเพื่อตอบสนองความต้องการ ของประชาชนให้ดียิ่งขึ้นที่ได้รับ ความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

### 3.3.2 การบริการสาธารณะ (Public Service)

เมื่อกล่าวถึง “การบริการสาธารณะ” (Public Service) เป็นการบริการหรือกิจกรรมที่รัฐ จัดทำขึ้นเพื่อประโยชน์สาธารณะเพื่อตอบสนองความต้องการของส่วนรวม โดยเป็นกิจการที่อยู่ใน ความอำนาจหรืออยู่ในความควบคุมของฝ่ายปกครองที่จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสนองความต้องการส่วนรวมของประชาชน นอกจากนี้ (นราธิป ศรีราม, 2557, หน้า 1-25) “ศาสตราจารย์ ฌ็อง ริเวโร อธิบายว่า นอกจากการใช้อำนาจของรัฐในการควบคุมการใช้สิทธิและ เสรีภาพของเอกชนแล้ว องค์กรของรัฐฝ่ายบริหารยังมีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำกิจกรรมอีกอย่างหนึ่ง ที่เรียกว่า “การบริการสาธารณะ” (Public Service) คือ การตอบสนองความต้องการของสังคมและ

ปัจเจกชนที่เป็นสมาชิกของสังคมอันที่จะได้รับบริการจากภาครัฐในเรื่องที่เอกชนหรือวิสาหกิจเอกชนไม่อาจตอบสนองได้ ไม่ว่าจะเป็นการจัดให้มีบริการสาธารณะในด้านให้ความคุ้มครองความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การจัดให้มีสิ่งสาธารณูปโภคต่าง ๆ” (Jean Rivero et Jean Waline, *Drorit Administratif*, 16 edition, Dalloz, 1996) การให้บริการสาธารณะมีลักษณะสำคัญของการจัดทำบริการสาธารณะ (Public Service) เป็นกิจกรรมของรัฐซึ่งรัฐจัดทำหรือจัดให้มีลักษณะสำคัญอยู่ 3 ประการ คือ

1) ต้องเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์สาธารณะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์สาธารณะนั้นต้องพิจารณาว่า ในท้ายที่สุดแล้วกิจกรรมนั้นเป็นไปเพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยหรือความเป็นระเบียบเรียบร้อยของประชาชนหรือไม่ กิจกรรมบางอย่างรัฐอาจมอบให้องค์กรเอกชนที่เราเรียกว่า “องค์กรวิชาชีพ” ได้ เช่น ที่ สภากาชาดธรรม เป็นต้น นอกจากนี้ อาจเป็นกิจกรรมที่ทำการศึกษา เพื่อสังคม หรือวัฒนธรรม

2) ต้องมีความเกี่ยวข้องกับบุคคลในกฎหมายมหาชนกิจกรรมนั้นอาจเป็นกิจกรรมที่กระทำโดยรัฐ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นนิติบุคคลตามกฎหมายมหาชนหรืออาจเป็นองค์กรมหาชนก็ได้ หรืออาจจะเป็นกรณีที่มอบให้เอกชนไปทำ แต่อยู่ในกำกับของบุคคลในกฎหมายมหาชน

3) อยู่ภายใต้ระบบพิเศษเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อประโยชน์สาธารณะจึงต้องอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์พิเศษซึ่งแตกต่างจากเอกชน เช่น การให้เอกสิทธิ์แก่ฝ่ายปกครองเหนือเอกชน สามารถที่จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงสัญญาได้แต่เพียงฝ่ายเดียวในทางทฤษฎีนั้น บริการสาธารณะแบ่งได้สองประเภทใหญ่ ๆ คือ บริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครอง (Services Publics Administrative) และบริการสาธารณะที่มีลักษณะพาณิชย์กรรม (Services Publics Industrials et Commerciaux) ข้อแตกต่างระหว่างบริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครองกับบริการสาธารณะที่มีลักษณะทางอุตสาหกรรม และพาณิชย์กรรมมีอยู่ 3 ประการ คือ

(1) วัตถุประสงค์ให้บริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครองจะมีวัตถุประสงค์แห่งบริการเพื่อสนองความต้องการของประชาชนแต่เพียงอย่างเดียว

(2) วิธีปฏิบัติงานบริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครองจะมีวิธีปฏิบัติงานที่รัฐสร้างขึ้นมาเป็นแบบเดียวกันมีระบบบังคับบัญชาซึ่งใช้กับผู้ปฏิบัติงานทุกคนในขณะที่บริการสาธารณะที่มีลักษณะทางอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรมจะมีวิธีปฏิบัติงานที่สร้างขึ้นมาจากแตกต่างไปจากบริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครอง ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินการ

(3) แหล่งที่มาของเงินทุน บริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครองจะมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากรัฐแต่เพียงอย่างเดียวโดยรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบเงินทุนทั้งหมดที่นำมาใช้จ่ายในการ

ดำเนินการ ส่วนบริการสาธารณะที่มีลักษณะทางอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรมนั้น แหล่งรายได้ส่วนใหญ่จะมาจากค่าตอบแทนที่เรียกเก็บจากผู้ใช้บริการกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จึงเป็นที่รัฐจัดทำหรือจัดให้มีอาจมอบหมายให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการแทนได้แต่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐและบริการที่จัดทำต้องเป็นที่ต้องการของประชาชน และเอกชนต้องไม่อยู่ในฐานะที่จะจัดทำเองได้ โดยแบ่งประเภทของบริการสาธารณะออกเป็น บริการสาธารณะทางปกครอง เป็นหน้าที่ของรัฐหรือฝ่ายปกครองที่ต้องจัดทำกิจกรรม โดยส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการดูแลด้านความปลอดภัยและความสงบสุขของชุมชน การป้องกันประเทศและการคลัง เป็นต้น โดยบริการสาธารณะประเภทนี้จะอาศัยอำนาจพิเศษตามกฎหมายในการจัดทำ ตัวอย่างบริการสาธารณะทางปกครอง เช่น การทหาร การบริการด้านความมั่นคง ศาล การจัดการสิ่งแวดล้อม และบริการสาธารณะทางอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรมหรือบริการสาธารณะที่คล้ายคลึงกับวิสาหกิจเอกชนทั้งในด้านวัตถุประสงค์แห่งบริการ แหล่งที่มาของเงินทุน และวิธีปฏิบัติงาน โดยวัตถุประสงค์บริการจะมุ่งเน้นการบริการด้านเศรษฐกิจเหมือนกับรัฐวิสาหกิจเอกชน คือ เน้นการผลิต จำหน่าย การให้บริการ และมีกำไรผลประโยชน์ที่ได้รับ ด้านแหล่งที่มาของเงินทุน มีทั้งในส่วนที่รัฐจัดสรรเงินทุนให้ และในส่วนใหญ่มาจากที่เก็บจากค่าตอบแทนการใช้บริการจากประชาชน ตัวอย่างบริการสาธารณะทางอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรม เช่น ไฟฟ้า ประปา ไปรษณีย์ ธนคารรัฐ สถานศึกษาของรัฐ การบริการขนส่งสาธารณะ การบริการสาธารณสุข เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของการบริการสาธารณะ (Public Service) การบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดทำขึ้นเพื่อประโยชน์สาธารณะเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ภายหลังจากการรับบริการสาธารณสุขผู้เสียหายได้รับความเสียหายจากการรับบริการอันเกิดจากผู้ประกอบวิชาชีพก็จะได้รับการเยียวยาความเสียหายนั้นภายหลังมีการจัดตั้งกองทุนคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นจากการบริการสาธารณสุข

### 3.4 แนวคิด ทฤษฎีและหลักการ ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพที่ทำให้เกิดความเสียหายในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชน

เมื่อมีกรณีความเสียหายที่เป็นผลมาจากการประกอบวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพที่มีกฎหมายควบคุมทั้ง 7 วิชาชีพที่กล่าวมาแล้ว ไม่ว่าจะการประกอบวิชาชีพนั้นจะได้กระทำลงไป เพราะเหตุที่มีการว่าจ้าง หรือเป็นการงานที่ผู้ประกอบวิชาชีพต้องทำด้วยอันเป็นหน้าที่บริการสาธารณะที่รัฐจัดไว้ให้แก่ประชาชนก็ตาม ผู้ประกอบวิชาชีพที่ก่อให้เกิดความเสียหายย่อมมีความรับผิดชอบตามกฎหมายเสมอ ซึ่งความรับผิดชอบตามกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพในที่นี้สามารถแยกตามการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพออกเป็นกลุ่มใหญ่ได้ 2 กลุ่ม ดังนี้



1) ผู้ประกอบวิชาชีพในภาครัฐ คือ เจ้าหน้าที่ของรัฐที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ทำงานบริการสาธารณะในภาครัฐ เช่น แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ เป็นต้น เมื่อมีกรณีความเสียหายที่เป็นผลมาจากการประกอบวิชาชีพบุคคลเหล่านี้อาจมีความรับผิดชอบทางกฎหมายได้ทั้งทางแพ่ง อาญา และปกครอง ซึ่งเป็นได้ทั้งคดีแพ่ง คดีอาญา คดีปกครอง

2) ผู้ประกอบวิชาชีพในภาคเอกชน คือ ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระหรือเป็นลูกจ้างในสถานประกอบการในภาคเอกชน เช่น แพทย์ เภสัชกรรม เป็นต้น เมื่อมีกรณีความเสียหายที่เป็นผลมาจากการประกอบวิชาชีพบุคคลเหล่านี้อาจมีความรับผิดชอบทางกฎหมายได้ทั้งทางแพ่ง อาญา และปกครอง ซึ่งเป็นได้ทั้งคดีแพ่ง คดีอาญา คดีปกครอง

โดยกระบวนการดำเนินคดีเพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่กล่าวมาต้องรับผิดชอบต่อกรณีความเสียหายที่เกิดกับผู้ให้บริการที่มีสถานะเป็นผู้บริโภคตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค แยกพิจารณาตามลักษณะหรือประเภทของคดีได้ดังนี้

#### 3.4.1 ความรับผิดทางแพ่ง

เมื่อกล่าวถึงความรับผิดทางแพ่งผู้ประกอบวิชาชีพทั้งผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐและบุคคลธรรมดาที่ให้บริการวิชาชีพแก่บุคคลผู้ให้บริการ และบริการนั้นนำมาซึ่งความชำรุดบกพร่องหรือความไม่สมบูรณ์อย่างใด ที่เป็นความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของผู้ใช้บริการแล้ว ผู้ให้บริการวิชาชีพผู้ก่อความเสียหายโดยปราศจากมูลเหตุที่จะกล่าวอ้างตามกฎหมายได้ย่อมมีความรับผิดทางแพ่งในการเยียวยาหรือชดเชยในรูปตัวเงินหรือทรัพย์สินแก่ผู้เสียหาย ซึ่งความรับผิดในลักษณะนี้ในทางกฎหมายเรียกว่าความรับผิดทางแพ่ง โดยบ่อเกิดแห่งหนึ่งที่เป็นความรับผิดทางแพ่งนี้มีที่มาจาก 2 สาเหตุ คือ นิติกรรม และนิติเหตุ ซึ่งแต่ละส่วนมีรายละเอียดการศึกษา ดังนี้

##### 1) นิติกรรม

นิติกรรม เป็นการกระทำทางด้านกฎหมายที่เกิดจากความความสมัครใจของบุคคล เพื่อก่อผลผูกพันทางด้านสิทธิและหน้าที่แก่ผู้ทำฝ่ายเดียว หรือระหว่างคู่สัญญาตั้งแต่สองฝ่ายขึ้น ซึ่งตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานได้กำหนดให้ความหมายแก่นิติกรรมว่า “การใด ๆ อันทำลงโดยชอบด้วยกฎหมายและด้วยใจสมัครมุ่งโดยตรงต่อการผูกนิติสัมพันธ์ขึ้นระหว่างบุคคลเพื่อก่อเปลี่ยนแปลง โอน สงวนหรือ ระงับซึ่งสิทธิ” ส่วนในทางตำราทางด้านกฎหมายได้มีนักนิติศาสตร์หลายคนให้ความหมายไว้ในทำนองเดียวกัน เช่น นิติกรรม หมายถึง “การกระทำของบุคคล โดยชอบด้วยกฎหมายและ มุ่งประสงค์จะให้เกิดผลในกฎหมายผูกพันกันในการก่อ เปลี่ยนแปลง โอน สงวนหรือ ระงับซึ่งสิทธิ อาจรวมเรียกว่า การเคลื่อนไหวในสิทธิ” (เสนีย์ ปราโมช, 2509, หน้า 6) นิติกรรม หมายถึง “การใด ๆ อันทำลงโดยชอบด้วยกฎหมายและด้วยใจสมัคร มุ่งโดยตรงต่อการ

ผูกนิติสัมพันธ์ขึ้นระหว่างบุคคล เพื่อจะ ก่อ เปลี่ยนแปลง โอน สงวนหรือระงับซึ่งสิทธิ” (จำปี โสคติพันธ์, 2538, หน้า 25) และ นิติกรรม หมายถึง “เป็นเหตุการณ์ในกฎหมายอย่างหนึ่ง อันเกิดจากการกระทำโดยชอบด้วยกฎหมายของบุคคล ซึ่งผู้กระทำมีเจตนา มุ่งให้การกระทำของตน เกิดผลในทางกฎหมาย โดยมีการก่อ เปลี่ยนแปลง โอน สงวนหรือระงับซึ่งสิทธิ หรือก่อให้เกิด การเคลื่อนไหวแห่งสิทธิตามที่ผู้กระทำประสงค์” (ไชยยศ เหมะรัชตะ, 2543, หน้า 2) เป็นต้น ซึ่งจากความหมายที่กล่าวมาจะเห็นว่าที่มาหรือบ่อเกิดแห่งนิติกรรมใด ๆ ต้องเกิดด้วยการแสดงเจตนา ของบุคคลได้ใน 3 ลักษณะ คือ การแสดงเจตนาโดยชัดแจ้ง การแสดงเจตนาโดยปริยาย และการแสดงเจตนาโดยการนิ่ง (ประกอบ หุตะสิงห์, 2518, หน้า 35) ซึ่งเมื่อเกิดมีนิติกรรมใด ๆ ขึ้นแล้ว

สำหรับนิติกรรมในความหมายทางกฎหมายที่ใช้บังคับในปัจจุบันมีบัญญัติไว้ใน ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 149 ที่ว่า “การกระทำของบุคคลที่ชอบด้วยกฎหมายและ ด้วยใจสมัคร มุ่งโดยตรงต่อการผูกนิติสัมพันธ์ขึ้นระหว่างบุคคล มีการเคลื่อนไหวแห่งสิทธิ มีการก่อสิทธิ เปลี่ยนแปลงสิทธิ โอนสิทธิ สงวนสิทธิและระงับซึ่งสิทธิ” จากบทบัญญัติที่กล่าวมา ในทางตำราทางด้านกฎหมายจึงจัดว่านิติกรรมเป็นบ่อเกิดแห่งหนึ่งอย่างหนึ่งที่ก่อให้เกิดสิทธิเรียกร้อง และหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติตามแก่คู่สัญญาที่เป็นฝ่ายเจ้าหนี้และฝ่ายลูกหนี้ จากความหมายที่กล่าวมา ในทางการประกอบวิชาชีพต่าง ๆ นิติสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพและผู้ให้บริการ จากผู้ประกอบการวิชาชีพในทางแพ่งจะถูกกำหนดด้วยหลักนิติกรรมและหนี้ตามที่บัญญัติไว้ใน ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 1 บรรพ 2 และบรรพ 3 โดยหลักกฎหมายที่สำคัญในเรื่อง นิติกรรมในฐานะที่เป็นหนึ่งในบ่อเกิดแห่งหนี้จำแนกได้ 2 รูปแบบตามลักษณะของนิติกรรม ดังนี้

(1) นิติกรรมฝ่ายเดียวเป็นนิติกรรมที่เกิดขึ้น โดยการแสดงเจตนาและกระทำ โดยบุคคล เพียงฝ่ายเดียว การกระทำนั้นก็มีผลเป็นนิติกรรมได้เช่นกัน ซึ่งลักษณะสัญญาที่มีการใช้ ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพกับผู้บริโภครวม เช่น การซื้อขายโดยปริยาย การจ้างทำของโดยปริยาย การว่าจ้างรักษาพยาบาล เป็นต้น

(2) นิติกรรมสองฝ่ายหรือหลายฝ่าย เป็นนิติกรรมที่เกิดขึ้นจากการแสดงเจตนา ของบุคคลตั้งแต่สองฝ่ายขึ้นไป ด้วยตกลงยินยอมที่มีคำเสนอและคำสนองถูกต้องตรงกันจึงเกิดเป็น สัญญาที่มีผลผูกพันคู่สัญญาแต่ละฝ่าย ซึ่งลักษณะสัญญาที่มีการใช้ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพกับผู้บริโภครวม เช่น สัญญาจ้างแรงงาน และสัญญาจ้างทำของ เป็นต้น

นอกจากที่การเกิดขึ้นของนิติกรรมตามลักษณะที่กล่าวมาแล้ว นิติกรรมที่เกิดขึ้น จะมีผลผูกพันหรือไม่ในระหว่างคู่สัญญาเพียงใดนั้น จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่กฎหมายบัญญัติไว้ด้วย มิฉะนั้นนิติกรรมที่จัดให้มีขึ้นอาจมีผลเป็น โฆษะ โฆษะ หรือไม่บริบูรณ์ อาทิ นิติกรรมที่จัดทำขึ้นต้องไม่เกิดขึ้นจากการแสดงเจตนาซ่อนเร้น เจตนาลวง เจตนาอำพราง

การแสดงเจตนาโดยสำคัญผิดในสาระสำคัญหรือคุณสมบัติ และการแสดงเจตนาถ้อยฉล (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 155, 156 และมาตรา 157, 159) นิติกรรมที่จัดให้มีขึ้น ต้องไม่ฝ่าฝืนบทบัญญัติของกฎหมายหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน หรือเป็นการพนันวิสัยด้วย (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 150) และนิติกรรมที่ไม่ทำตามแบบที่กฎหมายกำหนด (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 152) เป็นต้น (ไชยยศ เหมะรัชตะ, 2543, หน้า 82-86) (จำปี โสติพันธ์, 2538, หน้า 149) ตัวอย่างนิติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพที่ไม่มีผลผูกพันตามกฎหมาย เช่น ถ้าเป็นเจตนาลวงก็จะยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้บุคคลภายนอกผู้สุจริตและต้องเสียหายจากการแสดงเจตนาลวงไม่ได้ทรัพย์สินที่ได้ไว้เพราะโมฆะกรรมก็ต้องคืนแก่กันตามหลักกลาภมิควรได้ เป็นต้น

หลักนิติกรรมทั่วไปที่มีการใช้การประกอบวิชาชีพแล้ว ยังมีนิติกรรมที่มีลักษณะเฉพาะที่มีการกำหนดสิทธิและหน้าที่ระหว่างคู่สัญญาเป็นการเฉพาะตามลักษณะสัญญาที่บัญญัติไว้ในส่วนเอกเทศสัญญาในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์อีก กฎหมายจ้างแรงงาน และกฎหมายจ้างทำของ ลักษณะ 6 และ 7 แต่เฉพาะเอกเทศสัญญาที่มีการใช้ในทางการประกอบวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพมี 2 ลักษณะ ดังนี้

(1) จ้างแรงงาน เกิดจากผู้ให้บริการต้องการใช้บริการจากผู้ให้บริการ คือ ผู้ประกอบวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ให้บริการเป็นการกำหนดสิทธิ หน้าที่ ตลอดจนถึงความรับผิดชอบของคู่สัญญาแต่ละฝ่ายแต่ละฝ่าย ซึ่งอยู่ในสถานะของลูกจ้างและนายจ้างที่กล่าวมาข้างต้นจะอยู่ในบรรพ 3 เอกเทศสัญญา ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ลักษณะ 6 จ้างแรงงาน มาตรา 575-586 พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายว่า “สัญญาจ้างแรงงาน ชื่อสัญญาซึ่งบุคคลคนหนึ่ง เรียกว่า ลูกจ้าง ตกลงจะทำงานให้แก่บุคคลอีกคนหนึ่ง เรียกว่า นายจ้าง และนายจ้างตกลงจะให้สินจ้างตลอดเวลาที่ทำงานให้” เป็นเอกเทศสัญญาลักษณะหนึ่งตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์สัญญาจ้างแรงงานจึงมีลักษณะทั่วไปเช่นเดียวกับเอกเทศสัญญาลักษณะอื่น ๆ ต้องนำบทบัญญัติในบรรพ 1 และ บรรพ 2 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาปรับใช้กับสัญญาจ้างแรงงานด้วย ในกรณีที่บทบัญญัติลักษณะจ้างแรงงานมิได้บัญญัติไว้ นอกจากลักษณะทั่วไปแล้ว สัญญาจ้างแรงงานยังเป็นสัญญาที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากเอกเทศสัญญาลักษณะอื่นซึ่งอาจจำแนกได้ 3 ประการ คือ เป็นสัญญาต่างตอบแทน เป็นสัญญาที่ไม่มีแบบและเป็นสัญญา กฎหมายไม่ได้บังคับว่าต้องทำตามแบบหรือทำเป็นหนังสือ (ไพฑูริศ เอกจริยกร, 2561, หน้า 37-45) ฉะนั้นเพียงแต่ เจตนาของทั้งสองฝ่ายตรงกัน ก็ถือว่าสัญญาจ้างแรงงานเกิดขึ้นแล้ว คู่สัญญาแต่ละฝ่ายจะโอนสิทธิ และหน้าที่ตามสัญญาจ้างแรงงานให้ผู้อื่นไม่ได้ นอกจากอีกฝ่ายหนึ่งจะยินยอมในกรณีเมื่อลูกจ้างตายลง สัญญาจ้างแรงงานย่อมระงับทายาทจะสวมสิทธิ และหน้าที่ตามสัญญา

ไม่ได้ แต่สำหรับกรณีนายจ้างนั้น หากสัญญาจ้างแรงงานมีสาระสำคัญอยู่ที่ตัวบุคคล ผู้เป็นนายจ้าง สัญญาจ้างย่อมระงับไปเช่นกัน

สัญญาจ้างแรงงาน ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เป็นที่มาและเป็น บ่อเกิดของความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง มีระยะเวลาในการจ้างตามระยะเวลาการจ้าง ออกเป็นสัญญาจ้างแรงงานที่มีกำหนดระยะเวลาการจ้างแน่นอน และสัญญาจ้างแรงงานที่ไม่มี กำหนดระยะเวลาการจ้างงานแน่นอน เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพกับผู้ให้บริการทำสัญญาจ้างแรงงาน ระหว่างกัน ซึ่งเป็นคู่สัญญาย่อมมีสิทธิและหน้าที่ต่อกันทั้งสิทธิและหน้าที่ตามประมวลกฎหมาย แพ่งและพาณิชย์ สัญญาจ้างแรงงานนั้นอาจสิ้นสุดลงได้หลายกรณีด้วยสาเหตุแตกต่างกันซึ่งจะแบ่งออก เป็นสองประเภท คือความสิ้นสุดของสัญญาจ้างแรงงาน โดยทั่วไป ซึ่งหมายถึงสัญญาจ้างแรงงาน ที่สิ้นสุดลงโดยไม่ต้องบอกเลิกสัญญา ไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้า หรือจ่ายสินจ้างแทนการ บอกกล่าวล่วงหน้า (ไพฑูริศ เอกจริยกร, 2561, หน้า 67-126) และความสิ้นสุดของสัญญาจ้างแรงงาน โดยการบอกเลิกสัญญา ซึ่งอาจเกิดจากความผิดของคู่สัญญาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือไม่ก็ได้

(2) จ้างทำของ เป็นสัญญาประเภทหนึ่งที่มีการทำกันอยู่เป็นประจำใน ชีวิตประจำวัน โดยผู้ว่าจ้างให้ผู้รับจ้างกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อประโยชน์ของผู้ว่าจ้าง ในการทำงานนั้น ต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ ซึ่งผู้ว่าจ้างไม่มีความรู้เช่นนั้น (ไพฑูริศ เอกจริยกร, 2561, หน้า 129) เช่น จ้างนักบัญชีให้ทำบัญชีให้จ้างผู้ตรวจสอบบัญชี เป็นต้น จ้างทำของจะบัญญัติตาม ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 587-607 จ้างทำของ หมายความว่า “สัญญาซึ่งบุคคล คนหนึ่ง เรียกว่า ผู้รับจ้าง ตกลงรับจะทำการงานสิ่งใดสิ่งหนึ่งจนสำเร็จให้แก่บุคคลอีกคนหนึ่ง เรียกว่า ผู้ว่าจ้าง และผู้ว่าจ้างตกลงจะให้สินจ้างเพื่อผลสำเร็จแห่งการที่ทำนั้น” (พจนานุกรมฉบับ ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554, ออนไลน์, 2564) หรือ เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สัญญาจ้างทำของ หมายถึง การจ้างที่อาจจะเป็นการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งโดยมีรูปร่าง เช่น การสร้างตึก ทำถนน หรือไม่มีรูปร่างก็ได้ เช่น จ้างว่าความ (จักรพงษ์ เล็กสกุลไชย, 2543, หน้า 103) เป็นสัญญาต่างตอบแทน และผู้ว่าจ้างตกลงจะให้สินจ้างเพื่อ “ผลสำเร็จของงาน” สัญญาจ้างทำของเป็นสัญญาที่ไม่มีแบบ กล่าวคือ สัญญาจ้างทำของเกิดขึ้นโดยการแสดง เจตนาตกลงกัน แม้ด้วยวาจาก็สามารถ ฟ้องร้อง บังคับคดีกันได้ โดยไม่ต้องมีหลักฐานเป็นหนังสือ อีกนัยหนึ่ง

จ้างทำของ ได้มีการบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 587 ไว้ว่า “อันว่าจ้างทำของนั้น คือ สัญญาซึ่งบุคคลคนหนึ่งเรียกว่าผู้รับจ้าง ตกลงจะทำการงานสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จนสำเร็จให้แก่บุคคลอีกคนหนึ่ง เรียกว่าผู้ว่าจ้าง และผู้ว่าจ้างตกลงจะให้สินจ้างเพื่อผลสำเร็จ แห่งการที่ทำนั้น” จากที่ได้กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ผู้ประกอบวิชาชีพให้บริการแก่ผู้ให้บริการ เพียงแต่ ให้เกิดผลสำเร็จของงาน ตามที่ได้แสดงเจตนาตกลงกัน หากการบริการใด ๆ ของผู้ประกอบการวิชาชีพ

ให้บริการไม่สำเร็จทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ใช้บริการก็สามารถเรียกร้องค่าเสียหายหรือสามารถฟ้องร้องบังคับคดีจากผู้ประกอบการวิชาชีพนั้นได้โดยไม่ต้องมีหลักฐานเป็นหนังสือ

## 2) นิติเหตุ

นิติเหตุ เป็นศัพท์กฎหมาย หมายถึง เหตุการณ์ที่มีผลตามกฎหมาย โบราณใช้ว่า “นิติการณ์ (พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน, ออนไลน์, 2564) ผลที่เกิดขึ้นนี้ ไม่จำเป็นว่าเป็นเจตนาของผู้อยู่ในเหตุการณ์หรือไม่ หากแต่เป็นเจตนาของกฎหมาย จึงเรียกว่า “นิติเหตุ” คือ เหตุของกฎหมาย และเพราะฉะนั้น นิติเหตุจึงต่างจาก นิติกรรม ตรงที่ผลของนิติกรรมนั้นเกิดขึ้นโดยเจตนาของผู้เกี่ยวข้องเท่านั้น นิติเหตุ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดผลในทางกฎหมาย ซึ่งเกิดขึ้นเองโดยอำนาจของกฎหมาย นอกจากนิติกรรม โดยเกิดจากการกระทำของบุคคล หรือเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ (ไชยยศ เหมะรัชตะ, 2543, หน้า 2-3) นิติเหตุ หมายถึง “เหตุที่เกิดขึ้นซึ่งมีผลในทางกฎหมาย อันมิใช่นิติกรรม เช่น การละเมิด หรือ เป็นเหตุการณ์ซึ่งกฎหมายยอมรับว่ามีผลให้เกิดสิทธิและหน้าที่ผูกพันกันระหว่างบุคคล อันต่างจากเหตุการณ์ธรรมดา ซึ่งไม่ก่อผลอย่างไรในทางกฎหมาย ไม่ว่าเหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือโดยการกระทำของบุคคล” (ศักดิ์ สนองชาติ, 2551, หน้า 3)

นิติเหตุแบ่งเป็น 4 อย่างโดยได้กล่าวไว้ในหลักกฎหมายแพ่งลักษณะนี้ ดังนี้ ละเมิด จัดการงานนอกสั่ง ลากมิกวไรด์ (จิด เศรษฐบุตร, 2554, หน้า 22) หรือ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดผลเป็นความเคลื่อนไหวในสิทธิ คือ ก่อ เปลี่ยนแปลง โอน สงวน หรือระงับสิ้นไป ตามกฎหมายไม่ว่าทางใดก็ตาม เช่น นิติเหตุที่เกิดจากเหตุการณ์ธรรมชาติ ที่ก่อให้เกิดผลในทางกฎหมาย เช่น การเริ่มสภาพบุคคลและการสิ้นสุดสภาพบุคคล (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, มาตรา 15) การบรรณุนิติภาวะของบุคคล (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, มาตรา 19) ทำให้มีสิทธิทำนิติกรรมได้ (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, มาตรา 20-21) และ นิติเหตุที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ เช่น ละเมิด (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, มาตรา 420) จัดการงานนอกสั่ง (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, มาตรา 395) ลากมิกวไรด์ (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, มาตรา 406)

นิติเหตุที่เกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพจะอยู่ในบรรพ บรรพ 2 นี้ ลักษณะ 5 ละเมิด หมวด 1 ความรับผิด มาตรา 420-437 หมวด 2 คำสินไหมทดแทนเพื่อละเมิด มาตรา 438-448 ดังนี้

### 3.4.2 ความรับผิดของผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายลักษณะละเมิด

ละเมิด มีลำดับการพัฒนาการมาจากหลักคิดทางศีลธรรมที่ว่า “จงอย่าทำร้ายผู้อื่น ทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหาย” หรือ ปราภฏให้เห็นหลักกฎหมายโรมันเรื่อง “หลักตาต่อตาฟันต่อฟัน” เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “หลักแก้แค้น” แต่ภายหลังเมื่อสังคมมนุษย์ได้รวมกันก่อตั้งเป็นรัฐ ลำดับของการพัฒนาการของการลงโทษผู้กระทำความผิดนั้น ได้มีหลักห้ามประชาชนแก้แค้นกันเอง

รัฐเข้ามาทำหน้าที่ในการลงโทษและแก้แค้นแทนผู้เสียหายตามบทลงโทษที่บัญญัติไว้ จากเดิมความสัมพันธ์ระหว่างเอกชนกับเอกชนที่เท่าเทียมกัน มาสู่สภาพความเป็นจริงที่เอกชนฝ่ายหนึ่งมีฐานะที่มีเปรียบกว่าเอกชนอีกฝ่ายหนึ่ง เนื่องด้วยเป็นผู้ประกอบธุรกิจ ผู้ประกอบวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ ฯลฯ มีผลทำให้พัฒนาการของการปรับใช้หรือการตีความกฎหมายละเมิดขยายขอบเขตและสร้างมาตรฐานเพิ่มเติมสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนจาก “การเยียวยา” ความเสียหายที่แท้จริงได้ขยายขอบเขตไปจนถึงการยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในสังคม

ละเมิด ตามความหมายพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายไว้ว่า “การล่วงเกินหรือฝ่าฝืนจารีตประเพณีหรือกฎหมายที่มีบัญญัติไว้ จงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สินหรือสิทธิ” การให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพจึงมีความเกี่ยวข้องกับชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สินหรือสิทธิของผู้ใช้บริการเมื่อการบริการใด ๆ ที่ผู้ประกอบวิชาชีพทำให้เกิดความเสียหาย ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพย่อมเกิดขึ้นตามมาตรา 420 แบ่งการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพที่กระทำละเมิดออกเป็นสองลักษณะ กล่าวคือ การกระทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ใช้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นเอกชน และการกระทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ใช้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ รายละเอียดดังนี้

1) ผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นเอกชน การกระทำอันใดที่เป็นการละเมิดอันจะต้องรับผิดชอบ “ค่าสินไหมทดแทน” คือ เงินที่ต้องชดใช้เพื่อทดแทนความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ทรัพย์สินหรือแก่บุคคล อันเนื่องมาจากการละเมิด หรือการผิดสัญญา รวมทั้งทรัพย์สินที่ต้องคืนให้แก่ผู้เสียหายด้วย เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพให้บริการแล้วกระทำผิดตามที่ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 บัญญัติไว้ว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่ง อย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น” ความรับผิดชอบตามมาตรานี้จะกล่าวถึงในส่วนของผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการในองค์กรเอกชน นิติบุคคล หรือการให้บริการของตัวผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งเปิดให้บริการเป็นสถานบริการเป็นของตนเอง ได้รับอนุญาตจากสภาวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพให้เปิดบริการถูกต้องตามขั้นตอนที่กฎหมายกำหนด เมื่อกล่าวถึง ความรับผิดชอบทางละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ แบ่งความรับผิดชอบออกเป็น 3 ระดับ ระดับแรก การกระทำละเมิดโดยจงใจ ระดับสอง การกระทำโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ระดับสาม การกระทำโดยประมาทเลินเล่อธรรมดา

ความรับผิดชอบละเมิดไม่ได้ให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบภายในของผู้กระทำละเมิดว่ากระทำโดยจงใจ ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง หรือประมาทเลินเล่อธรรมดา ก็ถือว่าเป็นการกระทำละเมิดทั้งสิ้น โดยให้ความสำคัญแต่เพียงว่าเมื่อละเมิดก็ต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้ได้รับความเสียหาย (ชาญชัย แสวงศักดิ์, 2548, หน้า 24-25)

2) ผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ หรือหน่วยงานของรัฐหากมีการกระทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ใช้บริการในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่นั้นจะต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 หากเจ้าหน้าที่คนใดได้กระทำความผิดให้เกิดความเสียหายก่อนพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ได้มีการประกาศใช้ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐนั้นรับผิดชอบตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 เจ้าหน้าที่ได้กระทำความผิดภายหลังประกาศใช้พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 จะต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้มีหลักการสำคัญอยู่ 2 ประการ กล่าวคือ

(1) กำหนดความรับผิดของเจ้าหน้าที่หรือความรับผิดของหน่วยงานที่มีต่อผู้เสียหายกฎหมายนี้ได้กำหนดให้เกิดความรับผิดขึ้นเมื่อได้มีการทำ “ละเมิด” ต่อผู้เสียหายโดยเจ้าหน้าที่ซึ่งเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ราชการ โดยผลของการละเมิดดังกล่าวเป็นผลให้ “เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิด” กับ “หน่วยงานของรัฐ” มีความรับผิดในมูลละเมิดดังกล่าว แต่กฎหมายกำหนดเงื่อนไขการใช้สิทธิในการฟ้องคดีเพื่อเรียกร้องสินไหมทดแทนไว้คือ ให้ผู้เสียหายฟ้องคดีได้เฉพาะหน่วยงานของรัฐเท่านั้น โดยไม่อาจฟ้องตัวเจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดนั้นได้ (พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, มาตรา 5) แต่ถึงแม้ว่าจะฟ้องคดีละเมิดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดไม่ได้ แต่หากหน่วยงานของรัฐที่ร่วมรับผิดนั้นอาจใช้สิทธิขอให้ศาลที่พิจารณาคดีเรียกเจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดนั้นมาเป็นคู่ความในคดีก็ได้ (พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, มาตรา 7 วรรคหนึ่ง) แต่ถ้าในการทำละเมิดดังกล่าว หากเป็นการทำละเมิดไปโดยไม่ได้เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีเช่นนี้ผู้ที่ต้องรับผิดชอบในมูลละเมิดนั้นก็คือ “เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิด” เท่านั้น (พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, มาตรา 6) หน่วยงานของรัฐไม่ได้ร่วมรับผิดด้วย

หากเป็นกรณีมีการฟ้องผิดไป ฟ้องหน่วยงานของรัฐแทนที่จะฟ้องเจ้าหน้าที่ กฎหมายนี้ก็ขยายอายุความการฟ้องคดีละเมิด เจ้าหน้าที่ที่ทำการละเมิดและไม่ได้เป็นคู่ความในคดีออกไปอีก 6 เดือนนับแต่วันที่ศาลมีคำพิพากษาถึงที่สุดยกฟ้อง (พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, มาตรา 7 วรรคสอง)

หลักกฎหมายในการพิจารณาว่าการกระทำเป็น “ละเมิด” หรือไม่ ใช้หลักกฎหมายตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และคำว่า “หน่วยงานของรัฐ” ดังกล่าวหมายถึง กระทรวง

ทบวง กรม ส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นมีฐานะเป็นกรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย และหน่วยงานที่มีพระราชกฤษฎีกากำหนดว่าให้เป็น “หน่วยงานของรัฐ” ตามกฎหมายนี้ (พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, มาตรา 4)

เมื่อเกิดกรณีการทำละเมิดอันเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ผู้เสียหายสามารถดำเนินการเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเพื่อความเสียหายดังกล่าวได้สองทาง คือ ใช้สิทธิในการฟ้องคดีต่อศาล หรือ เรียกร้องขอให้หน่วยงานของรัฐชดใช้ค่าสินไหมทดแทน แทนการฟ้องคดีต่อศาล (พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, มาตรา 11) โดยการยื่นคำร้องเป็นหนังสือต่อหน่วยงานของรัฐ โดยให้หน่วยงานของรัฐพิจารณาคำขอให้เสร็จภายใน 180 วัน หากดำเนินการไม่เสร็จตามที่กฎหมายกำหนดสามารถขยายได้อีกไม่เกิน 180 วัน นอกจากนี้กฎหมายยังกำหนดเงื่อนไขการใช้สิทธิไล่เบี้ยระหว่างเจ้าหน้าที่กับหน่วยงานของรัฐ กรณีที่เจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานของรัฐได้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายไปแล้วด้วย

(2) กำหนดความรับผิดของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อหน่วยงานของรัฐที่เสียหายกฎหมายนี้กำหนดเงื่อนไขความรับผิดในมูลละเมิดของเจ้าหน้าที่ไว้อีกประการหนึ่งก็คือ เป็นการทำละเมิดของ “เจ้าหน้าที่” ต่อ “หน่วยงานของรัฐ” รัฐเป็นผู้เสียหายจากการทำละเมิดของเจ้าหน้าที่ กฎหมายว่าด้วยความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ได้กำหนดผลในทางกฎหมายไว้ 2 ประการ ได้แก่

#### (2.1) กรณีที่การทำละเมิดเกิดจากการปฏิบัติในหน้าที่

หากเกิดกรณีเจ้าหน้าที่ใดปฏิบัติราชการโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง แล้วเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายต่อหน่วยงานของรัฐ กรณีเช่นนี้เป็นผลให้เจ้าหน้าที่ผู้นั้นต้องรับผิดต่อหน่วยงานของรัฐ (พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, มาตรา 8-10) โดยหน่วยงานของรัฐมีอำนาจในการมีคำสั่งเรียกให้เจ้าหน้าที่ผู้นั้นชดใช้ค่าสินไหมทดแทนเต็มจำนวนหรือบางส่วนก็ได้ โดยอาจคำนึงถึงส่วนรับผิดชอบของหน่วยงานโดยไม่ต้องฟ้องศาล (พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, มาตรา 12) หากเป็นกรณีที่มีผู้ทำละเมิดที่เป็นเจ้าหน้าที่มีหลายคน ก็ไม่นำหลักเรื่องลูกหนี้ร่วมในมูลละเมิดมาใช้บังคับกับการเรียกให้เจ้าหน้าที่ทั้งหลายที่ทำการละเมิดชดใช้ค่าเสียหาย (พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, มาตรา 8 วรรคสี่) การชำระค่าสินไหมทดแทนของเจ้าหน้าที่ที่ทำการละเมิดดังกล่าวสามารถผ่อนชำระได้ โดยคำนึงถึงรายได้ ฐานะครอบครัว ความรับผิดชอบ และพฤติการณ์ต่าง ๆ ประกอบกัน (พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, มาตรา 13)

หน่วยงานของรัฐที่เป็นผู้เสียหายต้องใช้สิทธิเรียกให้เจ้าหน้าที่ที่ทำการละเมิดดังกล่าวชดใช้ค่าสินไหมทดแทนภายใน 2 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงการละเมิดและรู้ตัวเจ้าหน้าที่ผู้ต้อง



ชดใช้ค่าสินไหมทดแทน (พระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, มาตรา 10 วรรคสอง) หรือภายใน 1 ปี นับแต่วันที่หน่วยงานของรัฐมีคำสั่งตามความเห็นของกระทรวงการคลัง ที่เห็นว่าเจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบ

(2.2) กรณีที่เป็นการทำละเมิดอันมิได้เกิดจากการปฏิบัติในหน้าที่

หากเกิดกรณีเจ้าหน้าที่ใดโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อกระทำการใดที่ไม่ใช่เป็นการปฏิบัติในหน้าที่ เป็นเหตุให้หน่วยงานของรัฐได้รับความเสียหาย ถือว่าเจ้าหน้าที่ผู้นั้นกระทำละเมิดต่อหน่วยงานของรัฐ ต้องรับผิดชอบชดใช้ค่าเสียหาย (พระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, มาตรา 10 วรรคหนึ่ง) หากหน่วยงานของรัฐเห็นว่าเจ้าหน้าที่ผู้นั้นจะต้องรับผิดชอบ ต้องใช้สิทธิเรียกร้องให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนภายใน 2 ปี นับแต่วันที่หน่วยงานรัฐถึงการละเมิดและรู้ตัวเจ้าหน้าที่ผู้ต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทน หรือภายใน 1 ปี นับแต่วันที่หน่วยงานของรัฐมีคำสั่งตามความเห็นของกระทรวงการคลังที่เห็นว่าเจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบ โดยการใช้สิทธิเรียกร้องเพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่กระทำละเมิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในกรณีนี้ เป็นไปตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บางครั้งผู้ใช้บริการได้รับความเสียหายจะฟ้องเจ้าหน้าที่ทำละเมิดไม่ได้ จะต้องฟ้องหน่วยงานของรัฐที่เจ้าหน้าที่ดังกล่าวสังกัดอยู่โดยตรง ตามมาตรา 5 ซึ่งเมื่อหน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายแล้ว ถ้าเจ้าหน้าที่นั้นได้รับกระทำการนั้นไปด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง หน่วยงานของรัฐ มีสิทธิเรียกให้เจ้าหน้าที่ดังกล่าวชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่หน่วยงานของรัฐนั้นได้ แต่ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่ได้จงใจหรือว่ากระทำการประมาทเลินเล่ออย่างธรรมดา เจ้าหน้าที่ก็ไม่ต้องรับผิดชอบ ตามมาตรา 8

ผู้ประกอบการวิชาชีพที่เป็นเอกชนกระทำความผิดให้เกิดเสียหายแก่ผู้ใช้บริการผู้ประกอบการวิชาชีพจะต้องรับผิดชอบทางแพ่งโดยศาลแพ่งจะเป็นผู้พิจารณาและผู้ประกอบการวิชาชีพที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐใช้อำนาจหน้าที่ซึ่งเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ราชการเกิดความเสียหายแก่ผู้ใช้บริการ เจ้าหน้าที่จะต้องชดใช้ค่าเสียหายโดยการฟ้องศาลปกครอง

### 3.4.3 ความรับผิดในคดีอาญา

ความรับผิดในคดีอาญาตามกฎหมายเยอรมัน ดร.เดรห์ ได้อธิบายไว้ว่า “ความรับผิดคือ ความเหมาะสมที่จะถูกกล่าวโทษในทางจริยธรรมของสังคมส่วนใหญ่ ผู้กระทำจะต้องรับผิดชอบถ้าในทางจริยธรรมแล้วผู้กระทำความผิดสมควรที่จะถูกกล่าวโทษว่าพฤติกรรมที่ได้กระทำผิดนั้นสมควรที่จะถูกกล่าวโทษ ที่จะเป็นตัวแทนที่จะชี้ให้เห็นถึงมาตราส่วนที่จะชี้ให้เห็นถึงมาตราส่วนที่จะวัดความรับผิดเมื่อลงโทษแล้วจะให้เกินกว่านี้ไม่ได้” (อภีรัตน์ เพ็ชรศิริ, 2552, หน้า 86) ทำให้เกิดการลงโทษตามฐานของความรับผิดนั้น เพื่อให้ผู้ที่กระทำความผิดรู้สึกผิด และยินดีที่จะรับโทษตามความผิดที่ตนได้กระทำในทางกฎหมายอาญา (เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, 2549, หน้า 3) จะมีวิธี

ความรับผิดชอบ 2 วิธี คือ วิธีวัดความรับผิดชอบโดยดูจากสถานะทางจิตใจของผู้กระทำกับการวัดความรับผิดชอบของบรรทัดฐานแห่งความรับผิดชอบทำให้ความรับผิดชอบทางอาญาแต่ละฐานได้มีการบัญญัติโทษไม่เท่ากัน ในทางทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา เฮอร์เบิร์ต แอล แพ็กเกอร์ (Herbert L. Packer, 1968)

สำหรับลักษณะของการกระทำที่รัฐจะกำหนดเป็นความผิดอาญานั้นแบ่งได้เป็น 6 ลักษณะ ดังนี้ (ณัฐวิวัฒน์ สุทธิโยธิน, 2554, หน้า 7)

- 1) การกระทำนั้นเป็นที่เห็นได้ชัดในหมู่ชนส่วนมากว่า เป็นการกระทำที่กระทบกระเทือนต่อสังคม และหมู่ชนส่วนมากมิได้ให้อภัยแก่การกระทำ เช่นนั้น
- 2) ถ้าการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดอาญาแล้ว จะไม่ขัดแย้งกับวัตถุประสงค์ของการลงโทษประการต่าง ๆ
- 3) การปราบปรามการกระทำเช่นนั้น กล่าวคือ การถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดทางอาญา จะไม่มีผลเป็นการลดการกระทำที่สังคมเห็นว่าถูกต้องให้น้อยลงไป
- 4) หากเป็นความผิดอาญาแล้วจะมีการใช้บังคับกฎหมายอย่างเสมอภาค และเท่าเทียมกัน
- 5) การใช้กระบวนการยุติธรรมทางอาญากับการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลทำให้เกิดการใช้กระบวนการนั้นอย่างเกินขีดความสามารถทั้งทางด้านคุณภาพและปริมาณ
- 6) ไม่มีมาตรการควบคุมอย่างสมเหตุสมผลอื่น ๆ แล้วนอกจากการใช้กฎหมายอาญากับกรณีที่เกิดขึ้น

นอกจากลักษณะการกระทำที่เป็นความผิดทางอาญาที่กล่าวมาแล้ว กฎหมายอาญายังมีหลักกฎหมายเฉพาะในการนำมาบังคับใช้ที่แตกต่างจากกฎหมายแพ่งและกฎหมายปกครอง เช่น “หลักกฎหมายไม่มีผลย้อนหลัง” (หยุด แสงอุทัย, 2494, หน้า 150) คือ กฎหมายอาญาไม่อาจใช้บังคับย้อนหลังให้เป็นผลร้ายแก่ผู้กระทำความผิดได้ ซึ่งหลักข้อนี้มีการบัญญัติรับรองไว้ทั้งในมาตรา 29 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 และมาตรา 3 แห่งประมวลกฎหมายอาญา และ “หลักจะต้องตีความกฎหมายอาญาโดยเคร่งครัด” คือ กรณีที่ถ้อยคำของกฎหมายเป็นที่น่าสงสัย จะตีความโดยขยายความไปลงโทษหรือเพิ่มโทษผู้ต้องหาไม่ได้ แต่อาจตีความโดยขยายความให้เป็นผลดีแก่ผู้ต้องหาได้ ฉะนั้น หลักเกณฑ์ของกฎหมายอาญาจึงเกิดโดยตรงจากตัวบทเท่านั้น และการตีความบทบัญญัติทั้งหลายก็จะตีความโดยเคร่งครัดด้วยการกระทำที่ถูกล่ามว่าเป็นความผิดนั้นจะต้องอยู่ในความหมายตามปกติธรรมดาของถ้อยคำทั้งหลายที่ใช้ในกฎหมายนั้น จะขยายความคำเหล่านั้นออกไปไม่ได้ เช่น ตัวบทกฎหมายอาญาข้อใดที่มีข้อความเคลือบคลุมสงสัย ต้องยกประโยชน์แห่งความสงสัยให้แก่จำเลย ทั้งนี้ เทียบเคียงจากหลักในการพิจารณาคดีอาญาตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 227 บัญญัติว่า “ให้ศาลใช้ดุลพินิจวินิจฉัย

ซึ่งนำนักพยานหลักฐานทั้งปวง อย่าพิพากษาลงโทษจนกว่าจะแน่ใจว่ามีการกระทำผิดจริงและ จำเลยเป็นผู้กระทำความผิดนั้นเมื่อมีความสงสัยตามสมควรว่าจำเลยได้กระทำความผิดหรือไม่ ให้ยกประโยชน์แห่งความสงสัยนั้นให้จำเลย”

บุคคลจะต้องรับโทษในทางอาญาต่อเมื่อได้กระทำการผิดกฎหมายที่ใช้ ในขณะ กระทำนั้นบัญญัติเป็นความผิดและกำหนดโทษไว้และโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดนั้น ต้องเป็นโทษที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย (ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 2) โดยมีการบัญญัติโทษอาญา ไว้ในประมวลกฎหมายอาญา 5 ประการ ได้แก่ ประหารชีวิต จำคุก กักขัง ปรับ ริบทรัพย์สิน (ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 18) และมีการบัญญัติวิธีการเพื่อความปลอดภัยไว้ 5 ประการ มีดังนี้ กักกัน ห้ามเข้าเขตกำหนด เรียกประกันทัณฑ์บน คุมตัวไว้ในสถานพยาบาล ห้ามการ ประกอบอาชีพบางอย่าง (ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 39)

ผู้ประกอบการวิชาชีพที่ประกอบวิชาชีพทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือเอกชน หากกระทำความผิด โดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อให้เกิดความเสียหายให้แก่ผู้ใช้บริการจะต้องรับผิดชอบตามที่ กล่าวมาข้างต้นถึงแม้จะมีการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้เสียหาย การดำเนินคดีอาญาจึงเป็น คนละส่วนกันกับคดีแพ่ง วัตถุประสงค์ในการลงโทษทางอาญาเพื่อแก้ไข เยียวยาผู้กระทำความผิด ให้สำนึกและกลับตัวเป็นคนดี เช่น การควบคุมความประพฤติ ริบทรัพย์ ปรับ และ แบ่งแยกบุคคลที่เป็นอันตรายออกไปจากสังคมโดยการ กักขัง จำคุก หรือ กำจัดบุคคลที่เป็นอันตรายออกไปจากสังคม เช่น จำคุกตลอดชีวิต ประหาร (ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 18) เมื่อเกิดความเสียหายแก่ ผู้ใช้บริการ ผู้เสียหายสามารถแจ้งความดำเนินคดีกับผู้ประกอบอาชีพกับพนักงานสอบสวนหรือจะฟ้อง ดำเนินคดีกับผู้ประกอบวิชาชีพเองต่อศาลอาญา

ในที่นี้หากกล่าวแต่เฉพาะความรับผิดทางอาญาตามกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพ ทั้ง 7 วิชาชีพนั้นสามารถจำแนกตามกฎหมายได้ 2 กลุ่ม คือ ความรับผิดทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพ ตามประมวลกฎหมายอาญา และความรับผิดทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพตามพระราชบัญญัติ วิชาชีพ โดยแต่ละกลุ่มมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1) ความรับผิดทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพตามประมวลกฎหมายอาญา

ความรับผิดทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพตามประมวลกฎหมายอาญา แยกพิจารณา ตามสถานะของผู้กระทำความผิดได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

(1) ผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นบุคคลธรรมดาที่มีได้มีตำแหน่งเป็นเจ้าพนักงาน บุคคลประเภทนี้จะเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นลูกจ้างในภาคเอกชนและผู้ประกอบอาชีพอิสระ ซึ่งในการ ทำงานในทางการของแต่ละวิชาชีพหากการกระทำนั้นก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย หรือ

ทรัพย์สินของบุคคลอื่นที่ผู้ใช้บริการวิชาชีพ ผู้ประกอบวิชาชีพที่กระทำความผิดตามที่ประมวลกฎหมายอาญากำหนดเป็นความผิดอาจมีความรับผิดชอบทางกฎหมายอาญาได้ใน 2 ลักษณะความผิด คือ

(1.1) ลักษณะ 10 ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย หมวด 1 ความผิดต่อชีวิต มาตรา 288-294 ความผิด ต่อร่างกาย มาตรา 295-300 ความผิดฐานทำให้แท้งลูก มาตรา 301-305 ความผิดฐานทอดทิ้งเด็ก คนป่วยเจ็บหรือคนชรา มาตรา 306-308 ผู้ประกอบวิชาชีพนักรักษาพยาบาลกระทำโดยประมาทขณะทำการกายภาพ ผู้ใช้บริการหกล้ม หัวฟาดพื้น โดยการบำบัดนั้นขาดความระมัดระวัง เป็นเหตุให้ผู้ใช้บริการถึงแก่ ความตาย ต้องรับผิดชอบตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 291 ผู้ประกอบวิชาชีพนักรักษาพยาบาลก็ต้องรับผิดชอบทางอาญา เป็นต้น

(1.2) ลักษณะ 11 ความผิดเกี่ยวกับเสรีภาพและชื่อเสียง ความผิดฐานเปิดเผยความลับ มาตรา 322-325 รายละเอียดดังนี้ ผู้ใด โดยเหตุที่ตนมีตำแหน่งหน้าที่ วิชาชีพหรืออาชีพ อันเป็นที่ไว้วางใจ ถ่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่นเกี่ยวกับอุตสาหกรรม การค้นพบ หรือการนิมิต ในวิทยาศาสตร์ เปิดเผยหรือใช้ความลับนั้นเพื่อประโยชน์ตนเองหรือผู้อื่น (ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 324) หากผู้ประกอบวิชาชีพกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรับโทษทางอาญา

(2) ผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ประกอบวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพที่ให้บริการในหน่วยงานของรัฐเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องรับผิดชอบทางอาญาแบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ

(2.1) ลักษณะ 2 ความผิดเกี่ยวกับการปกครอง ความผิดต่อตำแหน่งหน้าที่ราชการ มาตรา 147-166 ผู้ประกอบวิชาชีพต้องรับผิดชอบทางอาญาประกอบด้วย ลักษณะ 2 ความผิดเกี่ยวกับการปกครอง ความผิดต่อตำแหน่งหน้าที่ราชการ (ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 147-166) จะเกี่ยวข้องกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเป็น “เจ้าพนักงาน” ตามที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นเจ้าพนักงาน หรือได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ราชการ ไม่ว่าจะเป็นประจำหรือครั้งคราว และไม่ว่าจะได้รับค่าตอบแทนหรือไม่ (ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 1 (16)) หากผู้ประกอบวิชาชีพกระทำความผิดจะได้รับ โทษทางอาญา เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพบัญชีเป็นเจ้าพนักงานมีหน้าที่ตรวจสอบบัญชีตามกฎหมาย โดยทุจริต แนะนำ หรือกระทำการหรือไม่กระทำการอย่างใด เพื่อให้มีการละเว้นการลงรายการในบัญชี ลงรายการเท็จในบัญชีแก้ไขบัญชีหรือซ่อนเร้น หรือทำหลักฐานในการลงบัญชีอันจะเป็นผลให้การเสียภาษีอากรหรือค่าธรรมเนียมนั้นมิต้องเสีย หรือเสีย น้อยกว่าที่จะต้องเสีย (ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 156)

(2.2) ลักษณะ 7 ความผิดเกี่ยวกับการปลอมและการแปลง หมวด 3 ความผิดเกี่ยวกับเอกสาร มาตรา 264-269 มีรายละเอียดดังนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพต้องรับผิดชอบทางอาญาประกอบด้วย ความผิดเกี่ยวกับการปลอมและการแปลง ความผิดเกี่ยวกับเอกสาร มาตรา 264-269 ผู้ประกอบวิชาชีพที่ใช้วิชาชีพในการประกอบการงาน วิชาแพทย์ กฎหมาย บัญชีหรือวิชาชีพ อื่นใด ทำคำรับรองเป็น

เอกสารอันเป็นที่งั้น โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือ ประชาชน ต้องรับโทษทางอาญา (ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 269) เช่น แพทย์ ออกใบรับรองแพทย์ให้ผู้ให้บริการนำใบรับรองแพทย์ไปทำประกันชีวิตทั้งที่แพทย์นั้นรู้ถึงความจริงว่าผู้มาใช้บริการเป็นโรค ต้องห้ามในการห้ามทำประกันชีวิตแบบนี้ทำให้ผู้รับประกันเสียหาย แพทย์ต้องรับผิดทางอาญา

#### 3.4.4 ผู้ประกอบวิชาชีพรับผิดตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ

ผู้ประกอบวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสภาวิชาชีพหากผู้ประกอบวิชาชีพกระทำผิดจะมิบทกำหนดโทษบัญญัติไว้เป็นการเฉพาะในแต่ละพระราชบัญญัติวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพ สามารถแบ่งรายละเอียดออกเป็น 4 กลุ่มได้ ดังนี้

- 1) ห้ามผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทำการประกอบอาชีพ
- 2) ห้ามผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนการใช้ใบอนุญาตทำการประกอบวิชาชีพ
- 3) ห้ามมิให้ผู้ใดซึ่งมิได้รับปริญญา ประกาศนียบัตร หรือวุฒิปัตร์ในวิชาชีพไปใช้ให้บุคคลอื่นเข้าใจผิดว่าเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
- 4) ห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำหรือข้อความแสดงให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนมีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ ผู้ที่ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตต้องมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดของสภาวิชาชีพและสมาชิกภาพสิ้นสุดลงต้องส่งใบอนุญาตคืนภายในกำหนด หรือผู้ที่มิหน้าที่ส่งเอกสารวัสดุอื่นใดแล้วไม่จัดส่งต้องในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ที่ต้องแสดงบัตรประจำตัว หากไม่ปฏิบัติตามจะมีโทษปรับและโทษจำคุก

ผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการแก่ผู้ใช้บริการทำให้เกิดความเสียหายทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากสามารถดำเนินการได้ทั้งคดีแพ่งและอาญาแล้วนั้นผู้ประกอบวิชาชีพรับโทษตามที่พระราชบัญญัติวิชาชีพดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

#### 3.4.5 ความรับผิดทางปกครอง

ความรับผิดทางปกครองเป็นกฎหมายที่กำหนดหลักการใหม่เกี่ยวกับความรับผิดทางละเมิดแตกต่างไปจากที่บัญญัติอยู่ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์หากการละเมิดนั้นเจ้าหน้าที่ได้กระทำให้ขึ้นในการปฏิบัติหน้าที่การละเมิดตามหลักเกณฑ์ใหม่นี้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นหน่วยงานของรัฐจะรับภาระชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้ได้รับความเสียหายไปก่อน แต่หน่วยงานของรัฐจะมีสิทธิไล่เบี้ยเอาจากเจ้าหน้าที่หรือไม่และเพียงใดจำต้องพิจารณาว่าละเมิดนั้นได้เกิดขึ้นจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงของเจ้าหน้าที่ผู้นั้นหรือไม่และแม้ว่าจะมีสิทธิไล่เบี้ยเอาจากเจ้าหน้าที่ก็อาจจะไล่เบี้ยได้ไม่เต็มจำนวน และในกรณีที่การละเมิดเกิดจากเจ้าหน้าที่หลายคนก็จะใช้หลักกฎหมายเรื่องลูกหนี้ร่วมตามกฎหมายแพ่งมาใช้บังคับไม่ได้สำหรับ

ในกรณีที่การละเมิดมิได้เกิดขึ้นในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบเนื่องมาจากการละเมิดยังเป็นไปตามที่บัญญัติอยู่ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ดังนี้

1) ผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นเอกชน

ผู้ประกอบวิชาชีพที่อยู่ภายใต้การควบคุมของพระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพ จะมีคณะกรรมการวิชาชีพ มีอำนาจหน้าที่ ควบคุมให้ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายแก่ผู้มาใช้บริการหากมีการกระทำผิดของผู้ประกอบวิชาชีพคณะกรรมการสามารถออกคำสั่งอย่างใดอย่างหนึ่ง ถือเป็นการใช้อำนาจทางปกครองอาจเกิดความเสียหายได้ แบ่งความรับผิดชอบของฝ่ายปกครองในการชดเชยค่าเสียหายให้แก่เอกชนในกรณีที่สิทธิของเอกชนนั้นถูกกระทบจากการกระทำหรือการดำเนินการของฝ่ายปกครอง

ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับคณะกรรมการวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพมีอำนาจตามกฎหมาย กล่าวคือ สามารถออกข้อบังคับการกำหนดแผนการดำเนินงาน และงบประมาณของสภา การให้สมาชิกพ้นจากสมาชิกภาพ การวินิจฉัยชี้ขาดให้พักใบอนุญาตหรือให้เพิกถอนใบอนุญาตตามที่กฎหมายได้กำหนดและให้อำนาจไว้ หากสมาชิกไม่ปฏิบัติตามระเบียบ คำสั่ง ข้อตกลง หรือประพฤติดังจรรยาบรรณวิชาชีพ คณะกรรมการวิชาชีพสามารถมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ได้ ยกข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษ ว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาต มีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควรเพิกถอนใบอนุญาตเมื่อมีการกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะเป็นการใช้อำนาจทางปกครองสามารถแบ่งออกเป็น 3 กรณี

(1) ละเมิดที่เกิดจากการใช้อำนาจตามกฎหมายหรือมีลักษณะเป็นการใช้อำนาจทางปกครอง

(2) เป็นกรณีของการออกกฎหรือคำสั่งทางปกครอง

(3) เป็นกรณีละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติหรือปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวล่าช้าเกินสมควรทั้งสามกรณีที่ได้กล่าวมานั้น หากคณะกรรมการมีคำสั่งยกข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษ ว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาตมีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควรเพิกถอนใบอนุญาตอยู่ในอำนาจของศาลปกครอง

2) ผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

หากเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐและปฏิบัติงานหน่วยงานของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐทั้งเจ้าหน้าที่ที่นั่นสังกัดอยู่หรือไม่ก็ตาม การเรียกร้องให้เจ้าหน้าที่ที่กระทำละเมิดชดเชยค่าสินไหมทดแทน มาตรา 10 ได้บัญญัติให้นำ มาตรา 8 มาใช้บังคับโดยอนุโลม คือจะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากหน้าเจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดได้ เจ้าหน้าที่ดังกล่าวจะต้องกระทำด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้น ถ้าไม่ได้จงใจหรือกระทำ

โดยประมาทเลินเล่ออย่างธรรมดาจะเรียกให้เจ้าหน้าที่ซึ่งใช้คำสั่งใหม่ทดแทนไม่ได้ (พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542, มาตรา 9 (3)) ได้กำหนดว่าคดีที่พิพาทเกี่ยวกับการกระทำละเมิดหรือความรับผิดอย่างอื่นของหน่วยงานทางปกครองหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐอันเกิดจากใช้อำนาจตามกฎหมาย หรือจากกฎคำสั่งทางปกครองหรือคำสั่งอื่นดังนั้นเมื่อเจ้าหน้าที่ได้กระทำละเมิดเนื่องจากการกระทำในการปฏิบัติหน้าที่ไม่ว่าจะได้กระทำต่อผู้เสียหายหรือหน่วยงานของรัฐ ก็จะต้องฟ้องคดีที่ศาลปกครองโดยอาศัย มาตรา 9 (3) แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง เจ้าหน้าที่ได้กระทำละเมิดที่มีใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการกระทำละเมิดของเจ้าหน้าที่ได้รับความเสียหายสามารถฟ้องเจ้าหน้าที่ที่กระทำละเมิดได้โดยตรงจะฟ้องหน่วยงานของรัฐไม่ได้ เจ้าหน้าที่จะต้องรับผิดชอบเป็นการเฉพาะตัวเนื่องจากการทำละเมิด (พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, มาตรา 6) หน่วยงานของรัฐไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐที่เจ้าหน้าที่นั้นสังกัดอยู่หรือไม่ก็ตาม เมื่อเจ้าหน้าที่ไม่ได้กระทำละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่ มาตรา 10 บัญญัติไว้ให้บังคับตามบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ การฟ้องคดี เมื่อเจ้าหน้าที่ไม่ได้กระทำละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่จึงไม่อยู่ในบังคับของ มาตรา 9 (3) (พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 มาตรา 9 (3)) จึงไม่ใช่คดีที่อยู่ในอำนาจของศาลปกครองจึงต้องนำคดีไปฟ้องที่ศาลยุติธรรม และความรับผิดของผู้ประกอบวิชาชีพประพฤติดิจรรยาบรรณวิชาชีพหากพบว่ามีกรกระทำผิดความผิดจะมีแค่บทกำหนดโทษว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์พักใช้ใบอนุญาตมีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควร เพิกถอนใบอนุญาต ไม่มีการกำหนดวิธีการชดเชยค่าความเสียหายแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจะดำเนินการตามที่กฎหมายให้อำนาจโดยคณะกรรมการวิชาชีพแต่ละวิชาชีพจะเป็นผู้ดำเนินการ

### 3.5 หลักการเยียวยาความเสียหาย

การเยียวยาความเสียหาย หมายถึง ขั้นตอนและวิธีการเยียวยาความเสียหายให้กับผู้ที่ได้รับความเสียหายกลับสู่สภาวะปกติโดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 3.5.1 หลักการเยียวยา (Remedial Principle)

ประเทศไทยมีการนำระบบศาลยุติธรรมที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดมาตรฐานของพันธกรณีตามกฎหมายระหว่างผู้เสียหายกับผู้ให้บริการ การฟ้องคดีเป็นรายบุคคลผ่านกระบวนการศาลมักเป็นวิธีการที่ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้เสียหายได้อย่างสมบูรณ์ เมื่อพิจารณาถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงหลังความขัดแย้งศาลยุติธรรมก็มีศักยภาพในการไต่สวนคดีที่จำกัด นอกจากนั้น ในระหว่างการไต่สวนผู้เสียหายอาจจะต้องบอกกล่าวเล่ารายละเอียดการละเมิดที่เกิดขึ้น และในบางกรณีอาจจะต้องชี้ตัวผู้กระทำผิดคนนอกจากนั้นผู้เสียหายเหล่านี้ ซึ่งไม่มีเงินมากพอ

หรือไม่มีช่องทางเข้าถึงทนายความและศาลก็มักจะไม่ได้รับการเยียวยาแม้ว่าจะได้รับความเสียหายเท่ากับคนอื่น ๆ การเยียวยาจึงมีความสำคัญเพื่อช่วยเหลือผู้เสียหาย

การเยียวยาจำแนกออกเป็นสองลักษณะกล่าวคือ การเยียวยารายบุคคลและการเยียวยาแบบกลุ่มบุคคล การเยียวยาแบบบุคคลมุ่งเยียวยาแก้ไขปัจเจกบุคคล โดยเฉพาะการเยียวยาในลักษณะที่ไม่เป็นตัวแทนกรณีการทำให้อัตตาภิบาลเสื่อม การฟื้นฟูและการทำให้พอใจ การทำให้อัตตาภิบาลเสื่อมโดยมีเป้าหมายเพื่อหวนคืนหรือทำให้การกระทำที่ก่อให้เกิดการละเมิดเป็นโมฆะ (นิถุมน รัตนะรัต, 2558, หน้า 299) มาตรการการฟื้นฟู การชดเชยความเสียหายเป็นมาตรการการฟื้นฟู ที่รัฐจะต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนโดยส่วนใหญ่แล้วมักมีเพียงคำสั่งให้รัฐจ่ายค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟู มาตรการทำให้พอใจโดยคำวินิจฉัยของฝ่ายตุลาการของผู้ที่ถูกละเมิดหรือมาตรการการประกันว่าจะไม่กลับมากระทำผิดซ้ำอีกถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการเยียวยาความเสียหายที่มีใช้ตัวเงินเพื่อให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายกลับคืนสู่สภาพเดิมเท่าที่เป็นไปได้ให้มากที่สุด

การเยียวยาในลักษณะที่เป็นตัวเงิน หรือค่าสินไหมทดแทนและกำหนดเป็นความเสียหายที่ประเมินได้ทางเศรษฐกิจสามารถวัดได้บนฐานของความเท่าเทียมเป็นวิธีการที่ยอมรับในการประเมินความเสียหายในกฎหมายเปรียบเทียบเมื่อไม่มีตัวเลขที่ชัดเจน เป็นวิธีเพียงวิธีเดียวที่ใช้ประเมินความเสียหายจากการเจ็บป่วย ความโกรธ ความทรมาน ความกังวลใจ และสำหรับความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อชื่อเสียงและศักดิ์ศรีของบุคคล ค่าสินไหมทดแทนในเชิงเศรษฐกิจและสังคมเช่นการสูญเสียรายได้ ความเสียหายทางวัตถุ รวมถึงค่าใช้จ่ายทางกฎหมาย (นิถุมน รัตนะรัต, 2558, หน้า 300)

การเยียวยาในลักษณะที่เป็นตัวเงินค่าสินไหมทดแทนเป็นกรณีความเสียหายทางวัตถุและไม่ใช่ทางวัตถุแต่ที่แตกต่างจากสัญญาตัวบุคคลในแง่ที่เป็นการประเมินค่าเสียหายโดยภาพรวมทั้งชุมชนและสังคม การใช้ชีวิตและการจัดการความเป็นอยู่ของชุมชนและสังคมทรัพย์สินส่วนกลางของชุมชนและภาวะเศรษฐกิจโดยรวมของชุมชนนั้น ๆ การเยียวยาความเสียหายจากการใช้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพในประเทศไทยเมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแก่ผู้ใช้บริการการชดเชยเยียวยาความเสียหายให้แก่ผู้บริโภคนั้นเป็นหลักการสำคัญของการคุ้มครองผู้บริโภคโดยสิทธิที่สำคัญเกี่ยวกับการเยียวยาให้แก่ผู้บริโภค คือ สิทธิที่จะได้รับการชดเชยและเยียวยา (Right to Redress) อันถือเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์

สหพันธ์ผู้บริโภค (Consumers International: CI) ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร มีสมาชิกอยู่ทั่วโลกก็ได้กำหนดสิทธิผู้บริโภคไว้ว่าผู้บริโภคมีสิทธิในการได้รับค่าชดเชยในความเสียหายเช่นกันจากการพิจารณาเนื้อหาของกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทยที่ผ่านมา



ไม่มีกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคฉบับใดที่มีมาตรการการเยียวยาความเสียหายโดยตรงให้แก่ผู้บริโภค หากผู้บริโภคต้องการเยียวยาความเสียหายที่ได้รับจากการบริโภคสินค้าหรือบริการ

จนกระทั่งประเทศไทยได้นำระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด (No - fault Compensation System) ในการชดเชยจากการรับบริการสาธารณสุขของประเทศนับแต่ปี พ.ศ. 2540 สิทธิในการรับบริการทางสาธารณสุข ซึ่งได้กำหนดให้การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยได้มีการบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ถือเป็นการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของไทยเป็นครั้งแรก ทำให้ประชาชนชาวไทยสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ของประเทศได้รับการพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับในระดับสากล แต่อย่างไรก็ตาม ปรากฏว่ายังมีการฟ้องร้องผู้ให้บริการทั้งทางแพ่งและทางอาญากันอยู่เนือง ๆ จะด้วยวิธีการรักษาพยาบาลที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง ทำให้โอกาสที่จะมีความผิดพลาดในการดูแลรักษาพยาบาลเกิดมากขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาเมื่อเกิดความผิดพลาดหรือความเสียหาย ผู้เสียหายก็จะดำเนินการเพื่อขอรับค่าชดเชยจากผู้ให้บริการสาธารณสุข

การฟ้องร้องทางแพ่งนอกเหนือจากการดำเนินคดีอาญาเพื่อคุ้มครองสิทธิในชีวิต ร่างกาย และจิตใจผู้เสียหายก็มักจะนำคดีไปฟ้องต่อศาลเป็นคดีแพ่งหรือคดีละเมิดเพื่อให้ได้รับการเยียวยาความเสียหายโดยการฟ้องร้องทางศาลถือเป็นช่องทางหลักของผู้เสียหายในการเรียกร้องค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุข พยานหลักฐานได้เองและนอกจากนี้ “ค่าสินไหมทดแทน” เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการฟ้องคดีแพ่งความหมายของค่าสินไหมทดแทน คือ “สิ่งที่ให้หรือการกระทำที่ทำเพื่อชดใช้หรือทดแทน ความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ทรัพย์สินหรือบุคคล อันเนื่องมาจากการละเมิดหรือการผิดสัญญา รวมทั้งการคืนทรัพย์สินให้แก่ผู้เสียหายด้วย” (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554, หน้า 253) คำว่า “ใช้ค่าสินไหมทดแทน” อาจแปลได้ว่า “ทำการทดแทนเพื่อความเสียหาย” ซึ่งจะทำให้มีความหมายกว้างกว่าการคืน ค่าเสียหายหรือการคืนหรือใช้ราคาทรัพย์สินและมีกรณีเป็นอันมากที่ไม่ใช่เรื่องจะต้องคืนหรือใช้ราคา หรือค่าเสียหาย เช่น ละเมิดนำสิ่งของไปวางบนที่คืนของผู้อื่น หรือละเมิดปิดกั้นทางโดยไม่มีสิทธิ

ประเภทของค่าเสียหาย แบ่งได้เป็น 2 กรณี ดังนี้

กรณีที่หนึ่งแบ่งตามความมุ่งหมาย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) ค่าเสียหายแบบค่าสินไหมทดแทน (Compensatory Damage) คือ ค่าเสียหายที่เกิดกับผู้เสียหายจริง ซึ่งผู้กระทำละเมิดจะต้องชดใช้ให้แก่ผู้เสียหายเป็นการเยียวยา ความเสียหายนั้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เสียหายกลับคืนสู่ฐานะเดิมก่อนมีการละเมิดให้ได้มากที่สุด ค่าเสียหายประเภทนี้มีทั้งค่าเสียหายที่คำนวณเป็นเงินได้และค่าเสียหายที่คำนวณเป็นเงินไม่ได้

2) ค่าเสียหายเชิงลงโทษ (Punitive Damage) คือ ค่าเสียหายซึ่งเกิดขึ้น เพิ่มเติมจากความเสียหายและนอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องปราม การกระทำละเมิด ที่มีพฤติการณ์รุนแรง

กรณีที่สองแบ่งตามลักษณะและความเสียหาย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) ค่าเสียหายที่คำนวณเป็นเงินได้ (Compensatory Damages or Pecuniary Damages) เป็นค่าเสียหายในทางทรัพย์สินหรือวัตถุซึ่งเกิดจากการทำให้สิทธิที่สามารถแลกเปลี่ยน หมุนเวียน โอนขายเป็นเงินได้หรือมีมูลค่าทางเศรษฐกิจหรือทรัพย์สินทั้งที่มีรูปร่างและไม่มีรูปร่าง ที่อาจมีราคา และถือเอาได้ต้องเสียหายเสื่อมสลายไปหรือด้อยค่าลง และทรัพย์สินหรือสิทธิเหล่านั้น มีฐานที่มาที่สามารถคิดกลับไปเป็นเงินได้หรือสามารถเปรียบเทียบหรือพิสูจน์หรือคิดเป็นตัวเงิน เพื่อชดใช้หรือทดแทนให้ผู้เสียหายคืนสู่ฐานะเดิมได้และจัดอยู่ในประเภทค่าเสียหายแบบค่าสินไหม ทดแทน เช่น ทำให้รถยนต์ของเขาสูญหายไปทั้งคันก็ต้องชดใช้ราคารถยนต์คันนั้น หรือทำให้รถยนต์ เขาเสียหายก็ต้องชดใช้ราคาค่าซ่อมแซม ถ้าต้องใช้เวลาในการซ่อมแซมรถยนต์ก็ต้องชดใช้ค่าขาด การใช้ประโยชน์ในระหว่างที่ซ่อมแซม และถ้าความเสียหายนั้นทำให้รถยนต์ต้องเสื่อมราคาลง กล่าวคือ มีราคาน้อยลงจากก่อนหน้าที่จะเสียหายไปเท่าใดก็ต้องชดใช้ราคาที่ลดน้อยลงไปในอีกด้วย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ทำละเมิดต้องชดใช้ค่าเสียหายให้แก่ผู้เสียหายดังตัวอย่างข้างต้นแล้ว ค่าเสียหายที่คำนวณเป็นเงินได้ยังรวมถึงผลประโยชน์และกำไร รวมทั้งดอกเบี้ยที่ควรจะได้ ซึ่งผู้เสียหาย ต้องขาดหายไปเพราะการละเมิด หากเป็นความเสียหายที่แน่นอนและเป็นผลโดยตรง ที่เกิดจากการละเมิดแล้ว ผู้ละเมิดต้องรับผิดชอบในส่วนนี้ด้วย

2) ค่าเสียหายที่คำนวณเป็นเงินไม่ได้ (Aggravated Damages or Non-Pecuniary Damages) เป็นค่าเสียหายต่อสิทธินอกกองทรัพย์สิน ซึ่งเกิดจากการทำให้สิทธิที่ไม่สามารถแลกเปลี่ยน หมุนเวียน โอนขายเป็นเงินได้หรือไม่มีมูลค่าทางเศรษฐกิจได้รับความเสียหาย โดยสิทธิเหล่านี้ไม่มีฐานที่มาที่สามารถคิดกลับไปเป็นเงินได้หรือไม่สามารถเปรียบเทียบหรือพิสูจน์ หรือคิดเป็นตัวเงินเพื่อชดใช้หรือทดแทนให้ผู้เสียหายคืนสู่ฐานะเดิมได้เลย ส่วนหนึ่งเป็นความเสียหาย ทางจิตใจหรือทางสังคม เช่น ละเมิดทำเสียงอึกกระทึกโครม อันเป็นการรบกวนทำให้ผู้เสียหาย เสียสมาธิเพราะไม่มีความสงบ จะเห็นได้ว่า ผู้เสียหายไม่ได้รับความเสียหายอย่างอื่นเลย แต่การขาดความสงบจนเสียสมาธิดังกล่าวถือว่าเป็นความเสียหายแล้ว และความเสียหายดังกล่าวนี้ไม่มีทางใดที่จะคิดค่าเสียหายเป็นเงินได้เลย เป็นต้น (นิพนธ์กุล อศวชิน, 2552, หน้า 21-23)

นอกเหนือจากนี้การไต่ถามคดีประณีประนอมโดยจากสถิตินับแต่ปี พ.ศ. 2535-2554 พบว่า มีคดีที่ยื่นฟ้องสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 169 คดีเป็นคดีแพ่ง 126 คดีคดีอาญา 14 คดีและคดีผู้บริโภค 39 คดีและมีจำนวนเงินที่มีการเรียกร้องเพื่อชดเชยความเสียหายประมาณ

860 ล้านบาท (ดวงกมล สุจิรวัดนากุล, หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ, 2553) แม้ว่ากรฟองร้องทางศาลจะสามารถแก้ปัญหาความขัดแย้ง และสามารถลงโทษผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่ประมาทเลินเล่อได้ แต่กระบวนการต่อสู้ทางศาลก็อาจสร้างภาระให้แก่ผู้เสียหายหลายประการ ทั้งในเรื่องของภาระค่าใช้จ่าย ระยะเวลาการดำเนินคดีที่ยาวนาน ตลอดจนความยากลำบากในการพิสูจน์พยานหลักฐานเพื่อหาสาเหตุของความเสียหายหรือเพื่อยืนยันความผิดพลาดของผู้ให้บริการ ดังนั้น เพื่อแก้ไขสภาพปัญหาดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2551 จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดให้โจทก์สามารถฟ้องคดีต่อศาลด้วยวาจา และแม้ไม่มีทนายความก็สามารถดำเนินคดีได้โดยจะมีเจ้าหน้าที่ของศาลเป็นผู้ช่วยเหลือรวมทั้งยังได้มีการนำระบบไต่สวนมาใช้ทำให้ศาลมีอำนาจในการแสวงหา

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของหลักการเยียวยาในประเทศไทยมีการนำระบบศาลยุติธรรมระหว่างผู้เสียหายกับผู้ให้บริการการฟ้องคดีเป็นผ่านกระบวนการศาลมักเป็นวิธีการที่ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้เสียหายได้อย่างสมบูรณ์ พบว่า ปัญหาการถูกละเมิดจากการใช้บริการของผู้บริโภคจากผู้ประกอบวิชาชีพมีหลายประเด็น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องผลักดันให้เกิดการคุ้มครองและเยียวยาความเสียหายจากผู้ประกอบวิชาชีพ

### 3.5.2 หลักการให้บริการ (Service Principle)

เมื่อกล่าวถึงคำว่า “บริการ (Services)” ในความหมายทั่วไปจะเป็นการปฏิบัติรับใช้หรือให้ความสะดวกต่าง ๆ ฉะนั้นการให้บริการจึงเป็นงานหรือกิจกรรมอย่างหนึ่งที่บุคคลหนึ่งกระทำให้แก่อีกบุคคลหนึ่งการให้บริการจึงต้องมีบุคคลสองฝ่ายที่เรียกว่า “ผู้ให้บริการ” กับ “ผู้มารับบริการ” และหากกล่าวถึงการบริการในความหมายทางธุรกิจจะหมายถึง การกระทำหรือดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลหรือองค์กรให้ได้รับความพึงพอใจสมความมุ่งหมายที่บุคคลหรือองค์กรนั้นต้องการ เนื่องจากผลสำเร็จของการบริการขึ้นอยู่กับ “ความพึงพอใจ” ซึ่งเป็นเรื่องของ “ความรู้สึก” ไม่มีหน่วยวัด นิยามของคำว่าบริการจึงขึ้นอยู่กับกรพยายามอธิบายเพื่อให้เข้าใจตรงกันงานบริการทางธุรกิจที่มีค่าตอบแทนจึงเป็นกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ต้องการใช้บริการ ผู้บริโภค ลูกค้า ผู้รับบริการ กับผู้ให้บริการ เจ้าของกิจการ พนักงานงานบริการ ระบบการจัดการบริการในการที่จะตอบสนองความต้องการอย่างใดอย่างหนึ่งให้บรรลุผลสำเร็จ (จิตตินันท์ เดชะคุปต์, 2549, หน้า 7) และความหมายของ “บริการ” ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มาตรา 3 บัญญัติไว้ว่า “การรับจัดทำกรงาน การให้สิทธิใด ๆ หรือการให้ใช้หรือให้ประโยชน์ในทรัพย์สินหรือกิจการใด ๆ โดยเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่นแต่ไม่รวมถึงการจ้างแรงงานตามกฎหมายแรงงาน” วีระพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์ ให้ ความหมายของ “บริการ” คือ

พฤติกรรม กิจกรรม การกระทำที่บุคคลหนึ่งทำให้หรือส่งมอบอีกบุคคลหนึ่ง โดยมีเป้าหมายและมีความตั้งใจในการส่งมอบอันนั้น (วีระพงษ์ เกลิมจิระรัตน์, ออนไลน์, 2562)

หลักของการให้บริการนั้นต้องสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลส่วนใหญ่ได้ แต่ขณะเดียวกันก็ต้องดำเนินการไปโดยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเท่าเทียมกันทุกคน ทั้งยังให้ความสะดวกสบายไม่สิ้นเปลืองทรัพยากร และไม่สร้างความยุ่งยากให้แก่ผู้ใช้บริการมากจนเกินไป โดยการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากที่สุด คือ การให้บริการที่ไม่คำนึงถึงตัวบุคคลหรือเป็นการให้บริการที่ปราศจากอารมณ์ไม่มีความชอบพอ การบริการที่ประสบความสำเร็จจะต้องประกอบด้วยปัจจัย 10 ประการ (รัชชา กุลวานิชไชยนันท์, ออนไลน์, 2562) ดังนี้ ความเชื่อถือได้ (Reliability) ประกอบด้วย ความสม่ำเสมอ (Consistency) ความพึ่งพาได้ (Dependability) การตอบสนอง (Responsive) ความสามารถ (Competency) การเข้าถึงบริการ (Access) ความสุภาพอ่อนโยน (Courtesy) การสื่อสาร (Communication) ความซื่อสัตย์ (Credibility) คุณภาพของงานบริการมีความเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ ความมั่นคง (Security) ประกอบด้วย ความปลอดภัยทางกายภาพ เช่น เครื่องมือและอุปกรณ์ ความเข้าใจ (Understanding)

งานด้านการบริการนี้อาจจัดจำแนกลักษณะงานแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ออนไลน์, 2562) คือ

1) การบริการที่ไม่ได้มุ่งหวังสิ่งตอบแทนทางธุรกิจ หัวใจหลักอยู่ที่การดำเนินการเหล่านั้นเกิดจากความเอาใจใส่ปรารถนาการเป็นผู้ให้ความสุขแก่ผู้อื่น ด้วยความรู้สึกรู้สึกเอื้ออาทร มีน้ำใจไมตรี อยากช่วยเหลือให้ผู้อื่นสมประสงค์ในสิ่งที่ต้องการโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนใด ๆ นอกจาก “ความสุขใจที่เห็นคนที่เรารักมีความสุข” การบริการแนวนี้มีความเป็นนามธรรมจับต้องไม่ได้ แต่แน่นอน แม้ไม่ใช่ธุรกิจแต่ก็มีการลงทุน ลงแรงกาย แรงใจ และบางครั้งแม้แต่แรงทรัพย์ที่มุ่งทำเพื่อคนอื่น

2) การบริการที่หวังผลตอบแทนทางธุรกิจ หรือเรียกว่า ธุรกิจการบริการ ไม่มีตัวสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่จับต้องได้ แต่อาศัยธรรมชาติของมนุษย์ที่อยากได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้อื่นเพื่อก่อให้เกิดความสุขไม่ว่าจะเป็นในด้านความสนุกสนาน ความบันเทิง ความสวยงาม สุขภาพแข็งแรง ธุรกิจการบริการจึงคิดต่อยอดจากความต้องการของมนุษย์ กลายมาเป็นธุรกิจการท่องเที่ยว รักษาพยาบาล คมนาคมขนส่ง สื่อสาร ความงาม สุขภาพ การศึกษา บันเทิง สปา ลดความอ้วน ฯลฯ และวิชาชีพที่ต้องมีใบอนุญาตในการให้บริการ

หลักในการให้บริการแก่ประชาชนผู้มาติดต่อที่เรียกว่า ผู้รับบริการจะต้องตอบสนองความต้องการของคนหลายกลุ่มการให้บริการขององค์กรหรือหน่วยงานในภาครัฐหรือเอกชนเป็นลักษณะงานที่ต้องมีการติดต่อประสานสัมพันธ์กับประชาชนที่ขอรับบริการ โดยตรงเพื่อให้ประชาชน

ผู้ขอรับบริการได้รับ ความสะดวก รวดเร็ว (สุนันทา ทวีผล, 2550, หน้า 13-14) กล่าวถึงการให้บริการสรุปได้ดังนี้

1) หลักความสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลส่วนใหญ่ กล่าวคือ ประโยชน์และบริการที่องค์กรจัดให้นั้นจะต้องตอบสนองความต้องการของบุคคลเป็นส่วนใหญ่หรือทั้งหมด มิใช่เป็นการจัดให้แก่บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ มิฉะนั้นแล้วนอกจากจะไม่เกิดประโยชน์สูงสุดในการเอื้ออำนวยประโยชน์และบริการแล้วยังไม่คุ้มค่ากับการดำเนินงานนั้น ๆ

2) หลักความสม่ำเสมอ กล่าวคือ การให้บริการต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมิใช่ทำ ๆ หยุด ๆ ตามความพอใจของผู้บริการหรือผู้ปฏิบัติ

3) หลักความเสมอภาค บริการที่จัดนั้นจะต้องให้แก่ผู้มาใช้บริการทุกคนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

4) หลักความประหยัด ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการบริการจะต้องไม่มากจนเกินกว่าผลที่จะได้รับ

5) หลักความสะดวก บริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะปฏิบัติได้ง่าย สะดวก สบาย สิ้นเปลืองทรัพยากรไม่มากนัก ทั้งยังไม่เป็นการสร้างภาระ ยุ่งยากใจให้แก่ผู้บริการหรือผู้ใช้บริการมากจนเกินไป (สุนันทา ทวีผล, 2550, หน้า 13-14) สรุปได้ว่า การให้บริการประชาชนที่ดี ควรเป็นการให้บริการแบบครบถ้วนสมบูรณ์เป็นการพัฒนาระบบการให้บริการและทัศนคติ วิธีคิด วิธีทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพที่มีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนได้รับบริการที่ควรจะได้รับอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการมุ่งที่จะให้บริการในเชิงส่งเสริมและสร้างทัศนคติและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตลอดจนเป็นการให้บริการที่มีความถูกต้องชอบธรรม สามารถตรวจสอบได้สร้างความเสมอภาคทั้งในการให้บริการและในการที่จะได้รับบริการทำให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด

จากการแนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการ เป้าหมายของการให้บริการนั้น คือ การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการ ดังนั้นการที่จะวัดการให้บริการว่าจะบรรลุเป้าหมายหรือไม่นั้น วิธีหนึ่งคือ การวัดความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ เพราะการวัดความพึงพอใจนี้ เป็นการตอบคำถามว่าหน่วยงานมีหน้าที่ให้บริการมีความสามารถสนองต่อความต้องการของประชาชนได้หรือไม่เพียงใด อย่างไร พอสรุปความหมายของการบริการได้ว่าเป็นการปฏิบัติรับใช้เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นของลูกค้าหรือคนที่มาขอรับบริการ บริการเป็นสิ่งที่ไม่สามารถสัมผัสจับต้องได้หรือแสดงความเป็นเจ้าของได้ แต่สามารถที่จะถูกรับรู้ในเชิงความพึงพอใจและสามารถช่วยรักษาลูกค้าไว้ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของหลักการให้บริการนอกจากการให้บริการ สาธารณสุขที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐและยังมีการให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโรงพยาบาลของเอกชน ที่ได้รับอนุญาตจากรัฐให้ทำการเปิดสถานประกอบการได้เป็นการให้บริการด้านสาธารณสุข ให้มีความทั่วถึงและเพียงพอต่อความต้องการประชาชนพิจารณาควบคู่กับการบริการสาธารณะ (Public Service) เมื่อเกิดความเสียหายจากการรับบริการจากโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับอนุญาต ให้เปิดให้บริการจะได้รับการคุ้มครองและเยียวยาภายหลังที่มีการจัดตั้งกองทุนคุ้มครองความเสียหาย เบื้องต้นจากการบริการสาธารณสุข

### 3.5.3 หลักจรรยาบรรณวิชาชีพ (Occupation Ethical Principle)

เมื่อกล่าวถึงการประกอบวิชาชีพเมื่อกล่าวถึงจรรยาบรรณ พจนานุกรมฉบับ ราชบัณฑิตยสถานได้ให้ความหมายของคำว่า “จรรยาบรรณ” ไว้ดังนี้ “จรรยาบรรณ หมายถึง ประมวลความประพฤติที่ผู้ประกอบอาชีพการงานแต่ละอย่างกำหนดขึ้น เพื่อรักษาและส่งเสริม เกียรติคุณชื่อเสียงและฐานะของสมาชิก อาจเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ได้” (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525, สำนักงาน ก.พ., 2541, หน้า 44) จรรยาบรรณวิชาชีพ หมายความว่า ความประพฤติที่ปราศจากการควบคุมจะไม่ก่อให้เกิดความเป็นระเบียบเรียบร้อย ความดีงาม ความสงบสุขและความเจริญในตัวคน ดังนั้นในกิจการและในสังคมจึงต้องมีการควบคุมความประพฤติ โดยกำหนดกฎเกณฑ์สำหรับยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ ในภาษาวิชาการเรียกว่า “ปทัสถาน” หรือ “บรรทัดฐาน” หรือศัพท์ทางปรัชญาเรียกว่า “จริยธรรม” (อาลัย อิงคะวณิช, 2523, หน้า 33)

รูปแบบในวงการวิชาชีพ ถ้าเป็นข้อกำหนดกฎเกณฑ์อันเป็นปทัสถานสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพนั้น ๆ ยึดถือปฏิบัติเรียกว่า “จรรยาบรรณ” ถ้าเป็นลักษณะเชิงพฤติกรรมที่มีอยู่ในผู้ประกอบวิชาชีพหรือเป็นการแสดงออกมาจากตัวคนเรียกว่า “จรรยา” (ประวิณ ณ นคร, 2527, หน้า 3) รูปแบบในวงงานหรือในหมู่คน ถ้าเป็นข้อกำหนดกฎเกณฑ์อันเป็นปทัสถานสำหรับคน ในวงงานหรือหมู่เหล่านั้นยึดถือปฏิบัติเรียกว่า วินัย และที่เป็นลักษณะเชิงพฤติกรรมที่แสดงออกมา ของคนในวงงานหรือในหมู่เหล่านั้น ก็เรียกว่าวินัย เช่นกัน สรุปรูปแบบของจรรยาบรรณก็คือ รูปแบบหนึ่งของจริยธรรมในวงการวิชาชีพเป็นข้อกำหนดกฎเกณฑ์ให้ผู้ประกอบวิชาชีพยึดถือปฏิบัติ ไม่ใช่เป็นการบังคับโดยเด็ดขาด แต่ผลสัมฤทธิ์หรือเป้าหมายของจรรยาบรรณและศักดิ์ศรีของผู้ประกอบ วิชาชีพโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อคนและเพื่องาน ดังนั้นในแต่ละวิชาชีพจึงได้กำหนดจรรยาบรรณมา กำหนดบทบาทหน้าที่และพฤติกรรมของสมาชิกในวงการวิชาชีพ

จรรยาบรรณวิชาชีพจึงมีความสำคัญผู้ที่ประกอบวิชาชีพเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝน มีความรู้ความชำนาญสูงเกินกว่าคนธรรมดาสามัญ เมื่อเป็นเช่นนั้นจึงมีโอกาที่จะใช้วิชาความรู้ ของตนเพื่อหาประโยชน์โดยที่ประชาชนทั่วไปไม่รู้เท่าทัน เช่น แพทย์อาจรักษาผู้ป่วยแบบเลียงไข

ตำรวจอาจใช้ตำแหน่งหน้าที่กลั่นแกล้งประชาชนเพื่อแลกกับผลประโยชน์ หรือสินบน ครูก็อาจเบียดเบียนหาผลประโยชน์จากศิษย์ ซึ่งตัวอย่างมีให้เห็นในปัจจุบัน ในที่สุดสังคมก็เรียกร้องจริยธรรมจากผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งได้มีการกำหนดขึ้นจากองค์กรหรือสมาคมวิชาชีพนั้น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญอยู่ 3 ประการ ได้แก่ 1) เป็นแนวทางให้ผู้ประกอบวิชาชีพยึดถือปฏิบัติอย่างถูกต้อง 2) เพื่อให้วิชาชีพในฐานะได้รับการยอมรับและยกย่องจากสังคม 3) เพื่อผดุงเกียรติยศและศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ

จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของจรรยาบรรณวิชาชีพและมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่วิชาชีพต่าง ๆ จะต้องมีการจรรยาบรรณของตนเองจรรยาบรรณเป็นเครื่องมืออันสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีหลักการและแนวทางปฏิบัติตามที่ถูกต้องเหมาะสมอันจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน จึงมีกำหนดหลักความสำคัญจรรยาบรรณวิชาชีพดังนี้ 1) ความรักความศรัทธาในอาชีพ 2) ความซื่อสัตย์สุจริต 3) การให้ความเคารพต่อกฎระเบียบข้อบังคับหรือจรรยาบรรณในอาชีพ 4) ยกย่องให้เกียรติผู้ร่วมวิชาชีพ 5) การรวมกลุ่มเพื่อสร้างความมั่นคงในวิชาชีพ (เอกพันธ์ ปัดถาวโร, ออนไลน์, 2555)

การกำหนดจรรยาบรรณของวิชาชีพต่าง ๆ นั้นโดยมากแล้วจะมีการกำหนดจรรยาบรรณโดยยึดหลักของคุณธรรม จริยธรรมได้สรุปเกณฑ์ในการกำหนดมาตรฐานจรรยาบรรณไว้ 3 มาตรฐานคือ

1) ประโยชน์นิยม คือ การถือเอาประโยชน์ที่ได้รับเป็นเกณฑ์หากพฤติกรรมใดให้ก่อให้เกิดประโยชน์ยิ่งใหญ่และมีผลดีต่อสังคมอย่างกว้างขวางถือว่าเป็นมาตรฐานแห่งจรรยาบรรณ

2) ศักดิ์นิยม ถือว่าจรรยาบรรณคือความดีสากลซึ่งไม่อาจเปลี่ยนแปลงตามประโยชน์ของผู้ใดความดีสากลนี้ส่วนใหญ่จะถูกกำหนดโดยศาสนาต่าง ๆ

3) มนุษยธรรมนิยม ถือว่าสิ่งที่เรียกว่าจรรยาบรรณคือการกระทำใด ๆ ที่เป็นไปเพื่อคุณภาพของความเป็นมนุษย์ เช่น การพัฒนาประสิทธิภาพ สติปัญญา ความสามัคคีความเป็นอยู่และความเป็นธรรม เป็นต้น นั่นคือ แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานจรรยาบรรณที่ปรากฏอยู่ในโลก ขณะนี้จากมาตรฐานจรรยาบรรณต่าง ๆ นั้นถูกนำมาบัญญัติเป็นกฎบัตรจรรยาบรรณเพื่อเป็นแบบฉบับของพฤติกรรมอันพึงประสงค์

กล่าวโดยสรุป จรรยาบรรณในวิชาชีพเป็นประมวลมาตรฐานความประพฤติที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องประพฤติปฏิบัติ เป็นแนวทางให้ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติอย่างถูกต้องเพื่อผดุงเกียรติและสถานะของวิชาชีพนั้นก็ได้ผู้กระทำผิดจรรยาบรรณจะต้องได้รับโทษโดยว่ากล่าว ตักเตือน ถูกพักงานหรือถูกยกเลิกใบประกอบวิชาชีพได้ซึ่งจรรยาบรรณในวิชาจะเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะจำแนกอาชีพว่าเป็นวิชาชีพหรือไม่อาชีพที่เป็น “วิชาชีพ” นั้นกำหนดให้มีองค์กรรองรับ และมีการ

กำหนดมาตรฐานของความประพฤติของผู้อยู่ในวงการวิชาชีพซึ่งเรียกว่า “จรรยาบรรณ” ส่วนลักษณะ “วิชาชีพ” ที่สำคัญคือ เป็นอาชีพที่มีศาสตร์ชั้นสูงรองรับ นอกจากนี้จะต้องมีองค์กรหรือสมาคมวิชาชีพ ตลอดจนมี “จรรยาบรรณในวิชาชีพ” เพื่อให้สมาชิกในวิชาชีพดำเนินชีวิตตามหลักมาตรฐานดังกล่าว หลักที่กำหนดใน จรรยาบรรณวิชาชีพทั่วไป คือ แนวความประพฤติปฏิบัติที่มีต่อวิชาชีพต่อผู้เรียน ต่อตนเองและต่อสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของหลักจรรยาบรรณวิชาชีพนอกจากความเสียหายที่ผู้ประกอบการวิชาชีพได้กระทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการตามที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น” ซึ่งเป็นกระบวนการเรียกร้องความรับผิดชอบตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายเบื้องต้นจากการบริการของผู้ประกอบวิชาชีพ และยังมีผลกระทบของผู้ประกอบวิชาชีพอีกประการหนึ่งที่ทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการ กล่าวคือการกระทำผิดจรรยาบรรณวิชาชีพเมื่อเกิดความเสียหายขึ้นผู้เสียหายจะต้องดำเนินการผ่านสภาวิชาชีพ ทั้ง 7 สภาวิชาชีพที่ควบคุมดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพ รายละเอียดจะนำไปวิเคราะห์ในบทที่ 4 ต่อไป

### 3.5.4 ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด (No-fault liability compensation system)

ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด คือ การมุ่ง “ชดเชยความเสียหาย” อย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยเหลือเยียวยาอย่างทันที่เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความทุกข์ทรมานจากโรคหรือความเจ็บป่วยอยู่แล้ว มีการชดเชยอย่างเป็นธรรมอันเนื่องมาจากมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ประเทศไทย ภาครัฐเริ่มสร้างระบบการชดเชยความเสียหายในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งมีสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กั้นเงินงบประมาณที่ได้รับร้อยละ 1 เป็นเงินกองทุนสำหรับช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

แม้ประเทศไทยจะมีการนำระบบนี้มาใช้หลายปีแล้ว แต่ก็ยังไม่เป็นที่รู้จักกันแพร่หลาย เพราะยังมีข้อจำกัดอยู่กับเฉพาะผู้ป่วยที่สังกัดกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยในสังกัดอื่น เช่น กองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม ยังคงไม่ได้รับความคุ้มครอง no-fault system จะขยายความคุ้มครองไปถึงผู้ป่วยในกองทุนนิวซีแลนด์ เป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศแรก ๆ ที่นำระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดมาใช้ โดยรับแนวคิดจากสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1900 (พ.ศ. 2443) เริ่มจากการชดเชยให้คนงานเป็นอันดับแรก ภายใต้ข้อบังคับใน พระราชบัญญัติชดเชยแรงงาน (Worker Compensation Act) โดยจ่าย



ค่าชดเชยเป็นรายสัปดาห์ ต่อมาก็ขยายไปยังผู้ที่ไม่อยู่ในภาวะจ้างงานและผู้ได้รับอุบัติเหตุจากการไช้ถนน แต่นั่นก็ยังถือเป็น No-fault system อย่างไม่เป็นทางการ ระบบอย่างเป็นทางการมาเริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1974 (พ.ศ. 2517) เมื่อกฎหมายชดเชยผู้ประสบอุบัติเหตุ (Accidental Compensation Act) ระบุให้มีการชดเชยการบาดเจ็บของบุคคลที่เกิดจากอุบัติเหตุ โดยถือว่าการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์เป็นอุบัติเหตุอย่างหนึ่ง พร้อมกับการขยายการครอบคลุมของพระราชบัญญัติชดเชยผู้ประสบอุบัติเหตุ ได้มีการตั้งหน่วยงานที่เรียกว่า Accident Compensation Corporation (ACC) ขึ้นมาเพื่อรับผิดชอบดูแลเรื่องการจ่ายเงินชดเชยงบประมาณของ ACC มาจากหลากหลายแหล่ง ส่วนหนึ่งมาจากภาษีหัก ณ ที่จ่าย ที่รัฐบาลจัดสรรมาให้ ส่วนผู้ที่ไม่มีรายได้ รัฐบาลก็จะเป็นคนจ่ายเงินสมทบตรงนี้แทน มีเงินสมทบจากส่วนของนายจ้าง บางส่วนมาจากภาษีน้ำมัน

สถานการณ์ที่ให้จ่ายเงินชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด มีแนวโน้มจะทำให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์ มีแนวโน้มที่จะบันทึกรายงานความผิดพลาดทางการแพทย์ที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งจะทำการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาได้ดีกว่าการให้บริการในบรรยากาศของการฟ้องร้องตามกฎหมาย

ต่อมาปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) รัฐบาลได้ออกกฎหมายใหม่ชื่อว่า Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002 (พ.ศ. 2545) ให้มีความสำคัญกับการป้องกันการบาดเจ็บและการส่งต่อของข้อมูลข่าวสาร โดยกำหนดให้ ACC ต้องส่งข้อมูลความผิดพลาดให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วย นอกจากนี้ยังมีการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือแบบเงินก้อนขึ้นใหม่ด้วยสำหรับการบาดเจ็บหรือสูญเสียถาวร

ตามกฎหมายใหม่นี้กำหนดการบาดเจ็บที่เข้าข่ายอุบัติเหตุทางการแพทย์ไว้ดังนี้ Medical Misadventure หรือ การบาดเจ็บที่เกิดจากขั้นตอนการรักษา หรือการแสวงหาการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ลงทะเบียน หรือจากคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพที่ลงทะเบียน และจะต้องเป็นการบาดเจ็บที่เกิดจาก Medical error หรือ Medical mishap Medical error หมายถึง ความผิดพลาดของบุคลากรทางสุขภาพที่ลงทะเบียน ในการหาวิธีการรักษาและรักษาที่สมเหตุสมผลที่ถูกคาดหวังในสถานการณ์นั้น ๆ Medical mishap หมายถึง ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโดยบุคลากรสุขภาพที่ลงทะเบียนแล้ว และเป็นผลข้างเคียงที่มีโอกาสเกิดได้น้อยมาก (ไม่เกินร้อยละ 1) และเป็นผลข้างเคียงที่รุนแรง (เสียชีวิต พักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่า 14 วัน หรือมีการบาดเจ็บต่อเนื่องมากกว่า 28 วัน) เมื่อผู้ป่วยได้รับความเสียหายตามที่ระบุข้างต้น ก็จะสามารถร้องเรียนไปยัง ACC เพื่อขอรับเงินชดเชยได้ โดยจะมีการพิจารณาคำร้อง และการประเมินการชดเชยตามระเบียบที่วางไว้ ซึ่งเมื่อตกลงรับเงินชดเชยแล้วจะต้องงดเว้นการใช้สิทธิในการฟ้องร้องคดีของตนเอง

นับตั้งแต่มีการนำระบบการชดเชยแบบไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดมาใช้ พบว่าค่าใช้จ่ายในการชดเชยในภาพรวม ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975-1989 (พ.ศ. 2518-2532) สูงขึ้นประมาณร้อยละ 20 ต่อปี โดยสูงกว่าค่าชดเชยโดยระบบศาล นอกจากนี้พบว่าระหว่างปี ค.ศ. 1992-2002 (พ.ศ. 2535-2545) มีการร้องเรียนการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ประมาณ 20,000 ราย และได้รับการชดเชยประมาณร้อยละ 40 โดยการรักษาทางศัลยกรรมทั่วไปจะมีการร้องเรียนมากที่สุด รองลงไปคือสาขาวิทยาศาสตร์ ออร์โธปิดิก ทันตกรรม สูติศาสตร์ และหัตถกรรมทั่วไป แต่การร้องเรียนที่ต้องจ่ายเงินชดเชยมากที่สุดกลับเป็นสาขาสูติกรรม

แม้ ACC จะจ่ายเงินชดเชยโดยไม่มี การพิสูจน์ถูกผิด แต่ก็พบว่าข้อบังคับที่ทำให้ ACC ต้องส่งรายงานความผิดพลาดให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ ก็ส่งผลให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์ส่วนหนึ่งไม่ค่อยอยากให้ความร่วมมือ เพราะเกรงว่าข้อมูลรายละเอียดที่ส่งไป จะถูกส่งไปยังหน่วยงานอื่นที่อาจมีผลต่อการควบคุมหรือการลงโทษ อย่างไรก็ตาม รายงานศึกษาบางฉบับพบว่าสถานการณ์ที่ให้จ่ายเงินชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด มีแนวโน้มจะทำให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์มีแนวโน้มที่จะบันทึกรายงานความผิดพลาดทางการแพทย์ที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งจะทำให้การป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาได้ดีกว่าการให้บริการในบรรยากาศของการฟ้องร้องตามกฎหมาย

ปัจจุบันแม้ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด ของราชอาณาจักรนิวซีแลนด์ จะถือว่าล้าสมัยและเป็นตัวอย่างให้ประเทศอื่น ๆ นำไปพิจารณาปรับใช้ แต่ราชอาณาจักรนิวซีแลนด์เองก็ยังคงมีการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการอยู่เรื่อย ๆ เพื่อให้เหมาะสมกับเงื่อนไขทางสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ออนไลน์, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของระบบการชดเชยโดยไม่มีพิสูจน์ถูกผิด (No-fault liability compensation system) ภาครัฐได้นำระบบการชดเชยความเสียหายในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาใช้ในประเทศไทยและผู้วิจัยจะนำระบบการชดเชยโดยไม่มีพิสูจน์ถูกผิด (No-fault liability compensation system) มาใช้ในการจัดตั้งกองทุนคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นจากการบริการสาธารณสุขในเรื่องของการพิจารณาเยียวยาความเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหาย

### 3.5.5 หลักการจัดตั้งกองทุน (Fund Establishment Principle)

กองทุน (Fund) คือ ผลรวมของเงินที่องค์กรบางส่วนมีการก่อตั้งหรือค่าใช้จ่ายที่รองรับอุปทานหรือแหล่งที่มาของเงินเพื่อวางเงินในกองทุน (พจนานุกรม Chambers ศตวรรษที่ 20, 2562, ออนไลน์) และกองทุนหมายถึง การจัดหาทรัพยากร โดยปกติจะอยู่ในรูปของเงินหรือค่านิยมอื่น ๆ เช่น ความพยายามหรือเวลาสำหรับโครงการบุคคล ธุรกิจ หรือสถาบันเอกชน หรือสาธารณะอื่น ๆ

กระบวนการชักชวนและรวบรวมเงินทุนเรียกว่าการระดมทุนหรือที่เรียกว่า “การพัฒนา” เป็นกระบวนการรวบรวมเงินโดยสมัครใจโดยการขอบริจาคจากบุคคลกลุ่มธุรกิจการกุศลหรือหน่วยงานของรัฐ การระดมทุนหรือระบบที่ใช้กับหน่วยงานรัฐบาลและองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร

ประเภทการจัดตั้งกองทุนคุ้มครองและเยียวยาความเสียหายเบื้องต้นในประเทศไทย แบ่งได้เป็น 2 ประเภท กล่าวคือ

ประเภทที่หนึ่ง กองทุนจัดตั้งเพื่อการส่งเสริม เช่น กองทุนสิ่งแวดล้อมส่งเสริมและสนับสนุนทางการเงิน เพื่อให้มีการดำเนินกิจกรรมด้านการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ตามนโยบายและยุทธศาสตร์การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของประเทศ (สำนักกองทุนสิ่งแวดล้อม, ออนไลน์, 2562) กองทุนพลังงาน ตาม “พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันบริหารกองทุนพลังงาน (องค์การมหาชน) 2546” โดยมีวัตถุประสงค์ “จัดหาเงินมาให้กองทุนน้ำมันเชื้อเพลิงนำไปชดเชยราคา เพื่อรักษาระดับราคาขายปลีกน้ำมันเชื้อเพลิงภายในประเทศ และดำเนินการใด ๆ (สถาบันกองทุนพลังงาน, ออนไลน์, 2562) ตามนโยบายรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกองทุนพลังงาน” บริหารจัดการเงินกองทุนน้ำมันเชื้อเพลิงให้มีสภาพคล่องและเกิดประโยชน์สูงสุดสถาบันบริหารกองทุนน้ำมัน

ประเภทที่สอง กองทุนเพื่อการเยียวยา เช่น การตั้งกองทุนชดเชยความเสียหายให้แก่ผู้บริโภคที่ครอบคลุมในทุกประเด็น ความเสียหายยกเว้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ที่ได้กำหนดมาตรการช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ โดยการกำหนดให้มี “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และ “กองทุนประกันสังคม” เพื่อชดเชยความเสียหายที่ได้รับอันเป็นการเยียวยาได้อีกทางหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามกองทุนทั้งสองยังคงมีข้อจำกัด

การเยียวยาความเสียหายให้แก่ผู้บริโภคของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น ได้มีการจัดตั้ง “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ตามมาตรา 38 ตรีฯ โดยกำหนดว่า ในกรณีที่ได้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ผู้รับบริการมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 โดยจำกัดประเภทความเสียหายเป็นกรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ และกรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องผู้ได้รับความเสียหาย ทายาท ผู้อุปการะ หน่วยบริการที่ให้บริการมีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในจังหวัดที่เกิดเหตุภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบความ “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือ

หาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นภายในระยะเวลาอันสมควรจัดตั้งภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 39 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 21 กำหนดให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานประกันสังคม เรียกว่ากองทุนประกันสังคม เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายให้ผู้ประกันประคนได้รับประโยชน์ทดแทนตามที่บัญญัติไว้ในลักษณะ 3 ประโยชน์ทดแทนและมาตรา 63 (7) ค่าใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนในกรณี que ผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ ผู้ประกันตนไปแล้ว ให้สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยแก่ผู้กระทำผิด ผู้ที่มีสิทธิยื่น ได้แก่ ผู้ประกันตน สามิ ภรรยา บิดา มารดา บุตรที่ได้รับมอบอำนาจตามแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจที่กำหนด ต้องยื่นเรื่องภายใน 2 ปี นับแต่วันวันที่ทราบความเสียหาย

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของหลักการเยียวยาในประเทศไทยมีการนำระบบศาลยุติธรรมระหว่างผู้เสียหายกับผู้ให้บริการ การฟ้องคดีเป็นผ่านกระบวนการศาลมักเป็นวิธีการที่ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้เสียหายได้อย่างสมบูรณ์และยังไม่มีกองทุนชดเชยความเสียหายแก่ผู้บริโภคที่ครอบคลุมทุกกรณีมีเพียงกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกองทุนประกันสังคมที่ชดเชยความเสียหายของการบริการสาธารณสุขที่เกิดจากหน่วยบริการกำหนด อย่างไรก็ตามพบว่า ปัญหาการถูกละเมิดจากการใช้บริการของผู้บริโภคจากผู้ประกอบวิชาชีพมีหลายประเด็น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องผลักดันให้เกิดกองทุนคุ้มครองและเยียวยาความเสียหายจากผู้ประกอบวิชาชีพถือเป็นวิธีการเยียวยาความเสียหายอีกรูปแบบหนึ่งตามหลักการเยียวยา

### 3.5.6 หลักการประกันภัย (Insurance Principle)

การประกันภัยมีเรื่องปรากฏใน “พระคัมภีร์ไบเบิล” เกี่ยวกับ โยเซฟและความอดอยากในสาธารณรัฐอหารับอียิปต์ ซึ่งถือว่าเป็นโครงการประกันภัยอันแรกเท่าที่บันทึกไว้ในประวัติศาสตร์ เล่ากันว่า คึนวันหนึ่ง ฟาโรห์ทรงพระสุบินว่า มีวัวอ้วนเจ็ดตัวกำลังถูกวัวผอมเจ็ดตัวกัดกิน โยเซฟทำนายฝันว่าสาธารณรัฐอหารับอียิปต์ จะมีพืชพันธุ์ธัญญาหารอุดมสมบูรณ์เป็นเวลาเจ็ดปี และต่อจากนั้นจะเกิดความแห้งแล้ง ประชาชนจะอดอยากปากแห้งเป็นเวลาเจ็ดปี ดังนั้น จึงทูลเสนอต่อกษัตริย์ฟาโรห์ให้สะสมธัญญาหาร ในปีที่สมบูรณ์ไว้สำหรับเลี้ยงประชาชนในปีที่ข้าวยามากแพง วิธีนี้เรียกได้ว่าเป็นหลักประกันภัยพื้นฐาน กล่าวคือ เก็บออมตั้งแต่วันนี้เพื่อไว้ใช้ในอนาคต ซึ่งหาความแน่นอนไม่ได้ในสาธารณรัฐประชาชนจีน ประมาณ 3,000 ปีก่อนคริสตกาล พ่อค้าชาวจีนได้พัฒนาวิธีการประกันภัยขึ้นสำหรับการขนส่งสินค้าตามลำน้ำแยงซี ซึ่งมีสายน้ำที่เชี่ยวกราก และเรือบรรทุกสินค้ามักอับปางลงอยู่เสมอ เนื่องจากมีหินใต้น้ำและเกาะแก่งที่คดเคี้ยว ซึ่งเป็นอันตรายจากการเดินเรือ มีปรากฏอยู่เสมอว่าพ่อค้าบางคนต้องสิ้นเนื้อประดาตัว เพราะสินค้าได้รับความเสียหายหมด ดังนั้น ด้วยความกลัว พ่อค้าเหล่านั้นจึงหาวิธีการกระจายความเสี่ยงภัยออกไป

โดยนำสินค้าของตนบรรทุกไว้ในเรือลำอื่นหลายลำเฉลี่ยกันไปจนครบหีบห่อสินค้า ซึ่งถ้าเรือลำใดลำหนึ่งจมลงก็หมายความว่า สินค้าของพ่อค้าแต่ละคนสูญเสียชีวิตเพียงคนละ 1 หีบห่อเท่านั้น ซึ่งวิธีการเช่นนี้เป็นที่มาของการประกันภัยในปัจจุบัน รวาก่อนศตวรรษที่ 13 และปรากฏว่ามีการประกันภัยทางทะเลกันอย่างแพร่หลายตามเมืองต่าง ๆ ในทะเลเมดิเตอร์เรเนียน สัญญาการประกันภัยการขนส่งสินค้าทางทะเลฉบับแรกของโลกเท่าที่มีปรากฏเป็นหลักฐานจนถึงปัจจุบันนี้ คือ แบบลงวันที่ 23 ตุลาคม ค.ศ. 1347 ออกให้ ณ เมืองเจนัว สาธารณรัฐอิตาลี

ส่วนสัญญาประกันภัยฉบับแรกของอังกฤษ เท่าที่ปรากฏตามหลักฐานซึ่งยังคงเก็บรักษาไว้ถึงปัจจุบัน คือ “Broke Sea Insurance Policy” ค.ศ. 1547 (พ.ศ. 2090) วิธีทำประกันภัยสมัยนั้นคือเจ้าของเรือ หรือพ่อค้าที่ต้องการซื้อประกันภัยจะทำบัญชีแสดงรายการทรัพย์สินต่าง ๆ ที่จะบรรทุกลงเรือ ได้รายการเหล่านี้ นายธนาคารหรือนุคคลอื่น ๆ ที่ประสงค์จะรับประกันภัยจะลงชื่อพร้อมกับระบุจำนวนเงินที่ตนจะรับเสี่ยงแล้วลงลายมือชื่อไว้ (และนี่คือที่มาของคำว่า Underwriter) และเพื่อเป็นค่าตอบแทนในการเข้ารับเสี่ยงภัย ผู้ลงนามข้างใต้ (Underwriter) แต่ละคนจะได้รับค่าตอบแทน เรียกว่า เบี้ยประกันภัย ส่วนกรมธรรม์ประกันชีวิตดังที่เราจะรู้จักกันในขณะนี้ มีมาตั้งแต่ ค.ศ. 1583 (พ.ศ. 2126) การประกันภัย คือ การบริหารความเสี่ยงภัยวิธีหนึ่ง ซึ่งจะโอนความเสี่ยงภัยของผู้เอาประกันภัยไปสู่บริษัทประกันภัย เมื่อเกิดความเสียหายขึ้น บริษัทประกันภัยจะชดเชยค่าสินไหมทดแทนตามที่ได้รับ ความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย โดยที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องเสียเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัทประกันภัยตามที่ได้ตกลงกันไว้ การประกัน (Insurance) คือ การบริหารจัดการความเสี่ยงรูปแบบหนึ่ง โดยมีองค์ประกอบสามส่วน คือ ผู้รับประกัน (Insurer) ผู้เอาประกัน (Insured) หรือผู้ถือกรมธรรม์ (Policy Holder) ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary) แบบประกันมาตรฐานแบ่งออกเป็นสองสายหลัก คือ

1) การประกันชีวิต (Life Insurance) หมายถึง การประกันต่อความสูญเสียชีวิต เสียหายอันจะเกิดแก่บุคคล หรือ กลุ่มบุคคล โดยสัญญาจำกัดเขตเมื่อมีการเสียชีวิต และอาจมีความคุ้มครองอื่น ๆ เพิ่มเติมเช่น การประกันอุบัติเหตุและสูญเสียชีวิต (Accident and dismemberment) การประกันกรณีทุพพลภาพ (Total Disability) หรือการประกันสุขภาพ (Health Insurance) การประกันวินาศภัย (Non-Life Insurance)

2) การประกันวินาศภัยแบ่งออกเป็นสี่ประเภท คือ การประกันอัคคีภัย (Fire Insurance) การประกันภัยรถยนต์ (Motor Insurance) การประกันภัยทางทะเล (Marine Insurance) และการประกันเบ็ดเตล็ด (Miscellaneous/Casualty Insurance) (สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.), ออนไลน์, 2562) การประกันภัยที่เกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพ เป็นการประกันภัยความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก (Liability Insurance) การประกันภัยความรับผิด

ต่อบุคคลภายนอก หรือเรียกว่า “การประกันภัยค่าจูน” เป็นการประกันภัยที่คุ้มครองความรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก ซึ่งบริษัทประกันภัยยินยอมที่จะชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่บุคคลภายนอกผู้ได้รับความเสียหายอันเกิดจากการกระทำของผู้เอาประกันภัย ซึ่งเป็นผลมาจากความประมาทเลินเล่อของผู้เอาประกันภัย หรือลูกจ้างของผู้เอาประกันภัย หรือความบกพร่องของสถานประกอบการ ความรับผิดที่เอาประกันภัยได้ จะต้องเป็นความรับผิดตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ ผู้เอาประกันภัยจึงจะถือว่ามีส่วนได้เสียที่จะเอาประกันภัยได้ ในบางครั้งผู้เอาประกันภัยมิได้เป็นผู้ก่อให้เกิดความเสียหาย แต่ในทางกฎหมายผู้เอาประกันภัยจำเป็นต้องรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอกด้วย เช่น บิดามารดาต้องร่วมรับผิดในผลแห่งการกระทำของบุตรที่ได้ก่อให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น เป็นต้น

การประกันภัยชนิดนี้มีข้อแตกต่างกับการประกันภัยเกี่ยวกับทรัพย์สิน กล่าวคือ การประกันภัยเกี่ยวกับทรัพย์สินมีวัตถุประสงค์ที่เอาประกันภัยเป็นตัวทรัพย์สินหรือสิทธิที่เกี่ยวกับทรัพย์สิน แต่การประกันภัยเกี่ยวกับความรับผิดมีวัตถุประสงค์ที่เอาประกันภัยเป็นความรับผิดของผู้เอาประกันภัย

การประกันภัยความรับผิดต่อบุคคลภายนอกแบ่งออกเป็น 3 หมวด ได้แก่

1) การประกันภัยความรับผิดชอบของบุคคลต่อบุคคลอื่นเป็นการประกันความรับผิดต่อบุคคลภายนอก โดยบริษัทประกันภัยจะชดใช้ค่าเสียหายที่ผู้เอาประกันภัยต้องรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอกซึ่งบาดเจ็บหรือเสียชีวิต และหรือความเสียหายต่อทรัพย์สินที่เกิดขึ้นในสถานที่ของผู้เอาประกันภัยที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ เช่น การประกันภัยความรับผิดชอบส่วนบุคคล เป็นต้น

2) การประกันภัยความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะต่อบุคคลอื่นเป็นการประกันความรับผิดทางแพ่งต่อความสูญเสีย หรือค่าใช้จ่ายอันเป็นผลมาจากการให้บริการทางวิชาชีพเฉพาะด้าน เช่น แพทย์ ผู้ให้การรับรองมาตรฐาน นักประเมินราคา เป็นต้น ซึ่งอาชีพเหล่านี้มีโอกาสถูกฟ้องร้องดำเนินคดีสูงจากลูกค้าหรือบุคคลภายนอกที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการคำปรึกษา แม้ว่าวิชาชีพเหล่านี้ได้ให้บริการและปฏิบัติตามวิชาชีพอย่างสุจริตแล้วก็ตาม เช่น การประกันภัยความรับผิดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (OIC), ออนไลน์, 2562)

3) การประกันภัยความรับผิดชอบของธุรกิจต่อบุคคลอื่น ประกันภัยความรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก คุ้มครองความรับผิดตามกฎหมายและค่าใช้จ่ายในการต่อสู้คดีอันเกิดจากความประมาทของผู้ประกอบการ เช่น การประกันภัยความรับผิดของกรรมการและเจ้าหน้าที่ การประกันภัยความรับผิดของนายจ้าง การประกันภัยความรับผิดเนื่องจากรถและ การประกันภัยความรับผิดจากผลิตภัณฑ์ เป็นต้น

การประกันภัยความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก (Liability Insurance) ตรงกับประกันภัยค่าจ้าง ในมาตรา 877 วรรคแรก ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ซึ่งเป็นประกันภัยภาคสมัครใจ (Voluntary Insurance) เป็นการทำประกันภัยโดยผู้เอาประกันเอง (สุเมธ จานประดับ, 2556, หน้า 174)

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของการประกันภัยที่เกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพ เป็นการประกันภัยความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก (Liability Insurance) การประกันภัยความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก หรือเรียกว่า “การประกันภัยค่าจ้าง” เป็นการประกันภัยที่คุ้มครองความรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอกเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่จะนำมาใช้เยียวยาความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการในประเทศไทยจะอยู่ในภาคสมัครใจซึ่งไม่มีกฎหมายบังคับให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทำประกันประเภทนี้ แต่ในงานวิจัยจะนำมาวิเคราะห์ทำอย่างไรให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทำประกันภัยค่าจ้าง และนำเงินจากการทำประกันที่ได้รับความคุ้มครองเมื่อเกิดความเสียหายมาสมทบเข้ากองทุนคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นจากการบริการสาธารณสุข

#### 4. กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ

ปัจจุบันการบริการสาธารณสุขได้นำความรู้ทางด้านวิทยาการและเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในกระบวนการให้บริการมากยิ่งขึ้น ซึ่งวิทยาการและเทคโนโลยีใหม่ ๆ นั้นบางครั้งก็อาจจะไม่ปลอดภัย นอกจากนี้บางครั้งการตรวจสอบความปลอดภัยได้ยากขึ้น จึงอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย อนามัย จิตใจ หรือ ทรัพย์สินของผู้บริโภคหรือบุคคลอื่นได้ นอกจากนี้การฟ้องร้องดำเนินคดีเพื่อเรียกค่าเสียหายก็มีความยุ่งยากอีกเช่นกันเนื่องจากผู้เสียหายมีหน้าที่ต้องพิสูจน์ถึงความจงใจหรือความประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบการดังนั้น ประเทศต่าง ๆ อาทิ อังกฤษ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เครื่องมือออสเตรเลีย รวมทั้งประเทศไทยจึงได้มีการคุ้มครองแก่ผู้บริโภคเป็นสำคัญ รายละเอียดดังนี้

##### 4.1 กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ

สมาชิกาใหญ่แห่งสหประชาชาติประกอบด้วยสมาชิกประเทศต่าง ๆ ได้ลงมติรับรองและประกาศใช้ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน เพื่อเป็นหลักการสำคัญในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของประชาคมโลกเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2491 ณ กรุงปารีส สาธารณรัฐฝรั่งเศส และถึงแม้ว่าปฏิญญาฉบับนี้จะไม่ใช่นิติบัญญัติระหว่างประเทศแต่ก็จัดเป็นกฎหมายจารีตระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่สำคัญที่สุด ซึ่งประเทศต่าง ๆ จำต้องเคารพต่อหลักการสิทธิมนุษยชนที่ได้ตราไว้ในปฏิญญาฉบับนี้ โดยที่ปฏิญญาฉบับนี้ยังเป็นพื้นฐานสำคัญของสนธิสัญญาหรือกฎหมายมหาชน

ระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนอื่น ๆ รวมทั้งกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองและกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม (กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมือง, ออนไลน์, 2564) รายละเอียด ดังนี้

1) ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) (Universal Declaration of Human Rights 1948)

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนนี้เป็นมาตรฐานร่วมกันแห่งความสำเร็จสำหรับประชาชนทั้งมวลและประชาชาติทั้งหลาย เพื่อจุดมุ่งหมายที่ว่าปัจเจกบุคคลทุกคน และทุกส่วนของสังคม โดยการคำนึงถึงปฏิญญานี้เป็นเงื่อนไขจะมุ่งมั่นส่งเสริมการเคารพสิทธิ และอิสรภาพเหล่านี้ ด้วยการสอนและการศึกษา และให้มีการยอมรับและยึดถือโดยสากลอย่างมีประสิทธิภาพด้วยมาตรการอันก้าวหน้าในประเทศและระหว่างประเทศ ทั้งในบรรดาประชาชนของรัฐสมาชิกด้วยกันเอง และในบรรดาประชาชนของดินแดนที่อยู่ใต้เขตอำนาจแห่งรัฐนั้นซึ่งเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ทุกคนเกิดมาเท่าเทียม มีอิสระและเสมอภาคกันในศักดิ์ศรี และสิทธิ ต่างในตน มีเหตุผลและมโนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันด้วยจิตวิญญาณแห่งภราดรภาพ

ข้อ 2 ทุกคนเกิดมาเท่าเทียม มีอิสระและเสมอภาคกันในศักดิ์ศรี และสิทธิ ต่างในตน มีเหตุผลและมโนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันด้วยจิตวิญญาณแห่งภราดรภาพไม่แบ่งแยก ทุกคนย่อมมีสิทธิและอิสรภาพทั้งปวงตามที่กำหนดไว้ในปฏิญญานี้ โดยปราศจากการแบ่งแยกไม่ว่าชนชาติใด อาชีพ เชื้อชาติ ผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมืองหรือทางอื่น พื้นเพทางชาติหรือสังคม ทรัพย์สิน กำเนิดหรือสถานะอื่น นอกเหนือจากนี้ จะไม่มีการแบ่งแยกใด บนพื้นฐานของสถานะทางการเมือง ทางกฎหมาย หรือทางการระหว่างประเทศของประเทศหรือดินแดนที่บุคคลสังกัด ไม่ว่าดินแดนนี้จะเป็นเอกราช อยู่ในความพิทักษ์ มิได้ปกครองตนเองหรืออยู่ภายใต้การจำกัดอธิปไตยอื่นใด

ข้อ 3 สิทธิในการมีชีวิต ทุกคนมีสิทธิในการมีชีวิต เสรีภาพ และความมั่นคงแห่งบุคคล

ข้อ 4 ได้รับการคุ้มครองทางกฎหมาย ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการยอมรับทุกแห่งหนว่าเป็นบุคคลตามกฎหมายเท่าเทียมกันตามกฎหมายทุกคนเสมอภาคกันตามกฎหมายและมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองของกฎหมายอย่างเท่าเทียมกันโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองเท่าเทียมกันจากการเลือกปฏิบัติใด อันเป็นการล่วงละเมิดปฏิญญานี้ และจากการขู่ขงให้มีการเลือกปฏิบัติดังกล่าว



ข้อ 5 สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาอันมีประสิทธิผลจากศาลที่มีอำนาจแห่งรัฐต่อการกระทำอันล่วงละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐาน ซึ่งคนได้รับตามรัฐธรรมนูญหรือกฎหมาย

ข้อ 21 การมีส่วนร่วมในการปกครองประเทศ

2. ทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการสาธารณะในประเทศตนโดยเสมอภาค

ข้อ 22 การได้รับการดูแลและคุ้มครองจากรัฐ ทุกคนในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคมมีสิทธิในหลักประกันทางสังคม

ข้อ 30 ไม่มีใครเอาสิทธิเหล่านี้ไปจากเราได้ ไม่มีบทใดในปฏิญานี้ที่อาจตีความได้ว่า เป็นการให้สิทธิใดแก่รัฐ กลุ่มคน หรือบุคคลใดในการดำเนินกิจกรรมใด หรือการกระทำใดอันมุ่งต่อการทำลายสิทธิและอิสรภาพใดที่กำหนดไว้ ณ ที่นี้

2) อนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ค.ศ. 1976 (พ.ศ. 2519) (International Convention on Civil and Political Rights, 1976) ซึ่งเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ดังต่อไปนี้

ข้อ 6 ได้รับการคุ้มครองทางกฎหมายทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการยอมรับทุกแห่งหนว่าเป็นบุคคลตามกฎหมาย

ข้อ 7 เท่าเทียมกันตามกฎหมายทุกคนเสมอภาคกันตามกฎหมายและมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองของกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองเท่าเทียมกันจากการเลือกปฏิบัติใด อันเป็นการล่วงละเมิดปฏิญานี้ และจากการขยงให้มีการเลือกปฏิบัติดังกล่าว

ข้อ 8 สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาอันมีประสิทธิผลจากศาลที่มีอำนาจแห่งรัฐต่อการกระทำอันล่วงละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐาน ซึ่งคนได้รับตามรัฐธรรมนูญหรือกฎหมาย

ข้อ 22 การได้รับการดูแลและคุ้มครองจากรัฐทุกคนในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคมมีสิทธิในหลักประกันทางสังคม สิทธิในการบรรลุถึงซึ่งสิทธิทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมอันจำเป็นยิ่งสำหรับศักดิ์ศรีของตนและการพัฒนาบุคลิกภาพของตนอย่างอิสระ ผ่านความพยายามแห่งชาติและความร่วมมือระหว่างประเทศและตามการจัดการและทรัพยากรของแต่ละรัฐ

ข้อ 25 คุณภาพชีวิตที่ดี ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้ง อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยการดูแลรักษาทางแพทย์ และบริการทางสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกัน ยามว่างงาน เจ็บป่วย พิกัด หมาย ภัย วัยชรา หรือปราศจากการดำรงชีพอื่น ในสภาวะแวดล้อมนอกเหนือการควบคุมของตน

จากข้อบัญญัติดังกล่าวเกี่ยวกับกติการระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights – ICCPR) การคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นจากการบริการสาธารณสุขทุกคนที่ใช้สิทธิการใช้บริการสาธารณสุขที่เท่าเทียมกันตามกฎหมายทุกคนเสมอภาคกันมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองของกฎหมายอย่างเท่าเทียมกันโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติจากการดูแลรักษาทางแพทย์เมื่อเกิดความเสียหายต้องได้รับการเยียวยาให้กลับสู่คุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนและครอบครัว เพราะฉะนั้นกติการระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองจึงมีความสำคัญในการรับรองสิทธิบุคคลภายใต้ความเท่าเทียมกันตามกฎหมายเมื่อได้รับความเสียหายจากการบริการสาธารณสุขก็ต้องได้รับสิทธิในการเยียวยาที่เสมอภาคกัน

3) กติการระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ. 1966 (พ.ศ. 2509) International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

ข้อ 12 รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับรองสิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้ มีขั้นตอนในการดำเนินการโดยรัฐ เพื่อบรรลุผลในการทำให้สิทธินี้เป็นจริงอย่างสมบูรณ์จะต้องรวมถึงถึงการสร้างสภาวะที่ประกันบริการทางแพทย์และการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วย

จากข้อบัญญัติกติการระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม ค.ศ. 1966 (พ.ศ. 2509) International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights รัฐต้องมี การให้บริการด้านการแพทย์และให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วยในข้อนี้ประเทศไทย มีระบบการให้บริการที่ดีเยี่ยมอยู่แล้วแต่ขาดขั้นตอนการเยียวยาเมื่อเกิดความเสียหายจากการใช้ บริการด้านสาธารณสุขที่ไม่ครอบคลุมทำให้เกิดปัญหาด้านการเยียวยาเกิดความล่าช้าไม่ทันต่อ การแก้ไขกับความเสียหายที่เกิดขึ้น รัฐต้องมีขั้นตอนและกระบวนการในการดำเนินการเพื่อเป็น หลักประกันสิทธิในการได้รับความเยียวยาที่เกิดจากการใช้บริการด้านสาธารณสุขและความเสียหาย กรณีอื่น ๆ เป็นจริงอย่างสมบูรณ์

#### 4.2 กฎหมายต่างประเทศ

สิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพต่างประเทศได้ให้การคุ้มครองพลเมืองของแต่ละประเทศ รายละเอียดดังนี้

##### 4.2.1 สหราชอาณาจักรอังกฤษ (England)

สหราชอาณาจักรอังกฤษเป็นประเทศที่ใหญ่ที่สุดและมีประชากรมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในสหราชอาณาจักร ประวัติศาสตร์อังกฤษเริ่มขึ้นเมื่อมีการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์เมื่อหลายพันปีมาแล้ว ภูมิภาคที่ปัจจุบันคือ อังกฤษ ภายในสหราชอาณาจักรอังกฤษเป็นที่ตั้งถิ่นฐาน

ของมนุษย์ นีแอนเดอร์ธอล ราว 230,000 ปีมาแล้ว ขณะที่มนุษย์โฮโมเซเปียนซึ่งเป็นมนุษย์สมัยใหม่ เริ่มเข้ามาตั้งถิ่นฐานราว 29,000 ปีมาแล้ว แต่การอยู่ต่อเนื่องกัน โดยตลอดเริ่มขึ้นราว 11,000 ปีมาแล้วในปลายยุคน้ำแข็ง ในบริเวณภูมิภาคนี้ยังมีร่องรอยของมนุษย์สมัยต่าง ๆ และมีวิวัฒนาการในหลาย ๆ ด้านมาจนถึงปัจจุบัน รวมถึงด้านบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักรอังกฤษ หรือ NHS (National Health Service) ระบบเกิดขึ้นเมื่อช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 วันที่ 5 กรกฎาคม ปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) เพื่อให้ระบบบริการของโรงพยาบาลดีขึ้นเป็นระบบสวัสดิการที่พลเมืองทุกคนได้รับความเสมอภาคเท่าเทียมกันหมดและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ภายใต้การดูแลของ “Department of Health” และกฎหมาย “National Health Service Act 2006 (พ.ศ. 2549)” โรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณเท่ากันหมด ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลใหญ่หรือเล็กจากภาษีของประชาชน ระบบบริการจะประกอบไปด้วย “Community Healthcare, Primary Healthcare และ Tertiary care Community Healthcare” คือ การที่แพทย์และพยาบาลออกไปรักษาผู้ป่วยตามที่พักอาศัยของผู้ป่วยโดยตรง คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขตามเขตพื้นที่ชุมชนต่าง ๆ มีหมอทั่วไป พยาบาล ประจำการอยู่ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีเตียงหลายพันเตียง สามารถรองรับผู้ป่วยได้หลายคน มีหมอทั่วไป หมอเฉพาะทางเช่น หมอฟัน และพยาบาล เป็นต้นรายละเอียดการคุ้มครองสิทธิในการรักษาพยาบาล ดังนี้

### 1) การเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล

ระบบการดูแลสุขภาพของสหราชอาณาจักรอังกฤษ อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรสำนักงานการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service-NHS) ซึ่งเป็นองค์กรของรัฐภายใต้ระบบดังกล่าวคนอังกฤษสามารถใช้บริการสุขภาพได้ฟรีโดยจ่ายเงินภาษีจากรัฐ NHS กำเนิดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1948 และขยายใหญ่โตจนเป็นระบบสุขภาพที่รัฐเป็นดูแลที่ใหญ่ที่สุดในโลกและเป็นระบบที่ถือว่ามีประสิทธิภาพมีความครอบคลุมและเอื้ออาทรที่สุดระบบหนึ่งของโลก NHS เกิดขึ้นจากปรัชญาว่าบริการดูแลสุขภาพควรมีให้กับทุกคนโดยไม่จำกัดฐานะ หรือรายได้บริการสุขภาพที่มีให้ภายใต้ระบบนี้โดยส่วนใหญ่เป็นบริการฟรี (ยกเว้นยาบางชนิดบริการทันตกรรมและจักษุ) ปัจจุบันครอบคลุมประชากรประมาณ 60 ล้านคนทั้งในอังกฤษ ไอร์แลนด์เหนือ สกอตแลนด์และเวลส์ ให้บริการครอบคลุมตั้งแต่บริการ การฝากครรภ์ การรักษาโรคทุกชนิด การผ่าตัด อุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉินจนถึงการดูแล ในภาวะสุดท้ายของชีวิตการคลังของ NHS จ่ายด้วยเงินที่มาจากภาษีของประเทศส่วนระบบบริการใน ไอร์แลนด์เหนือ สกอตแลนด์ และเวลส์

แม้จะมีความต่างจากระบบใหญ่เล็กน้อยแต่โดย หลักการทั้งหมดเป็นระบบเดียวกัน ปัจจุบัน NHS มีเจ้าหน้าที่ทำงานกว่า 1,700,000 คน (เป็นแพทย์ในโรงพยาบาลราว 120,000 คน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 40,000 คน พยาบาลราว 400,000 คน และเจ้าหน้าที่รถฉุกเฉิน 25,000 คน)

จึงเป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด และให้บริการประชาชนราว 51 ล้านคน NHS ให้บริการกับผู้ป่วยจำนวนมากในทุก ๆ หนึ่งนาทีกจะมีผู้ป่วยใช้บริการ 463 คนหรือ 1 ล้านคนในทุก ๆ 36 ชั่วโมงและทุกสัปดาห์จะมีผู้ป่วยรับบริการด้านทันตกรรม 700,000 คนอีก 3,000 คนได้รับการผ่าตัดหัวใจสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน โดยเฉลี่ยแล้วรักษาผู้ป่วยสัปดาห์ละ 140 คน ปัจจุบัน NHS ได้รับงบประมาณปีละกว่าแสนล้านปอนด์ (ปี 2008/2009) เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 4 เมื่อเทียบกับ 60 ปีที่ผ่านมา ราวร้อยละ 60 ของงบประมาณทั้งหมดเป็นเงินเดือน บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่งบประมาณของ NHS มาจากภาษีโดยตรงประมาณว่าประชาชนของสหราชอาณาจักรอังกฤษแต่ละคนต้องจ่ายเงินให้กับระบบสุขภาพราวปีละ 1,980 ปอนด์ ในเชิงโครงสร้างการบริหาร NHS อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health)

จนกระทั่งปี ค.ศ. 1988 (พ.ศ. 2531) นางมาร์กาเร็ต แทตเชอร์ นายกรัฐมนตรีสหราชอาณาจักรอังกฤษในสมัยนั้นได้ประกาศนโยบาย (White Paper 1989) (พ.ศ. 2532) ที่ชื่อว่า Working for Patients และออกเป็นกฎหมาย “National Health Service and Community Care Act 1990 (พ.ศ. 2533)” ในปีถัดมารัฐบาลของนางมาร์กาเร็ต แทตเชอร์ มีความเชื่อว่า สถาบันของรัฐ หรือระบบราชการเป็นระบบที่ไร้ประสิทธิภาพ มีความอืดอาดยืดเยื้อมาก รัฐบาลของนางคิดว่าถ้าจะให้รัฐบริการดี การบริหารจัดการจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปใช้รูปแบบของเอกชนหรือระบบการตลาดมากขึ้น โดยมุ่งหวังที่จะเพิ่มประสิทธิภาพ

การปฏิรูป NHS ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกลยุทธ์ที่รัฐบาลจะมีการนำระบบบริหารต่าง ๆ (Managerialism) เข้ามาใช้ในเรื่องของการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) การใช้ดัชนีชี้วัดผลผลิต (Performance Indicator) การบริหารจัดการอย่างเป็นเลิศ (Excellence) โดยทั่วไปเป็นการนำเอาความคิดทางระบบธุรกิจเพื่อมาประยุกต์กับองค์กรของรัฐ และพยายามที่จะสนับสนุนให้มีการแข่งขันซึ่งกันและกัน กลยุทธ์ที่ใช้ในการปฏิรูปครั้งนี้คือ กระจายอำนาจให้ระดับปฏิบัติเป็นอิสระมากขึ้น มีขั้นตอนน้อยลง ให้มีการตั้ง NHS Trust GP Fundholding การสร้างการแข่งขันขึ้นภายในการจัดระบบเงินสนับสนุนใหม่ การลดอำนาจแพทย์เสริมสร้างความแข็งแกร่งของ Primary Care ให้มากขึ้น

จะเห็นได้จากการที่รัฐบาลให้ความสำคัญกับ GPs โดยมีการก่อตั้ง GP Fundholding สำคัญของการปฏิรูป ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) สำคัญของการปฏิรูป ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) คือ การกำหนดให้มีการแยกระหว่างผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่มีความพร้อมตั้งเป็น NHS Hospital Trust ซึ่งเป็นองค์กรอิสระในกำกับของรัฐมนตรีสาธารณสุข มีอิสระในการบริหารงานและตัดสินใจในการทำธุรกรรมต่าง ๆ

ปัจจุบันนี้โรงพยาบาลในสหราชอาณาจักรอังกฤษได้กลายเป็น NHS Trust ทุกโรง ส่วน GP Fundholding ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชน GPs จะได้รับงบประมาณก้อนหนึ่ง ซึ่ง GPs สามารถบริหารเอง และทำสัญญากับโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของเอกชนหรือโรงพยาบาลของรัฐบาลตามที่ GPs พอใจและคิดว่าจะดีที่สุดสำหรับประชากรคนนั้น และเมื่อบริหารจัดการเงินเหลือในแต่ละปี GPs สามารถใช้เงินนั้นในการพัฒนาคลินิกของตนได้ อำนาจนี้เป็นอำนาจใหม่ซึ่งไม่เคยมีในประวัติศาสตร์ของ GPs มาก่อน ทำให้ Primary Care แข็งแรงขึ้นสิ่งที่ผูกพันผู้ซื้อและผู้ให้บริการคือ “สัญญา” (Contract) ในการที่จะทำให้เกิดระบบการตลาดภายใน (Internal Market) การลดอำนาจของแพทย์ในโรงพยาบาล ทำได้โดยรัฐบาลให้มีการตรวจสอบการทำงานของแพทย์มากขึ้น จึงได้นำระบบที่เรียกว่า “Medical Audit”

ระบบบริการสาธารณสุขของสหราชอาณาจักรอังกฤษได้รับการออกแบบให้มีการแข่งขันสูงสุด และมีการแบ่ง เป็น “ผู้ซื้อ” และ “ผู้ให้” ในระบบบริการสุขภาพอย่างชัดเจน กลไกสำคัญที่นำมาใช้ในการสร้างกลไกการตลาด คือ การแบ่ง NHS ออกเป็น 2 ส่วน กล่าวคือ แบ่งเป็นส่วนที่เป็นผู้ให้บริการ (Provider) และส่วนที่เป็นผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ซึ่งเรียกกันโดยทั่วไปว่า “Purchaser Provider Split” โดยที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีแนวโน้มที่จะต้องเป็นทั้งผู้ให้บริการ (primary care) และผู้ซื้อบริการ (secondary and tertiary care) ในปี ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) ประกาศใช้กฎหมายที่ทำให้เกิด Purchaser-Provider Split (กฎหมายฉบับนี้มีชื่อว่า National Health Service and Community Care Act) ทำให้แบ่ง NHS ออกเป็น 2 ส่วน คือ “ผู้ให้บริการ” และ “ผู้ซื้อบริการ” ประกอบด้วย

(1) บุคลากรที่มีฐานเดิมของการเป็นข้าราชการ ซึ่งประกอบไปด้วย บุคลากรของโรงพยาบาลและสถานบริการที่อยู่ในชุมชนในส่วนของ Local authority มาอยู่ใน NHS จะอยู่ภายใต้ โครงสร้างการบริหารจัดการเดียวกัน โดยออกแบบโครงสร้างของการบริหารจัดการแบบใหม่นี้เป็นลักษณะของ “Trust” โดยมีชื่อเรียกว่า NHS Trust และ

(2) ผู้ให้บริการที่เดิมอยู่ภาคเอกชน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป ทันตแพทย์ เภสัชกรและทีมงาน ผู้ซื้อบริการประกอบไปด้วย

(2.1) สำนักงานสาธารณสุขที่ดูแลพื้นที่ (District Health Authority or Health Board)

(2.2) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในการทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ มีชื่อเรียกว่า GP Fundholder ด้วยระบบนี้ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ “ไม่เป็น” GP Fundholder เมื่อส่งคนไข้ไปยังโรงพยาบาล Health Board จะเป็นผู้จ่ายเงินให้โรงพยาบาล และ 2) กลุ่มที่ “เป็น” GP (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, ออนไลน์, 2552)

ในปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นได้มีกฎหมายประกาศใช้สำหรับประชาชนทุกคน ซึ่งครอบคลุมไปถึง (คนงาน) ที่อยู่ภายใต้ National Insurance Act ด้วย มีผลทำให้สหราชอาณาจักรอังกฤษมี “กองทุน” (Single fund) เพื่อสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคนเพียงกองทุนเดียว เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้รัฐสามารถเข้าไปดูแลและบริหารจัดการ เพื่อให้มีบริการสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสคือ การนำงบประมาณที่เก็บมาจากภาษีทั่วไป (General tax) มาใช้ในการบริหารจัดการโดยไม่จำกัดว่าจะต้องจัดสรรไปยังภาครัฐเท่านั้น แต่สามารถจัดสรรไปยัง สถานบริการและผู้ให้บริการ ในภาคเอกชนและองค์กรการกุศล ตลอดจนซื้อกิจการจากภาคเอกชนตามความจำเป็น

## 2) การควบคุมบุคลากรทางการแพทย์

การควบคุมบุคลากรทางการแพทย์ของสหราชอาณาจักรแบ่งออกเป็นระดับนโยบาย (เชิงการเมือง) และระดับรัฐบาลท้องถิ่นจากสหราชอาณาจักรอังกฤษเริ่มก่อตั้ง NHS ในปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) จนถึงปี ค.ศ. 1974 (พ.ศ. 2517) ในสหราชอาณาจักรอังกฤษ (England) มีการเปลี่ยนแปลง เพื่อการบริหารจัดการภายใน NHS น้อยมากหลักจากนั้นมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในปี ค.ศ. 1974 (พ.ศ. 2517) รัฐบาลออกกฎหมายโอนสถานบริการสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลและสถานบริการในชุมชน ที่อยู่ภายใต้ Local authorities “สังกัดกระทรวงมหาดไทยหรือรัฐบาลท้องถิ่น” มาอยู่ภายใน NHS ในปี ค.ศ. 1986 (พ.ศ. 2529) ลดค่าตอบแทนในส่วนที่เป็นเงินเดือน (Basic allowance) และเพิ่มการจ่ายค่าตอบแทน เมื่อทำได้ครบตามเป้าหมาย (Target payments) ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

โดยมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริม กิจกรรมการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากก่อนหน้านี้แพทย์ให้ความสำคัญเฉพาะการ รักษาโรคในปี ค.ศ. 1988 (พ.ศ. 2531) มีการบอกให้สาธารณชนรับรู้อย่างชัดเจนว่า รัฐบาลจะนำ “กลไกการตลาด” (Internal market) มาใช้ใน NHS โดยเชื่อว่าในขณะนั้น NHS มีปัญหาขาดประสิทธิภาพ (efficiency) เพราะมีขนาดใหญ่ไม่คล่องตัว เป็นต้นเหตุแห่งปัญหาและที่นำมาเป็นประเด็นการเมือง เช่น การรอคิวเพื่อการผ่าตัดนาน (Long waiting list) ใช้งบประมาณสูงขึ้น โดยที่รัฐให้เท่าไรก็ไม่พอ (Cost escalation) มีความเสียหายเนื่องจากมีขนาดใหญ่ เป็นต้น กลไกสำคัญที่นำมาใช้ในการสร้างกลไกการตลาด คือ การแบ่ง NHS ออกเป็น 2 ส่วน กล่าวคือ แบ่งเป็นส่วน ที่เป็นผู้ให้บริการ (Provider) และส่วนที่เป็นผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ซึ่งเรียกกันโดยทั่วไปว่า “Purchaser Provider Split” โดยที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีแนวโน้มที่จะต้องเป็นทั้ง “ผู้ให้บริการ” (primary care) และ “ผู้ซื้อบริการ” (secondary and tertiary care) จากการนำเสนอแนวคิดนี้ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจำนวนมากไม่เห็นด้วย ด้วยความกลัวที่ว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอาจจะถูกมองว่าไม่ได้เป็นเฉพาะ “หมอเท่านั้น” แต่เป็นทั้ง

“หมอและนักธุรกิจ” ในเวลาเดียวกัน (Doctor as well as Businessman) ซึ่งอาจบั่นทอนความเชื่อมั่นหรือความศรัทธาที่คนไข้มีต่อหมอ อย่างไรก็ตาม ในที่สุด แนวคิดเรื่อง internal market ถูกพัฒนาจนกระทั่งกลายเป็นกฎหมาย ในปี ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) ประกาศใช้กฎหมายที่ทำให้เกิด Purchaser-Provider Split กฎหมายฉบับนี้มีชื่อว่า “National Health Service and Community Care Act” ทำให้แบ่ง NHS ออกเป็น 2 ส่วน คือ

(1) “ผู้ให้บริการ” และ “ผู้ซื้อบริการ” ผู้ให้บริการประกอบไปด้วย 1) บุคลากรที่มีฐานเดิมของการเป็นข้าราชการ ซึ่งประกอบไปด้วย บุคลากรของโรงพยาบาลและสถานบริการที่อยู่ในชุมชนในส่วนของ Local authority มาอยู่ใน NHS จะอยู่ภายใต้โครงสร้างการบริหารจัดการเดียวกัน โดยออกแบบโครงสร้างของการบริหารจัดการแบบใหม่นี้เป็นลักษณะของ “Trust” โดยมีชื่อเรียกว่า NHS Trust และ

(2) ผู้ให้บริการที่เดิมอยู่ภาคเอกชน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทันตแพทย์ เกษัตริกร และทีมงาน ผู้ซื้อบริการประกอบด้วย (1) สำนักงานสาธารณสุขที่ดูแลพื้นที่ (District Health Authority or Health Board) (2) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในการทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ มีชื่อเรียกว่า GP Fundholder ด้วยระบบนี้ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ “ไม่เป็น” GP Fundholder เมื่อส่งคนไข้ไปยังโรงพยาบาล Health Board จะเป็นผู้จ่ายเงินให้โรงพยาบาล และ 2) กลุ่มที่ “เป็น” GP ในปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) มีการสร้างโครงสร้างใหม่ชื่อว่า Strategic Health Authority (STA) ดูแลประชากร ประมาณ 1.5 ล้านคน และต่อมามีการรวม STAs เข้าด้วยกันทำให้ STA ดูแลประชากรเฉลี่ยประมาณ 5 ล้านคน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ามีการเชื่อมโยงและผสมผสานระหว่าง สิ่งที่รัฐบาลกลางให้ความสำคัญ (National priority) กับการวางแผนงาน โดย PCT ซึ่งดำเนินการในระดับพื้นที่ (Local health plans) ในปี ค.ศ. 2004 (พ.ศ. 2547) ได้มีการพัฒนาให้เกิดโครงสร้างใหม่ (ภายใน NHS) เพื่อรองรับโครงสร้างที่จะเป็นอิสระ เต็มที่ (Full autonomy) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง NHS trust ซึ่ง โครงสร้างที่ทำหน้าที่บริหารจัดการโรงพยาบาลโดยใช้ ชื่อว่า Foundation Trust และมีการพัฒนาการ โครงสร้างเพื่อการบริหารจัดการ ต้นแบบการใช้เงินภาษี เพื่อมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า National Health Service (NHS) หรือระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ที่ทำให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ซึ่งสหราชอาณาจักรอังกฤษมีโครงสร้างที่เป็นกระทรวงสาธารณสุข เรียกว่า Department of Health (DH) มีพัฒนาการมาก่อนหน้านั้น ในปีค.ศ.1805 (พ.ศ. 2348) เริ่มมีหน่วยงานในระดับชาติที่ดูแลเรื่องสุขภาพ เรียกว่า Board of Health ต่อมาในปีค.ศ. 1854 (พ.ศ. 2394) เรียก General Board of Health และกระทรวงสุขภาพหรือกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1919 (พ.ศ. 2462) โดยที่มีกระทรวงประกันสังคม (Ministry of Social Security) เกิด

มาก่อนตั้งแต่ปี ค.ศ. 1911 (พ.ศ. 2454) ในปี ค.ศ. 1968 (พ.ศ. 2511) กระทรวงสุขภาพและกระทรวงประกันสังคมถูกยุบรวมกันตั้งเป็นองค์กรใหม่เรียกว่า Department of Health and Social Security (DHSS) และอีก 20 ปีต่อมา ในปี ค.ศ. 1988 (พ.ศ. 2531) แยกเป็น Department of Health (DH) และ Department of Social Security (DSS) อีกครั้งจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

### โครงสร้างการบริหารจัดการของ Department of Health (DH)

Department of Health มีนักการเมืองที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุข เรียกว่า Secretary of State for Health (เทียบเท่ารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของไทย) และมีข้าราชการประจำที่อยู่ในตำแหน่งสูงสุดมี 2 ตำแหน่ง ประกอบด้วย

1) Permanent Secretary of DH (อาจเทียบได้กับปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ดูแลการบริหารจัดการภายใน DH รับผิดชอบการวางแผนนโยบายและยุทธศาสตร์

2) Chief Executive of NHS (อาจเทียบได้กับเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) รับผิดชอบการจัดหา การจัดการ และควบคุมกำกับผลลัพธ์ของบริการ ในช่วงปี ค.ศ. 2000-2006 (พ.ศ. 2543-2549) Permanent secretary of DH และ Chief Executive of NHS คือบุคคลคนเดียวกัน ทั้งสองตำแหน่งขึ้นตรงต่อ Secretary of State for Health ตำแหน่งทางวิชาการ จะมี Chief professional officers เป็นตำแหน่งสูงสุด ซึ่งประกอบไปด้วย Chief Medical Officer, Chief Nursing Officer, Chief Dental Officer, Chief health professions officer, Chief pharmaceutical officer และ Chief Scientific Officer ซึ่งมีหน้าที่ผลิตองค์ความรู้และให้ "Expert input" เพื่อการวางแผนนโยบายและยุทธศาสตร์ คณะกรรมการ (Board) ของ DH ประกอบไปด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่าง ๆ 14 คน รัฐมนตรี (Secretary of state) ไม่มีตำแหน่งใน Board อย่างไรก็ตาม บทบาทหลักของ Board คือ การกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายที่นโยบายของรัฐมนตรี

### สำหรับหน้าที่หลักของ DH ประกอบด้วย

- 1) กำหนดทิศทางในภาพรวมของ NHS (Setting overall direction)
  - 2) กำหนดมาตรฐานบริการ (Ensuring national standards are set)
  - 3) ทำให้เกิดความมั่นใจว่ามีทรัพยากรที่จะนำมาใช้ใน NHS เพียงพอ (Securing resources)
  - 4) ทำการตัดสินใจในกรณีที่มีการลงทุนที่ต้องใช้เงินจำนวนมาก (Making major investment decisions)
  - 5) เพิ่มทางเลือกให้กับคนไข้และผู้ให้บริการ (Improving choice for patients and users)
- ภายใต้ DH มีหน่วยงานที่ดูแลเฉพาะเรื่องเรียกว่า Arm's Length Bodies (ALBs) แบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ



1) Executive agencies เช่น Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) ดูแลเรื่องยาและเครื่องมือทางการแพทย์ให้ปลอดภัยต่อประชาชน

2) Special Health Authorities กลุ่มนี้ได้รับงบประมาณผ่าน DH แต่มีความเป็นอิสระเนื่องจากมี Board เป็นของตนเอง เช่น Health Protection Agency, Information Center for Health and Social Care, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Postgraduate Medical Education and Training Board

3) Non-departmental public bodies ถูกตั้งขึ้นเมื่อรัฐมนตรีต้องการคำแนะนำ เช่น Commission for Patient and Public Involvement in Health Strategic Health Authorities (SHAs) ก่อนหน้าปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) หน่วยงานที่เป็นโครงสร้างของ Strategic health authorities นี้มีชื่อว่า Regional health authorities ในสหราชอาณาจักรอังกฤษเดิมมี Strategic health authorities ทั้งหมด 28 แห่ง ปัจจุบันลดลงเหลือเพียง 10 แห่ง ค่อย ๆ ลดลงตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 (พ.ศ. 2549) ดูแลประชากรแห่งละประมาณ 2.5-7.5 ล้านคน เทียบเท่าหน่วยงานในระดับเขตของไทยมีหน้าที่ในการวางยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ดังนี้

(1) วางแผน พัฒนาและเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ต่าง ๆ เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดีขึ้น

(2) ทำให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพของการให้บริการและองค์กรต่าง ๆ ภายในระบบบริการรวมทั้งมองไปข้างหน้าเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(3) เป็นตัวกลางในการช่วยเริ่มต้นงานนโยบาย และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามเป้าหมายของนโยบาย

(4) ช่วยพัฒนา Trusts ต่าง ๆ ให้มีศักยภาพที่จะเป็น Foundation trust

(5) เป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข ติดตามกำกับการบริหารในพื้นที่ที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพทำให้เกิดความมั่นใจว่านโยบายที่สำคัญในระดับชาติสามารถผสมผสานกับแผนงานในพื้นที่ โดยเป็นผู้รับรองแผนที่จะนำไปปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งนำเสนอโดย PCT

#### **Primary Care Trusts (PCTs) Primary Care Trust (PCT)**

เป็นโครงสร้างใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาจาก Primary Care Group (เป็นโครงสร้างที่ทำหน้าที่ซื้อบริการที่พัฒนาต่อมาจาก GP fundholder) เชื่อมโยงกับโครงสร้างด้านการบริหารจัดการเดิมที่เรียกว่า District Health Authority PCTs เดิมมีทั้งหมด 303 แห่ง ปัจจุบันมีลดลงเหลือ 152 แห่ง มีเจ้าหน้าที่รวมผู้ให้บริการที่อยู่ในชุมชนที่เดิมเป็นข้าราชการทั้งหมดประมาณ 1,000 คน (ที่อยู่ในสำนักงานของ PCT มีประมาณ 200 คน) บริหารงบประมาณ ประมาณ 450 ล้านปอนด์ต่อปี ครอบคลุมประชากรแห่งละประมาณ 3 แสนคน เป็นหน่วยงานสำคัญที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อน NHS

เนื่องจากจะต้องดูแลงบประมาณ ร้อยละ 85 ของงบประมาณทั้งหมดของ NHS PCT มีคณะกรรมการ 2 ชุด คือ

PCT Board และ Executive Committee Primary Care Trust Board (PCT board) พิจารณานโยบายและกำหนดทิศทางทางการดำเนินการของ PCT คณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วย

- 1) ประธาน
- 2) รองประธาน และ ผู้อำนวยการ ด้าน strategic commissioning
- 3) Non-executive director
- 4) Non-executive director
- 5) Chief executive
- 6) ผู้อำนวยการด้านการเงินและข้อมูลข่าวสาร
- 7) ผู้อำนวยการด้านสาธารณสุข
- 8) รองประธาน และ ผู้อำนวยการด้าน provider services
- 9) Chair of executive committee
- 10) Nurse member of executive committee
- 11) GP member of executive committee

โดยลำดับที่ 1 ถึง 4 เป็นตัวแทนประชาชน (เป็นนักการเมืองท้องถิ่นหรือผู้ทรงคุณวุฒิ) ลำดับที่ 5-8 เป็นเจ้าหน้าที่ PCT และลำดับที่ 9-11 เป็นตัวแทนวิชาชีพผู้ให้บริการ

Executive committee เป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง PCT senior managers กับตัวแทนของผู้ให้บริการในพื้นที่ คณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วย

- 1) Chief executive
- 2) ผู้อำนวยการด้านการเงินและข้อมูลข่าวสาร
- 3) ผู้อำนวยการด้านสาธารณสุข
- 4) Chair of executive committee (ประธานคณะกรรมการบริหาร)
- 5) Nurse member of executive committee (พยาบาลกรรมการบริหาร)
- 6) GP member of executive committee (สมาชิก GP ของคณะกรรมการบริหาร)
- 7) Primary Care Medical Director (ผู้อำนวยการด้านการแพทย์ระดับปฐมภูมิ)
- 8) Director of Performance & Planning (ผู้อำนวยการด้านประสิทธิภาพและการวางแผน)

วางแผน)

9) Head of Strategy, Performance and Commissioning, London Borough of Newham (หัวหน้าฝ่ายกลยุทธ์การปฏิบัติงานและการว่าจ้าง)

10) Head of Adults Services (หัวหน้าฝ่ายบริการผู้ใหญ่)

11) Head of Children's & Young People's Services (หัวหน้าฝ่ายบริการเด็กและเยาวชน)

12) Assistant Director, Communications & Corporate Affairs (ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายสื่อสารและกิจการองค์กร)

13) Trust Secretary (เลขานุการ)

โดยลำดับที่ 1-3 และ 10-13 เป็น PCT senior managers และ ลำดับที่ 4-9 เป็นตัวแทนของผู้ให้บริการที่อยู่ในพื้นที่หน้าที่รับผิดชอบหลักของ PCT ประกอบด้วย

1) วางแผนและทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่า ประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบจะได้รับบริการตามความจำเป็นที่ต้องได้รับ (Planning and securing services) โดยได้รับมอบจากประชาชนผ่านรัฐ ในการทำหน้าที่เป็น “นายหน้า” โดยเป็นผู้ถือเงินเพื่อซื้อบริการแทนประชาชน (Commissioner or purchaser) เพื่อจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการหรือสถานบริการตามข้อตกลง (Agreements) ที่ทำกับผู้ให้บริการหรือสถานบริการนั้น ๆ ทั้งที่อยู่ในและนอก NHS (ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการที่อยู่ภายใน NHS) รวมทั้งมีหน้าที่ดูแลให้ผู้ให้บริการมีจำนวนเพียงพอ

2) ประสานเพื่อให้เกิดความร่วมมือกับ Local authorities โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อการพัฒนาบริการเชิงสังคม (Social care)

3) สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ รวมถึงการลงทุนเครื่องมือ ระบบข่าวสารและเทคโนโลยี เพื่อที่จะให้มั่นใจได้ว่าบริการสุขภาพระดับพื้นที่ ได้รับการพัฒนา ทันสมัยและมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, ออนไลน์, 2552)

การดำเนินงานของ NHS ที่ผ่านมาได้สร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนค่อนข้างมาก โดยสะท้อนมาจากผลการสำรวจผู้ใช้บริการหลายครั้งและพบว่าหากจะมีการเปลี่ยนแปลง ระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักรอังกฤษ ไปสู่ระบบตลาดเหมือนระบบของสหรัฐอเมริกา น่าจะถูกปฏิเสธจากประชาชน สำหรับบริการสุขภาพภาคเอกชนของสหราชอาณาจักรอังกฤษนั้นมีขนาดเล็กและมีบทบาทน้อยกว่า NHS มาก บริษัทเอกชนขนาดใหญ่บางแห่งที่สนับสนุนให้เกิดบริการภาคเอกชนขึ้นก็เพื่อ เป็นการประกันสุขภาพหรือเป็นสิทธิประโยชน์ให้กับลูกจ้างบทบาทของระบบบริการภาคเอกชนส่วนใหญ่ คือ การรับการส่งต่อในกรณีของการให้บริการเฉพาะทางระบบสุขภาพ

สหราชอาณาจักรอังกฤษมีการจัดทำธรรมนูญที่ระบุวัตถุประสงค์สิทธิและความรับผิดชอบของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องตลอดจนกำหนดหลักการหรือปรัชญาเพื่อเป็นแนวทางกำกับการดำเนินงาน (Guiding principles) ไว้อย่างชัดเจน เช่น NHS จะให้บริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่มีขีดจำกัดในเรื่องอายุ เพศ เชื้อชาติ ความพิการ ศาสนา

และโดยคำนึงถึงสิทธิความเป็นมนุษย์ของทุกคนประการสำคัญก็คือ กรณีที่มีการร้องเรียน (Complaints) หรือการขอรับการชดเชย NHS ถือว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่

1) คำร้องเรียนเกี่ยวกับบริการของ NHS ของผู้ป่วยจะถูกจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และสอบสวนอย่างเหมาะสม

2) จะรู้ผลของการสอบสวนข้อร้องเรียน

3) จะนำข้อร้องเรียนยื่นต่อกลไกตรวจสอบอิสระ เช่น Health Service Ombudsman หากผลการพิจารณาคำร้องเรียนไม่เป็นที่พอใจ จะยื่นคำร้องต่อคณะกรรมการยุติธรรมอื่น ๆ ถ้าหากเห็นว่าได้รับผลกระทบโดยตรงจากการกระทำหรือการตัดสินใจที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายของกลไกใด ๆ ของ NHS และจะได้รับการชดเชยเมื่อถูกทำให้ได้รับการบาดเจ็บเสียหายจากการรักษาที่บกพร่อง (negligence treatments) NHS ยังถือเป็นข้อผูกมัดว่าในระหว่างการดำเนินการยื่นข้อร้องเรียน ถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติด้วยการเอื้อเฟื้อและสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเต็มที่ รวมทั้งประกันว่าการร้องเรียนจะไม่มีผลกระทบทางลบต่อการได้รับบริการสุขภาพในภายหลัง หากพบว่าเกิดความผิดพลาดขึ้นในการให้บริการ NHS ถือเป็นข้อสัญญาที่จะยอมรับข้อผิดพลาด จะมีการขอโทษผู้เสียหายการให้คำอธิบายถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและแก้ไขให้ถูกต้องโดยเร็ว และอย่างมีประสิทธิภาพ NHS ยังถือเป็นข้อสัญญาว่า องค์กรจะถือเอาการร้องเรียนในความผิดพลาดเสียหาย เหล่านั้นเป็นการเรียนรู้และจะใช้ประโยชน์จากบทเรียนนั้นเพื่อการปรับปรุงคุณภาพของบริการของ NHS ต่อไป

### 3) การเยียวยาความเสียหาย

สหราชอาณาจักรอังกฤษได้มีการเยียวยาความเสียหายและนิยามความเสียหายไว้ว่า “อันตรายแก่ชีวิตและร่างกายซึ่งมีวิธีการเยียวยาทาง” (Consumer Protection Act 1987, Section 5 (1)) “เอควิตี” (Equitable remedies are generally discretionary) ผู้เสียหายจะมีสิทธิได้รับการเยียวยา หากข้อเท็จจริงในคดีนั้นตรงตามหลักเกณฑ์ที่วางไว้เกี่ยวกับการเยียวยานั้น ๆ แม้ว่าการให้การเยียวยานั้น ๆ อาจไม่เป็นธรรมกับอีกฝ่าย เมการี และเบเคอร์ (Megarry and Baker) (สุรชดา รัตติ, 2562, หน้า 140-166) ได้อธิบายไว้ว่า หลักการพื้นฐานการเยียวยาของสหราชอาณาจักรอังกฤษขึ้นอยู่กับดุลพินิจของศาลโดยจะพิจารณาคด้วยเหตุผลต่าง ๆ ว่าผู้นั้นจะได้รับการเยียวยาหรือไม่มีศาลจะเป็นผู้ใช้ดุลพินิจมีข้อพิจารณา คือ ผู้นั้นมีสิทธิได้รับการเยียวยา (Inadequacy of common law remedy) และผู้นั้นเป็นผู้กระทำการขัดกับบทบัญญัติ (Maxims) ต่าง ๆ แม้มูลคดีเป็นเหตุของการร้องขอการเยียวยาทางเอควิตี ศาลก็สามารถปฏิเสธการเยียวยาด้วยหลักการที่ว่า การเยียวยาไม่ใช่เป็นเรื่องของสิทธิแต่เป็นเรื่องของดุลพินิจ และการเยียวยาทางเอควิตีเป็นการเยียวยาที่มีขอบเขตอำนาจต่อบุคคล (Remedy in personam) โดยมีวิธีการเยียวยาทางเอควิตี 5 วิธีดังต่อไปนี้

(1) การบังคับชำระหนี้โดยจำเพาะเจาะจง (Specific performance) มีลักษณะเป็นคำสั่งศาล เหนือบุคคล (in personam) หากบุคคลใดฝ่าฝืนไม่กระทำตามจะมีความผิดฐานละเมิดอำนาจศาล

(2) คำสั่งของศาลให้ห้ามหรือหยุดการกระทำ (Injunction) คือ คำสั่งห้ามของศาลต่อบุคคลใดหรือกลุ่มใดมิให้กระทำการอันใดอันหนึ่ง

(3) การเลิกนิติกรรม (Rescission) คือ การที่ผู้ทำนิติกรรมฝ่ายเดียวหรือคู่สัญญาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งบอกเลิกนิติกรรมนั้น โดยมุ่งให้ตนเองกลับสู่สถานะเดิมทำให้นิติกรรมนั้น ๆ หมดผลไป

(4) การแก้ไขข้อผิดพลาด (Rectification) คือ วิธีการเยียวยาซึ่งให้อำนาจแก่ศาลในกรณีที่ศาลมีดุลพินิจเห็นสมควรสั่งให้มีการแก้ไขเอกสารของนิติกรรมต่าง ๆ ที่มีข้อผิดพลาดเพื่อให้เอกสารนั้นเป็นไปตามความตั้งใจของผู้ทำเอกสาร

(5) การให้ค่าเสียหายแทนการเยียวยาทางเอควิตี (Award of damages in lieu equitable remedies) คือ การให้ค่าเสียหายแทนคำสั่งของศาลให้ห้ามหรือหยุดการกระทำหรือการให้เสียค่าปรับแทนการชำระหนี้โดยจำเพาะเจาะจง ผู้ที่มีสิทธิได้รับการเยียวยาเป็นค่าเสียหายทางเอควิตีแบบอื่น ๆ จะต้องเป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับการเยียวยาในแบบนั้น ๆ เสียก่อนศาลจึงสามารถใช้อำนาจพิจารณาให้การเยียวยาเป็นค่าเสียหายแทนได้ ผู้ที่ไม่มีสิทธิได้รับการเยียวยาใด ๆ มาตั้งแต่แรกจะมาร้องขอค่าเสียหายแทนกันไม่ได้ตามหลักการเยียวยาเอควิตี

แต่เดิมนั้นการฟ้องร้องทางศาล คือ ช่องทางหลักของผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายที่จะใช้เป็นช่องทางในการเรียกร้องการชดเชยจึงมีการสร้างกลไกในการจัดการและรับมือกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกลไกหนึ่งที่สำคัญ คือ National Health Service Litigation Authority-NHSLA ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ NHS ขณะที่ยังอีกด้านหนึ่งเป็นกลไกของกลุ่มวิชาชีพที่มีรากฐานทางประวัติศาสตร์มายาวนานกว่า NHS ขณะที่ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดถูกนำมาพิจารณากันหลายครั้ง แต่ยังเป็นเพียงการขับเคลื่อนที่ไม่มีผลเป็นกลไกที่เป็นรูปธรรม National Health Service Litigation Authority-NHSLA จัดตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1995 ในฐานะองค์กรอิสระเพื่อทำหน้าที่โต้ตอบและจัดการกับการฟ้องร้องรัฐในกรณีความผิดพลาดทางการแพทย์โดยเป็นกลไกของ NHS ที่ทำหน้าที่ เป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการการฟ้องร้องอันเนื่องมาจากความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดกับแพทย์และหรือหน่วยงานของ NHS รวมทั้งมีหน้าที่พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานของ NHS NHSLA ยังมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการบริหารจัดการการฟ้องร้องที่ไม่เกี่ยวกับความผิดพลาดทางการแพทย์ (non-clinical liabilities) การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างผู้ซื้อบริการสุขภาพกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ (Primary Care Trusts) การให้คำปรึกษาด้านข้อกฎหมายแก่ NHS และดูแลการจ่ายค่าชดเชยในนาม

ของ NHS อีกด้วยพันธกิจสำคัญของ NHSLA คือ การบริหารจัดการกรณีการร้องเรียนหรือฟ้องร้องที่มีต่อ NHS ด้วยหลักการว่า "ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพประชาชนเผชิญกับการร้องเรียนที่ไม่มีเหตุผลหรือไม่ชอบธรรมอย่างจริงจังตรงไปตรงมาหาข้อยุติกับข้อร้องเรียนที่ชอบธรรมอย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้มีมาตรการการป้องกันมากขึ้น" เป้าหมายของ NHSLA คือ จัดการข้อเรียกร้องให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ และส่งเสริมให้หน่วยงานภายใต้ NHS ให้คำอธิบายและกล่าวคำขอโทษต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผลการดำเนินงานของ NHSLA พบว่า มีการร้องเรียนเพียงร้อยละ 4 ที่ต้องจบลงที่ศาลในจำนวนนี้รวมการร้องเรียนที่มีการขอความแต่ศาลต้องอนุมัติจำนวนหนึ่งด้วย NHSLA ทำหน้าที่บริหารแผนในการจัดการกับการฟ้องร้องกับหน่วยงานภายใต้ NHS ทั้งหมด 5 แผนงาน (Schemes) โดย 3 แผนงานแรก (The Clinical Negligence Scheme for Trusts- CNST, The Existing Liabilities Scheme-ELS, The Ex-RHA Scheme-Ex-RHAS) เป็นเรื่องเกี่ยวกับ Clinical Claims แผนงานที่สี่ (The Liabilities to Third Parties Scheme-LTPS) ดูแลเกี่ยวกับ non-clinical claims สำหรับแผนงานสุดท้าย (Property Expenses Scheme-PES) ดูแลเกี่ยวกับความเสียหายของทรัพย์สิน NHSLA มีตัวแทนจากสำนักงานกฎหมายต่าง ๆ จำนวน 13 แห่งเป็นที่ปรึกษาในการ พิจารณากรณีที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์และตัวแทนจำนวน 9 แห่งสำหรับ กรณีที่ไม่ใช่ความผิดพลาดทางการแพทย์ (NHSLA 2004a; NHSLA 2004c) โดยมีการบริหารจัดการแผนงาน ดังนี้

(1) งบประมาณแผนการชดเชยความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ (clinical negligence medical negligence) มีสามแผน คือ Existing Liability Scheme (ELS), Clinical Negligence Scheme for Trusts (CNST) และ EX-RHAs โดยที่ ELS และ EX-RHAs ได้รับ งบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลทั้งหมดและ CNST ใช้เงินที่เรียกเก็บจากสมาชิกที่เป็น คู่สัญญากับผู้ให้บริการ (Primary Care Trusts และ NHS Trusts) เงินสมทบ (Premium) ที่เก็บจากสมาชิกหรือ Trusts ต่าง ๆ ขึ้นกับประเภทความแตกต่างของ Trusts ในปี ค.ศ. 1996-1997 (พ.ศ. 2539-2540) CNST จะเก็บเงินสมทบตั้งแต่ 2,000 ปอนด์สำหรับ Trusts เล็ก ๆ ไปจนถึง 60,000 ปอนด์ สำหรับโรงพยาบาลใหญ่สังกัด NHS Trusts (Towse and Danzon 1999) (พ.ศ. 2542)

การคำนวณอัตราการเก็บนั้นใช้การคำนวณตามความเสี่ยงและอัตราตามประสบการณ์จากนั้นจึง พิจารณาลดจากระดับการจัดการความเสี่ยงในแต่ละ Trusts ปี ค.ศ. 2004-2005 (พ.ศ. 2547-2548) มีค่าใช้จ่ายโดยประมาณ 410 ล้านปอนด์ที่จะต้องเก็บจาก Trusts โดยการคำนวณจากประมาณการของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในแต่ละ Trusts แล้วเรียกเก็บ ตามอัตราเสี่ยงที่คำนวณได้สำหรับ Trusts ที่มีการบริหารจัดการความเสี่ยงได้ดีจะได้รับอัตราส่วนลดของเงินที่จะเรียกเก็บโดยพิจารณาจากเกณฑ์ 2 ประการ ประการแรก คือ Risk Management Discount (RMDs) เป็นมาตรฐานที่ตั้งขึ้นสำหรับประเมิน Trusts มีการกำหนดมาตรฐาน 12 ข้อ (NAO 2001) และมีอัตราส่วนลด

เป็นร้อยละ 10 ร้อยละ 20 และร้อยละ 30 สำหรับ Trusts ที่ผ่านมาตรฐานในระดับ 1 ระดับ 2 และระดับ 3 ตามลำดับ ประการที่สอง ใช้เกณฑ์อัตราตามประสบการณ์ (experience rating) มาเป็นตัวกำหนด (NHSLA 2003) (พ.ศ. 2546)

(2) การจัดการกับการร้องขอการชดเชย

ก่อนปี ค.ศ. 2000 ELS จะรับผิดชอบคำร้องที่เกิดก่อนวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 1995 ที่ยังไม่สิ้นสุด อย่างไรก็ตาม เมื่อการร้องเรียนสิ้นสุดลง Trusts จะต้องรับผิดชอบรายจ่าย 10,000 ปอนด์ แรกส่วนที่เหลือ ELS จะเป็นผู้จ่ายแต่หลังจาก ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) เป็นต้นมา ELS เป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด (Towse and Danzon 1999 (พ.ศ. 2542); NAO 2001; Fenn; Gray, and Rickman 2003 (พ.ศ. 2546)) สำหรับการร้องขอชดเชยที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 1995 เป็นต้นมาจะอยู่ในความรับผิดชอบของ CNST ในกรณีนี้ Trusts จะต้องตกลงจำนวนเงินเป็นเพดานสูงสุดกับ NHSLA และสามารถเลือกจำนวนวงเงินโดยอิสระ (NAO 2001) (พ.ศ. 2554) ชัดจำกัดวงเงินดังกล่าว แตกต่างกันในแต่ละ Trusts ขึ้นกับองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ผ่านมาจะอยู่ในช่วงประมาณ 10,000-500,000 ปอนด์ (NHSLA 2004c) ถ้าเป็นการร้องเรียนที่มีมูลค่าไม่เกินเพดานที่กำหนด Trusts จะเป็นผู้จ่ายเงินชดเชยทั้งหมดเมื่อมูลค่าของการร้องเรียนสูงกว่าเพดาน Trusts จะต้องจ่ายค่าชดเชยทั้งหมดสำหรับการร้องเรียนที่เกิดขึ้นระหว่างปี ค.ศ. 1995-1998 (พ.ศ. 2538-2541) ส่วนกรณีที่เกิดขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 1998 (พ.ศ. 2541) เป็นต้นมา (และมีมูลค่าสูงกว่าเพดานที่กำหนด) Trusts จะต้องจ่ายเงินชดเชยในวงเงินสูงสุดที่ตกลงกันไว้และอีกร้อยละ 20 ของส่วนเกิน ที่เหลือจากนั้น จะใช้งบประมาณจาก CNST (Towse and Danzon 1999; NAO ค.ศ. 2001 (พ.ศ. 2544); Fenn and others ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2547) ) แต่มีการทบทวนพบว่าการบริหารจัดการกรณีที่มีมูลค่าต่ำโดย Trusts เองนั้น ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการจะสูงมากทำให้ไม่มีประสิทธิภาพหลังจากปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) NHSLA จึงเข้ามารับผิดชอบค่าใช้จ่ายและการบริหารจัดการทั้งหมด (NHSLA 2004c)

(3) ขั้นตอนการเรียกร้องขอการชดเชย มีกระบวนการร้องเรียนต่อ NHS 3 ขั้นตอน ดังนี้

(3.1) Local Resolution ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลสามารถร้องเรียนด้วยวาจาในระดับสถานบริการหน่วยงานระดับต้นจะเป็นผู้คลี่คลายเรื่องราว

(3.2) Management Resolution ถ้าการร้องเรียนไม่ได้รับการแก้ไข หรือคลี่คลายในระดับต้น ผู้เสียหายจะต้องเสนอเรื่องเป็นลายลักษณ์อักษรต่อ Chief Executive เรื่องจะได้รับการจัดการภายใน 2 วันทำการและจะต้องมีการสอบถามหาสาเหตุความผิดพลาดและจะหาข้อสรุป ชี้แจงต่อผู้เสียหายภายใน 21 วัน

(3.3) Appeals ถ้าผู้เสียหายยังไม่พอใจจากการเสนอเรื่องในระดับ Management Resolution จาก Chief Executive สามารถอุทธรณ์ได้ ภายใน 21 วันหลังจากที่รับเรื่องชี้แจงจาก Chief Executive ในกรณีนี้ NHSLA จะนำเรื่องเข้าสู่คณะกรรมการอิสระเพื่อพิจารณา เรื่องจะดำเนินการ สิ้นสุดภายใน 21 วัน

(4) สิทธิที่ผู้เสียหายจะได้รับจากแผนการชดเชยสิทธิที่ผู้เสียหายจะได้รับ คือ การชดเชยการบาดเจ็บ (pain and suffering) การสูญเสียรายได้และรายจ่ายในการดูแลที่ผ่านมารวมทั้ง การสูญเสียรายได้และรายจ่ายในการดูแลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้น การจ่ายเงินชดเชยในกรณี การบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์จะมีความซับซ้อนกว่าการบาดเจ็บกรณีอื่น ๆ เนื่องจาก ผู้ที่ได้รับความเสียหาย จะมีการเจ็บป่วยมาก่อนแล้ว จึงเข้ารับการรักษาในกรณีดังกล่าว ในบางกรณี บัญชีที่ เกี่ยวข้องในการพิจารณาจำนวนเงินที่จะต้องจ่าย ได้แก่ ค่าชดเชยการบาดเจ็บ ความเจ็บป่วย และการสูญเสียคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายในการดูแลประจำวัน 24 ชั่วโมง ค่าใช้จ่ายในการทำกายภาพบำบัด และฟื้นฟูสภาพ ค่าดูแลบุตร ค่าการช่วยเหลืออื่น ๆ ในบ้านที่เกี่ยวข้อง ค่ารักษาพยาบาลต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายในการดูแลในอนาคต เครื่องมือ อุปกรณ์ช่วยในการดูแล ค่าชดเชยการสูญเสียรายได้ ค่าเสียหายอื่น ๆ

#### (5) ผลการดำเนินงาน

(5.1) จำนวนกรณีการร้องขอรับการชดเชยในภาพรวมช่วงปลายทศวรรษ 1970 (พ.ศ. 2513) มีการร้องขอค่าชดเชยทั้งหมดประมาณ 700 รายต่อปี รวมทั้ง แพทย์ ทันตแพทย์ เกศษกร หลังจากนั้นในช่วง ค.ศ. 1983-1987 (พ.ศ. 2526-2530) กรณีการร้องขอค่าชดเชยเพิ่มขึ้นประมาณ สองเท่า แต่ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากกว่าสองเท่า (DoH 2003) ต่อมาข้อมูลจาก ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2553) ถึง ค.ศ. 1998 (พ.ศ. 2541) พบมีการร้องขอค่าชดเชยเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 72 (NAO 2001) ระหว่าง ปี ค.ศ. 1996-2003 (พ.ศ. 2539-2546) กรณีการร้องขอค่าชดเชยที่เกิดใน NHSLA เพิ่มขึ้นประมาณ 15 เท่า (DoH 2003) ในปี ค.ศ. 2001-2002 (พ.ศ. 2544-2545) มีการร้องขอค่าชดเชยจำนวน 7,054 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 7,798 รายในปีถัดมา (ค.ศ. 2002-2003) (พ.ศ. 2545-2546) (NHSLA 2004c) จากข้อมูล ของ DoH ในปี ค.ศ. 2003 มีการร้องขอ ค่าชดเชยประมาณ 6,797 รายต่อปี (DoH 2003) ล่าสุดในช่วง ค.ศ. 2003-2004 (พ.ศ. 2546-2547) NHSLA ได้รับเรื่องร้องขอค่าชดเชยที่เป็นความผิดพลาด ทางการแพทย์ทั้งหมด 6,251 ราย และในเดือนมีนาคม ค.ศ. 2004 มีเรื่องที่กำลังดำเนินการทั้งสิ้น จำนวน 19,706 รายโดยเฉลี่ยกรณีการร้องขอค่าชดเชยสิ้นสุดภายใน 1.36 ปี (NHSLA 2004c) จำนวนการร้องขอค่าชดเชยจากความผิดพลาดที่เกิดในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ร้อยละ 7 ต่อปี (Fenn; Diacon; Gray; Hodges, and Rickman, 2000) และการร้องเรียน ต่อผู้ให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไป มีประมาณ 300-400 รายต่อปี (DoH 2003) การร้องเรียน ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาล คือ การตายและ



การเจ็บปวดที่ไม่จำเป็นสาเหตุของการร้องเรียนในสถานบริการปฐมภูมิคือการวินิจฉัยผิดพลาด และการจ่ายยาผิด (The Royal College of Pathologists 2004) (พ.ศ. 2547) NHSLA มีการรวบรวม รายงานและจัดทำวารสารเผยแพร่เพื่อประกอบการปรับปรุง ระบบบริการให้มีประสิทธิภาพขึ้น ในวารสารดังกล่าวได้รวมถึงกรณีการร้องเรียนที่เกิดขึ้น และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานแก่บุคลากร ในสถานบริการด้วย (Towns 2001) (พ.ศ. 2544)

(5.2) ค่าใช้จ่ายในการร้องขอค่าชดเชยจากรายงานของ NHSLA พบว่า รายจ่าย การชดเชยกรณีความผิดพลาดทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากปี ค.ศ. 1996-1997 (พ.ศ. 2539-2540) มีรายจ่ายประมาณ 6 ล้านปอนด์ และเพิ่มสูงสุดในปี ค.ศ. 2000-2001 (พ.ศ. 2543-2544) เป็นเกือบ 900 ล้านปอนด์ หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงมาอยู่ที่ประมาณ 400 ล้านปอนด์ในปี ค.ศ. 2003-2004 (พ.ศ. 2547-2548) (NHSLA 2004b) โดยที่รายจ่ายทั้งค่าชดเชยและค่า บริหารจัดการทางกฎหมาย ในแผนการชดเชยความผิดพลาดทางคลินิกสูงถึง 446.2 ล้านปอนด์ในปี ค.ศ. 2002-2003 (พ.ศ. 2545-2546) และลดลงเป็น 422.5 ล้านปอนด์ในปี ค.ศ. 2003-2004 (พ.ศ. 2547-2548) คาดว่า รายจ่ายทั้งหมดรวมกรณีที่ไม่มีรายงานมีประมาณ 7.78 พันล้านปอนด์ สำหรับกรณีการร้องเรียน จากความผิดพลาดทางการแพทย์ (NHSLA 2004c) ร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายในแผนงานเกิดจาก การบาดเจ็บทางสมอง จากกรณีร้องขอค่าชดเชย ร้อยละ 26 ซึ่งเป็นสาขาที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด (NAO 2001) ร้อยละ 60-70 ของการร้องขอค่าชดเชยจะสิ้นสุดในการดำเนินการระยะแรก (Local Resolution) จากการพูดคุยกับที่ปรึกษาทางกฎหมายและจากข้อมูลบันทึกทางการแพทย์ สำหรับรายที่มีการ ดำเนินการต่อเนื่อนั้นร้อยละ 95 สิ้นสุดโดยการดำเนินการของ NHSLA โดยไม่ต้องเข้าสู่ระบบกฎหมาย สำหรับในรายที่เข้าสู่ระบบกฎหมายและได้รับการชดเชย ร้อยละ 78 (DoH 2003 (พ.ศ. 2546)) ข้อมูล จาก NHSLA พบว่าในปี ค.ศ. 1995 ร้อยละ 35 ยุติโดยผู้ร้องเอง ร้อยละ 43 ยุตินอกศาลและร้อยละ 1.5 สิ้นสุดในศาลโดยผู้ร้องเรียนได้รับเงินชดเชยร้อยละ 0.5 สิ้นสุดในศาลโดย NHS เป็นผู้ชนะคดีและ ร้อยละ 20 ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ(NHSLA 2004c) ส่วนข้อมูลล่าสุดในปี ค.ศ. 2004 (พ.ศ. 2547) โดยรายงานของ NHSLA นั้นพบว่า มีการยุติเรื่องร้องเรียนโดยเข้าสู่คณะกรรมการพิจารณา (Management Resolution) มากกว่าร้อยละ 40 ถัดมาเป็นการยุติโดยผู้เสียหายเองประมาณร้อยละ 30 และต้องเข้าสู่ระบบศาลประมาณร้อยละ 2 เท่านั้น (Dott 2003) (พ.ศ. 2546)

#### 4) มาตรการที่นำมาใช้ในการเยียวยาความเสียหาย

##### (1) ความรับผิดชอบแพ่ง

การชดเชยค่าเสียหายผ่านองค์กรป้องกันทางการแพทย์ ตามที่ระบุไว้ข้างต้นแพทย์บางคนที่ไม่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นลูกจ้างโดย NHS จะไม่ได้รับการชดเชยจาก NHS โดยทั่วไปแล้วบุคคลเหล่านี้จะได้รับการชดเชยผ่านองค์กรป้องกันทางการแพทย์ เช่น Medical Defense Union หรือ Medical Protection Society

“c.41 The indemnity provided by some of the medical defense organizations is “discretionary indemnity,” meaning that the individual has only the right to request assistance and that the organization makes the decision whether to indemnify the medical practitioner, a decision that can only be made when it is presented with the facts of the case.” (Enabling legislation for this program is NHS Redress Act 2006 (พ.ศ. 2549), c.41)

การชดเชยค่าเสียหายโดยองค์กรป้องกันทางการแพทย์บางแห่งคือ “การชดเชยตามดุลพินิจ” ซึ่งหมายความว่าบุคคลนั้นมีสิทธิร้องขอความช่วยเหลือเท่านั้นและองค์กรจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะชดเชยค่าเสียหายให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์หรือไม่ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่ทำได้เท่านั้น เมื่อมีการนำเสนอข้อเท็จจริงของคดีตามที่ระบุไว้ข้างต้นแพทย์บางคนที่ไม่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นลูกจ้างโดย NHS จะไม่ได้รับการชดเชยจาก NHS โดยทั่วไปแล้วบุคคลเหล่านี้จะได้รับการชดเชยผ่านองค์กรป้องกันทางการแพทย์ เช่น Medical Defense Union หรือ Medical Protection Society

การชดเชยค่าเสียหายของ NHS0 จะเน้นความรับผิดชอบทางการแพทย์ในอังกฤษและเวลส์อยู่ภายใต้กฎหมายการละเมิดโดยเฉพาะความประมาทเลินเล่อเป็นแนวทางปฏิบัติทั่วไปในกรณีของความประมาททางคลินิกที่บริการสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานด้านสุขภาพเป็นหน่วยงานที่ถูกฟ้องร้องแทนที่จะเป็นแพทย์แต่ละคนภายใต้แนวทางปฏิบัตินี้ NHS Trusts and Health Authority มีความรับผิดชอบต่อการกระทำที่ประมาทเลินเล่อและการละเว้นของพนักงานของตนซึ่งรวมถึงแพทย์พยาบาลและแพทย์ ความรับผิดชอบนี้เกิดจากหน้าที่ในการดูแลที่ NHS Trusts เป็นหนี้ต่อผู้ป่วยของตนการประยุกต์ใช้ความรับผิดชอบนี้ส่งผลให้เกิดนโยบายของรัฐบาลเรียกว่าการชดเชยค่าเสียหายของ NHS ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อพนักงานของ NHS ในระหว่างการทำงานมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการกระทำโดยประมาทหรือละเว้น (โดยทั่วไปเรียกว่า “ความประมาททางเทคนิค” ที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรืออาสาสมัครของ NHS

NHS ได้ให้คำแนะนำโดยระบุว่าเมื่อต้องรับผิดชอบผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพที่ประมาทควร “ยอมรับความรับผิดชอบทางการเงินอย่างเต็มที่ในกรณีที่เกิดอันตราย

โดยประมาณและไม่พยายามเรียกคืนค่าใช้จ่ายจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง” เมื่อถูกกล่าวหาว่าประมาณ NHS มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการตาม “ค่าใช้จ่ายทางกฎหมายและการบริหารในการปกป้องข้อเรียกร้องหรือหากเหมาะสมในการหาข้อยุติ ค่าใช้จ่ายของโจทก์ตามที่ทั้งสองฝ่ายตกลงกันหรือตามที่ได้คำสั่งจากศาลให้ชดเชยศาลและความเสียหายที่ได้รับ ไม่ว่าจะเป็นการจ่ายครั้งเดียวหรือเป็นการชำระแบบมีโครงสร้าง (ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, ออนไลน์, 2544)

การชดเชยค่าเสียหายของพลุกพล่านครอบคลุมเฉพาะผลกระทบทางการเงินของโครงการละเลยทางคลินิกไม่ใช่การเรียนหรือการพิจารณาทางวินัยหรือกฏข้อบังคับ และไม่ครอบคลุมถึงแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (แพทย์ปฐมภูมิ) “ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมทั่วไปเภสัชกรหรือนักทัศนมาตรหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่ประกอบอาชีพอิสระอื่น ๆ เช่น ผดุงครรภ์อิสระ พนักงานโรงพยาบาลเอกชน หน่วยงานการศึกษาในท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่สมัครใจ” ผู้ปฏิบัติงานทั่วไปมักเป็นสมาชิกของสมาคมป้องกันทางการแพทย์หรือสหภาพแรงงาน

การกำหนดค่าสินไหมทดแทนกรณีละเมิดที่ก่อให้เกิดความเสียหายทางจิตใจของอังกฤษ ลักษณะของความเสียหายทางจิตใจอาจมีลักษณะทางจิตใจ เช่น ตื่นตระหนก ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ ความกระทบกระเทือนทางประสาท การบาดเจ็บทางจิตใจ ได้แก่ ความทุกข์ทางจิตใจ การรบกวนจิตใจ หรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่ร้ายแรง เป็นต้น

ซึ่งเป็นการกระทบกระเทือนทางอารมณ์ที่ทิ้งรอยไว้ในจิตใจไม่ว่าจะด้วยจิตสำนึกหรือจิตใต้สำนึก บางคนปรับตัวได้ดีไม่ค่อยมีอาการโรคจิตได้ง่ายเมื่อประสบกับสภาพทางอารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ในขณะที่บุคคลที่เต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวาย ความกระวนกระวาย ความไม่เป็นมิตร ย่อมนำไปสู่ ความเสียหายทางจิตใจได้ง่ายจนถึงเจ็บป่วยทางจิตใจที่ร้ายแรง (วาสิณี แสงแก้ว, 2554, หน้า 64-65)

ในปัจจุบันนี้การกำหนดค่าสินไหมทดแทนความเสียหายทางจิตใจมีหลักเกณฑ์ในการกำหนดที่ยังไม่ชัดเจน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติการณ์หรือข้อเท็จจริงในแต่ละกรณีไป ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงเป็นดุลพินิจขององค์กรตุลาการที่ต้องพิจารณาวินิจฉัยรวมทั้งในแต่ละประเทศยังคงมีหลักเกณฑ์และเหตุผลในการพิจารณาดังต่อไปนี้

#### 1. ค่าเสียหายทางจิตใจในสหราชอาณาจักรอังกฤษ

หลักทั่วไปของความรับผิดทางละเมิดตามกฎหมายสหราชอาณาจักรอังกฤษนั้นไม่ว่าจะเกิดจากการกระทำโดยจงใจ หรือประมาทเลินเล่อ หรือเป็นความรับผิดเด็ดขาดก็ตามหลักเกณฑ์ความรับผิดทางละเมิดจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 2 อย่าง กล่าวคือ

(1) องค์ประกอบภายในจิตใจ

(2) องค์ประกอบภายนอก ซึ่งแยกออกได้ดังนี้

- มีการกระทำหรือคเว้นการกระทำ

- การกระทำหรือคเว้นการกระทำนั้นฝ่าฝืนหน้าที่ที่จะต้องใช้ความระมัดระวัง

โดยผิดกฎหมาย

- การกระทำหรือคเว้นการกระทำนั้นก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น

- การกระทำหรือคเว้นการกระทำดังกล่าวมีความสัมพันธ์แห่งเหตุและผลระหว่างความผิดที่เกิดจากการกระทำของผู้กระทำละเมิดและความเสียหายที่ก่อให้เกิดขึ้นแก่ผู้ได้รับความเสียหาย

- การกระทำหรือคเว้นการกระทำนั้นก่อให้เกิดความเสียหายทั่วไป รวมทั้งความเสียหายทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ได้รับความเสียหายนั้นด้วย สำหรับความเสียหายทางจิตใจนั้น สหราชอาณาจักรอังกฤษมิได้มีการกำหนดความหมายของคำว่า “ความเสียหายทางจิตใจ” ไว้อย่างชัดเจนแต่สามารถพิจารณาความหมายของคำดังกล่าวได้จากแนวคำวินิจฉัยของศาลสหราชอาณาจักรอังกฤษ (ประยูร กันไพเราะ, 2554, หน้า 57-84)

ซึ่งสรุปได้ว่า คำว่า “ความเสียหายทางจิตใจ” เป็นความเสียหายที่กระทบกระเทือนทางประสาทหรือจิตใจที่เกิดจากความกระวนกระวายทางจิตใจ อันเนื่องจากการเข้ามาเกี่ยวข้องหรือผูกพันอยู่ในเหตุการณ์หรือได้เห็นเหตุการณ์นั้น โดยตรง เช่น ความกังวลต่อเหตุการณ์และบางครั้งความกระทบกระเทือนทางจิตใจดังกล่าวอาจมีร่องรอย ความเสียหายในทางกายภาพปรากฏให้เห็นในรูปแบบของการนอนไม่หลับ ความหงุดหงิดการ โกรธสุดขีด การขาดความสามารถในการจดจำหรือขาดสมาธิการตื่นตระหนกตกใจ การระแวงมากเกินไป การมีปฏิกิริยาต่อสิ่งใด ๆ ที่กระตุ้นเตือนความทรงจำต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากเกินควร หรือความกระทบ กระเทือนทางประสาทหรือจิตใจ เป็นต้น

**กรณีคำพิพากษาได้รับความเสียหายทางจิตใจของสหราชอาณาจักรอังกฤษ**

สหราชอาณาจักรอังกฤษยังมีแนวคำวินิจฉัยของศาลที่แสดงให้เห็นว่า ได้แบ่งผู้ได้รับความเสียหายทางจิตใจออกเป็น 2 กรณี คือ

กรณีที่ 1 บุคคลที่มีส่วนร่วมหรือเข้ามาเกี่ยวข้องพันอยู่ในเหตุการณ์โดยตรง และบุคคลนั้นได้รับความเสียหายทางจิตใจหรือได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย หรือตายในเหตุการณ์ สำหรับผู้ได้รับความเสียหาย

กรณีที่ 2 บุคคลที่ได้เห็นเหตุการณ์โดยตรงหรือมาเห็นสภาพ ที่เกิดขึ้นทันที หลังเกิดเหตุที่ผู้ได้รับความเสียหายซึ่งเป็นญาติหรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับครอบครัวได้รับความเจ็บทางร่างกายหรือตายในเหตุการณ์จนเป็นเหตุให้ผู้ได้รับความเสียหาย

ศาลสหราชอาณาจักรอังกฤษ ได้วางหลักเกณฑ์ความรับผิดชอบในความเสียหายทางจิตใจไว้สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1) หลักเกณฑ์ความรับผิดชอบในความเสียหายทางจิตใจที่เกิดกับผู้ได้รับความเสียหายตามกรณีที่ 1 แบ่งออกเป็น 2 ประการ คือ ประการที่หนึ่ง เป็นกรณีที่เกิดจากการกระทำละเมิดโดยจงใจ กล่าวคือ นอกจากโจทก์จะต้องพิสูจน์เหตุในการฟ้องคดีตามหลักเกณฑ์ทั่วไปของความรับผิดทางละเมิดแล้ว โจทก์ยังต้องพิสูจน์เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ความว่า การกระทำของจำเลยที่มีลักษณะรุนแรงหรือหนักหน่วง จำเลยจงใจที่จะก่อให้เกิดความเสียหายทางจิตใจ และโจทก์ได้รับความเสียหายทางจิตใจอันเกิดจาก ผลของการกระทำของจำเลยนั้น ประการที่สอง เป็นกรณีที่เกิดจากการกระทำละเมิดโดยประมาท เลินเล่อ กล่าวคือ โจทก์ต้องพิสูจน์เหตุในการฟ้องคดีว่า จำเลยมีหน้าที่จะต้องใช้ความระมัดระวัง หรือไม่ โดยนำหลักเกณฑ์การคาดเห็นได้ล่วงหน้าพอสมควรมาใช้วัดในเรื่องความสัมพันธ์ ระหว่างเหตุและผล หากจำเลยคาดเห็นได้ล่วงหน้าพอสมควรว่าจะเกิดความเสียหายแก่โจทก์แล้ว จำเลยต้องรับผิดชอบแห่งการกระทำดังกล่าว ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า โจทก์สามารถเรียกค่าสินไหมทดแทนเพื่อความเสียหายทางจิตใจได้ต่อเมื่อจำเลยมีหน้าที่ที่จะต้องใช้ความระมัดระวัง

2) หลักเกณฑ์ความรับผิดชอบในความเสียหายทางจิตใจที่เกิดกับผู้ได้รับความเสียหายตามกรณีที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 ประการ คือ

ประการที่หนึ่ง เป็นกรณีที่เกิดจากการกระทำละเมิดโดยจงใจซึ่งในกรณีนี้ไม่ปรากฏแนวคำวินิจฉัยที่เป็นบรรทัดฐานไว้แต่อย่างใด โดยในการฟ้องเรียกค่าสินไหมทดแทนนั้น จะมีหลักเกณฑ์เช่นเดียวกับความเสียหายทางจิตใจที่เกิดกับผู้ได้รับความเสียหายกรณีที่ 2 ที่เกิดจากการกระทำละเมิดโดยประมาทเลินเล่อ ดังนั้น การฟ้องเรียกค่าสินไหมทดแทน โจทก์จึงต้องพิสูจน์เหตุในการฟ้องคดีที่มีลักษณะเช่นเดียวกับความเสียหายทางจิตใจที่เกิดกับผู้ได้รับความเสียหายกรณีที่ 2 อันเกิดจากการกระทำละเมิดโดยประมาทเลินเล่อด้วย

ประการที่สอง เป็นกรณีที่เกิดจากการกระทำละเมิดโดยประมาทเลินเล่อ โดยมีหลักเกณฑ์ความรับผิดชอบในความเสียหายทางจิตใจที่โจทก์จะต้องพิสูจน์เหตุในการฟ้องคดีซึ่งมีองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ

(1) ความใกล้ชิดต่อกันระหว่างผู้ได้รับความเสียหายลำดับหนึ่งกับผู้ได้รับความเสียหายลำดับสองที่เกิดขึ้นจากความรักและความเสน่หาซึ่งกันและกัน กล่าวคือ โจทก์ซึ่ง

เป็นผู้ได้รับความเสียหายกรณีที่ 2 ที่เป็นญาติหรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดในทางครอบครัว หรือมีความรักและความเสน่หากับผู้ได้รับความเสียหายกรณีที่ 1 และ โจทก์เป็นบุคคลทั่วไปที่ไม่เป็นผู้อ่อนไหวง่าย

(2) ความใกล้ชิดต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายโดยพิจารณาจากเงื่อนไขแห่งเวลาและสถานที่ที่เกิดเหตุ กล่าวคือ โจทก์ซึ่งเป็นผู้ได้รับความเสียหายกรณีที่ 2 มีความใกล้ชิดต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายโดยได้เห็นเหตุการณ์โดยตรงหรือมาเห็นสภาพที่เกิดขึ้นทันทีหลังเกิดเหตุ

(3) ความใกล้ชิดต่อการรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้โจทก์ได้รับความเสียหายทางจิตใจในทันที กล่าวคือ โจทก์ซึ่งเป็นผู้ได้รับความเสียหายกรณีที่ 2 ได้รับความเสียหายทางจิตใจเนื่องจากโจทก์มีความใกล้ชิดต่อเหตุการณ์โดยได้เห็นเหตุการณ์โดยตรงหรือมาเห็นสภาพที่เกิดขึ้นทันทีหลังเกิดเหตุการณ์โดยมีร่องรอยความเสียหายปรากฏให้เห็นและมีลักษณะที่ร้ายแรง (ประยูร กันไพเราะ, 2554, หน้า 57-84)

## (2) ความรับผิดชอบทางอาญา

แพทย์ต้องรับผิดชอบทางอาญาต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย เช่น เมื่อผู้ป่วย A เข้ารับการรักษาแพทย์ที่เข้าร่วมได้ข้อสรุปอย่างรวดเร็วว่าผู้ป่วยกำลังอยู่ในระหว่างการตายและการแทรกแซงนั้นจะไร้ผล ญาติที่มาร่วมไม่พอใจกับการตัดสินใจนั้น ผู้ป่วย A เสียชีวิตหลังจากนั้นไม่นานสองเดือนต่อมาแพทย์ได้รับคำขอจากตำรวจให้เข้ารับการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการภายใต้ความระมัดระวัง ครอบครัวได้รับหลักฐานที่ชี้ให้เห็นว่าการนำเสนอของ A นั้นสามารถรักษาได้ การตัดสินใจที่จะไม่รักษาเป็นไปโดยประมาทไม่มีการทดสอบทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานและผู้เชี่ยวชาญอิสระที่ให้หลักฐานว่าการตัดสินใจของแพทย์ต่ำกว่าการดูแลทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน ในขณะที่ผลกระทบต่อแพทย์แต่ละรายที่ถูกสอบสวนเหล่านี้ถือเป็นการฟ้องร้องต้องเผชิญกับข้อหาทางอาญาที่อาจเกิดขึ้นซึ่งอาจส่งผลให้ถูกคุมขังและในกรณีใด ๆ จะเป็นอันตรายต่อการขึ้นทะเบียนและการดำรงชีวิต

### ตัวอย่างความรับผิดชอบทางอาญาอังกฤษ

กรณีของ R v Adomako (1995) เป็นการทดสอบในปัจจุบันสำหรับการฆาตกรรมโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง จำเลยเป็นหมอวิสัญญีแพทย์ที่ผ่าตัดแก้ไขจอประสาทตาที่หลุดออก เขาไม่สังเกตเห็นว่าท่อหลอดระหว่างการผ่าตัดซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจน ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิต จำเลยถูกตัดสินว่ามีความผิดฐานฆ่าคนตายและยื่นอุทธรณ์ต่อสภาขุนนางบนพื้นฐานที่ว่าความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงไม่ใช่วิธีการทดสอบที่ถูกต้องสำหรับการฆ่า

โดยไม่สมัครใจ สภานิติบัญญัติของเขาคำอุทธรณ์ของเขาและถือได้ว่าการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง เป็นการทดสอบที่ถูกต้อง

ในการถูกตัดสินว่ามีความผิดฐานฆ่าคนตายโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง แพทย์จะต้องฝ่าฝืนหน้าที่ในการดูแลที่มีต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและการละเมิดมาตรฐานการดูแลนั้นจะต้อง “ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงถึงจะตัดสินลงโทษทางอาญาได้” มาตรฐานการดูแลที่เรียกร้องของแพทย์คือมาตรฐานของแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์พอสมควรในสาขาของแพทย์โดยเฉพาะ ท้ายที่สุดแล้วเป็นคำถามของความเป็นจริงสำหรับคณะลูกขุนในการพิจารณาว่ามาตรฐานการดูแลที่ให้ไว้ที่นั่นประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงจนสามารถถูกประณามว่าเป็นอาชญากรได้หรือไม่

ในกรณีของ Dr. Adomako เขาไม่สังเกตเห็นเป็นเวลานานกว่าสี่นาทีว่าท่อที่ให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยขาดการเชื่อมต่อ ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟ้องร้องคนหนึ่งอธิบายถึงมาตรฐานการดูแลของเขาว่าเป็นเรื่องสุดซึ้งและกล่าวว่าวิสัญญีแพทย์ที่มีความสามารถทุกคนควรรับรู้การตัดการเชื่อมต่อของท่ออย่างสมบูรณ์ภายใน 15 วินาที คณะลูกขุนพบว่ามาตรฐานการดูแลรักษาต่ำกว่ามาตรฐานของวิสัญญีแพทย์ที่มีความสามารถซึ่งพวกเขาถูกชักจูงให้ปฏิบัติหน้าที่ของ ดร. โดมาโกะเกินกว่าการละเมิดหน้าที่ในการดูแลของเขาในทางแพ่งและควรตั้งดุลการลงโทษของกฎหมายอาญา เขาถูกตัดสินว่ามีความผิดฐานฆ่าคนตายโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ใน R. v. Prentice และ R. v. Sullman (1993) แพทย์รุ่นน้องสองคนพันโทฐานฆ่าคนตายในข้อหาอุทธรณ์หลังจากที่พวกเขาฉีด vincristine เข้าทางกระดูกสันหลังของผู้ป่วยอย่างไม่ถูกต้องเมื่อควรให้ยา cytotoxic ทางหลอดเลือดดำ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ถือได้ว่าการกระทำที่คณะลูกขุนต้องตอบเกี่ยวกับข้อหาฆ่าคนตายโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงคือในกรณีของแพทย์แต่ละคนคณะลูกขุนแน่ใจหรือไม่ว่าความล้มเหลวในการตรวจสอบวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องนั้นเป็นการละเลยจุดของอาชญากรรม คณะลูกขุนควรได้รับคำสั่งให้คำนึงถึงสถานการณ์ทั้งหมดของคดี ท้ายที่สุดแล้วคดีนี้มีการเปิดเผยข้อเท็จจริงว่ามีสถานการณ์บรรเทาทุกข์มากมายในคดีนี้และคณะลูกขุนพบว่าแม้ว่าแพทย์จะกระทำโดยประมาท แต่พวกเขาก็ไม่ได้กระทำโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

คณะลูกขุนจะพบว่าการกระทำของแพทย์ “ประมาท” หรือไม่เมื่อเทียบกับการเพิกเฉยนั้นขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงและสถานการณ์ของแต่ละกรณีและคณะลูกขุนตัดสินใจที่จะให้น้ำหนักเพียงพอกับปัจจัยบรรเทาผลกระทบใด ๆ ที่ปรากฏในหลักฐานก่อนหน้าหรือไม่ เพื่อให้ไม่ให้เกิดการกระทำของแพทย์หรือการละเว้นความรับผิดชอบทางอาญา แม้ว่าในท้ายที่สุดแล้วจะเป็นเรื่องสำหรับคณะลูกขุนว่าการกระทำหรือการละเว้นของผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละรายนั้นเป็นเรื่องที่น่าตำหนิหรือไม่ที่จะตั้งดุลความรับผิดชอบทางอาญา แต่ก็ยังมีบางสิ่งที่แพทย์สามารถทำได้เพื่อลดความเสี่ยงในการ

กระทำโดยประมาทซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นหรือไม่ก็ตาม “ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง” ดังที่แสดงให้เห็นโดย R. v. Prentice และ R. v. Sullman เมื่อมอบหมายงานให้แพทย์คนอื่น ๆ แพทย์ที่ได้รับมอบหมายควรตรวจสอบอยู่เสมอว่าบุคคลนั้นมีความสามารถตามมาตรฐานที่เหมาะสมและสื่อสารงานใด ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แพทย์ที่ได้รับมอบหมายในกรณีนี้ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่า Dr. Prentice มีความสามารถในการให้ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์ทางหลอดเลือดดำหรือไม่และ Dr. Sullman แพทย์ผู้ดูแลคิดว่าเขาอยู่ที่นั่นเพียงเพื่อดูแลการใช้เข็มเจาะเอา แต่ไม่รับผิดชอบ การบริหารยาพิษต่อเซลล์หากมีการสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างแพทย์ที่ได้รับมอบหมายแพทย์ผู้ดูแลและ Dr. Prentice การให้ vincristine โดยประมาทจะไม่เกิดขึ้นผู้ป่วยจะไม่เสียชีวิตและจะไม่มี การตั้งข้อหาฆาตกรรมโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง กรณีนี้ยังแสดงให้เห็นว่าไม่ควรยอมรับหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเว้นแต่แพทย์จะมั่นใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานที่เหมาะสม

การรักษาบันทึกทางการแพทย์ที่ถูกต้องและละเอียดเป็นสิ่งสำคัญเพราะนี้อาจเป็นบันทึกหรือหลักฐานเดียวที่คณะลูกขุนหรือการสอบสวนของตำรวจต้องสนับสนุนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับแพทย์ บันทึกที่ไม่เพียงพอหรือสับสนและบันทึกสูญหายอาจนำไปสู่การไม่สามารถโต้แย้งคดีของอัยการได้ แนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดคือเพื่อให้แน่ใจว่ามีการบันทึกพัฒนาการทางคลินิกทั้งหมดพร้อมกับการสอบสวนการดำเนินการกับผลลัพธ์และบันทึกเกี่ยวกับการจัดการในอนาคต การส่งต่อและติดตามผลในบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วย

เพื่อลดความเสี่ยงในการกระทำหรือการละเว้นซึ่งคณะลูกขุนอาจมองว่าเป็นการละเลยอย่างร้ายแรงผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ควรตรวจสอบให้แน่ใจว่าพวกเขาได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการแพทย์ในปัจจุบันตามความเชี่ยวชาญของตนเองและอยู่ในขอบเขตของความเชี่ยวชาญ ในกรณีที่มีโปรโตคอลมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติในการจัดการกับเงื่อนไขเฉพาะและไม่ปฏิบัติตามแนวทางเหล่านี้บุคคลจะต้องเตรียมพร้อมที่จะพิสูจน์การจัดการของตนเอง โดยอ้างถึงหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านความคิดเห็นทางการแพทย์ การสอบสวนของตำรวจเป็นเรื่องที่กระทบกระเทือนจิตใจทั้งญาติของผู้เสียชีวิตและแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ในที่สุด CPS จะต้องตัดสินใจว่าจะดำเนินคดีหรือไม่โดยคำนึงถึงโอกาสที่จะได้รับความเชื่อมั่นและผลประโยชน์สาธารณะคุณภาพของบันทึกการยึดมั่นในนโยบายและการตระหนักถึงความสามารถเป็นปัจจัยที่มีผลอย่างมากในการตัดสินใจของ CPS (Rachel Morse, Online, 2021)

ในค.ศ. 2014 (พ.ศ. 2557) รัฐบาลอังกฤษได้มีการเสนอกฎหมายใหม่เกี่ยวกับที่จะลงโทษทางอาญาในการละเมิดหน้าที่ในการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงหรือล่วงละเมิดผู้ป่วย จะมีการอนุมัติของจำคุกห้าปีเมื่อมีการค้นพบของความประมาทตำหนิที่ส่งผลให้ได้รับบาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต



ความผิดดังกล่าวจะโอนความรับผิดชอบไปยังโรงพยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการหลังการดูแลซึ่ง “มีความผิดในการละเลยหรือปฏิบัติโดยประมาทโดยเจตนาหรือประมาท” หากแพทย์ปฏิบัติงานโดยประมาท เจตจำนงของกฎหมายนี้คือการลงโทษผู้ที่มีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐานการดูแลที่แพทย์คาดหวังไว้ มาตรฐานของบทลงโทษจะสะท้อนให้เห็นถึงระบอบการปกครองที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติความสามารถทางจิต พ.ศ. 2548 ซึ่งอนุญาตให้มีการปรับโทษจำคุกสูงสุดห้าปีหรือทั้งสองอย่าง

กฎหมายที่จะเกิดขึ้นนี้ซึ่งประกาศในเดือนธันวาคม 2556 ได้ติดตามรายงานเกี่ยวกับการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล Mid Staffordshire ระหว่างช่วงปี 2548-2552 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 1,200 คนที่เสียชีวิตเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ดีซึ่งถูกทิ้งไว้ในหอผู้ป่วยโดยไม่มี การดูแลใด ๆ ส่งผลให้มีการสอบสวนสองครั้งโดย Robert Francis QC เป็นประธานถึงสาเหตุของการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

รายงานของฟรานซิสเปิดเผยว่าลำดับชั้นของโรงพยาบาลเกี่ยวข้องกับการบรรลุเป้าหมายในการจัดสรรทรัพยากรมากกว่าระดับพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน รายงานซึ่งตีพิมพ์ในเดือนกุมภาพันธ์ 2013 (พ.ศ. 2556) ได้ให้คำแนะนำสำหรับการปรับปรุงการดูแล สุขภาพของ NHS แต่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์สักคนที่ต้องเผชิญกับการฟ้องร้องอันเป็นผล มาจากการค้นพบสิ่งที่ผิดพลาดที่โรงพยาบาล Mid Staffordshire

การค้นพบนี้ถูกระบุไว้ในการบรรยายสาธารณะของศาสตราจารย์ Margaret Brazier เรื่อง My Doctor is a Criminal เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2556 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการแพทย์ที่ “ไม่ดี” ควรเป็นอาชญากรรม ระบุว่าสาเหตุที่ไม่มีการตั้งข้อหาเพื่อความประมาททางอาญาคือข้อกำหนดที่ว่าคดีนี้เป็นสาเหตุและภาระในการพิสูจน์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาระเว้นหรือการกระทำที่อาจมีส่วนสำคัญ ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย

มีสถานการณ์บรรเทาทุกข์ เช่น สุขภาพที่ไม่ดีก่อนหน้านี้ของผู้ป่วยความทุกข์ทรมาน หรือวัยชราก็อาจทำให้เกิดความยากลำบากในการฟ้องร้องและเป็นปัจจัยหนึ่งในการฟ้องร้องที่ถูกระงับ ในการเสียชีวิตของ Mid Staffordshire แม้ว่าจะมีหลักฐานว่ามีการสร้างความทุกข์ทรมาน โดยไม่จำเป็น โดยเจตนาหรือประมาทให้กับผู้ป่วยก็ตาม มันไม่ได้นำไปสู่การกระทำที่ประมาทเพียงครั้งเดียว แต่การประกาศความไว้วางใจของโรงพยาบาล Mid Staffordshire NHS ซึ่งให้บริการผู้คน 275,000 คน ในภูมิภาคที่จะปิดตัวลงในปลายปี พ.ศ. 2556

ความจำเป็นในการขยายการละเมิดหน้าที่มีการแสดงความกังวลที่เพิ่มขึ้นใน สหราชอาณาจักรเกี่ยวกับโรงพยาบาลที่ให้การดูแลต่ำกว่ามาตรฐานและมีการเพิ่มระดับการเรียกร้อง ต่อ NHS จากผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตัวเลขอย่างเป็นทางการของหน่วยงานดำเนินคดีของ NHS

ในปี พ.ศ. 2555-2556 แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการค่าชดเชยเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากปีก่อนหน้า

ระดับความเสียหายที่ขอจาก NHS อยู่ที่ประมาณ 19 พันล้านจากผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 5 ของงบประมาณตามข้อเรียกร้องของความประมาท เมื่อปีที่แล้วมีการใช้จ่ายเงินจำนวน 1 พันล้านปอนด์สำหรับการตั้งถิ่นฐาน แต่ประมาณหนึ่งในสี่ของค่าใช้จ่ายถูกดูดซับโดยค่าธรรมเนียมทางกฎหมายส่วนใหญ่เป็นการจ่ายเงินให้กับทนายความของผู้เรียกร้องภายใต้ระบบ “ไม่ชนะไม่มีค่าธรรมเนียม” ซึ่งหมายความว่า บริษัทกฎหมายสามารถเรียกเก็บเงินได้ถึง 900 ปอนด์ต่อชั่วโมงสำหรับบริการหาค่าการเรียกร้องสำเร็จ

#### ตัวอย่างความรับผิดชอบทางปกครองสหราชอาณาจักรอังกฤษ

ผลกระทบของการดูแลมาตรฐานต่ำในสหราชอาณาจักรคือผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญกับความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตเมื่อวางไว้ในหอผู้ป่วยทั่วไปแทนที่จะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการผ่าตัดโดยไม่ได้วางแผนไว้ การศึกษาผลการผ่าตัดของยุโรป (EuSOS) การเสียชีวิตหลังการผ่าตัดในยุโรป: กลุ่มประชากร 7 วันปี 2555 (เผยแพร่ใน Lancet's September 2012, vol.380, no. 9847, pp.1059-1065) พบว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยละ 3.6 โอกาสที่จะเสียชีวิตในขณะที่ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีตัวเลขนั้นต่ำมากที่ร้อยละ 2.5 ผู้ป่วยที่เสียชีวิตอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุหลักและผลการวิจัยยังระบุด้วยว่ามีการลงทุนทรัพยากรไม่เพียงพอในสิ่งอำนวยความสะดวกที่โรงพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยหนักซึ่งทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจะต้องมีการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและคุณภาพของการรักษาพยาบาลอย่างมากสิ่งนี้สามารถสรุปได้จากรายงานพิเศษของ Channel 4 ในเดือนกันยายน ค.ศ. 2013 (พ.ศ. 2556)

ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ Barry Jarman จาก Imperial College ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้เข้าสู่การสอบสวนของโรงพยาบาล Bristol Royal และเรื่องอื้อฉาวของโรงพยาบาล Mid Staffordshire สิ่งเหล่านี้เกี่ยวกับระดับการดูแลและอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลในสหราชอาณาจักร การศึกษาแสดงให้เห็นว่าอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลในสหราชอาณาจักรสูงกว่าโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาอย่างมากและอยู่ในกลุ่มที่แย่ที่สุดในยุโรป HSMR เฉลี่ยของสหราชอาณาจักร คือ 122.4 ซึ่งเป็นอันดับสูงสุดในเจ็ดประเทศที่ตรวจสอบ HSMR เฉลี่ยสำหรับสหรัฐอเมริกาคือ 77.4 HSMR ใน NHS สูงกว่าประเทศที่เป็นที่นิยมมากที่สุด คือ สหรัฐอเมริกาถึงร้อยละ 58 และในปี 2555 ผู้ป่วยในโรงพยาบาล NHS โดยเฉลี่ยยังคงมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 45 มากกว่าเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา ตัวเลขดังกล่าวยังยืนยันว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมีอาการแย่งและมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตด้วยโรคปอดบวม

ในโรงพยาบาลในสหราชอาณาจักร ถึง 5 เท่าและมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (ภาวะโลหิตเป็นพิษ) ถึงสองเท่าเมื่อเทียบกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### การสร้างสาเหตุในการบาดเจ็บ

เหตุผลที่มีเกณฑ์สูงในการพิสูจน์การกระทำที่ไม่ถูกต้องใด ๆ กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทางการแพทย์ที่สร้างความรับผิดชอบคือความเชื่อมโยงระหว่างการกระทำกับการเสียชีวิตหรือการบาดเจ็บ มีองค์ประกอบสามประการในการกระทำเพื่อความประมาทซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเรียกร้องที่พึงพอใจซึ่ง ได้แก่ หากมีหน้าที่ในการดูแลสาเหตุและการพิสูจน์ความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง ข้อเรียกร้องส่วนใหญ่ในคดีประมาทล้มเหลวเนื่องจากไม่มีสาเหตุที่เพียงพอระหว่างการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตกับการกระทำที่ประมาทของเจ้าหน้าที่ในทางการแพทย์การตัดสินใจว่าอะไรคือการดูแลที่ยอมรับได้และการดูแลที่ต่ำกว่ามาตรฐานนั้นวัดได้จากการอ้างอิงว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านความคิดเห็นทางการแพทย์พิจารณาว่าการดูแลแบบใดนั้นต่ำกว่ามาตรฐานหรือไม่ ความก้าวหน้าด้านการแพทย์ที่ตามมาจะต้องถูกละเลย หากความไว้วางใจของโรงพยาบาลพบผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่มีชื่อเสียงซึ่งระบุว่า การดูแลนั้นเป็นที่ยอมรับภาระในการพิสูจน์ของผู้เรียกร้องนั้นเป็นเรื่องยากมากที่จะปลดประจำการเพื่อให้การเรียกร้องทางแพ่งประสบความสำเร็จ การละเมิดหน้าที่ในการดูแลจะต้องอยู่ในระดับที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่มีความสามารถพอสมควรในสาขาวิชาเดียวกันจะกระทำในลักษณะนั้น ได้ระดับภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้นที่ขยายไปสู่วิชาชีพทางการแพทย์นั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้หน่วยงานในโรงพยาบาลไม่สามารถรับผิดชอบต่อความประมาทเดินเล่อในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการฝึกทักษะวิชาชีพที่ซับซ้อน ภายใต้กฎหมายสหราชอาณาจักร มีแบบอย่างทางกฎหมายที่เรียกว่าหลักการ Bolam ซึ่งหากความไว้วางใจของโรงพยาบาลสามารถจัดหาพยานซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่มีชื่อเสียงซึ่งระบุว่า การดูแลเป็นที่ยอมรับการเรียกร้องจะล้มเหลวเว้นแต่จะแสดงให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทำหน้าที่ผิด

### ขาดหน้าที่ของ Candor

ในกฎหมายการแพทย์ของอังกฤษไม่มีหน้าที่ทางกฎหมายที่จริงจังและศาลได้ปฏิเสธการกำหนดหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่และเรื่องใด ๆ เรื่องนี้ได้รับการอุทธรณ์ไปยังศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปภายใต้มาตรา 2 โดยให้สิทธิในการมีชีวิต พ่อแม่ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตได้ยื่นขอให้โรงพยาบาลเปิดเผยบันทึกการเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้พ่อแม่ทราบ การพิจารณาอนุญาตต่อหน้าศาล Strasbourg ใน Powell v UK Application (1999) เลขที่ 45305/99 ซึ่ง ECHR ระบุว่าแพทย์ไม่มีหน้าที่ให้พ่อแม่ของเด็กที่เสียชีวิตอันเป็นผลมาจากความประมาท สถานการณ์การเสียชีวิตหรือแม้แต่วินิจฉัยจากการปลอมแปลงบันทึกโดยเจตนา

ภายหลังจากการตัดสินแพทยสภาได้ออกแนวปฏิบัติเพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์มากขึ้น อย่างไรก็ตาม จะไม่ขาดภาระผูกพันทางกฎหมายในการเปิดเผยข้อมูล รัฐบาลสหราชอาณาจักรปฏิเสธความพยายามที่จะนำเสนอหน้าที่ตามกฎหมายของ Candor ในพระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและสังคม ค.ศ. 2012 (พ.ศ. 2555) ซึ่งได้เข้ามามีบทบาทเป็นคณะกรรมการดูแลสุขภาพและพัฒนาจอภาพซึ่งเป็นหน่วยงานที่ควบคุม NHS ในปัจจุบัน มันไม่ได้กำหนดหน้าที่ทางกฎหมายของความจริงใจ แต่เป็นเพียงหน้าที่ทางจริยธรรมที่มีอยู่ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิพิเศษมีความเห็นเป็นเอกฉันท์ในวิชาชีพแพทย์ว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระบบการทรมานและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความจริงใจ

การทรมานโดยประมาทและความปลอดภัยของผู้ป่วย (J Tingle and P Bark, Patient Safety, Law Policy and Practice Abingdon, Routledge, 2011, pp. 41-52) ระบุว่า “กฎหมายการละเมิดไม่ได้รับการออกแบบ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเป็นเพียงการแก้ไขย้อนหลังเพื่อชดเชยผู้ที่ดำเนินการทางกฎหมายเท่านั้น การยับยั้งการปฏิบัติที่ไม่ดีเป็นเรื่องรองจากวัตถุประสงค์หลักของการชดเชย” เหตุผลหลักในการไม่กำหนดหน้าที่ของความจริงใจนี้เป็นข้อกำหนดทางกฎหมายคือคำตอบแทนคือความไว้วางใจของโรงพยาบาลไม่ต้องการรับผิดชอบต่อความล้มเหลวของขั้นตอนที่โรงพยาบาลซึ่งเป็นเรื่องการบริหาร กฎหมายว่าด้วยการละเมิดเสนอการคุ้มครองที่จำกัดเฉพาะสำหรับความเป็นอิสระของผู้ป่วยแม้ว่าจะดูเหมือนว่าจะลงโทษที่ความประมาทเลินเล่อในการไม่เปิดเผยข้อมูลที่จำเป็นเช่นก่อนการผ่าตัด

### องค์ประกอบความผิดตามกฎหมายและสาเหตุ

ข้อเสนอของรัฐบาลเกี่ยวกับความผิดใหม่ของ “การละเลยโดยเจตนาหรือโดยประมาทหรือการปฏิบัติอย่างมิชอบ” จะมีขึ้นในหนังสือธรรมนูญในอนาคตอันใกล้ ความยากลำบากในการพิสูจน์ความเชื่อมโยงเชิงสาเหตุของการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตของผู้ป่วยและการละเมิดหน้าที่ตามกฎหมายของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์คือหลักการของความยุติธรรมในการแก้ไขทำหน้าที่จ่ายค่าเสียหายให้กับเหยื่อ แต่ไม่ได้กล่าวถึงปัญหาของสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยซึ่งวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่ต่ำกว่ามาตรฐานดังกล่าวเกิดขึ้น กรณีสำคัญในการสร้างความผิดของแต่ละบุคคลในการกำหนดความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงคือ

R. v. Adomako (1995) 1 AC 171 และ R. v. Misra และ Srivastava (2004) (พ.ศ. 2547) EWCA Crim 2375 นี้เป็นแนวคิดเชิงนามธรรมซึ่งไม่สามารถวัดผลตามวัตถุประสงค์และอาจไม่เป็นธรรมกับผู้ฟ้องเนื่องจากความยากลำบากในการรับรองวัตถุประสงค์และการตีความที่

สอดคล้องกันของคำจำกัดความของกฎหมายทั่วไป ความท้าทายในการสร้างสาเหตุเป็นปัจจัยหลัก เช่นเดียวกับในกรณีของความผิดตามกฎหมายของการฆ่าองค์กร

ปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้นี้คือมีความสัมพันธ์ระหว่างกฎหมายอาญากับ ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือไม่และป้องกันการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยและไม่ดีของวิชาชีพกฎหมาย หรือไม่ Oliver Quick กล่าวใน “ความปลอดภัยของผู้ป่วยและปัญหาและศักยภาพของกฎหมาย” (Journal of Professional Negligence, Vol. 28 No. 2, 2012, pp. 79-99) “เราอาจคาดเดาได้ว่ากฎหมาย อาญามีแนวโน้มที่จะไม่ช่วยเหลือในแง่ของส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งความลับและความอภัยศ เกี่ยวกับข้อผิดพลาด ในขณะที่เราขาดหลักฐานโดยตรงการฟ้องร้องคดีฆ่าคนตายมีแนวโน้มที่จะ เป็นอันตรายแทนที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัย”

สาเหตุที่ต้องมีการดำเนินคดีโดยประมาททางอาญาเพียงเล็กน้อยเป็นเพราะ ข้อกำหนดด้านสาเหตุ ปัญหาที่พบในการตั้งข้อหาหรืออาจส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งความลับและ จะไม่สามารถให้ความช่วยเหลืออย่างจริงจังได้ องค์กรจะไม่ระมัดระวังที่จะกล่าวหาพินิจสมาชิก คนอื่น ๆ ในอาชญากรรมที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำโดยบุคคลหรือสมาชิกบางส่วนของความไว้วางใจ ทางการแพทย์ ความผิดพลาดทางการแพทย์ที่ร้ายแรงซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ในรูปแบบของคำฟ้องสำหรับ “การละเลยโดยเจตนาหรือโดยประมาทหรือการปฏิบัติอย่างไม่เหมาะสม” อาจเป็นหนทางในการดำเนินการต่อไป แต่ข้อกล่าวหาจะต้องยับยั้งและลงโทษความประมาท เลินเล่อทางอาญา

### (3) ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด

การชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดในอังกฤษเริ่มเป็นประเด็นพิจารณา ในทางสาธารณะด้วยเหตุที่ผลกระทบเชิงลบของการใช้กลไกการฟ้องศาลปรากฏชัดและเป็น ที่วิตกมากขึ้น มีการถกเถียงกันว่าระบบการฟ้องศาลมีข้อดีในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง โดยเฉพาะ การลงโทษบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีการกระทำที่ประมาทเลินเล่อจนทำให้เกิดการบาดเจ็บเสียหาย กับผู้ป่วยในทางทฤษฎีแล้วการฟ้องศาลจึงเป็นการปกป้องผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม พบว่าระบบการฟ้องศาล มีข้อบกพร่องอย่างมากไม่ว่าจะเป็นกระบวนการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมากใช้เวลานานและเงินชดเชย ที่ได้รับไม่คุ้ม ข้อมูลจากสมาคมคุ้มครองผู้บริโภคแห่งชาติ (National Consumer Council) พบว่า โดยเฉลี่ยร้อยละ 85 ของเงินชดเชยที่ผู้เสียหายได้รับหมดไปกับค่าใช้จ่ายกระบวนการฟ้องร้อง) ฯลฯ เป็นต้น

ข้อบกพร่องของระบบการฟ้องศาลที่เป็นที่วิพากษ์วิจารณ์มากขึ้นนี้เองเป็น ส่วนหนึ่ง ของการนำไปสู่การพิจารณาหาทางเลือกในการใช้ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ในปี ค.ศ. 1973 (พ.ศ. 2516) รัฐบาลอังกฤษได้แต่งตั้งคณะกรรมการธิการชื่อ Royal Commission on

Civil Liability and Compensation for Personal Injury หรือ The Pearson Commission คณะกรรมการดังกล่าวใช้เวลา 5 ปี ในการศึกษาปัญหาและมีข้อเสนอแนะหลายประการ หนึ่งในนั้น คือ การไม่เห็นด้วยกับการยกเลิกการใช้ระบบศาลในการตัดสินให้การชดเชย ผู้ป่วยที่เสียหาย คณะกรรมการดังกล่าวยังเสนอว่ากรณีของเด็กที่บาดเจ็บหรือพิการอย่าง รุนแรงควรได้รับการชดเชย โดยไม่ต้องคำนึงว่าความพิการนั้นมาจากความผิดพลาดของใคร ข้อเสนอนี้เองที่ถือว่าการเคลื่อนไหวที่นำไปสู่ทิศทางของการแสวงหาทางออก

ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิดซึ่งแม้ว่าข้อเสนอของคณะกรรมการชุดนี้ จะไม่เห็นด้วยกับการใช้ระบบนี้กับการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ แต่ก็มองเห็นคุณประโยชน์และได้เสนอแนะให้รัฐบาลอังกฤษศึกษาประสบการณ์ของระบบชดเชย โดยไม่พิสูจน์ความผิดในราชอาณาจักรสวีเดนและราชอาณาจักรนิวซีแลนด์ เพื่อนำบทเรียนมา ปรับใช้ประมาณ 10 ปีต่อมา สมาคมแพทย์แห่งอังกฤษ (British Medical Association) ประกาศให้ การสนับสนุนแนวคิดนี้และในเดือนธันวาคม ค.ศ. 1999 (พ.ศ. 2542) รัฐบาลอังกฤษโดยคณะกรรมการ ที่ชื่อคณะกรรมการคัดเลือกด้านสุขภาพ “Health Select Committee” ได้แสดงความสนใจกับ การใช้ระบบการชดเชย ความเสียหายแบบนี้ โดยเรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุข มีการศึกษา ทบทวนและจัดพิมพ์ เผยแพร่ข้อมูลในเรื่องนี้ ค.ศ. 1999 ในการประชุมของสมาคมแพทย์อังกฤษ ที่เมืองเบลฟาสต์ได้มีรายงานว่า ทั้งผู้ป่วยที่เป็นเหยื่อของความเสียหายและแพทย์ ต่างเรียกร้องให้มีการนาระบบการชดเชย โดยไม่พิสูจน์ความผิดมาใช้ นายแพทย์เดวิด พิกเกอร์ส์จิลล ประธาน คณะกรรมการด้านกฎหมายของสมาคมแพทย์อังกฤษได้เรียกร้องให้มีการใช้กลไกดังกล่าว โดยกล่าวว่า การฟ้องร้องแพทย์ในข้อหาที่เกี่ยวกับความเสียหายทางการแพทย์กำลังกลายเป็น อุตสาหกรรมที่เติบโตอย่างมหาศาลให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพกฎหมาย (BBC News Online, Online, 2021) อย่างไรก็ดี แม้อังกฤษจะไม่มีการใช้ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิดในการแก้ปัญหา การบาดเจ็บจากความผิดพลาดทางการแพทย์แต่ก็พบว่าระบบดังกล่าวนี้มีการใช้ในเงื่อนไขอื่น คือ การชดเชยการบาดเจ็บในโรงงาน (Industrial Injuries Scheme) การชดเชยการบาดเจ็บจากอาชญากรรม (Criminal Injuries Compensation Scheme) และที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ซึ่งครอบคลุมเฉพาะ การจ่ายเงินช่วยเหลือความเสียหาย

#### 4.2.2 ประเทศญี่ปุ่น (Japan)

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกในเอเชียที่ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ประชาชน ได้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขและมีวิวัฒนาการมากกว่า 70 ปี โดยเริ่มในปี ค.ศ. 1905 (พ.ศ. 2448) ถึงปี ค.ศ. 1910 เริ่มมีการจัดให้มีบริการด้านสุขภาพแก่ลูกจ้างในโรงงานในลักษณะสวัสดิการ แก่ลูกจ้าง และได้มีการออกพระราชบัญญัติโรงงาน “Factory Act” เนื่องจากในขณะมีการเรียกร้อง

จากกลุ่มผู้ใช้แรงงาน การออกกฎหมายหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก “Health Insurance Law” ในปี ค.ศ. 1922 (พ.ศ. 2465) และให้มีผลบังคับใช้เพียงในโรงงานที่ประกอบกิจการเกี่ยวกับเหมืองแร่และการคมนาคมที่มีลูกจ้างกว่า 10 คนขึ้นไปเท่านั้น ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ. 1934 (พ.ศ. 2477) ได้มีการขยายการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวไปยังโรงงานที่มีลูกจ้างตั้งแต่ห้าคนขึ้นไป ประเทศญี่ปุ่นมีการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการในปี ค.ศ. 1938 (พ.ศ. 2481) และมีการออกกฎหมายหลักประกันสุขภาพ National Health Insurance Law และขยายการบังคับใช้ไปยัง บริษัท เอกชนที่มีลูกจ้างต่ำกว่าสิบคน และต่อมาในปี ค.ศ. 1942 (พ.ศ. 2485) (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2555, หน้า 4) เริ่มมีการกำหนดลูกจ้างในโรงงาน มีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ และขยายความครอบคลุมไปยังบุคคลในครอบครัวของผู้ประกัน โดยมีรายละเอียดการคุ้มครอง ดังนี้

### 1) การเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล

การให้บริการทางการแพทย์ของญี่ปุ่นสามารถเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุขในสถานพยาบาลและคลินิกในสถานพยาบาลที่ใดก็ได้อย่างอิสระและหากมีอาการหนักสามารถส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ดีกว่าหากเกิดความเสียหายจากการใช้บริการด้านสาธารณสุข ประเทศญี่ปุ่นการเรียกร้องการเยียวยาความเสียหายทางจิตใจโดยบัญญัติว่า (Product Liability, Article 3) ความเสียหายที่จะได้รับการเยียวยาตามกฎหมายฉบับนี้ คือ ความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย และทรัพย์สินจะมีการระงับข้อพิพาทที่สำคัญคือระบบตุลาการซึ่งเป็นตัวแทนของการดำเนินคดีทางแพ่ง แต่ก็มีระบบอื่นที่ดำเนินการโดยบุคคลที่สามที่เป็นองค์กรกลางอนุญาโตตุลาการการไกล่เกลี่ย ข้อตกลงการจัดคนกลางองค์กรสาธารณะ เช่น คณะกรรมการประสานงานการระงับข้อพิพาท ด้านสิ่งแวดล้อม คณะกรรมการแรงงานสัมพันธ์ คณะกรรมการข้อพิพาทการก่อสร้าง ศูนย์ข้อมูลผู้บริโภคญี่ปุ่น ฯลฯ และองค์กรเอกชน เช่น สมาคมอนุญาโตตุลาการการค้าของญี่ปุ่นศูนย์ญี่ปุ่นบริหารโดยเนติบัณฑิตยสภา หากตกลงเยียวยาความเสียหายระหว่างคู่กรณีไม่ได้จะมีการฟ้องร้องทางแพ่ง คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคของญี่ปุ่นนั้นมิใช่รัฐมนตรีเป็นประธานตาม (The Consumer Protection Fundamental Act, 1968 (พ.ศ. 2529)) เหมือนของประเทศไทย แต่ละกระทรวงที่เกี่ยวข้องจะมีงานคุ้มครองผู้บริโภคในขอบเขตของกฎหมาย งานคุ้มครองผู้บริโภคเชิงนโยบายอยู่ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานคณะรัฐมนตรี

นอกจากนี้ (The Consumer Protection Fundamental Act, 1968) (พ.ศ. 2529) มีลักษณะเป็นธรรมนูญแห่งการคุ้มครองผู้บริโภค ดังนั้น การคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทยไม่อาจเลียนแบบประเทศญี่ปุ่นได้ในภาพรวม ทั้งนี้ เนื่องจากมีความเป็นมาทางสังคม เศรษฐกิจ และบรรยากาศการเมืองที่ต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมของผู้บริโภคเองนับตั้งแต่ได้มีการบังคับใช้

(The Consumer Protection Fundamental Act, 1968) (พ.ศ. 2529) การร้องทุกข์ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหาร อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังจนถึงปัจจุบันสถานการณ์ได้เริ่มเปลี่ยนแปลงไป อัตราส่วนภาคอุตสาหกรรมและบริการมีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การร้องทุกข์ด้านบริการก็จะมีเพิ่มมากขึ้น โครงสร้างของ (The Consumer Protection Fundamental Act, 1968) (พ.ศ. 2529) เป็นกฎหมายที่ได้วางหลักทั่วไปไว้เท่านั้น ไม่มีรายละเอียดวิธีปฏิบัติทั้งนี้อำนาจหน้าที่ที่จะนำเจตนารมณ์แห่งกฎหมายนี้ไปใช้บังคับอยู่ที่กระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและท้องถิ่น ซึ่งจะไปกำหนดกฎข้อบังคับอีกครั้งหนึ่งขณะเดียวกัน รัฐบาลได้นำนโยบายหรือเจตนารมณ์แห่ง (The Consumer Protection Fundamental Act, 1968 (พ.ศ. 2529)) โดยเน้นว่าการคุ้มครองผู้บริโภคมิใช่ให้ภาครัฐดูแลทั้งหมด

ซึ่งผู้บริโภคจะต้องคุ้มครองตนเองเป็นสำคัญโดยภาครัฐจะเป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนให้รู้ถึงสิทธิของตนเองเพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองมากที่สุด และรัฐบาลก็ต้องมีหน้าที่เตรียมความพร้อมและกลไกของประเทศในทุกด้านคู่ขนานไปด้วย เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ผู้บริโภคได้พึ่งพาตนเองให้มากที่สุด สำหรับอำนาจหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคมีหน้าที่ประสานดูแล กำกับเรื่องนโยบายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคเท่านั้น ไม่ได้ควบคุมโดยตรง รัฐธรรมนูญญี่ปุ่นไม่ได้ระบุถึงสิทธิผู้บริโภคไว้ (อัครพงษ์ เวชยานนท์, ออนไลน์, 2562)

การเข้าถึงสิทธิของระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นจะเห็นได้ว่าระบบประกันสุขภาพเกิดขึ้นก่อนระบบประกันสังคมการพัฒนาประกันสุขภาพและระบบประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่นจึงมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน มีกลไกสำคัญของการปฏิรูป คือ ระบบสุขภาพต่าง ๆ ถูกกำหนดขึ้นด้วยกฎหมายทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสุขภาพ ประกันสังคม หรือระบบบริการสุขภาพ มาตรการที่ใช้มีทั้งการปรับโครงสร้างของระบบประกัน ระบบบริการ และมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ โดยในช่วงแรกนั้นให้ความคุ้มครองกับกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ดังนี้

“ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ” ทำหน้าที่ดูแลผู้ประกอบการรายย่อย ผู้รับบำนาญ และผู้ทำงาน “บางเวลา” ครอบคลุมประชากรราว 38 ล้านคน มีกองทุนต่าง ๆ กระจายอยู่ราว 1,800 กองทุนมีค่าใช้จ่ายราว 10 ล้านล้านเยน

“สมาคมประกันสุขภาพญี่ปุ่น” (Japan Health Insurance Association) ดูแลพนักงานในวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม ครอบคลุมประชากรราว 35 ล้านคน เป็นกองทุนขนาดใหญ่ กองทุนเดียว ค่าใช้จ่ายประมาณ 5 ล้านล้านเยน



“สมาคมประกันสุขภาพ” (Health Insurance Societies) ดูแลพนักงานในบริษัทขนาดใหญ่ ครอบคลุมประชากรราว 30 ล้านคน ประกอบด้วยกองทุนราว 1,400 กองทุน

“สมาคมสิทธิประโยชน์” (Benefit Societies) ดูแลข้าราชการและครอบครัวราว 9 ล้านคน มี 85 กองทุน ค่าใช้จ่ายในกลุ่มที่สี่และห้ารวมราว 5 ล้านล้านเยน

รวม 5 กลุ่ม มีกองทุนขนาดต่าง ๆ กันรวม 4,033 กองทุน ค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดประมาณ 34 ล้านล้านเยน รวมกับกรณีที่มีการปรับค่าใช้จ่ายของประชากรกลุ่มอายุ 65-75 ปีราว 14 ล้านคน อีกราว 6 ล้านล้านเยน รวมเป็นค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 40 ล้านล้านเยน ในปี พ.ศ. 2556 คิดเป็นเงินไทยราว 12.8 ล้านล้านบาท (1 บาท เท่ากับ 3.126 เยน) เท่ากับ 5.7 เท่าของงบประมาณประเทศไทยในปีเดียวกัน เทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ คือ จีดีพี (GDP) เท่ากับร้อยละ 9.5 ขณะที่ของสหรัฐอเมริกาสูงสุดถึงร้อยละ 17.8 สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีกับสาธารณรัฐฝรั่งเศสเท่ากันคือ ร้อยละ 11.6 สหราชอาณาจักรเท่ากับราชอาณาจักรสเปน คือ ร้อยละ 9.6 ของไทยประมาณร้อยละ 4 (วิชัย โชควิวัฒน์, 2556)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ภาพรวมหลักประกันสุขภาพญี่ปุ่นสามารถแบ่งได้เป็นตามกลุ่มอาชีพ กล่าวคือ

1) ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง (Employee-based) ที่ประกอบด้วย สองประเภทย่อยคือ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาล (Government-managed Health Insurance) และระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชนแบบไม่แสวงกำไร (Society managed Health Insurance) ญี่ปุ่นมีความภาคภูมิใจในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของตนเองมากประชาชนทั่วไปก็พอใจ

2) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance : NHI) สำหรับประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระซึ่งมีทั้งหมด 8 กลุ่ม ได้แก่ กะลาสีเรือ ข้าราชการท้องถิ่น ข้าราชการส่วนกลาง สมาชิกสหภาพแรงงาน ครู เป็นต้น เมื่อคนทำงานเกษียณอายุก็จะออกจากระบบประกันสุขภาพแบบ Employee-based Insurance และย้ายมาสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นกับกองทุน Retired Person Insurance ถ้าอายุเกิน 70 ปีก็ย้ายไปเข้ากองทุน Health Services for the Elderly ทั้งสองกองทุนจัดระบบประกันสุขภาพแห่งชาติตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2555, หน้า 10)

ประเทศญี่ปุ่นมีองค์กรของรัฐที่ทำหน้าที่หลักในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ คือ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ Ministry of Health, Labor and Welfare MOHLW (สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2560, หน้า 250) และจะมีกระทรวงอื่น ๆ เข้ามาเสริมในบางเรื่องทั้งองค์กรเอกชน (Private Companies) องค์กรร่วมอิสระ (Society Association) และหน่วยงานของรัฐ (Municipal Government) และประเทศญี่ปุ่นจะมีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ

ออกไปสู่ในระดับท้องถิ่น ซึ่งแต่ละท้องถิ่นจะรับผิดชอบสาธารณสุขในเขตของตนเอง (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2556, หน้า 2-9)

สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) สิทธิประโยชน์ที่กฎหมายบังคับ และ 2) สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่ถูกกฎหมายบังคับ (National Health Insurance Act 1983 (พ.ศ. 2526) Article 2) ให้มีได้แก่

- 1) สิทธิประโยชน์บริการทางการแพทย์
- 2) สิทธิในการได้รับเงินชดเชยเมื่อเจ็บป่วย
- 3) สิทธิในการได้รับเงินชดเชยเมื่อคลอดบุตร
- 4) สิทธิในการได้รับเงินชดเชยจากการดูแลบุตร
- 5) สิทธิในการได้รับเงินชดเชยจากความตาย และค่าเดินทาง

**โครงสร้างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Act 1983 (พ.ศ. 2526))**

กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ National Health Insurance มี 12 บท และบทเบ็ดเตล็ด (ส่วนเสริม)

- บทที่ 1 ว่าด้วยเรื่องทั่วไป (มาตรา 1-4)
- บทที่ 2 ว่า ด้วยเรื่องเมืองหรือหมู่บ้าน (มาตรา 5-12)
- บทที่ 3 ว่าด้วยเรื่ององค์กรสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 13-35)
- บทที่ 4 ว่าด้วยเรื่องผลประโยชน์ของการประกัน (มาตรา 36-68)
- บทที่ 5 ว่าด้วยเรื่องค่าใช้จ่าย (มาตรา 69-81)
- บทที่ 6 ว่าด้วยเรื่องการบริหารสุขภาพ (มาตรา 82)
- บทที่ 7 ว่าด้วยเรื่ององค์กรสหพันธ์สุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 83-86)
- บทที่ 8 ว่าด้วยเรื่องคณะกรรมการพิจารณาและตรวจสอบแห่งชาติ (มาตรา 87-90)
- บทที่ 9 ว่าด้วยเรื่องการอุทธรณ์และการตรวจสอบ (มาตรา 91-107)
- บทที่ 10 ว่าด้วยเรื่องการจัดการ (มาตรา 108-109)
- บทที่ 11 ว่าด้วยเรื่องบทเบ็ดเตล็ด (มาตรา 110-112)
- บทที่ 12 ว่าด้วยเรื่องบทลงโทษ (มาตรา 121-128)

กฎหมายประกันสุขภาพฉบับนี้เป็นการประกันในส่วนที่จำเป็นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการตาย รวมทั้งการคลอดบุตร เจ็บป่วยบาดเจ็บการคลอดบุตรแหล่งเงินทุนสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพของญี่ปุ่นได้รับจาก 1) เงินที่ได้รับจัดสรรการจัดสรรงบประมาณของภาครัฐ 2) เงินที่ได้รับจากการเก็บสมทบซึ่งการจัดเก็บเงินสมทบจะทำในลักษณะคือ เก็บในรูปแบบของ

เบี้ยประกันและเก็บในรูปแบบของ “ภาษีสุขภาพ” (National Health Insurance Tax) 3) เงินที่ได้รับจากการร่วมจ่ายของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าประเทศญี่ปุ่นสามารถให้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนทุกคนซึ่งกำหนดเป็นกฎหมายสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพมี 2 ประเภทหลัก

ประเภทแรก คือ ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง (Employee-based) ซึ่งประกอบด้วย 2 ประเภท คือ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาล (Government-managed Health Insurance) และระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชนแบบไม่แสวงกำไร (Society-managed Health Insurance)

ประเภทที่สอง คือ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระ ในทั้งสามกลุ่ม ครอบคลุมประชากรที่ใกล้เคียงกันประมาณอย่างละหนึ่งในสาม และยังมีสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่ กองทุนแต่ละแห่งเพิ่มให้กับผู้ประกันเงินกองทุนส่วนใหญ่จะได้รับการเก็บเบี้ยประกันหรือในรูปของการจัดเก็บภาษีสุขภาพ รวมทั้งในส่วนที่รัฐบาลอุดหนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่าย รัฐต้องรับผิดชอบสำหรับกลุ่มที่ยากในการเข้าถึงและมีความเสี่ยงสูง ภาระการสนับสนุนสูงสำหรับมาตรการในการควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพ มีการควบคุมราคายา การควบคุมจำนวนเตียงในแต่ละพื้นที่ ปัจจุบันมีการดำเนินการให้กับผู้ใช้บริการในเรื่องของข้อมูลเบื้องต้น รวมถึงสิทธิของผู้ป่วย

ประเทศญี่ปุ่น ได้มีการตรากฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคขึ้น ค.ศ. 1968 (พ.ศ. 2511) คือ “The Consumer Protection Fundamental Act, 1968 (พ.ศ. 2511)” ซึ่งมีหลักการและเหตุผลเพื่อสนับสนุนมาตรการต่าง ๆ ในการคุ้มครองสิทธิและผลประโยชน์ผู้บริโภค โดยได้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น ผู้ประกอบธุรกิจ และบทบาทของผู้บริโภคสรุปได้ ดังนี้

- 1) รัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นจะต้องวางแผนและปฏิบัติการให้เป็นไปตามแผนและนโยบายเกี่ยวกับผู้บริโภคตามพัฒนาการของเศรษฐกิจและสังคม
- 2) ผู้ประกอบธุรกิจจะต้องคุ้มครองผู้บริโภคและดำเนินการตามนโยบายต่าง ๆ ของรัฐบาล
- 3) ผู้บริโภคจะต้องมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชีวิตของตนในฐานะผู้บริโภคด้วยการมีความคิดริเริ่มและพยายามที่จะใช้เหตุผลของตนเองด้วยความเชื่อมั่น (อัครพงษ์ เวชยานนท์, ออนไลน์, 2564)

#### โครงสร้างขององค์กรทางนโยบายเกี่ยวกับผู้บริโภคในประเทศญี่ปุ่น

องค์กรต่าง ๆ ในภาครัฐที่เกี่ยวกับผู้บริโภคได้ก่อตั้งขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1960-1969 (พ.ศ. 2503-2512) ได้แก่ “Social Policy Bureau แห่ง Economic Planning Agency (EPA)” กรมต่าง ๆ

ในกระทรวงอุตสาหกรรมและการค้าระหว่างประเทศและกระทรวงเกษตรและป่าไม้ “The Consumer Protection Fundamental Act, 1968” ได้วางนโยบายไว้ให้แก่รัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นเกี่ยวกับการดำเนินงานและการพัฒนาด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

### องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค มีดังนี้

1) คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค “The Consumer Protection Council” และกระทรวงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค โดยนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่วางแผนและกำหนดทิศทางด้านนโยบายและมาตรการการคุ้มครองผู้บริโภคของรัฐบาล คณะกรรมการประกอบด้วย รัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง 15 คน หนึ่ง จะมีการประชุมร่วมกันระหว่างกระทรวงระดับ Director หลายครั้งต่อปี ทั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประสานงานและติดตามผลเกี่ยวกับมาตรการตามมติที่คณะกรรมการได้พิจารณาแล้ว

2) คณะกรรมการนโยบายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต “Quality of Life Bureau” คณะกรรมการนโยบายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจัดเป็นองค์กรด้านการให้คำแนะนำปรึกษาต่อนายกรัฐมนตรี ซึ่งถูกตั้งขึ้นและอยู่ภายใต้ EPA คณะกรรมการประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ ในสาขาการคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่ นักวิชาการ ตัวแทนองค์กรผู้บริโภคและตัวแทนด้านอุตสาหกรรมหลักต่าง ๆ

3) สำนักงานคณะรัฐมนตรี “Cabinet Office” และกระทรวงกับองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทรวงต่าง ๆ จะมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภคในขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายสำหรับสำนักงานคณะรัฐมนตรีนั้น (เดิมคือ EPA) ทำหน้าที่ประสานมาตรการหรือนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภคในกระทรวงต่าง ๆ และทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการให้แก่คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคและคณะกรรมการนโยบายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

4) รัฐบาลท้องถิ่นตาม “The Consumer Protection Fundamental Act” รัฐบาลท้องถิ่นต้องวางแผนและนำไปปฏิบัติตามนโยบายของตนเองทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลกลางนอกจากนี้ รัฐบาลท้องถิ่นจะทำหน้าที่ออกข้อบัญญัติของตนเองในเรื่องที่เกี่ยวกับผู้บริโภคและจะต้องยุติปัญหาระหว่างผู้บริโภคและผู้ประกอบการให้ได้

5) ศูนย์กิจการเกี่ยวกับผู้บริโภคแห่งชาติ (NCAC) และในระดับท้องถิ่น NCAC เป็นองค์กรของรัฐบาลซึ่งก่อตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน้าที่สำคัญหลัก คือ เป็นศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์เพื่อรับทราบสภาพปัญหาของผู้บริโภคเกี่ยวกับสินค้าและบริการแล้วนำข้อมูลจากคำร้องดังกล่าวมารวบรวมเก็บเป็นสถิติเพื่อการวิเคราะห์เป็นข้อมูลในเชิงบริหารให้แก่คณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและทิศทางการคุ้มครองผู้บริโภค ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้บริโภคด้วยการให้การศึกษาจัดการเกี่ยวกับการร้องทุกข์ของผู้บริโภค ทดสอบผลิตภัณฑ์ เป็นศูนย์เครือข่ายคอมพิวเตอร์ของศูนย์ในระดับท้องถิ่น

### ขอบเขตการบริหารงานเกี่ยวกับผู้บริโภค

1) มาตรการหลักในกิจการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคผลการประชุมคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) มีประเด็น ดังนี้

(1) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีสารสนเทศ

(2) การพัฒนากฎหมายเพื่อคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

(3) สนับสนุนเรื่องสัญญาที่เป็นธรรมระหว่างผู้บริโภคกับผู้ประกอบกิจการ

(4) มาตรการความปลอดภัยด้านอาหาร

(5) สนับสนุนการแข่งขันที่เป็นธรรม

(6) สนับสนุนกระบวนการร้องทุกข์ที่เรียบง่ายในระดับท้องถิ่น

2) ปรับปรุงเรื่องสัญญาต่าง ๆ ของผู้บริโภคการบังคับใช้ The Consumer Contract Act, 2000 เมื่อวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2001 (พ.ศ. 2544) สำนักงานคณะกรรมการได้ให้การศึกษแก่ผู้บริโภคเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวผ่านสื่อต่าง ๆ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2547)

3) สนับสนุนมาตรการความปลอดภัยในผลิตภัณฑ์การบังคับใช้ Product Liability, 1994 (พ.ศ. 2537) เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม ค.ศ. 1995 (พ.ศ. 2538) สำนักงานคณะกรรมการได้ปรับปรุงมาตรการอื่น ๆ ระบุข้อพิพาทนอกเหนือจากการดำเนินการทางศาล (Alternative Dispute Resolution ADR) เป็นต้น

4) ให้ข้อมูลข่าวสารและการศึกษาแก่ผู้บริโภค

(1) ก่อตั้งสถาบันการให้การศึกษาแก่ผู้บริโภคแห่งชาติภายใต้การดูแลของ EPA และกระทรวงศึกษาธิการ

(2) จัดตั้งโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้บริโภค เช่น มติคณะรัฐมนตรีให้ถือว่าเดือนพฤษภาคม ของทุกปี เป็นเดือนแห่งผู้บริโภค เป็นต้น

5) การร่วมมือระหว่างประเทศ

(1) สำนักงานคณะกรรมการได้มีส่วนร่วมในการกำหนดขอบเขตมาตรการด้านพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ในมิติของการคุ้มครองผู้บริโภค ให้สอดคล้องกับแนวทางของ OECD

(2) ร่วมกิจกรรมกับประเทศต่าง ๆ ในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศญี่ปุ่นนั้น มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานตาม “The Consumer Protection Fundamental Act, 1968” (พ.ศ. 2511) เหมือนของประเทศไทย แต่ละกระทรวงที่เกี่ยวข้องจะมีงานคุ้มครองผู้บริโภคในขอบเขตของกฎหมาย งานคุ้มครองผู้บริโภคเชิงนโยบายอยู่ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการและนอกจากนี้ “The Consumer Protection

Fundamental Act, 1968” มีลักษณะเป็นธรรมนูญแห่งการคุ้มครองผู้บริโภค ดังนั้น การคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทยไม่อาจเลียนแบบประเทศญี่ปุ่นได้ในภาพรวม ทั้งนี้ เนื่องจากมีความเป็นมาทางสังคม เศรษฐกิจ และบรรยากาศการเมืองที่ต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมของผู้บริโภคเอง นับตั้งแต่ได้มีการบังคับใช้ “The Consumer Protection Fundamental Act, 1968” การร้องทุกข์ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหารในระยะหลังจนถึงปัจจุบัน สถานการณ์ได้เริ่มเปลี่ยนแปลงไป อัตราส่วนภาคอุตสาหกรรมและบริการมีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น

การร้องทุกข์ด้านบริการก็จะมีเพิ่มมากขึ้น โครงสร้างของ “The Consumer Protection Fundamental Act, 1968” เป็นกฎหมายที่ได้วางหลักทั่วไปไว้เท่านั้น ไม่มีรายละเอียดวิธีปฏิบัติ ทั้งนี้ อำนาจหน้าที่ที่จะนำเจตนารมณ์แห่งกฎหมายนี้ไปใช้บังคับอยู่ที่กระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและท้องถิ่นซึ่งจะไปกำหนดกฎข้อบังคับอีกครั้งหนึ่งขณะเดียวกัน รัฐบาลได้นำนโยบายหรือเจตนารมณ์แห่ง “The Consumer Protection Fundamental Act, 1968” โดยเน้นว่าการคุ้มครองผู้บริโภคมิใช่ให้ภาครัฐดูแลทั้งหมด ซึ่งผู้บริโภคจะต้องคุ้มครองตนเองเป็นสำคัญ โดยภาครัฐจะเป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนให้รู้ถึงสิทธิของตนเองเพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองมากที่สุด และรัฐบาลก็ต้องมีหน้าที่เตรียมความพร้อมและกลไกของประเทศในทุกด้านคู่ขนานไปด้วย เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ผู้บริโภคได้พึ่งพาตนเองให้มากที่สุด อนึ่ง สำหรับอำนาจหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค นั้นมีหน้าที่ประสานดูแล กำกับเรื่องนโยบายเกี่ยวกับการคุ้มครอง ผู้บริโภค เท่านั้น ไม่ได้ควบคุมโดยตรง (รัฐธรรมนูญญี่ปุ่นไม่ได้ระบุถึงสิทธิผู้บริโภคไว้)

## 2) การควบคุมบุคลากรทางการแพทย์

ในประเทศญี่ปุ่น “หมอ” เป็นวุฒิการศึกษาแห่งชาติกล่าวคือ “การทดสอบทางการแพทย์แห่งชาติผ่าน” ให้กับผู้ที่เสร็จสิ้นการลงทะเบียนของแพทย์ที่ลงทะเบียนกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการกว่าใบอนุญาตจะได้รับ (พระราชบัญญัติผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ญี่ปุ่น, มาตรา 6) ตามมาตรา 16-2 ของพระราชบัญญัติผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่แก้ไขในปี พ.ศ. 2542 “แพทย์ที่ตั้งใจจะเข้ารับการรักษาพยาบาลจะต้องอยู่ในโรงพยาบาลที่อยู่ติดกับมหาวิทยาลัยที่มีหลักสูตรการกินยาเป็นเวลาสองปีขึ้นไปหรือสถานพยาบาลที่กำหนดโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการจะต้องได้รับการฝึกอบรมทางคลินิก” และได้รับการระบุไว้ในปี พ.ศ. 2547 จากระดับปริญญาเพื่อที่จะทำงานเป็นแพทย์ที่มีการฝึกอบรมทางคลินิกมากกว่าสองปีนั้นคือภาระหน้าที่ในการดำเนินการ แพทย์ที่ไม่ผ่านการฝึกอบรมทางคลินิกสามารถดำเนินการทางการแพทย์ต่อไปได้ แต่ไม่สามารถเป็นหัวหน้าโรงพยาบาลหรือคลินิกได้ “แพทย์” ในช่วงเวลานี้มักเรียกว่าเด็กฝึกหัด อย่างไรก็ตาม การวิจัยพื้นฐานแพทย์แพทย์อุตสาหกรรมแพทย์สังคม, forensicians ฯลฯ ไม่จำเป็นต้องทำเช่นนี้ อย่างไรก็ตาม แม้อาสาเหล่านี้มีบางกรณี

ต้องมีการฝึกอบรมทางคลินิกสองปีสำหรับเงื่อนไขในการได้รับแพทย์ที่ผ่านการรับรองและการสรรหา

โดยทั่วไปมีแพทย์จำนวนมากที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ (การประกอบวิชาชีพทางการแพทย์) ในสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาลและคลินิกแต่นอกเหนือจากสถาบันทางการแพทย์พวกเป็นของกระทรวงยุติธรรมและปฏิบัติงานด้านการแพทย์สำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและสถานกักขัง เป็นแพทย์ดำเนินการเจ้าหน้าที่จัดฟัน กองกำลังป้องกันตัวเองเป็นหมอที่เป็นของเจ้าหน้าที่การแพทย์และศูนย์สุขภาพ (ที่บังคับใช้กฎหมายชุมชนสุขภาพพระราชกฤษฎีกา มาตรา 4 วรรค 1 “ผู้กำกับกรมสุขภาพจะต้องเป็นแพทย์” คือ มีข้อยกเว้นในหัวข้อถัดไป) และแพทย์บางคน เช่น แพทย์วิจัยพื้นฐานแพทย์อุตสาหกรรม แพทย์สังคม และแพทย์นิติเวช ไม่ได้ทำการรักษาพยาบาลโดยตรง เดือน เมษายน 2555 ไม่มีระบบการต่ออายุใบอนุญาตแพทย์ซึ่งโดยปกติจะใช้ได้ตลอดชีวิต แพทย์จำเป็นต้องแจ้งที่อยู่ชื่อของแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ ผ่านทางผู้ว่าราชการจังหวัดทุกสองปี การระงับหรือการตัดสิทธิ์เนื่องจากการทุจริตต่อหน้าที่แพทย์อาชญากรรม ฯลฯ ตัดสินใจโดยการดูแลสภาการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการ

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานว่าเป็นอุบัติเหตุทางการแพทย์และการทุจริตต่อหน้าที่เพิ่มขึ้นและมีการยื่นยันการนำระบบต่ออายุใบอนุญาตทางการแพทย์มาใช้ในเดือนมีนาคม 2548 คณะกรรมการปฏิรูปกฎข้อบังคับของรัฐบาลและสภาส่งเสริมการเปิดภาคเอกชนวางแผนที่จะรายงานว่าจะพิจารณาและสรุปการนำระบบการต่ออายุใบอนุญาตแพทย์ในช่วงปีงบประมาณ 2548 แม้ว่าจะมีการตัดสินใจโดยรัฐบาลที่จะแยกออกจากรายงานจริง แต่ฝ่ายของสภาปฏิรูปกฎข้อบังคับก็แสดงเจตจำนงที่จะดำเนินการและไม่มีใบอนุญาตแพทย์ของญี่ปุ่นสำหรับแต่ละแผนกและมีการระบุไว้ตามกฎหมายว่าแพทย์สามารถทำการรักษาพยาบาลได้ในทุกแผนกทางคลินิก

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาด้วยความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลแนวโน้มของความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและการแบ่งส่วนย่อยในระดับสูงทางเทคนิคก็แข็งแกร่งขึ้นและในประเทศญี่ปุ่น เช่นกันสมาคมวิชาการในสาขาการแพทย์แต่ละสาขาได้นำเสนอระบบของสมาคมวิชาการที่ได้รับการรับรองผู้เชี่ยวชาญ เช่น “แพทย์ที่ได้รับการรับรองจากสังคม” และ “ผู้เชี่ยวชาญด้านสังคม” ตัวอย่างเช่น แพทย์โรคผิวหนัง จักษุวิทยาที่สามารถทำการรักษาได้ และแพทย์วิสัญญีวิทยาในการสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุขจะต้องได้รับอนุญาต (กฎหมายการแพทย์หมายเลข 70 วรรค 2 และข้อบังคับการบังคับใช้กฎหมายการแพทย์ ตาม 4 มาตรา 42)

## โครงสร้างพระราชบัญญัติผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ผู้ป่วน ประกอบด้วย

พระราชบัญญัติผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

บทที่ 1 บทบัญญัติทั่วไป (ข้อ 1 และ 2)

บทที่ 2 ใบอนุญาต (ข้อ 2-ข้อ 8)

บทที่ 3 การตรวจสอบ (ข้อ 9-ข้อ 16)

บทที่ 4 การฝึกอบรม

ส่วนที่ 1 การฝึกอบรมทางคลินิก (ข้อ 2-ข้อ 16)

ส่วนที่ 2 การฝึกอบรมอื่น ๆ

บทที่ 5 ธุรกิจ (ข้อ 17-ข้อ 24)

บทที่ 6 คณะกรรมการตรวจสอบ (ข้อ 25-ข้อ 30)

บทที่ 7 บทบัญญัติเบ็ดเตล็ด (ข้อ 30-ข้อ 32)

บทที่ 8 บทลงโทษ (ข้อ 33)

หลังจากได้รับใบอนุญาตแพทย์เท่านั้นที่สามารถเรียกแพทย์และทำการรักษาพยาบาลฟรี (Ministry of Health, Labour and Welfare, Online, 2021) สิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับประชาชน คือ อย่าเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม แม้ว่าวิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าอย่างมากและทำให้สามารถวินิจฉัยและรักษาโรคต่าง ๆ ได้ในระยะเริ่มต้น แต่สิ่งที่สามารถป้องกันได้ดีที่สุดที่ไม่ให้มีการเจ็บป่วยคือการรักษาสุขภาพ ซึ่งทำได้ไม่ยากแต่หากเกิดการป่วยและเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขย่อมมีความเสี่ยงต่อการได้รับความเสียหายจากการรับบริการไม่ว่าประเทศใดจะมีระบบการควบคุมผู้ให้บริการดีแค่ไหน ความผิดพลาดย่อมเกิดขึ้นได้ ฉะนั้นการเยียวยาความเสียหายนั้นเป็นกระบวนการต่อไปหลังจากเกิดความเสียหายแก่ผู้ที่มารับบริการดังจะได้กล่าวดังต่อไปนี้

### 3) การเยียวยาความเสียหาย

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีการใช้กฎหมายระบบประมวลกฎหมาย หรือระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Civil Law) อีกทั้ง สังคมประชาชนชาวญี่ปุ่น ได้รับการปลูกฝังให้จงรักภักดีต่อชนชั้นที่มีสถานะสูงกว่าหากมีกรณีความขัดแย้งระหว่างชนชั้นผู้นำการใช้กระบวนการทางศาลหรือการเป็นความตอกันจะเป็นเรื่องผิดศีลธรรม จึงเป็นหน้าที่ผู้นำของสังคมต้องรักษาความสงบเรียบร้อยและเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องพยายามทำให้ข้อขัดแย้งจบลงได้ด้วยดี อันเป็นที่มาอีกประการหนึ่งของระบบการแก้ไขปัญหาคือวิธีการประนีประนอมและการไกล่เกลี่ยมากกว่าวิธีการดำเนินคดีทางกฎหมายในศาลที่มุ่งเรื่องการมีผลแพ้ชนะต่อกัน ประเทศญี่ปุ่นนั้นได้นำหลักกฎหมายของประเทศทางยุโรปมาปรับใช้กับวัฒนธรรมต่าง ๆ ของประเทศญี่ปุ่นและมีการปฏิรูป



กฎหมายออกมาในรูปแบบของกฎหมายที่บังคับใช้ในการระงับข้อพิพาทไม่ว่าจะเป็นทางแพ่งหรือทางอาญา โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ ทาง การ แพทย์ ด้วย แล้ว นั้น ผู้ป่วย หรือ ผู้รับบริการ ทาง การ แพทย์ ใน ญี ปุ น เอง หาก มี กรณ ี ข้อ พิ พ ท หรือ เมื่อ มี การ พ้อง คดี ต่อ ศาล ประเทศ ญี ปุ น ได้ นำ ระบบ ไกล่ เก ลี ย ประ นอม ข้อ พิ พ ท มา ใช้ เพื่อ เป็น ทาง เลือ ก ก่อน การ ดำ เนิน กระบวน การ พิจา รณา ของ ศาล

ภาย หลัง ใน ปี ค.ศ. 1876 (พ.ศ. 2419) ระบบ กระบวน การ ยุติ ธรรม ของ ญี ปุ น ได้ เริ่ม มี การ พัฒนา กระบวน การ ไกล่ เก ลี ย หรือ ใน ภาษา ญี ปุ น เรีย ก ว่า “Kankai” โดย ให้ ผู้ พิ พ ท ษา ที่ รับ พิจา รณา คดี นั้น ๆ จะ ต้อง ใช้ ความ พยายาม ใน การ ไกล่ เก ลี ย ให้ คู่ กรณ ี ยุติ ข้อ ขัด แย้ง และ ตกลง กัน ได้ ซึ่ง ถือ เป็น กระบวน การ ที่ เป็น ทาง เลือ ก อื่น นอก จาก การ พ้อง คดี แต่ ถ้า การ ไกล่ เก ลี ย นั้น ไม่ ประ สบ ความ สำร ็จ คู่ กรณ ี ยัง สามารถ นำ คดี มา พ้อง ร้อง ต่อ ศาล ได้ ภาย ใน ระยะเวลา 30 วัน ไม่ เป็น การ ตัด สิ ทธิ ใน การ เรีย กร้อง ทาง กฎหมาย แต่ อย่าง ใด โดย ต่อ มา ใน ปี ค.ศ. 1922 (พ.ศ. 2465) ประเทศ ญี ปุ น ได้ เริ่ม มี การ ใช้ กระบวน การ ไกล่ เก ลี ย ข้อ พิ พ ท หรือ ที่ เรีย ก ว่า “Chotei Conciliation” ซึ่ง ต่อ มา ได้ มี การ ใช้ กระบวน การ ไกล่ เก ลี ย อย่าง เป็น รูป ธรรม ใน คดี พ้อง หย่า เป็น คดี ที่ มี การ แปร ทรั พย์ สิ น ระหว่าง สามี ภรรยา เป็น คดี ที่ ขอ ปก ครอง ผู้ เยาว์ และ เรีย กร้อง ค่า อุ ป การ ะ เลี้ย ง ดู ซึ่ง กระบวน การ ไกล่ เก ลี ย ใน ครอบครัว จะ เรีย ก ว่า “Kaji Chotei” ส่วน การ ไกล่ เก ลี ย ใน ทาง แพ่ง เรีย ก ว่า “Minji Chotei” โดย ใน ปัจจุบัน คดี ที่ มี การ ไกล่ เก ลี ย จะ อยู่ ใน ความ รับ ผิด ชอบ ของ บุคคล ธรรม ดา มิ ไซ จาก ผู้ พิ พ ท ษา ซึ่ง กระบวน การ ไกล่ เก ลี ย ข้อ พิ พ ท ทาง แพ่ง ของ ญี ปุ น ที่ ประ สบ ความ สำร ็จ ได้ นั้น เป็น ผล มา จาก ชาว ญี ปุ น ไม่ นิยม การ แก้ ไข ปัญห า ใน แนว ทาง ของ ศาล อัน สะ ท้อน ถึง คุณ ค่า และ ชา ตินิ ยม ของ ประชาชน ญี ปุ น ที่ เรีย ก ว่า “วิญญู ณ ์ แห่ง ความ ประอง ดอง” (จักร พงษ์ เล็ก สกลุ ไซย, 2538, หน้า 87-90) ทั้งนี้ การ ไกล่ เก ลี ย ของ ศาล ญี ปุ น ถือ เป็น วิธ ี ที่ คู่ กรณ ี ที่ ประ สก ์ ทำ ข้อ ตกลง กัน โดยมี บุคคล ภาย นอก เป็น ผู้ ช่วย เหลือ ใน การ ไกล่ เก ลี ย ซึ่ง ยัง สามารถ แปร ออก ได้ เป็น 3 ประเภท ได้แก่

ประเภทที่ 1 กระบวน การ ไกล่ เก ลี ย โดย ศาล เป็น ผู้ ดำ เนิน การ (Judicial Compromise) การ ไกล่ เก ลี ย ข้อ พิ พ ท ใน ชั้น ศาล จะ เป็น การ นำ ข้อ พิ พ ท เข้า สู่ กระบวน การ ไกล่ เก ลี ย ใน ระบบ ศาล โดย ผู้ พิ พ ท ษา ทำ หน้า ที่ ช่วย เหลือ ไกล่ เก ลี ย ข้อ พิ พ ท นั้น ให้ แก่ คู่ พิ พ ท ถือ เป็น เรื่อง ปก ดิ ของ ศาล ญี ปุ น ภาย ได้ กฎหมาย วิธ ี พิจา รณา ความ แพ่ง ของ ญี ปุ น มา ตรา 89 ที่ บัญญู ตี ว่า “ไม่ว่า การ พิจา รณา คดี จะ ดำ เนิน ไป แล้ว เพียง ใด ศาล มี อำนาจ ให้ มี การ ประ นิ ประ นอม ยอม ความ หรือ ส่ง ประ เติ น พิ พ ท เพื่อ ขอ ให้ มี การ ประ นิ ประ นอม ยอม ความ ได้” (ชวลิต ทวี วัฒนานนท์, 2549, หน้า 41-42) ทั้งนี้ ผู้ ไกล่ เก ลี ย จะ เป็น ผู้ ที่ ทำ การ พิจา รณา เพื่อ ให้ เกิด การ ประ นิ ประ นอม หรือ กระทำ โดย ผู้ พิ พ ท ษา ที่ เป็น องค์ คณะ ผู้ ตัด สิ น ข้อ พิ พ ท นั้น มี อำนาจ ทำ ได้

ประเภทที่ 2 กระบวนการไกล่เกลี่ยโดยบุคคลที่สามซึ่งคณะกรรมการไกล่เกลี่ยประกอบด้วยผู้ทำหน้าที่ประนอมข้อพิพาทจำนวน 2 คน โดยคณะกรรมการแรงงาน กระบวนการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทที่เกี่ยวข้องกับกรณีพิพาททางครอบครัวหรือกรณีเป็นการไกล่เกลี่ยในข้อพิพาทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นข้อพิพาทของภาคเอกชนนอกจากข้อพิพาททั้งประเภทที่ 2 ที่กล่าวมาแล้ว

ประเภทที่ 3 กระบวนการไกล่เกลี่ยที่มีบุคคลอื่นนอกจากผู้พิพากษาหรือคณะกรรมการไกล่เกลี่ยหรือตัวแทนจากองค์การฝ่ายปกครองเป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งในการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทของญี่ปุ่นเป็นการนำข้อพิพาทเข้าสู่กระบวนการไกล่เกลี่ยโดยมีผู้ปฏิบัติหน้าที่ในคณะกรรมการ ประกอบด้วย ประธาน 1 คน และสมาชิกผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยข้อพิพาททาง

ในคดีแพ่งของญี่ปุ่นการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทจะมีกฎหมายบัญญัติหลักการไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางแพ่งไว้เป็นการเฉพาะเรียกว่า “Law For Conciliation Civil Affairs” แยกออกจากประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง (วิชา มหาคณ, 2536, หน้า 31) บัญญัติไว้ใน มาตรา 11-12 และมาตรา 15 แต่หากคู่ความตกลงกันไม่ได้ คณะกรรมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทอาจยุติกระบวนการไกล่เกลี่ยได้ หรือหากศาลเห็นว่า การไกล่เกลี่ยไม่เหมาะสมและมีความจำเป็นอาจมีคำสั่งระงับข้อพิพาทของคดีโดยใช้อำนาจศาลเองได้ แต่อย่างไรก็ตาม คู่ความอาจยื่นคำคัดค้านคำสั่งภายใน 2 สัปดาห์นับแต่มีหนังสือบอกกล่าว

กระบวนการไกล่เกลี่ยระงับข้อพิพาทของญี่ปุ่น โดยศาลยุติธรรมในกระบวนการระงับข้อพิพาทนั้นยังแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) การไกล่เกลี่ยในการฟ้องคดี (Compromise in Course of Litigation) เป็นกระบวนการไกล่เกลี่ยในศาลโดยการไกล่เกลี่ยภายหลังจากมีการฟ้องร้องดำเนินคดีต่อศาลแล้ว

2) การไกล่เกลี่ยก่อนฟ้อง (Compromise Prior to Filing Suit) เป็นการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทภายนอกศาลก่อนนำข้อพิพาทมาฟ้องเป็นคดีต่อศาล โดยผู้หน้าที่ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทนั้นจะเป็นบุคคลภายนอก (ชวลิต ทวีพัฒนานนท์, 2549, หน้า 43)

การนำหลักการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทมาใช้กับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ (The Law For Conciliation Civil Affairs Act 1995 (พ.ศ. 2538) Revised 2006) หลักการระงับข้อพิพาทโดยนำกระบวนการไกล่เกลี่ยมาใช้ในคดีแพ่งในศาลของญี่ปุ่น ไม่ได้มีความแตกต่างกันกับการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทคดีทรัพย์สินทางอุตสาหกรรมและคดีแพ่งสามัญในทางศาล ซึ่งการระงับข้อพิพาทเกิดจากการทำสัญญาประนีประนอมยอมความภายใต้ประมวลกฎหมายแพ่งของญี่ปุ่น ในมาตรา 695 และมาตรา 267 ซึ่งในมาตรา 695 บัญญัติว่า “การประนีประนอมยอมความจะมีผล

เมื่อคู่ความทั้งสองฝ่ายเห็นชอบที่จะระงับข้อพิพาทที่เกิดขึ้นระหว่างคู่ความโดยข้อตกลงที่มีต่อกัน” โดยไม่ว่าการพิจารณาตัดสินจะดำเนินไปแล้วเพียงใด (กันตพัฒน์ ศรีประกายรัตน์, 2551, หน้า 71)

ในส่วนของกรณีการไกล่เกลี่ยระงับข้อพิพาทตามสัญญาประนีประนอมในศาลนั้นมีผลเหมือนกันกับคำตัดสินที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเพิกถอนได้ถ้าได้มีการกำหนดในข้อตกลงโดยศาลแล้ว นอกจากนี้ญี่ปุ่นได้มีการบัญญัติกฎหมายในเรื่องการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทในคดีแพ่งเป็นกฎหมายเฉพาะเรียกว่า “The Law for Conciliation of Civil Affairs” ซึ่งแยกออกจากประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งเป็นกฎหมายพิเศษต่างหากและในการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทโดยส่วนใหญ่จะมีคณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นมาโดยศาล

กรณีเมื่อมีข้อพิพาททางจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ขึ้นแพทยสมาคมญี่ปุ่นได้มีการดำเนินการ โดยใช้ระบบการไกล่เกลี่ยและชดเชยความเสียหายมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 (พ.ศ. 2513) และระบบนี้ถูกนำมาใช้อย่างเป็นรูปธรรมและได้แก้ไขเพิ่มเติมอีกครั้งในช่วงปี ค.ศ. 2006 (พ.ศ. 2549) กรณีการเกิดคดีที่เกี่ยวกับการทำคลอดจนเป็นเหตุให้แพทย์ผู้เกี่ยวข้องถูกจับและถูกดำเนินคดีทางอาญา ประเด็นดังกล่าวทำให้เกิดการกังวลในหมู่แพทย์รุ่นใหม่จนเกิดความขาดแคลนแพทย์อย่างมาก โดยเฉพาะแพทย์ทางด้านสูติกรรม จึงเป็นเหตุให้เกิดการผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขของญี่ปุ่น มีการพิจารณาจัดตั้งระบบชดเชยความเสียหายทางด้านสูติกรรมในเวลาต่อมา ซึ่งระบบการจ่ายเงินดังกล่าวดำเนินการบนพื้นฐานของความสมัครใจในระบบการประกันภัย ที่มีการบริหารจัดการโดยหน่วยงานอิสระที่มีชื่อว่า “The Japan Council for Quality Health Care” ที่เดิมทีเป็นหน่วยงานที่ไม่มุ่งเน้นการแสวงหาผลกำไร

จากการทบทวนวรรณกรรมกรณีที่ปรากฏความขัดแย้งจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นญี่ปุ่นจะมุ่งเน้นให้การสนับสนุนการใช้กระบวนการระงับข้อพิพาททางเลือกโดยคณะกรรมการการไกล่เกลี่ยเป็นกระบวนการที่องค์กรสาธารณะได้เข้ามาช่วยเหลือผู้พิพาทเพื่อแก้ไขปัญหาข้อพิพาททางการแพทย์ร่วมกัน เพื่อช่วยเหลือให้คู่พิพาทมีความเข้าใจและสามารถตกลงกันได้พร้อมที่จะแก้ไข ปัญหาข้อพิพาทที่เกิดขึ้นร่วมกันเพื่อให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบหรือความเสียหายดังกล่าวได้รับการเยียวยารวดเร็วเป็นธรรมชาติที่สุด โดยการเยียวยาชดเชยภายหลังการไกล่เกลี่ยญี่ปุ่นจึงได้มีการนำระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องมาพิสูจน์ความผิดมาบังคับใช้ในคดีทางการแพทย์ด้วย ซึ่งจะได้กล่าวในหัวข้อต่อไป

#### 4) มาตรการที่นำมาใช้ในการคุ้มครองและเยียวยาความเสียหาย

##### (1) ความรับผิดชอบทางแพ่ง

ความรับผิดชอบตามกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ (The Annotated Civil Code Act 1970 Revised 2006) สำหรับความรับผิดชอบละเมิดของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์

ในญี่ปุ่นอยู่ภายใต้ประมวลกฎหมายแพ่งของญี่ปุ่น (The Annotated civil code Act) ซึ่งใน ค.ศ. 1950 รัฐบาลญี่ปุ่นได้ ประกาศใช้ประมวลกฎหมายแพ่งที่ เรียกว่า “มิน โป (Mimpō)” โดยมีประมวลกฎหมายแพ่งของเยอรมัน เป็นต้น แบบและคงมีผลใช้บังคับอยู่นับแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 และมีการแก้ไขในเวลาต่อมา ปี ค.ศ. 2006 (พ.ศ. 2549) และบังคับใช้มาจนถึงปัจจุบันโดยการนำกฎหมายที่บังคับใช้ เมื่อเกิดข้อพิพาททางการแพทย์ กฎหมายญี่ปุ่นเรียกกฎหมายละเมิด “Faho Koi” โดยมีหมายความว่า การกระทำที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งมีคำนิยามหมายถึง การกระทำของผู้คน โดยจงใจ หรือประมาทเลินเล่อ อันเป็นการล่วงละเมิดสิทธิของบุคคลอื่นและก่อให้เกิดความเสียหาย โดยการกระทำนั้นเป็นการขัดต่อบทบัญญัติของกฎหมาย นอกจากนี้ การกระทำยังหมายถึง การรบกวน ไม่กระทำตามหน้าที่ของตนเองมีอยู่ตามกฎหมายด้วย (ภัทรศักดิ์ วรรณแสง, 2529, หน้า 7)

ซึ่งหลักความรับผิดชอบที่สำคัญของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในญี่ปุ่นประกอบด้วย หลักเกณฑ์ตามประมวลกฎหมายแพ่ง มาตรา 709 ที่บัญญัติว่า “บุคคลใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ละเมิดต่อสิทธิใด ๆ ของผู้อื่นตามกฎหมายจำเป็นต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมเพื่อความเสียหายที่เกิดจากละเมิดนั้น” การกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับความเสียหายดังกล่าวสามารถแยกหลักเกณฑ์ความรับผิดชอบที่สำคัญ ดังนี้

1) ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ

2) ละเมิดสิทธิของผู้อื่น

3) ทำให้เขาเสียหายจากการละเมิดนั้นเมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่าประมวลกฎหมายแพ่ง มาตรา 709 มีลักษณะใกล้เคียงกับประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 ของไทยเป็นอย่างมากเพียงแต่มีความแตกต่างกัน ตรงที่ประเทศไทยบัญญัติไว้ว่า “โดยผิดกฎหมาย” และได้บรรยายถึงชนิดของความเสียหายว่าเป็นความเสียหายต่อสิ่งใดบ้าง กล่าวคือ ความเสียหายที่มีต่อ ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สิน หรือสิทธิอย่างใดอย่างหนึ่งแต่ของญี่ปุ่นเน้นมีเพียงการบัญญัติกฎหมายโดยใช้คำว่า “ละเมิดสิทธิของผู้อื่น” เพียงเท่านั้นพิจารณาหลักความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ของญี่ปุ่น ซึ่งประกอบด้วย หลักเกณฑ์ตามบทบัญญัติในประมวลกฎหมายแพ่งญี่ปุ่น มาตรา 709 ปราบปรามจำนวนคดีทุจริตและการให้การรักษาทางการแพทย์ที่ผิดพลาด (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2554, หน้า 48) มีจำนวนมากขึ้น โดยขั้นตอนการตัดสินทางกฎหมายที่นำมาใช้กับความเสียหายทางการแพทย์ที่มีซับซ้อนมากขึ้น การบังคับใช้กฎหมายแพ่งทั่วไปจึงอาจไม่เพียงพอ

ประมวลกฎหมายแพ่งญี่ปุ่น มาตรา 716 ได้บัญญัติถึงความรับผิดชอบของผู้ว่าจ้างไว้ โดยปรับใช้แก่ในกรณีของโรงพยาบาลในการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนความเสียหายอันเกิดจาก

การกระทำละเมิดของแพทย์ผู้รับจ้าง เฉพาะในกรณีที่โรงพยาบาลเป็นผู้สั่งหรือให้คำแนะนำในทำางานของแพทย์ตามที่สั่งเท่านั้น Annotated Civil Code of Japan, มาตรา 716 “The person who placed the order for a work is not bound to make compensation for any damage caused to a third person by the contractor in the course of such work; however, this shall not apply if the person who placed the order was at fault in regard to the order or his instructions” โดยให้เหตุผลว่าโรงพยาบาลผู้ว่าจ้างไม่ได้เป็นผู้ลือกหรือเป็นผู้ใช้ แพทย์ซึ่งเป็นบุคคลที่ทำงานให้และผู้ที่ว่าจ้างไม่ได้เป็นผู้ดูแลควบคุมการปฏิบัติงานในขณะนั้นของผู้รับจ้าง ดังนั้นเมื่อเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น ผู้ว่าจ้างจึงไม่ถูกผูกพัน ต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทน สำหรับความเสียหายนั้น แต่อย่างไรก็ตาม หากผู้ว่าไม่ใช้ความระมัดระวังเอาใจใส่เมื่อเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น โรงพยาบาลผู้ว่าจ้างต้องรับผิดชอบชดใช้ค่าสินไหมทดแทน

ข้อสังเกต จะเห็นได้ว่า บทบัญญัติ มาตรา 716 ของญี่ปุ่นมีความคล้ายกับ มาตรา 428 ของไทย กล่าวคือ ต่างก็วางหลักไว้ว่า ผู้ว่าจ้างไม่ต้องรับผิดชอบชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในความเสียหายไว้ก่อนตลอดจนข้อยกเว้นที่ต้องรับผิดชอบก็เกือบเหมือนกัน ตามกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ของไทย ได้บัญญัติ ไว้ว่า “เว้นแต่ผู้ว่าจ้างจะเป็นผู้ผิดในส่วนที่สั่งให้แพทย์ผู้รับจ้างทำหรือในคำสั่งที่โรงพยาบาลผู้ว่าจ้างให้ไว้” ส่วนตามกฎหมายญี่ปุ่นว่า “มิให้ใช้บังคับ ถ้าโรงพยาบาลผู้ว่าจ้างเป็นผู้ผิดในคำสั่งหรือคำแนะนำที่ตนให้ไว้ จากที่กล่าวมาสรุปได้ดังนี้

ตัวอย่างความรับผิดแพ่งของช่างเทคนิคในห้องปฏิบัติการทางคลินิกในห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วย กรณีช่างเทคนิคในห้องปฏิบัติการทางคลินิกจะต้องรับผิด ดังนี้

มาตรา 709 แห่งประมวลกฎหมายแพ่ง (ความรับผิดทางละเมิด)

(1) มาตรา 709 ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดจากการละเมิดสิทธิและผลประโยชน์ของผู้อื่นโดยเจตนาหรือโดยประมาท การประมาทเลินเล่อเป็นการละเมิดหน้าที่ในการดูแลที่จำเป็นของช่างเทคนิคในห้องปฏิบัติการทางคลินิก หน้าที่ในการดูแลนี้มีดังต่อไปนี้: บุคคลที่มีส่วนร่วมในการทำงานที่ควรจัดการชีวิตและสุขภาพของมนุษย์จะต้องทำหน้าที่ในการดูแลอย่างดีที่สุดที่จำเป็นในการทดลองเพื่อป้องกันอันตรายในแง่ของลักษณะของงานมาตรฐานของการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลเป็นมาตรฐานทางการแพทย์ในการปฏิบัติของแพทย์คลินิกที่เรียกว่าในช่วงเวลาของการรักษาพยาบาล ตัวอย่างข้างต้น ในช่วงเวลาของการเจาะเลือดช่างเทคนิคในห้องปฏิบัติการทางคลินิกได้สอดเข็มฉีดยาในมุมที่ค่อนข้างลึกทำให้เส้นประสาทของผู้ป่วยเสียหายและช่างเทคนิคในห้องปฏิบัติการทางคลินิกเองก็เรียกร้องค่าเสียหาย

## (2) มาตรา 719 แห่งประมวลกฎหมายแพ่ง (การละเมิดร่วมกัน)

มาตรา 719 ระบุว่าทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะต้องรับผิดชอบกันหากพบว่าการกระทำที่ก่อให้เกิดความเสียหายเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง ตัวอย่างข้างต้น: ในโรงพยาบาลของรัฐผู้ป่วยอายุ 50 ปีได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดว่าเป็นมะเร็งปอดและมีการนำปอดส่วนหนึ่งออกผู้ป่วยได้ยื่นเรื่องเรียกร้องค่าเสียหายต่อช่างเทคนิคในห้องปฏิบัติการทางคลินิกที่ทำการทดสอบ โดยอ้างว่า มีการกระทำที่ผิดกฎหมายร่วมกัน

## (3) มาตรา 715 แห่งประมวลกฎหมายแพ่ง (ความรับผิดชอบของผู้ใช้)

มาตรา 715 วรรค 2 ระบุว่าบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งที่ต้องปฏิบัติอย่างเป็นทางการและดูแลในนามของผู้ให้บริการ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / โรงพยาบาล) ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้ใช้ตามมาตรา 715 วรรค 1 เป็น กำหนดไว้เป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง ผู้บังคับบัญชาตัวแทนดังกล่าวอาจเป็นหัวหน้าวิศวกร ตัวอย่างข้างต้น: ผู้หญิงอายุ 40 ปีได้รับการตรวจทางเซลล์วิทยาสำหรับมะเร็งมดลูกและให้ผลลบ (class2) แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจที่สถานบริการอื่นในภายหลัง ปากมดลูกก็กลายเป็นก้าวหน้า โรคมะเร็ง ดังนั้น จึงมีการเรียกร้องค่าเสียหายไปยังช่างเทคนิคในห้องปฏิบัติการทางคลินิกที่ถูกมองข้ามและหัวหน้าช่างเทคนิคที่คอยแนะนำและดูแลโดยตรง ความรับผิดชอบต่อนายจ้าง (โรงพยาบาล / ศูนย์ตรวจ)

มาตรา 715 วรรค 3 แห่งประมวลกฎหมายแพ่ง (สิทธิของนายจ้างในการคืนเงิน) คือ ความรับผิดชอบที่เกิดจากการใช้สิทธิชดใช้โดยนายจ้าง เมื่อพิจารณาถึงสภาพการทำงานของนายจ้าง และลูกจ้างคุณจะได้รับเงินคืนเป็นจำนวนมากตัวอย่างข้างต้น: บริษัท ทางการแพทย์แห่งหนึ่ง มีข้อผิดพลาดในการสุ่มตัวอย่างเลือดและผู้ป่วยร้องขอความเสียหายเนื่องจากความผิดปกติที่เหลืออยู่ที่มือซ้ายดังนั้น บริษัท จึงได้รับความเสียหายหลังจากจ่ายค่าเสียหายโดยการตั้งถิ่นฐานเขาใช้สิทธิของเขาที่จะชดใช้และเรียกร้องค่าเสียหายส่วนหนึ่งที่จ่ายให้กับวิศวกรห้องปฏิบัติการทางคลินิกที่ทำการเก็บเลือดจริง

## (2) ความรับผิดทางอาญา

ความรับผิดทางอาญาของญี่ปุ่นบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 209 ถึง 211 และอาจดำเนินการได้หากพยาบาลทำร้ายชีวิตหรือร่างกายของผู้ป่วยโดยไม่ได้ตั้งใจขณะปฏิบัติหน้าที่พยาบาล กฎหมายที่ใช้บังคับคือในกรณีเสียชีวิตถือเป็นการฆ่าคนตายขององค์กร ในกรณีที่ได้รับบาดเจ็บถือเป็นการฆ่าคนตายขององค์กร “ธุรกิจ” หมายถึงกรณีของความตั้งใจฆ่าคนตาย ดังนั้น แม้ว่าคุณจะมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลหากคุณตั้งใจที่จะปฏิบัติงานพยาบาลซ้ำ ๆ มันก็ถูกกล่าวว่าเป็น “ธุรกิจ”

**ตัวอย่าง** เช่น ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 134 (การเปิดเผยข้อมูลลับ) วรรค 1 “แพทย์เภสัชกรผู้จำหน่ายยาผดุงครรภ์ทำความลับของผู้ที่มาใช้บริการรั่วไหลจะถูกลงโทษโดยการ ทำงานไม่เกิน 6 เดือนหรือปรับไม่เกิน 100,000 เยน” ตาม “แนวทางจรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับแพทย์” ของ Japan Medical Association รักษาความลับจะได้รับการยกเว้นเมื่อผู้ป่วยยินยอมและ ยินยอมที่จะยกเว้นการรักษาความลับหรือทางสังคมและสาธารณะที่สูงกว่าการปกป้อง ผลประโยชน์ของผู้ป่วยสันนิษฐานว่ามีประโยชน์เชิงบวก

**ตัวอย่าง** เช่น จรรยาบรรณทางการแพทย์ระหว่างประเทศของ WMA ที่ระบุไว้ ในฉบับแก้ไขปี พ.ศ. 2549 ว่า “แพทย์ต้องเคารพในสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาความลับ” แต่ “(1) ผู้ป่วยยินยอม” การเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับนั้น มีจริยธรรมหากคุณทำหรือหาก (2) มีอันตรายที่ใกล้จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้อื่นและไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้โดยไม่ละเมิด การรักษาความลับถือเป็นเรื่องจริยธรรม”

ในเรื่องนี้คู่มือจรรยาบรรณทางการแพทย์ของ WMA ซึ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2548 ระบุว่า การละเมิดการรักษาความลับของแพทย์มีเหตุผลในกรณีต่อไปนี้:

ประการแรก ที่เกิดขึ้นบ่อยในสถานพยาบาลส่วนใหญ่คือการจัดหาแพทย์ พยาบาลช่างเทคนิคในห้องปฏิบัติการ ฯลฯ พร้อมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการรักษาเพื่อให้การดูแล ผู้ป่วยที่เหมาะสม การละเมิดการรักษาความลับดังกล่าวมักจะมีเหตุผลแต่ก็เกินขอบเขตที่จำเป็น เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยว่ากันว่าไม่ควรทำ

ประการที่สอง คือ การปฏิบัติตามข้อกำหนดทางกฎหมายเช่นปฏิบัติตามกฎหมาย ที่กำหนดให้รายงานต่อหน่วยงานของรัฐสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยตามที่กำหนดซึ่งไม่เหมาะสม กับการขับรถหรือสงสัยว่ามีการล่วงละเมิดเด็ก

ประการที่สาม คือ เมื่อแพทย์มีภาระผูกพันทางจริยธรรมในการถ่ายทอดข้อมูล ที่เป็นความลับของผู้ป่วยไปยังผู้ที่เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วย เปิดเผยต่อจิตแพทย์วางแผนที่จะทำร้ายผู้อื่นหรือเมื่อปรากฏว่าผู้ป่วยเอชไอวีพยายามมีเพศสัมพันธ์ กับคู่สมรสหรือคู่นอนของตนต่อไปโดยไม่ใช้มาตรการป้องกันคือ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นแพทย์ยังคงมีหน้าที่ต้องรักษาความลับอย่างมีจริยธรรม และถูกต้องตามกฎหมาย แต่เพื่อปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องและป้องกัน อันตรายเราจะเปิดเผยข้อมูลบางอย่างซึ่งไม่อาจกล่าวได้ว่ามีบางกรณีที่เหมาะสมควรกระทำในบางกรณี ควรใช้วิจารณญาณอย่างรอบคอบ เช่น การรับฟังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

**ตัวอย่าง** เช่น ความรับผิดชอบทางอาญาอุบัติเหตุทางอาญาของช่างเทคนิคใน ห้องปฏิบัติการทางคลินิก ในกรณีของการฟ้องร้องทางอาญาผู้จัดการ (หัวหน้าวิศวกร) อาจต้อง

รับผิดชอบในการจัดการซึ่งอาจมีความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างผู้จัดการและวิศวกรห้องปฏิบัติการทางคลินิกในสาขาและวิศวกรห้องปฏิบัติการทางคลินิกจะถูกแยกออกไป

#### 1) ขั้นตอนการพิจารณาคดีอาชญากรรม

(1) หากช่างเทคนิคในห้องปฏิบัติการทางคลินิกละเมิดผู้ป่วยได้รับความเสียหายทางกายภาพเนื่องจากความประมาทเลินเล่ออาจมีความผิดฐานได้รับบาดเจ็บถึงแก่ชีวิตโดยประมาท (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 211 วรรค 1)

(2) หากหน่วยงานตรวจสอบพบว่าช่างเทคนิคในห้องปฏิบัติการทางคลินิกทำผิดพลาดการสอบสวนจะเริ่มขึ้น ตัวอย่างทั่วไปของอุบัติเหตุทางการแพทย์คือรายงานจากผู้ป่วยเริ่มการตรวจสอบ

#### 2) การส่งการตรวจสอบ

(1) การสอบสวนจะเริ่มจากรายงานจากผู้ป่วยและการสอบสวนนี้เป็นกิจกรรมของหน่วยงานสืบสวนที่รวบรวมพยานหลักฐาน เนื่องจากกฎเกณฑ์ข้อ จำกัด สำหรับการฆ่าคนในองค์กร (มาตรา 250 วรรค 2 ข้อ 5 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา) มีระยะเวลาห้าปีจึงมีความเป็นไปได้ที่จะเริ่มการสอบสวนเป็นเวลาห้าปีหลังจากได้รับการประกาศจากผู้ป่วย

(2) โดยหลักการแล้วตำรวจจะต้องส่งสำนวนให้พนักงานอัยการพร้อมเอกสารหลักฐาน จากนั้นอัยการจะรับคดีและจะถูกจับ (48 ชั่วโมง) และกักขัง (ไม่เกิน 20 วัน) หากมีความจำเป็นหรือเหมาะสมในการควบคุมตัว เมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาของการควบคุมตัวจะทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจอย่างมากและจะส่งผลกระทบต่อการทำงานในสถานที่ทำงาน

#### 3) คำร้องขอทดลอง (ฟ้องร้อง)

เมื่ออัยการรับคดีอัยการจะพิจารณาพฤติการณ์และตัดสินใจว่าจะดำเนินคดีอัยการอาจเลื่อนการฟ้องคดีออกไปแม้ว่าจะมีเงื่อนไขในการฆ่าคนตายก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์

#### 4) การพิจารณาคดี

(1) หลังจากคำฟ้องคดีจะถูกโอนไปยังศาลและการพิจารณาคดีจะดำเนินต่อไปเมื่อการพิจารณาคดีเริ่มต้นขึ้นคุณจะถูกบังคับให้ปรากฏตัวในวันที่ทดลองใช้แม้ว่าคุณจะไม่ได้ถูกควบคุมตัวก็ตาม นอกจากนี้ หากข้าราชการถูกดำเนินคดีก็จะลาพักโดยไม่ได้รับค่าจ้างและบริษัท เอกชนอาจอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์การทำงานที่คล้ายคลึงกันภาระทางการเงินจึงไม่มาก

(2) เนื่องจากอัตราการตัดสินคดีอาญาในญี่ปุ่นอยู่ในระดับสูงจึงมีความเสี่ยงที่จะมีความผิดและได้รับโทษทางอาญา



(3) การลงโทษทางอาญาเพิ่มความเสี่ยงที่จะถูกตัดสิทธิ์เนื่องจากการลงโทษทางปกครอง นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ที่จะถูกระงับคุณสมบัติเป็นเวลาหลายเดือนหากไม่ถูกตัดสิทธิ์

#### 5) การจัดการ

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเพิกถอนใบอนุญาตหรือการระงับธุรกิจวิศกรห้องปฏิบัติการทางคลินิก ข้อ 8 วรรค 1 “เมื่อวิศกรห้องปฏิบัติการทางคลินิกตกอยู่ภายใต้ข้อใดข้อ 4 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการจะเพิกถอนใบอนุญาตหรือใช้ชื่อวิศกรห้องปฏิบัติการทางคลินิกตามระยะเวลาที่กำหนดสามารถสั่งให้หยุดได้”

มาตรา 4 วรรค 3 “ผู้ซึ่งกระทำความผิดหรือการถือโทษเกี่ยวกับงานตรวจสอบที่กำหนดไว้ในข้อ 2”

มาตรา 2 ในพระราชบัญญัตินี้ “ช่างเทคนิคในห้องปฏิบัติการทางคลินิก” ได้รับอนุญาตจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการและอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์หรือทันตแพทย์โดยใช้ชื่อของช่างเทคนิคในห้องปฏิบัติการทางคลินิกการตรวจทางจุลชีววิทยา เซรุ่มวิทยานุคคลที่เป็น มีส่วนร่วมในการตรวจการตรวจทางโลหิตวิทยาการตรวจทางพยาธิวิทยาการตรวจทางพยาธิวิทยาการตรวจทางชีวเคมีและการตรวจทางสรีรวิทยาที่กำหนดโดยกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการ

#### (3) ความรับผิดชอบทางปกครอง

ความรับผิดชอบทางปกครองของแพทย์ผู้ปฏิบัติงานกำหนดอยู่ใน มาตรา 7 วรรค 2 ของกฎหมายผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมกำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

หากแพทย์ตกอยู่ภายใต้ข้อใดในข้อ 4 หรือกระทำการที่ทำให้เสียศักดิ์ศรีในฐานะแพทย์รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการอาจดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- (1) การแจ้งเตือน
- (2) การพักการแพทย์ภายในสามปี
- (3) การเพิกถอนใบอนุญาต

และมาตรา 4.3 ของกฎหมายผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์กำหนดว่า “บุคคลที่ต้องโทษปรับหรือมากกว่านั้น” และเมื่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการทำการคว่ำบาตรทางปกครองข้างต้นเขาจะต้องรับฟังความเห็นของแพทย์สภาล่วงหน้า มีหลายกรณีของการลงโทษทางปกครองที่เกิดขึ้นจริง เช่น การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเพื่อการถือโทษ ค่ารักษาพยาบาลการละเมิดกฎหมายควบคุมสารกระตุ้นการละเมิดกฎหมายควบคุมยาเสพติด และจิตเวชการข่มขืน บังคับอนาจารและการละเมิดพระราชบัญญัติจราจรทางบกซึ่งมีน้อยรายมาก

สำหรับมาตรการลงโทษทางปกครองที่พิจารณาจากการปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับประเทศไทย เช่น คณะกรรมการพิจารณาแล้วปรากฏว่ามีความผิดเกิดขึ้นจริงหรือยกข้อกล่าวโทษคณะกรรมการมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาด ดังนี้ ยกข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษ ว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์พักใช้ใบอนุญาตและเพิกถอนใบอนุญาต (พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547, มาตรา 42) เมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยชี้และมอบกำหนดโทษคำสั่งเป็นคำสั่งทางปกครองหากการกระทำนั้นผิดก็ต้องรับผิดชอบทางปกครอง

#### (4) ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ผิด

ประเทศญี่ปุ่น ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ผิดได้ดำเนินการมาตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 1970 (พ.ศ. 2513) โดยแพทย์สมาคมของญี่ปุ่น (Japan Medical Association: JMA) และระบบนี้ถูกนำมาผลักดันอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมในช่วงปี ค.ศ. 2006 (พ.ศ. 2549) เมื่อเกิดคดีเกี่ยวกับการทำคลอดจนเป็นเหตุให้แพทย์ที่เกี่ยวข้องถูกจับและถูกดำเนินคดีอาญาจนโด่งดังไปทั่วประเทศ ทำให้เกิดความกังวลใจในหมู่แพทย์รุ่นใหม่จนก่อให้เกิดความขาดแคลนแพทย์รุ่นใหม่ ซึ่งขาดแรงจูงใจที่จะศึกษาเฉพาะทางด้านสูติกรรม จึงมีการผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาจัดตั้งระบบชดเชยความเสียหายด้านสูติกรรม ในปี ค.ศ. 2009 (พ.ศ. 2552) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดให้มีการจ่ายเงินชดเชยให้แก่เด็กที่พิการทางสมองด้วยเหตุที่ทำการคลอดระบบการจ่ายเงินดังกล่าวดำเนินการบนพื้นฐานความสมัครใจของระบบการประกันภัยที่บริหารจัดการโดยหน่วยงานอิสระที่มีชื่อว่า The Japan Council for Quality Health care (JCQHA) ซึ่งมีฐานะเป็นหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรที่แต่เดิมถูกตั้งขึ้นมาทำหน้าที่ผลักดันเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพในปี ค.ศ. 1995 (พ.ศ. 2538) (ฉัตรสุนทร พุทธิภิญโญ, 2558, หน้า 67)

ประเทศญี่ปุ่นระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ผิดได้ดำเนินการมาตั้งแต่ช่วง ปี ค.ศ. 1970 โดยแพทย์สมาคมของญี่ปุ่น (Japan Medical Association: JMA) และระบบนี้ถูกนำมา ผลักดันอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมในช่วงปี ค.ศ. 2006 เมื่อเกิดคดีเกี่ยวกับการทำคลอดจนเป็นเหตุให้แพทย์ที่เกี่ยวข้องถูกจับและถูกดำเนินคดีอาญาจนโด่งดังไปทั่วประเทศ ทำให้เกิดความกังวลใจในหมู่แพทย์รุ่นใหม่จนก่อให้เกิดความขาดแคลนแพทย์รุ่นใหม่ ซึ่งขาดแรงจูงใจที่จะศึกษาเฉพาะทางด้านสูติกรรม จึงมีการผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาจัดตั้งระบบชดเชยความเสียหายด้านสูติกรรม ในปี ค.ศ. 2009 (วีรวัดน์ จันทโชติ, 2558) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดให้มีการจ่ายเงินชดเชยให้แก่เด็กที่พิการทางสมองด้วยเหตุที่ทำการคลอด ระบบการจ่ายเงินดังกล่าวดำเนินการบนพื้นฐานความสมัครใจของระบบการประกันภัยที่บริหารจัดการโดยหน่วยงานอิสระที่มีชื่อว่า the Japan Council for Quality Health care (JCQHA) ซึ่งมีฐานะเป็นหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรที่แต่เดิมถูกตั้งขึ้นมาทำหน้าที่ผลักดันเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพในปี ค.ศ. 1995 (พ.ศ. 2538)

### 4.2.3 สหรัฐอเมริกา (U.S.A.)

ระบบบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกาแม้ในด้านหนึ่งจะได้ชื่อว่าเป็นระบบที่มีความทันสมัยที่สุดในโลกด้วยความก้าวหน้าของวิชาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่แต่ อีกด้านหนึ่งกลับถูกมองว่าเป็นระบบที่ขาดประสิทธิภาพไม่เป็นธรรมและแพงที่สุดในโลกสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศพัฒนาแล้วประเทศเดียวของโลก (ยกเว้นแอฟริกาใต้) ที่ไม่มีระบบประกันสุขภาพโดยรัฐ หรือไม่มีระบบบริการสุขภาพแห่งชาติที่ดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง สถานพยาบาลในสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่เป็นของเอกชนและบริหาร โดยเอกชนแม้ว่าจะไม่มีระบบ ประกันสุขภาพของรัฐเพื่อคนส่วนใหญ่แต่สหรัฐอเมริกากลับมีค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Health expenditure) สูงเป็นอันดับสามของโลกคนอเมริกันมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวมากกว่า คนในประเทศอื่น (ราว 2.26 พันล้านดอลลาร์ หรือ 7,439 ดอลลาร์ต่อคนในปี ค.ศ. 2007 (พ.ศ. 2550) และเพิ่มเป็นประมาณ 8,047 ดอลลาร์/คนในปี ค.ศ. 2009) (พ.ศ. 2552) และมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อ GDP ที่สูงกว่าเกือบทุกประเทศในโลก (ร้อยละ 16 of GDP ค.ศ. 2006) (พ.ศ. 2549) พร้อม ๆ กับที่มีคนอเมริกันเกือบ 50 ล้านคนที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพรายงานการสำรวจของ US Census Bureau ในปี ค.ศ. 2008 พบว่า มีคนอเมริกันราวร้อยละ 15.3 หรือ 46.3 ล้านคนที่ไม่อยู่ภายใต้การคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพใด ๆ ขณะที่อีกประมาณร้อยละ 35 ที่มีประกันเพียงบางส่วน และมีการคาดการณ์ว่า สัดส่วนผู้ที่มีหลักประกันดังกล่าวกำลังเพิ่มขึ้น

ระบบการบริการสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกาเริ่มต้นเมื่อปี ค.ศ. 1798 (พ.ศ. 2341) รัฐสภาของสหรัฐอเมริกามีการบังคับให้โรงพยาบาลทหารเรือของรัฐเริ่มต้นทำประกันสุขภาพให้กับทหารเรือ ทุกคน โดยการหักเงินเดือนบางส่วนเพื่อไว้สำหรับเป็นเบี้ยประกันต่อมาในปี ค.ศ. 1870 (พ.ศ. 2413) และ ค.ศ. 1880 (พ.ศ. 2423) มีการซื้อประกันสุขภาพให้กับแรงงานภาคเอกชน ทำให้แรงงานภาคเอกชนเจริญรุ่งเรืองมาก ส่งผลให้เกิดการประกันสุขภาพแบบหมู่เป็นครั้งแรกด้วย และในปี ค.ศ. 1910 เริ่มมีแนวความคิดในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขโดยผ่านระบบประกันสังคม แต่แนวความคิดนี้กลับถูกคัดค้านและท้ายที่สุดจึงได้ถูกล้มเลิกไป ต่อมาในปี ค.ศ. 1935 (พ.ศ. 2478) ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิเศษของคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาข้อเสนอการประกันสุขภาพให้ครอบคลุม ประชาชนทุกคนเพื่อทบทวนสถานการณ์ของสวัสดิการสังคม การงาน สุขภาพและความยากจน โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้สูงอายุต่อมาจึงเปลี่ยนแนวความคิดจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้กลายเป็นเพียงแผนการประกันสุขภาพให้แก่ผู้ได้รับสิทธิ ประโยชน์จากการประกันสังคมซึ่งต่อมาภายหลัง คือ โครงการจัดการสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า “Medicare” และ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย หรือ ที่เรียกว่า “Medicaid” โดยรัฐบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านแหล่งเงินทุน และถือได้ว่า

เป็นครั้งแรก ที่รัฐบาลสหรัฐอเมริกาเข้ามามีบทบาททางด้านประกันสุขภาพและในปีต่อมา ในปี ค.ศ. 1970 (พ.ศ. 2513) รายละเอียด ดังนี้

### 1) การเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล

ในปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกามีอยู่หลายรูปแบบเนื่องจาก สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่ประชาชนมีความแตกต่างกันในเรื่องของค่านิยมประชาชนโดยส่วนใหญ่ ที่เป็นผู้ใช้แรงงานและมีรายได้เป็นเงินเดือนหรือค่าจ้างมักใช้บริการทางด้านสุขภาพจากระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชน แต่สหรัฐอเมริกามีระบบบริการทางด้านสุขภาพที่ดำเนินการ โดยรัฐบาลหลักอยู่ 2 ระบบ คือ

(1) Medicare คือ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุซึ่งมีอายุ ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางประเภท โครงการ Medicare บริหารงาน ภายใต้การควบคุม ของรัฐบาลกลาง

(2) Medicaid คือ โครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือ ผู้ที่มีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองเพียงคนเดียว ซึ่งจะเข้าหลักเกณฑ์ที่กำหนดให้ แต่ละมลรัฐต้องดำเนินการ โดยมีแหล่งเงินทุนสนับสนุนจากรัฐบาลกลางทั้ง 2 โครงการมี หน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ คือ “Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS)” ซึ่ง อยู่ภายใต้ Department of health and human service

#### 1. Medicare คือ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ

(1.1) ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการ Medicare คือ

(ก) ประชากรที่อายุ 65 ปีขึ้นไป

(ข) ผู้พิการอย่างถาวรโดยไม่จำกัดช่วงอายุ

(ค) ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกไตหรือรักษาโดยการ ผ่าตัดโดยไม่จำกัดช่วงอายุ

(1.2) องค์กรที่มีอำนาจดูแลอยู่ภายใต้การบริหารงานของรัฐบาลกลางของ สหรัฐอเมริกา คือ “Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS)” อยู่ภายใต้ US Department of health and human service โครงการ Medicare มีแหล่งเงินทุนมาจากรายได้การเก็บภาษีจากประชาชน เฉพาะกลุ่มลูกจ้างที่มีเงิน ได้จากการทำงาน

(1.3) สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับภายใต้โครงการ “Medicare” ประกอบด้วย

(ก) Medicare Part A ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้จะได้รับสิทธิในการ รักษาพยาบาลใน โรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในการบริการ ในสถานพยาบาลที่มีพยาบาลที่มี ทัณฑ์และการรักษาพยาบาลที่บ้าน รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและบริการเยี่ยมที่

บ้านผู้มีสิทธิในโครงการนี้เมื่ออายุครบ 65 ปีจะได้รับสิทธิโครงการ Medicare โดยทันทีโดยที่ผู้ใช้สิทธิไม่จำเป็นต้องร้องขอและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากผู้มีสิทธิได้ร่วมสมทบจ่ายค่าเบี้ยประกันในรูปแบบของภาษีโดยร่วมสมทบมาตั้งแต่ในขณะที่ตนเองอยู่ในวัยทำงาน ในกรณีที่มีบางบุคคลได้เคยร่วมจ่ายภาษีในขณะที่ทำงาน ก่อนเข้ารับรักษาพยาบาล ภายใต้โครงการนี้ผู้ป่วยจะต้องซื้อประกัน “Medicare Part A” (วายุภักษ์ ๓๓๖๖, หน้า 89) แหล่งที่มาของเงินค่ารักษาพยาบาลภายใต้โครงการนี้ได้มาจากภาษีจากรัฐและจากการร่วมสมทบจากลูกจ้างในวัยทำงานและบริษัทผู้ว่าจ้าง

(ข) Medicare Part B เป็นบริการเสริมที่ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้สามารถเลือกเพิ่มเติมได้โดยจะครอบคลุมถึงค่าบริการทางการแพทย์และค่าบริการด้านอื่นที่ Medicare Part A ไม่ครอบคลุมถึง เช่น ค่ากายภาพบำบัดตรวจสุขภาพประจำปีตรวจกระดูกการฉีดวัคซีนป้องกัน

(ค) Medicare Part C บริการเสริมเช่นกันที่ผู้มีสิทธิสามารถเลือกซื้อเพิ่มเติมได้ Medicare Part C เป็นบริการที่จัดโดยบริษัทประกันที่เป็นเอกชนและเป็นเอกชนที่ได้รับบริการรับรองจาก CMS โดยจะมีข้อตกลงที่บริษัทประกันสุขภาพอยู่ในลักษณะของ “Health Maintenance Organizations” หรือ “Preferred Provider Organizations” หรือรูปแบบที่เป็น “Free For Service” บริษัทประกันสุขภาพของเอกชนจะยื่นเสนอแผนโครงการประกันสุขภาพเสริมอื่น ๆ แหล่งที่มาของเงินทุนภายใต้โครงการมาจากการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุโดยที่บริษัทประกันเอกชนทำข้อตกลงให้กับ Medicare และจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมารายหัวเป็นรายปี

(ง) Medicare Part D บริการเพิ่มเติมให้ผู้มีสิทธิสามารถซื้อเพิ่มเติมได้เพื่อให้ได้รับสิทธิประโยชน์ทางด้านตัวยาผู้มีสิทธิแจ้งความประสงค์ที่จะใช้บริการ Medicare Part D ภายในเวลา 3 เดือนก่อนและหลังเมื่ออายุครบ 65 ปี ในกรณีที่แจ้งความประสงค์ช้ากว่าช่วงเวลาดังกล่าวผู้สิทธินั้นจะต้องเสียเบี้ยประกันในอัตราที่สูงขึ้น (จิววัฒน์ ตั้งเจริญถาวร, 2552, หน้า 80)

สำหรับแหล่งที่มาของเงินทุนภายใต้โครงการ Medicare Part D มีแหล่งที่มาของรายได้จากการจ่ายเบี้ยประกันจากผู้มีสิทธิ

2. Medicaid คือ โครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้ที่รายได้น้อย

(2.1) ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้ คือ ผู้ที่มีรายได้น้อย เด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองคนเดียว และผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ตามที่กำหนดผู้สิทธิภายใต้โครงการนี้มีการผูกโยงถึงคุณสมบัติของผู้สิทธิไว้กับระบบการจ่ายเงินช่วยเหลือของสวัสดิการสังคมและต้องพิสูจน์ว่ายากจนหรือมีรายได้น้อย (จิววัฒน์ ตั้งเจริญถาวร, 2552, หน้า 80)

(2.2) องค์กรที่มีอำนาจกำกับดูแล Medicaid เป็นโครงการที่ดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง รัฐบาลกลางมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายเพื่อให้รัฐบาลในมลรัฐต่าง ๆ บริหารจัดการซึ่งแต่ละมลรัฐจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์แตกต่างกันไป

(2.3) สิทธิประโยชน์ที่ได้รับโดยทั่วไปแล้วสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการ Medicaid แต่ละรัฐจะมีความแตกต่างเนื่องจากสาเหตุดังที่กล่าวมา เนื่องจากการกำหนดจากรัฐบาลกลางที่จะช่วยเหลือในเรื่องเงินอุดหนุน เช่น การบริการตรวจโรคสำหรับผู้ป่วยนอกและในการฝากครรภ์การให้บริการวัคซีนแก่เด็ก การฉายรังสี และการตรวจในห้องปฏิบัติการส่วนที่เหลือ จึงเป็นเหมือนบริการเสริมแต่ละมลรัฐจะบริการให้แก่ผู้ใช้สิทธิแม่สหรัฐอเมริกาจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วแต่ยังคงไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ให้ประชาชนประชาชนพึ่งพาประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนเป็นหลัก สหรัฐอเมริกามีระบบหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลอยู่ 2 ระบบใหญ่ คือ 1) Medicare คือ สิทธิในโครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุและ 2) Medicaid คือ สิทธิในโครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้ที่มีรายได้น้อย ทั้งสองระบบ Medicaid และ ระบบ Medicare จะมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากภาษีที่ได้รับมาจากการจัดสรรของรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่งคือภาษีที่ได้มาจากการจัดเก็บจากประชาชนในแต่ละมลรัฐ ดังนั้น ขั้นตอนและหลักเกณฑ์การจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทั้งสองระบบนี้ในแต่ละมลรัฐจึงมีความแตกต่างกัน

## 2) การควบคุมบุคลากรทางการแพทย์

สมาคมพยาบาลอเมริกันและองค์กรทางการแพทย์ของสหรัฐอเมริกา American Nurses Association (ANA) เดิม (ค.ศ. 1896-1901) (พ.ศ. 2439-2444) Nurses 'Associated Alumnae ของสหรัฐอเมริกา และแคนาดา และ (ค.ศ. 1901-1911) Nurses' Associated Alumnae ซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพระดับชาติที่ส่งเสริมและปกป้องสวัสดิภาพของพยาบาลในการทำงาน แสดงมุมมองเชิงบวกของวิชาชีพการพยาบาลและสนับสนุนประเด็นที่น่ากังวลต่อพยาบาลและประชาชนทั่วไป ในช่วงต้นศตวรรษที่ 21 American Nurses Association (ANA) มีสมาชิกของพยาบาลประมาณ 150,000 คนในกลุ่มของรัฐและสมาคมที่เป็นส่วนประกอบ ANA ก่อตั้งขึ้นในนิวยอร์กซิตี้ในปี พ.ศ. 2439 ในฐานะผู้อำนวยการด้านพยาบาลของสหรัฐอเมริกา และแคนาดา ในปี พ.ศ. 2444 องค์กรที่จัดตั้งขึ้นในรัฐนิวยอร์กได้แยกตัวออกจากแคนาดาและต่อมาได้ยืมชื่อเป็น Alumnae ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล เป้าหมายสำคัญที่สุดคือการได้รับใบอนุญาตสำหรับพยาบาลสร้างจรรยาบรรณของพยาบาลส่งเสริมภาพลักษณ์และดูแลความต้องการทางการเงินของพยาบาลและกำหนดกฎหมายของรัฐที่จะควบคุมการปฏิบัติการพยาบาล เป้าหมายหลังไม่ได้จัดขึ้นในระดับชาติ แต่โดยสมาคมของรัฐ ในช่วงต้นปี ค.ศ. 1900 สมาคมแต่ละรัฐเริ่มต้นด้วยบรรดาของ New York,

New Jersey, นอร์ทแคโรไลนา และเวอร์จิเนียออกกฎหมายเพื่อรับรองการขึ้นทะเบียนของพยาบาลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม จากกฎหมายดังกล่าวได้มีการกำหนดชื่อพยาบาลที่ลงทะเบียน (RN) เฉพาะพยาบาลที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัติการปฏิบัติพยาบาล (NPA) ของรัฐเท่านั้นที่สามารถใช้ชื่อวิชาชีพได้ตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง ANA ได้สนับสนุนให้มีการฝึกอบรมวิชาชีพและการศึกษาพยาบาลอย่างเพียงพอและเริ่มดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญเพื่อเปลี่ยนแปลงมาตรฐานการฝึกอบรมพยาบาลในทศวรรษ 1960 ในปี พ.ศ. 2508 องค์กรได้ตีพิมพ์ “การเตรียมการด้านการศึกษาระดับปริญญาตรีสำหรับผู้ปฏิบัติงานพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล” ต่อมาเรียกว่าเอกสารแสดงตำแหน่งของ ANA ซึ่งระบุว่าการศึกษาพยาบาลควรเกิดขึ้นในสถานศึกษาของมหาวิทยาลัยแทนที่จะเป็นโรงพยาบาลนั้นเป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการเสนอและตรากฎหมายของ ANA การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับการเตรียมความพร้อมและสถานะวิชาชีพของพยาบาลในสหรัฐอเมริกา ANA อยู่ภายใต้การควบคุมของคณะผู้แทนซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากสมาคมการเลือกตั้งและคณะกรรมการนอกเหนือไปจากสมาชิกแต่ละคนที่ ANA มีสองสมาชิกขององค์กรศูนย์อเมริกันพยาบาลและพยาบาล ได้แก่ สมาคมอเมริกันของพยาบาล เช่น สมาคมอเมริกันของพยาบาลที่สำคัญการดูแลสมาคมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์และสมาคมสุขภาพสตรี สติและพยาบาลทารกแรกเกิด

ความพยายามในการสนับสนุนของ ANA มุ่งเน้นไปที่การปฏิรูปการดูแลสุขภาพ ความพยายามด้านนโยบายที่น่าสนใจโดยทั่วไปเกี่ยวข้องกับ การปฏิรูป Medicare, Bill of Rights ของผู้ป่วยปี ค.ศ. 2010 (พ.ศ. 2553) อุปกรณ์เข้มที่ปลอดภัยยิ่งขึ้นและการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ปัญหาที่มีความกังวลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพยาบาลรวมถึงพนักงานที่ป้องกันสำหรับคนดูแลสุขภาพที่รายงานการทุจริตและการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ผิดกฎหมายและทันเวลาและการคืนเงินเพียงพอ ในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สนับสนุน ANA ติดตามผลประโยชน์ด้านนโยบายโดยสภาองเกรสและเจ้าหน้าที่รัฐบาลกลางตลอดจนสมาชิกสภานิติบัญญัติและหน่วยงานของรัฐและท้องถิ่น ความพยายามในการปรับปรุงชีวิตวิชาชีพของพยาบาลมุ่งเน้นไปที่การได้รับการเจรจาต่อรองร่วมกัน สิทธิและการวิ่งเต้นเพื่อค่าจ้างและเงื่อนไขการทำงานที่ดีขึ้น

ในปี พ.ศ. 2545 สมาคมการแพทย์อเมริกันเปิดเผยรายงานที่พบวิกฤตการณ์ประกันความรับผิดชอบทางการแพทย์ในรัฐ โดยสภาองเกรสดำเนินการและรณรงค์ให้มีการปฏิรูปประเทศ สมาคมการแพทย์อเมริกันเปิดตัวแคมเปญ “Voice for the Uninsured” ในปี พ.ศ. 2550 เพื่อส่งเสริมความคุ้มครองสำหรับประชาชนที่ไม่มีประกันและในปี พ.ศ. 2550 AMA เรียกร้องให้หน่วยงานของรัฐและรัฐบาลกลางตรวจสอบความขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างคลินิกค้าปลีกและเครือข่ายร้านขายยา และปี พ.ศ. 2552 สมาคมการแพทย์อเมริกันได้ออกจดหมายสาธารณะถึงรัฐสภาแห่งสหรัฐอเมริกาและประธานาธิบดีบารัคโอบามารับรองการยกเครื่องระบบการดูแลสุขภาพที่ซึ่ง

รวมถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีต่อไปก็นำเสนอ “การสนับสนุนที่มีคุณภาพ” สำหรับผู้ป่วยการป้องกันและการดูแลราคาไม่แพงพระราชบัญญัติ AMA ยอมรับอย่างเป็นทางการว่าโรคอ้วนเป็นโรคในปี พ.ศ. 2556 เพื่อพยายามเปลี่ยนวิธีที่ชุมชนทางการแพทย์เข้าใกล้ปัญหานี้ ในปี ค.ศ. 2014 (พ.ศ. 2557) สมาคมได้สร้าง AMA Opioid Task Force เพื่อประเมินการใช้ opioid ตามใบสั่งแพทย์และการใช้ในทางที่ผิด American Medical Association ให้การสนับสนุน Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 (พ.ศ. 2558) ซึ่งแนะนำการปฏิรูป Medicare และแทนที่สูตร SGR ด้วยการจ่ายเงินคืนจากแพทย์ Medicare ที่เพิ่มขึ้น

### 3) การเยียวยาความเสียหาย

สำหรับการเยียวยาความเสียหายทางจากบริการสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกาจะใช้ระบบประกันประชาชนที่มีประกันสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการประกันโดยนายจ้าง (Employer-based) โดยคนอเมริกันราวร้อยละ 59.3 อยู่ภายใต้ระบบประกันที่จัดให้โดยนายจ้าง (ของตนเองหรือของสามี-ภรรยาหรือบิดา มารดาในลักษณะของ “การประกันกลุ่ม” ที่มีลูกจ้างร่วมจ่ายมีอเมริกันเพียงร้อยละ 9 ที่ทำประกันสุขภาพผ่านบริษัทประกันเอกชน อย่างไรก็ตาม สิ่งที่คนอเมริกันที่มีประกันสุขภาพกำลังเผชิญก็คือ การเพิ่มขึ้นอย่างมากของเบี้ยประกันที่ต้องจ่ายและเงินค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายจากกระเป๋าของตนเองกรณีที่ไม่ถูกคุ้มครองโดยประกัน สำหรับหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลเรียกว่าโครงการ Medicaid เป็นโครงการจัดบริการสุขภาพสำหรับคนจนและมีรายได้น้อย ดำเนินการโดยรัฐบาลกลางและรัฐต่าง ๆ และ Medicare ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุชาวอเมริกันครอบคลุมประชากรร้อยละ 27.8 หรือ 83 ล้านคนซึ่งส่วนใหญ่ คือ คนชราผู้พิการ เด็กทหารผ่านศึก และคนจน ขณะที่ระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ที่จัดให้กับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

สหรัฐอเมริกาคุ้มครองความเสียหายต่อชีวิตและร่างกายสามารถเรียกค่าสินไหมทดแทนสำหรับความเสียหายทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงินที่เกิดขึ้นแล้วและที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สหรัฐอเมริกาความเสียหายทางจิตใจ หมายถึง ความเจ็บปวด ความทุกข์ ทรมาน การตกใจ การหมดสติ การอับอายขายหน้า ความรังเกียจ ความหวาดผวา ความวิตกกังวล ความกลัว ต่าง ๆ (Phobia) หรือการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงและเป็นการกระทำที่สุจริตหรือสุจริต หรือเลวร้ายถึงขนาดที่สังคมที่เจริญแล้วไม่อาจทนทานได้ต้องเป็นการกระทำที่คาดหมายได้ว่า วิทยุชนจะได้รับความเสียหายทางจิตใจ (Intentional Infliction of Emotional Distress) สหรัฐอเมริกาไม่ยอมให้ผู้เสียหายเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสำหรับความเสียหายทางจิตใจที่เรียกว่าเว้นแต่ความเสียหายดังจิตใจนั้นจะเป็นผลเกี่ยวพันกับความเสียหายทางร่างกายด้วย (Negligent Infliction of Emotional Distress) บุคคลอาจได้รับความเสียหายทางจิตใจเมื่อประสบหรือพบเห็นผู้อื่น ได้รับความอันตราย (Emotional Distress for Another s Injury (อนันต์ จันทโรภากร, 2559, หน้า 138-142)



สำหรับความเสียหาย ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ไทย-ไทย เสียหาย  
 เลื่อมเสีย ยับยีน ย่อยยับ

### (1) การไกล่เกลี่ย

การนำหลักกฎหมายการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทมาใช้กับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ (The Uniform Mediation Act 2001 Revised 2003 (พ.ศ. 2546)) รัฐสภาของสหรัฐอเมริกาได้ช้อกฎหมายว่าการยุติข้อพิพาทโดยวิธีทางอื่นนอกเหนือจากการพิจารณาคดีของศาลกฎหมายกำหนดให้ศาลต้องนำวิธีการยุติข้อพิพาทวิธีอื่นมาใช้ในปี ค.ศ. 1998 (พ.ศ. 2541) เพื่อให้คดีแพ่งเสร็จสิ้นโดยเร็วซึ่งคดีส่วนใหญ่ยุติได้ด้วยวิธีการไกล่เกลี่ยก่อนมีการสืบพยานต่อมาในวันที่ 4 พฤษภาคม ค.ศ. 2001 (พ.ศ. 2544) ได้มีการพัฒนากฎหมายในเรื่องการไกล่เกลี่ยประนอมข้อพิพาทซึ่งเรียกว่า “รัฐบัญญัติว่า ด้วยรูปแบบการไกล่เกลี่ยประนอมข้อพิพาท (The Uniform Mediation Act)” ว่าด้วย ความร่วมมือของคณะกรรมการประชุมแห่งชาติทางกฎหมายกับเนติบัณฑิตยสภาของสหรัฐอเมริกา เพื่อวางแนวทางในการไกล่เกลี่ยประนอมข้อพิพาทให้เป็นในบรรทัดฐานเดียวกันทั้งประเทศ (สมชาติ โลกสันติสุข, 2547, หน้า 51-55) โดยภายหลังสหรัฐอเมริกาได้มีการแก้ไขข้อบังคับดังกล่าวเพิ่มเติมเพื่อให้มีความทันสมัยขึ้น เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2546) เพื่อให้กระบวนการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทมีความเหมาะสมกับข้อพิพาทเป็นระบบการระงับข้อพิพาทนอกศาลที่มีรูปแบบที่ชัดเจน เพื่อลดการลดปริมาณคดีขึ้นสู่ศาล

ตัวอย่างเช่น “The Uniform Mediation Act 2003. Section. 2. (1) “Mediation” means a process in which a mediator facilitates communication and negotiation between parties to assist them in reaching a voluntary agreement regarding their dispute”

พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยประนอมข้อพิพาท พ.ศ. 2546 มาตรา 2. (1) “การไกล่เกลี่ย” หมายถึง กระบวนการที่ผู้ไกล่เกลี่ย อำนวยความสะดวกในการสื่อสารและการเจรจาระหว่างฝ่ายต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือพวกเขาในการบรรลุข้อตกลงโดยสมัครใจ เกี่ยวกับข้อพิพาทและการจัดการความขัดแย้งเรื่องแรงงานเป็นการนำระบบไกล่เกลี่ยมาใช้เป็นเรื่องแรก โดยมีการก่อตั้งกระทรวงแรงงานขึ้นและคณะกรรมการระงับข้อพิพาทได้รับการแต่งตั้งขึ้นเพื่อจัดการความขัดแย้งระหว่างนายจ้างกับลูกจ้าง และต่อมาได้พัฒนาเป็นส่วนบริการระงับข้อพิพาทของสหรัฐอเมริกา (The United State Conciliation Service) ต่อมาในปี ค.ศ. 1947 (พ.ศ. 2490) ได้มีการแต่งตั้งเป็นส่วนบริการระงับข้อพิพาทและการไกล่เกลี่ยแห่งรัฐ (The Federal Mediation and Conciliation Service) ซึ่งปัจจุบันในการริเริ่มการไกล่เกลี่ยโดยคนกลางทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยในการอำนวยความสะดวกในการสื่อสารและการเจรจาระหว่างคู่พิพาท เพื่อช่วยในการบรรลุข้อตกลงโดยสมัครใจเกี่ยวกับข้อพิพาทนั้น อีกทั้งมีส่วนทำให้ยุติข้อพิพาทได้อย่างมากเกิดความสงบเรียบร้อย

การระงับข้อพิพาทโดยใช้คนกลางในกระบวนการไกล่เกลี่ยได้มีการนำไปใช้ในข้อพิพาทของสัญญาการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงการละเมิดลิขสิทธิ์การละเมิดเครื่องหมายการค้าทรัพย์สินทางปัญญารวมถึงในเรื่องของการประกันภัยซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยในส่วนบริการระงับข้อพิพาทและการไกล่เกลี่ยแห่งรัฐนั้นมีการกำหนดผู้ที่ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยขึ้นบัญชีไว้ต่อศาล เป็นต้น

สหรัฐอเมริกาได้นำวิธีการระงับข้อพิพาทโดยการไกล่เกลี่ยมาใช้ในระบบศาล (สำนักกระงับข้อพิพาทสำนักงานศาลยุติธรรม, 2545, หน้า 33) โดยนำหลักการเรื่องการรักษาความลับของกลุ่มความมีการบัญญัติไว้ใน “The Uniform Mediation Act” และแก้ไขเพิ่มเติมในปี ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2546) และบังคับใช้จนถึงปัจจุบันนี้ได้รับการลงมติยอมรับจากมลรัฐของสหรัฐอเมริกา รวม 11 มลรัฐ และได้พยายามพัฒนากฎหมายในเรื่องการไกล่เกลี่ย และยกร่างกฎหมายเกี่ยวกับการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทขึ้นใหม่เรียกว่า “รัฐบัญญัติว่าด้วยรูปแบบการไกล่เกลี่ยประนอมข้อพิพาท” (The Uniform Mediation Act 2003) (พ.ศ. 2546) เพื่อให้คู่ความมีความรู้สึว่าการไกล่เกลี่ยข้อพิพาททำให้เกิดความพอใจทั้งสองฝ่าย การติดต่อสื่อสารของกลุ่มความในการไกล่เกลี่ยจะเป็นความลับที่ไม่พึงเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ซึ่งในวัตถุประสงค์เพื่อการวางแนวทางในการไกล่เกลี่ยประนอมข้อพิพาทให้เป็นลักษณะเดียวกันทั้งมลรัฐต่าง ๆ

## (2) การฟ้องต่อศาล

หลักเกณฑ์ในการบังคับใช้กฎหมาย รัฐบัญญัติว่าด้วยรูปแบบการไกล่เกลี่ยประนอมข้อพิพาทของสหรัฐอเมริกา (The Uniform Mediation Act 2003 (พ.ศ. 2546)) ได้คำนึงถึงความสำคัญของการใช้วิธีการไกล่เกลี่ยมากขึ้นเพื่อเป็นการระงับข้อพิพาท

กฎหมายวิธีพิจารณาคดีของสหรัฐอเมริกาใช้รูปแบบที่คำนึงถึงหลักการทางสังคมวิทยา การแพทย์เป็นหลัก โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มีต่อกันในปัจจุบัน และอนาคตเห็นได้จากการปรับมาใช้การระงับข้อพิพาทเพื่อลดความขัดแย้งและเป็นศัตรูกัน (วิฑูรย์ อิงประพันธ์, 2546, หน้า 68) และหลักทางเศรษฐศาสตร์ลดค่าใช้จ่ายในคดีลงเพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจแก่สังคม มีการนำระบบไม่มีผู้กระทำผิด (No-fault System) มาใช้ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดในหัวข้อ “มาตรการที่นำมาใช้ในการคุ้มครองและเยียวยาความเสียหาย” เพื่อลดค่าใช้จ่ายมีขึ้นวิธีการระงับข้อพิพาท ดังนี้

1. การระงับข้อพิพาทโดยวิธีทางเลือก (Alternative Dispute Resolution: ADR) เป็นการระงับข้อพิพาทที่เหมาะสมก่อนเริ่มกระบวนการพิจารณาของศาล แยกประเภทได้ดังนี้ (สำนักกระงับข้อพิพาทสำนักงานศาลยุติธรรม, 2545, หน้า 34)

ประเภทแรก การระงับข้อพิพาทโดยคนกลาง (Mediation) โดยบางรัฐกำหนดให้ใช้ในคดีแพ่งบางเรื่อง แต่รัฐส่วนใหญ่ให้คู่ความใช้โดยสมัครใจ คือให้ฝ่ายที่สามที่เป็นกลางมารับฟังข้อถกเถียงทั้งสองฝ่ายแล้วช่วยแก้ไขปัญหาแต่ไม่มีสิทธิบังคับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งให้ยอมรับได้

ประเภทที่สอง การระงับข้อพิพาทโดยใช้อนุญาโตตุลาการ (Arbitration) คือทั้งสองฝ่าย มอบเรื่องให้อนุญาโตตุลาการวินิจฉัยชี้ขาดให้ (เสาวนีย์ อัสวโรจน์, 2554, หน้า 4-18) โดยมีทางเลือก 2 วิธี คือ ทั้งสองฝ่ายตกลงสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษรให้เลือกโดยศาลหรือสมาคมอนุญาโตตุลาการแห่งสหรัฐอเมริกา (American Arbitration Association) หรือกรณีถ้าไม่มีสัญญาทั้งสองฝ่ายเลือกอนุญาโตตุลาการแล้วอนุญาโตตุลาการเลือกกันอีกที

ประเภทที่สาม วิธีการผสมหรือเรียกว่า Med-Arb (Mediation – Arbitration) ถ้าไม่ประสบความสำเร็จให้กลับไปใช้วิธีแรกและวิธีที่สองแล้วปรากฏว่าไม่ประสบความสำเร็จให้กลับไปใช้ วิธีแรกอีกครั้งหนึ่งข้อดีในกรณีนี้ คือ มีความรวดเร็วและค่าใช้จ่ายน้อยกว่าแบบการฟ้องคดีต่อศาล เพื่อลดค่าใช้จ่ายทางคดีโดยเฉพาะการไต่สวนของลูกขุนที่ใช้เวลานานและค่าใช้จ่ายสูง

2. การจำกัดค่าเสียหายหรือหลักการร่วมกันรับผิดชอบมีการจำกัดผิดร่วมไม่ใช่ให้ผิดทั้งหมด เช่น ดังในรัฐมินนิสโซตากำหนดว่าถ้าจำเลยเป็นแพทย์ต้องรับผิดชอบร้อยละ 15 หรือน้อยกว่า อาจเข้าร่วมรับผิดชอบในความเสียหายทั้งหมดแต่ไม่เกิน 4 เท่าของค่าเสียหายที่ตนต้องรับผิดชอบ และบางรัฐจำกัด ค่าเสียหายไว้ เช่น รัฐแคนซัส จำกัดค่าเสียหายไว้ไม่เกิน 250,000 ดอลลาร์หรือในรัฐแมริแลนด์ไม่เกิน 350,000 ดอลลาร์ เป็นต้น

การกำหนดค่าเสียหายไม่ถือว่าเป็นการขัดรัฐธรรมนูญซึ่งค่าเสียหายจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของภาครัฐจะมีการตั้งเป็นลักษณะของ กองทุน (Patient's Compensation Fund: PCF) ขึ้นมาดูแลตลอดเวลาที่แพทย์นั้นยังปฏิบัติงานอยู่ในวิชาชีพ ซึ่งในบางรัฐมีการกำหนดค่าเสียหายไว้โดยไม่จำเป็นต้องชำระเป็นเงินเต็มจำนวนในคราวเดียว อาจชำระตามสัดส่วนความจำเป็นและสิทธิของผู้เสียหายด้วย กรณีผู้เสียหายได้เงินจากบริษัทประกันแล้วห้ามศาลหรือลูกขุนให้ค่าเสียหาย หากผู้เสียหายได้ค่าชดเชยจากแหล่งอื่นและเพื่อความเป็นธรรม โดยเป้าหมายของความเป็นธรรม คือ ถ้าทำทฤษฎีปฏิบัติแล้วมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นเดิมต้องถือว่าไม่ได้รับความเสียหายตามบทบัญญัติทางกฎหมายของแคลิฟอร์เนีย (Medical Injury Compensation Reform Act 1975: MICRA) เป็นต้น (มาโรจน์ ขจรไพศาล, 2554, หน้า 76)

3. ระบบการกลั่นกรองในชั้นก่อนพิจารณาเพื่อลดการฟ้องร้องที่ไม่ถูกต้อง โดยการจำกัด ค่าทนายความที่ปกติได้คิดเป็นสัดส่วนจากค่าเสียหาย (Contingency Fee Limitations) (มาโรจน์ ขจรไพศาล, 2554, หน้า 77) บางรัฐกำหนดให้ทนายความได้ค่าทนายได้ไม่เกินร้อยละ 10

ของค่าเสียหายบางรัฐกำหนดเป็นระเบียบของศาลว่าถ้าผู้เสียหายไม่ได้รับการชดเชยค่าเสียหาย ทุนความจะไม่ได้อำนาจความหรือการได้สัดส่วนลดลงถ้าผู้เสียหายต้องจ่ายค่าเสียหายมากขึ้น ซึ่งบางรัฐกำหนดเพดานสูงสุดไว้ว่าถ้าไม่ใช้กระบวนการอนุญาโตตุลาการตามที่กำหนดให้ทำให้ มีการถ่วงกรงข้อเท็จจริงทางคดีว่ามาจากความเสียหายกรณีทฤษฎีปฏิบัติจริง อาจกล่าวได้ว่า สหรัฐอเมริกาใช้วิธีการในการแก้ไขปัญหาความเสียหายทางการแพทย์โดย เป็นวิธีการป้องกัน ไม่ให้เกิดปัญหาเป็นหลักเพื่อลดความเสี่ยงและเป็นการเสริมสร้างประสิทธิภาพ

#### 4) มาตรการที่นำมาใช้ในการเยียวยาความเสียหาย

##### (1) ความรับผิดชอบทางแพ่ง

สหรัฐอเมริกา การพิจารณาคดีแพ่งของผู้ประกอบวิชาชีพ แพทย์ ผู้กล่าวอ้าง จะต้องนำพยานหลักฐานเข้าสืบ ทำให้ลูกขุนเชื่อในพยานหลักฐานที่นำมาแสดงกระบวนการสืบ พยานหลักฐานในคดีทฤษฎีปฏิบัติให้ความสำคัญต่อความเห็นของพยาน ผู้เชี่ยวชาญ เพราะคดี มีความซับซ้อนและต้องอาศัยความรู้ในทางวิชาชีพการแพทย์เฉพาะทาง การพิจารณาพยาน ผู้เชี่ยวชาญของศาลมีมาตรฐาน คือ 1) ศาลจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบ 2) ศาลจะต้องพิจารณา จนมั่นใจว่าหลักฐานและคำให้การของพยานผู้เชี่ยวชาญนั้นถูกต้องน่าเชื่อถือ 3) ศาลจะต้องแสดงให้เห็นว่าการพิจารณาคดีใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล 4) ศาลจะต้องทบทวนความคิดเห็นของพยานผู้เชี่ยวชาญ

##### (2) ความรับผิดชอบทางอาญา

สหรัฐอเมริกระบบกฎหมายอาญาจะต้องลงโทษผู้กระทำความผิดอย่างเท่าเทียม กันในส่วนของความรับผิดชอบทางอาญาที่ลงโทษแก่ผู้กระทำความผิดนั้น กฎหมายมีการลงโทษผู้กระทำ การทั้งการกระทำโดยเจตนาและโดยประมาท โดยศาลพิเคราะห์ ถึงมาตรฐานของคำว่า “A Reasonable Person Standard” โดยเปรียบเทียบกับบุคคลซึ่งมีวิจรรย์ญาณอย่างสมเหตุสมผลในการ ทำหน้าที่ของตน ในขณะที่ผู้กระทำผิดโดยประมาทเป็นผู้เลินเล่อต่อหน้าที่ของตนการกระทำโดย ประมาทในสถานการณ์เช่นนั้น ศาลจะเปรียบเทียบความประพฤติกับุคคลทั่วไปกับจำเลย ว่า ผู้กระทำความผิดจะได้รับการศึกษาเช่นใดและสถานการณ์จะมีลักษณะเฉพาะอย่างไรหรือไม่ ยกเว้นกรณีที่ผู้กระทำความผิดเป็นผู้เยาว์ซึ่งศาล จะต้องพิจารณาถึงอายุและสภาพจิตใจ กฎหมาย อาญาแบ่งระดับความผิดตามระยะเวลาอัตรา โทษจำคุกซึ่งระดับความรุนแรงของโทษ คือ ความผิด อุกฉกรรจ์ จำคุกตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไปและความผิดสถานเบาจำคุกเป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี

##### (3) กองทุน

กองทุน (Patient’s Compensation Fund: PCF) เป็นกองทุนเงินทดแทนผู้ป่วย หลยเขียนำในระหว่างการประชุมสภานิติบัญญัติปี ค.ศ. 1975 (พ.ศ. 2518)) พระราชบัญญัติ 817

(R.S. 40: 1299.41 et seq) ได้ผ่านซึ่งสร้างกองทุนชดเชยผู้ป่วยหุ่ยเฉียน่า (PCF) พระราชบัญญัตินี้ ถูกสร้างขึ้นเพื่อให้ความคุ้มครองกับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเอกชนในหุ่ยเฉียน่า สำหรับการประกันการทุจริตเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในรัฐ นอกจากนี้ พระราชบัญญัติดังกล่าวยังสร้างกองทุนเพื่อชดเชยผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนรวม \$ 500,000 และการชำระเงินของคำรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องและต่อเนื่องทั้งหมด นอกจากนี้ ยังมีให้สำหรับกระบวนการตรวจสอบทางการแพทย์ ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกในการติดตามการเรียกร้องกับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ

PCF อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการ กำกับดูแลกองทุนเงินทดแทนของผู้ป่วย ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่เลือกลงทะเบียนใน PCF ยังคงรับผิดชอบค่าใช้จ่าย \$ 100,000 แรกของการเรียกร้องแต่ละครั้ง PCF ให้ความคุ้มครองสำหรับชั้นที่สองของ \$ 400,000 บวกคำรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดการลงทะเบียนใน PCF จะต้องเข้าร่วมในกองทุนทรัสต์ กองทุนทรัสต์จะประเมินและเรียกเก็บเงินสำหรับค่าธรรมเนียมที่เหมาะสมในนามของ PCF

PCFOB ถูกสร้างขึ้น โดย La. R.S. 40:1299.44 (§1299.44) ออกแบบใหม่เป็น R.S. 40:1231.4 โดย HCR 84 of 2015 R.S.) ประกอบด้วย สมาชิกทั้งหมดเก้าคนที่เป็นตัวแทนของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพอย่างน้อยหนึ่งชั้นที่ลงทะเบียนในกองทุนและสมาชิกเหล่านี้ จะได้รับการสนับสนุนจากการกระจายค่าธรรมเนียมรวมทั้งจ่ายให้กับกองทุนในหมู่ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพหลายประเภทที่ลงทะเบียนในกองทุน สมาชิกสี่คนเป็นตัวแทนของผู้ให้บริการที่มีส่วนร่วมในเปอร์เซ็นต์ที่มากที่สุดของการเก็บเงินเพิ่มสมาชิกสองคนแสดงถึงเปอร์เซ็นต์ที่ยิ่งใหญ่ที่สุดเป็นอันดับสองสมาชิกคนหนึ่งแสดงถึงเปอร์เซ็นต์ที่ยิ่งใหญ่ที่สุดที่สามและสมาชิกคนหนึ่งได้รับการแต่งตั้งให้เป็นตัวแทนของผู้ให้บริการอื่น ๆ ทั้งหมดที่ลงทะเบียนในกองทุน สมาชิกคนที่เก้าได้รับการเสนอชื่อจากตัวแทนประกันภัยและต้องเป็นผู้ผลิตที่ได้รับอนุญาต La. ที่มีประสบการณ์ในการประกันภัยทรัพย์สินและอุบัติเหตุ

คณะกรรมการได้รับการแต่งตั้งเป็นเวลา 3 ปี สมาชิกจะได้รับเงิน \$ 75 ต่อวัน เมื่อเข้าร่วมการประชุมคณะกรรมการหรือเมื่อมีส่วนร่วมในธุรกิจคณะกรรมการและยังจะได้รับเงินคืนสำหรับการเดินทางตามกฎระเบียบการเดินทางของหุ่ยเฉียน่า

คณะกรรมการกำกับดูแลกองทุนเงินทดแทนของผู้ป่วยมีการประชุมเป็นประจำ ในวันพฤหัสบดีแรกของแต่ละเดือนที่ศูนย์การแพทย์ภูมิภาค Our Lady of the Lake, Baton Rouge, LA ประกาศวันและเวลาการประชุมเผยแพร่บนเว็บไซต์ PCF ล่วงหน้า 24 ชั่วโมงก่อนการประชุม การแจ้งการยกเลิกจะถูกเผยแพร่บนเว็บไซต์ของ PCF ด้วย

#### (4) ระบบการประกันภัย

สหรัฐอเมริกา การประกันภัยความรับผิดทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกามีหลากหลายรูปแบบ แต่โดยทั่วไปจะเป็นลักษณะการประกันภัยภาคสมัครใจ ในบางมลรัฐ เช่น Texas, Alabama มีการบัญญัติ เรื่องการประกันภัยความรับผิดทางการแพทย์เป็นหมวดหนึ่งในประมวลกฎหมายประกันภัย คือ Texas Insurance Code Subtitle B. Chapter 1901 (พ.ศ. 2444) Professional Liability Insurance for Physicians and Health Care Provider และ Code of Alabama Title 27: Insurance- Chapter 1-Medical Liability Insurance (รจนสม ปรัชญาพิพัฒน์, 2552, หน้า 162)

#### (5) ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดในสหรัฐอเมริกา

โดยบริบททางการเมืองระบบกฎหมายและระบบบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกา ทางเลือก ในการออกจากวิกฤติของความเสียหายและการประกันทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังคงอยู่กับการปฏิรูประบบการฟ้องร้องมากกว่าการหาทางเลือกอื่น เช่น ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดอันที่จริงระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดมีการนำไปใช้ในหลายรัฐของสหรัฐอเมริกาแต่เฉพาะในการชดเชยความเสียหายจากรถยนต์โดยเริ่มจากรัฐแมทซาชูเซต ในต้นทศวรรษที่ 1970 (พ.ศ. 2513) ติดตามด้วยอีก 16 รัฐต่อมาปัจจุบันกฎหมายดังกล่าว ถูกยกเลิกไป 4 รัฐ จึงยังคงมีการใช้ใน 12 รัฐเท่านั้น (North Dakota Legislative Council staff for the Transportation Committee, 2004) (พ.ศ. 2547)

ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดกับความเสียหายจากการใช้บริการทางการแพทย์ของสหรัฐอเมริกา มีการดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมครั้งแรกในปลายทศวรรษที่ 1980 (พ.ศ. 2523) ด้วยโครงการชดเชยความพิการทางสมองอันเนื่องมาจากการคลอด (Birth-Related neurological impairments) ของรัฐเวอร์จิเนียและรัฐฟลอริดาโดยใช้ตัวแบบจากกองทุนชดเชยแรงงาน (Workers' Compensation Model) ระบบทั้งสองเป็นระบบการชดเชยแบบจำกัด (limited scheme) ที่ต่างจากประเทศอื่น การใช้ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดในเวอร์จิเนียเกิดขึ้นในกรอบของความพยายามที่จะปฏิรูปกฎหมายการฟ้องร้องบนพื้นฐานของการเผชิญกับวิกฤติของระบบประกันทางการแพทย์เช่นเดียวกับที่เกิดในรัฐอื่น ๆ เจตนาของการออกกฎหมาย คือ การนำเอากรณีความเสียหายจากการทางแพ่งออกจากการพิจารณาในระบบศาลเพื่อนำมาชดเชยในกรอบมาตรฐานของการชดเชยแบบไม่พิสูจน์ถูกผิดลักษณะของการออกแบบของกฎหมายคล้าย ๆ กับการกำหนดเพดานการชดเชยในระบบกฎหมายละเมิดเพื่อลดค่าใช้จ่ายที่เกิดในกระบวนการทางศาล และเพื่อให้สามารถให้การชดเชยกับกรณีความเสียหายจำนวนมากหรือครอบคลุมมากขึ้นทั้งหมดก็เพื่อจะให้มีการประกันความเสียหายแต่ไม่ส่งผลกระทบเชิงลบจากกระบวนการฟ้องร้องทางศาล

ที่เกิดขึ้นในระบบการฟ้องร้องปกติ เพื่อให้คนจนในเมืองชั้นในและคนชนบทรอบนอกสามารถได้รับการช่วยเหลือได้

ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดของรัฐเวอร์จิเนียและฟลอริดา มีชื่อเรียกว่า “Birth-related Neurological Injury Compensation Act” รัฐเวอร์จิเนียประกาศใช้กฎหมายดังกล่าวในปี ค.ศ. 1987 (พ.ศ. 2530) มีผลชดเชยความเสียหายจากการคลอดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 1988 (พ.ศ. 2531) เป็นต้นมา ขณะที่รัฐฟลอริดา ประกาศใช้กฎหมายแบบเดียวกันในปีถัดมา โดยสื่อตามกฎหมายของรัฐเวอร์จิเนียเกือบทั้งหมด สาเหตุสำคัญของการประกาศใช้กฎหมายดังกล่าวของรัฐเวอร์จิเนีย เกิดจากวิกฤติที่บริษัทประกันไม่ยอมรับประกันแพทย์ที่ทำหน้าที่ทำคลอด ขณะที่ของรัฐฟลอริดา แรงผลักดันกฎหมายก็คือความกังวลในปัญหาของระบบการประกัน แม้จะไม่ชัดเจนเท่ากรณีของรัฐเวอร์จิเนีย โครงสร้างและรูปแบบการดำเนินงานของโครงการดังกล่าว ในรัฐทั้งสองมีความคล้ายคลึงกันค่อนข้างมาก ส่วนหนึ่ง เพราะผู้บริหารของทั้งสองโครงการ มีการปรึกษาหารือกันตลอด กลไกการบริหาร (operations and governance) กฎหมายของทั้งสองรัฐ มีลักษณะ ที่เทียบได้กับกฎหมายการชดเชยแรงงาน (Worker’s Compensation) โดยให้อำนาจการตัดสินใจสูงสุดกับคณะกรรมการชดเชยแรงงาน (Worker’s Compensation Commission) ผู้ที่ต้องการขอรับการชดเชย (Claimants) จะต้องยื่นเรื่องต่อคณะกรรมการฯ ซึ่งมีอำนาจเต็มที่ ในการพิจารณาตัดสินอนุมัติหรือปฏิเสธการให้การชดเชย

ในรัฐฟลอริดา หากมีกรณีที่ผู้ขอรับการชดเชยมีความไม่พึงพอใจในขั้นตอนต่าง ๆ ของการทำงานของคณะกรรมการฯ จะมีการส่งกรณีดังกล่าวไปอยู่ภายใต้การตัดสินใจของแผนกที่เรียกว่า “Division of Administrative Hearings-DOAH” ในการบริหารโครงการ ทั้งสองรัฐใช้หน่วยงานอิสระที่อยู่นอกระบบราชการปกติ (Public entities outside conventional state department structure) ซึ่งไม่ใช่บริษัท ประกันเอกชนหน่วยงานดังกล่าวของรัฐเวอร์จิเนีย มีชื่อเรียกว่า “Birth-related Neurological Injury Compensation Program” ซึ่งเรียกกันติดปากทั่วไปว่า BIF ย่อมาจากคำว่า Birth Injury Fund ขณะที่ของรัฐฟลอริดามีชื่อเรียกว่า “Florida Birth-related Neurological Injury Compensation Association” หรือ NICA BIF ของรัฐเวอร์จิเนีย บริหารโดยคณะกรรมการจำนวน 7 คน ที่ทำงานโดยไม่มีเงินเดือนและแต่งตั้งโดยผู้ว่าการรัฐ 4 ใน 7 เป็นตัวแทนของแพทย์ผู้ให้บริการและผู้รับประกันที่เกี่ยวข้องที่เหลืออีกสามคนเป็นตัวแทนจากภาคประชาชนทั่วไป NICA ของรัฐฟลอริดามีคณะกรรมการบริหารทั้งสิ้น 5 คนเป็นภาคประชาชนเพียง 1 คน ทั้งหมดได้รับการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการที่เรียกว่า “Insurance Commissioner” บทบาทของคณะกรรมการบริหารในทั้งสองชุดแตกต่างกัน คณะกรรมการบริหารของ NICA ทำหน้าที่คล้ายคณะกรรมการบริหารบริษัท ดูแลนโยบายในภาพรวม ขณะที่ของ BIF จะทำหน้าที่พิจารณา

คำขอชดเชยเกือบทุกกรณี (แต่จำนวนคำขอที่เข้ามาสู่คณะกรรมการ BIF น้อยกว่าของ NICA มาก) การบริหารจัดการกับงานประจำของทั้งสองโครงการทำโดยเจ้าหน้าที่ของ BIF มี 1 คนขณะที่ NICA มีหลายคนกว่าสำนักงานของทั้งสองโครงการใช้การเช่าสถานที่ของเอกชน

#### 4.2.4 เครือรัฐออสเตรเลีย (Australia)

เครือรัฐออสเตรเลีย ถือระบบสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนทุกคน รัฐบาลภายใต้ “National Health Act, 1953 (พ.ศ. 2496)” ได้เข้ามามีบทบาทในขั้นตอนต่าง ๆ ของระบบสุขภาพ โดยมี จุดมุ่งหมายหลัก 4 ประการ คือ 1) เพื่อให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพดี 2) สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายทางสุขภาพทั้งของรัฐและประชาชนไม่ให้สูงจนเกินไป 3) ให้ประชาชนได้รับบริการต่าง ๆ ทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงรายได้ 4) ให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเป็นที่น่าพึงพอใจ

ระบบสุขภาพของเครือรัฐออสเตรเลีย เป็นระบบคู่ขนานประกอบด้วยระบบประกันสุขภาพ หลักที่รัฐเป็นผู้จัดหาบริการให้แก่ประชาชน เรียกว่า Medicare Australia ซึ่งระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) เป็นระบบที่รัฐบังคับใช้และให้บริการด้านสุขภาพครอบคลุมประชาชนออสเตรเลียทุกคน ส่วนระบบประกันสุขภาพรองซึ่งขนานไปกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ระบบประกันสุขภาพเอกชน (Private health insurance) ซึ่งเป็นระบบที่ประชาชนมีสิทธิที่จะเลือกซื้อบริการ โดยสมัครใจรัฐให้การอุดหนุนผ่านการลดภาษีหากประชาชนเลือกที่จะซื้อบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพภาคเอกชนตามนโยบายร้อยละ 30 ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า “Medicare Australia” มีการให้บริการสำคัญ 4 อย่าง กล่าวคือ

- 1) บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก และบริการตรวจรักษาผู้ป่วยใน โดยบริการทั้งสองอยู่ภายใต้ Medicare program
- 2) บริการด้านยาผู้ป่วยนอก ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของ Pharmaceutical Benefits program
- 3) บริการด้านการให้วัคซีนแก่เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของ Australian Childhood Immunisation Register
- 4) บริการด้านการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของ Australian Organ Donor Register แหล่งที่มาของเงินที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพได้มาจากภาษีทั่วไป (ร้อยละ 70) และที่เหลือได้มาจากภาษีเฉพาะทางด้านสุขภาพและจากส่วนอื่น ๆ เช่น จากส่วนร่วมจ่ายของประชาชน กองทุนสุขภาพและเบี้ยประกันอุบัติเหตุทางรถยนต์ รายละเอียดดังนี้



### 1) การเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล

เครือรัฐออสเตรเลีย ได้รับการยอมรับว่ามีระบบบริการสุขภาพที่ดีในอันดับต้น ๆ ของโลกสะท้อนด้วยดัชนีทางด้านสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน เช่น ประชากรออสเตรเลียนี้อายุคาดเฉลี่ยติดอันดับ 5 ประเทศแรกของโลกที่มีประชากรอายุยืนยาวที่สุดในปี ค.ศ. 2002-2004 (พ.ศ. 2545-2547) อายุคาดเฉลี่ยของผู้หญิงและผู้ชายออสเตรเลีย คือ 83 ปีและ 78 ปีตามลำดับโดยประมาณ 1 ใน 3 หรือร้อยละ 31 ของชาวออสเตรเลียตายเมื่ออายุ 85 ปีขึ้นไป ระบบบริการสุขภาพออสเตรเลียดูแลรับผิดชอบโดยหลายหน่วยงานและองค์กรแพทย์ในเครือรัฐออสเตรเลียอยู่ในภาคเอกชนและได้รับค่าบริการตามการรักษา (fee-for-service) โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะเป็นด่านหน้าก่อนเข้าสู่บริการเฉพาะทางสองในสามของโรงพยาบาลเป็นของรัฐที่เหลือดำเนินการโดยเอกชนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐอาจได้ เงินเดือนพร้อม ๆ กับมีรายได้จากการรักษาคนไข้ในโรงพยาบาลเอกชนหรืออาจจะทำงาน กินเงินเดือนในภาคเอกชนแต่มีรายได้เพิ่มจากการดูแลคนไข้ที่เป็นของโรงพยาบาลรัฐ ในภาพรวม ระบบบริการสุขภาพของเครือรัฐออสเตรเลียอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ “Australian Health Minister’s Advisory Council- AHMAC” ที่ประกอบด้วยหัวหน้าส่วนงานสาธารณสุขจากรัฐบาลกลางท้องถิ่นและเขตปกครองพิเศษทำหน้าที่ให้คำปรึกษา เสนอ โยบายและการบริหารจัดการ แก่รัฐมนตรีและกระทรวงสาธารณสุขหน่วยงานระดับชาติที่ตั้ง โดย AHMAC ที่ดูแลรับผิดชอบระบบสุขภาพของประเทศ คือ

1) National Health Priorities Action Council ทำหน้าที่กำกับดูแลภาพรวมของระบบบริการสุขภาพทั้งหมด

2) Australian Safety and Quality Commission in Health Care ดูแลเรื่องการพัฒนาและการยกระดับความปลอดภัยและคุณภาพบริการ โดยเน้นที่การป้องกันและลดผลกระทบของความผิดพลาดทางการแพทย์

3) National Public Health Partnership เป็นองค์กรวางแผนและประสานงานด้านการพัฒนาสุขภาพและระบบบริการทั้งหมด

4) National Health Information Group- NHIG ทำหน้าที่ประสานและกำกับดูแลการทำงานของ National Health Information Agreement ประมาณร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพของเครือรัฐออสเตรเลีย จ่ายโดยรัฐบาลโดย 2 ใน 3 จ่ายโดยรัฐบาลกลางที่เหลืออีก 1 ใน 3 จ่ายโดยรัฐบาลท้องถิ่นและเขตปกครองพิเศษรายจ่ายหลักของรัฐบาลกลางคือการสนับสนุนแผนงาน Medicare และ Pharmaceutical Benefits Scheme รัฐจ่ายเงินสนับสนุนแผนงานทั้งสอง เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถ เข้าถึงบริการการรักษาจากแพทย์ จากผู้เชี่ยวชาญตรวจวัดสายตา (Optometrists) และ

จากการใช้ยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ ได้ฟรีหรือมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดแผนงานทั้งสองยังทำงาน ร่วมกับแผนงานด้านสวัสดิการสังคมอื่น ๆ

การให้ความช่วยเหลือกลุ่มประชากรอื่น ๆ เช่น ผู้ว่างงานผู้พิการนอกจากนี้เครือรัฐออสเตรเลีย ยังมีแผนงานสำหรับประชากรกลุ่ม เป้าหมายเฉพาะ เช่น ทหารผ่านศึกและบุตร เป็นต้น (Shimmel, 1964) (พ.ศ. 2507) Medicare เป็นระบบประกันสุขภาพ เริ่มดำเนินการครั้งแรกเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 1984 (พ.ศ. 2527) บริหารจัดการโดยองค์กรที่มีชื่อว่า “Medicare Australia” (จากชื่อเดิม Health Insurance Commission) ภายใต้แผนงาน Medicare ผู้ป่วยจะได้รับบริการฟรีหรือร่วมจ่ายบางส่วนครอบคลุมการรักษาโดยแพทย์ optometrists พยาบาลที่ให้การรักษาในนามของแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไปและบริการอื่น ๆ บางอย่าง เช่น ทันตแพทย์และผู้ให้บริการอื่น ๆ ที่รวมอยู่ในแผนงานคนเครือรัฐออสเตรเลีย ที่อาศัยอยู่ในประเทศที่เป็นพลเมืองของเครือรัฐออสเตรเลีย ผู้ที่ได้รับวีซ่าถาวรหรือเป็นพลเมืองของราชอาณาจักรนิวซีแลนด์ทุกคนมีสิทธิ์ได้รับบริการตามแผนงาน Medicare ยกเว้น นักการทูตประเทศอื่นและครอบครัวผู้ที่เข้ามาพำนักในเครือรัฐออสเตรเลียชั่วคราว (ยกเว้นกรณีมีข้อตกลงระหว่างประเทศร่วมกัน) บริการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบริการฟรี โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐทั้งที่เป็นบริการทั่วไปและบริการเฉพาะทางขณะที่ค่ายาจะถูกช่วยจ่าย (subsidized) โดยรัฐ นอกจากนี้รัฐบาลยังช่วยจ่ายบริการทางการแพทย์บางอย่างที่อยู่ในรายการของ Medical Benefits Schedules และยาที่อยู่ตามรายการ Pharmaceutical Benefit Schedule ในภาพรวม ร้อยละ 68 ของรายได้ Medicare มีแหล่งเงินมาจากภาษีทั่วไปภาษีรายได้ภาคบังคับ (คนออสเตรเลียจ่ายเงินให้กับ Medicare โดยตรง ผ่านภาษีที่หักร้อยละ 1.5 จากรายได้ หรือ Medicare Levy) ส่วนที่เหลือมาจากการประกันภาคเอกชนและเงินที่ผู้ป่วยจ่ายเองร้อยละ 32 (Jane Hall, 1999) โรงพยาบาล 2 ใน 3 เป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล (Australian Institute of Health and Welfare, 2002) โดยได้รับเงิน สนับสนุนจากรัฐและเขตการปกครอง แต่ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับเงินทุนของรัฐบาลกลางรัฐบาลกลางจะดูแลใน 2 ด้านสำคัญ คือ ด้านการรักษาพยาบาลและด้านเภสัชกรรม รัฐบาลกลาง สามารถเปลี่ยนแปลงการจัดการด้านการเงินของรัฐและเขตการปกครองกำกับ การประกัน ภาคเอกชน และให้การสนับสนุนโดยตรงกับหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพการพัฒนา ประสานงานของโครงการต่าง ๆ ตามความเร่งด่วน นอกจากนี้ ยังให้การสนับสนุนด้านการเงิน สำหรับรายการยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วย (Jane Hall, 1999) ภาคเอกชนให้บริการแบบคิด ค่าธรรมเนียมตามรายครั้งของการใช้บริการ (fee for service) (Australian Institute of Health and Welfare, 2002)

การประกันสุขภาพภาคเอกชนมีบทบาทเป็นทางเลือกเสริมความคุ้มครองที่ได้จาก Medicare ซึ่งจะให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมค่าห้องและค่าบริการทางการแพทย์ ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน เรียกว่า การประกันค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล (Hospital Insurance) การประกันลักษณะนี้มีไว้เพื่อให้แข่งขันกับ Medicare การคุ้มครองบริการทันตกรรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูรวมทั้งบริการอื่น ๆ เรียกว่า การประกันข้างเคียง (Ancillary insurance) ซึ่งมีไว้สำหรับบริการที่ไม่ครอบคลุมโดย Medicare (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุกัลยา คงสวัสดิ์, 2544) ระบบประกันภาคเอกชนมีประมาณร้อยละ 7.6 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดโดยร้อยละ 30 ของเบี้ยของระบบประกันเอกชนดังกล่าว จ่ายโดยรัฐบาลด้วยระบบการคืน กลับบากี (rebate) ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 (พ.ศ. 2542) สัดส่วนการคืนกลับบากีดังกล่าวเพิ่มเป็นร้อยละ 35 สำหรับผู้มีอายุ 65-69 ปี และร้อยละ 40 สำหรับผู้มีอายุ 70 ปีและมากกว่านั้นในกลางปี ค.ศ. 2009 (พ.ศ. 2552) ชาวออสเตรเลีย ถึงร้อยละ 44.6 มีประกันการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน รายจ่ายตรงของครัวเรือน (Out-of-pocket) คิดเป็นร้อยละ 16.8 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ชาวออสเตรเลียมีสิทธิเลือกรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐโดยไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายแต่บริษัทเอกชนที่รับประกันภัยจะให้การคุ้มครองสำหรับประชาชนที่มีความต้องการที่จะเลือกรูปแบบของการรักษาเองและอาจจะได้รับสวัสดิการอื่น ๆ ที่เพิ่มมากขึ้นกว่าที่กำหนดไว้ค่าใช้จ่ายโดยรวมที่บริษัทประกันคุ้มครองจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ค่าทำศพ สวัสดิการที่ให้เมื่อยามเจ็บป่วย และกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Australian Institute of Health and Welfare, 2002) (พ.ศ. 2545) รูปแบบของการประกันมีอยู่ด้วยกัน 4 รูปแบบ คือ 1) การประกันตัวเอง 2) การประกันคู่สมรส 3) การประกันเฉพาะผู้ปกครอง 4) การประกันคู่สมรสและเด็ก

## 2) การควบคุมบุคลากรทางการแพทย์

หน่วยงานกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพของเครือรัฐออสเตรเลีย (AHPRA) เป็นองค์กรที่รับผิดชอบในการดำเนิน โครงการจดทะเบียนและรับรองระดับชาติทั่วเครือรัฐออสเตรเลีย และมีโครงการจดทะเบียนและรับรองมาตรฐานแห่งชาติ (NRAS) สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2553 NRAS ได้รับการจัดตั้งขึ้นโดยรัฐบาลของรัฐและดินแดนผ่านการแนะนำของกฎหมายที่สอดคล้องกันในทุกเขตอำนาจศาล NRAS ไม่ใช่โครงการเครือจักรภพมีจุดมุ่งหมายปกป้องประชาชนโดยสร้างความมั่นใจว่าเฉพาะผู้ปฏิบัติงานที่ผ่านการฝึกอบรมและมีคุณสมบัติเหมาะสมเท่านั้นที่ได้รับการลงทะเบียน อำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายแรงงานทั่วเครือรัฐออสเตรเลีย และทำให้การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพของเครือรัฐออสเตรเลีย มีความยืดหยุ่นตอบสนองและยั่งยืนอย่างต่อเนื่องอาชีพที่ได้รับการควบคุมในปัจจุบันภายใต้ NRAS เช่น การแพทย์แผนจีนการปฏิบัติทางทันตกรรม การพยาบาลและการผดุงครรภ์ และ

กายภาพบำบัด เป็นต้น แต่ละอาชีพมีคณะกรรมการแห่งชาติที่ควบคุมวิชาชีพลงทะเบียนผู้ปฏิบัติงาน และพัฒนามาตรฐานและแนวทางสำหรับอาชีพ

หน่วยงานกำกับดูแลผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพของเครือรัฐออสเตรเลีย (AHPRA) ดูแล NRAS และให้การสนับสนุนด้านการบริหารต่อคณะกรรมการแห่งชาติ ปัจจุบันการลงทะเบียนระดับชาติถูกจำกัดไว้ที่วิชาชีพด้านสุขภาพเหล่านั้นซึ่งได้รับการควบคุมแล้วหรือควบคุมบางส่วน ก่อนวันที่ 1 กรกฎาคม 2553 การให้บริการด้านการดูแลสุขภาพโดยผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้ลงทะเบียน หรือไม่มีคุณสมบัติเมื่อวันที่ 17 เมษายน 2015 (พ.ศ. 2558) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เห็นด้วยกับจรรยาบรรณแห่งชาติครั้งแรกสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งกำหนดมาตรฐาน การปฏิบัติและการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้ลงทะเบียนภายใต้โครงการลงทะเบียน และรับรองแห่งชาติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขยังเห็นพ้องกันว่าแต่ละรัฐและดินแดน จะรับผิดชอบในการออกกฎหมายและข้อบังคับใหม่หรือแก้ไขที่มีอยู่และกำหนดหน่วยงานท้องถิ่น ที่เหมาะสม เพื่อรับและตรวจสอบการละเมิดและการออกคำสั่งห้ามดำเนินการตามหลักจรรยาบรรณ แห่งชาติคณะกรรมการแห่งชาติมีหน้าที่ควบคุมการปฏิบัติของแต่ละอาชีพ โดยการลงทะเบียน ผู้ปฏิบัติงานและพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติวิชาชีพ มาตรฐานการลงทะเบียนเฉพาะสำหรับแต่ละอาชีพ อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดของมาตรฐานของแต่ละ คณะกรรมการ

### การร้องเรียนเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงาน

สมาชิกของประชาชนสามารถร้องเรียนเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือ สุขภาพของนักเรียนการปฏิบัติหรือการปฏิบัติงานภายใต้ NRAS ภายใต้กฎหมายแห่งชาติ การร้องเรียนเหล่านี้เรียกว่าการแจ้งเตือนและได้รับโดย AHPRA ในนามของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงานนายจ้างและผู้ให้บริการด้านการศึกษาทั้งหมดได้รับคำสั่งตามกฎหมายให้รายงาน การกระทำที่เกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติงานหรือนักเรียนที่ลงทะเบียน การดำเนินการที่แก้ไขได้จะจำกัด อยู่ที่สถานการณ์เรื่องร้องเรียน มีดังต่อไปนี้

- 1) ที่ผู้ปฏิบัติงานฝึกอาชีพในขณะที่มีเมตาด้วยแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด
- 2) ในกรณีที่ผู้ปฏิบัติงานฝึกฝนในลักษณะที่ทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงต่อ อันตรายอย่างมากเนื่องจากความบกพร่อง
- 3) ในกรณีที่ผู้ปฏิบัติงานฝึกฝนในลักษณะที่ถือเป็นการออกจากมาตรฐาน วิชาชีพที่ได้รับการยอมรับอย่างมีนัยสำคัญ หรือ
- 4) ที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการประพฤติผิดทางเพศที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอาชีพ

## โครงสร้างกฎหมาย

พระราชบัญญัติกฎหมายว่าด้วยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (WA) 2010 ประกอบด้วย 7 ส่วนที่เกี่ยวกับงานวิจัยนี้จะปรากฏในส่วนที่ 4 หน่วยงานกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพของเครือรัฐออสเตรเลีย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 หน่วยงานแห่งชาติ สำนักงานแห่งชาติ อำนาจทั่วไปของสำนักงานแห่งชาติ หน้าที่ของหน่วยงานระดับชาติ ข้อตกลงวิชาชีพด้านสุขภาพ การควบคุมบุคลากรทางการแพทย์จะอยู่ในอำนาจทั่วไปของสำนักงานแห่งชาติ (พ.ศ. 2553)” มาตรา 25 กล่าวคือ จัดตั้งหน่วยงานกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพของเครือรัฐออสเตรเลีย เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านการบริหารและการสนับสนุนแก่คณะกรรมการแห่งชาติและคณะกรรมการของคณะกรรมการในการปฏิบัติหน้าที่ ในการหารือกับคณะกรรมการแห่งชาติเพื่อพัฒนาและบริหาร ขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อวัตถุประสงค์ในการรับรองการดำเนินงานของคณะกรรมการแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล กำหนดขั้นตอนสำหรับการพัฒนามาตรฐานการรับรองมาตรฐาน การลงทะเบียนและแนวปฏิบัติที่ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการแห่งชาติเพื่อจุดประสงค์ในการรับรองโครงการจดทะเบียนและการรับรองระดับชาติดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติที่ดีและจัดทำและบริหารขั้นตอนที่มีประสิทธิภาพในการรับและจัดการกับคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นการควบคุมผู้ที่ให้บริการทางด้านสาธารณสุขของเครือรัฐออสเตรเลียให้มีมาตรฐานให้เกิดแก่ผู้รับบริการ

### 3) การเยียวยาความเสียหาย

#### (1) การไกล่เกลี่ย

กระบวนการการร้องขอรับการชดเชยจะกระทำต่อเมื่อผู้ให้บริการมีความบกพร่อง ผิดพลาดหรือให้การรักษาที่ไม่สมเหตุสมผล ข้อร้องเรียนอาจจะพาดพิงถึงความล้มเหลวในด้านต่าง ๆ เช่น การรักษา การให้ข้อมูลการรักษา การให้ความยินยอม เป็นต้น กระบวนการร้องทุกข์ จะเริ่มต้นจากคณะกรรมการพิจารณาเรื่องราวจะทบทวนเรื่องของทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการผู้ร้องทุกข์ โดยคณะกรรมการจะปฏิบัติต่อผู้ร้องทุกข์ 2 ขั้นตอน คือ

#### 1. การจัดการอย่างไม่เป็นทางการ (Informal process)

(1.1) การส่งเสริมการให้ความช่วยเหลือโดยตรงโดยติดต่อระหว่างผู้ร้องทุกข์กับผู้ให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนคณะกรรมการจะถามถึงความต้องการของผู้ร้องทุกข์ถึงสิ่งที่ต้องการคณะกรรมการจะติดต่อประสานงานกับผู้ร้องทุกข์อย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งได้รับคำตอบที่เหมาะสมสำหรับทั้งสองฝ่าย

(1.2) การประเมินข้อร้องเรียนจะประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการแก้ปัญหาข้อร้องเรียนทั้งในส่วนของผู้ร้องทุกข์และผู้ให้บริการ

- ทำการพิจารณาถึงความเป็นเหตุเป็นผลของบริการทางการแพทย์ขั้นตอนของการประเมินข้อร้องเรียนประกอบด้วยการอภิปรายกลุ่มการเก็บข้อมูลการรับคำอธิบายการให้คำอธิบายการเสนอทางเลือกของขั้นตอนต่อไปในการแก้ปัญหากรรมการจะสอบถามข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้ให้บริการเพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ในการตัดสินใจภายในเวลา 60 วันนับตั้งแต่รับข้อมูลร้องทุกข์คณะกรรมการจะต้องเลือกดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ยกเลิกข้อร้องเรียนส่งต่อข้อร้องเรียนสำหรับการไกล่เกลี่ยภายใต้ความยินยอมของฝ่ายต่าง ๆ ส่งต่อข้อร้องเรียนไปยังคณะกรรมการชุดใหญ่หรือองค์กรอื่น ๆ และสืบสวนข้อร้องเรียน

## 2. การใช้อำนาจทางกฎหมาย

(2.1) การใช้กระบวนการไกล่เกลี่ยตามกฎหมายตามกฎหมายจะมีกระบวนการไกล่เกลี่ยก่อนซึ่งมุ่งหวังที่จะให้ได้ ข้อยุติที่เป็นประโยชน์กับทุกฝ่าย แต่หากกรณีที่ผ่านมากระบวนการไกล่เกลี่ยตามข้อ 1 แล้วไม่สามารถยุติปัญหาได้ก็จะต้องเข้าสู่ กระบวนการของคณะกรรมการฯ ซึ่งจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้ (1) เป็นความสมัครใจของทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งตกลงใจร่วมกันในการเข้าสู่กระบวนการของคณะกรรมการ ทั้งสองฝ่ายยอมรับที่จะต่อรองและประสานกับในผลประโยชน์ของวิธีการแก้ปัญหา (2) ข้อมูลไม่สามารถถูกเปิดเผยให้กับฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ว่าจะด้วยวัตถุประสงค์ใด ๆ ก็ตามและไม่สามารถถูกส่งเป็นหมายเรียกในชั้นศาลหรือเปิดเผยในที่สาธารณะได้ โดยทั่วไปปัญหาที่สามารถไกล่เกลี่ยได้มี 2 ประเภท คือ

- กลุ่มที่ผู้เสียหายต้องการคำอธิบายว่าเกิดอะไรขึ้นและทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ผู้เสียหายต้องการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันความรู้สึกหรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นรวมทั้งการได้รับรู้ถึงปัญหาที่ได้รับทราบแล้ว ต้องการทราบรายงานจากกรรมการต่าง ๆ มีรายงานว่าผู้ร้องทุกข์หลายรายกล่าวถึงวิธีการนี้ว่าสามารถลดความความเจ็บปวดที่ผู้เสียหายได้รับ

- กลุ่มที่เรียกเรื่องค่าเสียหายค่าชดเชยหรือการรักษาในขั้นตอนกระบวนการไกล่เกลี่ยนี้คณะกรรมการจะแต่งตั้งผู้ไกล่เกลี่ยซึ่งจะทำหน้าที่ตัดสินด้วยความเป็นธรรมและเป็นอิสระจากองค์กรต่าง ๆ กระบวนการที่ถูกเลือกในการแก้ปัญหาข้อร้องเรียนและผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นไปตามความต้องการของทั้งสองฝ่ายที่เห็นพ้องต้องกันกระบวนการต่าง ๆ ที่นำมาใช้ มีดังต่อไปนี้ การประชุมอภิปรายตัวต่อตัว การเขียนจดหมาย การอภิปรายทางไกล การทบทวนบันทึกทางการแพทย์และรายงาน อ้างอิงแนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญ การต่อรองเรื่องการเปลี่ยนแปลง

ปรับปรุงหนทางต่าง ๆ ในเรื่องการปฏิบัตินโยบายและกระบวนการ โดยจะมีการจัดทำเอกสาร ซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันของทั้งสอง ฝ่ายไว้เพื่อเป็นการแสดงถึงความสำเร็จของการเจรจาใกล้เคียง

(2.2) การส่งต่อคณะกรรมการหรือผู้มีอำนาจอื่น ๆ หากการเจรจาใกล้เคียงอย่างไม่เป็นทางการไม่ประสบความสำเร็จข้อร้องเรียน จะถูกส่งต่อไปยังส่วนที่มีอำนาจเหมาะสม คณะกรรมการจะแจ้งข้อมูลไปยังคณะกรรมการอื่น ๆ เพื่อจะทำงานร่วมกันในการหาหนทางที่เหมาะสม ในการจัดการกับข้อร้องเรียนคณะกรรมการจะปรึกษาและส่งต่อข้อร้องเรียนอย่างเป็นลำดับ ซึ่งรวมส่วนต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการของตำรวจ ผู้อำนวยการ อัยการ รัฐบาลท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีกฎหมายกำหนด

(2.3) การสืบสวนข้อร้องเรียนของคณะกรรมการเมื่อการแก้ปัญหาข้อร้องเรียนด้วยการเจรจาใกล้เคียงและวิธีการอื่น ๆ ไม่ประสบความสำเร็จคณะกรรมการจะดำเนินการสืบสวนอย่างเป็นทางการ ทั้งนี้อยู่บนพื้นฐานของความยุติธรรมและความยืดหยุ่น โดยพิจารณาผลกระทบของเหตุการณ์ในแต่ละเหตุการณ์โดยมีหลักการ 3 ข้อ ดังนี้

- ความถูกต้องในการรับข่าวสารเกี่ยวกับข้อร้องเรียนทั้งข่าวที่มีแนวคิดต่อต้าน และที่ต้องการให้เรื่องราวดำเนินต่อไป

- การรู้ความจริงเกี่ยวกับการตัดสินใจ

- ความยุติธรรมและความเป็นอิสระคณะกรรมการจะเป็นอิสระจากรัฐบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าคณะกรรมการจะไม่มีส่วนได้เสียในการให้บริการทางสุขภาพเมื่อการสืบสวนเสร็จสมบูรณ์รายงานจะถูกส่งไปยังผู้ร้องทุกข์บุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องแต่จะไม่มีคำวิจารณ์ ในรายงานคณะกรรมการจะให้ข้อเสนอแนะที่เป็นเหตุเป็นผลกับผู้ให้บริการ โดยข้อเสนอแนะจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการทบทวนมุมมองหรือแนวคิดของโครงสร้างองค์กรและนโยบาย ผู้ให้บริการต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 45 วัน เจ้าหน้าที่ใกล้เคียงและสืบสวนจะจัดการ เกี่ยวกับการร้องเรียนดังต่อไปนี้ ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์รับเรื่องราวจากผู้ให้บริการศึกษา งานวิจัยจากแหล่งต่าง ๆ เช่น วารสารทางการแพทย์ อินเทอร์เน็ต รับคำแนะนำและความช่วยเหลือ จากผู้เชี่ยวชาญ

คณะกรรมการ โดยทั่วไปจะไม่มีความรู้ทางการแพทย์และไม่มีหน้าที่ในการตัดสินใจ ความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ให้บริการเจ้าหน้าที่ใกล้เคียง/เจ้าหน้าที่ สืบสวน มีอำนาจที่จะขอความช่วยเหลือและคำแนะนำจากบุคคลภายนอกที่ทำหน้าที่คล้ายกับผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องร้องทุกข์ได้ซึ่งบุคคลผู้นั้นเรียกว่า Professional Mentors คณะกรรมการสามารถ แต่งตั้งบุคคลที่เหมาะสมเป็นที่ปรึกษาได้ถ้าต้องการเจ้าหน้าที่ ใกล้เคียงก็สามารถหาบุคคลที่เหมาะสม และเต็มใจเพื่อแต่งตั้งให้เป็น Mentor/advisor บุคคลนั้นจะไม่สามารถถูกแต่งตั้งเป็น Mentor

ถ้าคณะกรรมการเห็นว่าไม่ได้มีความเชี่ยวชาญในด้านนั้น หน้าที่ของ Professional Mentors มีดังนี้ ช่วยทบทวนคำร้องเบื้องต้นช่วยค้นหาบุคคลที่เหมาะสมในการให้คำปรึกษาทางคลินิกและประเด็นทางด้านจริยธรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การรับรู้ผลข้างเคียงทบทวนบันทึกทางการแพทย์ และให้ความคิดเห็นช่วยเจ้าหน้าที่ในการแปลบันทึกทางการแพทย์ เช่น ตัวอย่างผลทางห้องปฏิบัติการ ช่วยในการจำแนกปรากฏการณ์ทางคลินิกมาตรฐานทางคลินิก ช่วยในการแจกแจงคำถามเฉพาะสำหรับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือ peer reviewer ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เขียนบรรยายเกี่ยวกับการรักษาโดยเฉพาะเน้นไปที่ประเด็นที่ร้องเรียนเข้ามา Professional Mentors ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบประเมินการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ใกล้เคียง

การใกล้เคียงหรือการสืบสวนจะพิจารณาตัดสินมาตรฐานของการรักษาในเรื่องนั้น ๆ ดังนั้นคณะกรรมการจึงต้องการความคิดเห็นหรือคำปรึกษามาจากผู้เชี่ยวชาญและ Peer reviewer ที่ปรึกษาภายนอกจะได้รับข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกทางการแพทย์รายงานข้อความร้องทุกข์ ผู้เชี่ยวชาญจะให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้การรักษาแต่จะไม่ได้รับสิทธิ์ในการออกความคิดเห็นของผลลัพธ์ที่ได้ความคิดเห็นของคณะกรรมการ จึงเป็นวัตถุวิสัย (objectivity) และอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลจริงในขณะที่ทำการใกล้เคียง หรือการสืบสวนอาจมีการร้องขอความเห็นของผู้เชี่ยวชาญความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สามารถช่วยให้ทั้งสองฝ่ายตกลงใจร่วมกันได้ในบางกรณี ผู้เชี่ยวชาญจะถูกร้องขอให้ความเห็นกรณีที่ต้องมีการแยกแยะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องการไม่มีความสามารถอย่างเต็มที่สมบูรณ์ (Incompetence) การบริการที่ไม่ได้มาตรฐาน การปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ดีหรือความบกพร่องต่าง ๆ ซึ่งประเด็นที่กล่าวอ้างมานั้นเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อนและพบได้บ่อยครั้ง (Northern Territory Government of Australia, Online, 2021) ผู้รับบริการหรือผู้ร้องทุกข์จะเคลื่อนไหวไปยังขั้นตอนอย่างเป็นทางการเมื่อไม่ได้รับการแก้ปัญหาที่สมเหตุสมผลจากรายงานพบว่าร้อยละ 70-80 สามารถจัดการได้ในขั้นตอนของการจัดการอย่างไม่เป็นทางการ (Health and community service complaints commissions) (Northern Territory Government of Australia, Online, 2021)

## (2) การฟ้องต่อศาล

หลักการการชดเชยให้กับผู้ป่วยและการจ่ายเพื่อชื้อประกันโดยแพทย์ในเชิงโครงสร้างระบบการชดเชยความเสียหายของเครือรัฐออสเตรเลียใช้ระบบการฟ้องศาลเพียงแต่มีการใช้กลไกของการประกันทางการแพทย์มาเป็นขั้นตอนก่อนถึงการใช้กลไกการตัดสินของศาล การประกันทางการแพทย์การทำประกันทางการแพทย์เป็นระบบหนึ่งที่ใช้ในเครือรัฐออสเตรเลียคล้ายกับประเทศอื่น ๆ แพทย์สภาของเครือรัฐออสเตรเลียได้สนับสนุนให้สมาชิกซึ่งเป็นแพทย์เห็นความสำคัญของเงินชดเชยค่าเสียหายทางการแพทย์โดยให้เหตุผลสนับสนุนต่าง ๆ มากมาย อาทิเช่น



การเพิ่มขึ้นของการฟ้องร้องทางการแพทย์ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง การเพิ่มขึ้นของจำนวนเงินที่ต้องชดเชยความจำเป็นและความต้องการเงินทุนสำหรับความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้น โดยทั่วไปแพทย์ที่มีประกันภัยสำหรับการให้การรักษาจะสามารถจ่ายเงินชดเชยแก่ผู้ป่วยกรณีที่มีความผิดพลาดทางการแพทย์ได้ทันที อย่างไรก็ตาม แพทย์สภาของเครือรัฐออสเตรเลียไม่ได้บังคับว่าจะต้องมีการซื้อประกันทางการแพทย์แต่จะขึ้นอยู่กับความต้องการในแต่ละรัฐ (Australian Medical Association; AMA, 2001) (พ.ศ. 2544) แพทย์สภาของเครือรัฐออสเตรเลียเสนอแนวทางในการจ่ายเงินชดเชยโดย เห็นว่าควรจ่ายโดยตรงและเป็นงวด (Direct payment mechanism/structured settlement/periodic payment) แทนที่จะจ่ายให้เป็นเงินก้อนครั้งเดียว (lump sum) เพราะการจ่ายเป็นเงินก้อนนั้น ถ้าหากขาดการจัดการที่ดีเงินจะสูญหายอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีข้อดีของการจ่ายเป็นแบบเป็นงวด คือ การจ่ายเงินให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทุกเดือน สามารถสร้างความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตของคนตกเป็นเหยื่อของความผิดพลาดในการรักษาได้และโดยทั่วไปผู้ป่วยเหล่านั้นก็มี ชีวิตที่ยืนยาวเช่นดังบุคคลทั่วไป (Australian Medical Association; AMA, 2001) (พ.ศ. 2544) เกณฑ์การพิจารณาชดเชยความเสียหายการจ่ายเงินชดเชยจะอยู่บนพื้นฐาน “ความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้” (Fault-based system and avoidable injuries) และ “ความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดที่ไม่ได้เกิดจากความผิดของฝ่ายใด” รวมถึง “ความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และไม่มีใครผิด” (No-fault-based system and unavoidable injuries)

#### กระบวนการพิจารณา

1) กรณีที่เป็นเหตุซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และไม่ใช่ความผิดของฝ่ายใด ขั้นตอนแรกของกระบวนการจะเริ่มจากการตกลงร่วมกันของทั้งสองฝ่าย ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2) ในกรณีที่คาดว่าเป็นความผิดพลาดของผู้ให้บริการผู้เสียหายสามารถยื่นเรื่องไปยังองค์กรตัวแทนวิชาชีพของผู้ให้บริการนั้นเพื่อผ่านกระบวนการ Medical tribunal ที่ประกอบด้วยผู้พิพากษาตัวแทนผู้ให้บริการและตัวแทนผู้บริโภค คำตัดสินของ Medical tribunal จะลงโทษผู้ให้บริการแต่ไม่สามารถบังคับให้มีการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายได้ หากว่าเรื่องยังไม่ยุติและผู้เสียหายยังคงต้องการที่จะได้เงินชดเชยจะต้องดำเนินการต่อไปโดยส่งเรื่องต่อไปยังหน่วยรับเรื่องร้องเรียน (complaints body) จะทำหน้าที่ในการไกล่เกลี่ยให้ทั้งสองฝ่ายตกลงกันได้

ในกรณีที่ไม่สามารถตกลงกันได้เรื่องจะถูกส่งไปที่ศาลเพื่อทำการตัดสินแต่ก่อนจะถึงศาลมีหน่วยงานที่ดูแลเรื่องนี้โดยตรง คือ Medical Defense Organization (MDO) เป็นหน่วยงานที่รับประกันความเสี่ยง ให้กับผู้ให้บริการ ถ้าพิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ให้บริการผิดจริง MDO ก็จะจ่ายเงินค่าชดเชยให้ทันที โดยส่วนใหญ่แล้วเรื่องจะจบลงที่ MDO (สถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข, ออนไลน์, 2562) ทางเลือกในการจัดการความเสียหายในภาพรวม หากเกิดความเสียหายขึ้นตอนในระบบการเรียกร้องการชดเชยอาจทำได้หลายวิธี คือ

วิธีที่ 1 การตกลงร่วมกันใช้ในกรณีที่ไม่ได้เกิดจากความผิดของฝ่ายใด เช่น ผลข้างเคียงจากยา รูปแบบการชดเชยที่ผู้รับบริการจะได้รับ ได้แก่ คำอธิบายที่ชัดเจนจากผู้ให้บริการว่าเกิดจากสาเหตุใดคำขอโทษ ผู้ให้บริการยินยอมที่จะให้การรักษาเพิ่มเติมโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ผู้ให้บริการยื่นข้อเสนอจ่ายเงินชดเชยความเสียหาย ถ้าเลือกวิธีนี้ผู้เสียหายควรปรึกษากับนักกฎหมายเพื่อขอความเห็น ว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ ซึ่งสามารถเลี้ยงได้แต่เป็นความผิดพลาดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้กรณีผู้ให้บริการยินยอมรับผิดชอบ และให้ข้อเสนอที่จะจ่ายเงินชดเชย ความเสียหาย หรือให้การรักษาเพิ่มเติมโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายผู้เสียหาย จะปรึกษานักกฎหมายว่าจะยอมรับข้อเสนอหรือไม่

วิธีที่ 2 การร้องเรียนผ่านองค์กรวิชาชีพ (Registrations Board) ถ้าผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่อาจเกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการสามารถยื่นคำร้องต่อ Registrations Board ได้เพื่อทำการสืบสวนยกเว้นใน New South Wales การสืบสวนจะผ่าน Health Care Complaints Commission ก่อนที่จะไต่สวน โดย Medical Tribunal ซึ่งประกอบด้วยผู้พิพากษา 1 คน ผู้ให้บริการ (specialist) ในสาขาที่ถูกฟ้อง 2 คน ตัวแทนที่ไม่ได้มาจากวิชาชีพ 1 คน ผู้รับบริการจะฟ้องเองหรือจะใช้ทนายฟ้องก็ได้ในทุกองค์กรวิชาชีพมีการหาทนายให้กับผู้ฟ้องร้องโดยไม่คิดค่าบริการผลจากการไต่สวนจากองค์กรวิชาชีพอาจเป็นได้ ดังนี้

1) กำหนดเงื่อนไขต่อผู้ถูกฟ้องร้องถ้าต้องการจะอยู่ในวิชาชีพต่อไป เช่น ต้องทำงานภายใต้ผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพในสาขานั้น ๆ ภายในช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ

2) สั่งเพิกถอนไม่ให้ปฏิบัติงานบริการที่ทำให้ผู้ฟ้องร้องได้รับความเสียหาย

3) ไม่อนุญาตให้ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่กำหนดหรือจนกว่าจะได้รับอนุญาต

4) เพิกถอนใบอนุญาตการปฏิบัติงานองค์กรวิชาชีพไม่สามารถบังคับให้มีการ

ชดเชยค่าเสียหายในรูปของตัวเงินสำหรับการฟ้องร้องผ่านองค์กรวิชาชีพ

วิธีที่ 3 ฟ้องร้องผ่าน Complaints Authority Health Complaints Authority ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยได้ผลลัพธ์ที่เกิดจากการยอมรับทั้ง 2 ฝ่าย

วิธีที่ 4 ฟ้องร้องผ่านกระบวนการศาลเป็นหนทางสุดท้ายเพราะว่ามีค่าใช้จ่ายสูง และใช้ระยะเวลานาน ผู้เสียหายที่ต้องการฟ้องร้องจะต้องปรึกษากับนักกฎหมายก่อนเพื่อดูว่ามีทางจะชนะมากน้อยแค่ไหน ถ้าผู้ฟ้องร้องไม่มีเงินจะมีผู้ช่วยเหลือด้านกฎหมาย (Legal Aid) เพื่อให้ความช่วยเหลือในกรณีที่มิแน่วโน้มจะชนะ ถ้าชนะผู้ถูกฟ้องร้องต้องชดเชยและจ่ายเงินค่าใช้จ่าย

ทั้งหมด แต่ถ้าหากแพ้วรัฐบาลจะต้องรับภาระทั้งหมดองค์กรอิสระที่รับประกันความเสียหายที่เกิดจากบริการทางการแพทย์ (Medical Defense Organization) ในทุกรัฐถ้าหากพิจารณาแล้วเห็นว่ามีโอกาสน้อยมากที่จะชนะมักจะยื่นความจำนงต่อผู้เสียหายเพื่อทำการไกล่เกลี่ยเพราะถ้าปล่อยให้เรื่องไปถึงศาลแล้วแพ้วจะต้องชดเชยค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้น

#### 4) มาตรการที่นำมาใช้ในการเยียวยาความเสียหาย

##### (1) ความรับผิดชอบแพ่ง

ความรับผิดชอบแพ่งออสเตรเลียจะอยู่ใน “Civil Law (Wrongs) Act 2002” พระราชบัญญัติกฎหมายแพ่ง พ.ศ. 2545 เกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อการเสียชีวิตหรือการบาดเจ็บและอันตรายต่อจิตใจที่เกิดจากความประมาทเลินเล่อ เช่น จากมาตรฐานของการดูแลในการรักษาของแพทย์และเครือรัฐออสเตรเลียได้รับอิทธิพลทางกฎหมายมาจากสหราชอาณาจักรอังกฤษผ่านทางลัทธิอาณานิคมโดยปัจจุบันเครือรัฐออสเตรเลียอยู่ในกลุ่มเครือจักรภพ (Commonwealth) โดยระบบกฎหมายของเครือรัฐออสเตรเลียเป็นระบบคอมมอนลอว์ที่ใช้บังคับทั่วทั้งประเทศ 6 รัฐ และ 2 เขต การปกครองพิเศษ ที่มาของกฎหมายทุกประเภทของเครือรัฐออสเตรเลียมี 2 ทาง คือ จากคำพิพากษาของศาล (common law หรือ judge-made law) กับบทบัญญัติที่ผ่านทางรัฐสภา (statute) ซึ่งกฎหมายทั้งสองประเภทต่างเป็นที่มาของกฎหมายการแพทย์ในเครือรัฐออสเตรเลีย (วารสารศาลรัฐธรรมนูญ, ออนไลน์, 2564) ศาลออสเตรเลียตระหนักถึงความผิดทางแพ่งที่เรียกว่า torts tort หรือความทรมาณที่เกิดจากความประมาทเลินเล่อจากการกระทำของแพทย์นอกเหนือจากหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแล้วผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์อาจในบางสถานการณ์เป็นหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแต่เพียงมีหลายกรณีที่แพทย์ต้องรับผิดชอบต่อการไม่ทำตามขั้นตอนที่เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดพลาดที่เกิดจากความประมาทหากมีความเสียหายเกิดขึ้นอาจต้องจ่ายค่าชดเชย

##### หลักกฎหมายทั่วไป

กฎหมายของความประมาทเลินเล่อทางการแพทย์ในออสเตรเลียสามารถพบได้ในกฎหมายกรณีเป็นลายลักษณ์อักษร คำพิพากษาศาลหรือการตัดสินใจของผู้พิพากษาและในกฎหมายพระราชบัญญัติและข้อบังคับโดยรัฐสภา

หลักกฎหมายทั่วไป เพื่อสร้างความประมาทเลินเล่อทางการแพทย์ผู้ป่วยจะต้องพิสูจน์ว่า

1. แพทย์เป็นหนี้ผู้ป่วยหน้าที่ในการดูแล
2. แพทย์ละเมิดหน้าที่การดูแลโดยการกระทำหรือการละเว้นบางอย่าง
3. การกระทำหรือการละเว้นนี้ได้ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของผู้ป่วย

เนื่องจากการพึ่งพาแพทย์ในการดูแลร่างกายและจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยกฎหมายได้กำหนดว่า “หน้าที่ในการดูแล” สิ่งนี้ขึ้นอยู่กับหลักการที่ว่าบุคคลต้องดูแลอย่างสมเหตุสมผลเพื่อหลีกเลี่ยงการกระทำหรือการละเว้นซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หากการกระทำนั้นทำให้เกิดความเสียหายแพทย์อาจต้องรับผิดชอบในการกระทำทางแพ่งสำหรับความประมาทเลินเล่อหากการกระทำของแพทย์ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงหรือว่าจงใจประมาทให้ผู้ป่วยสูญเสียแขนและขาหรือชีวิตอาจถูกดำเนินคดีโดยศาลอาญาว่าเป็นความประมาทเลินเล่อทางอาญาหรือฆ่าคนตาย โจทก์ที่ได้รับความเสียหายต้องแสดงให้เห็นว่าจำเลยได้รับอันตรายและอันตรายนั้นเกิดจากการกระทำของจำเลยหรือการละเว้นการกระทำนั้นก่อให้เกิดอันตรายต่อ โจทก์ อย่างไรก็ตามแต่ หากพิสูจน์ความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นมิได้ไม่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมายหากไม่มีความเสียหายเกิดขึ้นในกฎหมายจำนวนเงินชดเชยที่ได้รับจากการกระทำที่เกิดจากความประมาทเลินเล่อแล้วได้รับความเสียหายจะได้รับ ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายของเครื่องใช้ไฟฟ้าหรือการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการทางร่างกาย ค่าใช้จ่ายในการดูแลและความช่วยเหลือในประเทศ การสูญเสียรายได้และความเสียหายทั่วไปสำหรับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน การดำเนินคดีจึงเป็นกระบวนการในการแก้ไขข้อพิพาทซึ่งให้ศาลทำหน้าที่ตัดสินข้อพิพาทสิทธิที่เกี่ยวข้องทางกฎหมายการดำเนินคดีทางการแพทย์อาจมีค่าใช้จ่ายสูงศาลอาจใช้วิธีการระงับข้อพิพาทเพื่อแก้ไขข้อพิพาทก่อนการพิจารณาตัดสินของศาล

## (2) ความรับผิดชอบทางอาญา

เครือรัฐออสเตรเลียได้บัญญัติหลักสันนิษฐานว่าด้วยผู้ต้องหาหรือจำเลยในคดีอาญาเป็นผู้บริสุทธิ์ (Presumption of Innocence) ไว้ในประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2538 (Criminal Code Act 1995) ได้บัญญัติว่า ภาระการพิสูจน์ข้อกฎหมาย (Legal burden) ในการฟ้องร้องตกอยู่แก่โจทก์ ซึ่งต้องพิสูจน์ว่าจำเลยได้กระทำการครบองค์ประกอบความผิดแล้วและจะต้องพิสูจน์จนสิ้นสงสัย (beyond reasonable doubt) การกำหนดให้ภาระการพิสูจน์ตกอยู่แก่จำเลยมีบัญญัติไว้ในมาตรา 13.3 ถึง มาตรา 13.5 2 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2538 (Criminal Code Act 1995) กล่าวคือ จำเลยต้องเป็นภาระในการนำเสนอพยานหลักฐาน (evidential burden) เท่านั้น เว้นแต่กฎหมายกำหนดเป็นอย่างอื่น (ในมาตรา 13.3 วรรคท้ายแห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2538 (Criminal Code Act 1995) ได้ให้ความหมายภาระการเสนอพยานหลักฐาน คือ ภาระที่ต้องนำเสนอพยานหลักฐานที่แสดงถึงความเป็นไปได้ที่สมเหตุสมผลว่าข้อเท็จจริงมีอยู่หรือไม่โดยไม่ต้องถึงขั้นที่ต้องเสนอพยานหลักฐานจนศาลเชื่อว่าจำเลยไม่ได้กระทำความผิดโดยกฎหมายอาจกำหนดให้ภาระการพิสูจน์ของจำเลยเป็นภาระการพิสูจน์ข้อกฎหมายก็ได้หากกฎหมายนั้นกำหนดอย่างชัดเจนว่า ภาระการพิสูจน์ของจำเลยเป็นภาระการพิสูจน์ข้อกฎหมาย (มาตรา 13.4 (a)) หรือบังคับให้จำเลย

พิสูจน์ข้อเท็จจริง (มาตรา 13.4 (b)) หรือสันนิษฐานว่ามีข้อเท็จจริงนั้นอยู่ เว้นแต่จำเลยจะพิสูจน์ให้เห็นเป็นอย่างอื่น (มาตรา 13.4 (c)) ทั้งนี้ ไม่ว่าจะจำเลยจะมีภาระการพิสูจน์แบบใดมาตรฐานการพิสูจน์ของจำเลยไม่ถึงขั้นที่ต้องพิสูจน์จนสิ้นสงสัย แต่เป็นมาตรฐานการพิสูจน์แบบ “balance of probabilities” (มาตรา 13.5) คือ พิสูจน์ให้ศาลเห็นว่ามีความเป็นไปได้ และเป็นไปไม่ได้พอเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการด้านสาธารณสุขทำให้เกิดความเสียหายแล้วนอกจากต้องรับผิดชอบแพ่งแล้วจะต้องมีความรับผิดชอบทางอาญาด้วย และภาระในการพิสูจน์จะคล้ายกับประมวลกฎหมายอาญาของไทยต้องไ้ระยะเวลาในการพิสูจน์ถูกผิดทำให้เกิดความล่าช้าในการเยียวยาความเสียหายแก่ผู้ที่มาใช้แล้วเกิดความเสียหาย

### (3) ประกันวินาศภัย

เครือรัฐออสเตรเลียระบบการชดเชยความเสียหายของเครือรัฐออสเตรเลียใช้ระบบการฟ้องศาลเพียงแต่มีการใช้กลไกของการประกันทางการแพทย์มาเป็นขั้นตอนก่อนถึงการใช้กลไกการตัดสินของศาลและได้มีการประกันภัยความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ (Medical Indemnity Insurance) ในเครือรัฐออสเตรเลียเป็นรูปแบบการประกันภัยความรับผิดชอบซึ่งชดเชยให้กับผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์ (medical practitioner) ในกรณีที่ต้องสูญเสียเงินตามกฎหมายจากการปฏิบัติหน้าที่ของตน เช่น การฟ้องร้องเนื่องจากการบาดเจ็บหรือตายเนื่องจากการรักษาซึ่งถือว่าการส่งต่อความเสี่ยงของการสูญเสียจากผู้เอาประกันภัยไปยังผู้รับประกันภัย ทั้งนี้ผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายเงินจำนวนหนึ่ง ซึ่งเรียกว่าเบี้ยประกันภัย (premium) ให้แก่ผู้รับประกันภัย แต่ทั้งนี้ ไม่รวมความผิดทางอาญา

เครือรัฐออสเตรเลียเป็นประเทศหนึ่งที่มีการประกันภัยความรับผิดทางการแพทย์อย่างแพร่หลาย มีทั้งลักษณะการรวมตัวกันเป็นสมาคมเพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ที่สนใจสมัคร เข้าเป็นสมาชิกและการประกันภัยกับบริษัทเอกชนหรือประกันภัยกับโรงพยาบาลเอกชนที่ตนสังกัดอยู่ และมีรูปแบบกรรมธรรม์ที่หลากหลาย โดยกรรมธรรม์ประกันภัยของเครือรัฐออสเตรเลียมีกรรมธรรม์สำหรับ ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์โดยเฉพาะ (Medical Malpractice Insurance) รวมทั้งมีกรรมธรรม์ สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เฉพาะทางในบางสาขา เช่น Medical Insurance Group Australia (MIGA) มีกรรมธรรม์สำหรับศัลยกรรมเสริมความงาม (Cosmetic Surgery) เนื่องจากธุรกิจเสริมความงามกำลังเป็นที่นิยมในเครือรัฐออสเตรเลียจึงมีกรรมธรรม์สำหรับศัลยกรรมตกแต่ง โดยเฉพาะ ซึ่งโดยปกติแล้วการศัลยกรรมตกแต่งเสริมความงามมักจะอยู่ในช้อยกเว้นเนื่องจากมีความเสี่ยงสูง แต่อย่างไรก็ตาม ก็มีการจัดระดับความเสี่ยงไว้ในแต่ละกรรมธรรม์ (รจนสม ปรัชญาพิพัฒน์, 2552, หน้า 161)

ปัจจุบันนี้ เครือรัฐออสเตรเลียมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัยความรับผิดทางการแพทย์คือ The Insurance Act 1973, Medical Indemnity Act 2002 และ Medical Indemnity (Prudential Supervision and Product Standard) Act 2003 การทำประกันทางการแพทย์ เป็นระบบหนึ่งที่ใช้ในเครือรัฐออสเตรเลียคล้ายกับประเทศอื่น ๆ แพทย์สภาของเครือรัฐออสเตรเลีย ได้สนับสนุนให้สมาชิกซึ่งเป็นแพทย์เห็นความสำคัญของเงินชดเชยค่าเสียหายทางการแพทย์โดยให้เหตุผลสนับสนุนต่าง ๆ มากมาย อาทิเช่น การเพิ่มขึ้นของการฟ้องร้องทางการแพทย์ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง การเพิ่มขึ้นของจำนวนเงินที่ต้องชดเชยโดยทั่วไปแพทย์ที่มีประกันภัยสำหรับการให้การรักษาส่งเสริมการจ่ายเงินชดเชยแก่ผู้ป่วยกรณีที่มีความผิดพลาดทางการแพทย์ได้ทันที อย่างไรก็ตาม แพทย์สภาของเครือรัฐออสเตรเลียไม่ได้บังคับว่าจะต้องมีการซื้อประกันทางการแพทย์แต่จะขึ้นอยู่กับความต้องการในแต่ละรัฐ (Australian Medical Association; AMA, 2001) แพทย์สภาของเครือรัฐออสเตรเลียเสนอแนวทางในการจ่ายเงินชดเชยโดยเห็นว่าควรจ่ายโดยตรงและเป็นงวด (Direct payment mechanism/ structured settlement/ periodic payment) แทนที่จะจ่ายให้เป็นเงินก้อนครั้งเดียว (lump sum) เพราะการจ่ายเป็นเงินก้อนนั้น ถ้าหากขาดการจัดการที่ดีเงินจะสูญหายอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ยังมีข้อดีของการจ่ายเป็นแบบเป็นงวด คือ การจ่ายเงินให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทุกเดือน (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2553, หน้า 152)

จากการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศ จะได้เห็นถึงการคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล การควบคุมบุคลากรทางการแพทย์ การเยียวยาความเสียหายและมาตรการที่นำมาใช้ในการคุ้มครองและเยียวยาความเสียหายจากผู้เสียหายที่ใช้บริการด้านสาธารณสุขเพื่อจะได้นำกลไกที่ได้ทบทวนวรรณกรรมไปวิเคราะห์ต่อไป และผู้ให้บริการนักวิชาการ ประชาชนทั่วไปแล้วเห็นว่ก้ยังขาดคุณภาพประสิทธิภาพการเข้าถึงได้และความเป็นธรรมในการให้ความช่วยเหลือ ผู้เสียหายและแม้ว่าโดยพื้นฐานของแนวคิดการชดเชยเพียงเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขซึ่งจะนำไปวิเคราะห์ในบทที่ 4 ต่อไป

## 5. การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

มนุษย์อยู่ร่วมกันในลักษณะสังคมอยู่ในดินแดนมีอาณาเขตแน่นอน และมีรัฐบาลซึ่งมีอำนาจอธิปไตยหรืออำนาจสูงสุดในการดำเนินกิจการของรัฐในประเทศและนอกประเทศโดยอิสระ ดังนั้น รัฐบาลจึงเป็นสังคมที่มีการจัดองค์กรทางการเมืองแตกต่างจากการรวมตัวกันเป็นสังคมแบบธรรมดา ๆ ความหมายของรัฐบาลจึงมีองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด คือ ประชากร ดินแดน รัฐบาล อธิปไตย ในบรรดาคำประกอบทั้ง 4 อย่างนี้ นอกจาก ดินแดน รัฐบาล อำนาจอธิปไตยแล้ว

ประชาชนยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งหากประชาชนของรัฐหรือของประเทศเหล่านั้นมีประชาชนที่สุขภาพพลานามัยสมบูรณ์และแข็งแรง ประเทศไทยมีการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ดังนี้

### 5.1 การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

การคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชนนั้นพบว่ามีตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534 บัญญัติไว้ใน มาตรา 83 “รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานโดยทั่วถึงกัน และพึงให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า และพึงส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะทำได้ การปกป้องและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์” จากบทบัญญัตินี้ที่กำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐต้องส่งเสริมการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานเดียวกันโดยไม่คำนึงถึงสถานของประชาชนที่เข้ารับการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้ยากไร้ที่เข้ารับการรักษาโดยไม่คิดมูลค่าและรัฐจะต้องปกป้อง ขจัด โรคติดต่ออันตรายให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ รวมทั้งส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการสาธารณสุขของรัฐในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชนจนกระทั่งมาถึง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มีบัญญัติใน มาตรา 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ” บทบัญญัตินี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญที่จะให้สิทธิแก่ประชาชนทุกคนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมและเสมอภาคกัน โดยเฉพาะประชาชนที่ยากไร้หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจที่รัฐจะต้องให้สิทธิในการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าจ่ายน้อยที่สุด ซึ่งก็นำไปสู่การตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กฎหมายทั้งสองฉบับเป็นกฎหมายที่บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิของผู้ใช้แรงงานและประชาชนทั่วไปในการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล ที่ได้กำหนดสิทธิของประชาชน ที่เป็นผู้ใช้แรงงานกับประชาชนทั่วไปในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 51 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”  
รัฐธรรมนูญ ฉบับนี้

กำหนดความชัดเจนในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ แก่ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ ส่งผลให้มีการตราพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 เกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขของข้าราชการ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 47 “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” รัฐธรรมนูญฉบับนี้มีเป้าหมายเช่นเดียวกับรัฐธรรมนูญ ฉบับพุทธศักราช 2534 ฉบับพุทธศักราช 2540 และฉบับพุทธศักราช 2550 ที่มีบทบัญญัติให้การคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพที่จะรับบริการสาธารณสุขไว้อย่างชัดเจน

## 5.2 การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพตามกฎหมายเฉพาะ

การคุ้มครองการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลมีการรับรองสิทธิไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ตามที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้นและยังมีกฎหมายระดับพระราชบัญญัติให้การคุ้มครองเช่นกัน คือ

### 5.2.1 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

สุขภาพของประชาชนในประเทศเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีสุขภาพและอนามัยดีของประชาชน ดังนั้น จึงเป็นความสำคัญที่รัฐบาลทุกสมัยจะถือเป็นนโยบายสำคัญด้านหนึ่ง ซึ่งจากการจุดเริ่มต้นมาจากการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการ “โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข” โดยนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ประธานชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ 8 ในปี พ.ศ. 2533 เพื่อการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขที่ไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรกว่า 20 ล้านคนหรือร้อยละ 30 ของประเทศที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เพื่อให้มีการขยายสวัสดิการรักษายาพยาบาลและหลักประกันสุขภาพ โดยได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าสู่ที่ประชุมรัฐสภาสมัย รัฐบาลพรรคประชาธิปัตย์ โดยมีนายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรี แต่ร่างกฎหมายฉบับนี้ไม่ผ่านการพิจารณา นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จึงได้ทำการสรุประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหลักการความเป็นมาและโอกาส



ความเป็นไปได้ในการดำเนินการซึ่งจะใช้งบประมาณ 30,000 ล้านบาท เผยแพร่ยังพรรคการเมืองต่าง ๆ ในช่วงก่อนการเลือกตั้ง พ.ศ. 2544 ปรากฏว่าพรรคไทยรักไทย (ต่อมาได้เป็นรัฐบาล) ได้นำไปเป็นนโยบาย เรียกว่า “30 บาทรักษาทุกโรค” และพรรคนี้ก็ได้รับการเลือกตั้งจนได้เป็นรัฐบาลที่มี ดร. ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี และได้ดำเนินการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งก็เป็นนโยบายประชานิยมของพรรคไทยรักไทย และเมื่อพิจารณาจากนโยบายนี้จะพบว่า เป็นนโยบายที่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และในปี พ.ศ. 2545 มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีหลักการและเหตุผล คือ โดยที่มาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการ โดยความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แบ่งออกเป็น 9 หมวด มีทั้งหมด 70 มาตรา ดังนี้

#### บทนิยามมาตรา 1-4

หมวด 1 สิทธิการรับบริการสาธารณสุข มาตรา 5 ถึง มาตรา 12

หมวด 2 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ มาตรา 13 ถึง มาตรา 23

หมวด 3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพ มาตรา 24 ถึง มาตรา 37

หมวด 4 กองทุนหลักประกันสุขภาพ มาตรา 38 ถึง มาตรา 43

หมวด 5 หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มาตรา 44 ถึง มาตรา 47

หมวด 6 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มาตรา 48 ถึง มาตรา 53

หมวด 7 พนักงานเจ้าหน้าที่ มาตรา 54 ถึง มาตรา 56

หมวด 8 การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ มาตรา 57 ถึงมาตรา 62

หมวด 9 บทกำหนดโทษ มาตรา 63 และมาตรา 64

บทเฉพาะการ มาตรา 65 ถึง มาตรา 70

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงเป็นกฎหมายระดับรองในการคุ้มครองสิทธิประชาชนในการเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพ

### 5.2.2 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521

ประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลมาอย่างต่อเนื่องตลอดมา ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่ารัฐบาลให้ความสำคัญในส่วนของสุขภาพของประชาชนและเป็นการสร้างความมั่นคงให้กับชีวิตของประชาชนคนไทย ซึ่งสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลระบบแรก ๆ ที่เริ่มขึ้นก็คือ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ โดยอาศัยอำนาจรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2517 ในการตราพระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518 ต่อมาได้มีการตราพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521 โดยให้อำนาจกระทรวงการคลังในการกำหนดหลักเกณฑ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการตามพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว บัญญัติไว้ในมาตรา 3 (6) “การจ่ายเงินตามงบประมาณรายจ่ายในประเภทดังต่อไปนี้ ให้กระทำได้ โดยตราเป็นพระราชกฤษฎีกา (6) เงินสวัสดิการจากทางราชการ” ดังนั้น การใช้จ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายที่เป็นเงินสวัสดิการจากทางราชการเป็นสวัสดิการจากทางราชการอย่างหนึ่งจึงต้องตราเป็นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521 และได้มีการปรับปรุงแก้ไขพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล รวม 8 ฉบับจนถึงปี พ.ศ. 2553 ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 มีหลักการและเหตุผลในการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาฉบับนี้คือ “โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการทางการแพทย์และระบบประกันสุขภาพอื่น และเพื่อพัฒนาระบบสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของรัฐ โดยขยายสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนให้กว้างขึ้น และกำหนดให้การเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นการรักษาพยาบาล รวมทั้งกำหนดให้มีการนำระบบการเบิกจ่ายตรงมาใช้กับการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นการลดขั้นตอนการ

ดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายของรัฐและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชกฤษฎีกานี้”

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521 เป็นกฎหมายที่รับรองสิทธิของข้าราชการในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ มีทั้งหมด 19 มาตรา

### 5.2.3 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

เมื่อปี พ.ศ. 2497 รัฐบาลได้มีการตรากฎหมายพระราชบัญญัติประกันสังคมขึ้น แต่ด้วยสภาพทางเศรษฐกิจในขณะนั้นยังไม่พร้อมรัฐบาลจึงพิจารณาเห็นว่าไม่ควรที่จะนำพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ออกมาบังคับใช้จนกระทั่ง ปี พ.ศ. 2515 รัฐบาลโดยคณะปฏิวัติพิจารณาว่าลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการทำงานให้แก่นายจ้าง ควรมีหลักประกันว่าจะได้รับเงินทดแทน จึงได้ออกประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 จัดตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้นในกรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย โดยมีเจตนารมณ์ที่จะให้หลักประกันแก่ลูกจ้างที่เจ็บป่วยหรือประสบอันตราย อันเนื่องมาจากการทำงานได้มีการดำเนินการผลักดันการประกันสังคมอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2533 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวได้ให้หลักประกันแก่ลูกจ้างผู้ประกันตน 7 กรณี การเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุ การทุพพลภาพ การตาย ที่มีขึ้นเนื่องมาจากการทำงาน การคลอดบุตร การชราภาพ การสงเคราะห์บุตร และการว่างงาน และได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 มีเหตุผลและหลักการ ในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ “โดยที่พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 38 วรรคสอง บัญญัติให้ผู้ประกันตนที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตรกรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย ต่ไปอีกหกเดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างและมาตรา 41 วรรคสาม ให้นำบทบัญญัติมาตรา 38 วรรคสอง มาใช้บังคับแก่ผู้ประกันตนโดยสมัครใจที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนโดยอนุโลม ซึ่งบทบัญญัตินี้ดังกล่าวมีเจตนารมณ์ในการช่วยเหลือผู้ประกันตนไม่ให้ได้รับความเดือดร้อนชั่วระยะเวลาที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง หรือสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน แล้วแต่กรณีสมควรกำหนดให้ขยายระยะเวลาการมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนภายหลังลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง โดยตราเป็นพระราชกฤษฎีกา ประกอบกับบทบัญญัติในส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิของผู้ประกันตนในการได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตรกรณีชราภาพ และกรณีว่างงานยังไม่เหมาะสมสมควรแก้ไขเพิ่มเติมให้ชัดเจนและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ประกันตนและการออกเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมของรัฐบาล นายจ้างและผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ยังไม่สอดคล้องกับ

ความสามารถในการออกเงินสมทบและสภาพการณ์ทางเศรษฐกิจสมควรแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติดังกล่าวให้เหมาะสมยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้”

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีทั้งหมด 104 มาตรา ดังนี้

บทนิยาม มาตรา 1 ถึงมาตรา 7

ลักษณะ 1 บททั่วไป

หมวด 1 คณะกรรมการประกันสังคม มาตรา 8 ถึง มาตรา 18

หมวด 2 สำนักงานประกันสังคม มาตรา 19 และมาตรา 20

หมวด 3 กองทุนประกันสังคม มาตรา 21 ถึง มาตรา 27

หมวด 4 การสำรวจประกันสังคม มาตรา 28 ถึงมาตรา 32

ลักษณะ 2 การประกันสังคม

หมวด 1 การเป็นผู้ประกันตน มาตรา 33 ถึง มาตรา 45

หมวด 2 เงินสมทบ มาตรา 46 ถึง มาตรา 53

ลักษณะ 3 ประโยชน์ทดแทน

หมวด 1 บททั่วไป มาตรา 54 ถึงมาตรา 61/1

หมวด 2 ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย มาตรา 62

ถึง มาตรา 64

หมวด 3 ประโยชน์ทดแทนในการคลอดบุตร มาตรา 65 ถึง มาตรา 68

หมวด 4 ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ มาตรา 69 ถึง มาตรา 72

หมวด 5 ประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย มาตรา 73

หมวด 6 ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร มาตรา 74 และมาตรา 75

หมวด 7 ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ มาตรา 76 และมาตรา 77

หมวด 8 ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน มาตรา 78 และมาตรา 79

ลักษณะ 4 พนักงานเจ้าหน้าที่และการตรวจตราและควบคุม มาตรา 80 ถึงมาตรา 84

ลักษณะ 5 การอุทธรณ์ มาตรา 85 ถึงมาตรา 91

ลักษณะ 6 มาตรา 92 ถึงมาตรา 102

บทเฉพาะการ มาตรา 103 และมาตรา 104

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เป็นกฎหมายระดับรองในการบัญญัติรับรองสิทธิผู้ใช้สิทธิประกันสังคมในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ

### 5.3 การควบคุมการประกอบวิชาชีพ

งานบริการเฉพาะที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถเฉพาะด้านจำเป็นต้องมีกฎหมายควบคุมและอนุญาตให้ประกอบอาชีพและการให้บริการนั้นได้เนื่องจากเมื่อเกิดความเสียหายทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ใช้บริการมากกว่างานบริการโดยทั่วไป ผู้ประกอบวิชาชีพตามที่กฎหมายกำหนดในประเทศไทยมี 7 กลุ่มวิชาชีพจะกล่าวต่อไปนี้

#### 5.3.1 วิชาชีพกายภาพบำบัด

เมื่อกล่าวถึงนักกายภาพบำบัดตามความหมายในทางวิชาการด้านการแพทย์แล้วจะหมายถึง บุคคลผู้บริการเกี่ยวกับการตรวจ ประเมินการวินิจฉัย และการบำบัดความบกพร่องของร่างกาย ซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติการป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพความพิการของร่างกาย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดหรือการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการให้บริการ นักกายภาพบำบัดจึงเป็นการประกอบอาชีพอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย

ฉะนั้น การประกอบอาชีพนักกายภาพบำบัดจึงเป็นอาชีพพิเศษที่มีการควบคุมโดยกฎหมาย ซึ่งผู้ประกอบอาชีพนี้ในทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547 จะเรียกว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด” ความหมายว่า “บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดจากสภากายภาพบำบัด” (พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547, มาตรา 3) การประกอบอาชีพนักกายภาพบำบัดจึงเป็นอาชีพที่ถูกควบคุมตามกฎหมาย ซึ่งเหตุที่ต้องควบคุมนั้นหากพิจารณาข้อความส่วนหนึ่งตอนท้ายเหตุผลท้ายพระราชบัญญัตินี้ที่ระบุไว้ว่า “เพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพกายภาพบำบัด กำหนดและควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด และควบคุมมิให้มีการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบจากบุคคลซึ่งไม่มีความรู้ อันก่อให้เกิดภัยและความเสียหายแก่ประชาชน” นั้น จะเห็นว่าการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพนี้ หากในการทำงานทำโดยบุคคลที่ไม่มีความรู้ ความสามารถ หรือในมีความเชี่ยวชาญตามหลักวิชาการแล้ว รวมถึงกรณีที่เป็นผู้มีความรู้ความสามารถก็ตามแต่หากมีการปฏิบัติหรือละเว้นปฏิบัติ อันเป็นการกระทำกายภาพบำบัดที่ผิดพลาดแล้ว ก็ย่อมที่จะนำมาซึ่งภัยหรือความเสียหายแก่บุคคลผู้เสียค่าบริการวิชาชีพเพื่อเข้ารับบริการกายภาพบำบัดได้

สำหรับมาตรการทางกฎหมายที่ใช้ในการควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดตามพระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547 จะเป็นการควบคุมการปฏิบัติงานโดยองค์กรวิชาชีพที่เรียกว่า “สภากายภาพบำบัด” และมีมาตรการควบคุมทั้งในส่วนผู้ให้บริการและการให้บริการด้านกายภาพบำบัด ที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

1) การกำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด (มาตรา 11-13)

2) การขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (มาตรา 12)

3) สภากายภาพบำบัดมีวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ (มาตรา 7 และมาตรา 8)

4) อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสภากายภาพบำบัด (มาตรา 23 และมาตรา 24)

5) การควบคุมการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด (มาตรา 28-46)

6) บทกำหนดโทษตามพระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด (มาตรา 50-54)

### 5.3.2 วิชาชีพเภสัชกรรม

เภสัชกร คือผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข ที่มีความเชี่ยวชาญด้านยามากที่สุด ในสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ทั้งยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ เนื่องจากสาขาวิชาชีพเภสัชกรรมนั้นมีความหลากหลาย จึงทำให้หน้าที่ของเภสัชกรจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแต่ละสายงาน ถ้าเป็นสายงานที่เกี่ยวข้องกับการบริบาลผู้ป่วย เช่น เภสัชกรโรงพยาบาล อาจมีหน้าที่หลักเช่นการจ่ายยาให้ผู้ป่วย การแนะนำการใช้ยา ติดตามการใช้ยาให้ผู้ป่วย แต่หากเป็นเภสัชกรที่เกี่ยวข้องกับสายงานด้านเทคโนโลยีเภสัชกรรม การทำงานอาจเป็นการควบคุมและดูแลกระบวนการในการผลิตยา ยังครอบคลุมถึง การพิจารณาที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย การประเมินและทบทวนการใช้ยา การติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยา รวมไปถึงการกระจายยา การเก็บรักษายาที่ถูกต้องเหมาะสม และการบริหารเภสัชกิจ และเป็นທີ່ปรึกษาด้านยาแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมหรือวิชาชีพเภสัชกรรม ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2558 ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมจากสภาเภสัชกรรม “วิชาชีพเภสัชกรรม” หมายความว่า วิชาชีพที่เกี่ยวกับการกระทำในการเตรียมยา การผลิตยา การประดิษฐ์ยา การเลือกสรรยา การวิเคราะห์ยา การควบคุมและการประกันคุณภาพยา การปรุงและจ่ายยา ตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

ผู้ประกอบวิชาชีพ การปรุงยา การจ่ายยา การขายยา และการดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยยา และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับยา การให้คำแนะนำปรึกษาและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา รวมทั้งการดำเนินการหรือร่วมกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในการค้นหา ป้องกันและแก้ไข ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา” (พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พุทธศักราช 2558 ฉบับที่ 2 มาตรา 3) เช่น การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดัน โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างถูกวิธี และการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรและอาหารเสริมอย่างถูกวิธี มาตรา 4

ซึ่งเหตุที่ต้องควบคุมนั้นหากพิจารณาข้อความส่วนหนึ่งตอนท้ายเหตุผลท้ายพระราชบัญญัตินี้ที่ระบุว่า “เพื่อส่งเสริมและควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ”

จากเหตุผลความจำเป็นที่ “สภาเภสัชกรรม” จะต้องมีกฎหมายให้เพื่อควบคุมทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและการให้บริการด้านวิชาชีพเภสัชกรรม สำหรับมาตรการควบคุมที่สำคัญตามที่กฎหมายฉบับนี้กำหนดบัญญัติมีดังต่อไปนี้

1) การกำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (มาตรา 12)

2) การขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (มาตรา 13)

3) สภาวิชาชีพเภสัชกรรม มีวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ (มาตรา 8-9)

4) อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพเภสัชกรรม (มาตรา 23)

5) การควบคุมการประกอบวิชาชีพผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (มาตรา 28-46)

6) บทกำหนดโทษตามพระราชบัญญัติ เภสัชกรรม (มาตรา 50-53)

### 5.3.3 วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

องค์การอนามัยโลกกำหนดนิยามของผดุงครรภ์ สรุปได้ดังนี้ “ผดุงครรภ์เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการศึกษาในหลักสูตรการผดุงครรภ์ จากสถานศึกษาที่เป็นที่ยอมรับในประเทศนั้น ๆ และเป็นผู้ที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพผดุงครรภ์” (องค์การอนามัยโลกกำหนดนิยามของผดุงครรภ์, ออนไลน์, 2562) ให้สามารถทำการผดุงครรภ์ได้ ผดุงครรภ์จะต้องมีความสามารถในการนิเทศที่จำเป็น การดูแลและการให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอด สามารถดำเนินการคลอดได้ด้วยควมรับผิดชอบของตนเอง ดูแลทารกแรกเกิดและทารกได้ รวมทั้งการป้องกันและสามารถพยากรณ์ความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นได้ สามารถดำเนินการจัดการดูแลในรายที่ผิดปกติและฉุกเฉินในขณะที่ไม่มีแพทย์ได้ และมีบทบาทการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การให้ความรู้กับครอบครัวชุมชนของหญิงตั้งครรภ์ หรือผู้ใช้บริการได้ การปฏิบัติงานควรให้คำแนะนำการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ การเตรียมตัวคลอดและการดูแลสุขภาพภายหลังคลอด การวางแผนครอบครัว ซึ่งผดุงครรภ์สามารถ ปฏิบัติงานได้ทั้งในโรงพยาบาล คลินิก และในชุมชน ทุกลักษณะของสถานบริการ

ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล “การประกอบวิชาชีพการพยาบาล” หมายความว่า

การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528, มาตรา 4) เช่น การให้บริการฟื้นฟูสภาพบุคคล กลุ่มคน และชุมชน ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความเจ็บป่วย เลือกรใช้วิธีการฟื้นฟูสภาพ แนะนำการใช้กายอุปกรณ์ และอวัยวะเทียม ให้ความรู้ สนับสนุน ช่วยเหลือ และแนะนำแหล่งประโยชน์ในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง แก่ผู้ใช้บริการ ญาติ และผู้เกี่ยวข้องประสานกับแหล่งประโยชน์เพื่อฟื้นฟูสุขภาพชุมชน

ซึ่งเหตุที่ต้องควบคุมนั้นหากพิจารณาข้อความส่วนหนึ่งตอนท้ายเหตุผลท้ายพระราชบัญญัตินี้ที่ระบุว่า “เพื่อความคล่องตัวในการทำหน้าที่ควบคุมและส่งเสริมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยอิสระเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น”

จากเหตุผลดังกล่าว “สภาการพยาบาล” จำเป็นต้องควบคุมลักษณะการให้บริการที่กล่าวมา สำหรับมาตรการควบคุมที่สำคัญตามที่กฎหมายฉบับนี้กำหนดบัญญัติ มีดังต่อไปนี้

1) การกำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ (มาตรา 11)

2) การขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (มาตรา 12)

3) สภาการพยาบาลมีวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ (มาตรา 7-8)

4) อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสภาพยาบาล (มาตรา 22)

5) การควบคุมการประกอบวิชาชีพผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (มาตรา 27-45)

6) บทกำหนดโทษตามพระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (มาตรา 46-48 ทวิ)

### 5.3.4 วิชาชีพทันตกรรม

ทันตแพทย์ทั่วไปจะทำหน้าที่ดูแลทันตสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโดยการตรวจเช็คฟัน และขูดหินปูนเป็นระยะ หากตรวจความผิดปกติในการสบฟัน ทันตแพทย์จะส่งผู้ป่วยมารับคำปรึกษาและการรักษาจากทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาทางด้านทันตกรรม จัดฟัน อย่างไรก็ตาม หากทันตแพทย์ทั่วไปจะให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันแก่ผู้ป่วย ก็สามารถทำได้ตามกฎหมาย หากแต่ต้องพิจารณา ในการรักษาเฉพาะในกรณีที่เหมาะสมที่ทันตแพทย์ผู้นั้นมีความรู้ความสามารถที่จะทำได้ โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พุทธศักราช 2537 ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมจากทันตแพทยสภา (พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พุทธศักราช 2537, มาตรา 4)



ให้บริการด้านการกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจการวินิจฉัยการบำบัดหรือการป้องกัน โรคฟัน โรคอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับฟัน โรคอวัยวะในช่องปาก โรคขากรรไกรและกระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร รวมทั้งการกระทำทางศัลยกรรมและทำการใด ๆ ในการบำบัด บำรุงฟัน ฟุสสภาพ อวัยวะในช่องปาก กระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกรและการทำฟันในช่องปาก เช่น ศัลยกรรมใบหน้า ขากรรไกรรังสีวิทยา แต่งฟัน ศัลยกรรมกระดูก

ในปัจจุบันวิชาการและเทคโนโลยีทางด้านทันตแพทยศาสตร์ในประเทศไทย ได้เจริญก้าวหน้าขึ้นเป็นอันมาก ประกอบกับจำนวนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาทันตกรรมมีจำนวนมากขึ้นสมควรแยกการควบคุมการประกอบวิชาชีพทันตกรรมออกจากอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ โดยจัดตั้งทันตแพทยสภาขึ้นทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพทันตกรรมแทนคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ” เหตุผลที่ายพระราชบัญญัตินี้ที่ระบุไว้ตั้งที่กล่าวมาจากเหตุผลข้างต้นที่กล่าวมาจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการกฎหมายเพื่อควบคุมทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและการให้บริการด้านวิชาชีพทันตกรรมโดย “ทันตแพทยสภา”

สำหรับมาตรการควบคุมที่สำคัญตามที่กฎหมายฉบับนี้กำหนดบัญญัติมีดังต่อไปนี้

- 1) การกำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม (มาตรา 12)
- 2) การขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (มาตรา 13)
- 3) สภาวิชาชีพทันตกรรมมีวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ (มาตรา 8-9)
- 4) อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพทันตกรรม (มาตรา 23)
- 5) การควบคุมการประกอบวิชาชีพทันตกรรม (มาตรา 28-46)
- 6) บทกำหนดโทษตามพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม (มาตรา 50-53)

### 5.3.5 วิชาชีพเวชกรรม

กฎหมายออกแบบมาให้กรรมการแพทยสภาทั้งหมดล้วนแล้วแต่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ด้านการสาธารณสุข ผู้บริหารสถาบันการศึกษาวิชาแพทย์ และผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ทั้งสิ้น โดยไม่มีตัวแทนจากฝั่งผู้รับบริการ เช่น คนไข้ หรือตัวแทนขององค์กรทางสังคมต่าง ๆ เช่น องค์กรคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค นักวิชาการสาขาอื่น หรือกระทั่งตัวแทนของภาครัฐนอกกิจการสาธารณสุขเลย อาจกล่าวได้ว่า ทางด้านผู้รับบริการและองค์กรทางสังคมมีบทบาทร่วมในการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยในระดับต่ำมากแพทยสภา

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 4 เป็นการให้บริการที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือ เพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การนวดหรือสวด การสอดใส่ วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวยหรือการบำรุงร่างกาย เช่น กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพแพทยที่มีกลไกความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดของระบบ ได้แก่ แพทย์และผู้ให้บริการสาธารณสุขอื่น ๆ ผู้ป่วย ญาติพี่น้องผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป และภาครัฐ เป็นต้น เหตุที่ต้องควบคุมนั้นหากพิจารณาข้อความส่วนหนึ่งตอนท้ายเหตุผลท้ายพระราชบัญญัตินี้ที่ระบุว่า “เพื่อควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชนให้รัดกุมยิ่งขึ้น”

จากเหตุผลความจำเป็นและลักษณะการให้บริการที่กล่าวมาจึงจำเป็นที่จะต้องมีกฎหมายเพื่อควบคุมทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและการให้บริการด้านวิชาชีพเวชกรรมสำหรับมาตรการควบคุมที่สำคัญตามที่กฎหมายฉบับนี้กำหนดบัญญัติมีดังต่อไปนี้

- 1) การกำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มาตรา 11)
- 2) การขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (มาตรา 12)
- 3) สภาแพทยสภา มีวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ (มาตรา 7-8)
- 4) คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ (มาตรา 21)
- 5) การควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มาตรา 26-42)
- 6) บทกำหนดโทษตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม (มาตรา 43-44)

### 5.3.6 วิชาชีพการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทย หรือ การแพทย์แผนโบราณเป็นการดูแลสุขภาพทั้งสภาวะปกติและสภาวะที่ผิดปกติเป็นโรคโดยใช้ทฤษฎีความสมดุลของธาตุต่าง ๆ ในร่างกายและกายวิภาคศาสตร์ (anatomy) หลักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้ามาอธิบาย ตามหลักวิชาการหลักเวชปฏิบัติจากหลักฐานสมัยอยุธยาพบว่า การแพทย์แผนไทยได้รับจากอายุรเวทอินเดียเป็นสำคัญโดยกล่าวว่า หมอชีวกโกมารภัจจ์ (แพทย์ประจำกายของพระพุทธเจ้า) เป็นผู้แต่งคัมภีร์แพทย์ ครั้นพระพุทธศาสนาเริ่มเผยแผ่เข้ามาสู่ไทย พระสงฆ์ผู้เข้ามาเผยแผ่พระพุทธศาสนาได้นำความรู้ในการรักษาโรคเข้ามาใช้กับชาวบ้านด้วย จึงเกิดการผสมผสานกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทยองค์ความรู้

ด้านการแพทย์แผนไทยล้วนเป็นผลสืบเนื่องจากการสะสมประสบการณ์ในการต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยมองว่าจิตใจและอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมนุษย์มีการทำงานที่สัมพันธ์ และเป็นหนึ่งเดียว นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรวมไปถึงจักรวาลการแก๊ปัญหา จึงใช้วิธีแบบองค์รวม (Holistic) ดังนั้น จึงไม่ใช่เรื่องของการแพทย์อย่างเดียวล้วน ๆ แต่เป็นเรื่องของปรัชญาความคิดที่ครอบคลุมไปถึงการดำเนินชีวิตตามแบบวิถีชีวิตคนไทย

ดังนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพแผนไทยมีรายละเอียด กล่าวคือ “ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยจากสภาการแพทย์แผนไทย การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การประกอบวิชาชีพด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย การนวดไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย หรือการแพทย์แผนไทยประเภทอื่น ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด โดยคำแนะนำของคณะกรรมการ หรือ “ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์จากสภาการแพทย์แผนไทย (พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556, มาตรา 3) ผู้ประกอบวิชาชีพนี้เป็นลักษณะกระทำหรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์ บริการเกี่ยวกับการแนะนำ การตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยอาศัยองค์ความรู้ด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย การนวดไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย

โดยจัดตั้ง “สภาการแพทย์แผนไทย” ขึ้นเพื่อส่งเสริมการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการประกอบ วิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ กำหนดและควบคุมมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ การแพทย์แผนไทยและผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ให้เป็นไปตามจรรยาบรรณ แห่งวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและควบคุมมิให้มีการแสวงหาประโยชน์ โดยมีขอบจากบุคคลซึ่งไม่มีความรู้ อันก่อให้เกิดภัยและความเสียหายแก่ประชาชน พร้อมกับเป็นการสนับสนุน ส่งเสริม พัฒนาให้วิชาชีพ การแพทย์แผนไทยมีความเจริญก้าวหน้า ตามเหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้

การให้บริการที่กล่าวมาจึงจำเป็นที่จะต้องมีความหมายเพื่อควบคุมทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและการให้บริการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยสำหรับมาตรการควบคุมที่สำคัญ ตามที่กฎหมายฉบับนี้กำหนดบัญญัติ มีดังต่อไปนี้

- 1) การกำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (มาตรา 12)
- 2) การขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (มาตรา 13)

- 3) สภาวิศวกรมีวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ (มาตรา 9)
- 4) คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ (มาตรา 24)
- 5) การควบคุมการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (มาตรา 31-49)
- 6) บทกำหนดโทษตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (มาตรา 53-57)

### 5.3.7 วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนเป็นวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมในชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การตรวจประเมิน และการบำบัดโรค เบื้องต้นการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพ การอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ เพื่อลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยในชุมชนโดยนำหลักวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้ แต่ไม่รวมถึงการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ หรือการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และการสาธารณสุขอื่นตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556, มาตรา 3)

การประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนการกระทำการสาธารณสุขต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่นการส่งเสริมการเรียนรู้แนะนำและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันควบคุมโรค และการบำบัดโรคเบื้องต้น ฟื้นฟูสภาพต่อบุคคล ครอบครัวชุมชนโดยการผสมผสานต่อเนื่องเชื่อมโยงเป็นองค์รวมประยุกต์หลักวิทยาศาสตร์ โดยการกระทำด้านการอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมป้องกันปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และลดความเสี่ยง การเจ็บป่วยต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น เป็นต้น (สภาสาธารณสุขชุมชน, ออนไลน์, 2564)

โดยมีสภาการสาธารณสุขควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน และส่งเสริมการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนกำหนดและควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพและควบคุมมิให้มีการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบจากบุคคลซึ่งไม่มีความรู้อันจะก่อให้เกิดภัยและความเสียหายต่อสุขภาพของบุคคลและชุมชน สำหรับมาตรการควบคุมที่สำคัญตามที่กฎหมายฉบับนี้กำหนดบัญญัติมีดังต่อไปนี้

- 1) การกำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ (มาตรา 10)
- 2) การขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (มาตรา 11)
- 3) สภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนมีวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ (มาตรา 7)
- 4) คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ (มาตรา 22)
- 5) การควบคุมการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน (มาตรา 27-43)

6) บทกำหนดโทษตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน (มาตรา 43-49)

การบริการของผู้ประกอบวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพสามารถแบ่งประเภทของการบริการได้ 4 ประเภท กล่าวคือ 1) การบริการต่อร่างกายลูกค้า (People Processing Service) ประเภทนี้ เป็นบริการที่มีการถูกเนื้อต้องตัวลูกค้าโดยตรง เช่น วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ วิชาชีพทันตกรรม ฯลฯ 2) การบริการต่อจิตใจลูกค้า (Mental Stimulus Processing Service) ประเภทนี้เป็นการให้บริการโดยไม่จำเป็นต้องถูกเนื้อต้องตัวลูกค้า แต่เป็นการให้บริการต่อจิตใจอารมณ์หรือความรู้สึกของลูกค้า เช่น แพทย์ วิศวกร ฯลฯ กระบวนการให้บริการจนกว่าจะได้รับผลประโยชน์ตามที่ต้องการจากบริการนั้น 3) การบริการต่อสิ่งของของลูกค้า (Possession Processing Service) เป็นการซื้อบริการให้กับสิ่งของของเรา เช่น บริการ สัตวแพทย์ เป็นต้น บริการในกลุ่มนี้เป็นการให้บริการ โดยการถูกเนื้อต้องตัวของสัตว์เลี้ยง หรือสิ่งของอย่างใดอย่างหนึ่งของลูกค้า ซึ่งลูกค้าจำเป็นต้องเอาสิ่งของหรือสัตว์เลี้ยงมาไว้ในสถานที่ให้บริการ โดยตัวลูกค้าไม่จำเป็นต้องอยู่ในสถานบริการ ในระหว่างที่เกิดการให้บริการก็ได้ 4) การบริการต่อสารสนเทศของลูกค้า (Information Processing Service) บริการในกลุ่มนี้ เป็นบริการที่ทำต่อสิ่งของของลูกค้าเช่นเดียวกับบริการประเภทที่ 3 แต่ต่างกันที่ลักษณะของ “สิ่งของ ของลูกค้า” โดย “สิ่งของของลูกค้า” ในบริการประเภทที่ 3 จะเป็นของที่มีตัวตน แต่สิ่งของในประเภทที่ 4 จะเป็นของที่ไม่มีตัวตน ซึ่งส่วนใหญ่ บริการประเภทนี้ ได้แก่ วิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น

จากกลไกการควบคุมตามที่กฎหมายบัญญัติที่กล่าวมาวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพจะพบว่ากฎหมายจะเน้นการควบคุมในด้านการเข้าสู่อาชีพและการประกอบอาชีพในลักษณะมาตรฐานวิชาชีพ แต่ในด้านการให้บริการในลักษณะของการคุ้มครองผู้รับบริการที่ซื้อบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพนี้ในเชิงของการคุ้มครองผู้บริโภคนั้น กฎหมายฉบับนี้มิได้วางมาตรการหรือมีกลไกในเชิงการคุ้มครองและเยียวยาผู้เสียหายจากการเข้ารับบริการอย่างชัดเจน ซึ่งหากเกิดกรณีที่เป็นความเสียหายจากการใช้บริการวิชาชีพการเยียวยาจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อกรณีไปใช้สิทธิเรียกร้องความเสียหายทางศาลในลักษณะคดีละเมิด

## 6. กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากฎหมายเพื่อความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ

กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากฎหมายเพื่อความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

### 6.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติรับรองสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชนบัญญัติไว้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ครั้งแรก พ.ศ. 2534 มาตรา 83 ต่อมา รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 บัญญัติไว้ใน มาตรา 52 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 บัญญัติไว้ใน มาตรา 51 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 บัญญัติไว้ใน มาตรา 47 มาตรา 55 มาตรา 61 เป็นต้น ซึ่งรายละเอียดที่เกี่ยวข้องจะได้อธิบายต่อไปในบทที่ 4

### 6.2 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522

กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค คือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของผู้คนในทุก ๆ สังคม โดยจะเกี่ยวข้องกับการใช้บริการและการใช้สินค้า เช่น มนุษย์มีความต้องการอาหาร ยา รักษาโรค มนุษย์จำเป็นต้องใช้บริการจากผู้ประกอบวิชาชีพ รถโดยสารรถประจำทาง เครื่องบิน เป็นต้น ดังนั้น การใช้บริการต่าง ๆ หรือการบริโภคจำเป็นต้องได้มีคุณภาพอย่างถูกต้องและได้มาตรฐานตามที่ผู้ผลิตได้โฆษณาเอาไว้จึงทำให้รัฐบาลซึ่งอยู่ในฐานะเป็นผู้คุ้มครองดูแลประชาชน เมื่อไหร่ก็ตามที่พบว่าประชาชนได้รับความเดือดร้อนหรือความเสียหายจากการใช้สินค้าและบริการจะต้องรีบเข้ามาคุ้มครองและแก้ไขปัญหาเหล่านั้นอย่างทันทั่วถึงที่ให้แก่ประชาชน มาตรา 3 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2541 บัญญัติไว้ว่า ผู้บริโภคนั้นหมายถึงผู้ซื้อสินค้าหรือผู้ที่ได้รับการจูงใจหรือการชักชวนจากผู้ประกอบการด้านธุรกิจเพื่อให้ซื้อสินค้า ทั้งยังหมายถึงผู้ซื้อสินค้าหรือผู้รับบริการจากผู้ประกอบการทางด้านธุรกิจโดยสุจริตแม้จะยังไม่ได้เสียค่าตอบแทนก็ตามรายละเอียดปรากฏตามที่ได้กล่าวมาในข้างต้น

ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกไม่ให้ถ้อยคำหรือไม่ส่งเอกสารหรือหลักฐานแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติการตามมาตรา 5 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 45)

ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการหรือคณะกรรมการเฉพาะเรื่อง ตามมาตรา 17 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 46)

ผู้ใดโดยเจตนาก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในแหล่งกำเนิดสภาพ คุณภาพ ปริมาณ หรือสาระสำคัญประการอื่นอันเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ ไม่ว่าจะเป็นอย่างตนเองหรือผู้อื่น โฆษณาหรือใช้ฉลากที่มีข้อความอันเป็นเท็จหรือข้อความที่รู้หรือควรรู้อยู่แล้วว่าอาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิด เช่นว่านั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 47)

ผู้ใดโฆษณาโดยใช้ข้อความตามมาตรา 22 วรรคสอง (3) หรือ (4) หรือข้อความตามที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออกตามมาตรา 22 วรรคสอง (5) หรือฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 23 มาตรา 24 มาตรา 25 หรือมาตรา 26 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามเดือนหรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 48)

ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณาซึ่งตั้ง ตามมาตรา 27 หรือมาตรา 28 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 49)

ถ้าการกระทำตามมาตรา 47 มาตรา 48 หรือมาตรา 49 เป็นการกระทำของเจ้าของสื่อโฆษณา หรือผู้ประกอบการโฆษณา ผู้กระทำต้องระวางโทษเพียงกึ่งหนึ่งของโทษที่บัญญัติไว้สำหรับความผิดนั้น (มาตรา 50)

ถ้าการกระทำความผิดตามมาตรา 47 มาตรา 48 หรือมาตรา 49 หรือมาตรา 50 เป็นความผิดต่อเนื่อง ผู้กระทำต้องระวางโทษปรับวันละไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทหรือไม่เกินสองเท่าของค่าใช้จ่ายที่ใช้สำหรับการโฆษณานั้นตลอดระยะเวลาที่ยังฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตาม (มาตรา 51)

ผู้ใดขายสินค้าที่ควบคุมฉลากตามมาตรา 30 โดยไม่มีฉลากหรือมีฉลาก แต่ฉลากหรือการแสดงฉลากนั้นไม่ถูกต้อง หรือขายสินค้าที่มีฉลากที่คณะกรรมการว่าด้วยฉลากสั่งเลิกใช้ตามมาตรา 33 ทั้งนี้ โดยรู้หรือควรรู้อยู่แล้วว่าการไม่มีฉลากหรือการแสดงฉลากดังกล่าวนี้ไม่ถูกต้องตามกฎหมายต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 52)

ถ้าการกระทำตามวรรคหนึ่งเป็นการกระทำของผู้ผลิตเพื่อขายหรือผู้ส่งหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อขายผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ผู้ประกอบการธุรกิจผู้ใดไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการว่าด้วยฉลากซึ่งตั้งตามมาตรา 33 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 53)

ผู้รับจ้างทำถากที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายหรือรับจ้างติดตริงถากที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายกับสินค้าโดยรู้หรือควรรู้อยู่แล้วว่าถากดังกล่าวนั้นไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองแสนบาท” (มาตรา 54)

ผู้ประกอบการผู้ใดไม่ปฏิบัติตามกฎกระทรวงที่ออกตามมาตรา 35 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท” (มาตรา 55)

ผู้ประกอบการผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 29/4 หรือมาตรา 29/5 วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับไม่เกินสองแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 56/2)

ผู้ประกอบการผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 29/6 วรรคสอง มาตรา 29/7 วรรคหนึ่ง มาตรา 29/10 วรรคสี่ มาตรา 29/11 วรรคหนึ่งหรือวรรคหก มาตรา 29/13 วรรคสอง หรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยตามมาตรา 29/8 วรรคหนึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับไม่เกินสองแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 56/3)

ผู้ประกอบการผู้ใดไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยตามมาตรา 29/8 วรรคสอง หรือมาตรา 29/9 วรรคสอง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 56/4)

ผู้ประกอบการผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 29/10 วรรคหนึ่ง หรือมาตรา 29/13 วรรคหนึ่ง หรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยตามมาตรา 29/10 วรรคสอง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือปรับไม่เกินหกแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับและปรับวันละไม่เกินสองหมื่นบาทจนกว่าจะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่าได้ดำเนินการแล้ว มาตรา 56/6 ผู้ใดกระทำความผิดตามมาตรา 56/2 มาตรา 56/3 มาตรา 56/4 หรือ มาตรา 56/5 ถ้าการกระทำนั้นเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่กาย สุขภาพ อนามัย หรือจิตใจของผู้อื่นผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสี่ปี หรือปรับไม่เกินแปดแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ถ้าการกระทำตามวรรคหนึ่งเป็นเหตุให้ผู้อื่นรับอันตรายสาหัสผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปีหรือปรับไม่เกินหนึ่งล้านบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ ถ้าการกระทำตามวรรคหนึ่งเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษจำคุก ตั้งแต่หนึ่งปีถึงสิบปี หรือปรับตั้งแต่สองแสนบาทถึงสองล้านบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 56/5)

ผู้ประกอบการผู้ใดไม่ส่งมอบสัญญาที่มีข้อสัญญาหรือมีข้อสัญญาและแบบถูกต้องตามมาตรา 35 ทวิ หรือไม่ส่งมอบหลักฐานการรับเงินที่มีรายการและข้อความถูกต้องตามมาตรา 35 เบื้องให้แก่ผู้บริโภคภายในระยะเวลาตามมาตรา 35 อัญชะ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับไม่เกินสองแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 57)



ผู้ประกอบการธุรกิจผู้ใดส่งมอบหลักฐานการรับเงินโดยลงจำนวนเงินมากกว่าที่ผู้บริโภครจะต้องชำระและได้รับเงินจำนวนนั้นไปจากผู้บริโภคแล้วต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับตั้งแต่หนึ่งพันบาทถึงสองหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่าคนได้ใช้ความระมัดระวังตามสมควรในการประกอบธุรกิจเช่นนั้นแล้ว

ผู้ประกอบการธุรกิจผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 35 สัตต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับไม่เกินสองแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 57 ทวิ)

ผู้ใดกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ภายในสถานที่ประกอบธุรกิจของผู้ประกอบการธุรกิจและการกระทำนั้นเป็นไปเพื่อประโยชน์ของผู้ประกอบการธุรกิจ ให้สันนิษฐานว่าผู้ประกอบการเป็นผู้กระทำความผิดด้วยเว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่าตนไม่สามารถคาดหมายได้ว่าบุคคลนั้นจะกระทำความผิดแม้จะใช้ความระมัดระวังตามสมควรแล้ว (มาตรา 58)

ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดซึ่งต้องรับโทษตามพระราชบัญญัตินี้เป็นนิติบุคคล กรรมการหรือผู้จัดการหรือผู้รับผิดชอบในการดำเนินการของนิติบุคคลนั้นต้องรับโทษตามที่กฎหมายกำหนดสำหรับความผิดนั้น ๆ ด้วยเว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่าตนมิได้มีส่วนในการกระทำความผิดของนิติบุคคลนั้น (มาตรา 59)

ผู้ใดโดยเจตนาทุจริตใช้ จ้าง วาน ยุยง หรือดำเนินการให้สมาคมหรือมูลนิธิ ที่คณะกรรมการรับรองตามมาตรา 40 ฟ้องร้องผู้ประกอบการคนใดเป็นคดีแพ่งหรือคดีอาญาต่อศาล เพื่อกลั่นแกล้งผู้ประกอบการนั้นให้ได้รับความเสียหายต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 60)

ผู้ใดเปิดเผยข้อเท็จจริงใดเกี่ยวกับกิจการของผู้ประกอบการอันเป็นข้อเท็จจริงที่ตามปกติวิสัยของผู้ประกอบการจะพึงสงวนไว้ไม่เปิดเผย ซึ่งตนได้มาหรือล่วงรู้เนื่องจากการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 51)

เว้นแต่เป็นการเปิดเผยในการปฏิบัติราชการหรือเพื่อประโยชน์ในการสอบสวน หรือการพิจารณาคดี ผู้ใดได้มาหรือล่วงรู้ข้อเท็จจริงใดจากบุคคลตามวรรคหนึ่งเนื่องในการปฏิบัติราชการหรือการสอบสวนหรือการพิจารณาคดี แล้วเปิดเผยข้อเท็จจริงนั้นในประการที่น่าจะเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษเช่น เดียวกัน มาตรา 62 บรรดาความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ที่มีโทษปรับสถานเดียว หรือเป็นความผิดที่มีโทษปรับหรือมีโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี ให้คณะกรรมการมีอำนาจเปรียบเทียบได้และในการนี้ให้คณะกรรมการมีอำนาจมอบหมายให้คณะกรรมการเฉพาะเรื่องหรือคณะอนุกรรมการ พนักงานสอบสวน พนักงานเจ้าหน้าที่ หรือเจ้าพนักงานท้องถิ่นดำเนินการเปรียบเทียบได้ โดยจะกำหนดหลักเกณฑ์ในการเปรียบเทียบหรือเงื่อนไขประการใด ๆ ให้แก่

ผู้ได้รับมอบหมายตามที่เห็นสมควรด้วยก็ได้เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ในการสอบสวน ถ้าพนักงานสอบสวนพบว่าบุคคลใดกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ และบุคคลนั้นยินยอมให้เปรียบเทียบให้พนักงานสอบสวนส่งเรื่องมายังคณะกรรมการหรือผู้ซึ่งคณะกรรมการมอบหมายให้มีอำนาจเปรียบเทียบตามวรรคหนึ่ง ภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ผู้นั้น แสดงความยินยอมให้เปรียบเทียบ

บรรดาความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ที่มีโทษปรับสถานเดียว หรือเป็นความผิด ที่มีโทษปรับ หรือมีโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปีให้คณะกรรมการมีอำนาจเปรียบเทียบได้และในการนี้ ให้คณะกรรมการมีอำนาจมอบหมายให้คณะกรรมการเฉพาะเรื่องหรือคณะอนุกรรมการ พนักงานสอบสวน พนักงานเจ้าหน้าที่หรือเจ้าพนักงานท้องถิ่น ดำเนินการเปรียบเทียบได้ โดยจะกำหนดหลักเกณฑ์ในการ เปรียบเทียบหรือเงื่อนไขประการใด ๆ ให้แก่ผู้ได้รับมอบหมายตามที่เห็นสมควรด้วยก็ได้ (มาตรา 62)

เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่งในการสอบสวน ถ้าพนักงานสอบสวน พบว่าบุคคลใดกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ และบุคคลนั้นยินยอมให้เปรียบเทียบให้ พนักงานสอบสวนส่งเรื่องมายังคณะกรรมการหรือผู้ซึ่งคณะกรรมการมอบหมายให้มีอำนาจ เปรียบเทียบตามวรรคหนึ่ง ภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ผู้นั้นแสดงความยินยอมให้เปรียบเทียบ ผู้กระทำความผิดได้ชำระเงินค่าปรับตามจำนวนที่เปรียบเทียบภายในระยะเวลาที่ผู้มีอำนาจ เปรียบเทียบกำหนดซึ่งไม่เกินสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปรียบเทียบแล้ว ให้ถือว่าคดีเลิกกันตาม บทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

ถ้าผู้กระทำความผิดไม่ยินยอมตามที่เปรียบเทียบหรือเมื่อยินยอมแล้วไม่ชำระเงินค่าปรับ ภายในระยะเวลาตามวรรคสามให้ดำเนินคดีต่อไปโดยให้อายุความเริ่มนับตั้งแต่วันครบกำหนด ชำระค่าปรับตามคำสั่งของผู้มีอำนาจเปรียบเทียบ

ค่าปรับจากการเปรียบเทียบที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ปฏิบัติการและ ดำเนินการ เปรียบเทียบความผิดตามที่ได้รับมอบหมายตามมาตรา 62 วรรคหนึ่ง ให้ตกเป็นรายได้ขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น (พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคฉบับที่ 4 พ.ศ. 2562, ราชกิจจานุเบกษา, 2562, 27 พฤษภาคม เล่ม 136 ตอนที่ 69 ก., หน้า 96) พิจารณาตามที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าไม่มีการ เยียวยาخذใช้ค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้บริโภค จึงเห็นสมควรที่จะปรับปรุงแก้ไขการคุ้มครองและ เยียวยาخذใช้ค่าเสียหายให้แก่ผู้บริโภค (มาตรา 63)

### 6.3 พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 หลักทั่วไปของการบังคับใช้กฎหมาย คือ เมื่อมีกฎหมายฉบับใดให้อำนาจในการคุ้มครอง ผู้บริโภคไว้เป็นการเฉพาะแล้วก็ต้องบังคับตามกฎหมายฉบับนั้นตัวอย่าง เช่น กรณีที่ผู้บริโภค

ถูกละเมิดสิทธิเกี่ยวกับเรื่องอาหาร ผู้บริโภครสามารถไปร้องเรียนที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ซึ่งเป็นกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคเฉพาะเรื่องสินค้าอาหารเท่านั้นแต่ถ้ากรณีไม่มีกฎหมายใดหรือหน่วยงานใดให้ความคุ้มครองผู้บริโภคเป็นการเฉพาะแล้วก็ต้องใช้ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ซึ่งให้ความคุ้มครองในผู้บริโภคด้านสินค้าและบริการทั่วไป

กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคเป็นกฎหมายที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิตของคนในสังคม โดยทั่วไปจะเกี่ยวข้องกับบริการบริโภคสินค้าและการใช้บริการ เช่น มนุษย์ต้องบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม ต้องใช้บริการรถประจำทาง รถไฟฟ้า รวมทั้งบริการอื่น ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก เช่น การใช้บัตรเครดิต โทรศัพท์มือถือ เป็นต้น ดังนั้นการบริโภคหรือการใช้บริการต่าง ๆ จะต้องได้มาตรฐานและมีคุณภาพครบถ้วนตามที่ผู้ผลิตได้โฆษณาแนะนำไว้ ด้วยเหตุนี้ รัฐในฐานะผู้คุ้มครองดูแลประชาชน หากพบว่าประชาชนได้รับความเดือดร้อนจากการบริโภคสินค้าและบริการจะต้องรีบเข้าไปแก้ไขเยียวยาและชดเชยความเสียหายให้กับประชาชน

สำหรับพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 จัดเป็นกฎหมายเฉพาะที่ไม่ซับซ้อนหรือขัดกับอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่คุ้มครองผู้บริโภคในด้านต่าง ๆ ตามตัวอย่างข้างต้น เพราะหากเกิดกรณีจำเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบมิได้ดำเนินการแก้ไขหรือดำเนินการไม่ครบถ้วนตามขั้นตอนของกฎหมาย ผู้เดือดร้อนสามารถร้องเรียนต่อสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อให้สั่งการแก้ไขแทนได้ เพราะสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นหน่วยงานคุ้มครองด้านการบริโภคสินค้าและบริการทั่วไป นอกเหนือจากการทำงานของหน่วยงานอื่น ๆ เมื่อผู้บริโภคถูกละเมิดสิทธิหรือไม่ได้รับความเป็นธรรมจากผู้ประกอบธุรกิจเนื่องจากการใช้สินค้าหรือบริการ ผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายโดยผู้บริโภคสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคประจำจังหวัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 เป็นกฎหมายฉบับเดียวที่มีอำนาจในการดำเนินคดีแทนผู้บริโภคเพื่อฟ้องเรียกทรัพย์สินหรือค่าเสียหายให้แก่ผู้บริโภคที่ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้สินค้าและการรับบริการ โดยผู้บริโภคไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการดำเนินคดีแต่อย่างใดโดยผู้บริโภคมีหน้าที่ในการเก็บรักษาพยานหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงถึงการละเมิดสิทธิของผู้บริโภคไว้เพื่อการเรียกร้องตามสิทธิของตน พยานหลักฐานดังกล่าว อาจเป็นสินค้าที่แสดงให้เห็นว่ามีปริมาณหรือคุณภาพไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ระบุไว้ในฉลาก มีความสกปรก หรือมีพิษที่ก่อให้เกิดอันตราย ควรจำสถานที่ซื้อสินค้าหรือบริการนั้นไว้ เพื่อประกอบการร้องเรียนและต้องเก็บเอกสารโฆษณาใบเสร็จรับเงินเอาไว้ด้วย

เมื่อมีการละเมิดสิทธิของผู้บริโภคขึ้น ผู้บริโภคมีหน้าที่ในการดำเนินการร้องเรียนตามสิทธิของตน โดยร้องเรียนไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลสินค้าหรือบริการนั้นหรือร้องเรียนมาที่สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคต่างจังหวัดหรือเรียนที่คณะอนุกรรมการการคุ้มครองผู้บริโภคประจำจังหวัด

การเตรียมตัวเพื่อร้องทุกข์สำหรับผู้บริโภค (พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541 มาตรา 4) ได้บัญญัติสิทธิของผู้บริโภคที่จะได้รับการคุ้มครอง 5 ประการ ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย ดังนั้นการร้องทุกข์ เมื่อไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการซื้อสินค้าหรือบริการถือเป็นเรื่องที่ชอบธรรมที่ผู้บริโภคควรกระทำ เพื่อให้ผู้ประกอบการธุรกิจใช้ความเสียหายและเพื่อเป็นการลงโทษหรือปรามมิให้ผู้ประกอบการเอาใจเอาเปรียบผู้บริโภค

การเตรียมตัวของผู้บริโภคเพื่อจะมาร้องทุกข์เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญหากเอกสารหลักฐานที่ผู้บริคนำมาไม่ครบถ้วนจะทำให้ผู้บริโภคเสียเวลาในการยื่นเรื่อง

การเตรียมเอกสารหลักฐานของผู้ร้องเรียนผู้ร้องเรียนจะต้องเตรียมเอกสารหลักฐานให้พร้อมเพื่อจะนำมาใช้ประกอบการบันทึกเรื่องร้องเรียนผู้บริโภคยื่นเรื่องร้องเรียนที่สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคกรุงเทพมหานคร หรือคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคประจำจังหวัดในจังหวัดที่ท่านอาศัยอยู่ต่อไป โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้ร้องเรียนกรอกรายละเอียดในแบบบันทึกคำร้องเรียนพร้อมแนบเอกสาร เอกสารลงชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับ มอบให้เจ้าหน้าที่

2) ผู้ร้องเรียนกรอกรายละเอียดในแบบหนังสือมอบอำนาจ มอบอำนาจให้ สคบ. ดำเนินการแทนผู้ร้อง พร้อมติดอากรแสตมป์จำนวน 30 บาท

3) กรณีผู้บริโภคไม่สามารถร้องเรียนด้วยตนเองได้ผู้มาร้องเรียนแทนจะต้องมีหนังสือรับรองมอบอำนาจจากผู้บริโภค พร้อมติดอากรแสตมป์จำนวน 30 บาท นำมายื่นต่อเจ้าหน้าที่ด้วยหรือทางออนไลน์คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคจึงฟ้องคดีต่อศาลกับผู้ประกอบวิชาชีพตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 เป็นคดีแพ่งระหว่างผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สมาคมหรือมูลนิธิที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภครับรองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคมีอำนาจฟ้องและดำเนินคดีผู้บริโภคแทนผู้บริโภคได้โดยให้ระบุชื่อและที่อยู่ของผู้บริโภคให้ชัดเจน และให้นำบทบัญญัติ

เกี่ยวกับการฟ้องและการดำเนินคดีแทนตามกฎหมายดังกล่าวมาใช้บังคับโดยอนุโลม (พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551, มาตรา 19) หรือตามกฎหมายอื่นกับผู้ประกอบธุรกิจซึ่งพิพาทกันเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการบริโภคสินค้าหรือบริการ การฟ้องคดีผู้บริโภคจะฟ้องด้วยวาจาหรือเป็นหนังสือก็ได้ ในกรณีที่โจทก์ประสงค์จะฟ้องด้วยวาจา ให้เจ้าพนักงานคดีจัดให้มีการบันทึกรายละเอียดแห่งคำฟ้องแล้วให้โจทก์ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

คำฟ้องต้องมีข้อเท็จจริงที่เป็นเหตุแห่งการฟ้องคดีรวมทั้งคำขอบังคับชัดเจนพอที่จะทำให้เข้าใจได้ หากศาลเห็นว่าคำฟ้องนั้นไม่ถูกต้องหรือขาดสาระสำคัญบางเรื่องศาลอาจมีคำสั่งให้โจทก์แก้ไขในกรณีจะฟ้องผู้บริโภคเป็นคดีผู้บริโภคและผู้ประกอบธุรกิจมีสิทธิเสนอคำฟ้องต่อศาลที่ผู้บริโภคมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตศาลหรือต่อศาลอื่น ได้ช่วยให้ผู้ประกอบธุรกิจเสนอคำฟ้องต่อศาลที่ผู้บริโภคมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตศาลได้เพียงแห่งเดียว คำฟ้องในส่วนนั้นให้ถูกต้องหรือชัดเจนขึ้นก็ได้ (พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551, มาตรา 17) และได้ดำเนินการจนมีคำพิพากษาในคดีที่ผู้บริโภคเป็นโจทก์ถ้าโจทก์เรียกร้องจำนวนค่าเสียหายไม่ถูกต้องหรือวิธีการบังคับตามคำขอของโจทก์ไม่เพียงพอต่อการแก้ไขเยียวยาความเสียหายตามฟ้องศาลมีอำนาจยกขึ้นวินิจฉัยให้ถูกต้องหรือกำหนดวิธีการบังคับให้เหมาะสมได้ แม้จะเกินกว่าที่ปรากฏในคำขอบังคับของโจทก์ก็ตาม หากเป็นข้อเท็จจริงที่คู่ความยกขึ้นมาว่ากล่าวกันแล้วโดยชอบ (พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551, มาตรา 39)

ในกรณีความเสียหายเกิดขึ้นแก่ร่างกายสุขภาพหรืออนามัยและในเวลาพิพาทคดีเป็นการพ้นวิสัยจะหยั่งรู้ได้แม้ว่าความเสียหายนั้นมีแท้จริงเพียงใด ศาลอาจกล่าวในคำพิพากษาหรือคำสั่งว่ายังสงวนไว้ซึ่งสิทธิที่จะแก้ไขคำพิพากษาหรือคำสั่งนั้น ภายในระยะเวลาที่กำหนดแต่ไม่เกิน 10 ปี (พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551, มาตรา 40) จากที่กล่าวมาแต่ข้างต้นนั้น ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจะต้องผ่านการพิสูจน์ความจริงจากกระบวนการทางชั้นศาล ทำให้การเยียวยาเกิดความล่าช้าไม่ทันท่วงทีในการบรรเทาผลร้าย ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการหรือหากมีการชดเชยค่าสินไหมทดแทนต้องใช้เวลาพอสมควร จึงต้องมีการบรรเทาเบื้องต้น โดยไม่ต้องผ่านภาระการพิสูจน์ระหว่างคู่กรณีว่าฝ่ายใดผิดหรือถูก แต่อาจจะมีกองทุนเพื่อเสริมช่องว่างการเยียวยาแก่ผู้เสียหายได้ในระดับหนึ่ง พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ถูกออกแบบมาเพื่อจัดระบบวิธีพิจารณาคดี ให้ผู้บริโภคมีโอกาสเข้าถึงความยุติธรรมได้ โดยสะดวกยิ่งขึ้นมีการจัดกระบวนการค้นหาความจริงให้มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม ปรับปรุงระบบวิธีการพิจารณาคดีให้รวดเร็วและเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ที่เอื้อต่อการเยียวยาความเสียหายให้แก่ผู้บริโภคเสริมสร้างมาตรฐานทางจริยธรรมในการดำเนินธุรกิจและป้องปรามผู้ประกอบการที่ไม่สุจริต (ชาญณรงค์ ปราณจิตต์, 2551, หน้า 2)

#### 6.4 พระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพ

พระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพได้ตราขึ้นเพื่อกำหนดวิธีการและขั้นตอนการออกใบอนุญาตควบคุมการประกอบวิชาชีพในการให้บริการและจะกล่าวถึง การกระทำ ความผิดอาญา กระบวนการดำเนินคดีจรรยาบรรณ ได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547 พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2558 พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 พระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547 พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 พระราชบัญญัติ วิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 โดยมีได้บัญญัติถึงการเยียวยาเบื้องต้นเมื่อเกิดความเสียหายอันเกิดจากการกระทำต่อผู้เสียหาย แต่หากผู้เสียหายมีความต้องการค่าสินไหมทดแทนจากการเยียวยาเบื้องต้นผู้เสียหายจะต้องใช้กระบวนการทางศาล ใช้เวลาในการพิสูจน์ความจริงค่อนข้างที่จะนานเกินกว่าระยะเวลาที่จะเยียวยาแก่ผู้เสียหายทันทีทันใด

#### 6.5 กฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ป.พ.พ.) เป็นประมวลกฎหมายแพ่งอันเป็นกฎหมายสารบัญญัติ (substantive law) แห่งประเทศไทย เริ่มร่างครั้งแรกใน ร.ศ. 127 ตรงกับ พ.ศ. 2451 ในรัชกาลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาจุฬาลงกรณ์ พระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวภายหลังการประกาศใช้กฎหมายลักษณะอาญาเมื่อปีเดียวกัน เพื่อริเริ่มขอยกเลิกบรรดาศาสนธิสัญญาที่ราชอาณาจักรสยามทำไว้กับต่างประเทศอันมีผลให้สยามต้องเสียเปรียบในด้านสิทธิสภาพนอกอาณาเขตและเอกราชทางการศาล (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2552, หน้า 204)

การจัดทำประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ของไทยนั้นมี ประมวลกฎหมายแพ่งเยอรมัน และประมวลกฎหมายแพ่งญี่ปุ่นเป็นแม่แบบหลักกับทั้งมีประมวลกฎหมายแพ่งฝรั่งเศส และประมวลกฎหมายแพ่งสวิสเป็นแม่แบบรองประกอบกับกฎหมายเดิมของสยามเองกับทั้งกฎหมายของชาติอื่น ๆ และกฎหมายระหว่างประเทศอีกประปราย (ชาญชัย แสวงศักดิ์, 2539, หน้า 68) โดยงานร่างประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ดำเนินไปอย่างเชื่องช้า เฉพาะการร่างบรรพแรกจากที่วางโครงการไว้ทั้งหมดหกบรรพนั้น ก็กินเวลานานถึงสิบห้าปีใช้งบประมาณมหาศาลและมีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการร่างถึงสี่ชุดทุกชุดมีชาวฝรั่งเศสเป็นสมาชิกโดยเฉพาะชุดแรกเป็นชาวฝรั่งเศสทั้งหมดหลังจากนั้นจึงเริ่มทยอยร่างและประกาศใช้บรรพอื่น ๆ จนครบทั้งหมดกินเวลากว่าสามสิบปีซึ่งได้แก้ไขเพิ่มเติมเรื่อยมาจนปัจจุบันตามสถานการณ์

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มีโครงสร้างแบ่งเป็นหกบรรพประกอบด้วย บรรพ 1 หลักทั่วไป บรรพ 2 หนี้ บรรพ 3 เอกเทศสัญญา บรรพ 4 ทรัพย์สิน บรรพ 5 ครอบครัว และบรรพ 6 มรดก ตามลำดับ โดยตั้งแต่เริ่มมีผลใช้บังคับครั้งแรกใน พ.ศ. 2468 จนถึงปัจจุบันกฎหมายละเมิด

มีวิวัฒนาการมาจากกฎหมายดั้งเดิมของโรมันที่มีความประสงค์ที่จะควบคุมการล้างแค้นให้ถูกต้องตามจารีตประเพณี โดยได้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงเป็นการเขียนมาให้แก่ผู้เสียหาย ทำให้ความรับผิดชอบละเมิดมีพื้นฐานของจิตใจของผู้กระทำเหมือนกับความคิดในทางอาญา (อนันต์ จันทโรภากร, 2531, หน้า 95) และในปัจจุบันกฎหมายละเมิดมีวิวัฒนาการมาจาก 3 สายคือ สายคอมมอนลอว์ สายฝรั่งเศส สายเยอรมัน ซึ่งมีความประสงค์ที่จะหาหลักเกณฑ์สำหรับความรับผิดชอบของบุคคล

สำหรับประเทศไทยได้บัญญัติหลักความรับผิดชอบละเมิดเกี่ยวกับการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพรายละเอียดปรากฏดังได้กล่าวมาแล้ว

#### 1) ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ที่กบงานวิจัย มีดังนี้

ลักษณะ 2 บุคคลหมวด 1 บุคคลธรรมดา ส่วนที่ 2 ความสามารถ มาตรา 19 บุคคลย่อมพ้นจากภาวะผู้เยาว์และบรรลุนิติภาวะเมื่อมีอายุยี่สิบปีบริบูรณ์ มาตรา 20 ผู้เยาว์ย่อมบรรลุนิติภาวะเมื่อทำการสมรส หากการสมรสนั้นได้ทำตามบทบัญญัติมาตรา 1448 มาตรา 21 ผู้เยาว์จะทำนิติกรรมใด ๆ ต้องได้รับความยินยอมของผู้แทนโดยชอบธรรมก่อนการใด ๆ ที่ผู้เยาว์ได้ทำลงปราศจากความยินยอมเช่นนั้นเป็นโมฆะ

ลักษณะ 4 นิติกรรม หมวด 1 บทเบ็ดเสร็จทั่วไป มาตรา 149 นิติกรรม หมายความว่า การใด ๆ อันทำลงโดยชอบด้วยกฎหมายและ ด้วยใจสมัครมุ่งโดยตรงต่อการผูกนิติสัมพันธ์ขึ้นระหว่างบุคคลเพื่อจะก่อ เปลี่ยนแปลง โอน สงวน หรือระงับซึ่งสิทธิ มาตรา 150 การใดมีวัตถุประสงค์เป็นการต้องห้ามชัดแจ้งโดยกฎหมายเป็นการพันวิสัยหรือเป็นการขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนการนั้นเป็นโมฆะ มาตรา 151 การใดเป็นการแตกต่างกับบทบัญญัติของกฎหมาย ถ้ามิใช่กฎหมาย อันเกี่ยวกับความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน การนั้นไม่เป็นโมฆะ มาตรา 152 การใดมิได้ทำให้ถูกต้องตามแบบที่กฎหมายบังคับไว้ การนั้นเป็นโมฆะ มาตรา 153 การใดมิได้เป็นไปตามบทบัญญัติของกฎหมายว่าด้วยความสามารถ ของบุคคล การนั้นเป็นโมฆะ มาตรา 159 การแสดงเจตนาเพราะถูกกลฉ้อฉลเป็นโมฆะการถูกกลฉ้อฉลที่จะเป็นโมฆะตามวรรคหนึ่งจะต้องถึงขนาดซึ่งถ้ามิได้มีกลฉ้อฉล ดังกล่าว การอันเป็นโมฆะนั้นคงจะมีได้กระทำขึ้น ถ้าคู่กรณีฝ่ายหนึ่งแสดงเจตนาเพราะถูกกลฉ้อฉลโดยบุคคลภายนอก การแสดงเจตนาอันจะเป็นโมฆะต่อเมื่อคู่กรณีอีกฝ่ายหนึ่งได้รู้ หรือควรจะรู้ถึงกลฉ้อฉลนั้น

บรรพ 2 หนี้ ลักษณะ 5 หมวด 1 ละเมิด และหมวด 2 ค่าสินไหมทดแทนเพื่อละเมิด มาตรา 420 ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น มาตรา 438 ค่าสินไหมทดแทนจะพึงใช้โดยสถานใด

เพียงใดนั้น ให้ศาลวินิจฉัยตามควรแก่พฤติการณ์และความร้ายแรงแห่งละเมิด อนึ่ง ค่าสินไหมทดแทนนั้น ได้แก่ การคืนทรัพย์สินอันผู้เสียหายต้องเสียไปเพราะละเมิดหรือใช้ราคาทรัพย์สินนั้น รวมทั้งค่าเสียหายอันจะพึงบังคับให้ใช้เพื่อความเสียหายอย่างใด ๆ อันได้เกิดขึ้นนั้นด้วย

บรรพ 3 เอกเทศสัญญา ลักษณะ 6 จ้างแรงงานและ ลักษณะ 7 จ้างทำของมาตรา 575 อันว่าจ้างแรงงานนั้น คือ สัญญาซึ่งบุคคลคนหนึ่งเรียกว่าลูกจ้างตกลงจะทำงานให้แก่บุคคลอีกคนหนึ่งเรียกว่านายจ้างและนายจ้างตกลงจะให้สินจ้างตลอดเวลาที่ทำงานให้มาตรา 587 อันว่าจ้างทำของนั้น คือสัญญาซึ่งบุคคลคนหนึ่งเรียกว่าผู้รับจ้างตกลงจะทำการงานสิ่งใดสิ่งหนึ่งจนสำเร็จให้แก่บุคคลอีกคนหนึ่งเรียกว่าผู้ว่าจ้างและผู้ว่าจ้างตกลงจะให้สินจ้างเพื่อผลสำเร็จแห่งการที่ทำงานนั้น

## 6.6 ประมวลกฎหมายอาญา

ผู้ประกอบวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพที่ให้บริการในหน่วยงานของรัฐและเอกชนจะต้องรับผิดชอบทางอาญาแบ่งออกเป็น 2 กรณี ดังนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพรับผิดชอบทางอาญาและผู้ประกอบวิชาชีพรับผิดชอบตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ ดังนี้

(1) ลักษณะ 2 ความผิดเกี่ยวกับการปกครอง หมวด 2 ความผิดต่อตำแหน่งหน้าที่ราชการ มาตรา 147-166

(2) ลักษณะ 7 ความผิดเกี่ยวกับการปลอมและการแปลง หมวด 3 ความผิดเกี่ยวกับเอกสาร มาตรา 264-269

(3) ลักษณะ 10 ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย หมวด 1 ความผิดต่อชีวิต มาตรา 288-294 หมวด 2 ความผิด ต่อร่างกาย มาตรา 295-300 หมวด 3 ความผิดฐานทำให้แท้งลูก มาตรา 301-305 หมวด 4 ความผิดฐานทอดทิ้งเด็ก คนป่วยเจ็บหรือคนชรา มาตรา 306-308

(4) ลักษณะ 11 ความผิดเกี่ยวกับเสรีภาพและชื่อเสียง หมวด 2 ความผิดฐานเปิดเผยความลับ มาตรา 322-325

## 6.7 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง

กฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งนั้น ตามปฎิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อ 10 กำหนดว่า “ทุกคนย่อมมีสิทธิในความเสมอภาคอย่างเต็มที่ในการได้รับการพิจารณาคดีที่เป็นธรรมและเปิดเผยจากศาลที่มีอิสระและไม่ลำเอียง ในการพิจารณากำหนดสิทธิและหน้าที่ของตนและข้อกล่าวหาทางอาญาใดต่อตน” จากหลักดังกล่าวประกอบด้วยหลัก 3 ประการคือ ประการแรก หลักการพิจารณาคดีที่เป็นธรรม ประการที่สอง หลักการพิจารณาโดยเปิดเผย และประการที่สาม หลักการพิจารณาคดีจากศาลที่มีอิสระและไม่ลำเอียงนอกจากนี้ตามมาตรา 40 (3) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ก็ได้รับรองสิทธิมนุษยชนทั้ง 3 ประการดังกล่าวว่าเป็นสิทธิในกระบวนการยุติธรรม หรือสิทธิพื้นฐานในกระบวนการพิจารณาโดยกำหนดหลักเรื่องการพิจารณา



คดีที่เป็นธรรมว่า “การได้รับทราบข้อเท็จจริงและตรวจเอกสารอย่างเพียงพอการเสนอข้อเท็จจริงข้อโต้แย้ง และพยานหลักฐานของตน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 61 รัฐต้องจัดให้มีมาตรการหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการรู้ข้อมูลที่เป็นจริง ด้านความปลอดภัยด้านความเป็นธรรมในการทำสัญญา หรือด้านอื่นใดอันเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภค การได้รับทราบเหตุผลประกอบคำวินิจฉัยคำพิพากษาหรือคำสั่ง” หลักเรื่องการพิจารณาคดีที่เปิดเผยว่า “การได้รับการพิจารณาโดยเปิดเผย” และหลักเรื่องการพิจารณาคดีจากศาลที่มีอิสระและไม่ลำเอียง ว่า “การกีดกันผู้พิพากษาหรือตุลาการ” นอกจากนี้หลักทั่วไปของวิธีพิจารณาคดีซึ่งมีอิทธิพลต่อการพิพากษาคดีที่เป็นธรรมแล้วในยุคปัจจุบันนักวิชาการได้มีการพูดถึงหลักไต่สวนหรือบทบาทของศาลว่ามีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากต่อการพิจารณาคดีที่เป็นธรรม โดยเฉพาะในคดีที่คู่ความเป็นผู้ด้อยโอกาส

#### 6.8 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 44/1 บัญญัติไว้ว่า “ให้ผู้เสียหายมีสิทธิขอให้บังคับจำเลย ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนเพราะเหตุได้รับอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ หรือได้รับความเสื่อมเสียต่อเสรีภาพในร่างกาย ชื่อเสียง หรือได้รับความเสียหายในทางทรัพย์สินอันเนื่องมาจากการกระทำความผิดของจำเลย” เมื่อมีการกระทำความผิดในทางอาญาเกิดขึ้นตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เรื่องค่าสินไหมทดแทน เพื่อละเมิด มาตรา 438 ถึง มาตรา 448 ผู้เสียหายมีสิทธิเรียกร้องค่าเสียหายหรือค่าสินไหมทดแทนจากผู้ทำละเมิดได้แต่จะมีสิทธิได้รับค่าเสียหายหรือค่าทดแทนมากน้อยเพียงใด ศาลจะวินิจฉัยตามควรแก่พฤติการณ์และความร้ายแรงแห่งละเมิด

ในกรณีที่พนักงานอัยการเป็นโจทก์ยื่นฟ้องจำเลยในข้อหาความผิดต่อชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สิน ชื่อเสียง หรือเสรีภาพ ผู้เสียหาย ผู้เป็นบิดามารดาโดยชอบด้วยกฎหมาย ภรรยา บุตร หรือทายาทโดยธรรม แล้วแต่กรณีสามารถยื่นคำร้องขอให้จำเลยชดใช้ค่าเสียหายเข้าไปในคดีอาญาได้โดยไม่ต้องยื่นฟ้องเป็นคดีใหม่และไม่ต้องชำระค่าฤชาธรรมเนียมศาลอีกด้วยซึ่งปกติหากจัดหาทนายไปยื่นฟ้องเองผู้เป็นโจทก์ในคดีแพ่งจะต้องชำระค่าขึ้นศาลอัตราร้อยละสองของทุนทรัพย์ที่ฟ้องคดี แต่หากยื่นคำร้องเข้าไปในคดีอาญาซึ่งมีพนักงานอัยการเป็นโจทก์

#### 6.9 พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539

การจัดทำกฎหมายวิธีพิจารณาทางปกครองนี้เริ่มครั้งแรกในราชอาณาจักรสเปน ใน ค.ศ. 1889 (พ.ศ. 2432) ซึ่งมีสาระที่ครอบคลุมกิจกรรมทางปกครองบางเรื่อง ใน ค.ศ. 1925 (พ.ศ. 2468) เครือรัฐออสเตรเลีย มีการจัดทำกฎหมายวิธีพิจารณาทางปกครองแห่งสหพันธ์ (Federal Law on General Administrative Procedure) โดยรวมการจัดองค์กรทางปกครองวิธีพิจารณากระบวนการ

ยุติธรรมทางปกครองและการบังคับทางปกครองเข้าไปในฉบับเดียวกันส่วนสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีมีกฎหมายวิธีพิจารณาทางปกครองของมลรัฐมาตั้งแต่ ค.ศ. 1926 (พ.ศ. 2469) เป็นกฎหมายกลางของสหพันธ์ในเรื่องนี้ในปี ค.ศ. 1976 (พ.ศ. 2519) และในปัจจุบันในต่างประเทศมีประเทศที่ตรากฎหมายวิธีพิจารณาทางปกครองขึ้นใช้บังคับแล้วหลายประเทศ เช่น สเปน สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ยูโกสลาเวีย ฮังการี เชคโกสโลวาเกีย เปรู สวิตเซอร์แลนด์ บุลกาเรีย สวีเดน อาร์เจนตินา คอสตาริกา เวเนซุเอลา โคลัมเบีย เดนมาร์ก และญี่ปุ่น เป็นต้น

ประเทศไทยนั้นเนื่องจากในอดีตที่ผ่านมาผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านกฎหมายปกครองมีอยู่อย่างจำกัดและในการจัดทำร่างกฎหมายไม่ค่อยจะให้ความสำคัญในเรื่องหลักกฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองนี้เท่าใดนัก อย่างไรก็ตามก็ดี อาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยมีกฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาตั้งแต่ที่มีการปฏิรูประบบราชการในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 โดยในการปฏิรูปครั้งนั้นส่วนใหญ่เป็นการปรับปรุงระบบโครงสร้างสำหรับวิธีปฏิบัติราชการสำหรับหลักเกณฑ์และวิธีการวิธีปฏิบัติราชการก็ยังไม่ได้มีการให้ความสำคัญเท่าใดนักโดยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองจะมีลักษณะที่กระจัดกระจายออกไปตามแต่ละกฎหมายที่ให้อำนาจงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ที่แตกต่างกันไปตามสภาพของความจำเป็นและความสะดวกที่ปฏิบัติภายในขอบเขตอำนาจหน้าที่ของคนที่ประกอบวิชาชีพรับผิดชอบทางปกครองตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539

ผู้ประกอบวิชาชีพจะเกี่ยวกับคณะกรรมการวิชาชีพที่มีอำนาจหน้าที่ ควบคุมให้ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพเพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายแก่ผู้มาใช้บริการ หากมีการกระทำผิดของผู้ประกอบวิชาชีพคณะกรรมการสามารถออกคำสั่งได้อย่างหนึ่งถือเป็นการใช้อำนาจทางปกครองอาจเกิดความเสียหายได้ แบ่งความรับผิดชอบของฝ่ายปกครองในการชดเชยค่าเสียหายให้แก่เอกชนในกรณีที่สิทธิของเอกชนนั้นถูกระงับจากการกระทำหรือการดำเนินการของฝ่ายปกครอง

ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับคณะกรรมการวิชาชีพมีอำนาจตามกฎหมายกล่าว คือ สามารถออกข้อบังคับ การกำหนดแผนการดำเนินงาน และงบประมาณของสภาการให้สมาชิกพ้นจากสมาชิกภาพ การวินิจฉัยชี้ขาดให้พักใบอนุญาตหรือให้เพิกถอนใบอนุญาตตามที่กฎหมายได้กำหนดและให้อำนาจไว้ หากสมาชิกไม่ปฏิบัติตามระเบียบ คำสั่ง ข้อตกลง หรือประพฤติดิจจรยาบรรณวิชาชีพ คณะกรรมการวิชาชีพสามารถมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดได้อย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ได้ ยกข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษ ว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาตมีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควร เพิกถอนใบอนุญาต เมื่อมีการกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นดำเนินการของฝ่ายปกครองพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539

### 6.10 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะนำไปวิเคราะห์การพัฒนากฎหมายเพื่อการคุ้มครองความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชนผู้ใช้สิทธิบัตรทอง

### 6.11 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 จะนำไปวิเคราะห์การพัฒนากฎหมายเพื่อการคุ้มครองความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชนผู้ใช้สิทธิประกันสังคม

### 6.12 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 จะนำไปวิเคราะห์ในการพัฒนากฎหมายเพื่อการคุ้มครองความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชนผู้ใช้สิทธิข้าราชการเกี่ยวกับโครงสร้างองค์ประกอบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของกองทุน แหล่งที่มาของกองทุน การบริหารจัดการกองทุน องค์การดำเนินการบริหารจัดการกองทุน และสถานะภาพของกองทุน จะเป็นการคุ้มครองและเยียวยาผู้เสียหายได้ในเบื้องต้น

### 6.13 แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)

#### 1) ประกาศ เรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580)

ยุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันอันก่อให้เกิดแรงผลักดันไปสู่เป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ

การทบทวนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีจะชี้ให้เห็นว่าการพัฒนากฎหมายเพื่อการคุ้มครองความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ เช่น การขยายสิทธิการเข้ารับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิและการจัดตั้งกองทุนการคุ้มครองและเยียวยาความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เป็นต้นไปในทิศทางเดียวกันกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

#### 2) แผนการปฏิรูปประเทศ

แผนการปฏิรูปประเทศ คือ การปฏิรูปประเทศตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวด 16 การปฏิรูปประเทศกำหนดให้มีการปฏิรูปประเทศซึ่งต้องดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย 3 ประการ คือ ประเทศชาติมีความสุขสงบเรียบร้อย สังคมมีความสุขและประชาชนมีความสุข จึงส่งผลให้มีการปฏิรูปประเทศด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับงานวิจัยนี้ คือ การปฏิรูปในด้านกฎหมาย เพื่อให้เกิดผลอันประสงค์ในการตรากฎหมายที่ดีและมีเพียงเท่าที่จำเป็นตามมาตรา 258 ค. ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ทำให้เกิดการ

พัฒนาระบบและกลไกความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ซึ่งการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายสำหรับการวิจัยนี้ถือว่าเป็นการปฏิรูปกฎหมายตามยุทธศาสตร์ชาติฉบับนี้

### 3) ยุทธศาสตร์การคุ้มครองผู้บริโภคแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2560-2564)

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี คือ เป้าหมายที่รัฐ เอกชน และประชาชน ร่วมกันกำหนดขึ้นเป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศเพื่อให้เกิดการพัฒนาประเทศเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงให้บรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจ” มีกรอบระยะเวลา 20 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2579 โดยสามารถทบทวน ปรับปรุง ให้เหมาะสมกับยุคสมัยได้ มีการแบ่งยุทธศาสตร์ออกเป็น 6 ด้าน คือ

- (1) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง
- (2) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน
- (3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน
- (4) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม
- (5) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
- (6) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

แผนยุทธศาสตร์การคุ้มครองผู้บริโภคแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2560-2564) ยุทธศาสตร์ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบและกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคแนวทางการดำเนินงาน พัฒนาระบบการป้องกัน ควบคุม กำกับดูแลสินค้าและบริการให้มีความปลอดภัย พัฒนาระบบการเรียกคืนสินค้า การยกเลิกการใช้ การชดเชยและเยียวยาความเสียหายให้กับผู้บริโภค พัฒนานโยบายและปรับปรุงมาตรการ มาตรฐาน และกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค พัฒนามาตรการสนับสนุนและการบังคับใช้ต่าง ๆ ในการส่งเสริมการบริโภคอย่างยั่งยืนและส่งเสริมการเป็นผู้ประกอบการเพื่อสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบฐานข้อมูลในการคุ้มครองผู้บริโภคแนวทางการดำเนินงาน พัฒนาระบบรวบรวมและเชื่อมโยงข้อมูลการร้องเรียนและสถานการณ์ปัญหาของผู้บริโภค และพัฒนาฐานข้อมูลเรื่องร้องเรียนสู่การดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาของผู้บริโภค

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคแนวทางการดำเนินงาน เสริมสร้างองค์ความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคให้สอดคล้องกับสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภค การให้ความรู้ผ่านช่องทางและวิธีการที่หลากหลาย การติดตามตรวจสอบและสนับสนุนการทำงานของสื่อและเสริมสร้างความรู้แก่ผู้บริโภคในการบริโภคอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคแนวทางการดำเนินงาน การสร้างเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การส่งเสริมการบูรณาการการคุ้มครองผู้บริโภคแนวทางการดำเนินงาน การส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค และส่งเสริมการพัฒนาเครือข่ายระหว่างกลุ่มผู้ผลิต ผู้บริโภค ภาครัฐ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างยั่งยืน

จากที่กล่าวมาทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีเพื่อให้งานวิจัยเรื่องกฎหมายต้นแบบว่าด้วยกองทุนคุ้มครองและเยียวยาความเสียหายเบื้องต้นจากผู้ประกอบวิชาชีพไปในทิศทางเดียวกับยุทธศาสตร์ชาติ

## 7. บทความและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากฎหมายเพื่อความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ

การทบทวนวรรณกรรมนี้เพื่อที่จะทำการศึกษาและวิจัยบทความและรายงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) บทความของนางสาวชวดี พัฒนาวงศ์ และคณะ เรื่อง “การศึกษาการเจ็บป่วยและมาตรการเยียวยาเพื่อพัฒนาแนวทางการคุ้มครองผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์” จากกองควบคุมเครื่องมือแพทย์ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2554, หน้า 65-70)

บทความนี้ได้กล่าวถึงผู้บริโภคหรือผู้ป่วยได้รับความเสียหายและร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ที่ไม่ได้มาตรฐานที่ไม่เป็นที่ยอมรับตามหลักวิชาการมากขึ้นเรื่อย ๆ อีกทั้งผู้เสียหายยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในสิทธิของตน มาตรการทางกฎหมายและช่องทางการร้องเรียนที่ถูกต้องเหมาะสมประกอบกับกฎหมายและมาตรการเยียวยาผู้เสียหายที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ โดยสรุปประเด็นข้อเสนอแนะ ดังนี้

(1) การฟ้องร้องดำเนินคดีกับแพทย์ไม่ใช่วิธีการที่ดีที่สุดสำหรับผู้เสียหาย วิธีแก้ปัญหาคควรเน้นที่การเจรจาไกล่เกลี่ยก่อน และ แพทย์ควรอธิบายให้ข้อมูลในรายละเอียดแก่ผู้ป่วยจนเป็นที่เข้าใจถึงสาเหตุของความเสียหาย แต่กรณีแพทย์ เจตนาหลอกลวงผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ทางการค้าควรบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด

(2) การจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้เสียหายเป็นทางออกวิธีหนึ่งที่จะช่วยเยียวยาความเสียหายและลดปัญหาความขัดแย้งระหว่าง แพทย์กับผู้ป่วยแต่มีข้อสังเกตเรื่องแหล่งที่มาของกองทุนที่ควรพิจารณาอย่างรอบคอบและรอบด้าน

- (3) การเยียวยาผู้เสียหายควรคำนึงถึงการชดเชยในรูปแบบที่ไม่ใช่ตัวเงินด้วย
- (4) การตั้งศูนย์บริการเบ็ดเสร็จรับเรื่องร้องเรียน
- (5) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เช่น มีศูนย์ให้ข้อมูลผู้บริโภคด้านเทคโนโลยีหรือมาตรฐานการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้บริโภคโดยใช้สื่อและวิธีการที่สามารถเข้าถึงผู้บริโภค การใช้มาตรการทางสังคมโดย ประกาศให้ประชาชนทราบการกระทำที่ฝ่าฝืนกฎหมายหรือผิดจริยธรรมการกำหนดนโยบายและบังคับใช้ กฎหมายอย่างเข้มงวด เป็นต้น

2) บทความของนายอนุชา กาศลังกา เรื่อง “การศึกษาปัญหาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถูกฟ้องเนื่องจากการรักษาพยาบาล” ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาความขัดแย้งส่วนใหญ่มาจากความคาดหวังของผู้ป่วยหรือญาติต่อการรักษาพยาบาลของแพทย์ โดยมีมูลเหตุมาจากการไม่รู้ข้อเท็จจริง ไม่เข้าใจกระบวนการรักษาความเสี่ยงของการรักษา ข้อจำกัดต่าง ๆ รวมทั้งความผิดพลาดบกพร่องของบุคลากรทางการแพทย์ หากได้มีการทำความเข้าใจและช่วยเหลือเยียวยาตามสมควรความขัดแย้งก็จะระงับหรือลดความรุนแรงลง (วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2555, หน้า 61)

สำหรับมาตรการในการแก้ไขปัญหาคณะแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ถูกฟ้องนั้น ต้องเน้นการ 3 ด้าน คือ ด้านการป้องกัน โดยเพิ่มความรู้ทางกฎหมายแก่บุคลากรทางการแพทย์ สร้างความเข้าใจเรื่องการทำบริการรักษาพยาบาลแก่ทุกฝ่าย ด้านการแก้ไข มีระบบการเจรจาไกล่เกลี่ย การเตรียมคดี และการออกกฎหมายคุ้มครองผู้ให้บริการและเยียวยาผู้รับบริการที่เสียหาย รวมทั้งการพัฒนาระบบบริการ วิชาการ จริยธรรม ให้มีมาตรฐานอย่างแท้จริง

3) บทความของศาสตราจารย์ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ เรื่อง “การประกันผู้ป่วยจากโรคหมอทำ” บทความนี้ได้สรุปประเด็นดังนี้

- (1) ลดจำนวนคดีที่ฟ้องร้องแพทย์ให้น้อยลงและโดยตรากฎหมายขึ้นมาใหม่ อาศัยหลักที่เรียกว่าความรับผิดชอบ โดยไม่มีความผิด หรือที่เรียกว่า No-fault liability โดยศึกษาจากกฎหมายประเทศต่าง ๆ เช่น ราชอาณาจักรนิวซีแลนด์ เป็นต้น

- (2) ระบบประกันสังคมของนิวซีแลนด์คุ้มครองแพทย์ที่ทำประกันอุบัติเหตุ เมื่อผู้เสียหายได้รับเงินทดแทนจากการประกันแล้วจะไม่มีสิทธิที่จะฟ้องแพทย์หรือโรงพยาบาล แต่ความเสียหายบางอย่างไม่อยู่ในขอบข่ายการคุ้มครองแพทย์จึงยังคงต้องทำประกันตนเองจากการถูกฟ้องอยู่

- (3) แหล่งเงินทุนสำหรับกองทุนเงินประกันอุบัติเหตุดังกล่าวได้มาจากนายจ้าง ต้องจ่ายเบี้ยประกันให้ลูกจ้างหรือบุคคลทั่วไปที่ประกันตนเองก็ต้องจ่ายเองอัตราของเบี้ยประกันเก็บตามอัตราเสี่ยงตามลักษณะของงานที่ทำ เจ้าของรถยนต์ทุกคนซึ่งต้องจ่ายเบี้ยประกันอุบัติเหตุ

สำหรับบุคคลที่สามสำหรับเป็นกองทุนเพื่ออุบัติเหตุรถยนต์โดยเฉพาะได้จากระบบภาษี ซึ่งจะนำมาเป็นกองทุนอุบัติเหตุประเภทต่าง ๆ นอกจากอุบัติเหตุรถยนต์รวมทั้งอุบัติเหตุที่มาจากโรคหมอทำ (วารสารคลินิก, 2533, หน้า 675-681)

4) บทความเรื่อง “ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่เพ่งโทษตัวบุคคลและไม่พิสูจน์ความผิด (No-fault or no-blame liability compensation system)”

บทความนี้ได้สรุปหลักการสำคัญตามเอกสารประกอบการร่วมแสดงความคิดเห็นต่อการจัดทำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุข และโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป (Health Care Reform Project) “ระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดและหาคนผิด หรือ No-fault liability compensation system ว่าเป็นระบบการชดเชยความเสียหายที่ให้ความมั่นใจให้กับทั้งแพทย์และผู้ป่วยว่าไม่ว่าความเสียหาย (Injury) จากการรับบริการจะเกิดขึ้น เนื่องจากข้อบกพร่องผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical error) หรือเกิดขึ้นเพราะอะไรก็ตาม (เพราะความเสียหายมีโอกาสเกิดขึ้นได้เป็นปกติแม้ว่าแพทย์หรือสถานพยาบาลไม่ได้กระทำการผิดพลาดใด ๆ ก็ตาม) ผู้ป่วยก็จะได้รับการคุ้มครองหรือได้รับการชดเชย และแพทย์ก็ไม่ถูกปรักปรำว่าเป็นผู้ทำให้เกิดความเสียหายนั้น”

5) บทความของศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส เรื่อง “ข้อดีหรือข้อเสีย หากมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข”

บทความนี้เรื่อง “ข้อดีหรือข้อเสีย หากมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข” สรุปสาระสำคัญได้ว่า “ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. .... ฉบับนี้จะเป็นการนำระบบเยียวยาความเสียหายเข้ามาช่วยระงับข้อพิพาทเป็นผลดีทั้งต่อประชาชนและบุคลากรสาธารณสุข โดยผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจะได้รับการเยียวยาจำเป็นที่จะต้องออกเป็นพระราชบัญญัติใหม่ เพราะ มาตรา 41 ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 จะครอบคลุมเฉพาะผู้ที่อยู่ใน โครงการบัตรทองไม่รวมกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มข้าราชการ และกลุ่มประกันสังคม เป็นการให้เยียวยาเบื้องต้นและไม่มีบทบัญญัติบรรเทาโทษคดีอาญา หลักการของร่างกฎหมายฉบับนี้ คือ ถ้ามีความเสียหายเกิดขึ้นแม้จะเกิดจากความประมาทก็ไม่จำเป็นต้องไปสู่คดีในชั้นศาล แต่ใช้วิธีไกล่เกลี่ยในรูปคณะกรรมการ เมื่อมีการเยียวยาช่วยเหลือกันแล้วก็จะยุติเรื่องบนพื้นฐานของความเห็นใจซึ่งกันและกัน แต่หากยังนำเรื่องมาฟ้องเป็นคดีอาญาก็ให้ศาลใช้ดุลพินิจที่จะลดโทษหรือยกเว้นโทษให้กับบุคลากรสาธารณสุขได้” (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2554)

6) บทความของนายไพศาล ลิ้มสถิตย์ เรื่อง “ความสำคัญของร่าง พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข” พ.ศ. ....

บทความของไพศาล ลีมสถิตย์ เสนอว่า “ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. .... มีหลักการและเหตุผลที่ต้องการเยียวยาความเสียหายให้แก่ผู้ป่วยที่รับบริการสาธารณสุขอย่างรวดเร็ว และเป็นธรรมโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No-fault compensation) ขั้นตอนพิจารณาจ่ายเงินเยียวยา ผู้เสียหายตามร่างกฎหมายนี้มีได้มุ่งเรื่องการหาตัวผู้ที่ต้องรับผิดชอบ ซึ่งในหลายประเทศนำแนวคิดเรื่องนี้มาใช้ ในกิจการต่าง ๆ เช่น การประกันภัยอุบัติเหตุ การประกันภัยผู้ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ต่อมาได้ขยายไป ถึงบริการทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องหรือข้อพิพาทระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ หรือสถานพยาบาล เช่น ราชอาณาจักรนิวซีแลนด์ ฟินแลนด์ นอร์เวย์ เดนมาร์ก สหรัฐอเมริกา อังกฤษ บางประเทศ เป็นกฎหมายบังคับ แต่บางประเทศใช้ระบบประกันภัย ซึ่งแพทยสมาคมโลกมีคำแถลง เรื่อง การปฏิรูปความรับผิดทางกฎหมายของแพทย์ ระบุถึงแนวโน้มการฟ้องร้องแพทย์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกว่ามีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ จึงควรสนับสนุนแนวทางการจ่ายเงินชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด” (ไพศาล ลีมสถิตย์, 2553, หน้า 1-3)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ทบทวนในบทที่ 2 ผู้วิจัยนำไปใช้เป็นข้อมูลและแนวทางข้างต้น เพื่อประกอบการวิเคราะห์ตามประเด็นที่กำหนดไว้ในงานวิจัยเรื่อง การพัฒนากฎหมายเพื่อความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ