

ความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ : ศึกษากรณีการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม

ขจิตวรรณ เรืองรัตนอำพร

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์

มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

พ.ศ. 2562

Liability for Medical Malpractice : A case study of Telemedicine.

Khajitwan Ruangrattana-umporn

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

For the Degree of Master of Laws

Department of Law

Graduate School, Dhurakij Pundit University

2019



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

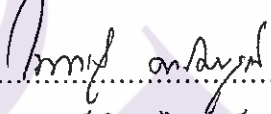
คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

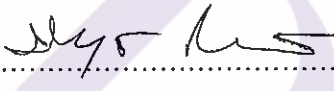
ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์: ศึกษากรณีการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม
เสนอโดย นางสาวจิตวราวรรณ เรืองรัตนอัมพร
สาขาวิชา นิติศาสตร์
หมวดวิชา กฎหมายทางการแพทย์

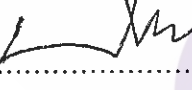
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ปิยะนุช โปตะวณิช

ได้พิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์แล้ว

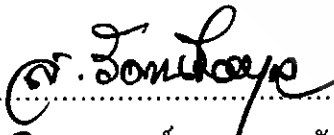

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ พิเศษ ไพฑูรย์ คงสมบูรณ์)


.....กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ปิยะนุช โปตะวณิช)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรรัตน์ ประจวบจันทน์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประจวบจันทน์)

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ รับรองแล้ว


..... คณบดีคณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย รัตนเชื้อสกุล)
วันที่ ๒๓ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ : ศึกษากรณีการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรม
ชื่อผู้เขียน	ขจิตวรรณ เรืองรัตนอัมพร
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ปิยะนุช โปตะวณิช
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นการวิจัยในเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในลักษณะการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นมา แนวความคิด ความสำคัญและประโยชน์ของการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม โดยจะศึกษาปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ที่รักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ ซึ่งปัญหาความรับผิดชอบของทางละเมิดของแพทย์ ส่วนใหญ่นั้นเกิดมาจากความประมาท เลินเล่อของแพทย์ ซึ่งแพทย์รักษาผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานความระมัดระวังตามวิสัยของผู้ประกอบวิชาชีพ โดยในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศมาเลเซีย และประเทศแอฟริกาใต้ได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ทางกฎหมายสำหรับใช้เป็นการกำหนดมาตรฐานความระมัดระวังในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมแล้ว แต่ประเทศไทยปัจจุบันยังไม่มีกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ หรือมาตรฐานความระมัดระวังในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมแต่อย่างใด จึงต้องนำหลักเกณฑ์ทางกฎหมายว่าด้วยการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมของต่างประเทศมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อย เพื่อสามารถนำผลการเปรียบเทียบวิเคราะห์มาวางมาตรการทางกฎหมายสำหรับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมของประเทศไทยได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาพบว่า การบริการทางสาธารณสุขของประเทศไทย มีการให้บริการ ทั้งโรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งคลินิกที่เปิดบริการ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บไข้ได้ป่วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเลือกที่จะเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด ถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยอาการของโรคที่ซับซ้อน หรือฉุกเฉิน แต่สถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดมีเพียงแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ไม่ใช่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญเฉพาะที่จะทำการให้การรักษา หรือวินิจฉัยอาการได้อย่างทันท่วงที แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ให้การรักษาผู้ป่วยอยู่นั้นจะต้องตัดสินใจที่จะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญกว่าทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้าจนอาจถึงแก่ความตายได้ ดังนั้น ถ้าหากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถส่งต่อข้อมูล

ของผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกายและอาการต่าง ๆ ให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการประเมินและทำการรักษาผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ล้ำหน้าทันสมัย เพื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้การรักษาได้อย่างทันทีทันใดที่จะทำให้เกิดอัตราการความพิการและการตายของผู้ป่วยลงได้ อย่างไรก็ตาม สำหรับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมในประเทศไทยในปัจจุบันพบว่าได้มีการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวแล้ว แต่ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยไว้ จึงอาจจะเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยที่อาจไม่ได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐานความระมัดระวัง ส่วนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเองอาจต้องรับผิดชอบทางละเมิด และวิธีที่จะคุ้มครองทั้งแพทย์และผู้ป่วยก็ต้องกำหนดมาตรการทางกฎหมายด้วยการกำหนดมาตรฐานความระมัดระวังในการรักษา ซึ่งถ้าหากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้รับการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้แล้ว แพทย์ก็ได้รับความคุ้มครองไม่ต้องรับผิดชอบทางละเมิด ผู้ป่วยก็ได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐานและได้รับการรักษาอย่างทันเวลาที่

ดังนั้น จากของการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นควรมีการกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อกำหนดมาตรฐานความระมัดระวังในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ในรูปแบบของประกาศแพทยสภา เพื่อกำหนดมาตรฐานการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม และสามารถคุ้มครองผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐานอย่างเหมาะสมต่อไป



Thesis Title	Tort liability of Medical Professional : A study of Telemedicine.
Auhor	Khajitwan Ruangrattana-umporn
Thesis Advisor	Associate Professor. Piyanuch Potavanich
Department	Law
Academic Year	2018

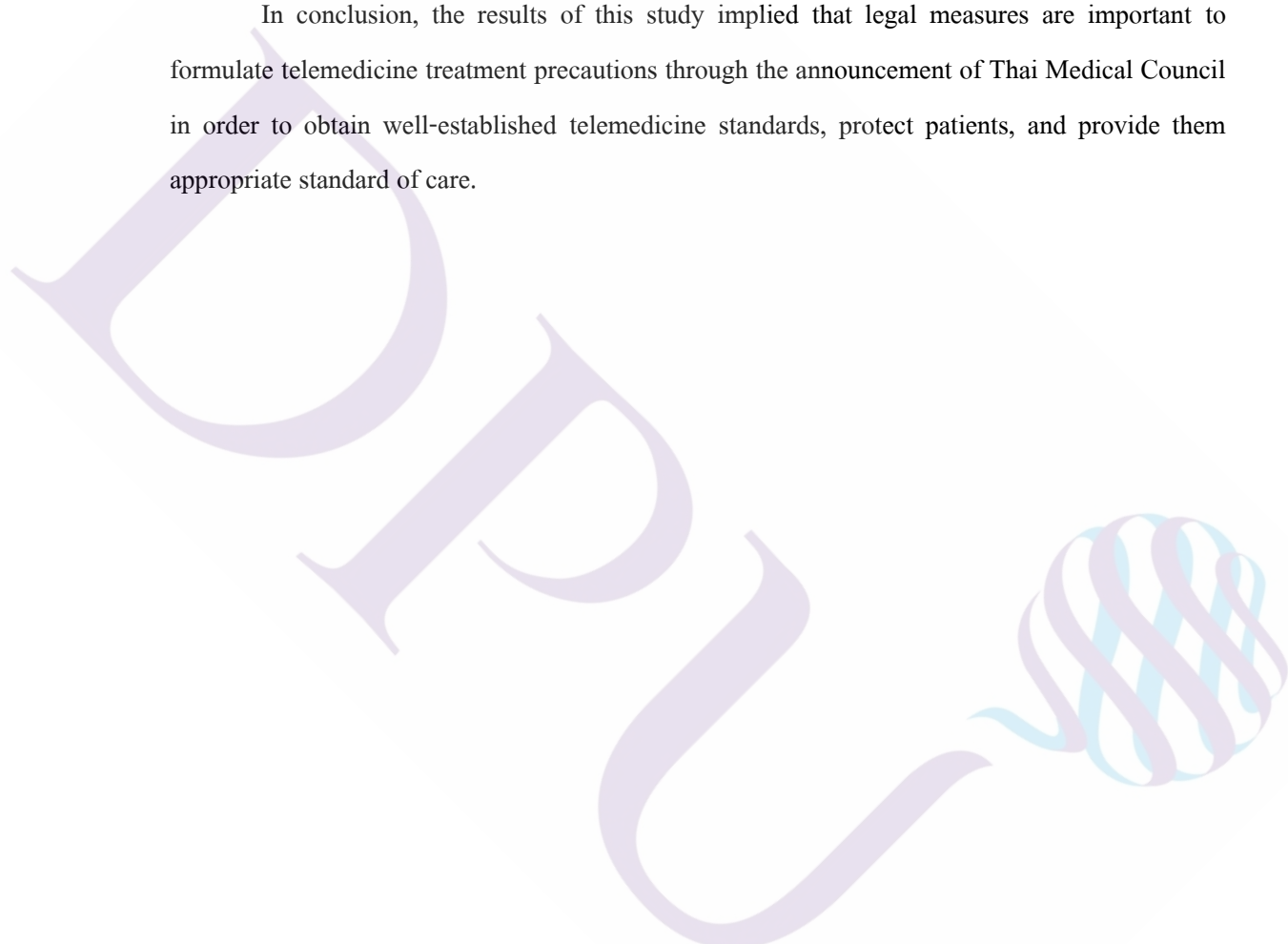
ABSTRACT

This thesis was a qualitative research through a documentary research. The objective of this qualitative research was to study the background, concepts, significance and benefits of telemedicine technique by investigating legal problems related to medical malpractice liability with telemedicine in Thailand and abroad. Most of medical malpractice liability issues result from the negligence of physicians and their failure to comply with the standards of the professional practitioners to treat patients. For international level, the United States of America, Malaysia and South Africa have enforced legal requirements as a standard of care in telemedicine treatment. However, no legal requirements regarding the foresaid standard of care have been enforced in Thailand. Therefore, it is important to rely on international legal regulations regarding telemedicine treatment to analyze and compare advantages and disadvantages. The comparative results would be applied to formulate legal measures for appropriate telemedicine treatment in Thailand.

The results of this study indicated that public health services in Thailand are available in government hospitals, private hospitals including general clinics. Most of patients prefer visiting their nearest medical facility. However, if patients with complicated or emergent symptoms visit their nearest medical facility with only general medical practitioners and without specialist medical practitioners who can treat or diagnose symptoms immediately, the general medical practitioner needs to make decision to send the patient to another medical facility with medical professionals. Sometimes, the patient may receive delayed treatment until he/she dies. Therefore, submitting patient information, physical examination results and symptoms for the professional medical practitioner for further assessment and treatment through advanced information and communication technology, leading to immediate treatment can reduce the rate of disability and death of patients.

Although telemedicine is currently available in Thailand, no treatment standards are found, possibly causing damage to patients who may not receive treatment in accordance with standards. The professional medical practitioner shall be liable for medical malpractice. The way to protect both physicians and patients is to formulate legal measures through established standards for treatment precautions. Physicians who comply with these measures shall be protected and not be liable, meanwhile patients shall receive standard treatment in timely manner.

In conclusion, the results of this study implied that legal measures are important to formulate telemedicine treatment precautions through the announcement of Thai Medical Council in order to obtain well-established telemedicine standards, protect patients, and provide them appropriate standard of care.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ในหัวข้อ “ความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ : ศึกษากรณีการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม” ได้สำเร็จเรียบร้อยด้วยความเมตตา ความกรุณาและเอาใจใส่ของท่านอาจารย์ที่ได้ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ข้าพเจ้าจึงขอกราบขอบพระคุณ ท่านอาจารย์ ศาสตราจารย์พิเศษ ไพฑูรย์ คงสมบูรณ์ ที่ได้รับเป็นประธานกรรมการ ท่านอาจารย์ รองศาสตราจารย์ปิยะนุช โปตะวณิช ที่ได้รับเป็นกรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ท่านอาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรรัตน์ ประจวบจันทึก และท่านอาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประจวบจันทึก กรุณารับเป็นกรรมการ มา ณ ที่นี้

ขอขอบคุณนายแพทย์ณัฐภูมิ กุลทรัพย์สมบัติ ที่ให้ความเอื้อเฟื้อช่วยเหลือในการตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย และขอขอบคุณพี่ชุตินัด ประดิษฐ์พัสดรา ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นหนังสือ เอกสารงานวิจัย รวมถึงคำแนะนำที่ดีเสมอมา ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งในความช่วยเหลือ และขอขอบคุณทุกท่านผู้ซึ่งได้ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ข้าพเจ้า ซึ่งข้าพเจ้ามิได้กล่าวนามมา ณ ที่นี้ด้วย ท้ายสุดนี้ ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้คงจะมีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิชากฎหมายอยู่ไม่มากก็น้อย ซึ่งข้าพเจ้าขอขอบคุณงามความดีเหล่านี้ให้แก่บิดา มารดาที่ให้กำเนิดและเลี้ยงดูให้การศึกษา ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ข้าพเจ้าเสมอมา จนสำเร็จการศึกษา และบรรดาคณาจารย์ทุกท่านผู้ซึ่งประสิทธิ์ประสาทวิชากฎหมายให้แก่ข้าพเจ้า ส่วนข้อบกพร่องทั้งหมดของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

ขจิตวรรณ เรืองรัตนอัมพร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ฅ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	6
1.3 สมมุติฐานของการศึกษา.....	6
1.4 ขอบเขตของการศึกษา.....	7
1.5 วิธีดำเนินการศึกษา.....	7
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2. ความเป็นมา แนวความคิด ความสำคัญและประโยชน์ ของการใช้โทรเวชกรรม.....	8
2.1 สิทธิของบุคคลที่จะได้รับการบริการสาธารณสุข.....	8
2.2 บทบาทอำนาจหน้าที่ของแพทย์ที่ให้บริการทางสาธารณสุข.....	22
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการโทรเวชกรรม.....	30
3. หลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ระหว่างกฎหมายต่างประเทศและประเทศไทย.....	41
3.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา.....	41
3.2 ประเทศมาเลเซีย.....	58
3.3 ประเทศแอฟริกาใต้.....	65
3.4 ประเทศไทย.....	75

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4. วิเคราะห์หลักเกณฑ์ทางกฎหมายว่าด้วยการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม เปรียบเทียบของต่างประเทศและประเทศไทย.....	88
4.1 ความหมายของโทรเวชกรรม.....	89
4.2 หน้าที่ของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย.....	90
4.3 วิธีการรักษาด้วยโทรเวชกรรม.....	91
4.4 ความยินยอม.....	93
4.5 วิเคราะห์หลักเกณฑ์ทางกฎหมายว่าด้วยการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม.....	98
5. สรุปและข้อเสนอแนะ.....	102
5.1 บทสรุป.....	102
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	104
บรรณานุกรม.....	108
ภาคผนวก.....	114
ก คำแปลปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948.....	115
ข คำแปลกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม.....	132
ค คำแปลปฏิญญาอิสบอนว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก.....	143
ง คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย.....	149
จ AMA Principles of Medical Ethics: I, IV, VI, “Code of Medical Ethics Opinion 1.1.4”.....	151
ฉ (New) Telemedicine and Telehealth §§1-6 - C.45:1-61 to45:1-66.....	153
ช LAWS OF MALAYSIA Act 564 TELEMEDICINE ACT 1997.....	172
ซ Health Professions Act 56 of 1974.....	183
ณ Health Professions Council of South Africa, “General Ethical Guidelines for Good Practice in Telemedicine”.....	187
ประวัติผู้เขียน.....	209

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 จำนวนแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ รวมทั้งประเทศ เปรียบเทียบ ระหว่าง ปี 2554 และปี 2560.....	29
4.1 ตารางเปรียบเทียบความหมายโทรเวชกรรม.....	95
4.2 ตารางเปรียบเทียบหน้าที่ของแพทย์ต่อผู้ป่วย.....	96
4.3 ตารางเปรียบเทียบวิธีการให้การรักษา.....	97
4.4 ตารางเปรียบเทียบในเรื่องความยินยอม.....	97



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริการทางสาธารณสุขของประเทศไทย มีการให้บริการทั้งโรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งคลินิกที่เปิดบริการ โดยทั่วไป เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บไข้ได้ป่วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเลือกที่จะเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด ไม่ว่าจะโรงพยาบาลรัฐและเอกชน แต่ถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยอาการของโรคที่ซับซ้อน หรือฉุกเฉิน แต่สถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดมีเพียงแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ไม่ใช่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญเฉพาะที่จะทำการรักษา หรือวินิจฉัยอาการได้อย่างทันท่วงที แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ให้การรักษานี้จำเป็นต้องตัดสินใจที่จะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญกว่าทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้าจนอาจถึงแก่ความตายได้ ดังนั้น ถ้าหากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกายและอาการต่าง ๆ ให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการประเมินและทำการรักษาได้อย่างทันท่วงที ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ล้ำหน้าทันสมัย เพื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้การรักษาได้อย่างทันทีทันใดที่จะช่วยลดอัตราความพิการและการตายของผู้ป่วยลงได้ หรืออย่างกรณีผู้ป่วยมารักษาที่สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งสถานบริการสาธารณสุขชุมชนมีหน้าที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้นเนื่องจากมีเพียงบุคลากรทางสาธารณสุขแต่ไม่มีแพทย์อยู่ประจำ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาจากแพทย์ ดังนั้น หากมีการนำรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมมาใช้ย่อมทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและไม่ต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อที่จะให้แพทย์ให้การรักษารักษาอาการเจ็บป่วยแก่ตน

การนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการบำบัดรักษาโรครวมถึงการดูแลสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นที่อยู่ห่างไกล ซึ่งมีอุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน โดยวิธีการรักษาด้วยโทรเวชกรรม (Telemedicine) สามารถทำให้แพทย์ให้การรักษากับผู้ป่วยที่อยู่ในอีกพื้นที่หนึ่งที่อยู่ห่างไกลกัน โดยผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาพบแพทย์ แต่แพทย์ก็ยังสามารถตรวจและวินิจฉัยโรคได้ ซึ่งเป็นการตอบโจทยในเรื่องความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ และลดอุปสรรคในเรื่องบริการสุขภาพได้เป็นอย่างดี

ตามรายงานผลขององค์การอนามัยโลก ในการสำรวจการใช้ eHealth ครั้งที่ 2 (Report on the second global survey on eHealth) ในหัวข้อโทรเวชกรรมคืออะไร ในรายงานฉบับนี้กล่าวไว้ว่า โทรเวชกรรม (Telemedicine) เป็นศัพท์ที่มีการบัญญัติในปี ค.ศ. 1970 ซึ่งหมายถึง "การรักษาทางไกล (healing at a distance)" มีความหมายว่า การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and communication technologies (ICTs)) เพื่อปรับปรุงการรักษาผู้ป่วย โดยเพิ่มการเข้าถึงการดูแลและข้อมูลทางการแพทย์¹

ต่อมากองการอนามัยโลกได้อธิบาย คำว่า “โทรเวชกรรม (Telemedicine)” อย่างกว้าง ๆ ไว้ว่า “โทรเวชกรรม คือ การให้บริการดูแลสุขภาพทางไกล โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำหรับการแลกเปลี่ยนที่มีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยรักษา ป้องกันโรค การรักษาอาการบาดเจ็บ การวิจัยและประเมินผล และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์”²

โทรเวชกรรม มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ³ ได้แก่

- (1) เป็นระบบที่วัตถุประสงค์เพื่อให้การสนับสนุนทางการแพทย์
- (2) เป็นระบบที่มีความมุ่งหมายเพื่อเอาชนะอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ หรือการเข้าถึงบริการทางการแพทย์จากสถานที่ห่างไกล
- (3) โทรเวชกรรมมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารหลายชนิดมาใช้
- (4) เป้าหมายของโทรเวชกรรม เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านการรักษาโรคให้ดีขึ้น

¹ World Health Organization, “Telemedicine: opportunities and developments in Member States : Report on the second global survey on eHealth 2009,” 2 Global Observatory for eHealth series 8,9 (2010). [means “healing at a distance” signifies the use of ICT to improve patient outcomes by increasing access to care and medical information.]

² World Health Organization, “A health telematics policy: Report of the WHO group consultation on health telematics Geneva, 11–16 December 1997,” World Health Organization 10,11 (1998). [Telemedicine is delivery of health care services, where distance is a critical factor, by all health care professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries, research and evaluation, and for the continuing education of health care providers, all in the interests of advancing the health of individuals and their communities]

³World Health Organization, *supra note 1*, p.9. [Four elements are germane to telemedicine: 1. Its purpose is to provide clinical support. 2. It is intended to overcome geographical barriers, connecting users who are not in the same physical location. 3. It involves the use of various types of ICT. 4. Its goal is to improve health outcomes.]

โทรเวชกรรมได้เริ่มต้นในปี ค.ศ.1960 จากแรงผลักดันทางการทหารและเทคโนโลยีทางอวกาศของประเทศสหรัฐอเมริกา ร่วมกับการใช้อุปกรณ์การสื่อสารที่มีอยู่ในขณะนั้น⁴ เช่น การใช้ระบบโทรทัศนช่วยในการปรึกษากันระหว่างจิตแพทย์ที่สถาบันทางจิตเวชกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่โรงพยาบาลจิตเวช และการให้คำแนะนำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงเรียนแพทย์ไปยังศูนย์การแพทย์ที่สนามบินที่อยู่อีกแห่งหนึ่ง⁵

ต่อมาการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมีมากขึ้นจึงเป็นปัจจัยผลักดันที่สำคัญของการพัฒนาระบบโทรเวชกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาที่เปลี่ยนจากยุคอนาล็อก (analog) เข้าสู่ยุคดิจิทัล (digital) รวมไปถึงราคาอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ลดลง เป็นแรงจูงใจที่กระตุ้นความสนใจของสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่จะจัดหาวิธีใหม่ที่มีประสิทธิภาพเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ดีขึ้น⁶ อีกทั้ง การใช้ระบบอินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลายช่วยขยายขอบเขตของโทรเวชกรรมไปยัง Web-based applications เช่น จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (electronic mail หรือ e-mail) การประชุมทางไกล (Teleconference) และการปรึกษาทางไกล (Teleconsultation) รวมถึงการใช้สื่อมัลติมีเดีย เช่น รูปถ่ายดิจิทัลและวิดีโอ นำไปสู่การสร้างแอปพลิเคชัน เพื่อใช้ร่วมกับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมในอนาคต⁷

⁴ Craig J, Patterson V, “Introduction to the practice of telemedicine,” 11 *Journal of Telemedicine and Telecare*, 3–9 (2005). [Telemedicine, in its modern form, started in the 1960s in large part driven by the military and space technology sectors, as well as a few individuals using readily available commercial equipment.]

⁵ Benschoter RA, Eaton MT, Smith P, “Use of videotape to provide individual instruction in techniques of psychotherapy,” 12 *Academic Medicine*, 1159–1161 (1965). [Examples of early technological milestones in telemedicine include the use of television to facilitate consultations between specialists at a psychiatric institute and general practitioners at a state mental hospital and the provision of expert medical advice from a major teaching hospital to an airport medical centre.]

⁶ World Health Organization, *supra note 1*, p.9. [The replacement of analogue forms of communication with digital methods, combined with a rapid drop in the cost of ICTs, have sparked wide interest in the application of telemedicine among health-care providers, and have enabled health care organizations to envision and implement new and more efficient ways of providing care.]

⁷ *Ibid.*, p.9. [The introduction and popularization of the Internet has further accelerated the pace of ICT advancements, thereby expanding the scope of telemedicine to encompass Web-based applications (e.g. e-mail, teleconsultations and conferences via the Internet) and multimedia approaches (e.g. digital imagery and video). These advancements have led to the creation of a rich tapestry of telemedicine applications that the world is coming to use.]

เมื่อพิจารณาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย พบว่ายังมีปัญหาในความเหลื่อมล้ำกันระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท เช่น การกระจายของทรัพยากร บุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือที่ทันสมัย และคุณภาพของบริการ⁸ ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนทางภาคเหนือที่พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาสูงและอยู่ห่างไกล ทำให้การเข้าถึงการรักษาของไม่สามารถเข้ารับบริการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเทียบเคียงกับประชาชนที่อยู่ในเขตเมือง ประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่ยากจนจึงจำเป็นต้องเลือกเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐที่อยู่ใกล้ที่สุด เพื่อที่จะลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ประเทศไทยจึงมีแนวคิดนำการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรม มาประยุกต์ใช้ในการให้บริการสาธารณสุขในการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และ ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิไปยังโรงพยาบาลระดับตติภูมิ หรือระดับตติภูมิเป็นหลัก จากการศึกษาพบว่าประเทศไทยมีการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรม ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลน่าน และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดยโรงพยาบาลน่าน ได้ติดตั้งระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine System) ในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน “ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทางไกลแบบไร้รอยต่อจังหวัดน่าน (Nan Telemedicine System)” ทำให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและแพทย์เฉพาะทางสามารถให้คำปรึกษา คำสั่งการรักษาที่เหมาะสมกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ทันที⁹ หรือโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อพัฒนาโปรแกรมประเมินอาการโรคสมองขาดเลือด หนีบปลั๊กผ่านระบบสารสนเทศ (CU Stroke Fast track Application)¹⁰

ด้วยประโยชน์ต่าง ๆ ของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่นำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรม ซึ่งมีหลายประเทศที่ใช้ประโยชน์จากโทรเวชกรรมอย่างแพร่หลายมีกฎหมายในเรื่องการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรมเพื่อที่จะให้แพทย์รู้หน้าที่และผู้ป่วยรู้สิทธิ แต่จากการศึกษา ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายหรือข้อบังคับกำหนดหรือวางมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรมไว้โดยเฉพาะ ในการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรม จึงอาจเกิดความเสียหายเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้ เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแก่ผู้ป่วยจึงต้องมาพิจารณาในเรื่องความรับผิดชอบละเมิดจึงมีปัญหาด้านกฎหมายที่ต้องพิจารณาว่า แพทย์ที่ให้การรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรมมีหน้าที่จากการกระทำซึ่งจะต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยหรือไม่ มาตรฐานความระมัดระวังของแพทย์ในการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรม ปัญหาการให้ความยินยอมของผู้ป่วย และกรณีฉุกเฉิน

⁸ พวงชมพู ประเสริฐ, “ระบบบริการสาธารณสุข”คนไทยเข้าถึงแต่ยังเหลื่อมล้ำ,” สืบค้นเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2562, จาก <http://www.komchadluek.net/news/edu-health/338987>

⁹ เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, Service Sharing 2018 5th Service Plan รวมใจก้าวไกล 4.0, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2560), น.24.

¹⁰ เพ็ญอ้อ, น. 465.

จำเป็นเร่งด่วนแพทย์ทั่วไปที่อยู่โรงพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและไม่อาจส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ ถ้าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ให้การวินิจฉัยด้วยวิธีโทรเวชกรรมและปรากฏว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแพทย์ต้อง

คดีโทรเวชปฏิบัติ ในกรณีที่มีแพทย์ได้ใช้ความระมัดระวังแล้วแต่ไม่เพียงพอ ซึ่งคำว่าไม่เพียงพอ หมายถึงการให้การรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐานในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม หากแพทย์ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพและจริยธรรมแล้ว ย่อมเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมไปตามหน้าที่และมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อันจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย¹¹ ดังนั้น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ให้การรักษาด้วยโทรเวชกรรมจึงต้องให้การรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานทางวิชาชีพ ถ้าแพทย์ผู้ทำการรักษาได้กระทำการรักษาไปโดยต่ำกว่ามาตรฐานทางวิชาชีพย่อมมีความรับผิดชอบตามที่บัญญัติด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพในการรักษาเฉพาะด้านนั้น ๆ อีกทั้ง ถ้าเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยอันเกิดจากแพทย์ได้กระทำการรักษาผู้ป่วยโดยประมาทเลินเล่อ ย่อมมีความรับผิดชอบทางละเมิดอีกด้วย

อย่างไรก็ดี ในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมของประเทศไทยในปัจจุบันนี้ยังไม่ได้มีการกำหนดมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยไว้ จึงอาจจะเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยที่อาจไม่ได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐาน ส่วนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเองอาจต้องรับผิดชอบทางละเมิด และวิธีที่จะคุ้มครองทั้งแพทย์และผู้ป่วยก็ต้องกำหนดมาตรการทางกฎหมายด้วยการกำหนดมาตรฐานการรักษา ซึ่งถ้าหากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้รับการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดแล้ว แพทย์ก็ได้รับความคุ้มครองไม่ต้องรับผิดชอบทางละเมิด ผู้ป่วยก็ได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐานและได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึง

ดังนั้น วิทยานิพนธ์เล่มนี้เห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญอย่างยิ่งที่ควรศึกษาประเด็นปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ที่รักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมเพื่อกำหนดมาตรการทางกฎหมายที่กำหนดมาตรฐานการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมที่เหมาะสมกับประเทศไทยเพื่อแก้ปัญหาข้างต้น เนื่องด้วยการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมนั้น มีรายละเอียดปลีกย่อยอื่น ๆ อีก เช่น การส่งจ่ายยาของแพทย์ด้วยวิธีโทรเวชกรรม ซึ่งในวิทยานิพนธ์เล่มนี้จะพิจารณาเฉพาะการตรวจวินิจฉัย การรักษา เท่านั้น ไม่รวมถึงการส่งจ่ายยาของแพทย์

¹¹ ภูมิ โสภะเหมาะ, “แนวทางการพิจารณาตีความผิดทางแพ่งและอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะ : ศึกษากรณีวิชาชีพทันตกรรมและวิชาชีพแพทย์,” ในโครงการวิจัยเสนอสถาบันวิจัยที่พัฒนาศักดิ์ สำนักงานศาลยุติธรรม, โดยมหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2557 :287-288.

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความเป็นมา แนวความคิด ความสำคัญและประโยชน์ของการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม
2. เพื่อศึกษาปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ที่รักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ
3. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างหลักเกณฑ์ทางกฎหมายว่าด้วยการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมของต่างประเทศและประเทศไทย
4. เพื่อศึกษาให้ทราบปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ที่รักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม เพื่อวางมาตรการทางกฎหมายของไทยที่เหมาะสม

1.3 สมมุติฐานของการศึกษา

เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายหรือข้อบังคับกำหนดหรือวางมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมไว้โดยเฉพาะ จึงอาจเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยที่อาจไม่ได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐาน ส่วนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเองอาจต้องรับผิดชอบทางละเมิด ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพิจารณากำหนดมาตรฐานการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ถ้าหากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้รับการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดแล้ว แพทย์ย่อมได้รับความคุ้มครองไม่ต้องรับผิดชอบทางละเมิด ผู้ป่วยย่อมได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐาน อีกด้วย

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มุ่งศึกษาความเป็นมา แนวความคิด ความสำคัญและประโยชน์ของการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ที่รักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ เพื่อศึกษาให้เข้าใจปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ที่ให้บริการโทรเวชกรรม เพื่อวางมาตรการทางกฎหมายของไทยที่เหมาะสม

1.5 วิธีการดำเนินการศึกษา

ผู้เขียนได้ทำการค้นคว้าวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เป็นหลัก โดยทำการรวบรวมข้อมูลและบททวนเอกสารที่เกี่ยวกับกฎหมายความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ไม่ว่าจะเป็นหนังสือ บทความ วิทยานิพนธ์ ผลงานทางวิชาการ รายงานการวิจัย ข้อมูลที่เผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต ตลอดจนสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ทราบและให้มีความเข้าใจในเรื่องแนวคิด ความเป็นมา ประโยชน์และความจำเป็นของโทรเวชกรรม
2. เพื่อให้ทราบและให้มีความเข้าใจกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ ที่ให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ
3. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายว่าด้วยการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมของต่างประเทศและประเทศไทย
4. เพื่อสามารถวางมาตรการทางกฎหมายในประเทศไทยได้อย่างเหมาะสม เพื่อแก้ไขปัญหาความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม

บทที่ 2

ความเป็นมา แนวความคิด ความสำคัญและประโยชน์ของการใช้โทรเวชกรรม

2.1 สิทธิของบุคคลที่จะได้รับการบริการสาธารณสุข

เมื่อพิจารณาคำว่า “สิทธิ” มีความหมายว่า อำนาจที่กฎหมายรับรองให้แก่บุคคลในอันที่จะกระทำเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินหรือบุคคลอื่น หรือเรียกร้องให้บุคคลอื่น หรือหลายคนกระทำ หรืองดเว้นกระทำการเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตน¹² ซึ่งถ้าแบ่งประเภทของสิทธิโดยพิจารณาจากบุคคลที่รัฐธรรมนูญมุ่งให้ความคุ้มครองนั้น แบ่งออกได้ 2 ประเภท คือ สิทธิมนุษยชน และสิทธิพลเมือง

สิทธิมนุษยชน (Human Rights) คือ สิทธิและเสรีภาพที่มนุษย์ทุกคนมีอยู่ตามธรรมชาติ ในฐานะที่เกิดมาเป็นมนุษย์ เป็นคุณลักษณะประจำตัวของมนุษย์ทุกคนซึ่งมนุษย์มีสิทธิและเสรีภาพเหล่านี้อยู่แล้ว ตั้งแต่ก่อนจะมีรัฐเกิดขึ้น¹³ เป็นสิทธิที่ไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ส่วนสิทธิพลเมือง (Citizen Rights) คือ สิทธิและเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญมุ่งหมายให้ความคุ้มครองแก่พลเมืองของรัฐเท่านั้น

สำหรับสิทธิของบุคคลที่ได้รับการบริการสาธารณสุขเป็นสิทธิที่มีความเกี่ยวข้องกับทั้งสิทธิมนุษยชนที่มีการรองรับไว้ในกฎหมายระหว่างประเทศ และสิทธิพลเมืองที่บัญญัติรับรองไว้ในรัฐธรรมนูญ โดยกำหนดสิทธิไว้อย่างกว้างๆ และจะมีการกำหนดรายละเอียดไว้ในกฎหมายลำดับรอง

ในบทนี้ ผู้เขียนจะศึกษาถึงสิทธิของบุคคลที่ได้รับการบริการสาธารณสุข โดยสิทธิดังกล่าวมีเกี่ยวข้องกับสิทธิทางสุขภาพ สิทธิผู้ป่วย และสิทธิในการได้รับการบริการสาธารณสุข ที่มีการบัญญัติรับรองไว้ทั้งตามกฎหมายระหว่างประเทศและกฎหมายไทย

¹² วรพจน์ วิศรุตพิชญ์, สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2543), น.21.

¹³ วรพจน์ วิศรุตพิชญ์, สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2538), น.38.

2.1.1 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายระหว่างประเทศ

เมื่อพิจารณาถึงสิทธิของบุคคลที่ได้รับการบริการสาธารณสุข ในกฎหมายระหว่างประเทศพบว่า มีการบัญญัติรับรองสิทธิดังกล่าวไว้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในด้านสุขภาพ สิทธิของผู้ป่วย และสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุข ซึ่งมีกฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ (1) ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (Universal Declaration of Human Right 1948) (2) กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) และ (3) ปฏิญญาลิสบอนว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วย ค.ศ. 1981 ออกโดยแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association)

2.1.1.1 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (Universal Declaration of Human Right 1948)¹⁴

ข้อ 1 กำหนดว่า มนุษย์ทั้งปวงเกิดมามีอิสระและเสมอภาคกันในศักดิ์ศรีและสิทธิ ต่างในตนมีเหตุผลและมโนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันด้วยจิตวิญญาณแห่งภราดรภาพ

ข้อ 21 (2) กำหนดว่า ทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการสาธารณะ

ข้อ 25 (1) กำหนดว่า ทุกคนมีสิทธิที่จะมีมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนและครอบครัว รวมอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์ และการบริการทางสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกันยามว่างงาน เจ็บป่วยพิการ ทุพพลภาพ ว่างงาน หรือปราศจากการดำรงชีวิตอื่นในสภาวะแวดล้อมนอกเหนือการควบคุมของตน

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนถือเป็นหลักการทั่วไปและเป็นมาตรฐานที่ประเทศสมาชิกสหประชาชาติได้ร่วมกันจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของประชาชนทั่วโลก ทั้งนี้ ประเทศไทยเป็น 1 ใน 48 ประเทศแรกที่ลงคะแนนเสียงร่วมรับรองปฏิญญาลฉบับนี้ในการที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติดังกล่าว ซึ่งจัดขึ้น ณ กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม ค.ศ. 1948 ผลของการเป็นสมาชิกทำให้ทุกประเทศรวมถึงประเทศไทยจะต้องเคารพและปฏิบัติตามปฏิญญาดังกล่าว

¹⁴ กระทรวงการต่างประเทศ, “คำแปลปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948,” [รายละเอียดดูที่ภาคผนวก ก].

อีกทั้ง จากการประชุมของสมัชชาองค์การอนามัย (World Health Assembly) ในค.ศ. 1970 ได้มีมติว่า “สิทธิในสุขภาพหรือสิทธิที่จะมีสุขภาพดี (The Right to Health) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน (Fundamental Rights) ของสิทธิมนุษยชน”¹⁵ อีกด้วย ดังนั้น ทุกรัฐต้องจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพในประเทศตนโดยให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้อย่างเสมอภาค และมีมาตรฐานเพียงพอต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยไม่มีความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ฯลฯ

2.1.1.2 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR))¹⁶

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ได้กำหนดสิทธิในสุขภาพ อยู่ในข้อ 12 ที่ว่า

1. รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับรองสิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้
2. ขั้นตอนในการดำเนินการโดยรัฐภาคีแห่งกติกานี้ เพื่อบรรลุผลในการทำให้สิทธินี้เป็นจริงอย่างสมบูรณ์จะต้องรวมถึงสิ่งต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อ

(ก) การหาหนทางลดอัตราการตายของทารกก่อนคลอดและของเด็กแรกเกิดและการพัฒนาที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของเด็ก

(ข) การปรับปรุงในทุกด้านของสุขลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอุตสาหกรรม

(ค) การป้องกัน รักษาและควบคุมโรคระบาด โรคประจำถิ่น โรคจากการประกอบอาชีพและโรคอื่น ๆ

(ง) การสร้างสภาวะที่ประกันบริการทางแพทย์ และการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วย

¹⁵ นิรมัย พิศแข มั่นจิตร, กฎหมายว่าสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการทางด้านสุขภาพ, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2561) น.30.

¹⁶ กระทรวงการต่างประเทศ, “คำแปลกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม” [รายละเอียดดูที่ภาคผนวก ข].

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเสรีธุรกิจ สังคม และวัฒนธรรม ได้รับรองโดยสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม ค.ศ. 1966 และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2519 ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเสรีธุรกิจ สังคม และวัฒนธรรม โดยการภาคยานุวัติ เมื่อวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2542 มีผลบังคับกับประเทศไทย เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2542¹⁷ ดังนั้น รัฐภาคีจึงต้องรับรองว่าทุกคนในรัฐมีสิทธิที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้ การสร้างสภาวะที่ประกันบริการทางแพทย์ และการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วย

2.1.1.3. ปฏิญญาสิทธิมนุษยชนว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient)¹⁸

ปฏิญญาสิทธิมนุษยชนว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก ได้กำหนดหลักการสำคัญของสิทธิผู้ป่วยที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะต้องนำไปปฏิบัติและส่งเสริมแพทย์และบุคคลหรือองค์กรอื่นใดที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาพยาบาล ต้องรับผิดชอบร่วมกันที่ยอมรับและรักษาสิทธิดังกล่าว กำหนดไว้ทั้งหมด 11 ข้อ

ส่วนสิทธิของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขนั้นมี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 ข้อ 2 ข้อ 3 ข้อ 7 และข้อ 8 ดังนี้

ข้อ 1. สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพดี (Right to medical care of good quality)

ก. บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสม โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ

ข. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ ซึ่งต้องมีอิสระในการตัดสินใจทางคลินิกและทางจริยธรรมโดยปราศจากการแทรกแซงใด ๆ

ค. ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเอง การรักษาพยาบาลดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามหลักวิชาทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่รับรองกันทั่วไป

¹⁷ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, หลักกฎหมายระหว่างประเทศทั่วไปเกี่ยวกับสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชน กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท SM เซอร์คิตเพรส จำกัด, 2550), น.15,19.

¹⁸ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และไพศาล ลิ้มสถิตย์, “คำแปลปฏิญญาสิทธิมนุษยชนว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก” [รายละเอียดดูที่ภาคผนวก ก].

ง. การรับรองคุณภาพควรถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลคุณภาพ โดยเฉพาะแพทย์ควรจะต้องรับผิดชอบต่อการรักษาคุณภาพของบริการทางการแพทย์

จ. ในกรณีจะต้องเลือกใช้วิธีการรักษาบางอย่างที่มีอยู่อย่างจำกัดแก่ผู้ป่วยบางราย ผู้ป่วยเหล่านั้นจะต้องได้รับการคัดเลือกอย่างเป็นธรรมในการได้รับวิธีการรักษานั้น และการคัดเลือกต้องทำโดยพื้นฐานข้อชี้บ่งทางการแพทย์เท่านั้นและต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติ

ฉ. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แพทย์มีหน้าที่จัดการให้มีการประสานงานทางการแพทย์กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น แพทย์ไม่อาจยุติการรักษาผู้ป่วยลงได้ ตราบเท่าที่มีข้อชี้บ่งทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องให้การรักษาต่อไป เว้นแต่จะมีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและให้โอกาสอย่างเพียงพอในการดูแลรักษาด้วยวิธีอื่น

ข้อ 2. สิทธิในการเลือกวิธีการรักษาอย่างเสรี (Right to freedom of choice)

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกและเปลี่ยนแพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล โดยอิสระ โดยไม่คำนึงว่าจะอยู่ในสังกัดของรัฐหรือเอกชน

ข. ผู้ป่วยมีสิทธิสอบถามความเห็นจากแพทย์อื่นเมื่อใดก็ได้

ข้อ 3. สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (Right to self-determination)

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น

ข. ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มีสิทธิที่จะให้หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตน ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจทดสอบหรือการบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม

ค. ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในงานวิจัยหรือการเรียนการสอนทางการแพทย์

ข้อ 7. สิทธิที่จะได้รับข้อมูล

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองในเวชระเบียน และได้รับการแจ้งข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยทุกประการ รวมถึงข้อมูลการเจ็บป่วยทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่เป็นความลับของบุคคลอื่นที่ปรากฏในเวชระเบียนไม่ควรเปิดเผยให้ ผู้ป่วยทราบ หากไม่ได้รับความยินยอมจากบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลนั้น

ข. ข้อยกเว้นที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วยคือ เมื่อมีเหตุผลอันดีที่เชื่อว่า ข้อมูลนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิตหรือสุขภาพของผู้ป่วย

ค. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยต้องเป็นไปอย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย

ง. ผู้ป่วยมีสิทธิร้องขอให้เปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลอื่น ยกเว้นกรณีจำเป็นเพื่อปกป้องชีวิตของบุคคลอื่น

จ. ผู้ป่วยมีสิทธิจะเลือกบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่จะได้รับแจ้งข้อมูลแทนตน

ข้อ 8. สิทธิที่จะได้รับการรักษาความลับ

ก. ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย อาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การฟื้นฟู และ การบำบัดรักษา รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ จะต้องถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ แม้กระทั่งหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตลง แต่ทายาทมีสิทธิที่จะขอข้อมูลซึ่งจะบ่งบอกถึงความเสียหายเกี่ยวกับสุขภาพของเขา

ข. ข้อมูลที่เป็นความลับจะเปิดเผยได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมโดยชัดแจ้ง หรือโดยอำนาจแห่งบทบัญญัติกฎหมาย ข้อมูลดังกล่าวจะเปิดเผยแก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นได้ก็ต่อเมื่อเป็นความจำเป็น ที่จะต้องรู้เท่านั้น เว้นแต่ผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมโดยชัดแจ้งแล้ว.

ค. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยทุกประเภทจะได้รับความคุ้มครอง การคุ้มครองข้อมูลส่วนตัวจะต้องจัดเก็บไว้อย่างเหมาะสม ขึ้นส่วนเนื้อเยื่อของมนุษย์ที่สามารถอ้างอิงข้อมูลส่วนตัวได้จะได้รับความคุ้มครองเช่นกัน.

ในที่ประชุมสมัชชาแพทยโลก ครั้งที่ 34 ณ กรุงลิสบอน ประเทศโปรตุเกส ได้ให้ความเห็นชอบปฏิญญาลิสบอนว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient) เมื่อกันยายน - ตุลาคม ค.ศ. 1981 และปรับปรุงในปี ค.ศ. 1995 และปี ค.ศ. 2005 ให้เป็นแนวทางในการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยทั่วโลก¹⁹

เนื่องด้วยความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งแพทย์ควรจะต้องปฏิบัติงานด้วยความรู้สึกผิดชอบชั่วดี โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยอยู่เป็นประจำสม่ำเสมอ และพยายามที่จะรับประกันความเป็นอิสระเสรีของผู้ป่วยและคุณธรรมถ้ามีกฎหมาย การดำเนินงานของรัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐ หรือสถาบันใด ๆ ปฏิเสธสิทธิผู้ป่วยดังกล่าวแล้ว แพทย์ย่อมดำเนินการตามแนวทางที่เหมาะสมเพื่อดำรงรักษาสิทธิดังกล่าว

¹⁹ ทักษิณก ห่อรวงศ์, “ปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ,” (วิทยานิพนธ์ มหบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559), น.35.

2.1.2 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายไทย

เมื่อประเทศไทยเข้าเป็นภาคีสันติสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนตามที่กล่าวไว้ในหัวข้อที่ 2.1.1 แล้ว เป็นผลให้ต้องปฏิบัติตามพันธกรณีของสนธิสัญญาดังกล่าว ประเทศไทยจึงต้องนำกฎหมายระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนมาปรับเป็นกฎหมายภายใน เพื่อให้สอดคล้องต่อหลักสิทธิมนุษยชน

โดยสิทธิที่เกี่ยวข้องกับการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีการบัญญัติรับรองไว้ในกฎหมายไทยมีหลายฉบับ ได้แก่ (1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 (2) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (3) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และ (4) คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

2.1.2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

ประเทศไทยนำหลักเกณฑ์สากลที่เกี่ยวกับสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขมารับรองเป็นลายลักษณ์อักษรครั้งแรกปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 โดยมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้อง 2 มาตรา ได้แก่ มาตรา 52 และมาตรา 82

มาตรา 52²⁰ กำหนดว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชน โดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 82²¹ กำหนดว่า รัฐจะต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

ในปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 เป็นฉบับปัจจุบันที่ใช้ในการปกครองประเทศและถือเป็นกฎหมายสูงสุด ยังคงมีหลักการและแนวความคิดเรื่องสิทธิของบุคคลที่จะได้รับการบริการสาธารณสุข มีการรับรองและคุ้มครองสิทธิดังกล่าวไว้ สิทธิขั้นพื้นฐาน (Fundamental Rights) ได้รับรองให้บุคคลทุกคนมีสิทธิเสมอกันเท่าเทียมกันในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่รัฐได้จัดไว้ให้โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ

²⁰ มาตรา 52 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540

²¹ มาตรา 82 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540.

โดยไม่เป็นธรรม ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนาไว้ ตามมาตรา 27

มาตรา 27²² กำหนดว่า บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครอง ตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใด จะกระทำมิได้

แต่บทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุข รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มีมาตราที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ (1) มาตรา 47 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย (2) มาตรา 55 หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ (3) มาตรา 71 วรรคหนึ่ง หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ และ (4) มาตรา 258 หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ

มาตรา 47²³ กำหนดว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

มาตรา 55²⁴ กำหนดว่า รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

²² มาตรา 27 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560.

²³ มาตรา 47 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560.

²⁴ มาตรา 55 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560.

มาตรา 71 วรรคหนึ่ง²⁵ กำหนดว่า รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว อันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ ของสังคม จัดให้ประชาชนที่มีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างความสุขภาวะเพื่อให้ ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริมและพัฒนาการกีฬาให้ไปสู่ความเป็นเลิศ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ ประชาชน

มาตรา 258 ข้อ ซ. ด้านอื่น ๆ (4) และ (5)²⁶ กำหนดว่า

(4) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน

(5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม

จะเห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้รับรองสิทธิ ในการได้รับบริการสาธารณสุขของประชาชนชาวไทยว่ามีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่รัฐเป็นผู้จัดให้ ส่วนผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่ตามที่กฎหมายกำหนด ส่วนในการป้องกัน โรคและควบคุมโรคติดต่อ รวมทั้งการจัดการเกี่ยวกับโรคติดต่ออันตรายที่เกิดขึ้น รัฐมีหน้าที่ที่จะต้องจัดการบริการโดยที่ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายรัฐ ซึ่งรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด อย่างไรก็ตาม รัฐธรรมนูญฉบับนี้มีความแตกต่างจากฉบับอื่น ๆ กล่าวคือ ได้มีการบัญญัติเรื่องนโยบายแห่งรัฐ ซึ่งรัฐส่งเสริมและพัฒนาการสร้างความสุขภาวะ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง และแนวทางการปฏิรูปประเทศในด้านการบริการสาธารณสุขได้กำหนดไว้ 2 ประการ กล่าวคือ ประการแรก การปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน และประการที่สอง การจัดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมซึ่งทำให้รัฐต้องมีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติ ซึ่งในส่วนระบบการแพทย์ปฐมภูมิจะได้กล่าวให้หัวข้อถัดๆ ไป

²⁵ มาตรา 71 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560.

²⁶ มาตรา 258 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560.

2.1.2.2 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายลำดับรองที่ได้ตราออกตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 และมาตรา 82 ที่บัญญัติรับรองสิทธิของประชาชนให้ในการรับบริการทางสาธารณสุขเสมอกันและได้ที่มีมาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ การให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และกำหนดให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน²⁷

สาระสำคัญของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อาจสรุปได้ดังนี้

1. รับรองสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ มาตรา 5 ได้กำหนดว่าบุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งเป็นการบัญญัติรับรองและสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52
2. กำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งตามมาตรา 18 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไว้ว่า มีหน้าอำนาจหน้าที่กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ กำหนดหลักเกณฑ์การให้บริการสาธารณสุข ตามที่พระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนด

²⁷ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, “พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545,” สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2562, จาก <https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTAzMA==>.

3. กำหนดให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งตามมาตรา 24 กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานของรัฐ ฐานะนิติบุคคล และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี และมาตรา 26 กำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไว้ว่า รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน ทั้งมีหน้าที่รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด และกำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด

4. กำหนดให้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งตามมาตรา 39 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

2.1.2.3 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในหมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มีการกำหนดสิทธิของบุคคลผู้เข้ารับบริการสาธารณสุข ได้แก่

1. สิทธิในข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย

มาตรา 7 กำหนดว่า ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคล นั้น โดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่นเพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้

2. สิทธิในการได้รับแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ

มาตรา 8 วรรคหนึ่ง กำหนดว่า ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมิได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิด ข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

3. ข้อยกเว้นการแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพให้แก่ผู้รับบริการ

ตามมาตรา 8 วรรคท้าย กำหนดว่า ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณี ดังต่อไปนี้ กล่าวคือ ถ้าเข้ากรณีตามมาตรา 8 วรรคท้ายแล้ว แพทย์ผู้ให้บริการไม่ต้องแจ้งสิทธิข้อมูล ทางสุขภาพเพื่อให้ผู้รับบริการสุขภาพหรือผู้ป่วยตัดสินใจให้การรักษา ซึ่งมี 2 กรณี ได้แก่

(1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน กล่าวคือ เป็นกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนที่หากไม่รีบทำการรักษาอย่างรวดเร็วอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต เช่น ผู้ป่วยมีอาการหัวใจวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุร้ายแรง ซึ่งเป็นกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนที่แพทย์ต้องรีบทำการรักษาเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในขั้นต้นของการรักษาแต่อย่างใด

(2) ผู้รับบริการ ไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคล ซึ่งเป็นทายาท โดยธรรมดาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้ เช่น ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กมีอายุน้อย เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถที่ไม่สามารถรับทราบข้อมูลที่มีความซับซ้อนและตัดสินใจในการรักษาด้วยตนเองได้ เป็นต้น

2.1.2.4 คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

ต่อมาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ จึงออกได้คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย²⁸ ประกาศ ณ วันที่ 12 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 มีเนื้อหาโดยสรุป ดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ

2. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอม เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

²⁸ คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย [รายละเอียดดูที่ภาคผนวก ง].

3. ถ้าผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตก็มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือ รับผิดชอบต่อความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาล
5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้าน สุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้
6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อ ประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย
7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสุขภาพ
8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น
9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็ก อายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิ ด้วยตนเองได้

ในส่วนเรื่องข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย มีเนื้อหาโดยสรุป ดังนี้²⁹

1. ผู้ป่วยควรสอบถามเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนลงนาม ให้ความยินยอม หรือไม่ยินยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาล
2. ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่าง ๆ ทางการแพทย์ที่เป็นจริงและครบถ้วน
3. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ให้แจ้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทราบ
4. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล
5. ปฏิบัติต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยรายอื่น ด้วยความสุภาพให้เกียรติและไม่กระทำการที่รบกวนผู้อื่น
6. แจ้งสิทธิการรักษาพยาบาลพร้อมหลักฐานที่ตนมีให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ
7. ผู้ป่วยพึงรับทราบข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

²⁹ เพ็งอ้อ, [รายละเอียดคู่มือที่ภาคผนวก ง]

- (1) ถ้าผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง
- (2) การแพทย์ในที่นี้ หมายถึง การแพทย์แผนปัจจุบันที่ได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์
- (3) ผู้ป่วยพึงทราบว่า การแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาให้หายได้ทุกโรคหรือทุกสภาวะ
- (4) การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้ c และยังหากเกิดเหตุสุดวิสัยอาจเกิดขึ้นได้
- (5) การตรวจคัดกรอง วินิจฉัย ติดตามการรักษา อาจมีความคาดเคลื่อนได้ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยี
- (6) ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้ดุลพินิจในการเลือกกระบวนการรักษาพยาบาลตามหลักวิชาการทางการแพทย์ตามความสามารถและข้อจำกัด ตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มีอยู่รวมทั้งการปรึกษาหรือส่งต่อโดยคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย
- (7) เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพอาจให้คำแนะนำ หรือส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
- (8) การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพ และเชื้อเท็จจริงต่าง ๆ ทางทางการแพทย์ของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ อาจส่งผลเสียต่อกระบวนการรักษา
- (9) ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ใช้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วน

2.2 บทบาทอำนาจหน้าที่ของแพทย์ที่ให้บริการทางสาธารณสุข

2.2.1 บทบาทอำนาจหน้าที่ของแพทย์

ในสมัยดึกดำบรรพ์ พระในอดีตกษัตริย์ของแพทย์ ภายใต้อำนาจตามหลักศาสนาไสยศาสตร์ ซึ่งพระ นักบวช คนทรงเจ้า ทำหน้าที่เป็นผู้รักษาผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่วไปจะเป็นผู้ที่สมาชิกของชุมชนให้ความเคารพยกย่อง และเลื่อมใสศรัทธา อีกทั้ง ยังเป็นผู้ออกกฎเกณฑ์ของชุมชน พร้อมกับทำหน้าที่ตุลาการไปพร้อม ๆ กัน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยในสมัยนั้นจึงเป็นไปในลักษณะความสัมพันธ์ทางชนชั้น (Status relationship) และการที่ผู้ป่วยไปขอรับการรักษาโดยการเอื้อเฟื้อเกื้อกูลทำนองพ่อรักษาลูก กล่าวคือ ผู้ป่วยมอบอำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับชะตากรรมของตนทุกอย่างให้ผู้รักษา³⁰ และความเป็นวิชาชีพแพทย์นั้นเพิ่งปรากฏให้เห็นเด่นชัดและเป็นที่ยอมรับของสังคมในราวต้นศตวรรษที่ 20 นี้เอง³¹

ช่วงยุคศตวรรษที่ 19 การแพทย์ในยุโรปเองยังไม่ได้มีลักษณะของการให้บริการที่โรงพยาบาล องค์ความรู้ด้านการแพทย์ยังมีความหลากหลาย ผู้ทำหน้าที่แพทย์ ในยุคนั้นประชาชนมีความศรัทธาในการแพทย์น้อยมาก เหตุเพราะการเรียนการสอนแพทย์ยังไม่เป็นระบบ และมาตรฐานในการรักษาค่อนข้างต่ำ แต่การแพทย์ได้พัฒนาความเป็นวิชาชีพเรื่อยมา โดยมีการจัดตั้งสมาคมทางการแพทย์ขึ้นเพื่อจัดระบบการศึกษาทางการแพทย์ให้เป็นระบบมากขึ้นและมีมาตรฐานในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 และนำไปสู่การอธิบายการเกิดโรคด้วย ทฤษฎีเชื้อโรค (germ theory) ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการอธิบายโรคด้วยแนวคิดของการแพทย์สมัยใหม่ ประกอบกับวิทยาศาสตร์มีความเจริญก้าวหน้า สังคมจึงเริ่มสนใจการแสวงหาความรู้ด้วยวิทยาศาสตร์ และศรัทธาในการพิสูจน์ ประชาชนจึงหันมาให้ความสนใจและยอมรับในการแพทย์สมัยใหม่มากยิ่งขึ้น³²

เมื่อมีวิชาชีพแพทย์เกิดขึ้นก็ได้การสร้างหลักเกณฑ์การประพฤติปฏิบัติในกลุ่มหรือแนวปฏิบัติที่ได้ปฏิบัติต่อ ๆ กันมา และอบรมสั่งสอนจนเป็นประเพณีปฏิบัติที่รับรองกัน เรียกว่า มรรยาทแห่งวิชาชีพ หรือในแพทย์เรียกว่าจรรยาแพทย์ ปัจจุบันมีกฎหมายกำหนดให้มีจริยธรรมแห่งวิชาชีพหรือจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ที่ตราออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร (Code of Profession Ethics) ซึ่งการมีจรรยาบรรณเป็นเครื่องกำกับความประพฤติที่ทำให้อาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพแพทย์ จรรยาแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุด คือ คำสาบานของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) เป็น

³⁰ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, กฎหมายการแพทย์ : ความรับผิดชอบทางกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2546), น.63-64,104.

³¹ ดวงกมล ศรีประเสริฐ, “อำนาจแพทย์ และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย,” 1 วารสารธรรมศาสตร์ ปีที่ 37, น.80 (มกราคม-เมษายน 2561).

³² เห่งอ้าง, น. 81.

คำสาบานที่ใช้ให้ผู้เรียนสำเร็จเป็นแพทย์ได้สาบานตนก่อนเข้าประกอบวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ลักษณะของจรรยาบรรณที่อยู่ในรูปของคำสาบานเป็นการควบคุมที่หวังผลด้านจิตใจ แต่เมื่อสังคมมีการพัฒนามาขึ้นจรรยาบรรณต้องมีสภาพบังคับ เพื่อควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพได้จึงมีการพัฒนาออกมาในรูปแบบของกฎหมาย กฎหมายที่ควบคุมวิชาชีพด้านสุขภาพที่เก่าแก่ที่สุดในโลกคือประมวลกฎหมายฮัมมูราบี (The Code of Hammurabi) ซึ่งประมวลกฎหมายนี้มีส่วนหนึ่งเป็นการควบคุมการรักษาของแพทย์ เช่น บัญญัติว่า ถ้าแพทย์ผ่าตัดผู้ป่วยแล้ว ทำให้เกิดบาดแผลรุนแรงจนผู้ป่วยถึงแก่ความตาย หรือแพทย์ฝ่าฝืนที่ตาผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตาบอด แพทย์ต้องถูกลงโทษด้วยการถูกตัดมือ เป็นต้น³³

ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 เป็นกฎหมายที่กำหนดให้มีการจัดตั้งองค์การวิชาชีพอิสระที่มีอำนาจควบคุมการประกอบวิชาชีพโดยกลุ่มวิชาชีพเองที่เรียกว่า แพทยสภา องค์กรซึ่งทำหน้าที่สำคัญในการควบคุมการประพฤติดังกล่าวของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามหลักจริยธรรมหรือจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

โดยข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 ในข้อ 4 มีการกำหนดความหมายของ วิชาชีพเวชกรรม คือ วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรคการวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์ สัมผัสการแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึกและหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยา หรือสสาร การสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้ เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย

เมื่อการรักษาของแพทย์เป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรม แพทย์มีหน้าที่ต้องรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานที่แพทยสภากำหนด ซึ่งปรากฏอยู่ในข้อ 15 ว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด สถานการณ์นั้น ๆ ภายใต้อำนาจและความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะ วัสดุ และพฤติการณ์ที่มีอยู่

³³ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, *อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 30*, น. 105-107.

2.2.2 ระบบบริการทางสุขภาพของประเทศไทย

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในหลายทศวรรษที่ผ่านมา เป็นการจัดการบริการสุขภาพผ่านหน่วยบริการภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ เป็นการจัดการบริการของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข³⁴ โดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน โดยจัดระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคในภูมิภาคนั้น ๆ โดยได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากรตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศ ในรูปแบบเครือข่ายบริการแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นรายแห่ง สร้างความเชื่อมโยงในภาพของเครือข่ายบริการสามารถรองรับการส่งต่อเพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชน จะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานทั่วถึงเป็นธรรม³⁵

โครงสร้างของระบบบริการสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่³⁶

1. การบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ (Tertiary care level)
2. การบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ (Secondary care level)
3. การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Primary care level)

³⁴ ชูชนะ มะกรสาร, ศิวาพร สังรวม และสินีนานู อันนุรี, “ระบบบริการทางการแพทย์,” ในหนังสือ Thailand Medical Services Profile 2011-2014 (การแพทย์ไทย 2554-2557) First Edition, จัดพิมพ์โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (กรุงเทพมหานคร, 2557), น.1.

³⁵ เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561 – 2565, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2559), น.21.

³⁶ กล่าวณรงค์ วงศ์พิทักษ์, “ระบบบริการสุขภาพ (HEALTH CARE SYSTEM),” สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2562, จาก www.elahs.ssru.ac.th/klarnong_wo/pluginfile.php/34/block_html/content/%25E0%25B8%25A3%25E0%25B8%25B0%25E0%25B8%259A%25E0%25B8%259A%25E0%25B8%259A%25E0%25B8%25A3%25E0%25B8%25B4%25E0%25B8%2581%25E0%25B8%25B2%25E0%25B8%25A3%25E0%25B8%25AA%25E0%25B8%25B8%25E0%25B8%2582%25E0%25B8%25A0%25E0%25B8%25B2%25E0%25B8%259E.pdf +&cd=6&hl=th&ct=clnk&gl=th

1. การบริการสาธารณสุขระดับสูง (Tertiary care level)

เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนมาก และมีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทางทั้งสาขาหลัก สาขารองครบทุกสาขา การบริการสาธารณสุขระดับสูง แบ่งย่อยได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1)โรงพยาบาลศูนย์ (Advance Level Hospital) (2) โรงพยาบาลทั่วไป (Standard –Level Hospital) และ (3)โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

1.1 โรงพยาบาลศูนย์ (Advance Level Hospital) หรือระดับ A

เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง โดยให้มีครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ ปัจจุบันมีจำนวน 33 แห่ง มีความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance & Sophisticate Technology)³⁷ มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบทุกสาขตามความจำเป็น โดยโรงพยาบาลระดับ A บางแห่งถูกกำหนดเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญใน 5 สาขาหลัก (สาขาโรคหัวใจ สาขาโรคมะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สาขาทารกแรกเกิดสาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ) สามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากระดับตติยภูมิภายในเขตสุขภาพเดียวกันและเขตใกล้เคียง³⁸

1.2 โรงพยาบาลทั่วไป (Standard –Level Hospital) หรือระดับ S

เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน มีจำนวน 48 แห่ง มีความสามารถรองรับผู้ป่วย ที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารองครบทุกสาขา และสาขาย่อยบางสาขา³⁹ ทั้งนี้โรงพยาบาลบางแห่งอาจจัดการกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาโดยร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในพื้นที่ได้ สามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากหน่วยบริการภายในจังหวัดโดยมีอย่างน้อย 1 แห่ง ต่อจังหวัด⁴⁰

1.3 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก หรือระดับ M1

เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีจำนวน 35 แห่ง มีความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขาและสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น สามารถรับผู้ป่วยส่งต่อจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ⁴¹

³⁷ ชูษณะ มกระสาร, ศิวาพร สักรวม และสินินาฏ อันบุรี, *อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 34*, น.2.

³⁸ เกวลิน ชันเจริญสุข และคณะ, *อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 35*, น.21.

³⁹ ชูษณะ มกระสาร, ศิวาพร สักรวม และสินินาฏ อันบุรี, *อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 34*, น.2.

⁴⁰ เกวลิน ชันเจริญสุข และคณะ, *อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 35*, น.21.

⁴¹ ชูษณะ มกระสาร, ศิวาพร สักรวม และสินินาฏ อันบุรี, *อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 34*, น.2.

โดยโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) จัดเป็นกลุ่มโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (Mid - Level Referral Hospital)⁴²

2. การบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ (Secondary care level)

เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูง และการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากกว่าระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม⁴³ แบ่งย่อยได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ (1) โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย หรือระดับ M2 (2) โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ หรือระดับ F1 (3) โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง หรือระดับ F2 และ (4) โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก หรือระดับ F3

2.1 โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย หรือระดับ M2

เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจานาต 120 เตียงขึ้นไป มีจำนวน 88 แห่ง มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 – 5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ- นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์วิสัญญี) สาขาละอย่างน้อย 2 คน มีการบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนักห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทาง รังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 6 สาขารองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นและลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป และสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ⁴⁴

2.2 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ หรือระดับ F1

เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจานาต 90 – 120 เตียง มีจำนวน 77 แห่ง⁴⁵ มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ- นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์และวิสัญญีแพทย์) เป็นสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน รวม 3-10 คน มีบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอดและสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ⁴⁶

⁴² เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, *อังกแล้ว เชนอรรถที่ 35*, น.21.

⁴³ ก้านรงค์ วงศ์พิทักษ์, *อังกแล้ว เชนอรรถที่ 36*.

⁴⁴ เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, *อังกแล้ว เชนอรรถที่ 35*, น.22.

⁴⁵ *เพ็งอังก*, น.22.

⁴⁶ ชุชนะ มะกรสาร, ศิวาพร สังกรวม และสินีนานู อังกบุรี, *อังกแล้ว เชนอรรถที่ 34*, น.2.

2.3 โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง หรือระดับ F2

เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิตามขนาด 60 – 90 เตียง มีจำนวน 516 แห่ง มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรวม 2-5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอดและสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ⁴⁷

2.4 โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก หรือระดับ F3

เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิตามขนาด 30-60 เตียง มีจำนวน 99 แห่ง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวรวม 1-2 คน มีทีมผู้ป่วยในให้การดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน ไม่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูง รองรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพื่อสังเกตอาการหรือการส่งต่อ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ⁴⁸ ไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ⁴⁹

3. การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Primary care level)

เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชีวิตประชาชนและชุมชนมากที่สุด จึงเน้นที่ความครอบคลุม การบริการผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค พื้นฟูสภาพ⁵⁰ ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง หรือระดับ P1 (2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือระดับ P2 (3) สถานบริการสาธารณสุขชุมชน หรือระดับ P3

3.1 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหรือระดับ P1

เป็นหน่วยบริการ ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชนเมืองหรือพื้นที่เติบโตของเมือง ทั้งเมืองที่ตั้งของตัวจังหวัดและเมืองอื่น ๆ (อาจใช้พื้นที่เขตเทศบาลเป็นเกณฑ์) มีจำนวน 327 แห่ง โดยมีประชากรในความรับผิดชอบไม่เกิน 30,000 คนต่อแห่ง มีขีดความสามารถด้านเวชปฏิบัติทั่วไป ทันตกรรม เภสัชกรรม ชันสูตรโรค กายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัดและการแพทย์แผนไทย หรือแพทย์ทางเลือก สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตลอดจนกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงดูแลในมิติของสุขภาพองค์รวม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว และชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญ เพื่อลดความแออัด ในโรงพยาบาลเป็นวัตถุประสงค์หลัก⁵¹

⁴⁷ เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, *อังกแล้ว เชียงรอรถที่ 35*, น.22.

⁴⁸ เพ็งอังก, น.22.

⁴⁹ ชุษณะ มะกรสาร, ศิวพร สังกรวม และสินินาฏ อังกบุรี, *อังกแล้ว เชียงรอรถที่ 34*, น.2.

⁵⁰ กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์, *อังกแล้ว เชียงรอรถที่ 36*.

⁵¹ เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, *อังกแล้ว เชียงรอรถที่ 35*, น.22-23.

3.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือระดับ P2

เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้าน ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 – 10,000 คน มีจำนวน 9,766 แห่ง (ในกรณีนี้ได้รวมถึงสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี) การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพ ดูแลในมิติของสุขภาพ องค์กรร่วม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชน⁵²

3.3 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน หรือระดับ P3

เป็นสถานบริการที่จัดตั้งในพื้นที่ทุรกันดาร ห่างไกล หรือตามแนวตะเข็บชายแดน มีจำนวน 184 แห่ง ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นทีมพี่เลี้ยง⁵³

ดังนั้นจะเห็นว่า การบริการทางการสาธารณสุขมีการแบ่งระดับ ๆ ในการให้การรักษาและดูแลผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซับซ้อนเกิดขีดความสามารถของระดับปฐมภูมิ หรือระดับทุติยภูมิ เช่น ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือไม่มีเครื่องมือในการรักษา จึงต้องมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ การนำเทคโนโลยีโทรเวชกรรมมาประยุกต์ใช้ในการรักษาพยาบาลอย่างจำเป็นเร่งด่วน เพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญที่ว่ารัฐจะต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และให้มีให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

2.2.3 ความเชี่ยวชาญเฉพาะของแพทย์

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีแนวโน้มจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลโดยแพทยสภา พบว่า มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับอนุมัติวุฒิบัตรจากแพทยสภา ปี 2546 - 2556 รวมทั้งสิ้น 39,438 คน (ร้อยละ 83.2) ของจำนวนแพทย์ที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลข้างระบุว่าแพทย์เฉพาะทางมีจำนวนมากขึ้น แต่เมื่อพิจารณาจำนวนแพทย์ที่อยู่ในระบบวิเคราะห์ตามเขตบริการสุขภาพ จะพบว่าแพทย์เฉพาะทางที่มีความจำเพาะเชี่ยวชาญระดับสูงยังไม่เพียงพอและมีการกระจายตัวที่ไม่ครอบคลุมเขตบริการสุขภาพ⁵⁴

⁵² เพิ่งอ้าง, น.23.

⁵³ เพิ่งอ้าง, น.23.

⁵⁴ ชูษณะ มะกรสาร, ศิวาพร สังรวม และสินีนานู อ้นบุรี, อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 34, น.19-20.

สถานการณ์ด้านบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการแพทย์ โดยตารางที่ 2.1 แสดงให้เห็นถึงจำนวนแพทย์เฉพาะทางในสาขาต่าง ๆ จำนวน 15 สาขา ทั้งประเทศ ซึ่งเปรียบเทียบ สถิติของปี 2554⁵⁵ และสถิติของ ปี 2560⁵⁶ จะพบว่า แพทย์เฉพาะทางมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากในปี 2554 มีแพทย์เฉพาะทางจำนวน 20,242 คน ส่วนในปี 2560 มีแพทย์เฉพาะทางจำนวน 27,626 คน

ตารางที่ 2.1 จำนวนแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ รวมทั้งประเทศ เปรียบเทียบ ระหว่าง ปี 2554 และ ปี 2560

ลำดับ	กลุ่มสาขาเฉพาะทาง	ปี 2554	ปี 2560
1	สาขาอายุรศาสตร์ (Medicine Group)	4,310	6,223
2	สาขาศัลยศาสตร์ (Surgery Group)	3,846	4,928
3	สาขากุมารเวชศาสตร์ (Pediatrics Group)	2,308	2,721
4	สาขาสตรีเวชศาสตร์ (Obstetrics Group)	1,804	2,138
5	สาขาพยาธิวิทยา (Pathology Group)	310	388
6	สาขารังสีวิทยา (Radiology Group)	1,033	1,462
7	สาขาวิสัญญีวิทยา (Anesthesiology Group)	929	1,334
8	สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner)	1,937	3,462
9	สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (Medicine Group)	922	1,136
10	สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (Medicine Group)	422	511
11	สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Medicine Group)	321	437
12	สาขาจักษุวิทยา (Ophthalmology)	810	1,065
13	สาขาจิตเวชศาสตร์ (Psychiatry)	502	707
14	สาขานิติเวชศาสตร์ (Forensic Medicine)	97	134
15	สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา (Otolaryngology)	691	980
	รวม	20,242	27,626

ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

⁵⁵ เพิ่งอ้าง, น.20.

⁵⁶ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, “รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2560,” สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2562, http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/report-gis60_10Jan2019.pdf.

อย่างไรก็ตาม แม้จำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะมาจำนวนสูงขึ้น แต่ก็ยังเกิดปัญหาการขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอยู่ เนื่องจากสาเหตุดังกล่าวไม่ได้เกิดมาจากจำนวนของแพทย์ แต่เกิดจากความความต้องการของประชาชนที่ต้องการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยตรงที่เพิ่มสูงขึ้น เพราะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่มีการกระจายตัวลงตามพื้นที่ต่างจังหวัด แต่กระจุกตัวอยู่ในชุมชนเมือง

ดังนั้นหากมีการนำเทคโนโลยีโทรเวชกรรม ซึ่งเป็นเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารนำมาพัฒนาใช้ในการรักษาดูแลผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยในต่างจังหวัดก็มีสิทธิเข้าถึงการรักษาไม่ว่าจากแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อีกทั้ง โทรเวชกรรมยังช่วยในการดูแลส่งเสริมปกป้องสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่การรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิอีกด้วย ดังนั้น เมื่อได้ศึกษาถึงสิทธิในการรับบริการสุขภาพของประชาชน ทราบถึงระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทยแล้วจึงเห็นว่าควรนำการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมมาใช้ ซึ่งในหัวข้อถัดไปจะศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการโทรเวชกรรม

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการโทรเวชกรรม

ในปัจจุบันเป็นยุคเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ((Information and communication technologies (ICTs)) ที่มีศักยภาพที่ดีมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ทำให้การสื่อสารระหว่างกันในระยะทางที่ห่างไกลเป็นไปได้อย่างสะดวก รวดเร็ว มนุษย์สามารถส่งและรับข้อมูลซึ่งกันและกันเสมือนโลกไร้พรมแดนความก้าวหน้าที่ทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มีส่วนช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ได้อย่างมากมาย โดยเฉพาะในเรื่องการบริการทางด้านสุขภาพ มนุษย์ได้นำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยซึ่งอยู่ในห้องที่ห่างไกลจากผู้ให้การรักษา ซึ่งวิธีการนี้ผู้รับการรักษาและผู้ให้การรักษาจะไม่มีพบปะหน้ากันโดยตรงแต่ผู้ให้การรักษาจะตรวจวินิจฉัยรวมถึงการดำเนินการรักษาบำบัดผู้รับการรักษาโดยผ่านระบบสื่อสารในระยะทางที่ห่างไกล วิธีการรักษาประเภทนี้เรียกว่า โทรเวชกรรม (Telemedicine) ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับชนบทและชุมชนที่ด้อยโอกาสในประเทศที่กำลังพัฒนา หรือกลุ่มคนที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการขาดแคลนการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ

ในแง่ของศักยภาพของระบบสารสนเทศและการสื่อสารนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ก่อตั้งหน่วยงาน Global Observatory for eHealth (GOe) เพื่อศึกษาบทบาทนโยบายของการนำ ICTs ไปสู่การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และมีหน้าที่รับผิดชอบในการกำหนดสถานะ telemedicine ในระดับประเทศ ระดับภูมิภาคและระดับโลกให้แก่ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้มีข้อมูลที่น่าเชื่อถือและแนวทางในการปฏิบัติที่ดีที่สุดนโยบายและเป็นไปตามมาตรฐาน

ในปีพ.ศ. 2548 หลังจากที่มีการจัดทำยุทธศาสตร์ eHealth ขององค์การอนามัยโลกขึ้น GOe ได้จัดทำแบบสำรวจด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตทั่วโลกเพื่อให้ได้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานะของ eHealth ในบรรดาประเทศสมาชิก จากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจครั้งนั้น GOe ได้ทำการสำรวจทั่วโลกเป็นครั้งที่สองในปี พ.ศ. 2552

2.3.1 ประวัติและความเป็นมาของโทรเวชกรรม

ในอดีตโทรเวชกรรมสามารถสืบย้อนกลับไปในช่วงกลางถึงปลายศตวรรษที่ 19⁵⁷ ระบบโทรเวชกรรมเริ่มมีการใช้งานครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา⁵⁸ ส่วนการตีพิมพ์ครั้งแรกที่เกิดขึ้นในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 เมื่อข้อมูลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ electrocardiograph ส่งผ่านสายโทรศัพท์⁵⁹ โทรเวชกรรมในรูปแบบที่ทันสมัยนั้น เริ่มขึ้นในทศวรรษ 1960 ส่วนใหญ่ขับเคลื่อนโดยทหารและทางอากาศซึ่งยังไม่แพร่หลาย ตัวอย่างเหตุการณ์สำคัญทางเทคโนโลยีในช่วงต้นของโทรเวชกรรม (telemedicine) ได้แก่ การใช้โทรศัพท์เพื่ออำนวยความสะดวกในการปรึกษาหารือระหว่างผู้เชี่ยวชาญในสถาบันจิตเวชและผู้ปฏิบัติงานทั่วไปที่โรงพยาบาลโรคจิตเวชแห่งรัฐและการให้คำแนะนำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงเรียนแพทย์ไปยังศูนย์การแพทย์ที่สนามบินที่อยู่อีกแห่งหนึ่ง⁶⁰

รูปแบบการใช้งานโทรเวชกรรมมีความเปลี่ยนแปลงไปสอดคล้องกับการพัฒนาการสื่อสารโทรคมนาคม ทำให้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ยุค คือ

ยุคแรก เรียกว่า First Generation Telemedicine (ช่วงต้นปี ค.ศ. 1970) ระบบโทรเวชกรรมยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก เนื่องจากยังมีค่าใช้จ่ายที่สูงและเทคโนโลยีที่รองรับยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

ยุคที่สอง เรียกว่า The Second Generation Telemedicine (ช่วง ปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา) ยุคนี้ถือได้ว่าระบบโทรเวชกรรมได้เข้ามามีบทบาทต่อการแพทย์การสาธารณสุขอย่างมาก ทำให้บางครั้งมักเรียกว่า ระบบการแพทย์ทางไกล (Telehealth) ใช้แทนคำว่า Telemedicine ปัจจุบันการ

⁵⁷ Craig J, Patterson V, *infra note 4*, p.3.

⁵⁸ เมธิกา ตรีรัตนชีวิต, “ปัจจัยสำเร็จและแนวทางในการติดตั้งและใช้งานระบบโทรเวชกรรมอย่างต่อเนื่อง กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2556), น.11.

⁵⁹ Einthoven W, “Le télécardiogramme [The telecardiogram],” *Archives Internationales de Physiologie*, 4, p.132–164 (1906).

⁶⁰ Benschoter RA, Eaton MT, Smith P, *infra note 5*, p.1159-1161.

ใช้ระบบสารสนเทศของประชากรทั่วไปเพิ่มขึ้นเป็นแรงผลักดันที่สำคัญที่สุดของ โทรเวชกรรม (telemedicine) ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาทำให้เกิดความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ในการให้บริการดูแลสุขภาพและการบริการ ซึ่งจะนำไปใช้ได้จริงสำหรับประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรม⁶¹

การเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารจากระบบอนาล็อก (analog) เข้าสู่ระบบด้วยดิจิทัล รวมถึงไปถึงราคาอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ลดลง ได้ก่อให้เกิดความสนใจของสถานพยาบาลต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง ในการนำการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม (telemedicine) ในกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพและได้เปิดโอกาสให้องค์กรด้านการดูแลสุขภาพสามารถมองเห็นและใช้งานใหม่ ๆ ได้ วิธีที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการดูแลสุขภาพ การเป็นที่แพร่หลายและการเป็นที่นิยมของการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นการเร่งให้เกิดการก้าวต่อไปของความก้าวหน้าด้านไอซีทีซึ่งรวมไปถึงการนำโทรเวชกรรม (telemedicine) มาใช้ Web-based applications เช่น จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (electronic mail หรือ e-mail) การประชุมทางไกล (Teleconference) และการปรึกษาทางไกล (Teleconsultation) รวมถึงการใช้สื่อมัลติมีเดีย เช่น รูปถ่ายดิจิทัลและวิดีโอ นำไปสู่การสร้างแอปพลิเคชัน เพื่อใช้ร่วมกับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมในอนาคต⁶²

2.3.2 ความหมายของโทรเวชกรรม

โทรเวชกรรม (Telemedicine) ซึ่งเป็นศัพท์บัญญัติในประมาณปี ค.ศ. 1970 ซึ่งหมายถึง "การรักษาทางไกล (healing at a distance)" มีความหมายว่า การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and communication technologies (ICTs)) เพื่อปรับปรุงการรักษาผู้ป่วยโดยเพิ่มการเข้าถึงการดูแลและข้อมูลทางการแพทย์⁶³

ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้อธิบาย คำว่า "โทรเวชกรรม (Telemedicine)" อย่างกว้าง ๆ ไว้ว่า "โทรเวชกรรม คือ การให้บริการดูแลสุขภาพทางไกล โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำหรับการแลกเปลี่ยนที่มีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยรักษา

⁶¹ Wootton R, Jebamani LS, Dow SA, "E-health and the Universitas 21 organization: 2. Telemedicine and underserved populations," 5 *Journal of Telemedicine and Telecare*, 221–224, (November 2005).

⁶² World Health Organization, *infra note 1*, p.9.

⁶³ *Ibid.*, p.9.

ป้องกันโรค การรักษาอาการบาดเจ็บ การวิจัยและประเมินผล และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษา ต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์⁶⁴

คำจำกัดความส่วนมากเน้นว่า โทรเวชกรรม (telemedicine) เป็นวิทยาศาสตร์ที่เปิดกว้าง และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีใหม่ ๆ และตอบสนองและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านสุขภาพและบริบทของสังคม

จากการศึกษาพบว่า เดิมทีบางส่วนแยกโทรเวชกรรม (telemedicine) จาก telehealth ออกจากกัน โดยโทรเวชกรรมเป็นการให้บริการโดยแพทย์เท่านั้น ส่วน telehealth เป็นการให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพโดยทั่วไป รวมทั้งพยาบาลเภสัชกรและอื่น ๆ แต่อย่างไร ปัจจุบันนี้มีการใช้ โทรเวชกรรม (telemedicine) และ telehealth เหมือนกันและใช้สลับกันได้

โทรเวชกรรม มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ⁶⁵ ได้แก่

1. เป็นระบบที่วัตถุประสงค์เพื่อให้การสนับสนุนทางการแพทย์
2. เป็นระบบที่มีความมุ่งหมายเพื่อเอาชนะอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ หรือการเข้าถึงบริการทางการแพทย์จากสถานที่ห่างไกล
3. โทรเวชกรรมมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารหลายชนิดมาใช้
4. เป้าหมายของโทรเวชกรรม เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านการรักษาโรคให้ดีขึ้น

ส่วนของสหภาพยุโรป โดยคณะกรรมการสหภาพยุโรป (EUROPEAN COMMISSION) ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดทำเอกสาร (The Commission Staff Working Document) เพื่อให้จัดทำกรอบทางกฎหมายของสหภาพยุโรปในการให้บริการโทรเวชกรรมข้ามพรมแดน⁶⁶ และได้ให้ความหมายของคำว่าโทรเวชกรรม และอะไรบ้างที่ไม่เป็นโทรเวชกรรม

⁶⁴ World Health Organization, *infra note 2*, p.11.

⁶⁵ World Health Organization, *infra note 1*, p.9.

⁶⁶ Commission Staff Working Document. “On the applicability of the existing EU legal framework to telemedicine services to telemedicine services June 2012.” Accessed October 12, 2018, <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/commission-staff-working-document-applicability-existing-eu-legal-framework-telemedicine>.

โทรเวชกรรม (Telemedicine) หมายถึง⁶⁷ คือ การให้บริการด้านสุขภาพผ่าน การระบบสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) ในสถานการณ์ที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและผู้ป่วยหรือ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสองคนไม่ได้อยู่ในสถานที่เดียวกัน โดยส่งต่อข้อมูลและข้อมูลทาง การแพทย์ ข้อความ เสียง หรือรูปถ่าย สำหรับการป้องกัน การวินิจฉัย การรักษาและการติดตาม อาการของผู้ป่วย

ตัวอย่างของการบริการโทรเวชกรรม ดังนี้ teleradiology, telepathology, teledermatology, teleconsultation , telemonitoring, telesurgery และ teleophthalmology แต่ยังคงรวมถึงในศูนย์ข้อมูล ความหมายศูนย์ข้อมูลออนไลน์สำหรับผู้ป่วยการให้คำปรึกษาระยะไกล หรือ e-visits หรือ videoconferences ระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ คำจำกัดความไม่รวมถึง ระบบบันทึกสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ และการส่งใบสั่งยาหรือการส่งผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription, e-referrals) เป็นผลให้นิยามนี้จำกัดอยู่ในสถานการณ์ที่มีการใช้การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยรายบุคคล

ตัวอย่างของโทรเวชกรรม

1. แพทย์ประจำครอบครัวที่ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยทางอีเมลเพื่อติดตาม ผลการรักษาในการเข้ารับการรักษาครั้งก่อนจะถือว่าเป็นโทรเวชกรรม
2. คำแนะนำทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโดยทางอีเมลหรือโทรศัพท์จะถือว่าเป็น โทรเวชกรรม

ตัวอย่างที่ไม่ใช่โทรเวชกรรม

1. การประชุมทางวิดีโอออนไลน์กับทีมการแพทย์โดยสรุปเกี่ยวกับสถานะปัจจุบัน ของโรคไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาลหรือการแพร่ระบาดของอื่น ๆ จะไม่ถือว่าเป็นโทรเวชกรรม เนื่องจาก ไม่มีผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้อง
2. การปรึกษาหารือเกี่ยวกับกรณีทางการแพทย์ที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคลใน หมู่เพื่อนร่วมวิชาชีพจะไม่ถือว่าเป็นโทรเวชกรรม ถ้าข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยไม่ได้ถูกส่งหรือเปิดเผย
3. ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไปที่ระบุในเว็บไซต์จะไม่ถือว่าเป็นโทรเวชกรรม

⁶⁷ *Ibid.*, p.3. [Telemedicine is defined as "the provision of healthcare services, through the use of ICT, in situations where the health professional and the patient (or two health professionals) are not in the same location. It involves secure transmission of medical data and information, through text, sound, images or other forms needed for the prevention, diagnosis, treatment and follow-up of patients"]

2.3.3 ประเภทของโทรเวชกรรม

ประเภทของโทรเวชกรรม สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ จำแนกตามการทำงาน (on the basis of the mode of operation) และจำแนกตามการนำโทรเวชกรรมไปประยุกต์ใช้ (on the basis of application) ⁶⁸

ถ้าพิจารณาตามการทำงานของระบบโทรเวชกรรมสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1. การเก็บข้อมูลแล้วส่งต่อ (Store-and-forward telemedicine) และ 2. โทรเวชกรรมปฏิสัมพันธ์ (Interactive telemedicine) ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลแล้วส่งต่อ (Store-and-forward telemedicine) ⁶⁹

ในระบบการเก็บข้อมูลแล้วส่งต่อนั้น ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เช่น ข้อมูลทางการแพทย์ ภาพเอกซเรย์ (Medicine imaging) และสัญญาณทางชีวภาพ (Bio signals) ซึ่งจะถูกส่งผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ไปยังแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ สำหรับระบบนี้ การตอบสนองจะไม่เกิดขึ้นทันทีและส่วนใหญ่จะผ่านไปสองถึงสามชั่วโมงหรือหลายวัน เมื่อแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ได้รับข้อมูลดังกล่าว ก็สามารถวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาในเวลาไหนก็ได้ตามที่สะดวก โดยไม่จำเป็นที่ทั้งสองฝ่ายจะต้องนั่งอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์ในเวลาเดียวกัน

2. โทรเวชกรรมปฏิสัมพันธ์ (Interactive telemedicine) ⁷⁰

เป็นการรักษาทางไกลที่ทั้งแพทย์และผู้ป่วยได้คุยตอบโต้กันได้ทันทีในเวลาเดียวกัน (Real-time) เช่น การพูดคุยผ่านทางโทรศัพท์ (Phone conversation) หรือการสื่อสารผ่านระบบการประชุมปรึกษาทางไกล (Video conference) ที่สามารถเห็นหน้าคู่สนทนาทั้งสองฝ่ายได้งานวิจัยในอดีตหลายงานกล่าวไว้ว่า โทรเวชกรรมไม่ได้มีประโยชน์เฉพาะต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไข้ แต่ยังรวมไปถึงการพัฒนาคุณภาพการทำงานของผู้ให้บริการทางการแพทย์ด้วย (Craig and Patterson,2005; Kifle et al.,2006)

⁶⁸ S. Scalvini, et al., "Telemedicine: a new frontier for effective healthcare services." *Monaldi Arch Chest Dis*, 227 (2004).

⁶⁹ *Ibid*, 227 และคู เมทิกา ตริรัตนชาติ, *อ่าวไว้เชิงอรุณที่ 58*, น.15.

⁷⁰ *เพ็งอ่าว*, น. 15.

หากจำแนกตามการนำโทรเวชกรรมไปประยุกต์ใช้งาน⁷¹ เช่น การนำการให้คำปรึกษาทางไกล (Teleconsultation) กับการวินิจฉัยโรคทางไกล (Teliagnosis) นำมาประยุกต์ใช้ในแต่ละสาขาตามความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ หรือใช้ในการรักษาเฉพาะทาง ตัวอย่างเช่น

(1) ระบบส่งภาพทางกล้องจุลทรรศน์ (Telepathology) เป็นระบบรับส่งภาพจากกล้องจุลทรรศน์ เช่น ภาพเนื้อเยื่อ ระบบนี้เป็นอุปกรณ์เชื่อมต่อกับกล้องจุลทรรศน์ซึ่งมีอยู่ทั่วไปในโรงพยาบาลต่าง ๆ อยู่แล้ว

(2) ระบบการตรวจคลื่นหัวใจ (Telecardiology) เป็นระบบการรับส่งคลื่นหัวใจ เสียงปอด หรือเสียงหัวใจ ผ่านอุปกรณ์เชื่อมต่อมายังคอมพิวเตอร์

(3) ระบบรังสีวินิจฉัย (Teleradiology) เป็นระบบโทรเวชกรรมที่สนับสนุนงานด้านรังสีวินิจฉัย การอ่านและวินิจฉัยผลในระยะไกล จากเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

(4) ระบบผ่าตัดทางไกล (Telesurgery) เนื่องจากมีการพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ หุ่นยนต์และการผ่าตัดผ่านกล้องมากขึ้น จึงมีการประยุกต์นำมาใช้ในการช่วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ห่างไกลจากพื้นที่แพทย์พื้นที่ในการผ่าตัด ทั้งการให้คำปรึกษาขณะผ่าตัดหรือการบังคับหุ่นมือกลเพื่อช่วยทำการผ่าตัด

(5) ระบบการวินิจฉัยโรคในระบบหายใจ (Telepneumology)

2.3.4 การใช้โทรเวชกรรมในประเทศไทย

สำหรับในประเทศไทย แนวคิดของระบบโทรเวชกรรมถูกนำมาใช้ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2516 เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยในถิ่นทุรกันดาร โดยหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี หรือ พอ.สว. เริ่มจากการนำระบบการสื่อสารทางวิทยุรับ-ส่งมาใช้ในการให้คำปรึกษาและรักษาผู้ป่วย ซึ่งเรียกว่า แพทย์ทางอากาศ หรือต่อมาเรียกว่า แพทย์ทางวิทยุ จึงถือได้ว่าการให้คำปรึกษาดังกล่าวเป็นจุดเริ่มต้นการให้บริการโทรเวชกรรมในไทย⁷²

ต่อมาในช่วงปลายปี พ.ศ. 2536 ได้มีการปล่อยดาวเทียมไทยคม 1 และต่อมาในปี พ.ศ. 2538 ได้มีการพัฒนาฐานเชื่อมดาวเทียม 7 ฐาน โดยมีศูนย์กลางอยู่ที่ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (National Electronics and Computer Technology Center หรือ NECTEC) ในปีนั้นรัฐบาลประกาศให้เป็นปีแห่งเทคโนโลยีสารสนเทศแห่งประเทศไทย เพื่อให้ประชากรในประเทศตระหนักถึงบทบาทและประโยชน์ที่ได้จากเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้

⁷¹ S. Scalvini, et al, *supra note 68*, p. 227 และคู่มือทีกา ตรีรัตนชีวิต, *อ่าวไว้เชิงอรธที่ 58*, น.20.

⁷² เมทีกา ตรีรัตนชีวิต, *อ่าวแล้วเชิงอรธที่ 58*, น. 11.

ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โดยส่วนหนึ่งรัฐบาลมีนโยบายที่จะส่งเสริมการพัฒนาด้านโทรเวชกรรม (Narong Kasitipradith, 2001)⁷³

จากนั้นระหว่างปี พ.ศ. 2537 – 2546 โครงการแพทย์ทางไกลผ่านดาวเทียม (Telemedicine Project) ของกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มขึ้น โดยมีการเชื่อมต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลในกรุงเทพ โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคและโรงพยาบาลชุมชนรวม 19 แห่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประโยชน์ในการรักษาพยาบาลประชาชนในท้องถิ่นห่างไกล โดยให้แพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ทั่วไปและแพทย์จบใหม่ได้มีโอกาสขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย มีการใช้งาน 3 ลักษณะ คือ 1. การใช้งานด้านการประชุมวิชาการและการเรียนการสอนทางไกล 2. การใช้งานด้านการปรึกษาการแพทย์ทางไกลทั้งแบบที่ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและแบบผ่านระบบประชุมทางไกล 3. การเชื่อมโยงเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์ภายใน ทั้งนี้ โครงการดังกล่าวได้สิ้นสุดลงเนื่องจากการใช้งานมีน้อยมากเมื่อเทียบกับงบประมาณที่ใช้ ต่อมาได้มีแผนปรับปรุงใหม่เกี่ยวกับโครงการแพทย์ทางไกลผ่านดาวเทียม แต่ก็ยังมิได้ดำเนินการแต่อย่างใด (จิตรรา ปาละวงศ์ ณ อุทยาน, 2547)⁷⁴

ต่อมาในปี พ.ศ. 2548 โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ได้เริ่มให้บริการรักษาด้วยระบบโทรเวชกรรมอีกครั้งจากการระดมทุนเพื่อติดตั้งอุปกรณ์กันเองในหน่วยงาน ในขณะที่โรงพยาบาลแม่ฮ่องสอน ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก 2 แห่ง คือ คณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กทช.) และบริษัท กสท. โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) แต่สุดท้ายทั้งสองแห่งก็ล้มเลิกการใช้งานไปในที่สุดหลังจากเปิดใช้งานได้ 2 ปี⁷⁵

ในปี พ.ศ. 2550 การให้บริการโทรเวชกรรมเกิดขึ้นที่โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลพังงาและโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2551 การรักษาพยาบาลด้วยรูปแบบนี้ได้เกิดขึ้นอีก 10 จังหวัดของประเทศไทย ได้แก่ ยะลา ปัตตานี นราธิวาส ตาก น่าน แม่ฮ่องสอน อุบลราชธานี หนองคาย นครพนม และตราด ซึ่งการให้บริการดังกล่าวเป็นความร่วมมือของมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กทช.) และบริษัท Qualcomm อย่างไรก็ตาม เกือบทุกแห่งยกเลิกการใช้งานไปใน 1-2 ปี เช่นกัน ยกเว้นเพียงโรงพยาบาลหล่มสัก

⁷³ เพิ่งอ้าง, น. 12.

⁷⁴ เพิ่งอ้าง, น. 12.

⁷⁵ เพิ่งอ้าง, น. 12.

จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีการใช้งานอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ผ่านระบบดาวเทียมโทรคมนาคม อินเทอร์เน็ต และโครงข่ายบริการสื่อสารร่วมระบบดิจิทัล (ISDN)⁷⁶

ในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้กำหนดให้ทุกส่วนราชการจัดทำแผนในระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 4 ด้าน⁷⁷ โดยยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับ บริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพครอบคลุมทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำของผู้รับบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข รวมทั้งมีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่าง เท่าเทียมกัน โดยให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี พ.ศ. 2560 – 2564 ภายใต้ หลักการและกรอบแนวคิด คือ การดูแลแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ⁷⁸

ตัวอย่าง โรงพยาบาลที่นำการรักษาด้วยโทรเวชกรรมมาใช้ในการพัฒนาระบบ การแพทย์ภายใต้ยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

1. เมื่อปีงบประมาณ 2559 โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน ได้ติดตั้งระบบ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine System) ในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยตั้งชื่อว่า “ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทางไกลแบบไร้รอยต่อจังหวัดน่าน (Nan Telemedicine System)”⁷⁹ เป็นการใช้สัญญาณอินเทอร์เน็ตเชื่อมจอมอนิเตอร์ จากเครื่องติดตามสัญญาณชีพ ของผู้ป่วย (monitor) ภาพและเสียงภายในห้องโดยสารรถพยาบาล (ambulance) รวมถึงความเร็ว และตำแหน่งรถพยาบาล (GPS) มายังจอมอนิเตอร์ที่ศูนย์นเรนทรน่าน 1669 ที่รับแจ้งเหตุและ สั่งการ ครอบคลุมพื้นที่จังหวัดน่าน ซึ่งตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลน่าน ทำให้แพทย์เฉพาะทางสามารถให้ คำปรึกษา คำสั่งการรักษาเหมาะสมกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ทันที นอกจากนี้แพทย์ ยังสามารถติดตามอาการผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีการใช้ ระบบ Nan Telemedicine ผ่านมือถือ (smart phone IOS) ส่วนตัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาที่

⁷⁶ เฟื่องอ้อ, น. 12-13.

⁷⁷ เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, การขับเคลื่อนแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560-2564, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2560), น.21.

⁷⁸ เฟื่องอ้อ, น. 22.

⁷⁹ เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, Service Sharing 2018 5th Service Plan รวมใจก้าวไกล 4.0, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2560), น.24.

เหมาะสมและทันท่วงทีโดยแพทย์เฉพาะทาง ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเกิดความปลอดภัยจากภาวะ
 คุกคามชีวิต ไม่เกิดความพิการ

2. ในปี พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อ
 พัฒนาโปรแกรมประเมินอาการ โรคสมองขาดเลือด เชียบพลันผ่านระบบสารสนเทศ (CU Stroke
 Fast track Application)⁸⁰ บนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์และ ไอโอเอส ที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย
 โรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันให้ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดได้เร็วขึ้น และ
 มีอาการทางระบบประสาทดีขึ้น โดยนำร่องใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีซึ่งเป็น
 โรงพยาบาล ลูกข่ายที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ปรึกษามากที่สุด แล้วศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรม
 ประเมินอาการ โรคหลอดเลือด สมองเฉียบพลันผ่านระบบสารสนเทศเพื่อปรึกษาระหว่างกลุ่มที่ใช้
 และกลุ่มที่ไม่ใช้โปรแกรมขึ้น การรักษาโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมง
 ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเป็นการรักษามาตรฐานที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคสมอง
 ขาดเลือดเฉียบพลันมีอาการที่ดีขึ้นและลดความพิการได้ สามารถให้การรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่มี
 ประสาทแพทย์ได้ โดยใช้ระบบการปรึกษาทางไกลผ่านระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 สภากาชาดไทย เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายที่ 1 ในเขต 13 จึงจัดระบบ
 การดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Stroke fast track) ที่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจนและ
 รวดเร็ว โดย ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางไกลด้วยระบบ Telestroke ด้วย โปรแกรมประเมินอาการ
 โรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันผ่านระบบสารสนเทศเพื่อปรึกษา ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด
 เฉียบพลันได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น ซึ่งประโยชน์ของ
 การได้รับยา ที่รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทดีขึ้น ภาวะพึ่งพาผู้อื่นลดลง

2.3.5 ประโยชน์ของใช้โทรเวชกรรม

การให้บริการโทรเวชกรรมก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และ
 ผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ประโยชน์ดังกล่าวสามารถสรุปได้ดังนี้

(1) ความประหยัดและความคุ้มค่า

โทรเวชกรรมสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการเดินทางไปรับการรักษา
 จากแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือคลินิก หรือในการปรึกษากับแพทย์เฉพาะด้าน สามารถช่วยลด
 ค่าใช้จ่ายที่ต้องพักในโรงพยาบาล หรืออาจจะพักในโรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นลง เพราะผู้ป่วย
 สามารถรับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาได้จากทางไกลหรือเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว แพทย์
 สามารถตรวจดูอาการได้จากที่พักของผู้ป่วยโดยไม่ต้องอยู่เพื่อดูอาการที่โรงพยาบาล

⁸⁰ เห่งอ้าง, น. 465-467.

(2) พัฒนาประสิทธิภาพในการรักษาทางการแพทย์

การนำโทรเวชกรรมมาใช้ในการฝึกอบรมและการให้การศึกษาด้านไกล ทำให้เกิดการพัฒนารวมของการให้บริการทางการแพทย์ โดยการรวมศูนย์ของทรัพยากรที่เกี่ยวข้องทางโทรเวชกรรม เกิดพัฒนาการของแพทย์เฉพาะด้าน และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ จากการใช้ฐานข้อมูลทางการแพทย์ ศึกษากรณีทางการแพทย์ของต่างประเทศทำให้ความก้าวหน้าและวิทยาการทางการแพทย์ใหม่ๆ เกิดขึ้นอยู่เสมอ รวมถึงใช้ในการรักษาโดยแพทย์ทั่วไปสามารถปรึกษาหารือกับแพทย์เฉพาะทางได้จากที่ห่างไกล โดยอาศัยเทคโนโลยีโทรเวชกรรม ในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค ระดับประเทศและระหว่างประเทศกลางบริการของทรัพยากรที่มีจำกัด

(3) ประสานความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาลและภาคประชาชนในพื้นที่

การนำโทรเวชกรรมมาใช้ในการที่บุคลากรทางสาธารณสุข ใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามอาการผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น รายงานผลตรวจน้ำตาลในกระแสเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้มาตรวจไว้กับแพทย์แล้ว ติดตามอาการผู้ป่วยที่นอนติดเตียง อีกทั้ง ปัจจุบันเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุภาวะจึงสามารถนำโทรเวชกรรมมาช่วยดูแลสุขภาพอนามัยให้แก่ผู้สูงอายุในสังคมได้

2.3.6 อุปสรรคของการใช้โทรเวชกรรม

การให้บริการโทรเวชกรรมก็มีอุปสรรคหลายประการที่ทำให้การติดตั้งและใช้งานไม่ประสบความสำเร็จ ดังนี้

(1) การใช้โทรเวชกรรมเพื่อใช้ในการรักษาในระยะแรก ต้องมีการสร้างและวางระบบ ซึ่งจึงต้องดำเนินการประสานงานหลากหลายฝ่าย อาจก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินงานและประสานงาน

(2) แพทย์ที่ให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมต้องมีความรู้ชำนาญทั้งการวินิจฉัยอาการในการรักษาพยาบาลผ่านจอคอมพิวเตอร์ คือ สามารถดูภาพลักษณะอาการผู้ป่วยผ่านระบบการให้บริการ โทรเวชกรรม เพราะแพทย์ไม่สามารถสัมผัสหรือเห็นลักษณะอาการผู้ป่วยอย่างชัดเจน และต้องมีความรู้สามารถใช้เครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ด้วย

(3) การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมยังไม่มีมาตรการทางกฎหมายกำหนดมาตรฐานความระมัดระวังให้แพทย์และผู้ให้บริการทางการแพทย์ ทำให้แพทย์ไม่กล้านำโทรเวชกรรมมาใช้ในการรักษา

บทที่ 3

หลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ระหว่างประเทศไทยและกฎหมายต่างประเทศ

ในบทนี้ ผู้เขียนจะขอกล่าวถึงหลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม เพื่อให้เห็นถึงหลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่กำหนดวิธีการต่าง ๆ ในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันเพียงใด ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งในบทนี้ ผู้เขียนได้เลือกประเทศที่ใช้ในการศึกษา 3 ประเทศ อันได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศมาเลเซีย และประเทศแอฟริกาใต้ รวมทั้ง หลักเกณฑ์ทางกฎหมายความรับผิดชอบของประเทศไทย เพราะเนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม

3.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

3.1.1 หลักกฎหมายที่เกี่ยวกับการรักษาด้วยโทรเวชกรรม

ประเทศสหรัฐอเมริกามีรูปแบบการปกครองประเทศแบบรัฐรวมที่เรียกว่า สหพันธรัฐ (Federal State) โดยมีรัฐบาลกลาง (Federal Government) ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการปกครองทั่วทั้งประเทศ เป็นหน่วยการปกครองสูงสุดและมีรัฐธรรมนูญของสหพันธ์ อย่างไรก็ตาม แต่ละมลรัฐจะมีรัฐธรรมนูญเป็นของตนเอง การปกครองในมลรัฐจะแยกอำนาจในการปกครองออกเป็น 3 ฝ่าย เช่นเดียวกับรัฐบาลกลาง มีผู้ว่าการมลรัฐ (Governor) เป็นฝ่ายบริหาร มีฝ่ายนิติบัญญัติของมลรัฐ ทำหน้าที่ในการออกกฎหมายต่างๆ และฝ่ายตุลาการทำหน้าที่ในการตัดสินคดีต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในมลรัฐ

มลรัฐนิวเจอร์ซีย์ได้ออกกฎหมายโทรเวชกรรม (New) Telemedicine and Telehealth เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2560 ซึ่งมีผลบังคับใช้ทันที ซึ่งถือว่ามลรัฐนิวเจอร์ซีย์เป็นหนึ่งในไม่กี่รัฐที่ได้กำหนดหรือให้คำแนะนำสำหรับการบริการโทรเวชกรรมในมลรัฐของตน กฎหมายฉบับนี้มีหลักการสำคัญ กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติโทรเวชกรรม (telemedicine practice standards) และการประกันภัย

สำหรับกฎหมายโทรเวชกรรมของมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์เป็นผู้ให้บริการเท่านั้น แต่ยังให้รวมถึงผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพอื่นด้วย พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลนักจิตวิทยา จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ช่วยแพทย์ เป็นต้น เพื่อให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยจากการใช้โทรเวชกรรม⁸¹ ในกฎหมายนี้ให้เรียกว่า ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Health care provider)

ในการศึกษานี้จะขอศึกษาประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวโทรกรรมของกฎหมายมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ดังนี้

1. ความหมายของโทรเวชกรรม (Definition of Telemedicine)

กฎหมายโทรเวชกรรมของมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ ได้ให้คำจำกัดความของโทรเวชกรรมไว้ว่า

มาตรา 1 “โทรเวชกรรม”⁸² หมายถึง การให้บริการด้านสุขภาพโดยใช้การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์เทคโนโลยีสารสนเทศหรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์หรือเทคโนโลยีอื่นใดเพื่อลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลกับผู้ป่วย ทั้งนี้ จะมีหรือไม่มีความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพอื่นก็ได้

“โทรเวชกรรม” ไม่รวมถึง การใช้การสนทนาทางโทรศัพท์ การส่งข้อความทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ข้อความโทรศัพท์หรือการส่งแฟกซ์

⁸¹ CLAUDINE LEONE, “New Telemedicine Law in New Jersey,” 3 *Perspectives* 24 (2017). see also (New) Telemedicine and Telehealth §§1-6 - C.45:1-61 to45:1-66 [1. “Health care provider” means an individual who provides a health care service to a patient, and includes, but is not limited to, a licensed physician, nurse, nurse practitioner, psychologist, psychiatrist, psychoanalyst, clinical social worker, physician assistant, professional counselor, respiratory therapist, speech pathologist, audiologist, optometrist, or any other health care]

⁸² (New) Telemedicine and Telehealth §§1-6 - C.45:1-61 to45:1-66 [1. “Telemedicine” means the delivery of a health care service using electronic communications, information technology, or other electronic or technological means to bridge the gap between a health care provider who is located at a distant site and a patient who is located at an originating site, either with or without the assistance of an intervening health care provider, “Telemedicine” does not include the use, in isolation, of audio-only telephone conversation, electronic mail, instant messaging, phone text, or facsimile transmission.] [รายละเอียดดูที่ภาคผนวก ฉ]

กฎหมายฉบับนี้ยังกำหนดว่าการให้บริการโทรเวชกรรมไว้ว่า⁸³

มาตรา 2c. (1) ให้บริการโทรเวชกรรมต้องเป็นการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารที่สามารถตอบโต้กันได้ทันทีในเวลาเดียวกัน

(2) ผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมอาจใช้เทคโนโลยีแบบอะซิงโครนัสในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล (Asynchronous store-and-forward)⁸⁴ เพื่อที่จะให้สามารถส่งต่อข้อมูล เช่น ภาพอิเล็กทรอนิกส์ การวินิจฉัยข้อมูลและข้อมูลทางการแพทย์ ยกเว้นว่า หากผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีการใช้ทั้งทางเสียงที่สามารถตอบโต้กันในทันทีแบบเรียลไทม์ ร่วมกับใช้เทคโนโลยีแบบอะซิงโครนัสในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อที่จะให้สามารถส่งต่อข้อมูล โดยไม่สามารถบันทึกวิดีโอทันทีให้นำข้อมูลเข้าสู่เวชระเบียนของผู้ป่วยด้วย โดยให้ผู้บริการสุขภาพทำตามมาตรฐานความระมัดระวัง เช่นเดียวกับการรักษาแบบตัวต่อตัว

2. หน้าที่ของแพทย์ต่อผู้ป่วย (Professional duties)

การที่แพทย์จะมีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานตามวิชาชีพนั้น สิ่งที่ต้องพิจารณาคือ แพทย์กับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์พิเศษเกิดขึ้นแล้วหรือไม่ ซึ่งการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมไม่เหมือนการรักษาโดยปกติกฎหมายจึงต้องกำหนดความสัมพันธ์พิเศษ ให้แพทย์และผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งการรักษาวิธีโทรเวชกรรมของมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ มี 2 รูปแบบ คือ (1) แพทย์รักษาผ่านผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่อยู่กับผู้ป่วย และ (2) กรณีแพทย์ให้การรักษาโดยไม่ผ่านผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

⁸³ *Ibid.*, [2c. (1) Telemedicine services shall be provided using interactive, real-time, two-way communication technologies. (2) A health care provider engaging in telemedicine or telehealth may use asynchronous store-and-forward technology to allow for the electronic transmission of images, diagnostics, data, and medical information; except that the health care provider may use interactive, real-time, two-way audio in combination with asynchronous store-and-forward technology, without video capabilities, if, after accessing and reviewing the patient's medical records, the provider determines that the provider is able to meet the same standard of care as if the health care services were being provided in person.]

⁸⁴ *Ibid.* ["Asynchronous store-and-forward" means the acquisition and transmission of images, diagnostics, data, and medical information either to, or from, an originating site or to, or from, the health care provider at a distant site, which allows for the patient to be evaluated without being physically present]

กฎหมายโทรเวชกรรมของมลรัฐนิวเจอร์ซีย์จึงได้มีการกำหนดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไว้ กล่าวคือ กฎหมายกำหนดให้ต้องสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเสียก่อน ดังนี้

มาตรา 2 c (4)⁸⁵ กำหนดว่า ผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรม จะต้องตรวจสอบประวัติทางการแพทย์และเวชระเบียนใด ๆ ที่ได้รับจากผู้ป่วย สำหรับการพบกันครั้งแรกกับผู้ป่วย ผู้ให้บริการจะต้องตรวจสอบประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วยและเวชระเบียนก่อนที่จะเริ่มการติดต่อกับผู้ป่วยตามในมาตรา 3 a (3).

มาตรา 3 a⁸⁶ กำหนดว่า ผู้ให้บริการด้านสุขภาพใด ๆ เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรม ต้องมั่นใจว่ามีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การจัดตั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยจะต้องรวมถึงดังที่กล่าวต่อไปนี้ แต่ไม่จำกัดเพียง

(1) ประวัติของผู้ป่วยอย่างน้อยต้องระบุ ดังนี้

ชื่อผู้ป่วย วันเดือนปีเกิด หมายเลขโทรศัพท์และที่อยู่ เมื่อระบุผู้ป่วยอย่างถูกต้องแล้ว ผู้ให้บริการอาจใช้หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนที่ได้รับมอบหมายของผู้ป่วย หมายเลขประกันสังคม รูปถ่าย หรืออื่น ๆ ที่เหมาะสมในการระบุผู้ป่วย เพื่อเชื่อมโยงโดยตรงกับผู้ป่วย

⁸⁵ *Ibid.*, [2 c (4) health care provider engaging in telemedicine or telehealth shall review the medical history and any medical records provided by the patient. For an initial encounter with the patient, the provider shall review the patient's medical history and medical records prior to initiating contact with the patient, as required pursuant to paragraph (3) of subsection a. of section 3 of P.L.]

⁸⁶ *Ibid.*, [3. a. Any health care provider who engages in telemedicine or telehealth shall ensure that a proper provider-patient relationship is established. The establishment of a proper provider-patient relationship shall include, but shall not be limited to: (1) properly identifying the patient using, at a minimum, the patient's name, date of birth, phone number, and address. When properly identifying the patient, the provider may additionally use the patient's assigned identification number, social security number, photo, health insurance policy number, or other appropriate patient identifier associated directly with the patient; (2) disclosing and validating the provider's identity and credentials, such as the provider's license, title, and, if applicable, specialty and board certifications; (3) prior to initiating contact with a patient in an initial encounter for the purpose of providing services to the patient using telemedicine or telehealth, reviewing the patient's medical history and any available medical records; and (4) prior to initiating contact with a patient for the purpose of providing services to the patient using telemedicine or telehealth, determining whether the provider will be able to provide the same standard of care using telemedicine or telehealth as would be provided if the services were provided in person. The provider shall make this determination prior to each unique patient encounter.]

(2) ผู้ให้บริการต้องมีการแสดงและเปิดเผยใบอนุญาตของผู้ให้บริการ ชื่อและหากมีการรับรองพิเศษและการรับรองคณะกรรมการ

(3) ก่อนที่จะเริ่มการติดต่อกับผู้ป่วยในเบื้องต้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการให้บริการ โทรเวชกรรมแก่ผู้ป่วย ให้ตรวจสอบประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วยและเวชระเบียนเท่าที่มีอยู่ และ

(4) ก่อนที่จะเริ่มการติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อวัตถุประสงค์ในการให้บริการ โทรเวชกรรม ผู้ให้บริการต้องพิจารณาว่าจะสามารถให้บริการทางโทรเวชกรรมอย่างเป็นมาตรฐานได้หรือไม่ ผู้ให้บริการจะต้องทำการตัดสินใจดังกล่าวนี้ก่อน จึงจะให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้พบ

มาตรา 3 b⁸⁷ กำหนดว่า การให้บริการโทรเวชกรรมอาจให้การรักษาได้ โดยไม่ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้ได้ ต่อไปนี้

(1) ในระหว่างการคำปรึกษาหารืออย่างไม่เป็นทางการที่ดำเนินการนอกเหนือจากข้อสัญญา หรือผิดระเบียบ แม้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้หรือไม่ก็ตาม

(2) การให้คำปรึกษาหารือขั้นตอนโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่อยู่ในเขตอำนาจศาลอื่นที่ให้บริการคำปรึกษา ตามการร้องขอไปยังผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ได้รับใบอนุญาต หรือได้รับการรับรองในรัฐนี้

(3) เมื่อผู้ให้บริการด้านสุขภาพจัดหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ เพื่อตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ ไม่ต้องพิจารณาว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับความช่วยเหลือทางการแพทย์หรือไม่

⁸⁷ *Ibid.*, [3 b. Telemedicine or telehealth may be practiced without a proper provider-patient relationship, as defined in subsection a. this section, in the following circumstances: (1) during informal consultations performed by a health care provider outside the context of a contractual relationship, or on an irregular or infrequent basis, without the expectation or exchange of direct or indirect compensation; (2) during episodic consultations by a medical specialist located in another jurisdiction who provides consultation services, upon request, to a properly licensed or certified health care provider in this State; (3) when a health care provider furnishes medical assistance in response to an emergency or disaster, provided that there is no charge for the medical assistance; or (4) when a substitute health care provider, who is acting on behalf of an absent health care provider in the same specialty, provides health care services on an on-call or cross-coverage basis, provided that the absent health care provider has designated the substitute provider as an on-call provider or cross-coverage service provider.]

(4) เมื่อผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแทน (substitute health care provider) ซึ่งทำหน้าที่ในนามของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งไม่มีความชำนาญพิเศษเดียวกัน ได้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแบบทางโทรศัพท์ (on-call) หรือข้ามเขต (cross-coverage) โดยมีเงื่อนไขว่าผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ไม่อยู่ กำหนดได้ให้ผู้ให้บริการแทนทำหน้าที่ ในฐานะผู้ให้บริการโทรศัพท์ (call provider) หรือผู้ให้บริการข้ามพื้นที่ (cross-coverage service provider)⁸⁸

3. วิธีการรักษาด้วยโทรเวชกรรม

หากพิจารณาในเรื่องมาตรฐานความระมัดระวังของการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ย่อมพิจารณาเหมือนกับคดีทิวเวชปฏิบัติที่แพทย์ที่มีหน้าที่รักษากระทำโดยฝ่าฝืนต่อมาตรฐานความระมัดระวังตามที่องค์กรที่มีหน้าที่ควบคุมผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์กำหนดขึ้น เช่น แนวทางเวชปฏิบัติ แต่เมื่อพิจารณาการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมเห็นว่ามีขั้นตอนในดำเนินการที่ซับซ้อนมากกว่าการรักษาอย่างปกติ จึงมีปัญหว่าการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมควรมีมาตรฐานเป็นอย่างไร

กฎหมายโทรเวชกรรมของมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ได้กำหนดมาตรฐานในการรักษา คำแนะนำในการวินิจฉัยการรักษา และการให้คำปรึกษารวมถึงการอภิปรายเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของตัวเลือกการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีโทรเวชกรรม รวมถึงการออกไปส่งยาด้วยวิธีโทรเวชกรรม จัดให้อยู่ในมาตรฐานความระมัดระวังหรือมาตรฐานการปฏิบัติเช่นเดียวกับเช่นเดียวกับการรักษาตัวต่อตัว หากการบริการโทรเวชกรรมไม่สอดคล้องกับมาตรฐานความระมัดระวังนี้ ผู้ให้บริการจะต้องนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ด้วยตนเอง รายละเอียดดังนี้

มาตรา 2 d (1)⁸⁹ กำหนดว่า ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพใด ๆ ที่ให้บริการเกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรม การใช้โทรเวชกรรมจะต้องอยู่ภายใต้มาตรฐานความระมัดระวังหรือ

⁸⁸ *Ibid.*, [1 “Cross-coverage service provider” means a health care provider, acting within the scope of a valid license or certification issued pursuant to Title 45 of the Revised Statutes, who engages in a remote medical evaluation of a patient, without in-person contact, at the request of another health care provider who has established a proper provider-patient relationship with the patient.]

⁸⁹ *Ibid.*, [2. d. (1) Any health care provider providing health care services using telemedicine or telehealth shall be subject to the same standard of care or practice standards as are applicable to in-person settings. If telemedicine or telehealth services would not be consistent with this standard of care, the health care provider shall direct the patient to seek in-person care. (2) Diagnosis, treatment, and consultation recommendations,

มาตรฐานการรักษาเช่นเดียวกับการรักษาตัวต่อตัว ถ้าการให้บริการโทรเวชกรรมไม่สอดคล้องกับมาตรฐานนี้ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพจะต้องส่งให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ด้วยตนเอง

มาตรา 2 d (2)⁹⁰ กำหนดว่า การวินิจฉัย การรักษาและคำแนะนำการให้คำปรึกษารวมถึงการอภิปรายเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของตัวเลือกในการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งทำผ่านการใช้งานด้วยวิธีโทรเวชกรรม ให้รวมถึงการออกใบสั่งยาด้วยวิธีโทรเวชกรรม จะต้องอยู่ในมาตรฐานความระมัดระวังหรือมาตรฐานการรักษาเช่นเดียวกับรักษาตัวต่อตัว หากไม่มีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้ให้บริการจะไม่ออกใบสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยได้

4. ความยินยอม

“ผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมจะต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามผลอย่างเหมาะสมในกรณีจำเป็น รวมถึงการส่งต่อกรณีฉุกเฉินหรือไม่มีค่าใช้จ่ายถ้าจำเป็น ความยินยอมของผู้ป่วยอาจจะด้วยวาจา หรือเป็นลายลักษณ์อักษร หรือดิจิทัลที่เหมาะสม ภายใต้มาตรฐานความระมัดระวัง”⁹¹

including discussions regarding the risk and benefits of the patient’s treatment options, which are made through the use of telemedicine or telehealth, including the issuance of a prescription based on a telemedicine or telehealth encounter, shall be held to the same standard of care or practice standards as are applicable to in-person settings. Unless the provider has established a proper provider-patient relationship with the patient, a provider shall not issue a prescription to a patient based solely on the responses provided in an online questionnaire.]

⁹⁰ *Ibid.*, [2 d (2) Diagnosis, treatment, and consultation recommendations, including discussions regarding the risk and benefits of the patient’s treatment options, which are made through the use of telemedicine or telehealth, including the issuance of a prescription based on a telemedicine or telehealth encounter, shall be held to the same standard of care or practice standards as are applicable to in-person settings. Unless the provider has established a proper provider-patient relationship with the patient, a provider shall not issue a prescription to a patient based solely on the responses provided in an online questionnaire.]

⁹¹ *Ibid.*, [2 c (5) The health care provider engaging in telemedicine or telehealth will also be required to refer the patient to appropriate follow up care where necessary, including making appropriate referrals for emergency or complimentary care, if needed. The patient’s consent may be oral, written, or digital in nature, provided it is appropriate under the standard of care.]

3.1.2 หลักความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์

ในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นระบบคอมมอนลอว์ ในเรื่องความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ถูกพัฒนาโดยคำวินิจฉัยของศาลแต่ละมลรัฐ โดยคดีทรวงเวชปฏิบัติ (medical malpractice) เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยในประเทศสหรัฐอเมริกา จึงมีการออกแบบระบบทางกฎหมายเพื่อส่งเสริมให้แพทย์และผู้ป่วยได้มีการเจรจาต่อรองเพื่อไม่ให้เป็นข้อพิพาทในคดีขึ้นศาล โดยการพิจารณาของลูกขุนซึ่งผู้ป่วยจะต้องแสดงให้เห็นว่าแพทย์กระทำโดยประมาท และความประมาทดังกล่าวก่อให้เกิดผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ⁹²

1. ความประมาทของผู้มีวิชาชีพและทรวงเวชปฏิบัติ (Professional Negligence and Medical Malpractice)

คำว่า “Medical Malpractice” มักเรียกว่า “ทรวงเวชปฏิบัติ”⁹³ Black’s Law Dictionary ได้ให้ความหมายว่า ความผิดพลาดของแพทย์ในการใช้ระดับการดูแลและทักษะซึ่งแพทย์หรือศัลยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์เดียวกันที่จะได้ใช้ภายใต้สถานการณ์เดียว⁹⁴

Fremgen, Bonnie F ได้อธิบายความหมายของ “Medical Malpractice” ไว้ว่าเป็นการประพฤติกโดยมิชอบของผู้ประกอบวิชาชีพหรือการสาคิตที่ขาดทักษะที่ไม่สมเหตุสมผลกับการบาดเจ็บ การสูญเสียหรือความเสียหายต่อผู้ป่วย ถือว่าเป็นทรวงเวชปฏิบัติ ดังนั้น “ทรวงเวชปฏิบัติ”

⁹² B. Sonny Bal. “An Introduction to Medical Malpractice in the United States.” 2. Clinical Orthopaedics and Related Research (February 2009) : 339. [Medical malpractice law in the United States is derived from English common law, and was developed by rulings in various state courts. Medical malpractice lawsuits are a relatively common occurrence in the United States. The legal system is designed to encourage extensive discovery and negotiations between adversarial parties with the goal of resolving the dispute without going to jury trial. The injured patient must show that the physician acted negligently in rendering care, and that such negligence resulted in injury.]

⁹³ นพพร โปธิรังษิยากร, “ปัญหาข้อกฎหมายเกี่ยวกับทรวงเวชปฏิบัติจากการรักษาทางการแพทย์ (ตอนที่ 1),” เล่มที่ 2 ตุลาคม, น. 25 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2556).

⁹⁴ Black’s Law Dictionary, 7th Ed., 1999, Medical Malpractice (definition), p. 971. [medical malpractice is “a doctor’s failure to exercise the degree of care and skill that a physician or surgeon of the same medical specialty would use under similar circumstances]

จึงประกอบด้วย การประพฤติดังกล่าววิชาชีพการปฏิบัติหน้าที่อย่างไม่เหมาะสมและการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานความระมัดระวังอย่างผู้มีวิชาชีพเป็นผลให้เกิดอันตรายต่อบุคคลอื่น⁹⁵

ในประเทศสหรัฐอเมริกาแพทย์และผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับใบอนุญาตส่วนมากจะเป็นพยาบาลและผู้ช่วยแพทย์จะได้รับมาตรฐานความระมัดระวังระดับชาติ (national standard of care)⁹⁶ ซึ่งความระมัดระวังระดับชาติถูกกำหนดขึ้นเพื่อเปรียบเทียบในสถานที่อื่นในสถานการณ์ที่คล้ายกันและ “มาตรฐานความระมัดระวัง” (standard of care) นี้ ถือเป็นขั้นต่ำที่ถือว่ายอมรับได้⁹⁷

ทิวเวชปฏิบัติในบางกรณีมีความชัดเจนและง่ายต่อการตรวจสอบ เช่น ถูกรื้อเครื่องมือผ่าตัดทิ้งไว้ในห้องคนไข้แล้วมาพบตอนเอ็กซเรย์ แต่อย่างไรก็ตาม ทิวเวชปฏิบัติในหลาย ๆ กรณีมีความไม่ชัดเจน เช่น กรณีที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่ปกติจะเป็นประโยชน์ แต่ไม่ได้ผลการรักษาไม่เป็นอย่างที่คาดหวัง อาจจะเป็นเพราะเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีการตอบสนองต่อการรักษาที่แตกต่างกันไป หากการรักษาเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยเช่นนี้ถือว่าเป็นความประมาทเลินเล่อ (Negligence) หรือไม่

“ความประมาทเลินเล่อ (Negligence)”⁹⁸ มักเป็นการกระทำโดยที่ไม่ตั้งใจ แต่ผลเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งหรือเพิกเฉยต่อการกระทำซึ่งบุคคลผู้มีวิชาชีพในระดับเดียวกันจะไม่กระทำในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน

⁹⁵ Fremgen, Bonnie F, *Medical law and ethics*, 4th ed.(Boston : Pearson, 2012), p.134. [Professional misconduct or demonstration of an unreasonable lack of skill with the of injury,loss, or damage to the patient is considered malpractice. Malpractice consist of professional misconduct, improper discharge of professional duties, and failure to meet professional standards of care that result in harm to another person.]

⁹⁶ *Ibid.*, p134. [This standard is set by observing what a competent peer in another location would do a similar circumstance.]

⁹⁷ *Ibid.*, p134. [standard of care" is actually the minimum that is considered acceptable.]

⁹⁸ *Ibid.*, p134. [Negligence, which is often an unintentional action, occurs when a person either performs or fails to perform an action that a reasonable professional person would or would not have performed in a similar situation]

2. กฎหมายว่าด้วยความประมาทเลินเล่อ (The law of negligence)

การดำเนินคดีส่วนใหญ่หลังจากเกิดเหตุเวชจะถูกนำมาพิจารณาภายใต้กฎหมายละเมิด ในเรื่องความประมาทเลินเล่อ กำหนดให้โจทก์มีภาระการพิสูจน์องค์ประกอบทางกฎหมายพื้นฐาน 4 ประการ เพื่อเรียกค่าสินไหมทดแทน ได้แก่⁹⁹

- (1) ผู้ป่วยต้องแสดงให้เห็นว่าแพทย์มีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วย (duty)
- (2) แพทย์ที่มีหน้าที่ได้ทำการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ต่อผู้ป่วย (breached)
- (3) ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย (damages)
- (4) ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเกิดจากการกระทำของแพทย์ (causation)

ซึ่งองค์ประกอบทางกฎหมายทั้ง 4 ประการข้างต้น สามารถสรุปเป็นหลักการอย่างง่าย ๆ เพื่อการจดจำ เรียกว่า หลัก 4 Ds ของประมาทเลินเล่อ (The Four Ds of Negligence)¹⁰⁰ ได้แก่

- (1) Duty หน้าที่
- (2) Dereliction or Neglect of Duty การทอดทิ้งหรือละเลยต่อหน้าที่
- (3) Direct or Proximate Cause เป็นผลโดยตรง หรือใกล้เคียงต่อผล
- (4) Damages ความเสียหาย

⁹⁹ Michael D. Greenberg, "Medical Malpractice and New Devices: Defining an Elusive Standard of Care," *Health Matrix: The Journal of Law-Medicine* vol. 19, p.426 (2009) See PROSSER AND KEETON ON THE LAW OF TORTS 164-65 (W. Page Keeton et al. eds., 5th ed. 1984). [Medical malpractice is a form of tort, or in other words, a civil claim in which an injured person requests damages from an alleged perpetrator, in compensation for a wrongful, harmful act. As with negligence-based torts more generally, a claim for medical malpractice generally requires that the plaintiff establish four basic legal elements in order to obtain a recovery. First, she must show that the defendant owed a duty of care to the plaintiff; second, that that duty was breached by the defendant; third, that the plaintiff was harmed (and experienced damages); and fourth, that the plaintiff's harm was caused by the defendant's actions.]

¹⁰⁰ Fremgen, Bonnie F, *supra* note 95, p.136.

ซึ่งต่อไปจะขออธิบายรายละเอียดองค์ประกอบทางกฎหมายทั้ง 4 ประการ โดยพิจารณาตามหลัก The Four Ds of Negligence ดังนี้

(1) Duty การมีหน้าที่

หน้าที่เป็นความรับผิดชอบที่จัดตั้งขึ้น โดยความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (physician-patient relationship.) ซึ่งเป็นภาระหน้าที่ที่บุคคลหนึ่งมีต่ออีกบุคคลหนึ่ง ตัวอย่างเช่น แพทย์ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนทางการแพทย์ซึ่งก็ทราบว่าอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องพิสูจน์ให้เห็นว่ามีการสร้างความสัมพันธ์ต่อกันแล้ว เมื่อผู้ป่วยได้ทำการนัดหมายและแพทย์เห็นนัดดังกล่าวแล้วถือว่ามีความสัมพันธ์เกิดขึ้นแล้ว หากผู้ป่วยมายังสถานพยาบาลและการรักษาต่อไปยังกำหนดว่าแพทย์มีหน้าที่หรือภาระผูกพันกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีหน้าที่เตือนผู้ป่วยถึงปัญหาที่อาจเกี่ยวข้องกับการรักษา หรือการให้ยาแก่ผู้ป่วย¹⁰¹

หน้าที่ใช้ความระมัดระวัง (The duty of “due care”)

ใช้มาตรฐานความระมัดระวังอย่างวิญญูชน (reasonable person standard) ซึ่งหมายความว่า บุคคลซึ่งมีหน้าที่จะกระทำในสิ่งซึ่งผู้มีเหตุผลต้องกระทำเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น ซึ่งควรกระทำ หรือทำในสิ่งซึ่งวิญญูชน (Purden Reasonable Man) มีเหตุผลว่าจะไม่ทำโดยต้องเป็นวิญญูชนในสายศาสตร์ ไม่ใช่ตามความเห็นของคนทั่วไป แต่สำหรับผู้มีวิชาชีพ (Professional) ซึ่งระดับความชำนาญต้องสูงกว่าบุคคลทั่วไป ต้องมีมาตรฐานที่สูงกว่าบุคคลทั่วไป เช่น แพทย์จะถูกจัดให้ต้องมาตรฐานความระมัดระวังอย่างผู้มีวิชาชีพ ในวิชาชีพแพทย์ด้วยกัน

มาตรฐานความระมัดระวังนี้ไม่แตกต่างกันไปสำหรับผู้มีวิชาชีพโดยเฉพาะ เช่น แพทย์จะถือมาตรฐานเดียวกันกับแพทย์ที่มีความระมัดระวังอย่างเหมาะสม¹⁰²

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนั้นสามารถนิยามได้ว่าเป็น "ความสัมพันธ์ร่วมกันที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์และผู้ซึ่งแพทย์ยอมรับว่าเป็นผู้ป่วย"

¹⁰¹ *ibid.*, p136. [duty is the responsibility established by the physician-patient relationship. It is the obligation that one person has to another person-for instance, not to perform a medical procedure that is known to be harmful to a patient. The patient must prove that a relationship had been established. When the patient has made an appointment and has been seen by the physician, a relationship has been established. Further office visits and treatment also establish that the physician has a duty or obligation to the patient. There is also duty to warn the patient of problems that could be associated with treatments or medication. A special type of duty arises, for example, when a patient tells a psychiatric counselor he or she intends to harm another person.]

¹⁰² *ibid.*, p136. [This standard never varies for a particular professional, so a physician is held to the same standard as another reasonable and prudent physician]

("a consensual relationship in which the patient knowingly seeks the physician's assistance and in which the physician knowingly accepts the person as a patient.")¹⁰³ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อแพทย์ได้กระทำบางอย่างเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย หรือเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย¹⁰⁴

ความสัมพันธ์ดังกล่าวถูกสร้างขึ้น โดยความยินยอมร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (หรือตัวแทน) หากมีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแล้ว แพทย์ผู้รับผิดชอบในการให้การดูแลรักษามีหน้าที่ ดังนี้¹⁰⁵

- (1) การให้การรักษาทางการแพทย์ที่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษา
- (2) การขอยินยอมในการรักษาผู้ป่วย
- (3) การรักษาความลับของผู้ป่วย
- (4) การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ตามที่สมาคมการแพทย์อเมริกัน (American Medical Association) มีการกำหนดหน้าที่ของผู้ป่วยไว้ เพื่อให้การรักษาประสบความสำเร็จต้องได้รับความร่วมมือทั้งแพทย์และผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีหน้าที่ในการสื่อสารและร่วมมือกับแพทย์ ดังนี้¹⁰⁶

- (1) พுகคุยกับแพทย์อย่างเปิดเผยและตรงไปตรงมา แพทย์ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยตั้งคำถาม
- (2) จัดให้ประวัติทางการแพทย์ที่สมบูรณ์เท่าที่จะทำได้ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีต การรักษาในโรงพยาบาล ประวัติครอบครัวที่เจ็บป่วยและเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- (3) ให้ความร่วมมือในการรักษา ตามแผนการรักษาที่ตกลงกันได้

¹⁰³ QT, Inc. v. Mayo Clinic Jacksonville, 2006 U.S. Dist. LEXIS 33668 (N.D. Ill. May 15, 2006)

¹⁰⁴ เริงฤดี ปธานวนิช, “องค์ประกอบของทฤษฎีปฏิบัติ,” เล่มที่ 2 วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, น. 213.

¹⁰⁵ Carol A. Schwab, “The Physician-Patient Relationship,” Retrieved June 2019, from <https://www.uthsc.edu/Medicine/legaledu/UT/factsheets/PhysicianPatientRelationship.pdf> [If the relationship exists, the physician owes the patient a duty to provide medical care that falls within a standard of care, obtain consent, maintain confidentiality, and provide continuity of care..]

¹⁰⁶ AMA Principles of Medical Ethics: I, IV, VI, “Code of Medical Ethics Opinion 1.1.4” Retrieved June 2019, from <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/patient-responsibilities> [รายละเอียดดูที่ภาคผนวก จ].

(4) ปฏิบัติตามภาวะผูกพันทางการเงิน หรือเกี่ยวกับความยากลำบากทางการเงินกับแพทย์และ ใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างรอบคอบ เป็นต้น

ส่วนในเรื่องการยุติความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย หากไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ในเวลาที่มีการประมาทเลินเล่อขึ้น ผู้ป่วยจะไม่อาจเรียกร้องค่าเสียหายจากแพทย์จากการทรมานปฏิบัติได้ การยุติความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย มีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี¹⁰⁷ ได้แก่

(1) เป็นความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เป็นการรับรู้ทั้งสองฝ่ายไม่ว่าจะเป็นเพราะการรักษา สิ้นสุดลงแล้ว

(2) ผู้ป่วยไม่ต้องการการรักษาจากแพทย์อีกต่อไป ไม่ว่าจะเหตุผลใด ๆ ก็ตาม

(3) แพทย์เป็นฝ่ายยุติความสัมพันธ์หลังจากแจ้งให้ผู้ป่วยทราบและมีเวลาเพียงพอสมควร ให้ผู้ป่วยหาแพทย์คนใหม่

(4) ไม่มีความจำเป็นต้องใช้บริการจากแพทย์อีกต่อไป
ดังนั้น จนกว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะก่อขึ้นมานั้น แพทย์จะไม่มีหน้าที่พิเศษใด ๆ ต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยก็ไม่มีสิทธิที่จะฟ้องว่าแพทย์กระทำฝ่าฝืนต่อหน้าที่ ในทางกลับกันหากมีความสัมพันธ์ระหว่างกันแล้ว แพทย์ผู้รับผิดชอบให้การดูแลทางการแพทย์ที่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษา ยินยอมรักษาความลับและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

(2) Dereliction or Neglect of Duty การทอดทิ้งหรือละเลยต่อหน้าที่

การทอดทิ้งหรือละเลยต่อหน้าที่ความล้มเหลวความล้มเหลวของแพทย์เพื่อทำหน้าที่เป็นธรรมดา อย่างเช่นเดียวกับแพทย์อื่นจะทำหน้าที่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อพิสูจน์ว่าแพทย์มีหน้าที่ต่อตน ผู้ป่วยจะต้องพิสูจน์ว่าการปฏิบัติงานหรือการรักษาของแพทย์ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลที่ยอมรับได้ ตัวอย่างเช่น หากแพทย์ไม่ได้แจ้งผู้ป่วยอย่างถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการผ่าตัดของแพทย์ไม่ว่าจะละเลยหรือละเมิดหน้าที่

¹⁰⁷ Carol A. Schwab, *supra* note 105, [There are four ways to terminate a physician-patient relationship.

1. The physician and the patient mutually consent to terminate the relationship. 2. The patient unilaterally dismisses the physician for any reason. 3. The physician terminates the relationship after giving the patient notice and adequate time to find another doctor. 4. There is no longer a need for the physician's services.]

ของเขาต่อผู้ป่วย หากผลลัพธ์ของกระบวนการเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่คาดคิด หรือไม่ได้รับแจ้งเกี่ยวกับสิ่งนี้อาจเป็นเหตุให้มีการฟ้องร้องโดยอ้างว่าถูกทิ้งหน้าที่¹⁰⁸

มาตรฐานความระมัดระวังเป็นองค์ประกอบสำคัญของการวินิจฉัยคดีทรวงปฏิบัติ ผู้ที่มีภาระการพิสูจน์จำเป็นต้องพิสูจน์ให้ได้ว่า มาตรฐานความระมัดระวังในกรณีนั้น ๆ เป็นอย่างไร และแพทย์ผู้ถูกกล่าวหาได้ทำการรักษาแตกต่างไปจากมาตรฐานนั้นหรือไม่ อย่างไม่โดยปกติจะใช้เกณฑ์ของผู้ ประกอบวิชาชีพแพทย์สาขาเดียวกัน และอยู่ในภาวะ วิสัย และพฤติการณ์ ในทำนองเดียวกัน การพิสูจน์มาตรฐานการรักษาในทางการแพทย์จำเป็นต้องอ้างอิงจากพยานผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์

ประเทศสหรัฐอเมริกามีการใช้เกณฑ์มาตรฐานความระมัดระวังที่สำคัญ 3 ทฤษฎี ได้แก่

(1) มาตรฐานความระมัดระวังโดยใช้พื้นที่เป็นเกณฑ์

กล่าวคือ มีระดับท้องถิ่นเดียวกัน (locality rule), ระดับท้องถิ่นใกล้เคียง (similar locality rule), และระดับชาติ (national rule) โดยทั่วไปในการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ การตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคต่าง ๆ จะมีแนวทางการรักษาแต่ละเรื่องไว้เฉพาะอย่างก็ตาม แนวทางการรักษาผู้ป่วย ในท้องถิ่นต่างกัน อาจ会有ความแตกต่างกัน ด้วยข้อจำกัดทางทรัพยากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็ยนา เวชภัณฑ์ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ปริมาณผู้ป่วย หรือจำนวนแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง รวมทั้งความแตกต่างของวิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วย¹⁰⁹

¹⁰⁸ Fremgen, Bonnie F, *supra note 95*, p.136. [Dereliction, or neglect, of duty is a physician's failure to act as any ordinary and physician (a peer) would act in a similar circumstance. To prove dereliction or neglect of duty, a patient would have to prove that the physician's performance or treatment did not comply with the acceptable standard of care. For example, if a physician does not properly inform patients about all the risks associated with surgical procedures, then the physician has neglected, or breached, his or her duty to patients, if the outcome of a procedure is one that the patient did not anticipate or was not informed about, then this may constitute grounds for a lawsuit claiming dereliction of duty.]

¹⁰⁹ เรืองฤดี ปธานวนิช, *อ้าวแล้ว เจริงรรถที่ 104*, น.218.

ในสหรัฐอเมริกา ที่แต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ศาลจึงได้มีการวาง บรรทัดฐานในเรื่องมาตรฐานความระมัดระวังระดับท้องถิ่น (locality rule) ไว้ในหลายคดี กล่าวคือ เมืองใหญ่ แพทย์มีโอกาสที่จะเรียนรู้ทางวิชาการและมีโอกาสได้ตรวจรักษาผู้ป่วยที่หลากหลาย มากกว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเมืองเล็ก ดังนั้นแพทย์ที่อยู่ในเมืองเล็กจึงไม่ควรถูกคาดหวังต่อแนวทางและผลการรักษาเช่นเดียวกับแพทย์ในเมืองใหญ่ นอกจากนี้ เกณฑ์มาตรฐานความระมัดระวังในระดับท้องถิ่นเดียวกันยังรวมไปถึงพยานผู้เชี่ยวชาญ (expert witness) ที่ต้องเป็นแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพอยู่ในท้องถิ่นเดียวกันหรือมีความรู้ความเข้าใจในท้องถิ่นนั้น ๆ ด้วย (Osler v. Burnett, 1993)¹¹⁰

ศาลในสหรัฐอเมริกาได้ขยายความ คำว่า “ท้องถิ่นเดียวกัน” ออกไปไม่ได้จำกัด อยู่เฉพาะเมืองเดียวกันเหมือนในอดีตเท่านั้น (strict locality rule) แต่ให้รวมไปถึงเมืองอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงที่มีลักษณะต่าง ๆ ใกล้เคียงกันด้วย (similar locality rule) ซึ่งจะทำให้การหาพยานผู้เชี่ยวชาญไม่ถูกจำกัดเฉพาะแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเมืองเดียวกันเท่านั้น อีกทั้ง ทำให้มาตรฐานความระมัดระวังของเมืองขนาดใกล้เคียงกันมีการพัฒนาให้มีความใกล้เคียงกัน (King v. Murphy, 1982) ส่วนมาตรฐานการรักษาระดับชาติ (national rule) เป็นแนวทางที่ศาลในระยะปัจจุบันใช้ประกอบการวินิจฉัย เนื่องจากมองเห็นข้อเสียของการใช้เกณฑ์มาตรฐานระดับท้องถิ่นที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การที่แพทย์ในท้องถิ่นอาจจะไม่ยอมมีการพัฒนาความรู้ความสามารถให้เทียบเคียงกับมาตรฐานระดับชาติหรือกระทั่งสามารถกำหนดมาตรฐานให้ต่างจากมาตรฐานชาติได้ และข้อจำกัดในการที่จะต้องใช้พยานผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานเฉพาะในท้องถิ่นนั้นๆ เท่านั้น ในคดี Hall v. Hilbun (1985) ศาลได้วางหลักเกณฑ์ของมาตรฐานความระมัดระวังในระดับชาติว่า แม้ท้องถิ่นต่างกันจะมีความแตกต่างกันในเรื่องเครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากรหรือ ทรัพยากรที่จำเป็น แต่ในเรื่องความรู้ทางการแพทย์ของแพทย์นั้น ไม่ควรจะแตกต่างกัน เนื่องจากหลักสูตรที่สอนในโรงเรียนแพทย์แต่ละแห่งก็มีมาตรฐานในระดับเดียวกัน ศาลยกตัวอย่างว่า ผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิร่างกาย 105 ฟาเรนไฮต์ แพทย์ในทุกท้องถิ่นก็ต้องให้การวินิจฉัยแบบเดียวกัน นอกจากนี้ ศาลได้วางหลักเรื่องพยานผู้เชี่ยวชาญว่าไม่จำเป็นต้องจำกัดเฉพาะผู้ปฏิบัติงานในท้องถิ่นเท่านั้น¹¹¹

¹¹⁰ เพิ่งอ้าง, น.219.

¹¹¹ เพิ่งอ้าง, น.219.

(2) มาตรฐานการความระมัดระวังโดยใช้ความเชี่ยวชาญของแพทย์เป็นเกณฑ์ (specialization) ทฤษฎีนี้ไม่นำข้อจำกัดเรื่องพื้นที่มาใช้ แต่จะอ้างอิงความเชี่ยวชาญของแพทย์ที่ตรงกับ ภาวะการเจ็บป่วยของผู้เสียหายเป็นสำคัญ และจะถือว่าแพทย์เฉพาะทางมีมาตรฐานการรักษาที่สูงกว่าแพทย์ทั่วไปในการรักษาหรือทำหัตถการเดียวกัน ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจาก แพทย์ทั่วไปจะนำมาตรฐานการรักษาของแพทย์เฉพาะทางมาใช้เปรียบเทียบไม่ได้ แต่หากว่า แพทย์ทั่วไปได้ทำการรักษาผู้ป่วยนอกเหนือจากขอบเขต

(3) มาตรฐานการความระมัดระวังโดยแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines (CPGs)) โดย CPGs มี 2 บทบาท ในคดีทรมานเวชปฏิบัติ คือ แพทย์ที่ถูกกล่าวหาสามารถใช้เป็นหลักฐานพิสูจน์ความบริสุทธิ์ในการดำเนินคดี (exculpatory evidence) และผู้ป่วยที่กล่าวหาว่าแพทย์ว่าละเมิดมาตรฐานความระมัดระวัง (inculpatory evidence)¹¹²

ในปัจจุบันวงการแพทย์ได้มีการกำหนดมาตรฐานในการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งจะกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ซึ่งแตกต่างกันในรายละเอียดของแต่ละโรงพยาบาลหรือแต่ละกลุ่มอาการ โรค หากเมื่อผู้ป่วยฟ้องว่าแพทย์รักษาไม่ได้มาตรฐานแพทย์สามารถอ้างการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) เป็นข้อยกเว้นความรับผิดชอบของแพทย์ได้ ในขณะที่เดียวกันถ้ามีแนวทางการรักษาที่กำหนดวิธีการรักษาไว้แล้ว แต่แพทย์ไม่ได้ดำเนินการไปตามแนวทางในการรักษาก็เพียงพอที่จะให้ศาลวินิจฉัยได้ว่าแพทย์ผู้นั้นทำการรักษาโดยประมาท¹¹³

ในคดี Frye V. United States (1923) ศาลประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีคำวินิจฉัยว่า แนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ถือเป็นข้อตกลงที่เป็นที่ยอมรับที่ยอมรับกันทั่วไปในวงการแพทย์ จึงสามารถนำมาใช้อ้างเป็นพยานหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งศาลได้มองเห็นว่าการอ้างแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) เข้ามาในคดีนั้น แสดงว่าแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาที่ถูกกำหนดขึ้น โดยมติที่ประชุมของผู้เชี่ยวชาญผู้มีความรู้ความสามารถในการรักษาโรคดังกล่าว จึงถือว่าเป็นมาตรฐานในการรักษาซึ่งจะสามารถใช้ยกอ้างในศาลได้¹¹⁴

¹¹² Timothy K. Mackey, MAS, and Bryan A. Liang, The Role of Practice Guidelines in Medical Malpractice Litigation American Medical Association Journal of Ethics January 2011, Volume 13, p.36.

¹¹³ นพพร โพธิ์รังสียากร, “ปัญหาข้อกฎหมายเกี่ยวกับทรมานเวชปฏิบัติจากการรักษาทางการแพทย์ (ตอนที่ 2),” เล่มที่ 3 ตุลาคม, น. 139 (กันยายน-ธันวาคม 2556).

¹¹⁴ เพ็งฮ้าง, น.137-138.

(3) Direct or Proximate Cause เหตุโดยตรง หรือสาเหตุใกล้ชิด

โดยหลักเหตุโดยตรง หรือสาเหตุใกล้ชิด (Direct or Proximate Cause) หมายถึง ต้นเหตุที่ทำให้เกิด ความเสียหายโดยตรงหรือเป็นเหตุต่อเนื่องโดยไม่ขาดตอนที่ทำให้เกิด ความเสียหาย¹¹⁵ โจทก์ต้องแสดงให้เห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้น เกิดขึ้นโดยตรงมาจากการกระทำหรือละเลยต่อการกระทำที่ไม่ได้มาตรฐานความระมัดระวังของจำเลย

สาเหตุใกล้เคียงของการบาดเจ็บนั้นผู้ป่วยต้องพิสูจน์ว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์หรือตัวแทน (เช่นพยาบาล) เป็นเหตุโดยตรงของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น

ตัวอย่างเช่น หากผู้ช่วยแพทย์หรือช่างเทคนิคในห้องปฏิบัติการซึ่งทำงานภายใต้การดูแลโดยตรงของแพทย์ทำการเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อรับตัวอย่างเลือด ต่อมาผู้ป่วยบ่นว่าสูญเสียความรู้สึกที่แขนขาที่ได้รับการเจาะเลือด เพื่อพิสูจน์เหตุโดยโจทก์จะต้องพิสูจน์ว่าไม่มีสาเหตุแทรกแซง เช่น การบาดเจ็บของการเล่นกีฬา หรือความเสียหายจากอุบัติเหตุ ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างเวลาที่เลือดถูกดึงและเวลาที่เส้นประสาทเกิดความเสียหาย

(4) Damages ความเสียหาย

ความเสียหาย หมายถึง การบาดเจ็บใด ๆ ที่เกิดจากจำเลย ผู้ป่วยต้องการให้ร่างกายกลับคืนสู่ฐานเดิมหรือได้รับการชดเชย ซึ่งความเสียหายมีหลายประการ ดังนี้¹¹⁶:

- (ก) ความพิการทางร่างกายถาวร
- (ข) ความพิการทางจิตถาวร
- (ค) ความสูญเสียความสุขในชีวิต
- (ง) การบาดเจ็บส่วนบุคคล
- (จ) การสูญเสียรายได้ในอดีตและอนาคต
- (ฉ) ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และโรงพยาบาล
- (ช) ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน

¹¹⁵ พิษณุ กลิ่นมาลี, “หลักสาเหตุใกล้ชิดในประเทศไทย,” *วารสารนิติศาสตร์* เล่ม 2, ปีที่ 8, 115 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2560)

¹¹⁶ Fremgen, Bonnie F, *supra note 95*, p.138. [Damages refer to any injuries caused by the defendant. Patients seek recovery, or compensation, for a variety of damages: 1. Permanent physical disability 2. Permanent mental disability 3. Loss of enjoyment of life 4. Personal injuries 5. Past and future loss of earnings 6. Medical and hospital expenses 7. Pain and suffering]

ดังนั้นหากผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บใด ๆ แสดงว่าไม่มีกรณีประมาทเลินเล่อ ตัวอย่างเช่น แพทย์ไม่ได้อธิบายความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดอาจจะมีการติดเชื้อได้ แม้แพทย์ไม่ได้อธิบายให้ผู้ป่วย และผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บจากการติดเชื้อ ก็ต้องถือว่าไม่มี ความประมาทเลินเล่อเกิดขึ้น

ศาลอาจกำหนดค่าเสียหายเพื่อชดเชยความเสียหาย (Compensatory Damages) จ่ายให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ หรือศาลอาจกำหนด ค่าเสียหายเชิงลงโทษ (Punitive Damages) ซึ่งเป็นค่าเสียหายที่กำหนดเพิ่มเติมขึ้นนอกเหนือจากค่าเสียหายที่แท้จริงให้แก่ผู้ป่วย และค่าเสียหาย เล็กน้อย (Nominal damages) ในบางรัฐได้กำหนดวงเงินหรือจำนวนเงินสูงสุดที่สามารถได้รับ ในคดีทุจริตต่อหน้าที่ทางการแพทย์

3.2 ประเทศมาเลเซีย

3.2.1 หลักกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาด้วยโทรเวชกรรม

ประเทศมาเลเซียมีกฎหมายที่เกี่ยวกับโทรเวชกรรมบัญญัติไว้โดยเฉพาะ เรียกว่า กฎหมายโทรเวชกรรม พ.ศ. 2540 (TELEMEDICINE ACT 1997) โดยกฎหมายฉบับนี้มุ่งที่จะวาง ข้อกำหนดเพื่อควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและเพื่อการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับโทรเวชกรรม ซึ่งกฎหมายดังกล่าวมีทั้งสิ้น 6 มาตรา โดยกฎหมายฉบับนี้มุ่งที่จะวางข้อกำหนดเพื่อควบคุมการ ประกอบวิชาชีพโทรเวชกรรม

1. ความหมายของโทรเวชกรรม

กฎหมายโทรเวชกรรม ของประเทศมาเลเซียได้กำหนดคำนิยามไว้อย่างสั้น ๆ ว่า มาตรา 2 กำหนดว่า “โทรเวชกรรม”¹¹⁷ หมายความว่า การประกอบวิชาชีพเวช กรรมโดยการใช้การสื่อสารทางเสียง ภาพ และข้อมูล

2. หน้าที่ของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย

กฎหมายโทรเวชกรรมของประเทศมาเลเซียเป็นกฎหมายที่มุ่งที่จะวางข้อกำหนด เพื่อควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในส่วนของหน้าที่แพทย์ที่จะต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่มีการ บัญญัติไว้โดยเฉพาะอย่างกฎหมายโทรเวชกรรมของมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ ประเทศสหรัฐอเมริกาที่ได้ ศึกษาไปแล้วข้างต้น

¹¹⁷ TELEMEDICINE ACT 1997 [2. “telemedicine” means the practice of medicine using audio, visual and data communications.] [รายละเอียดดูที่ภาคผนวก ข]

อย่างไรก็ตาม กฎหมายโทรเวชกรรมของประเทศมาเลเซียมีการกำหนดในเรื่องคุณสมบัติของผู้ที่ให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมได้ ซึ่งกำหนดให้แพทย์เท่านั้นเป็นผู้รักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม เว้นแต่จะเข้าเงื่อนไขตามที่กฎหมายกำหนด หากบุคคลใดรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมโดยฝ่าฝืนบทบัญญัติ แม้จะกระทำการดังกล่าวนอกประเทศมาเลเซีย ถือว่าผู้นั้นมีความผิด ซึ่งจะขออธิบายรายละเอียดของบุคคลที่สามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรม ดังนี้¹¹⁸

(1) ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมยังมีผลใช้บังคับอยู่

(2) กรณีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ไปประกอบวิชาชีพจากภายนอกประเทศมาเลเซีย และ

(ก) ต้องได้รับใบอนุญาตให้รักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ซึ่งออกให้โดยคณะกรรมการแพทยสภาของประเทศมาเลเซีย และ

(ข) ให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมจากภายนอกประเทศมาเลเซียผ่านทางผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามข้อ (1)

(3) กรณีเลขานุการสาธารณสุขแห่งประเทศมาเลเซียอาจอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อมีคำขอจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขอให้แก่ ผู้ช่วยแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ หรือบุคคลผู้ให้บริการดูแลทางสุขภาพอนามัย ถ้าบุคคลดังกล่าว

(ก) เลขานุการพิจารณาแล้วเห็นว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับอนุญาต และ

(ข) ต้องอยู่ภายใต้กำกับดูแล ควบคุม ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

3. วิธีการให้การรักษา

ในส่วนวิธีการให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมของประเทศมาเลเซีย กำหนดไว้เพียงว่าก่อนที่แพทย์จะให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเสียก่อน ซึ่งความยินยอมต้องได้เป็นลายลักษณ์อักษร (written consent)

¹¹⁸ *ibid.*, [3. (1) No person other than— (a) a fully registered medical practitioner holding a valid practising certificate; or (b) a medical practitioner who is registered or licensed outside Malaysia and— (i) holds a certificate to practise telemedicine issued by the Council; and (ii) practises telemedicine from outside Malaysia through a fully registered medical practitioner holding a valid practising certificate, may practise telemedicine.]

4. ความยินยอม

กฎหมายโทรเวชกรรมของประเทศมาเลเซียมีการกำหนดเรื่องความยินยอมจากผู้ป่วยไว้ ซึ่งกำหนดรายละเอียดไว้ ดังนี้¹¹⁹

มาตรา 5 กำหนดว่า

(1) ก่อนที่แพทย์จะให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเสียก่อนก่อน ซึ่งความยินยอมต้องได้เป็นลายลักษณ์อักษร (written consent)

(2) ความยินยอมจากผู้ป่วยจะไม่มีผลหากไม่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องต่อไปนี้

(a) ผู้ป่วยสามารถถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อสิทธิในการรักษาหรือบำบัดในอนาคต

(b) ความเสี่ยง ผลกระทบ และประโยชน์จากการรักษา

(c) จะได้รับการรักษาความลับในข้อมูลใด ๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับจากการรักษา หรือที่เปิดเผยในระหว่างการรักษาทางโทรเวชกรรม

(d) ภาพหรือข้อมูลใด ๆ ที่ใช้ในการสื่อสารในระหว่างหรือเป็นผลจากการติดต่อรักษาทางโทรเวชกรรมของผู้ป่วย จะไม่ถูกเปิดเผยแพร่ให้แก่ผู้วิจัยหรือบุคคลอื่นใด โดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย

(3) ความยินยอมของผู้ป่วยจะไม่มีผล หากความยินยอมไม่ได้มีข้อความซึ่งลงนามโดยผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลที่ได้รับแจ้งและได้มีการหารือข้อมูลดังกล่าวแล้ว

¹¹⁹ *Ibid.*, [5. (1) Before a fully registered medical practitioner practises telemedicine in relation to a patient, the fully registered medical practitioner shall obtain the written consent of the patient. (2) The consent given by a patient under subsection (1) is not valid for the purpose of that subsection unless the fully registered medical practitioner has, before the consent is given, informed the patient— (a) that he is free to withdraw his consent at any time without affecting his right to future care or treatment; (b) of the potential risks, consequences and benefits of telemedicine; (c) that all existing confidentiality protection apply to any information about the patient obtained or disclosed in the course of the telemedicine interaction; (d) that any image or information communicated or used during or resulting from telemedicine interaction which can be identified as being that of or about the patient will not be disseminated to any researcher or any other person without the consent of the patient.]

(4) ความยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษรนี้ และข้อความที่ผู้ป่วยเข้าใจ ให้ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วย

(5) กรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์หรือมีความพิการทางจิต ซึ่งไม่อาจให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวได้ (informed consent) ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ดูแล อาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยได้¹²⁰

อย่างไรก็ตาม กฎหมายฉบับนี้ให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่จะออกคำสั่งที่จำเป็นเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายโทรเวชกรรมฉบับนี้ โดยอาจมีคำสั่งเพื่อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม¹²¹

¹²⁰ *Ibid.*, [5 (3) The consent given by a patient under subsection (1) shall not be valid for the purpose of that subsection unless the consent contains a statement signed by the patient indicating that he understands the information provided pursuant to subsection (2) and that this information has been discussed with the fully registered medical practitioner. (4) The written consent under subsection (1) and statement under subsection (3) of a patient shall become part of the patient's medical record. (5) Where the patient is a minor, or is under such mental disability as to render him incapable of giving an informed consent, consent may be given on his behalf by his next friend or guardian ad idem.]

¹²¹ *Ibid.*, [6 (1) The Minister may make such regulations as appear to him to be necessary or expedient for carrying into effect the provisions of this Act. (2) Without prejudice to the generality of subsection (1), regulations may be made —(a) to prescribe the minimum standards in respect of any facility, computer, apparatus, appliance, equipment, instrument, material, article and substance which are to be used in the practice of telemedicine on any premises ...]

3.2.2 หลักความรับผิดทางละเมิดของแพทย์ตามกฎหมาย

ประเทศมาเลเซียเป็นระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ เช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกาใช้กฎหมายลักษณะละเมิด (tort law) ในการพิจารณาความประมาทเลินเล่อของแพทย์ แต่มีองค์ประกอบทางกฎหมายที่โจทก์มีภาระการพิสูจน์แตกต่างจากประเทศสหรัฐอเมริกาบางประการ

หลักกฎหมายเรื่องความประมาทเลินเล่อของแพทย์ มีองค์ประกอบ 3 ประการ

- (1) หน้าที่ใช้ความระมัดระวัง (duty of care)
- (2) ผ่าฝืนต่อหน้าที่ (breach of duty)
- (3) ความเสียหายเกิดจากการกระทำ (causation or consequential damage)

1. หน้าที่ใช้ความระมัดระวัง (duty of care)

หน้าที่ใช้ความระมัดระวังหรือหน้าที่ตามกฎหมาย (legal duty) ที่ให้จำเลยมีหน้าที่ใช้ความระมัดระวังในการกระทำหรือการต่อ โจทก์ กระทำการดังกล่าวของจำเลยอยู่ภายในขอบเขตของหน้าที่นั้น

2. ผ่าฝืนต่อหน้าที่ (breach of duty)

หลังจากโจทก์พิสูจน์ได้ว่าแพทย์หน้าที่ในการรักษาผู้ป่วยแล้ว โจทก์จะต้องพิสูจน์ต่อไปอีกว่าแพทย์รักษาโดยต่ำกว่ามาตรฐานความระมัดระวัง ซึ่งมาตรฐานความระมัดระวังตามที่กฎหมายกำหนดให้บุคคลในกรณีปกติได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นมาตรฐานของวิญญูชน (reasonable care)¹²²

ในคดี Bolam v Friern Hospital Management Committee [1957] 1 WLR 582 เป็นคดีที่ศาลของประเทศอังกฤษได้วินิจฉัยกำหนดมาตรฐานความระมัดระวังของแพทย์ จนกลายเป็นหลัก “The Bolam Principle” ซึ่งหลักกฎหมายนี้ประเทศมาเลเซียก็นำมาใช้ในการตัดสินคดีประมาทเลินเล่อของแพทย์

หลัก Bolam test เป็นคดีที่วางหลักในการพิจารณาความเหมาะสมในการใช้มาตรฐานในการระมัดระวังของผู้เชี่ยวชาญในคดีประมาทเลินเล่อของแพทย์ การทดสอบมาตรฐานของผู้เชี่ยวชาญโดยการวิเคราะห์การปฏิบัติหน้าของแพทย์ตามมาตรฐาน ซึ่งเมื่อพิจารณาหลักเกณฑ์

¹²² Puteri Nemie Jahn Kassim, “Suing for medical negligence : issues and challenges” Retrieved June 2019, from http://irep.iium.edu.my/42810/3/Med_Neg_UPM.pdf

แล้วว่า หากแพทย์ได้ทำตามหน้าที่โดยใช้ความระมัดระวังตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับแล้ว ในกรณีเช่นนี้ ถือไม่ได้ว่าแพทย์กระทำโดยประมาท¹²³

และคดี Bolam v Friern Hospital Management Committee นี้ได้วางหลักในเรื่องการกำหนดตัวบุคลากรทางการแพทย์มาเป็นพยานผู้เชี่ยวชาญบุคคลที่ควรจะเป็นผู้มาเบิกความต่อศาลควรจะเป็นองค์กรทางการแพทย์ที่ดูแลในแขนงสาขาวิชาดังกล่าวซึ่งจะเป็นประกอบไปด้วยทักษะความรู้ในสาขาที่ดูแล (The accepted practice must be regarded as proper by “responsible body of medical men” skilled in that art) ซึ่งหลักการ Bolam test นี้ ได้วางหลักว่า แพทย์รู้ดีที่สุดด้วยเหตุนี้การวินิจฉัยว่าแพทย์กระทำความผิดหรือไม่ จึงมักอิงอาศัยสถาบันทางการแพทย์หรือองค์กรทางการแพทย์ที่จะชี้ขาดข้อมูลเบื้องต้นไว้ก่อนว่าแพทย์ได้ดำเนินการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ อาจทำให้มองได้ว่าแพทย์ที่เป็นพยานผู้เชี่ยวชาญอาจปกป้องแพทย์ด้วยตนเอง¹²⁴

หลักการ Bolam test นั้นถูกกำหนดมาใช้โดยศาลประเทศมาเลเซียเป็นประจำกับคดีที่เกี่ยวข้องในการกำหนดมาตรฐานการรักษาของแพทย์¹²⁵ เช่น

¹²³ ภูมิ โชคเหมาะ, *อ้าวแล้วเชิงอรรถที่ 11*, น. 116.

¹²⁴ Jonathan Herring, *medical law and ethics*, 5 th ed, (Great Clarendon Street : Oxford, 2014) p. 106.[The effect of the Bolam decision is that it is difficult to show a doctor breached duty of care. It will not be enough to introduce evidence from an expert witness that he or she would not have carried out the procedure in the way that the defendant did. It would be necessary to show that there is no responsible body of medical opinion that would have approved of acting in that way. All that the defendant need do to win the case would be to find an acknowledged expert to agree that the way in which the defendant dealt with the patient was within the range of acceptable practice.]

¹²⁵ Puteri Nemie bt. Jahn Kassim, *MEDICAL NEGLIGENCE LITIGATION IN MALAYSIA: CURRENT TREND AND PROPOSALS FOR REFORM*, Retrieved June 2019, from http://mdm.org.my/downloads/dr_puteri_nemie.pdf

คดี *Swamy v Matthews* 1 MLJ 142 [1967]¹²⁶ มีหลาย ๆ ความคิดเห็นที่แสดงต่อคำพิพากษาของศาลในกรณีนี้ว่าควรจะเป็นอย่างไร การรักษาที่เหมาะสมและขั้นตอนในการให้การรักษาแก่โจทก์ คำพิพากษาส่วนใหญ่ยอมรับคำให้การของแพทย์จำเลย และคำอธิบายของเข่าว่าใบสั่งยาและปริมาณยาที่สั่งให้แก่โจทก์แม้ว่าจะแตกต่างกับคำแนะนำของผู้ผลิต แต่ก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ส่วนตัวของแพทย์ ศาลไม่ได้ตรวจสอบความสมเหตุสมผลของการรักษา และศาลวินิจฉัยว่าแพทย์ไม่ประมาทเพราะผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมไม่จำเป็นต้องมีทักษะในระดับสูงสุด

คดี *Sidaway v Bethlem Royal Hospital Governors* [1985]¹²⁷ ศาลประเทศมาเลเซียก็ได้นำหลักการ *Bolam* มาใช้ในการวินิจฉัย กล่าวคือ ศาลปฏิเสธการเรียกร้องเสียหายจากความประมาทเลินเล่อของประสาศัลยแพทย์ที่ไม่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความเสี่ยงของการเป็นอัมพาตท่อนล่างจากการผ่าตัด ซึ่งเกิดขึ้นได้น้อยกว่า 1 % ของเคสแบบนี้ ตามที่ Lord Scarman ได้วินิจฉัยว่ากฎหมายกำหนดหน้าที่ แต่มาตรฐานความระมัดระวังเป็นเรื่องของการตัดสินใจทางการแพทย์

3. ความเสียหายเกิดจากการกระทำ (causation or consequential damage)

โจทก์จะต้องมีการเชื่อมโยงสาเหตุระหว่างการผิดหน้าที่ของจำเลยและความเสียหายที่โจทก์ได้รับ ดังนั้นโจทก์ต้องพิสูจน์ว่าความเสียหายที่โจทก์ได้รับนั้นเกิดจากความประมาทเลินเล่อของจำเลย

¹²⁶ There were different opinions presented to the court in this case as to what was supposed to be the proper treatment and the procedure in giving such treatment to the plaintiff. The majority judgment accepted the testimony of the defendant doctor and his explanation that the prescription and the dosage given to the plaintiff, although at variance with the manufacturer's recommendation, was made based on his personal experience. The emphasis in the majority judgment in discounting the contrary evidence is the classic doctor-centric approach. The court did not examine the reasonableness of the treatment. The court found the medical practitioner not negligent because medical practitioners need not have the highest degree of skill.

¹²⁷ M Y Rathor, *Informed Consent: A Socio-Legal Study* Med J Malaysia Vol 66 No 5 December 2011, p.425.

3.3 ประเทศแอฟริกาใต้

3.3.1 หลักกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาด้วยโทรเวชกรรม

รายงานกรมอนามัยของประเทศในแอฟริกาใต้ (Department of Health in South Africa.) เดือนมีนาคม ปี ค.ศ. 2008 รายงานว่า ประเทศแอฟริกาใต้ประสบภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยรายฉบับดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจริงที่ว่า ประเทศแอฟริกาใต้มีภาระความเป็นโรคเป็นร้อยละ 24 ของโลก แต่กลับมีบุคลากรทางการแพทย์เพียงร้อยละ 3 ของบุคลากรทางการแพทย์ในโลก¹²⁸ เนื่องจากสถานการณ์ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศแอฟริกาใต้จึงมีการนำการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมมาใช้

ซึ่งการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ในประเทศแอฟริกาใต้ถูกควบคุมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professions Act)¹²⁹ ซึ่งพระราชบัญญัตินี้มีขึ้นเพื่อจัดตั้งสภาวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งประเทศแอฟริกาใต้ (Health Professions Council of South Africa (HPCSA)) ให้เป็นหน่วยงานกำกับดูแลตามกฎหมายที่รับผิดชอบ หนึ่ง การควบคุมและการใช้อำนาจในทุกเรื่องที่มีเป็นเรื่องของการฝึกอบรมบุคคล และรวมถึงการออกแนวทางการเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย การรักษาหรือการป้องกันจากภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจ หรือความบกพร่องในมนุษย์

สภาวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งประเทศแอฟริกาใต้ (The Health Professions Council of South Africa (HPCSA)) มีหน้าที่ในการควบคุมดูแลการให้บริการด้านสุขภาพ โดยการรับรองว่าบริการเหล่านี้จะได้รับการจัดขึ้นโดยผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและมีทักษะ มีอำนาจออกคำสั่ง ฎุกระเบียบใช้กับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน เพื่อปกป้อง "ผู้ป่วย" จากการถูกละเมิดโดยผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ อีกทั้ง ให้คำแนะนำสำหรับการปฏิบัติงานที่ดีต่อผู้ประกอบวิชาชีพ¹³⁰

¹²⁸ Mable Kekana, Pitso Noe, Boyce Mkhize, "The practice of telemedicine and challenges to the regulatory authorities," *SAJBL* 33 (June 2010).

¹²⁹ Health Professions Act 56 of 1974. [รายละเอียดดูที่ภาคผนวก ซ]

¹³⁰ Health Professions Council of South Africa, "General Ethical Guidelines for Good Practice in Telemedicine," (AUG 2014). [1. INTRODUCTION 1.2 The Health Professions Council of South Africa (HPCSA) has a mandate to regulate healthcare provision by ensuring that services are provided by qualified and skilled healthcare practitioners. This regulatory mandate applies to healthcare practitioners in both state and privately-owned healthcare institutions. It is the mandate of the HPCSA to protect the "patient" against possible abuse by healthcare practitioner on one hand and to provide guidance for good practice to the professions.] [รายละเอียดดูที่ภาคผนวก ฉ]

ต่อมาเมื่อเดือนสิงหาคม ปี ค.ศ. 2014 สภาวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งประเทศแอฟริกาใต้ (HPCSA) ได้ออกแนวทางทางจริยธรรมทั่วไปสำหรับการปฏิบัติที่ดีในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม (General Ethical Guidelines for Good Practice in Telemedicine)

ในอารัมภบทของแนวทางทางจริยธรรมทั่วไปสำหรับการปฏิบัติที่ดีในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมดังกล่าวนี้ สภาวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งประเทศแอฟริกาใต้ ได้กล่าวไว้ว่า¹³¹

“การประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (healthcare professional) ตั้งอยู่บนความสัมพันธ์ของความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ (healthcare practitioners) คำว่า "วิชาชีพ (profession)" หมายถึง "การอุทิศ สัญญาหรือคำมั่นสัญญาที่เปิดเผยต่อสาธารณชน" ในการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ดีต้องมีความมุ่งมั่นตลอดชีวิตในการปฏิบัติงานอย่างมีวิชาชีพและมีจริยธรรมและอุทิศตนเพื่อประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์และสังคม

ในความสำคัญดังกล่าวนี้ การปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเป็นจริยธรรม ดังนั้น HPCSA สภาวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งประเทศแอฟริกาใต้ จึงได้ออกแนวทางจริยธรรมต่อไปนี้ เพื่อเป็นแนวทางและกำกับกับการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แนวทางเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการปฏิบัติทางวิชาชีพ (the standards of professional) ซึ่งใช้พิจารณาการร้องเรียนว่ามีความประพฤติผิดทางวิชาชีพ”

1. ความหมายของโทรเวชกรรม (Definition of Telemedicine)

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม (General Ethical Guidelines for Good Practice in Telemedicine (Guidelines)) ของประเทศแอฟริกาใต้ ได้กำหนดความหมายของโทรเวชกรรม ไว้ว่า

¹³¹ [Practising as a healthcare professional is based upon a relationship of mutual trust between patients and healthcare practitioners. The term “profession” means “a dedication, promise or commitment publicly made”. To be a good healthcare practitioner, requires a life-long commitment to sound professional and ethical practices and an overriding dedication to the interests of one’s fellow human beings and society. In essence, the practising of healthcare professions is a moral enterprise. In this spirit, the HPCSA presents the following ethical guidelines to guide and direct the practice of healthcare practitioners. These guidelines form an integral part of the standards of professional conduct against which a complaint of professional misconduct will be evaluated.]

“โทรเวชกรรม (Telemedicine)”¹³² หมายถึง การประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยการใช้การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ (healthcare practitioners)¹³³ ในสถานที่หนึ่งกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพอีกสถานที่หนึ่ง เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวก ปรับปรุง และเพิ่มประสิทธิภาพทางคลินิก การศึกษา และวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการวิจัย โดยเฉพาะภายใต้การให้บริการในพื้นที่ประเทศแอฟริกาใต้

ข้อพึงสังเกต¹³⁴

1. การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมให้รวมถึงการประชุมทางไกลที่มีปลอดภัยหรือใช้เทคโนโลยีที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพสามารถโต้ตอบในการปรึกษาหารือแบบเสมือนว่าผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพได้อยู่กับผู้ป่วยต่อหน้าตน

2. การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมให้หมายความถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือออฟไลน์ ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ หรือต้องการความคิดเห็นที่สอง

จากคำนิยามของโทรเวชกรรมตามแนวทางทางจริยธรรมทั่วไปสำหรับการปฏิบัติที่ดีในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมนี้ เป็นลักษณะการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางไกลระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพด้วยกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออำนวยความสะดวก ปรับปรุงและเสริมสร้างการดูแลสุขภาพและการวิจัยทางคลินิกการศึกษาและวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่อยู่ภายใต้การบริการในสาธารณรัฐแอฟริกาใต้

¹³² *ibid.* [The practice of medicine using electronic communications, information technology or other electronic means between a healthcare practitioner in one location and a healthcare practitioner in another location. This is for facilitating, improving and enhancing clinical, educational and scientific healthcare and research, particularly to the under serviced areas in the Republic of South Africa.]

¹³³ *ibid.* [3.2 “Healthcare practitioner” means a person providing health services, registered in terms of the Health Professions Act No 56 of 1974, to include any other appropriate disciplines as defined in the National Health Act No 61 of 2003.]

¹³⁴ *ibid.* [Note: 1. Telemedicine involves secure videoconferencing or similar forms of technology which enable healthcare practitioners to replicate the interaction of traditional face to-face consultations between healthcare practitioners and the patient. 2. Telemedicine as defined refers to where information is exchanged electronically either on or off-line, formally, informally or as a need for a second opinion.]

2. หน้าที่ของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย (Professional duties)

ในเรื่องของหน้าที่ของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วยนั้น หลักคือแพทย์มีหน้าที่ต้องปฏิบัติให้การรักษาเป็นไปตามแนวทางจริยธรรมทั่วไปวิชาชีพแพทย์ที่กำหนดไว้อยู่แล้ว แต่มีการกำหนดหน้าที่ของแพทย์ให้ชัดเจน

หน้าที่ของแพทย์มีการกำหนดไว้ในข้อ 4.5 โดยมีรายละเอียด ต่อไปนี้

ข้อ 4.5.1 กำหนดว่า ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมต้องปฏิบัติตามหน้าที่วิชาชีพที่กำหนดไว้ในแนวทางจริยธรรมทั่วไปของสภาวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งประเทศแอฟริกาใต้สำหรับการปฏิบัติที่ดี (HPCSA's General Ethical Guidelines for Good Practice.)¹³⁵

ข้อ 4.5.2 กำหนดว่า หน้าที่ต่อผู้ป่วยให้รวมถึงที่กล่าวดังต่อไปนี้ แต่ไม่จำกัดเพียงเท่านั้น¹³⁶ คือ รักษาประโยชน์สูงสุดหรือความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยเสมอ เคารพความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการเกี่ยวกับเงื่อนไข และรักษาความลับของผู้ป่วยตลอดเวลาตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 61 ค.ศ. 2003 และคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยแห่งประเทศแอฟริกาใต้

ข้อ 4.5.3 กำหนดว่า ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพไม่ควรให้คำแนะนำทางการแพทย์หรือให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย สำหรับการรักษาที่จะได้รับและการใช้เทคโนโลยีโทรเวชกรรม¹³⁷

¹³⁵ *Ibid.* [4.5.1 Healthcare practitioners engaging in telemedicine must observe the professional duties imposed in the HPCSA's General Ethical Guidelines for Good Practice.]

¹³⁶ *Ibid.* [4.5.2 Duties to patients include, but are not limited to, always acting in the best interest or well-being of the patient, respecting patients' privacy and dignity, giving patients the information they need about their conditions, and maintaining confidentiality at all times as required by the National Health Act No 61 of 2003 and the SA National Patients' Rights Charter.]

¹³⁷ *Ibid.* [4.5.3 Healthcare practitioners should not give medical advice or provide treatment using telemedicine without obtaining proper informed consent from the patient for both the treatment to be given and the use of telemedicine technology.]

และในข้อ 4.5.4¹³⁸ กำหนดหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและบริการด้านการดูแลสุขภาพ (consulting healthcare practitioner)¹³⁹ ควรตรวจสอบ สถานที่ตั้งของผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ ตรวจสอบตัวบุคคลและคุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ; และตัวตนของผู้ป่วย

ผู้ให้คำปรึกษาและบริการด้านการดูแลสุขภาพ คือ คนที่จะส่งข้อมูลให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ โดยได้มีการรับข้อมูลจากผู้ป่วยเองโดยตรง

3. การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม (Treatment of patient)

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมมีการกำหนดเรื่องการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมไว้ โดยต้องมีการประเมินผลทางการแพทย์ มีการกำหนดถึงการออกใบสั่งยาออนไลน์ด้วยซึ่งมีรายละเอียดมาก ในการศึกษาครั้งนี้จะขอก้าวถึงการรักษาแต่เพียงอย่างเดียวจะไม่ขอก้าวถึงการออกใบสั่งยาของแพทย์ด้วย

ข้อ 4.4.1 กำหนดว่า ต้องจัดทำเอกสารประเมินทางการแพทย์และประวัติทางคลินิกที่เกี่ยวข้องที่จำเป็นในการวินิจฉัยเบื้องต้น รวมถึงข้อบ่งชี้เกี่ยวกับการรักษา ก่อนที่จะให้การรักษา รวมถึงการออกใบสั่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์หรืออื่น ๆ¹⁴⁰.

4. ความยินยอม

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม กำหนดหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในการแจ้งและขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนให้การรักษา ซึ่งกำหนดรายละเอียดไว้ในข้อ 4.6. ดังนี้

¹³⁸ *Ibid* [4.5.4 The consulting and servicing healthcare practitioners they should verify:

(a) The location of the consulting or servicing healthcare practitioner; (b) The identity and qualifications of the consulting or servicing healthcare practitioner; and (c) The identity of the patient.]

¹³⁹ *Ibid*. [3.4 The “consulting healthcare practitioner” refers to the practitioner who conducts a “face to-face” interview or examination with the patient or refers patient’s information to a remote location for further advice or intervention]

¹⁴⁰ *Ibid* [4.4.1 A documented medical evaluation must be done and the relevant clinical history necessary to diagnose underlying conditions as well as any contra-indications regarding the recommended treatment must be obtained before providing treatment, including issuing prescriptions electronically or otherwise.]

ข้อ 4.6.1 กำหนดว่า ในส่วนนี้จะต้องพิจารณาควบคู่กับแนวทางของ HPCSA เกี่ยวกับได้รับความยินยอมในหนังสือเล่มที่ 9 และข้อกำหนดของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ¹⁴¹

ข้อ 4.6.2 กำหนดว่า การยินยอม (informed consent) สำหรับการใช้เทคโนโลยีโทรเวชกรรม ต้องได้รับเป็นลายลักษณ์อักษร¹⁴²

ส่วนในเรื่องรายละเอียดของหนังสือขอความยินยอมจากผู้ป่วยมีกำหนดไว้ ดังนี้

ข้อ 4.6.3¹⁴³ หนังสือขอความยินยอม (informed consent documentation) สำหรับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ควรระบุ ในเรื่องระบุตัวบุคคลทั้งผู้ป่วย และผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพข้อตกลงโดยผู้ป่วยว่าผู้ประกอบการบริการจะตัดสินใจหรือไม่เงื่อนไขที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาเหมาะสมสำหรับ telemedicine การปรึกษาหารือ, รายละเอียดของมาตรการรักษาความปลอดภัยที่เกิดขึ้นจากการใช้โทรเวชกรรม เช่น การเข้ารหัสข้อมูลโปรแกรมรักษาหน้าจอที่ป้องกันด้วยรหัสผ่านและ ไฟล์ข้อมูลหรือการใช้เทคนิคการตรวจสอบความน่าเชื่อถืออื่น ๆ ความเสี่ยงอันเป็นสาระสำคัญต่อความลับที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีโทรเวชกรรมที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจยินยอมของผู้ป่วย ความยินยอมโดยชัดแจ้งของผู้ป่วยต่อการส่งต่อข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ข้อมูลทางการแพทย์แก่ผู้ให้คำปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพหรืออื่น ๆ บุคคลที่สามที่เหมาะสม

¹⁴¹ *Ibid.* [4.6.1 This section must be read in conjunction with HPCSA guidelines regarding informed consent in Booklet 9 and the provisions of the National Health Act.]

¹⁴² *Ibid.* [4.6.2 Informed consent for the use of telemedicine technologies must be obtained in writing.]

¹⁴³ *Ibid* [4.6.3 Informed consent documentation for telemedicine practice should include the following: (a) The identities of the patient and the servicing healthcare practitioner. (b) The servicing healthcare practitioner's practice number. (c) The types of transmissions consented to using telemedicine technologies (e.g. prescriptions, refills, appointment scheduling, patient education etc.). (d) Agreement by the patient that the servicing practitioner will decide whether or not the condition being diagnosed or treated is appropriate for a telemedicine consultation. (e) Details of the security measures taken with the use of telemedicine technologies, such as encrypting data, password protected screen savers and data files, or the use of other reliable authentication techniques. (f) Any material risks to confidentiality arising from the use of telemedicine technologies that may influence the patient's decision to consent. (g) The patient's express consent to the transmission of the patient's personal medical information to a consulting healthcare practitioner or other appropriate third parties.]

ข้อ 4.6.5 เอกสารเกี่ยวกับความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) เพื่อการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรม ควรประกอบด้วย¹⁴⁴

- (a) ชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วย และสถานที่หรือที่ตั้งของการได้รับคำปรึกษา
- (b) ชื่อผู้ให้คำปรึกษา ที่อยู่หมายเลขและสถานที่ฝึกซ้อม
- (c) ชื่อของผู้ให้บริการหรือที่อยู่ของผู้ปฏิบัติงานตัวเลขและที่ตั้ง
- (d) คำอธิบายสั้น ๆ ของโทรเวชกรรม
- (e) ประเภทของการส่งข้อมูลโดยวิธี โทรเวชกรรม (เช่น ใบสั่งยา การนัดหมาย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น)
- (f) รายละเอียดของมาตรการรักษาความปลอดภัยที่เกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยี โทรเวชกรรม เช่น การเข้ารหัสข้อมูล โปรแกรมรักษาหน้าจอที่ป้องกันด้วยรหัสผ่านและไฟล์ข้อมูล หรือการใช้เทคนิคการพิสูจน์ตัวตนที่เชื่อถือได้อื่น ๆ
- (g) ความเสี่ยงที่เป็นสาระสำคัญต่อความลับที่เกิดจากการใช้โทรเวชกรรม ซึ่งเทคโนโลยีดังกล่าวอาจมีผลต่อการตัดสินใจยินยอมของผู้ป่วย
- (h) ความเสี่ยง ประโยชน์ที่เป็นไปได้และทางเลือกของการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรม
- (i) ข้อตกลง โดยผู้ป่วยซึ่งผู้ให้บริการจะตัดสินใจหรือไม่ เจือนใจที่ได้รับ การวินิจฉัยหรือการรักษาที่เหมาะสมสำหรับการให้คำปรึกษาทางไกล

¹⁴⁴ *ibid.*[4.6.5 The documentation regarding informed consent for telemedicine practice should include the following: (a) The patient's name and address and the location or site of consultation; (b) The consulting practitioner's name, practice address and number, and location; (c) The servicing practitioner's or practitioner's names, practice addresses and numbers, and location; (d) A brief explanation of telemedicine; (e) The types of transmissions consented to using telemedicine technologies (e.g. prescriptions, refills, appointment scheduling, patient education etc.). (f) Details of the security measures taken with the use of telemedicine technologies, such as encrypting data, password protected screen savers and data files, or the use of other reliable authentication techniques. (g) Any material risks to confidentiality arising from the use of telemedicine technologies that may influence the patient's decision to consent. (h) The expected risks, possible benefits of and alternatives to telemedicine; (i) Agreement by the patient that the servicing practitioner will decide whether or not the condition being diagnosed or treated is appropriate for a telemedicine consultation. (j) The patient's agreement, after a full explanation was given, including the patient's express consent to the transmission of the patient's personal medical information to a consulting healthcare practitioner or other appropriate third parties. (k) The signature of patient, the patient's parent, the patient's guardian or the patient's caregiver - the relationship to the patient should be specified; (l) The signature of the witness.]

(j) ข้อตกลงของผู้ป่วยหลังจากได้รับคำอธิบายอย่างครบถ้วนรวมถึงความยินยอมโดยชัดแจ้งของผู้ป่วยต่อการส่งข้อมูลทางการแพทย์ส่วนบุคคลของผู้ป่วยไปยังผู้ให้คำปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพหรือบุคคลที่สามอื่น ๆ ที่เหมาะสม

(k) ลายมือชื่อของผู้ป่วย ผู้ปกครองของผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วย - ควรระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไว้ด้วย

(l) ลายมือชื่อของพยาน

5. โทรเวชกรรมในกรณีฉุกเฉิน (Emergency telemedicine)

ประเทศแอฟริกามีการกำหนดโทรเวชกรรมในกรณีฉุกเฉิน ไว้ในข้อ 4.8.3¹⁴⁵ ซึ่งกำหนดว่า

(a) การตัดสินใจโทรเวชกรรมในกรณีฉุกเฉินโดยแพทย์มักขึ้นอยู่กับข้อมูลผู้ป่วย

(b) ในกรณีฉุกเฉิน สุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่กำหนดเกี่ยวกับการรักษาและการส่งต่อให้ผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างละเอียด

(c) ผู้บริการด้านสุขภาพจะต้องให้คำแนะนำฉุกเฉินแก่ผู้ป่วย เมื่อการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม บ่งชี้ว่าให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลฉุกเฉินหรือศูนย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการรักษาผู้ป่วยทันที

(d) คำแนะนำในกรณีฉุกเฉินควรทำเป็นลายลักษณ์อักษรและเหมาะสมกับการให้บริการผ่านโทรเวชกรรม

¹⁴⁵ *ibid.* [4.8.3 Emergency telemedicine (a) Emergency telemedicine involves judgements by the healthcare practitioner often based on sub-optimal patient information. (b) In emergencies, the health and well-being of the patient are the determining factors with regard to stabilising the patient and having the patient referred for thorough medical care. (c) The practitioner must provide the patient with emergency instructions when the care provided by telemedicine indicates that a referral to an acute care or emergency facility is necessary for the immediate treatment of the patient. (d) The emergency instructions should be in writing and appropriate to the services being rendered via telemedicine.]

3.3.2 หลักความรับผิดชอบละเมิดของแพย์ตามกฎหมาย

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1910 ศาลฎีกาของแอฟริกาใต้ได้ให้ความสำคัญกับ "กฎหมายจารีตประเพณี (common law)" ที่ร่างกฎหมายจัดตั้งขึ้นตามกฎหมายของอังกฤษ แต่ไม่ได้รับการยอมรับในประเทศที่มีระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ เนื่องจากเหตุผลของความไม่พร้อมของคำพิพากษาที่จะมาใช้ในการตัดสิน และวรรณกรรมทางกฎหมายที่ยังเป็นภาษาแอฟริกาใต้ (Afrikaans) มากกว่าภาษาอังกฤษ ในการตัดสินคดีของศาลประเทศแอฟริกาใต้จึงเป็นระบบกฎหมายโรมัน – ดัตช์ (Roman-Dutch law) ไม่ใช่กฎหมายจารีตประเพณี (common law)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากฎหมายของแอฟริกาใต้ส่วนใหญ่จะมาจากกฎหมายของโรมัน – ดัตช์ แต่ก็ไม่ใช่ในการตัดสินของศาลประเทศแอฟริกาใต้จะไม่ใช้กฎหมายจารีตประเพณี¹⁴⁶

ตัวอย่างสำคัญที่ศาลของประเทศแอฟริกาใต้ใช้ในการในหลาย ๆ กรณีที่เกี่ยวกับกฎหมายลักษณะละเมิด (law of delict Roman-Dutch law's) อย่างเดียวกับกฎหมายจารีตประเพณีหรือที่เรียกว่ากฎหมายลักษณะละเมิด (Tort law)

ตามคำพิพากษาของศาลสูงของประเทศแอฟริกาใต้ ในคดี ROSE LILLIAN JUDD V NELSON MANDELA BAY MUNICIPALITY โดยองค์ประกอบของกฎหมายลักษณะละเมิด (Delict) มี 5 องค์ประกอบดังนี้¹⁴⁷

1. มีการกระทำหรือการงดเว้นการกระทำ (actus reus)
2. ซึ่งผิดกฎหมาย (wrongfulness)
3. กระทำการ โดยประมาทหรือจงใจ (culpa or fault)
4. ซึ่งเป็นผลก่อให้เกิดความเสียหาย (causation)
5. ได้รับความบาดเจ็บ การสูญเสียหรือความเสียหาย (harm)

¹⁴⁶ Peter B Kutner, Tort Cases in the South African Appellate Division: A Top Ten of the Eighties, p.311

¹⁴⁷ CASE NO. CA149/2010 [It is commonly recognized that an actionable wrong or delict has five elements or requirements, namely; (a) the commission or omission of an act (actus reus), (b) which is unlawful or wrongful (wrongfulness), (c) committed negligently or with a particular intent (culpa or fault) (d) which results in or causes the harm (causation) and (e) the suffering of injury, loss or damage (harm).]

เมื่อพิจารณาความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ ที่เกิดจากความประมาทเลินเล่อ (medical negligence) อยู่ในองค์ประกอบที่ 3 คือ (culpa) โดยทั่วไปแล้วความประมาทของแพทย์ การที่จะพิจารณาว่าประมาทเลินเล่อหรือไม่ ทางกฎหมายจะเปรียบเทียบกับบุคคล "ผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ สถานการณ์เดียวกัน" (reasonable expert in the same circumstances) กล่าวคือ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพในระดับเดียวกัน นั่นเอง

การทดสอบความประมาทเลินเล่อทางการแพทย์ (test for medical negligence) ได้ วินิจฉัยไว้ในคดีของ Mitchell v. Dixon¹⁴⁸ หัวหน้าผู้พิพากษาอินส์ได้ให้ข้อสังเกตไว้ว่า "ผู้ปฏิบัติงาน ด้านการแพทย์ไม่ควรถูกคาดหวังว่าจะต้องใช้ทักษะหรือการดูแลผู้ป่วยในระดับที่สูงที่สุด (highest possible degree of professional skill and care) แต่จะต้องใช้ทักษะและการดูแลอย่างสมเหตุสมผล และเขาจะต้องรับผิดชอบผลที่ตามมาหากเขาไม่กระทำ"

ในสาระสำคัญ "มาตรฐานของความประมาทเลินเล่อทางการแพทย์เป็นวิธีปฏิบัติที่ เป็นที่ยอมรับและเป็นที่ยอมรับของแพทย์หากสิ่งเหล่านี้ไม่สมเหตุสมผลและเป็นอันตราย"¹⁴⁹ การทดสอบความประมาทเลินเล่อของแพทย์นั้นเหมือนกันทั้งในคดีแพ่งและคดีอาญา¹⁵⁰ การปฏิบัติ ทางการแพทย์ได้รับผลกระทบจากบทบัญญัติทางกฎหมายหลายประการรวมถึงกฎหมายทั่วไปและ การกระทำของแพทย์ที่อาจส่งผลให้เกิดความรับผิดทางแพ่งหรือทางวินัย การไต่สวนอาจเกี่ยวข้องกับ การฝ่าฝืนกฎหมายอาญา ตัวอย่างสำคัญคือความประมาทเลินเล่อทางการแพทย์ที่ส่งผลให้ผู้ป่วย เสียชีวิตและจะเป็นความผิดทางอาญา มาตรฐานความระมัดระวังและทักษะในบริบทของความ ประมาทเลินเล่อทางการแพทย์ที่จำเป็นของแพทย์ทั่วไปนั้น จะต้องมีความแตกต่างจากมาตรฐาน ความระมัดระวังและทักษะที่จำเป็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพียงกล่าวว่าหากแพทย์เป็นแพทย์ทั่วไป การทดสอบนั้นเป็นแพทย์ทั่วไปที่สมเหตุสมผล หากแพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญการทดสอบนั้นเป็น แพทย์ที่มีเหตุผลโดยอ้างอิงจากสาขาเฉพาะของแพทย์เฉพาะทาง¹⁵¹

¹⁴⁸ 1914 AD 519.

¹⁴⁹ L. C. Coetzee & Pieter Carstens, Medical Malpractice and Compensation in South Africa, 86 Chi.-Kent L. Rev.1263 (2011). p.1282.

¹⁵⁰ *Ibid.* p.1284.

¹⁵¹ *Ibid.* p.1284.

3.4 ประเทศไทย

3.4.1 ความรับผิดชอบละเมิดของแพทย์จากการกระทำผิดของตนเอง (มาตรา 420)

เมื่อผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษากับแพทย์ ผู้ป่วยทุกคนย่อมต้องการที่จะได้รับการรักษาที่ดีเป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพ หากว่าแพทย์ให้การรักษาระดับที่ต่ำกว่ามาตรฐานแล้ว ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย ผู้ป่วยก็ต้องรับรับค่าสินไหมทดแทนอันเกิดจากความเสียหาย แต่ถ้าในขณะเดียวกันแพทย์ได้ทำการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานทางวิชาชีพแล้ว แม้จะเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นแพทย์ผู้ทำการรักษาก็ย่อมต้องได้รับความคุ้มครองเช่นเดียวกันหาจำต้องชดเชยค่าเสียหายให้แก่ผู้ป่วย

ส่วนประเทศไทยมีผู้ให้คำนิยามไว้หลายท่าน ดังนี้ บุตร ประดิษฐวิช ให้ความหมายคำว่า “ทุรเวชปฏิบัติ”¹⁵² เป็นคำที่แปลมาจากคำว่า “Medical Malpractice” ตามคำอธิบายในปทานุกรมศัพท์นิติเวชของสมาคมนิติเวชกรรณดอนได้อธิบายไว้ว่า “การขาดทักษะที่ควรพึงมีอย่างสมเหตุผลตามสมควรในฐานะเป็นแพทย์และขาดการเอาใจดูแลคนไข้จนทำให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพหรือชีวิตของคนไข้”

อภิวรรณ อินสร ได้ให้ความหมายว่า ทุรเวชปฏิบัติ¹⁵³ หมายถึง พฤติกรรมที่แพทย์ได้กระทำการตรวจรักษาผู้ป่วย ซึ่งอาจเนื่องมาจาก (1) ความประมาทเลินเล่อที่ดี หรือ (2) การขาดจริยธรรมโดยจงใจให้การบำบัดรักษาในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ดี หรือ (3) การมุ่งแสวงหาผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจจนละเลยต่อภาระหน้าที่หลักของแพทย์ที่ดี หรือ (4) บุคลากรทางการแพทย์ด้อยประสิทธิภาพ และขาดความรู้ทางวิชาการในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยที่ดี ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ย่อมนำมาสู่ผลการรักษาที่ไม่พึงปรารถนาแก่ผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยต้องเสียชีวิต หรือต้องพิการหรือเสียโฉมตลอดชีวิต หรือต้องสิ้นเปลืองเงินทอง หรือต้องใช้เวลายาวนานเกินความจำเป็นแก่การรักษา สิ่งเหล่านั้นถือเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่ก่อให้เกิดความเสียหายผิดไปจากบรรทัดฐานที่แพทย์โดยทั่วไปในลักษณะวิญญูชนพึงยึดถือปฏิบัติกัน ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ยอมรับไม่ได้ และก่อให้เกิดการต่อต้าน หรือเห็นด้วยในการลงโทษแก่แพทย์ผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าว

¹⁵² บุตร ประดิษฐวิช, แพทย์ วิชาชีพหรือการก้าว, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2532), น. 169.

¹⁵³ อภิวรรณ อินสร, “กระบวนการยุติธรรมเกี่ยวกับคดีทุรเวชปฏิบัติในประเทศไทย : กรณีศึกษาเฉพาะการดำเนินคดีแพ่ง,” (คุชฉินินพนธ์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545)

เมื่อพิจารณาความหมายของคำว่า ทุรเวชปฏิบัติแล้ว เป็นการที่แพทย์กระทำโดยความประมาทเลินเล่อที่ดี ให้การรักษาในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมซึ่งประเทศไทยไม่กฎหมายความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์ไว้โดยเฉพาะ จึงต้องพิจารณากฎหมายในเรื่องละเมิดซึ่งเป็นหลักทั่วไป ตามมาตรา 420 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

มาตรา 420 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บัญญัติว่า “ผู้ใดจงใจหรือ ประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่น โดยผิดกฎหมาย ให้เขาเสียหายถึงชีวิตก็ดี ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น” จะเห็นได้ว่า บทบัญญัติมาตรานี้เป็นแม่บท เป็นบทบัญญัติว่าด้วยความรับผิดชอบของบุคคลในการกระทำของตนเอง ซึ่งหมายความว่า บุคคลต้องรับผิดชอบจะต้องกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ บุคคลใดที่กระทำการเข้าหลักเกณฑ์ตามมาตรา 420 นี้ กฎหมายถือว่า กระทำละเมิด¹⁵⁴ ตามมาตรา 420 แยกพิจารณาหลักเกณฑ์แห่งการกระทำละเมิด ดังนี้ คือ

1. ผู้ใด
2. การกระทำ
3. โดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ
4. โดยผิดกฎหมาย
5. มีความเสียหายแก่บุคคลอื่น
6. ความเสียหายนั้นเป็นผลจากการกระทำของผู้ทำความเสียหาย¹⁵⁵

1. ความหมายคำว่า “ผู้ใด”

คำว่า “ผู้ใด” ในมาตรา 420 หมายถึง ผู้ซึ่งกระทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น ในกรณีนี้ย่อมหมายความรวมถึงบุคคลธรรมดาและนิติบุคคล¹⁵⁶ กล่าวคือ บุคคลทุกชนิดไม่ว่าบุคคลที่บรรลุนิติภาวะและหรือผู้เยาว์ บุคคลวิกลจริต¹⁵⁷ นอกจากนี้คำว่า “ผู้ใด” อาจหมายความรวมถึงบุคคลที่ต้องรับผิดชอบในการกระทำของบุคคลอื่น หรือความเสียหายที่เกิดจากทรัพย์หรือ

¹⁵⁴ ไพจิตร ปุญญพันธุ์, คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะละเมิด, พิมพ์ครั้งที่ 14 (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์นิติบรรณการ, 2557), น. 5.

¹⁵⁵ เพ็งอ้อ, น. 5-6.

¹⁵⁶ วารี นาสกุล, คำอธิบายกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะละเมิด จัดการงานนอกสั่ง และลาภมิควรได้, พิมพ์ครั้งที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : บริษัท กรุงสยาม พับลิชชิ่ง จำกัด, 2557), น.23.

¹⁵⁷ ไพจิตร ปุญญพันธุ์, อ้อแล้ว เจริญรดี 154, น.6.

สิ่งของด้วย ถ้าหากบุคคลที่ต้องรับผิดชอบนั้นมีการกระทำด้วย¹⁵⁸ ในส่วนของนิติบุคคลเนื่องจากนิติบุคคลก็เป็นคนเหมือนกันแม้เป็นคนที่กฎหมายสมมติขึ้น นิติบุคคลก็อาจก่อความเสียหายให้กับคนอื่นด้วยการทำละเมิดได้ แต่ละเมิดของนิติบุคคลเกิดโดยการกระทำของผู้แทน ถ้าผู้แทนทำละเมิดภายในกรอบวัตถุประสงค์จึงเปรียบเสมือนนิติบุคคลทำเอง¹⁵⁹

2. การกระทำ

การนึกคิดไม่ใช่การกระทำตามกฎหมาย แต่การกระทำตามกฎหมายนั้นหมายถึง การเคลื่อนไหวในอิริยาบถ โดยรู้สำนึกในการเคลื่อนไหวนั้น และผู้กระทำสามารถบังคับการเคลื่อนไหวได้ด้วย ถ้าหากเป็นการเคลื่อนไหวที่ไม่รู้สำนึกแล้ว ก็ไม่ถือว่าเป็นการกระทำ¹⁶⁰ โดยหลักการการงดเว้นนั้นไม่ถือว่าเป็น “การกระทำ” เว้นแต่ว่า การงดเว้นนั้นเขามีหน้าที่ที่จะต้องกระทำเพื่อไม่ให้ความเสียหายเกิดหรือไม่เป็นสำคัญ¹⁶¹ ในคำรากกฎหมายไทยเห็นว่า สำหรับหน้าที่ที่ต้องกระทำอันการงดเว้นจะถือว่าเป็นการกระทำละเมิดนั้นอาจเกิดจาก¹⁶²

(1) หน้าที่ตามกฎหมาย กล่าวคือ มีกฎหมายกำหนดหน้าที่ให้บุคคลนั้นต้องกระทำ ตัวอย่างเช่น บิดามารดามีหน้าที่ต้องเลี้ยงดูบุตรผู้เยาว์ หากบิดามารดาไม่เลี้ยงดูให้อาหารจนบุตรผู้เยาว์ตายเพราะอดอาหาร เช่นนี้ถือว่า การไม่กระทำหรือการงดเว้นของบิดามารดาเป็นการงดเว้นในกรณีที่มีหน้าที่ตามกฎหมายแล้ว

(2) หน้าที่ตามคำสั่งหรือระเบียบ กล่าวคือ มีคำสั่งของผู้บังคับบัญชา หรือมีระเบียบกำหนดหน้าที่ให้บุคคลนั้นต้องกระทำ

(3) หน้าที่ตามสัญญา กล่าวคือ หน้าที่ที่จะต้องกระทำมาจากนิติสัมพันธ์หรือความผูกพันทางกฎหมายที่เกิดจากสัญญา

(4) หน้าที่ตามความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดขึ้นหรือหน้าที่ตามความสัมพันธ์ที่เกิดจากการกระทำครั้งก่อนของตน หมายความว่า แต่เดิมไม่มีหน้าที่อะไร แต่ตนได้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งโดยพฤติการณ์ก่อให้เกิดหน้าที่ขึ้นซึ่งเมื่อได้ก่อให้เกิดหน้าที่แล้วจะต้องจัดการต่อไปให้สำเร็จลุล่วง เป็นหน้าที่ของผู้ก่อหน้าที่หรือความสัมพันธ์นั้นที่จะทิ้งค้างไว้ไม่ได้ จำต้องกระทำ

¹⁵⁸ พึ่งอ้าง, น.6.

¹⁵⁹ ศนันท์กรณ โสคติพันธุ์, คำอธิบายกฎหมายลักษณะละเมิด จัดการงานนอกสั่ง ลากมิกควร ได้, พิมพ์ครั้งที่ 8 (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2561), น.66-67.

¹⁶⁰ ไพจิตร ปุญญพันธ์, อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 154, น.6-7.

¹⁶¹ ศนันท์กรณ โสคติพันธุ์, อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 159, น. 68.

¹⁶² จิตติ ดิงศกัทธิย์, ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 2 มาตรา 354 ถึง 452 ว่าด้วยมูลแห่งหนี้, พิมพ์ครั้งที่ 5 แก้ไขเพิ่มเติม, (กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, 2526), น. 185.

ต่อไปให้ตลอด เช่น ช่วยจูงคนตาบอดข้ามถนนแล้วปล่อยถึงไว้กลางถนน หากคนตาบอดได้รับบาดเจ็บบุคคลนั้นย่อมมีความรับผิดชอบ¹⁶³

(5) หน้าที่ตามวิชาชีพ กล่าวคือ หน้าที่ที่จะต้องกระทำมาจากการประกอบวิชาชีพ ในกรณีหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องให้รักษาผู้ป่วยเริ่มขึ้นนับแต่ผู้ป่วยเข้ามาในห้องตรวจโรคแล้ว แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เริ่มตรวจรักษา นับแต่นั้นเกิดนิติสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยขึ้นแล้ว ซึ่งจะก่อสิทธิและหน้าที่ระหว่างกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการตรวจรักษาและมีหน้าที่จ่ายค่าตอบแทน ส่วนบุคลากรทางการแพทย์มีสิทธิได้รับค่าตอบแทนตามควรค่าแห่งวิชาชีพและมีหน้าที่ตรวจรักษาผู้ป่วย นิติสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนี้ ก่อให้เกิดหน้าที่ของแพทย์ที่สำคัญ 4 ประการ คือ¹⁶⁴

(ก) หน้าที่แจ้งข้อมูลทางการแพทย์เพื่อได้รับความยินยอมจากการรักษาจากผู้ป่วย

(ข) หน้าที่ตรวจวินิจฉัยอย่างได้มาตรฐาน

(ค) หน้าที่รักษาพยาบาลอย่างได้มาตรฐาน

(ง) หน้าที่รักษาความลับผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาหน้าที่แจ้งข้อมูลทางการแพทย์เพื่อได้รับความยินยอมจากการรักษา ได้มีการบัญญัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดรับรองสิทธิการให้ความยินยอมในการของผู้ป่วยไว้ ซึ่งแพทย์ผู้ให้การรักษจะต้องแจ้งผู้ป่วยถึงผลของการรักษาในแต่ละวิธีและผู้ป่วยมีสิทธิที่จะให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการรักษาที่แพทย์เสนอมาได้เสมอ อย่างไรก็ตาม กฎหมายมิได้กำหนดลักษณะของการให้ความยินยอมไว้ แต่มีคำพิพากษาฎีกาวางบรรทัดฐานที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของการให้ความยินยอมในทางการแพทย์ที่ชัดเจน

คำพิพากษาฎีกาที่ 9042/2560¹⁶⁵ ได้วินิจฉัยว่า การที่โจทก์ที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ขอรับการตรวจรักษาพยาบาลจากจำเลยทั้งสามยอมมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากจำเลยทั้งสามซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน หากจำเลยที่ 3 ไม่สามารถมองเห็นความผิดปกติหรือความพิการของทารกในครรภ์ ก็มีหน้าที่ต้องแจ้งผลการตรวจ

¹⁶³ วารี นาสกุล, *อ้างแล้ว* *เชิงอรรถที่ 156*, น. 31.

¹⁶⁴ นายแพทย์วิฑูรย์ ตริสุนทรรัตน์ และนายธรรม สุธธิบติ, *กฎหมายการแพทย์ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว Informed Consent*, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ นิติธรรม, 2561), น.15.

¹⁶⁵ คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 9042/2560, <http://deka.supremecourt.or.th/search>

ให้โจทก์ที่ 1 ทราบด้วยว่า ยังไม่สามารถตรวจพบความพิการในส่วนแขนและขาของทารกได้ เพราะยังมองเห็นไม่ครบถ้วนและควรที่จะทำการตรวจซ้ำให้ได้ความแน่ชัดว่าทารกในครรภ์มีสภาพร่างกายสมบูรณ์หรือไม่ การที่จำเลยที่ 3 อ้างว่าทารกในครรภ์มีสภาพร่างกายสมบูรณ์หรือไม่พบความผิดปกติแต่อย่างใด ทั้ง ๆ ที่สภาพร่างกายทารกมีความพิการรุนแรงนั้น ย่อมทำให้โจทก์ที่ 1 เข้าใจผิดและคาดหวังว่าทารกในครรภ์มีสภาพร่างกายปกติเช่นคนทั่วไป จึงมิได้ขอให้มีการตรวจวินิจฉัยครรภ์ซ้ำอีก ย่อมทำให้โจทก์ที่ 1 เสียโอกาสในการตัดสินใจว่าจะหาทางแก้ไข เยียวยา หรือ ดำเนินการเกี่ยวกับ โจทก์ที่ 2 และหากโจทก์ที่ 1 ทราบข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนจากจำเลยที่ 3 เสียตั้งแต่แรก และทราบว่าความพิการของทารกไม่อาจแก้ไขได้ดังที่จำเลยทั้งสามนำสืบ โจทก์ที่ 1 ก็ย่อมมีโอกาเตรียมใจยอมรับกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นก่อนการคลอดโจทก์ที่ 2 อันจะเกิดผลดีแก่สภาพจิตใจของโจทก์ที่ 1 มากกว่าที่จะรู้ถึงความพิการของโจทก์ที่ 2 โดยกะทันหันอันเป็นเหตุให้เกิดความกระทบกระเทือนต่อสภาพจิตใจโจทก์ที่ 1 อย่างรุนแรง การที่จำเลยที่ 2 และที่ 3 ร่วมกันตรวจวินิจฉัยการตั้งครรภ์ของโจทก์ที่ 1 ไม่พบความพิการของโจทก์ที่ 2 และไม่ได้แจ้งให้โจทก์ที่ 1 ทราบข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนด้วยภาษาที่โจทก์ที่ 1 จะเข้าใจได้ จึงเป็นการกระทำโดยประมาทเลินเล่ออันเป็นการละเมิดทำให้โจทก์ที่ 1 ได้รับความเสียหายทางด้านจิตใจ อันเป็นความเสียหายแก่นามมัย

3. โดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ

คำว่า “จงใจ” หมายถึง รู้สำนึกถึงผลหรือความเสียหายที่จะเกิดจากการกระทำของตน ถ้ารู้ว่าเกิดผลหรือความเสียหายแก่เขาแล้วก็เป็นจงใจ¹⁶⁶ ซึ่งไม่จำเป็นต้องรู้จักต้องรู้จักตัวผู้ที่ได้รับความเสียหายก็ตาม¹⁶⁷

เมื่อเปรียบเทียบการจงใจกับเจตนาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 มีความแตกต่างกัน แม้การกระทำโดยเจตนาทางอาญาจะเป็นการกระทำโดยจงใจทางแพ่งด้วยไปในตัว แต่ผู้กระทำจะต้องประสงค์ต่อผลหรือยอมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้นด้วย (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 วรรคสอง) แต่จงใจไม่ได้มุ่งต่อผลของการกระทำ¹⁶⁸

¹⁶⁶ จิตติ ดิงศกัทธิย์, คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์บรรพ 2 มาตรา 354 ถึงมาตรา 452 ว่าด้วยมูลเหตุแห่งหนี้, พิมพ์ครั้งที่ 4 (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523), น. 470.

¹⁶⁷ เพิ่งอ้าง, น.470.

¹⁶⁸ ไพจิตร บุญญพันธุ์, อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 154, น.8.

ส่วนคำว่า “ประมาทเลินเล่อ” หมายถึง ไม่ตั้งใจ แต่ ไม่ใช้ความระมัดระวัง ตามสมควรที่จะใช้ รวมถึงในลักษณะที่บุคคลผู้มีความระมัดระวังจะไม่กระทำด้วยความระมัดระวัง ที่ว่านี้ต่างกับความระมัดระวังในความรับผิดชอบทางสัญญาซึ่งกฎหมายวางระดับโดยทั่วไปไว้ใน ระดับของวิญญูชน ปรากฏในมาตรา 323 มาตรา 473 มาตรา 553 มาตรา 659 วรรคสอง มาตรา 802 มาตรา 1421 เป็นต้น เว้นแต่บางกรณีที่ถูกกฎหมายบัญญัติให้ใช้ความระมัดระวังยิ่งหรือหย่อนกว่านั้น ตามมาตรา 659 วรรคแรกและวรรคสาม คืออาจไม่ถึงระดับความระมัดระวังอย่างวิญญูชนหรือ เหนือกว่าก็ได้¹⁶⁹

แต่ความรับผิดชอบละเมิดนั้น ระดับความระมัดระวังที่จะสมมติขึ้นเปรียบเทียบ เป็นมาตรฐานเพื่อวินิจฉัยความรับผิดชอบของผู้กระทำความเสียหายนั้น แตกต่างจากความรับผิด ทางสัญญา โดยต้องเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีความระมัดระวังตามพฤติการณ์และตามฐานะ ในสังคมเช่นเดียวกับผู้กระทำความเสียหาย ความระมัดระวังจึงอาจแตกต่างกันไปตามพฤติการณ์ แห่งตัวบุคคล ไม่แน่นอนคงที่เหมือนกรณีความรับผิดทางสัญญา เช่น ความระมัดระวังของผู้เยาว์ อาจหย่อนกว่าความระมัดระวังของบุคคลผู้บรรลุนิติภาวะแล้วก็ได้ หรืออาจยิ่งกว่าบุคคลธรรมดา เช่น ในกรณีที่ต้องใช้ฝีมือความชำนาญบางอย่างก็ได้¹⁷⁰

บุคคลที่สมมติขึ้นเป็นมาตรฐานเปรียบเทียบในความรับผิดทางละเมิดนั้น คือ บุคคลที่มีสภาพร่างกายอย่างเดียวกับผู้กระทำความเสียหาย เพศ และวัยของบุคคลก็ต้องนำมา พิจารณาประกอบด้วย แต่มีสติปัญญาความสามารถทางจิตใจเป็นปกติสำหรับบุคคลในสภาพทาง ร่างกายเช่นนั้น บุคคลที่สมมุตินี้ต้องอยู่ในพฤติการณ์ภายนอกเช่นเดียวกับผู้กระทำความเสียหาย ด้วย นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงพฤติการณ์แวดล้อมในขณะที่เกิดเหตุประกอบด้วย¹⁷¹ การรู้สำนึกถึงผลเสียหายในกรณีจงใจ หรือการไม่ใช้ความระมัดระวังตามสมควรในกรณีประมาทเลินเล่อก็ดี ไม่เกี่ยวกับความสามารถ หรือไม่สามรถรู้ผิดชอบ หรือบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน เพราะถ้าผู้กระทำรู้ว่าได้กระทำอะไรลงไป เพียงแต่ไม่รู้ผิดชอบหรือไม่สามารถ บังคับ หรือยับยั้งตนเองได้ อาจเป็นการจงใจหรือประมาทเลินเล่อได้¹⁷²

¹⁶⁹ จิตติ ดิงศกัทธิ์, *อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 166*, น.473.

¹⁷⁰ *เพ็งอ้าง*, น.474.

¹⁷¹ *เพ็งอ้าง*, น.474-475.

¹⁷² *เพ็งอ้าง*, น.550.

เมื่อพิจารณา คำว่า “ประมาทเลินเล่อ” จากการกระทำของแพทย์ว่าต้องมี ความรับผิดชอบละเมิดหรือไม่ นอกจากจะพิจารณาว่าแพทย์ไม่ได้กระทำโดยจงใจแล้ว ต้องดูต่อไป ว่าการกระทำของแพทย์ได้ขาดความระมัดระวัง ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพที่อยู่ในภาวะเช่นนั้น จักต้องมี ตามวิสัย และพฤติการณ์ ในลักษณะเดียวกับคำว่า “กระทำโดยประมาท” ตามประมวลกฎหมาย อาญา มาตรา 59 วรรคสี่ ซึ่งประเด็นที่จะต้องพิจารณา ดังนี้

(1) ระดับความระมัดระวัง หมายถึง ความระมัดระวังที่สมมุติขึ้นใช้เป็น มาตรฐาน สำหรับเปรียบเทียบเพื่อวินิจฉัยความรับผิดชอบของผู้กระทำความเสียหายนั้น ต้อง เปรียบเทียบกับบุคคลที่มีความระมัดระวังตามพฤติการณ์ และตามฐานะในสังคมเช่นเดียวกับ ผู้กระทำความเสียหาย¹⁷³

ระดับความระมัดระวังของแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจึงต้องใช้ ระดับความระมัดระวัง โดยพิจารณาจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถโดยเฉลี่ย แล้วจะใช้ความระมัดระวังเพียงใด และขณะเดียวกันต้องพิจารณาประกอบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยองค์กรวิชาชีพด้วย¹⁷⁴

(2) วิสัย หมายถึง สภาพที่เกี่ยวกับตัวผู้กระทำ เช่น การเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ เป็น หญิงหรือเป็นชาย ตาบอดหูหนวกหรือพิการ¹⁷⁵ วิสัย แยกได้เป็น 2 ข้อ คือ

(ก) วิสัยของคนธรรมดาสามัญ ต้องพิจารณาจาก อายุ เพศ การศึกษา ความชัดเจนแห่งชีวิต ฯลฯ เช่น เด็กย่อมระมัดระวังอย่างเด็กจะเฝ้ารอบคอบขนาดผู้ใหญ่ไม่ได้ เป็นต้น

(ข) วิสัยของบุคคลผู้มีวิชาชีพ หมายถึง บุคคลผู้มีวิชาชีพจะต้องมีความ ระมัดระวังตามวิสัยของผู้มีวิชาชีพนั้น เช่น แพทย์ต้องมีความระมัดระวังแบบแพทย์ ซึ่งต้องใช้ความ ระมัดระวังมากกว่าบุคคลธรรมดา ฉะนั้นถ้าเด็กตายเพราะให้ยาเกินขนาดแพทย์ต้องรับผิดชอบ¹⁷⁶

¹⁷³ ประจักษ์ พุทธิสมบัติ, ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะละเมิดและจัดการงานนอกสั่ง (ฉบับปรับปรุงแก้ไข), (กรุงเทพมหานคร : ศรีสมบัติการพิมพ์, 2538), น. 34-35.

¹⁷⁴ เอื้อน ขุนแก้ว, ความรับผิดชอบทางการแพทย์, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท กรุงสยาม พับลิชชิ่ง จำกัด, 2559), น.11.

¹⁷⁵ ประจักษ์ พุทธิสมบัติ, อ้างแล้ว เชนอรรถที่ 173, น.36.

¹⁷⁶ วารี นาสกุล, คำอธิบายกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะละเมิด จัดการงานนอกสั่ง และลาภมิควรได้, (กรุงเทพมหานคร : หจก.จิรัชการพิมพ์, 2553), น. 33.

ตัวอย่างคำพิพากษาของศาลฎีกา ที่ได้วินิจฉัยในเรื่องวิสัยของแพทย์

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 9042/2560¹⁷⁷ เห็นว่า แม้จำเลยทั้งสามมีนายแพทย์ คำรง และแพทย์หญิงจิราพรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีวินิจฉัยเป็นพยานเบิกความสนับสนุนคำเบิกความของจำเลยที่ 3 ว่า จำเลยที่ 3 ทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยครบกั้โรคที่ 1 ตรงตามเกณฑ์มาตรฐานของการตรวจคัดกรองระยะครบกั้โรค 17 ถึง 18 สัปดาห์ก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาจากบันทึก รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทยสภา ซึ่งระบุว่า "การตรวจอัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อหาความผิดปกติของทารกในครรภ์สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ตามมาตรฐานที่สมาคมอัลตราซาวด์ทางการแพทย์ (ไทย) ให้ความเห็น โดยอ้างอิงมาตรฐานที่ใช้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว และการตรวจระดับ 1 เป็นการตรวจคัดกรองอย่างง่ายโดยแพทย์ที่มีความรู้ทางอัลตราซาวด์ทั่วไปสามารถตรวจได้ กล่าวคือ คูณวนทารก การมีชีวิตของทารก การประมาณอายุครรภ์ ปริมาณน้ำคร่ำ ส่วนนำของทารก ตำแหน่งทารก และความพิการบางอย่างที่สามารถเห็นได้ง่าย" ซึ่งแสดงว่าการตรวจระดับ 1 ได้ตรวจเพียงเพื่อให้ทราบถึงการมีชีวิตของทารกเท่านั้น แต่ต้องการตรวจเพื่อให้ทราบถึงความพิการบางอย่างของทารกที่สามารถเห็นได้ง่ายด้วย ประกอบตามใบรายงานผลการตรวจครบกั้โรค ระบุว่า จำเลยที่ 3 ให้ความเห็นในการตรวจว่า "ทารกมีชีวิต เพศชาย บุตรในครรภ์ 1 คน รกอยู่ด้านหลังของมดลูก ปริมาณน้ำคร่ำปกติ ลักษณะลำตัว ดับ กระเพาะอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะ ลำคอ และกระดูกสันหลังของทารกปกติ ความหนาของผนังคอ 2 และ 2.3 มิลลิเมตร ตรงกับอายุครรภ์ 17.8 สัปดาห์ เส้นรอบท้องยาว 122.8 มิลลิเมตร ตรงกับอายุครรภ์ 18 สัปดาห์ ความยาวของกระดูกสันขา 21 มิลลิเมตร ตรงกับอายุครรภ์ 16.3 สัปดาห์ การเต้นของหัวใจและการเคลื่อนไหวของทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ" ย่อมแสดงให้เห็นว่า ในการตรวจอัลตราซาวด์สามารถเห็นอวัยวะส่วนต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกร่างกายของทารกในครรภ์ได้ ประกอบกับจำเลยที่ 3 เบิกความตอบ ทนายโจทก์ทั้งสองถามค้านว่า อวัยวะต่าง ๆ ของทารก 17 สัปดาห์ น่าจะมีครบทุกส่วนแล้ว และอวัยวะเพศชายของทารกซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับแขนหรือขา โดยปกติย่อมมีขนาดเล็กกว่ามาก จำเลยที่ 3 ก็ยังสามารถพบเห็นได้ แขนและขาทั้งสองข้างของทารกจึงเป็นอวัยวะส่วนที่สามารถตรวจและพบเห็นได้ง่าย หากจำเลยที่ 3 ได้ใช้ความระมัดระวังให้เพียงพอตามวิสัยของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจครบกั้โรคที่ 1 ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ก็เชื่อว่าจะพบความพิการรุนแรงส่วนแขนและขาของโจทก์ที่ 2 ได้ ในขณะที่ยังเป็นทารกในครรภ์ของโจทก์ที่ 1 นอกจากนั้น โจทก์ที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ขอรับการตรวจรักษาพยาบาลจากจำเลยทั้งสามย่อมมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากจำเลยทั้งสามซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือก

¹⁷⁷ คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 9042/2560, อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 166.

ตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน หากจำเลยที่ 3 ไม่สามารถมองเห็นความผิดปกติหรือความพิการของทารกในครรภ์ ก็มีหน้าที่ต้องแจ้งผลการตรวจให้โจทก์ที่ 1 ทราบด้วยว่า ยังไม่สามารถตรวจพบความพิการในส่วนแขนและขาของทารกได้ เพราะยังมองเห็น ไม่ครบถ้วนและควรที่จะทำการตรวจซ้ำให้ได้ความแน่ชัดว่าทารกในครรภ์มีสภาพร่างกายสมบูรณ์หรือไม่ การที่จำเลยที่ 3 แจ้งว่าทารกในครรภ์มีสภาพร่างกายสมบูรณ์หรือไม่พบความผิดปกติแต่อย่างใด ทั้ง ๆ ที่สภาพร่างกายทารกมีความพิการรุนแรงนั้น ย่อมทำให้โจทก์ที่ 1 เข้าใจผิดและคาดหวังว่าทารกในครรภ์มีสภาพร่างกายปกติเช่นคนทั่วไป จึงมิได้ขอให้มีการตรวจวินิจฉัยครรภ์ซ้ำอีก ย่อมทำให้โจทก์ที่ 1 เสียโอกาสในการตัดสินใจว่าจะหาทางแก้ไข เยียวยา หรือดำเนินการเกี่ยวกับโจทก์ที่ 2 และหากโจทก์ที่ 1 ทราบข้อมูลที่ต้องครบถ้วนจากจำเลยที่ 3 เสียตั้งแต่แรก และทราบว่าความพิการของทารกไม่อาจแก้ไขได้ตั้งที่จำเลยทั้งสามนำสืบ โจทก์ที่ 1 ก็ย่อมมีโอกาสเตรียมใจยอมรับกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นก่อนการคลอดโจทก์ที่ 2 อันจะเกิดผลดีแก่สภาพจิตใจของโจทก์ที่ 1 มากกว่าที่จะรู้ถึงความพิการของโจทก์ที่ 2 โดยกะทันหันอันเป็นเหตุให้เกิดความกระทบกระเทือนต่อสภาพจิตใจโจทก์ที่ 1 อย่างรุนแรง การที่จำเลยที่ 2 และที่ 3 ร่วมกันตรวจวินิจฉัยการตั้งครรภ์ของโจทก์ที่ 1 ไม่พบความพิการของโจทก์ที่ 2 และไม่ได้แจ้งให้โจทก์ที่ 1 ทราบข้อมูลที่ต้องครบถ้วนด้วยภาษาที่โจทก์ที่ 1 จะเข้าใจได้ จึงเป็นการกระทำโดยประมาทเลินเล่ออันเป็นการละเมิดทำให้โจทก์ที่ 1 ได้รับความเสียหายทางด้านจิตใจ อันเป็นความเสียหายแก่อนามัย

(ค) พฤติการณ์ หมายถึง เหตุภายนอก เช่น จำเลยขับรถชนผู้อื่น ถ้าพิจารณาเกี่ยวกับตัวจำเลยเป็นการพิจารณาเรื่องวิสัย แต่เมื่อพิจารณาเหตุภายนอก เป็นการพิจารณาเรื่องพฤติการณ์อันเกิดจากลัทธิใช้ยางมีดอกสมบูรณ์หรือไม่สมบูรณ์แล้วทำให้ห้ามล้อรถแล้วเลื่อนไปชนผู้อื่น¹⁷⁸

ในการที่แพทย์ให้การรักษาสู้ป่วยกรณีพฤติการณ์ฉุกเฉินต้องนำมาประกอบในการพิจารณาความระมัดระวัง กรณีฉุกเฉินไม่อาจนำมาเป็นข้อแก้ตัวว่าไม่อาจใช้ความระมัดระวังได้ทุกกรณี หลักจึงอยู่ที่ว่าแพทย์ในระดับเดียวกันเข้าปฏิบัติกันอย่างไรถ้าในพฤติการณ์ฉุกเฉินเช่นนั้น

¹⁷⁸ ประจักษ์ พุทธิสมบัติ, อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 173, น.37.

4. โดยผิดกฎหมาย

คำว่า “ผิดกฎหมาย” มิได้หมายความว่า การที่มีได้ทำตามแบบที่กฎหมายกำหนดไว้ หรือทำการฝ่าฝืนบทบัญญัติของกฎหมายเท่านั้น แต่คำว่าผิดกฎหมายที่จะเป็นละเมิดได้นั้น ยังหมายถึงเป็นการกระทำที่ล่วงสิทธิของผู้อื่นที่มีอยู่ตามกฎหมาย¹⁷⁹ “โดยผิดกฎหมาย” ถ้ามีกฎหมายบัญญัติไว้โดยชัดแจ้ง หรือมีกฎหมายอาญาบัญญัติว่า การกระทำอันใดเป็นความผิดก็ย่อมเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายอย่างไม่มีปัญหา แต่ความรับผิดทางละเมิดไม่จำเป็นต้องมีกฎหมายบัญญัติโดยชัดแจ้งว่าการกระทำอันใดถือว่าเป็นการกระทำผิดกฎหมายดังเช่นประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 2 โดยหลักความรับผิดทางละเมิดเกิดจากการผิดหน้าที่ (breach of a duty) ซึ่งกฎหมายกำหนดไว้เป็นเบื้องต้น¹⁸⁰

5. มีความเสียหายแก่บุคคลอื่น

แม้จะมีการกระทำโดยผิดกฎหมายก็มิได้หมายความว่ามีความเสียหายเกิดขึ้นเสมอไป เมื่อความเสียหายยังไม่เกิดขึ้นก็ยังไม่เป็นการละเมิด จะเป็นการละเมิดก็ต่อเมื่อการที่ได้กระทำลงนั้นมีผลให้เกิดความเสียหาย¹⁸¹ และที่ว่าเกิดความเสียหายขึ้นนั้นต้องเกิดขึ้นจริง ๆ คือ ความเสียหายมีอยู่ หรือได้มีอยู่แล้วขณะที่ฟ้องร้องให้รับผิดชอบนั้น ไม่เพียงแต่น่าจะเป็นอันตราย หรือน่าจะเกิด น่าเสียหาย อย่างเช่นกฎหมายอาญาบางลักษณะความผิดเท่านั้น กล่าวคือ เพียงแต่คาดหมายว่าจะเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นไม่ถือว่าเป็นความเสียหายตามมาตรา 420¹⁸²

มาตรา 420 ที่บัญญัติว่า “...ทำต่อบุคคลอื่นให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี...” ฉะนั้น ความเสียหายถึงแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ย่อมหมายความว่าความเสียหายแก่สิทธิของบุคคลทั้งสิ้น เพราะบุคคลย่อมมีสิทธิในชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ และทรัพย์สิน สิ่งเหล่านี้จึงอยู่ในความหมายของคำว่าสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 420 อยู่แล้วนั่นเอง¹⁸³ ดังนั้น ที่ว่า “ทำต่อบุคคล” นั้น ก็หมายความว่า ทำต่อสิทธิของบุคคล¹⁸⁴

¹⁷⁹ วารี นาสกุล, *อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 156*, น.47.

¹⁸⁰ ไพจิตร ปุญญพันธุ์, *อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 154*, น.15.

¹⁸¹ *เพ็งฮ้าง*, น.29.

¹⁸² *เพ็งฮ้าง*, น.29.

¹⁸³ *เพ็งฮ้าง*, น.31.

¹⁸⁴ คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 386/2509, <http://deka.supremecourt.or.th/search>

เมื่อกล่าวถึง “สิทธิของบุคคลอื่น” ตามมาตรา 420 ย่อมหมายถึง ผู้ทรงสิทธิ ส่วนผู้ที่กระทำความความเสียหายอันเป็นการล่วงละเมิดสิทธินั้นก็คือ ผู้มีหน้าที่ ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพทรัพย์สิน ย่อมเป็นวัตถุแห่งสิทธิทั้งสิ้น ตามคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 124/2487 วินิจฉัยว่า “สิทธิ” ได้แก่ประโยชน์อันบุคคลมีอยู่ แต่ประโยชน์เป็นสิทธิหรือไม่ก็ต้องแล้วแต่ว่าบุคคลอื่นมีหน้าที่ต้องเคารพหรือไม่¹⁸⁵ ถ้าบุคคลอื่นมีหน้าที่ต้องเคารพประโยชน์นั้นเป็นสิทธิกล่าวคือ ได้รับการรับรองและคุ้มครองของกฎหมาย ในกฎหมายมีบัญญัติลงโทษการค่าและให้ความคุ้มครองไว้สำหรับการนั้น ฉะนั้น การที่จำเลยค่าโจทก์จึงเป็นการทำให้เสียหายต่อสิทธิของโจทก์เป็นการละเมิดสิทธิของโจทก์ตามมาตรา 420¹⁸⁶ ความเสียหายอันเป็นมูลค่าความผิดทางละเมิดอาจเป็นความเสียหายที่คำนวณเป็นเงินได้หรือไม่อาจคำนวณเป็นเงินได้ก็ได้ ความเสียหายที่ไม่อาจคำนวณเป็นเงินได้ หมายถึง ความเสียหายที่ไม่มีรูปร่าง มองไม่เห็นอย่างชนิดที่มีรูปร่างทางร่างกายหรือทรัพย์สิน ตามที่มาตรา 446 บัญญัติถึงสิทธิเรียกร้องเอาค่าสินไหมทดแทนเพื่อความเสียหายอย่างอื่น อันมิใช่ตัวเงินในการที่ทำให้เขาเสียหายแก่ร่างกาย อนามัย และเสรีภาพ ไม่ได้หมายความว่าตามมาตรา 420 นั้น จะเรียกค่าสินไหมทดแทนเพื่อความเสียหายอย่างอื่นอันมิใช่ตัวเงินไม่ได้ เพียงแต่มาตรา 446 เป็นบทขยายของมาตรา 420 ซึ่งให้สิทธิแก่ผู้ต้องเสียหายจะเรียกเอาหรือไม่ด้วยก็ได้เท่านั้น แต่สิทธิเรียกร้องเอาค่าสินไหมทดแทนเพื่อความเสียหายอันมิใช่ตัวเงินดังกล่าว ย่อมรวมทั้งความเสียหายที่เป็นตัวเงินด้วย เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าพาหนะ¹⁸⁷

6. ความเสียหายนั้นเป็นผลจากการกระทำของผู้ทำความเสียหาย

ตามหลักความสัมพันธ์ระหว่างเหตุกับผล หรือระหว่างความผิดกับความเสียหาย เมื่อมีการกระทำอันผิดกฎหมายโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อและมีความเสียหายแต่เกิดขึ้นแล้ว ผู้กระทำจะต้องรับผิดชอบหรือไม่มีข้อที่ต้องพิจารณาต่อไปว่า “ความเสียหายต้องเป็นผลจากการกระทำของผู้ทำความเสียหาย” โดยผิดกฎหมาย โดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออันนั้น หรือ ความเสียหายนั้นเป็นผลเกิดขึ้นจากเหตุ หรือไม่ตามหลักที่เรียกว่าความสัมพันธ์ระหว่างเหตุกับผล หรือความสัมพันธ์ระหว่างความผิดกับความเสียหาย หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลของการกระทำ¹⁸⁸ โดยมีทฤษฎีที่สำคัญ 2 ทฤษฎี คือ

¹⁸⁵ คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 124/2487, <http://deka.supremecourt.or.th/search>

¹⁸⁶ ไพจิตร บุญญพันธุ์, *อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 154*, น.32.

¹⁸⁷ *เพิ่งอ้าง*, น.36.

¹⁸⁸ ประจักษ์ พุทธิสมบัติ, *อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 173*, น.54.

(1) ทฤษฎีเงื่อนไข หรือทฤษฎีผลโดยตรง¹⁸⁹

หมายถึง ถ้าไม่มีการกระทำที่ถูกกล่าวหาผลจะไม่เกิด ถือว่าผลที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากการกระทำที่ถูกกล่าวหา ผลอันหนึ่งอาจจะเกิดจากหลายเหตุได้ ถ้าการกระทำของผู้ถูกกล่าวหาเป็นเหตุหนึ่งในหลายๆเหตุนี้แล้ว ผู้กระทำก็ต้องรับผิดชอบโดยไม่คำนึงถึงว่ามีเหตุอื่นมาทำให้เกิดผลนั้นได้ ตัวอย่างเช่น การที่ต่างคนต่างเอามิดแทงโดยไม่ได้ร่วมกัน ไม่ใช่ตัวการร่วม เขาเสียเลือดมากถึงแก่ความตาย ถ้าคนใดคนหนึ่งไม่เอามิดไปแทงเขาก็อาจจะไม่ถึงตาย ก็ต้องถือว่าแต่ละคนที่ทำแม้ไม่ได้ร่วมกันก็ต้องรับผิดชอบในผลคือความตาย

(2) ทฤษฎีมูลเหตุเหมาะสม¹⁹⁰

หมายความว่า ในบรรดาเหตุทั้งหลายที่ก่อให้เกิดผลขึ้นนั้น ในแง่ความรับผิดชอบของผู้กระทำ เฉพาะแต่เหตุที่ตามปกติย่อมก่อให้เกิดผลเช่นนั้นเท่านั้นที่ผู้กระทำต้องรับผิดชอบ กล่าวคือจะต้องดูว่าผลที่เกิดจากเหตุอันนี้มันเหมาะสมกันหรือไม่ ถ้าเหมาะสมกันแล้ว จึงจะให้ผู้ก่อเหตุนั้นรับผิดชอบในผลของความเสียหาย ส่วนที่เกิน ไปถือว่าไม่เกี่ยว

ทั้งสองทฤษฎีนี้ต่างมีข้อดีและข้อเสียด้วยกัน ทฤษฎีเงื่อนไขที่ถือหลักว่า ถ้าไม่มีการกระทำแล้ว ความเสียหายก็ย่อมไม่เกิด ผู้นั้นจึงต้องรับผิดชอบ มีข้อดีที่เป็นหลักตรงกับความจริงตามธรรมชาติ แต่ก็มีข้อเสียเพราะทำให้ผู้กระทำละเมียดต้องรับผิดชอบโดยไม่มีขอบเขตตลอดจนถึงความเสียหายที่ไม่มีใครคาดหมายได้ก็ต้องรับผิดชอบ ส่วนทฤษฎีมูลเหตุเหมาะสมที่ถือว่าผลที่ผู้กระทำจะต้องรับผิดชอบ ต้องเป็นผลที่ตามปกติควรจะเกิดจากการกระทำของผู้กระทำ ซึ่งต้องวินิจฉัยตามพฤติการณ์ที่บุคคลในฐานะเช่นนั้นควรจะทราบ แต่มีข้อเสียที่จำกัดผลที่ผู้กระทำต้องรับผิดชอบแคบอยู่ภายในขอบเขตที่ผู้กระทำควรได้คาดเห็นเท่านั้น จึงขัดกับความจริงที่อาจมีความเสียหายที่เป็นผลโดยตรงจากการกระทำของผู้กระทำแท้ ๆ แต่ผู้กระทำละเมียดกลับไม่ต้องรับผิดชอบ¹⁹¹

สำหรับประเทศไทยไม่มีบทบัญญัติว่าในการละเมิดผลเช่นใดที่ผู้กระทำจะต้องรับผิดชอบ เพราะมาตรา 420 บัญญัติเพียงว่า “ทำต่อบุคคลอื่น ให้เขาเสียหาย...” เท่านั้น แต่เป็นที่เห็นได้ว่า ถ้าผลนั้นผู้กระทำละเมียดตั้งใจจะก่อให้เกิดแก่ผู้เสียหายแล้วผู้กระทำก็ต้องรับผิดชอบไม่ว่าผลจะเป็น

¹⁸⁹ เฝิง เฝิงนิตี, คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด พระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง, พิมพ์ครั้งที่ 11 (กรุงเทพมหานคร : บริษัท กรุงสยาม พับลิชชิ่ง จำกัด, 2561), น. 112.

¹⁹⁰ เฝิงอ๋อง, น.113.

¹⁹¹ จิตติ ดิงศกัณย์, อ่างแล้ว เริงอรรถที่ 166, น.496.

เช่นไร ซึ่งหลักที่ใช้ในศาลไทยตามแนววินิจฉัยของศาลฎีกาสรุบได้ว่า¹⁹² ความเสียหายนั้นต้องเป็นผลโดยตรงของการละเมิด แต่ต้องไม่ไกลกว่าเหตุ ที่ว่าเป็นผลโดยตรงของการละเมิด ก็คือ หลักตามทฤษฎีเงื่อนไข ส่วนที่ไม่ไกลกว่าเหตุ หมายความว่า ไม่มีเหตุสุดแต่แรกหรือเหตุแทรกแซงอื่นมาทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุกับผลขาดตอนลง

การพิจารณาว่าความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลของการกระทำขาดตอนลงแล้วหรือไม่ มีหลักการพิจารณาว่า เหตุแทรกสอดที่เกิดขึ้นภายหลังการกระทำของผู้ก่อเหตุแทรกนั้นเป็นเหตุอันควรคาดหมายได้หรือไม่ ถ้าวิญญูชนไม่อาจคาดหมายได้ ถือว่าความสัมพันธ์ขาดตอนลง เช่น นาย ก. ทำร้าย นาย ข. ระหว่าง ข. รักษาตัวที่โรงพยาบาล นาย ค. ใช้ปืนยิง นาย ข. ถึงแก่ความตาย นาย ก. ไม่ต้องรับผิดชอบในความตายของ นาย ข. คงรับผิดชอบเฉพาะความเสียหายที่เกิดจากการทำร้ายที่ตนก่อขึ้นเท่านั้น แต่ถ้าเหตุแทรกแซงนั้นเป็นเหตุที่วิญญูชนคาดหมายไม่ได้ว่าจะเกิดขึ้น ถือว่าความสัมพันธ์ยังไม่ขาดตอน เช่น นาย ก. ขับรถยนต์โดยประมาทเลินเล่อชน นาย ข. ต่อมา นาย ข. รักษาบาดแผลไม่ดี จนเป็นเหตุให้ถึงแก่ความตายหรือได้รับอันตรายเกินคาดหมาย ซึ่งถ้ารักษาบาดแผลไม่ดีวิญญูชนย่อมคาดหมายได้ ถือว่าความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลของการกระทำไม่ขาดตอน นาย ก. ต้องรับผิดชอบในผลที่เกิดขึ้น

เมื่อพิจารณาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 ดังกล่าวแล้ว หากผู้กระทำละเมิดเป็นแพทย์ นอกจากจะต้องพิจารณาองค์ประกอบของกฎหมายตามมาตรา 420 แล้ว ต้องพิจารณาต่อไปว่าแพทย์ดังกล่าวได้รักษาเป็นไปตามมาตรฐานความระมัดระวังแห่งวิชาชีพหรือไม่ กล่าวคือ หากในการรักษาการจะถือว่าแพทย์กระทำโดยประมาทเลินเล่อได้นั้น ต่อเมื่อแพทย์ได้ดำเนินการรักษาต่ำกว่าหรือรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานความระมัดระวังแห่งวิชาชีพ ดังนั้น ถ้าแพทย์ได้รักษาโดยใช้ความระมัดระวังตามมาตรฐานแล้ว แม้ต่อมาจะเกิดความเสียหายหรือเกิดผลร้ายแก่ผู้ป่วยจะถือว่าแพทย์กระทำโดยประมาทเลินเล่อไม่ได้ อีกทั้ง กรณีแพทย์กระทำทุรเวชปฏิบัติ (Medical Malpractice) ของต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศมาเลเซีย และประเทศแอฟริกาได้นั้น โดยหลักกฎหมายของแต่ละประเทศไม่ได้เหมือนกันทีเดียว หากว่ามีความแตกต่างกันบ้างในรายละเอียด ซึ่งในการพิจารณาว่าแพทย์กระทำประมาทเลินเล่อหรือไม่นั้น ใช้หลักในการพิจารณาเหมือนกัน กล่าวคือ ในการรักษาพยาบาล การที่จะถือว่าแพทย์กระทำโดยประมาทเลินเล่อ นั้น ก็ต่อเมื่อแพทย์ได้ดำเนินการรักษาพยาบาลต่ำกว่าระดับมาตรฐานความ

¹⁹² ศักดิ์ สนองชาติ, คำอธิบายโดยย่อ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ว่าด้วย ละเมิด และความรับผิดทางละเมิด, พิมพ์ครั้งที่ 8 (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์นิติบรรณาการ, 2551), น. 76.

ระมัดระวังในการรักษา หากว่าในการรักษานั้นแพทย์ได้ใช้ความระมัดระวังในการวินิจฉัยโรคแล้ว แม้จะเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย ถือว่าแพทย์กระทำโดยประมาทไม่ได้ ซึ่งระดับความระมัดระวังของผู้ประกอบวิชาชีพก็จะต้องใช้ระดับความระมัดระวัง โดยพิจารณาจากผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถในระดับเดียวกันจะใช้ความระมัดระวังเพียงใด กล่าวคือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก็ต้องใช้ระดับความระมัดระวังเช่นเดียวกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ผู้เชี่ยวชาญก็ต้องใช้ระดับความระมัดระวังเช่นเดียวกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และขณะเดียวกันต้องพิจารณาประกอบมาตรฐานความระมัดระวังในการรักษาที่กำหนดไว้โดยองค์กรวิชาชีพกำหนดด้วย

การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมไม่ใช่การรักษาของแพทย์อย่างเช่นปกติ แต่เป็นการรักษาโดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสื่อสารมาใช้ในการรักษาผู้ป่วย โดยการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมมี 2 ประเภท คือ การใช้โทรเวชกรรมระหว่างแพทย์กับแพทย์ หรือการใช้โทรเวชกรรมระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งแพทย์กับผู้ป่วยอาจไม่เคยเจอกันมาก่อน ดังนั้น แต่ละประเทศจึงมีการกำหนดหลักเกณฑ์ทางกฎหมายเพื่อกำหนดมาตรฐานการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ซึ่งหากแพทย์ไม่รักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ปฏิบัติให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดถือว่าแพทย์ไม่รักษาต่ำกว่ามาตรฐานความระมัดระวังที่แพทย์พึงต้องกระทำ ถือว่าแพทย์กระทำโดยประมาท หากเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการกระทำของแพทย์ แพทย์ต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้ป่วย



บทที่ 4

วิเคราะห์หลักเกณฑ์ทางกฎหมายว่าด้วยการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม เปรียบเทียบของต่างประเทศและประเทศไทย

เมื่อพิจารณาหลักความผิดทางละเมิดของแพทย์ทั้ง 4 ประเทศข้างต้นมาแล้ว ซึ่งในบทที่ 4 ของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ มุ่งศึกษาวิเคราะห์หลักเกณฑ์ทางกฎหมายว่าด้วยการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมของต่างประเทศ เพื่อนำมาวางมาตรการทางกฎหมายว่าด้วยการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมของประเทศไทยให้ได้อย่างเหมาะสม โดยจะพิจารณาในเรื่อง 4 ข้อด้วยกัน ได้แก่

1. ความหมายของโทรเวชกรรม
2. หน้าที่ของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย
3. วิธีการให้การรักษา
4. ความยินยอม

จากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรมของประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ประเทศมาเลเซีย และประเทศแอฟริกาใต้ ประเทศเหล่านี้มีการกำหนดมาตรฐานความระมัดระวังในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมไว้โดยเฉพาะ

ในส่วนประเทศสหรัฐอเมริกา มลรัฐนิวเจอร์ซีย์มีการออกกฎหมายของมลรัฐ เรียกว่า (New) Telemedicine and Telehealth เพื่อใช้ควบคุม กำหนดมาตรฐานการรักษาภายในมลรัฐของตน ประเทศมาเลเซียมีการออกกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติ เรียกว่า TELEMEDICINE ACT 1997 ประเทศแอฟริกาใต้ก็มีการกำหนดมาตรการการควบคุมการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม โดยสภาวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งประเทศแอฟริกาใต้ (The Health Professions Council of South Africa (HPCSA)) ออกแนวทางทางจริยธรรมทั่วไปสำหรับการปฏิบัติที่ดีในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม (General Ethical Guidelines for Good Practice in Telemedicine)

ส่วนประเทศไทยยังไม่มีหลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่การกำหนดมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม จึงต้องศึกษาหลักเกณฑ์ทางกฎหมายของต่างประเทศ เพื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบว่ากฎหมายของแต่ละประเทศมีข้อดีและข้อด้อยแตกต่างกันอย่างไร และควรเลือกนำมาปรับใช้เพื่อกำหนดเป็นมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยอย่างไร

4.1. ความหมายของโทรเวชกรรม (Definition of Telemedicine)

ประเทศสหรัฐอเมริกา

“โทรเวชกรรม” หมายความว่า การให้บริการด้านสุขภาพโดยใช้การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์หรือเทคโนโลยีอื่นใด เพื่อลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลกับผู้ป่วย ทั้งนี้ จะมีหรือไม่มีความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพอื่นก็ได้ และ“โทรเวชกรรม” ไม่รวมถึง การใช้การสนทนาทางโทรศัพท์ การส่งข้อความทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ข้อความโทรศัพท์หรือการส่งแฟกซ์

ประเทศมาเลเซีย

“โทรเวชกรรม” หมายความว่า การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยการใช้การสื่อสารทางเสียง ภาพ และข้อมูล

ประเทศแอฟริกาใต้

“โทรเวชกรรม” หมายความว่า การประกอบเวชกรรมโดยใช้การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในสถานที่หนึ่งกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอีกสถานหนึ่งเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวก การปรับปรุง และเพิ่มประสิทธิภาพทางคลินิก การศึกษา และวิทยาศาสตร์สุขภาพและการวิจัย โดยเฉพาะภายใต้การให้บริการในพื้นที่สาธารณรัฐแอฟริกาใต้และกำหนดข้อพึงสังเกตไว้ 2 ประการ คือ 1. การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมให้รวมถึงการประชุมทางไกลที่มีปลอดภัยหรือใช้เทคโนโลยีที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพสามารถโต้ตอบในการปรึกษาหารือแบบเสมือนอยู่เฉพาะหน้าระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและผู้ป่วย และ 2. การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมให้หมายความถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือออนไลน์ ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ หรือต้องการความคิดเห็นที่สอง

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าเมื่อพิจารณาความหมายของคำว่า “โทรเวชกรรม” ของทั้งสามประเทศ การกำหนดความหมายโดยในหลักสำคัญเหมือนกัน กล่าวคือ โทรเวชกรรม หมายถึง การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยการใช้การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ จะมีความแตกต่างในรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ซึ่งจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

4.2 หน้าที่ของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย (Professional duties)

ประเทศสหรัฐอเมริกา

การรักษาวิธีโทรเวชกรรมของมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา มี 2 รูปแบบ คือ (1) แพทย์รักษาผ่านผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่อยู่กับผู้ป่วย และ (2) กรณีแพทย์ให้การรักษาผู้ป่วยโดยตรงซึ่งไม่ผ่านผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

ซึ่งกฎหมายโทรเวชกรรมของประเทศสหรัฐอเมริกาจะกำหนดเรื่องหน้าที่ของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย โดยการกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไว้ ดังนี้

1. แพทย์ หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรม จะต้องตรวจสอบประวัติทางการแพทย์และเวชระเบียนใด ๆ ที่ได้รับจากผู้ป่วย

2. แพทย์ หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพใด ๆ เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมต้องมั่นใจว่ามีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การจัดตั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยจะต้องรวมถึงดังที่กล่าวต่อไปนี้ แต่ไม่จำกัดเพียง

(1) ประวัติของผู้ป่วยอย่างน้อยต้องระบุ ดังนี้ ชื่อผู้ป่วย วันเดือนปีเกิด หมายเลขโทรศัพท์และที่อยู่ เมื่อระบุผู้ป่วยอย่างถูกต้องแล้ว ผู้ให้บริการอาจใช้หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนที่ได้รับมอบหมายของผู้ป่วยหมายเลขประกันสังคม รูปถ่าย หรืออื่น ๆ ที่เหมาะสมในการระบุผู้ป่วย เพื่อเชื่อมโยงโดยตรงกับผู้ป่วย

(2) ผู้ให้บริการต้องมีการแสดงและเปิดเผยใบอนุญาตของผู้ให้บริการ ชื่อและหากมีการรับรองพิเศษและการรับรองคณะกรรมการ

(3) ก่อนที่จะเริ่มการติดต่อกับผู้ป่วยในเบื้องต้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการให้บริการโทรเวชกรรมแก่ผู้ป่วย ให้ตรวจสอบประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วยและเวชระเบียนเท่าที่มีอยู่ และ

(4) ก่อนที่จะเริ่มการติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อวัตถุประสงค์ในการให้บริการโทรเวชกรรม ผู้ให้บริการต้องพิจารณาว่าจะสามารถให้บริการทางโทรเวชกรรมอย่างเป็นมาตรฐานได้หรือไม่ ผู้ให้บริการจะต้องทำการตัดสินใจดังกล่าวนี้ก่อน จึงจะให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้เริ่มการรักษา

3. การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมอาจให้การรักษาได้ โดยไม่ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้ได้ ต่อไปนี้

(1) ในระหว่างการคำปรึกษาหารืออย่างไม่เป็นทางการที่ดำเนินการนอกเหนือจากข้อสัญญา หรือผิดระเบียบ แม้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้หรือไม่ก็ตาม

(2) การให้คำปรึกษาหารือขั้นตอนโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่อยู่ในเขตอำนาจศาลอื่นที่ให้บริการคำปรึกษา ตามการร้องขอไปยังผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ได้รับใบอนุญาตหรือได้รับการรับรองในรัฐนี้

(3) เมื่อผู้ให้บริการด้านสุขภาพจัดหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ กรณีเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ ไม่ต้องพิจารณาว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับความช่วยเหลือทางการแพทย์ หรือไม่

(4) เมื่อผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแทน (substitute health care provider) ซึ่งทำหน้าที่ในนามของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งไม่มีความชำนาญพิเศษเดียวกัน ได้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแบบทางโทรศัพท์ (on-call) หรือข้ามเขต (cross-coverage) โดยมีเงื่อนไขว่าผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ไม่อยู่ กำหนดได้ให้ผู้ให้บริการแทนทำหน้าที่ในฐานะผู้ให้บริการโทรศัพท์ (call provider) หรือผู้ให้บริการข้ามพื้นที่ (cross-coverage service provider)

ประเทศมาเลเซีย

ในเรื่องหน้าที่ของแพทย์ต่อผู้ป่วย ประเทศมาเลเซียกำหนดเพียงว่าก่อนที่แพทย์จะให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเสียก่อนก่อน ซึ่งความยินยอมต้องได้เป็นลายลักษณ์อักษร (written consent)

ประเทศแอฟริกาใต้

1. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมต้องปฏิบัติตามหน้าที่วิชาชีพที่กำหนดไว้ในแนวทางจริยธรรมทั่วไปของสภาวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งประเทศไทยแอฟริกาใต้สำหรับการปฏิบัติที่ดี (HPCSA's General Ethical Guidelines for Good Practice.)

2. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพหน้าที่ต่อผู้ป่วยให้รวมถึงที่กล่าวดังต่อไปนี้ แต่ไม่จำกัดเพียง ได้แก่ รักษาประโยชน์สูงสุดหรือความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยเสมอ เคารพความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการเกี่ยวกับเงื่อนไข และรักษาความลับของผู้ป่วยตลอดเวลาตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 61 ค.ศ. 2003 และคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยแห่งประเทศไทยแอฟริกาใต้

3. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพไม่ควรให้คำแนะนำทางการแพทย์หรือให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย สำหรับทั้งการรักษาที่ได้รับและการใช้เทคโนโลยีโทรเวชกรรม

4.3 วิธีการรักษาด้วยโทรเวชกรรม

ประเทศสหรัฐอเมริกา

กฎหมายโทรเวชกรรมของมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการกำหนดคุณสมบัติผู้ให้บริการด้วยวิธีโทรเวชกรรมไม่จำกัดเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เป็นผู้ให้บริการเท่านั้น แต่ยังให้รวมถึงผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพอื่นด้วย พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลนักจิตวิทยาจิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ช่วยแพทย์ เป็นต้น

ในส่วนวิธีการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมนั้น ได้กำหนดว่าในการรักษา ให้คำแนะนำในการวินิจฉัยการรักษา และการให้คำปรึกษารวมถึงการอภิปรายเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของตัวเลือกการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีโทรเวชกรรม และรวมถึงการออกไปสั่งยาด้วยวิธีโทรเวชกรรม แพทย์ต้องจัดให้อยู่ในมาตรฐานความระมัดระวังหรือ มาตรฐานการปฏิบัติเช่นเดียวกับการรักษาแบบตัวต่อตัว หากการบริการโทรเวชกรรมไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลนี้ ผู้ให้บริการจะต้องนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ด้วยตนเอง

ประเทศมาเลเซีย

กำหนดให้ผู้ให้บริการ โทรเวชกรรมได้ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น บุคคลอื่นที่ไม่ได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรับการอนุญาตจากเลขาธิการสาธารณสุขแห่งประเทศมาเลเซียเสียก่อน ส่วนในคำนิยามความหมายของโทรเวชกรรมของประเทศมาเลเซียนั้น กำหนดสั้น ๆ เพียงว่า การประกอบวิชาชีพโดยการใช้การสื่อสารทางเสียง ภาพ และข้อมูล จึงต่อไปพิจารณาว่าอะไรคือการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เช่น ถ้าแพทย์ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ให้กับผู้ป่วยที่โทรศัพท์มาสอบถามอาการ หรือการที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยจากข้อมูลหรือภาพถ่ายที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งส่งให้แก่ตน ซึ่งถือว่าเป็นโทรเวชกรรมตามคำนิยามนี้

ประเทศแอฟริกาใต้

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม กำหนดว่าให้ใช้การปฏิบัติทางการแพทย์ในการใช้การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในสถานที่หนึ่งกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพด้วยกันเท่านั้น ไม่ได้กำหนดให้สามารถใช้โทรเวชกรรมกับการรักษาผู้ป่วยได้โดยตรง และต้องจัดทำเอกสารประเมินทางการแพทย์และประวัติทางคลินิกที่เกี่ยวข้องที่จำเป็นในการวินิจฉัยเบื้องต้น รวมถึงข้อบ่งชี้เกี่ยวกับการรักษา ก่อนที่จะให้การรักษา รวมถึงการออกไปสั่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์หรืออื่น ๆ การรักษาและได้มีการออกไปสั่งยาตามแบบสอบถามออนไลน์เท่านั้น ไม่ถือเป็นมาตรฐานความระมัดระวังที่ยอมรับได้เมื่อกำหนดให้มีการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมแล้ว ผู้ให้การรักษาคควรตรวจสอบให้แน่ใจการให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวนั้น ได้เป็นไปตามวิธีปฏิบัติมาตรฐานที่ใช้การออกไปสั่งยาแบบตัวต่อตัวหรือไม่

4.4 ความยินยอม (Informed consent)

ประเทศสหรัฐอเมริกา

ให้บริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมจะต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามผลอย่างเหมาะสมในกรณีจำเป็น รวมถึงการส่งต่อกรณีฉุกเฉินหรือไม่มีค่าใช้จ่ายถ้าจำเป็น ความยินยอมของผู้ป่วยอาจจะด้วยวาจา หรือเป็นลายลักษณ์อักษร หรือดิจิทัลที่เหมาะสม ภายใต้มาตรฐานความระมัดระวัง

ประเทศมาเลเซีย

กฎหมายโทรเวชกรรมของประเทศมาเลเซียได้กำหนดในเรื่องความยินยอมไว้ว่า

- (1) ความยินยอมจากผู้ป่วยต้องเป็นลายลักษณ์อักษร
- (2) แพทย์ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องต่อไปนี้ มิฉะนั้น ความยินยอมจากผู้ป่วยจะไม่มีผล
 - (a) ผู้ป่วยสามารถถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อสิทธิในการรักษาหรือบำบัดในอนาคต
 - (b) ความเสี่ยง ผลกระทบ และประโยชน์จากการรักษา
 - (c) จะได้รับการรักษาความลับในข้อมูลใด ๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับจากการรักษาหรือที่เปิดเผยในระหว่างการรักษาทางโทรเวชกรรม
 - (d) ภาพหรือข้อมูลใด ๆ ที่ใช้ในการสื่อสารในระหว่างหรือเป็นผลจากการติดต่อรักษาทางโทรเวชกรรมของผู้ป่วย จะไม่ถูกเปิดเผยแพร่ให้แก่ผู้วิจัยหรือบุคคลอื่นใด โดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย
- (3) ความยินยอมของผู้ป่วยจะไม่มีผล หากความยินยอมไม่ได้มีข้อความซึ่งลงนามโดยผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลที่ได้รับแจ้งและได้มีการหารือข้อมูลดังกล่าวแล้ว
- (4) ความยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษรนี้ และข้อความที่ผู้ป่วยเข้าใจ ให้ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วย
- (5) กรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์หรือมีความพิการทางจิต ซึ่งไม่อาจให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวได้ (informed consent) ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ดูแล อาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยได้

ประเทศแอฟริกาใต้

กำหนดว่า ในส่วนนี้จะต้องพิจารณาควบคู่กับแนวทางของ HPCSA เกี่ยวกับได้รับความยินยอมในหนังสือเล่มที่ 9 และข้อกำหนดของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

การยินยอม (informed consent) สำหรับการใช้เทคโนโลยีโทรเวชกรรม ต้องได้รับเป็นลายลักษณ์อักษร

ส่วนในเรื่องรายละเอียดของหนังสือขอความยินยอมจากผู้ป่วยมีกำหนดไว้ ดังนี้

1. หนังสือขอความยินยอม (informed consent documentation) สำหรับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ควรระบุ ในเรื่องระบุตัวบุคคลทั้งผู้ป่วย และผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ข้อตกลงโดยผู้ป่วยว่าผู้ประกอบการบริการจะตัดสินใจหรือไม่เงื่อนไขที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาเหมาะสมสำหรับ telemedicine การปรึกษาหารือ. รายละเอียดของมาตรการรักษาความปลอดภัยที่เกิดขึ้นจากการใช้โทรเวชกรรม เช่น การเข้ารหัสข้อมูลโปรแกรมรักษาหน้าจอที่ป้องกันด้วยรหัสผ่านและ ไฟล์ข้อมูลหรือการใช้เทคนิคการตรวจสอบความน่าเชื่อถืออื่น ๆ ความเสี่ยงอันเป็นสาระสำคัญต่อความลับที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีโทรเวชกรรมที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจยินยอมของผู้ป่วย ความยินยอมโดยชัดแจ้งของผู้ป่วยต่อการส่งต่อข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยข้อมูลทางการแพทย์แก่ผู้ให้คำปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพหรืออื่น ๆ บุคคลที่สามที่เหมาะสม

2. เอกสารเกี่ยวกับความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) เพื่อการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ควรประกอบด้วย

- (a) ชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วย และสถานที่หรือที่ตั้งของการได้รับคำปรึกษา
- (b) ชื่อผู้ให้คำปรึกษา ที่อยู่หมายเลขและสถานที่ฝึกซ้อม
- (c) ชื่อของผู้ให้บริการหรือที่อยู่ของผู้ปฏิบัติงานตัวเลขและที่ตั้ง
- (d) คำอธิบายสั้น ๆ ของโทรเวชกรรม
- (e) ประเภทของการส่งข้อมูลโดยวิธีโทรเวชกรรม (เช่น ใบสั่งยา การนัดหมาย, การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น)
 - (f) รายละเอียดของมาตรการรักษาความปลอดภัยที่เกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีโทรเวชกรรม เช่น การเข้ารหัสข้อมูลโปรแกรมรักษาหน้าจอที่ป้องกันด้วยรหัสผ่านและไฟล์ข้อมูลหรือการใช้เทคนิคการพิสูจน์ตัวตนที่เชื่อถือได้อื่น ๆ
 - (g) ความเสี่ยงที่เป็นสาระสำคัญต่อความลับที่เกิดจากการใช้โทรเวชกรรมซึ่งเทคโนโลยีดังกล่าวอาจมีผลต่อการตัดสินใจยินยอมของผู้ป่วย
 - (h) ความเสี่ยง ประโยชน์ที่เป็นไปได้และทางเลือกของการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม

(i) ข้อตกลง โดยผู้ป่วยว่าผู้ให้บริการจะตัดสินใจหรือไม่ว่าสภาพที่ได้รับ การวินิจฉัยหรือรักษานั้นเหมาะสมสำหรับการให้คำปรึกษาทางไกลหรือไม่

(j) ข้อตกลงของผู้ป่วยหลังจากได้รับคำอธิบายอย่างครบถ้วนรวมถึงความยินยอม โดยชัดแจ้งของผู้ป่วยต่อการส่งต่อการรักษาพยาบาลส่วนบุคคลของผู้ป่วยข้อมูลไปยัง ผู้ให้คำปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพหรือบุคคลที่สามที่เหมาะสมอื่น ๆ คู่กรณี

(k) ลายมือชื่อของผู้ป่วยผู้ปกครองผู้ป่วยผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย - ควรระบุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

(l) ลายมือชื่อของพยาน

ตารางที่ 4.1 ตารางเปรียบเทียบความหมายโทรเวชกรรม

ประเทศ	เป็นโทรเวชกรรม	ไม่ใช่โทรเวชกรรม
ประเทศสหรัฐอเมริกา	การให้บริการด้านสุขภาพโดยใช้การ สื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์เทคโนโลยี สารสนเทศ หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือเทคโนโลยีอื่นใดเพื่อลดช่องว่าง ระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่อยู่ใน พื้นที่ห่างไกลกับผู้ป่วย มีหรือไม่มี ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพอื่นก็ได้	1. การสนทนาทาง โทรศัพท์ 2. การส่งข้อความทาง จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ 3. ข้อความโทรศัพท์ 4. การส่งแฟกซ์
ประเทศมาเลเซีย	การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยใช้ การสื่อสารทางเสียง ภาพ และข้อมูล	-
ประเทศแอฟริกาใต้	การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยใช้การ สื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ เทคโนโลยี สารสนเทศ หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ อื่น ๆ ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวก ปรับปรุง และเพิ่มประสิทธิภาพทางคลินิก การศึกษา และวิทยาศาสตร์สุขภาพ และ การวิจัย	-

ตารางที่ 4.2 ตารางเปรียบเทียบหน้าที่ของแพทย์ต่อผู้ป่วย

ประเทศ	หน้าที่ของแพทย์ต่อผู้ป่วย
ประเทศสหรัฐอเมริกา	<ol style="list-style-type: none"> 1. จะต้องตรวจสอบประวัติทางการแพทย์และเวชระเบียนใด ๆ ที่ได้รับจากผู้ป่วย 2. กำหนดให้มีการจัดตั้งความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเสียก่อน <ul style="list-style-type: none"> - ต้องให้มีการตรวจสอบตัวตนทั้งผู้ป่วย และแพทย์ - ตรวจสอบประวัติทางการแพทย์ - ต้องประเมินว่าสามารถให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมได้หรือไม่
ประเทศมาเลเซีย	ไม่มีระบุไว้โดยเฉพาะ
ประเทศแอฟริกาใต้	<ol style="list-style-type: none"> 1.ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพต้องปฏิบัติตามหน้าที่วิชาชีพที่กำหนดไว้ในแนวทางจริยธรรมทั่วไปของสภาวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งประเทศแอฟริกาใต้สำหรับการปฏิบัติที่ดี (HPCSA's General Ethical Guidelines for Good Practice) 2. รักษาประโยชน์สูงสุดหรือความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยเสมอ 3.เคารพความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย 4. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยต้องการเกี่ยวกับเงื่อนไขในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม 5. รักษาความลับของผู้ป่วยตลอดเวลาตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 61 ค.ศ. 2003 และคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยแห่งประเทศแอฟริกาใต้ 6. ไม่ควรให้คำแนะนำทางการแพทย์หรือให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย

ตารางที่ 4.3 ตารางเปรียบเทียบวิธีการให้การรักษา

ประเทศ	วิธีการให้การรักษา
ประเทศสหรัฐอเมริกา	1. การใช้โทรเวชกรรมจะต้องอยู่ภายใต้มาตรฐานความระมัดระวังหรือมาตรฐานการรักษาเช่นเดียวกับการรักษาตัวต่อตัว 2. การวินิจฉัย การรักษาและคำแนะนำการให้คำปรึกษารวมถึงการอธิบายเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของตัวเลือกในการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งทำผ่านการใช้โทรเวชกรรม รวมถึงการออกไปส่งยาตามการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม จะต้องอยู่ในมาตรฐานความระมัดระวังหรือมาตรฐานการรักษาเช่นเดียวกับรักษาตัวต่อตัว
ประเทศมาเลเซีย	ระบุเพียงว่า ก่อนที่แพทย์จะให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเสียก่อน
ประเทศแอฟริกาใต้	ต้องจัดทำเอกสารประเมินทางการแพทย์และประวัติทางคลินิกที่เกี่ยวข้องที่จำเป็นในการวินิจฉัยเบื้องต้น รวมถึงข้อบ่งชี้เกี่ยวกับการรักษา ก่อนที่จะให้การรักษา รวมถึงการออกไปส่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์หรืออื่น ๆ

ตารางที่ 4.4 ตารางเปรียบเทียบในเรื่องความยินยอม

ประเทศ	ความยินยอม
ประเทศสหรัฐอเมริกา	ความยินยอมของผู้ป่วยอาจจะด้วยวาจา หรือเป็นลายลักษณ์อักษร หรือดิจิทัลที่เหมาะสม ภายใต้มาตรฐานความระมัดระวัง
ประเทศมาเลเซีย	1. ก่อนที่แพทย์จะให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเสียก่อน ซึ่งความยินยอมต้องได้เป็นลายลักษณ์อักษร (written consent)

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ประเทศ	ความยินยอม
ประเทศมาเลเซีย	<p>2. ความยินยอมจากผู้ป่วยจะไม่มีผล หากไม่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องต่อไปนี้</p> <p>(ก) ผู้ป่วยสามารถถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้</p> <p>(ข) ความเสี่ยง ผลกระทบ และประโยชน์จากการรักษา</p> <p>(ค) จะได้รับการรักษาความลับในข้อมูลใด ๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับจากการรักษาหรือที่เปิดเผยในระหว่างการรักษาทางโทรเวชกรรม</p> <p>(ง) ภาพหรือข้อมูลใด ๆ ที่ใช้ในการสื่อสารในระหว่างหรือเป็นผลจากการติดต่อรักษาทางโทรเวชกรรมของผู้ป่วย จะไม่ถูกเปิดเผยแพร่ให้แก่ผู้วิจัยหรือบุคคลอื่นใด โดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย</p> <p>3. ความยินยอมของผู้ป่วยจะไม่มีผล หากความยินยอมไม่ได้มีชื่อความซึ่งลงนามโดยผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลที่ได้รับแจ้งและได้มีการหารือข้อมูลดังกล่าวแล้ว</p>
ประเทศแอฟริกาใต้	<p>การยินยอม (informed consent) สำหรับการใช้เทคโนโลยีโทรเวชกรรม ต้องได้รับเป็นลายลักษณ์อักษร มีการกำหนดรายละเอียดของหนังสือความยินยอม (informed consent documentation)</p>

4.5 วิเคราะห์หลักเกณฑ์ทางกฎหมายว่าด้วยการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม

1. ความหมายของโทรเวชกรรม

จะเห็นว่า เมื่อเปรียบเทียบความหมายของโทรเวชกรรมทั้งสามประเทศมีการกำหนดความหมายในหลักสำคัญเหมือนกัน โทรเวชกรรม หมายถึง การประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยการใช้การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ แต่จะมีความแตกต่างในรายละเอียด เช่น วิธีการรักษา บุคคลที่จะให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม

เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดวิธีการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมได้ทั้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโดยตรง หรือระหว่างแพทย์กับแพทย์เพื่อรักษาผู้ป่วยก็ได้ และกำหนดว่าการสนทนาทางโทรศัพท์ การส่งข้อความทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ข้อความโทรศัพท์ การส่งแฟกซ์ ยังไม่เป็นการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม อาจจะเป็นเพราะการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมต้องมีการใช้ความระมัดระวัง จึงได้มีการกำหนดในเรื่องวิธีการให้การรักษาไว้โดยเฉพาะ

ประเทศมาเลเซีย กำหนดความหมายในเรื่องโทรเวชกรรมไว้อย่างสั้น ๆ จึงอาจจะต้องตีความว่าอะไรบ้างเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยการใช้การสื่อสารทางเสียง ภาพ และข้อมูล

ประเทศแอฟริกาใต้ การกำหนดความหมายของโทรเวชกรรมมีความคล้ายคลึงกับประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นอย่างมาก แตกต่างกันในส่วนวิธีการใช้โทรเวชกรรม ซึ่งประเทศแอฟริกาใต้ กำหนดให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมมาใช้ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวก ปรับปรุง และเพิ่มประสิทธิภาพทางคลินิก การศึกษา และวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการวิจัย

ซึ่งในขั้นเริ่มต้นเนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีแนวทางในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมที่ชัดเจน จึงเห็นควรกำหนดความหมายของโทรเวชกรรมตามประเทศแอฟริกาใต้ เพื่อให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมนำมาใช้ในระหว่างแพทย์กับแพทย์เท่านั้น ยังไม่ควรนำวิธีการนี้มาใช้รักษา ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เนื่องจากว่าแพทย์กับผู้ป่วยไม่มีการตรวจร่างกายกันจริง ซึ่งขั้นตอนในการตรวจร่างกายถือว่าเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อที่แพทย์จะสามารถที่จะวินิจฉัยอาการได้อย่างถูกต้องได้

2. หน้าที่ของแพทย์ต่อผู้ป่วย

เนื่องจากประเทศสหรัฐอเมริกามีการกำหนดวิธีการรักษาโทรเวชกรรมกับผู้ป่วยโดยตรง ได้ด้วย จึงต้องมีการกำหนดหน้าที่ของแพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพในขั้นแรกเสียก่อนว่า จะต้องตรวจสอบประวัติทางการแพทย์และเวชระเบียนใด ๆ ที่ได้รับจากผู้ป่วย และกำหนดให้มีการจัดตั้งความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเสียก่อนต้องให้มีการตรวจสอบตัวตนทั้งผู้ป่วย และแพทย์ ตรวจสอบประวัติทางการแพทย์ และต้องประเมินว่าสามารถให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมได้หรือไม่ ผู้ให้บริการจะต้องทำการตัดสินใจดังกล่าวนี้ก่อน จึงจะให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้เริ่มการรักษา

ประเทศมาเลเซียไม่มีการกำหนดหน้าที่ของแพทย์ไว้โดยเฉพาะ

ประเทศแอฟริกาใต้ ในเรื่องหน้าที่ของแพทย์ต่อผู้ป่วย ได้นำหน้าที่ของแพทย์ต่อผู้ป่วยที่มีบัญญัติไว้ในกฎหมายหลาย ๆ ฉบับ มากำหนดรวมไว้ในแนวทางทางจริยธรรมทั่วไปสำหรับการปฏิบัติที่ดีในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม (General Ethical Guidelines for Good Practice in Telemedicine) ได้แก่ หน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในแนวทางจริยธรรมทั่วไปของสภาวิชาชีพด้านสุขภาพแห่งประเทศแอฟริกาใต้สำหรับการปฏิบัติที่ดี (HPCSA's General Ethical Guidelines for Good Practice) การรักษาความลับของผู้ป่วยตลอดเวลาตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 61 ค.ศ. 2003 และคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยแห่งประเทศแอฟริกาใต้ และหลักในเรื่องความยินยอมของผู้ป่วย

ส่วนประเทศไทย เราพิจารณากำหนดคำว่าโทรเวชกรรมเป็นการใช้ระหว่างแพทย์กับแพทย์แล้ว ดังนั้น หน้าทีของแพทย์ย่อมเหมือนกับหน้าที่ที่แพทย์รักษาผู้ป่วยตามปกติ แต่นำมารวบรวมไว้เป็นฉบับเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการกำหนดหน้าที่ของแพทย์ต่อผู้ป่วยตามประเทศแอฟริกาใต้ ดังนั้น จึงเห็นควรนำการกฎหมายของประเทศแอฟริกาใต้มาใช้ในการกำหนดหน้าที่ของแพทย์

3. วิธีการรักษาด้วยโทรเวชกรรม

ประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดว่า การใช้โทรเวชกรรมจะต้องอยู่ภายใต้มาตรฐานความระมัดระวังหรือมาตรฐานการรักษาเช่นเดียวกับการรักษาตัวต่อตัว กล่าวคือ ถ้ามาตรฐานในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก ในการรักษาผู้ป่วยตามขั้นตอนปกติมีการตรวจอะไรบ้างในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกด้วยวิธีโทรเวชกรรมก็ต้องมีมาตรฐานในการรักษาเช่นเดียวกัน จะมีมาตรฐานความระมัดระวังที่ต่ำกว่านี้ไม่ได้

ประเทศมาเลเซีย กำหนดเพียงว่า ก่อนที่แพทย์จะให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเสียก่อน

ประเทศแอฟริกาใต้ การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมผู้ที่รับข้อมูลประวัติจากผู้ป่วยอาจไม่ใช่แพทย์ก็ได้ จึงต้องมีการกำหนดให้ต้องมีการจัดเอกสารประเมินทางการแพทย์และประวัติทางคลินิกที่เกี่ยวข้องที่จำเป็นในการวินิจฉัยเบื้องต้น รวมถึงข้อบ่งชี้เกี่ยวกับการรักษาเสียก่อนที่จะให้การรักษา และเมื่อกำหนดให้มีการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมแล้ว แพทย์ควรตรวจสอบให้แน่ใจการให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวนั้น

สำหรับประเทศไทย การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมมาใช้ระหว่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาเฉพาะทาง ความระมัดระวังของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปย่อมแตกต่างจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แต่การระดับความระมัดระวังของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว กับรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีโทรเวชกรรม เห็นว่าการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีโทรเวชกรรม แพทย์ต้องมีมาตรฐานความระมัดระวังที่ไม่ต่ำกว่าการรักษาผู้ป่วยโดยปกติ

เช่น แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก สำหรับแพทย์ (Clinical Practice Guidelines for Hemorrhagic Stroke)¹⁹³ กำหนดว่า “ผู้ป่วยทุกคนที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการ sudden neurological deficit ต้องตรวจ vital signs, neurological signs เพื่อประเมินว่าต้องให้ emergency advanced life support หรือไม่ ดู airway, ventilation เพียงพอหรือไม่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวต่ำ Glasgow Coma Scale (GCS) score < 8 หรือ เสี่ยงต่อการเกิด aspiration ควรได้รับ

¹⁹³ สวิง ปันจยสิทธิ์ และคณะ, แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก สำหรับแพทย์, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธนาเพรส จำกัด, 2556), น.5.

การใส่ท่อช่วยหายใจ พร้อมกับส่ง emergency laboratory tests (ซักประวัติและตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้อง เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะ คีโมสตรา ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคเลือด โรคตับ โรคไต การใช้ยา anticoagulants ยาเสพติด เพื่อแยก ภาวะอื่นที่ไม่ใช่โรคหลอดเลือดสมอง (extracranial cause) ออก และเมื่อสงสัยว่าเป็น acute stroke ควรได้รับการตรวจ CT brain ทุกราย และถ้าในกรณีที่ CT brain เข้าได้กับ ischemic stroke ให้การรักษาตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันสำหรับแพทย์ต่อไป แต่ถ้าเป็น hemorrhagic stroke ให้ปรึกษาประสาทศัลยแพทย์”

เมื่อแนวทางเวชปฏิบัติได้กำหนดมาตรฐานให้แพทย์ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐานทั่วประเทศแล้ว เมื่อผู้ป่วยมาด้วยอาการบ่งชี้ตามแนวทางเวชปฏิบัติดังกล่าว แม้แพทย์รักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม แพทย์ก็ต้องตรวจ ซักถามอาการผู้ป่วยให้ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานดังกล่าวนี้ ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการรักษาด้วยโทรเวชกรรมของประเทศสหรัฐอเมริกา จึงเห็นควรกำหนดเช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกา

4. ความยินยอม

ในเรื่องความยินยอมของผู้ป่วยในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ทั้งสามประเทศมีการกำหนดหลักเกณฑ์สำคัญเช่นเดียวกันว่า ก่อนที่แพทย์จะให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเสียก่อน ในรูปแบบของ (informed consent) ซึ่งหลักในเรื่องความยินยอมในการรักษาประเทศไทยได้มีกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาโดยสรุปว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้ป่วยทราบอย่างเพียงพอที่ผู้ป่วยจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพใช้ภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอม เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต และประเทศไทยก็ไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในเรื่องความยินยอมว่าจะต้องความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งผู้เขียนว่า ความยินยอมทำด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษรก็ได้ แต่ที่สำคัญคือแพทย์ต้องแจ้งสิทธิให้แก่ผู้ป่วยทราบถึงการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม

5. กรณีฉุกเฉิน

จากที่พิจารณาวิเคราะห์เปรียบเทียบหลักเกณฑ์ทางกฎหมายข้างต้น เป็นหลักเกณฑ์ในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมในกรณีปกติ ในส่วนกรณีฉุกเฉินจากการศึกษาของทั้งสามประเทศจะพบว่า ประเทศแอฟริกาได้กำหนดเรื่องโทรเวชกรรมกรณีฉุกเฉิน (Emergency telemedicine) ซึ่งกำหนดว่า โทรเวชกรรมกรณีฉุกเฉินเป็นให้เป็นไปตามการตัดสินใจของแพทย์ และหากมีข้อบ่งชี้ว่าต้องส่งต่อผู้ป่วยให้ส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาโดยทันที ซึ่งเห็นว่าเป็นหลักการทั่วไป



บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาเรื่อง “ความรับผิดชอบละเมิดของแพทย์ : ศึกษากรณีการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม” วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในลักษณะการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นมา แนวความคิด ความสำคัญและประโยชน์ของการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ศึกษาปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับความรับผิดชอบละเมิดของแพทย์ที่รักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกฎหมายว่าด้วยการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมของต่างประเทศและประเทศไทย เพื่อวางมาตรการทางกฎหมายของมาตรฐานการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมของประเทศไทยอย่างเหมาะสม

5.1 บทสรุป

แม้สิทธิของบุคคลที่จะได้รับการบริการสาธารณสุขในประเทศตนโดยเสมอภาคถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่บัญญัติไว้ทั้งในกฎหมายระหว่างประเทศและกฎหมายภายใน ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 กำหนดว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งรัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่โดยตรงได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนให้มากที่สุดทั้งใน ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและถิ่นทุรกันดาร เพื่อให้คุณภาพชีวิตที่ดีและลดความเหลื่อมล้ำ จนได้จัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในส่วนภูมิภาคทั้งบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ในรูปแบบเครือข่ายบริการแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นรายแห่ง สร้างความเชื่อมโยงในภาพของเครือข่ายบริการสามารถรองรับการส่งต่อเพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชน จะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานทั่วถึงเป็นธรรม

ประเทศไทยจึงมีแนวคิดนำการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม มาประยุกต์ใช้ในการให้บริการสาธารณสุขในการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ หรือระดับตติยภูมิเป็นหลัก เช่น โรงพยาบาลน่าน และโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ ด้วยประโยชน์ต่าง ๆ ของเทคโนโลยีมีสารสนเทศและการสื่อสารที่นำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ซึ่งมีหลายประเทศที่ใช้ประโยชน์จากโทรเวชกรรมอย่างแพร่หลายมีกฎหมายในเรื่องการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมเพื่อที่จะให้แพทย์รู้หน้าที่และผู้ป่วยรู้สิทธิ แต่จากการศึกษา ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายหรือข้อบังคับกำหนดหรือวางมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมไว้โดยเฉพาะ ในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมจึงอาจเกิดความเสียหายเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้ เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแก่ผู้ป่วยจึงต้องมาพิจารณาในเรื่องความรับผิดชอบละเมิดของแพทย์

เมื่อพิจารณาหลักกฎหมายที่เกี่ยวกับความผิดทางละเมิดของแพทย์ กรณีแพทย์ได้กระทำทุรเวชปฏิบัติ (Medical Malpractice) ทั้งของประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศมาเลเซีย ประเทศแอฟริกาใต้ และประเทศไทยนั้น ในการพิจารณาว่าแพทย์กระทำประมาทหรือไม่นั้น ใช้หลักในการพิจารณาเหมือนกัน กล่าวคือ ในการรักษาพยาบาลที่จะถือว่าแพทย์กระทำโดยประมาทหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาว่าแพทย์ได้ดำเนินการรักษาพยาบาลต่ำกว่าระดับมาตรฐานความระมัดระวังในการรักษาพยาบาลหรือไม่ หากว่าแพทย์ได้ใช้ความระมัดระวังในการวินิจฉัยโรคแล้ว แม้จะเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย ถือว่าแพทย์กระทำโดยประมาทไม่ได้ ซึ่งระดับความระมัดระวังของผู้ประกอบวิชาชีพก็จะต้องใช้ระดับความระมัดระวังโดยพิจารณาจากผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถในระดับเดียวกันจะใช้ความระมัดระวังเพียงใด กล่าวคือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก็ต้องใช้ระดับความระมัดระวังเช่นเดียวกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ผู้เชี่ยวชาญก็ต้องใช้ระดับความระมัดระวังเช่นเดียวกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และขณะเดียวกันต้องพิจารณาประกอบมาตรฐานความระมัดระวังในการรักษาที่กำหนดไว้โดยองค์กรวิชาชีพกำหนดด้วย

ต่อมาเมื่อพิจารณามาตรฐานความระมัดระวังในการรักษาที่กำหนดไว้โดยแพทยสภา ตามข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 ข้อ 15 ที่กำหนดว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้น ๆ ภายใต้อำนาจและความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะ วิสัย และพฤติการณ์ที่มีอยู่ อย่างเช่น หากผู้ป่วยมาด้วยโรคหัวใจขาดเลือด หากแพทย์ได้ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557 ถือได้ว่าแพทย์ได้รักษาเป็นไปตามมาตรฐานความระมัดระวังแล้ว ซึ่งที่กล่าวมาข้างต้นนี้คือการรักษาแบบปกติ กล่าวคือเป็นการรักษาแบบตัวต่อตัว แต่การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมมีความแตกต่างจากการรักษาตามปกติอยู่หลายประการซึ่งจากการมีการนำการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมมาใช้งานใน 2 ลักษณะ คือ การใช้โทรเวชกรรมระหว่างแพทย์กับแพทย์ หรือการใช้โทรเวชกรรมระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งแพทย์กับผู้ป่วยอาจไม่เคยเจอกันมาก่อน จึงต้องมีการกำหนดวิธีการขั้นตอนที่เข้มข้นมากกว่า

การนำโทรเวชกรรมมาใช้ระหว่างแพทย์กับแพทย์ โดยแต่ละประเทศที่ทำการศึกษาก็ได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ทางกฎหมายเพื่อกำหนดมาตรฐานการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรมด้วยแล้ว หลักการสำคัญคือ มีการกำหนดคำนิยามของโทรเวชกรรม หน้าที่ของแพทย์ต่อผู้ป่วย วิธีในการรักษา และความยินยอม ซึ่งแพทย์ไม่รักษาหรือไม่ปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดถือว่า แพทย์รักษาต่ำกว่ามาตรฐานความระมัดระวังที่แพทย์พึงต้องกระทำ ถือว่าแพทย์กระทำโดยประมาทเลินเล่อ หากเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการกระทำของแพทย์ดังกล่าวแล้ว แพทย์จึงต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้ป่วย

ดังนั้น การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมของประเทศไทยในปัจจุบันนี้ยังไม่ได้มีการกำหนดมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยไว้จึงอาจจะเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยที่อาจไม่ได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐาน ส่วนแพทย์อาจต้องรับผิดชอบละเมิดเพราะไม่ทราบว่ามาตรฐานในการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรมนั้นเป็นอย่างไร ซึ่งวิธีที่จะคุ้มครองทั้งแพทย์และผู้ป่วยได้นั้น จึงต้องกำหนดมาตรการทางกฎหมายด้วยการกำหนดมาตรฐานการรักษา ซึ่งถ้าหากแพทย์ได้รับการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรมเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดแล้ว แพทย์ย่อมได้รับความคุ้มครองไม่ต้องรับผิดชอบละเมิด ผู้ป่วยก็ได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐานและได้รับการรักษาอย่างทันที่ทั้งที่

5.2 ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้เขียนพบว่า การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมของประเทศไทยในปัจจุบันนี้ยังไม่ได้มีการกำหนดมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยไว้ จึงควรกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์มาตรฐานความระมัดระวังของแพทย์ในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม ฉะนั้นผู้เขียนจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.2.1 สมควรกำหนดให้แพทยสภาซึ่งเป็นองค์กรในการควบคุมผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมดำเนินการกำหนดให้มีมาตรการทางกฎหมาย โดยออกเป็นประกาศแพทยสภาเพื่อกำหนดมาตรฐานการรักษาของแพทย์ด้วยวิธี โทรเวชกรรม เหตุผลที่ออกเป็นประกาศแพทยสภาเนื่องจากการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรมในประเทศไทยแพทย์ได้มีการนำมาใช้กันบ้างแล้ว การออกเป็นประกาศแพทยสภาในการกำหนดมาตรฐานมีความรวดเร็วกว่าการที่จะออกเป็นกฎหมายระดับพระราชบัญญัติ โดยเทียบเคียงกับประกาศแพทยสภา ที่ 1/2540 เรื่อง มาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ซึ่งก็ออกเป็นประกาศแพทยสภาเพื่อให้การบริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นไปอย่างมีมาตรฐาน

5.2.2 การกำหนดค่านิยมของโทรเวชกรรม เห็นว่าควรกำหนดให้เป็นการใช้โทรเวชกรรมระหว่างแพทย์ด้วยกัน ประการแรก ประกาศแพทยสภามีอำนาจในการควบคุมมาตรฐานการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น ประการที่สอง การรักษาให้แก่ผู้ป่วย การตรวจร่างกาย หรือการประเมินอาการของผู้ป่วยถือว่าเป็นขั้นตอนสำคัญในการวินิจฉัยโรค จึงเห็นควรกำหนดให้แพทย์เท่านั้นเป็นผู้ใช้โทรเวชกรรมในการรักษาผู้ป่วย

ดังนั้น เห็นควรกำหนดค่านิยมของโทรเวชกรรมไว้ว่า คำว่า “โทรเวชกรรม” หมายความว่า การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยการใช้การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสถานที่หนึ่งกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอีกสถานที่หนึ่ง เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวก ปรับปรุง และเพิ่มประสิทธิภาพทางคลินิก การศึกษาและวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการวิจัย โดยเฉพาะภายใต้การให้บริการในประเทศไทย

5.2.3 หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต่อผู้ป่วย เห็นว่า เมื่อกำหนดให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นผู้ให้การรักษา ดังนั้น แพทย์จึงต้องปฏิบัติตามข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 และควรกำหนดหน้าที่ของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วยเพิ่มเติม ดังนี้ แพทย์มีหน้าที่รักษาประโยชน์สูงสุดหรือความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยเสมอ แพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการเกี่ยวกับเงื่อนไขในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม มีหน้าที่รักษาความลับของผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย และแพทย์ไม่ควรให้คำแนะนำทางการแพทย์หรือให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม โดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับประเทศแอฟริกาใต้

5.2.4 วิธีการให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม เนื่องจากในต่างประเทศที่ทำการศึกษาคือ ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศแอฟริกาใต้ กำหนดผู้ให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมอาจจะไม่ใช่แพทย์ก็ได้ จึงต้องมีการกำหนดขั้นตอนและวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้เป็นมีมาตรฐานความระมัดระวังที่ชัดเจน เช่น มีการกำหนดให้ตรวจสอบประวัติผู้ป่วย ประวัติทางการแพทย์ และการรักษาเป็นเป็นไปตามมาตรฐานความระมัดระวังเช่นเดียวกับการรักษาตัวต่อตัวแต่ถ้าประเทศมาเลเซียกำหนดให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และกำหนดวิธีการให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมเพียงว่า ก่อนที่แพทย์จะให้การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเสียก่อน

ในส่วนของประเทศไทย ผู้เขียนเห็น ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการกำหนดวิธีการให้การรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรมที่มีความครอบคลุมและเหมาะสม จึงเห็น ควรกำหนดวิธีการรักษาด้วย โทรเวชกรรมตามแบบของ ประเทศสหรัฐอเมริกา ดังนี้

1. ก่อนที่แพทย์จะประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วยวิธี โทรเวชกรรม ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเสียก่อน

2. การประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วยวิธี โทรเวชกรรมจะต้องอยู่ภายใต้มาตรฐาน ความระมัดระวังเช่นเดียวกับการรักษาตัวต่อตัว

3. การประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วยวิธี โทรเวชกรรม ให้รวมถึง การอธิบายเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของตัวเลือกในการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย ซึ่งทำผ่านการ ใช้ โทรเวชกรรมด้วย ซึ่งอยู่ภายใต้มาตรฐานความระมัดระวังเช่นเดียวกับรักษาตัวต่อตัว

5.2.5 ความยินยอม

ในเรื่องความยินยอมของผู้ป่วยในการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรม ทั้งสามประเทศ ได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์สำคัญเช่นเดียวกันว่า ก่อนที่แพทย์จะให้การรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรม ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเสียก่อน ในรูปแบบของ (informed consent) ซึ่งรายละเอียดในการขอความยินยอมเห็นว่าประเทศมาเลเซียมีความเหมาะสม จึงเห็นควรกำหนด ดังนี้

1. ความยินยอมของผู้ป่วยอาจจะด้วยวาจา หรือเป็นลายลักษณ์อักษร
2. ความยินยอมจากผู้ป่วยจะไม่มีผลหากไม่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องต่อไปนี้
 - (ก) ผู้ป่วยสามารถถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้
 - (ข) ความเสี่ยง ผลกระทบ และประโยชน์จากการรักษาด้วยวิธี โทรเวชกรรม
 - (ค) จะได้รับการรักษาความลับในข้อมูลใด ๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับจากการรักษา

หรือที่เปิดเผยในระหว่างการรักษาทาง โทรเวชกรรม

(ง) ภาพหรือข้อมูลใด ๆ ที่ใช้ในการสื่อสารในระหว่างหรือเป็นผลจากการติดต่อรักษาทาง โทรเวชกรรมของผู้ป่วย จะไม่ถูกเปิดเผยแพร่ให้แก่ผู้วิจัยหรือบุคคลอื่นใด โดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย

5.2.6 กรณีฉุกเฉิน

ในกรณีฉุกเฉินผู้เขียนได้สัมภาษณ์ความคิดเห็นจากแพทย์¹⁹⁴ว่า หากกรณีฉุกเฉินเกิดขึ้นในโรงพยาบาล แพทย์ไม่อาจส่งต่อได้ทันทีที่ปกติมีขั้นตอนอย่างไร หรือถ้ากำหนดการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมในกรณีฉุกเฉินจะมีขั้นตอนเหมือนกรณีปกติไหม แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์ตอบว่า ในกรณีฉุกเฉินไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมจะขึ้นกับดุลพินิจและการตัดสินใจของแพทย์ หากทำไปเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก

ส่วนกรณีฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล หากไม่ใช้การรักษาระหว่างแพทย์กับแพทย์ ควรกำหนดอย่างไร กรณีฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ให้ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เป็นผู้ทำการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยวิธีโทรเวชกรรมได้ แต่โดยให้ปฏิบัติภายใต้การกำกับดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ส่วนการกำหนดมาตรฐานการรักษากรณีฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์ตอบว่ามาตรฐานในกรณีฉุกเฉินย่อมเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์

ดังนั้น การกำหนดการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมกรณีฉุกเฉิน ผู้เขียนขอเสนอ ดังนี้

1. กรณีฉุกเฉิน จำเป็นเร่งด่วนซึ่งไม่อาจได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยได้ การรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรมย่อมกระทำได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย
2. กรณีฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล หากผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทำการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยวิธีโทรเวชกรรม ให้ปฏิบัติภายใต้การกำกับดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้ มาตรฐานให้เป็นไปตามที่มหาวิทยาลัยแพทยฉุกเฉินแห่งประเทศไทยเป็นผู้กำหนด

¹⁹⁴ สัมภาษณ์ นายแพทย์ณัฐภูมิ กุลทรัพย์สมบัติ, นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลวังจันทร์, 14 กรกฎาคม 2562.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กระทรวงการต่างประเทศ. “คำแปลปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948.”

กระทรวงการต่างประเทศ. “คำแปลกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม”

กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์. “ระบบบริการสุขภาพ (HEALTH CARE SYSTEM).” www.elahs.ssru.ac.th/klarnarong_wo/pluginfile.php/34/block_html/content/%25E0%25B8%25A3%25E0%25B8%25B0%25E0%25B8%259A%25E0%25B8%259A%25E0%25B8%259A%25E0%25B8%25A3%25E0%25B8%25B4%25E0%25B8%2581%25E0%25B8%25B2%25E0%25B8%25A3%25E0%25B8%25AA%25E0%25B8%25B8%25E0%25B8%2582%25E0%25B8%25A0%25E0%25B8%25B2%25E0%25B8%259E.pdf+%&c d=6&hl=th&ct=clnk&gl=th, 26 มิถุนายน 2562.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. “รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2560.” http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/report-gis60_10Jan2019.pdf, 3 กุมภาพันธ์ 2562.

เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ. Service Sharing 2018 5th Service Plan รวมใจก้าวไกล 4.0. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2560.

เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ. การขับเคลื่อนแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2560.

เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561 – 2565. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2559.

คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. หลักกฎหมายระหว่างประเทศทั่วไปเกี่ยวกับสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชน กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร : บริษัท SM เซอร์คิตเพรส จำกัด, 2550.

คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

- จิตติ ดิงศภัทย์. คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์บรรพ 2 มาตรา 354 ถึงมาตรา 452 ว่าด้วยมูลเหตุแห่งหนี้. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523.
- จิตติ ดิงศภัทย์. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 2 มาตรา 354 ถึง 452 ว่าด้วยมูลเหตุแห่งหนี้. พิมพ์ครั้งที่ 5 แก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, 2526.
- ชัชณะ มะกรสาร, ศิวาพร สัจรวม และสินีนานู อันนุรี. “ระบบบริการทางการแพทย์,” ในหนังสือ Thailand Medical Services Profile 2011-2014 (การแพทย์ไทย 2554-2557) First Edition, จัดพิมพ์โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 1. กรุงเทพมหานคร, 2557.
- ดวงกมล ศรีประเสริฐ. “อำนาจแพทย์ และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย.” วารสาร ธรรมศาสตร์ (มกราคม-เมษายน 2561) : 80.
- นพพร โปธิรังษิยากร. “ปัญหาข้อกฎหมายเกี่ยวกับทิวเวชปฏิบัติจากการรักษาทางการแพทย์ (ตอนที่ 1).” คูลพาห เล่มที่ 2. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2556) : 25.
- นพพร โปธิรังษิยากร. “ปัญหาข้อกฎหมายเกี่ยวกับทิวเวชปฏิบัติจากการรักษาทางการแพทย์ (ตอนที่ 2).” คูลพาห เล่มที่ 3. (กันยายน-ธันวาคม 2556): 139.
- นายแพทย์ณัฐภูมิ กุลทรัพย์สมบัติ. นายแพทย์ชำนาญการ. สัมภาษณ์. โรงพยาบาลวังจันทร์. 14 กรกฎาคม 2562.
- นิรมัย พิศเกษ มั่นจิตร. กฎหมายว่าสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการทางด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2561.
- แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก สำหรับแพทย์
- บุศร ประดิษฐ์วิช. แพทยยาวิชาชีพหรือการค้า. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2532.
- ประจักษ์ พุทธิสมบัติ. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะละเมิดและจัดการงานนอกสั่ง (ฉบับปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพมหานคร : ศรีสมบัติการพิมพ์, 2538.
- พวงชมพู ประเสริฐ. “ระบบบริการสาธารณสุข”คนไทยเข้าถึงแต่ยังเหลื่อมล้ำ.” <http://www.komchadluek.net/news/edu-health/338987>, 14 กุมภาพันธ์ 2562.
- พิชญ์ กลิ่นมาลี. “หลักสาเหตุใกล้ชิดในประเทศไทย.” วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ เล่มที่ 2. ปีที่ 8 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2560) : 115.
- เพ็ญ เพ็งนิติ. คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร : บริษัท กรุงสยาม พับลิชชิง จำกัด, 2561.

- ไพจิตร ปุญญพันธ์. คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะละเมิด. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์นิติบรรณการ, 2557.
- ภูมิ โชคเหมาะ. “แนวทางการพิจารณาคดีความผิดทางแพ่งและอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะ : ศึกษากรณีวิชาชีพทนายความและวิชาชีพแพทย์.” ใน โครงการวิจัยเสนอสถาบันวิจัยรพีพัฒนศักดิ์ สำนักงานศาลยุติธรรม. โดยมหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร, 2557.
- เมธิกา ตรีรัตนชวิต. “ปัจจัยสำเร็จและแนวทางในการติดตั้งและใช้งานระบบโทรเวชกรรมอย่างต่อเนื่อง กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์.” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2556.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560.
- เริงฤดี ปธานวนิช. “องค์ประกอบของทฤษฎีปฏิบัติ.” วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. เล่ม 2. ปีที่ 3. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2560) : 211-227.
- วรพจน์ วิสชุดพิชญ์. สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2543.
- วรพจน์ วิสชุดพิชญ์. สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2538.
- วารี นาสกุล. คำอธิบายกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะละเมิด จัดการงานนอกสั่ง และลามิควรได้. กรุงเทพมหานคร : หจก.จิวรัชการพิมพ์, 2553.
- วารี นาสกุล. คำอธิบายกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะละเมิด จัดการงานนอกสั่ง และลามิควรได้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บริษัท กรุงสยาม พับลิชชิ่ง จำกัด, 2557.
- วิฑูรย์ ตรีสุนทรรัตน์ และนายธรรม สุทธิบัติ. กฎหมายการแพทย์ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว Informed Consent. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์นิติธรรม, 2561.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. กฎหมายการแพทย์: ความรับผิดชอบกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2546.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และไพศาล ลิ้มสฤติ. “คำแปลปฏิญญาสิทธิสบอนว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก”
- ศนันท์ภรณ์ โสทธิพันธ์. คำอธิบายกฎหมายลักษณะละเมิด จัดการงานนอกสั่ง ลามิควรได้. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2561.
- ศักดิ์ สนองชาติ. คำอธิบายโดยย่อประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ว่าด้วย ละเมิด และความรับผิดชอบทางละเมิด. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์นิติบรรณการ, 2551.

สวิง ปันจัยสีห์ และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก สำหรับแพทย์.

กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธนาเพรส จำกัด, 2556.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.”

<https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTAzMA==>, 26 มิถุนายน 2562.

หทัยชนก ห่อววงศ์. “ปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ.” วิทยานิพนธ์

มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559.

อภิวรรณ อินสร. “กระบวนการยุติธรรมเกี่ยวกับคดีทุรเวชปฏิบัติในประเทศไทย : กรณีศึกษาเฉพาะ

การดำเนินคดีแพ่ง.” วิทยานิพนธ์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.

เอื้อน ชุนแก้ว. ความรับผิดชอบทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร : บริษัท กรุงสยาม พับลิชชิ่ง จำกัด, 2559.

ภาษาต่างประเทศ

AMA Principles of Medical Ethics: I, IV, VI, “Code of Medical Ethics Opinion 1.1.4”

B. Sonny Bal. “An Introduction to Medical Malpractice in the United States.” 2. Clinical Orthopaedics and Related Research (February 2009) : 339.

Benschoter RA, Eaton MT, Smith P. “Use of videotape to provide individual instruction in techniques of psychotherapy.” 12 Academic Medicine. (1965) : 1159–1161.

Black’s Law Dictionary. 7th Ed. Medical Malpractice (definition) (1999) : 971.

CLAUDINE LEONE. “New Telemedicine Law in New Jersey.” 3 Perspectives (2017) : 24.

Commission Staff Working Document. “On the applicability of the existing EU legal framework to telemedicine services to telemedicine services June 2012.”,

<http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/commission-staff-working-document-applicability-existing-eu-legal-framework-telemedicine>, October 12, 2018.

Craig J, Patterson V. “Introduction to the practice of telemedicine.” 11 Journal of Telemedicine and Telecare. (2005) : 3–9.

Einthoven W. “Le télécadiogramme [The telecardiogram].” 4 Archives Internationales de Physiologie, (1906) : 132.

Fremgen, Bonnie F. Medical law and ethics. 4th ed. Boston : Pearson, 2012.

Health Professions Council of South Africa, “General Ethical Guidelines for Good Practice in Telemedicine,” (AUG 2014).

- Jonathan Herring, medical law and ethics, 5 th ed. Great Clarendon Street : Oxford, 2014.
- L. C. Coetzee & Pieter Carstens. "Medical Malpractice and Compensation in South Africa." 86 Chi.-Kent L. Rev.(2011) : p.1282.
- Mable Kekana, Pitso Noe, Boyce Mkhize. "The practice of telemedicine and challenges to the regulatory authorities." SAJBL (June 2010) : 33.
- Michael D. Greenberg. "Medical Malpractice and New Devices: Defining an Elusive Standard of Care." 19Health Matrix: The Journal of Law-Medicine (2009) : 426.
- M Y Rathor. "Informed Consent: A Socio-Legal Study" 66 Med J Malaysia. (December 2011) : 425.
- (New) Telemedicine and Telehealth §§1-6 - C.45:1-61 to45:1-66.
- Puteri Nemie Jahn Kassim. "Suing for medical negligence : issues and challenges"
http://irep.iium.edu.my/42810/3/Med_Neg_UPM.pdf, June ,2019.
- Puteri Nemie bt. Jahn Kassim. "MEDICAL NEGLIGENCE LITIGATION IN MALAYSIA: CURRENT TREND AND PROPOSALS FOR REFORM."
http://mdm.org.my/downloads/dr_puteri_nemie.pdf, June ,2019.
- S. Scalvini, et al.. "Telemedicine: a new frontier for effective healthcare services." Monaldi Arch Chest Dis. (2004) : 227.
- TELEMEDICINE ACT 1997
- Timothy K. Mackey, MAS, and Bryan A. Liang, "The Role of Practice Guidelines in Medical Malpractice Litigation American Medical Association." 13 Journal of Ethics (January 2011) : 36.
- Wootton R, Jebamani LS, Dow SA. "E-health and the Universitas 21 organization: 2. Telemedicine and underserved populations." 5 Journal of Telemedicine and Telecare. (November 2005) : 221–224.
- World Health Organization. "A health telematics policy: Report of the WHO group consultation on health telematics Geneva. 11–16 December 1997." World Health Organization (1998) : 10-11.
- World Health Organization. "Telemedicine: opportunities and developments in Member States : Report on the second global survey on eHealth 2009." 2 Global Observatory for eHealth series (2010) : 8-9.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

คำแปลปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948



ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน
Universal Declaration of Human Rights

60

ปฏิญญาสากล
ว่าด้วย
สิทธิมนุษยชน

ศักดิ์ศรีและความยุติธรรม
สำหรับเราทุกคน

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน

ได้รับการรับรองและประกาศโดยข้อมติสมัชชา
สหประชาชาติที่ 217 เอ (III) วันที่ 10 ธันวาคม
พ.ศ. 2491

อารัมภบท

โดยที่การยอมรับศักดิ์ศรีแต่กำเนิด และสิทธิที่
เท่าเทียมกันและที่ไม่อาจเพิกถอนได้ของสมาชิก
ทั้งหมดแห่งครอบครัวมนุษยชาติ เป็นพื้นฐานแห่ง
อิสรภาพ ความยุติธรรม และสันติภาพในโลก

โดยที่การไม่นำพาและการหมิ่นในคุณค่าของ
สิทธิมนุษยชน ยังผลให้มีการกระทำอันป่าเถื่อน
ซึ่งเป็นการขัดอย่างร้ายแรงต่อมโนธรรมของ
มนุษยชาติ และการมาถึงของโลกที่ได้มีการ
ประกาศให้ความมีอิสรภาพในการพูดและ
ความเชื่อ และอิสรภาพจากความหวาดกลัวและ
ความต้องการของมนุษย์ เป็นความปรารถนาสูงสุด
ของประชาชนทั่วไป

โดยที่เป็นการจำเป็นที่สิทธิมนุษยชนควรได้รับความคุ้มครองโดยหลักนิติธรรม ถ้าจะไม่บังคับให้คนต้องหันเข้าหาการลุกขึ้นต่อต้านทรราชและการกดขี่เป็นวิถีทางสุดท้าย

โดยที่เป็นการจำเป็นที่จะส่งเสริมพัฒนาการแห่งความสัมพันธ์ฉันมิตรระหว่างชาติต่างๆ

โดยที่ประชาชนแห่งสหประชาชาติได้ยืนยันอีกครั้งไว้ในกฎบัตรถึงศรัทธาในสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ในศักดิ์ศรีและค่าของมนุษย์ และในสิทธิที่เท่าเทียมกันของบรรดาชายและหญิง และได้มุ่งมั่นที่จะส่งเสริมความก้าวหน้าทางสังคมและมาตรฐานแห่งชีวิตที่ดีขึ้นในอิสรภาพอันกว้างขวางยิ่งขึ้น

โดยที่รัฐสมาชิกต่างปฏิญาณที่จะบรรลุถึงซึ่งการส่งเสริมการเคารพและการยึดถือสิทธิมนุษยชนและอิสรภาพขั้นพื้นฐานโดยสากล โดยความร่วมมือกับสหประชาชาติ

โดยที่ความเข้าใจร่วมกันในสิทธิและอิสรภาพเหล่านี้ เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพื่อให้ปฏิญานี้สำเร็จผลเต็มบริบูรณ์

ฉะนั้น บัดนี้ สมัชชาจึงประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนนี้ ให้เป็นมาตรฐานร่วมกันแห่งความสำเร็จสำหรับประชาชนทั้งมวล และประชาชาติทั้งหลาย เพื่อจุดมุ่งหมายที่ว่า บังคับบุคคลทุกคนและทุกส่วนของสังคม โดยการคำนึงถึงปฏิญญานี้เป็นเงื่อนไข จะมุ่งมั่นส่งเสริมการเคารพสิทธิและอิสรภาพเหล่านี้ ด้วยการสอนและการศึกษา และให้มีการยอมรับและยึดถือโดยสากลอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยมาตรการแห่งชาติและระหว่างประเทศอันก้าวหน้าตามลำดับ ทั้งในบรรดาประชาชนของรัฐสมาชิกด้วยตนเอง และในบรรดาประชาชนของดินแดนที่อยู่ใต้เขตอำนาจแห่งรัฐนั้น

ข้อ 1 มนุษย์ทั้งปวงเกิดมามีอิสระและเสมอภาคกันในศักดิ์ศรีและสิทธิ ต่างในตนมีเหตุผลและมโนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันด้วยจิตวิญญานแห่งภราดรภาพ

ข้อ 2 ทุกคนย่อมมีสิทธิและอิสรภาพทั้งปวงตามที่กำหนดไว้ในปฏิญญานี้ โดยปราศจากการแบ่งแยกไม่ว่าชนิดใด อาทิ เชื้อชาติ ผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมืองหรือทางอื่น พื้นเพทางชาติหรือสังคม ทรัพย์สิน การเกิดหรือสถานะอื่น นอกเหนือจากนี้ จะไม่มีการแบ่งแยกใดบนพื้นฐานของสถานะทางการเมืองทางกฎหมาย หรือทางการระหว่างประเทศของประเทศ หรือดินแดนที่บุคคลสังกัด ไม่ว่าดินแดนนี้จะเป็นเอกราช อยู่ในความพิทักษ์ มิได้ปกครองตนเอง หรืออยู่ภายใต้การจำกัดอธิปไตยอื่นใด

ข้อ 3 ทุกคนมีสิทธิในการมีชีวิต เสรีภาพ และความมั่นคงแห่งบุคคล

ข้อ 4 บุคคลใดจะตกอยู่ในความเป็นทาสหรือสภาวะจำยอมไม่ได้ ทั้งนี้ ห้ามความเป็นทาสและการค้าทาสทุกรูปแบบ

ข้อ 5 บุคคลใดจะถูกกระทำการทรมานหรือการปฏิบัติหรือการลงโทษที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรีไม่ได้

ข้อ 6 ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการยอมรับทุกแห่งหนว่าเป็นบุคคลตามกฎหมาย

ข้อ 7 ทุกคนเสมอภาคกันตามกฎหมายและมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองของกฎหมายเท่าเทียมกัน โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองเท่าเทียมกันจากการเลือกปฏิบัติ อันเป็นการล่วงละเมิดปฏิญญาฯนี้ และจากการยุยงให้มีการเลือกปฏิบัติดังกล่าว

ข้อ 8 ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาอันมีประสิทธิผลจากศาลที่มีอำนาจแห่งรัฐต่อการกระทำอันล่วงละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐาน ซึ่งตนได้รับตามรัฐธรรมนูญหรือกฎหมาย

ข้อ 9 บุคคลใดจะถูกจับกุม กักขัง หรือเนรเทศตามอำเภอใจไม่ได้

ข้อ 10 ทุกคนย่อมมีสิทธิในความเสมอภาคอย่างเต็มที่ในการได้รับการพิจารณาคดีที่เป็นธรรมและเปิดเผยจากศาลที่อิสระและไม่ลำเอียงในการพิจารณากำหนดสิทธิและหน้าที่ของตนและข้อกล่าวหาอาญาใดต่อตน

ข้อ 11 (1) ทุกคนที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำผิดทางอาญา มีสิทธิที่จะได้รับการสันนิษฐานไว้ก่อนว่าบริสุทธิ์จนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่ามีความผิดตามกฎหมายในการพิจารณาคดีที่เปิดเผย ซึ่งตนได้รับหลักประกันที่จำเป็นทั้งปวงสำหรับการต่อสู้คดี

(2) บุคคลใดจะถูกตัดสินว่ามีความผิดทางอาญาได้ อันเนื่องจากการกระทำหรือละเว้นใดอันมิได้ถือว่าเป็นความผิดทางอาญาตามกฎหมายแห่งชาติหรือกฎหมายระหว่างประเทศ ในขณะที่ได้กระทำการนั้นไม่ได้ และจะกำหนดโทษที่หนักกว่าที่บังคับใช้ในขณะที่ได้กระทำความผิดทางอาญานั้นไม่ได้

ข้อ 12 บุคคลใดจะถูกแทรกแซงตามอำเภอใจในความเป็นส่วนตัว ครอบครัว ที่อยู่อาศัย หรือการสื่อสาร หรือจะถูกลบลู่เกียรติยศและชื่อเสียงไม่ได้ ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองของกฎหมายต่อการแทรกแซงสิทธิหรือการลบลู่ดังกล่าวนั้น

ข้อ 13 (1) ทุกคนมีสิทธิในอิสรภาพแห่งการเคลื่อนย้ายและการอยู่อาศัยภายในพรมแดนของแต่ละรัฐ

(2) ทุกคนมีสิทธิที่จะออกนอกประเทศได้ รวมทั้งประเทศของตนเอง และสิทธิที่จะกลับสู่ประเทศตน

ข้อ 14 (1) ทุกคนมีสิทธิที่จะแสวงหา และที่จะได้ที่ลี้ภัยในประเทศอื่นจากการประหัตประหาร

(2) สิทธินี้จะยกขึ้นกล่าวอ้างกับกรณีที่มีการดำเนินคดีที่เกิดขึ้นโดยแท้ จากความผิดที่มีใช้ทางการเมืองหรือจากการกระทำอันขัดต่อวัตถุประสงค์และหลักการของสหประชาชาติไม่ได้

ข้อ 15 (1) ทุกคนมีสิทธิในสัญชาติหนึ่ง

(2) บุคคลใดจะถูกเพิกถอนสัญชาติของตนตามอำเภอใจ หรือถูกปฏิเสธสิทธิที่จะเปลี่ยนสัญชาติของตนไม่ได้

ข้อ 16 (1) บรรดาชายและหญิงที่มีอายุครบบริบูรณ์แล้ว มีสิทธิที่จะสมรสและก่อร่างสร้างครอบครัวโดยปราศจากการจำกัดใด อันเนื่องจากเชื้อชาติ สัญชาติ หรือศาสนา ต่างย่อมมีสิทธิเท่าเทียมกันในการสมรส ระหว่างการสมรส และในการขาดจากการสมรส

(2) การสมรสจะกระทำโดยความยินยอม
อย่างอิสระและเต็มใจของผู้ที่จะเป็นคู่สมรสเท่านั้น

(3) ครอบครัวเป็นหน่วยธรรมชาติและ
พื้นฐานของสังคม และย่อมมีสิทธิที่จะได้รับความ
คุ้มครองจากสังคมและรัฐ

ข้อ 17 (1) ทุกคนมีสิทธิที่จะเป็นเจ้าของ
ทรัพย์สินโดยตนเอง และโดยร่วมกับผู้อื่น

(2) บุคคลใดจะถูกเอาทรัพย์สินไปจาก
ตนตามอำเภอใจไม่ได้

ข้อ 18 ทุกคนมีสิทธิในอิสรภาพแห่งความคิด
มโนธรรม และศาสนา ทั้งนี้ สิทธินี้รวมถึงอิสรภาพ
ในการเปลี่ยนศาสนาหรือความเชื่อ และอิสรภาพ
ในการแสดงออกทางศาสนาหรือความเชื่อถือ
ของตนในการสอน การปฏิบัติ การสักการบูชา
และการประกอบพิธีกรรม ไม่ว่าจะโดยลำพังหรือ
ในชุมชนร่วมกับผู้อื่น และในที่สาธารณะหรือ
ส่วนบุคคล

ข้อ 19 ทุกคนมีสิทธิในอิสรภาพแห่งความเห็น
และการแสดงออก ทั้งนี้ สิทธินี้รวมถึงอิสรภาพที่

จะถือเอาความเห็นโดยปราศจากการแทรกแซง และที่จะแสวงหา รับ และส่งข้อมูลข่าวสารและ ข้อคิดผ่านสื่อใด และโดยไม่คำนึงถึงพรมแดน

ข้อ 20 (1) ทุกคนมีสิทธิในอิสรภาพแห่งการ ชุมนุมและการสมาคมโดยสันติ
(2) บุคคลใดไม่อาจถูกบังคับให้สังกัด สมาคมหนึ่งได้

ข้อ 21 (1) ทุกคนมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการ ปกครองประเทศตนโดยตรง หรือผ่านผู้แทนซึ่ง ได้รับเลือกตั้งโดยอิสระ

(2) ทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการ สาธารณะในประเทศตนโดยเสมอภาค

(3) เจตจำนงของประชาชนจะต้อง เป็นพื้นฐานแห่งอำนาจการปกครอง ทั้งนี้ เจตจำนงนี้จะต้องแสดงออกทางการเลือกตั้งตาม กำหนดเวลาและอย่างแท้จริง ซึ่งต้องเป็นการ ออกเสียงอย่างทั่วถึงและเสมอภาค และต้อง เป็นการลงคะแนนลับ หรือวิธีการลงคะแนนโดย อิสระในทำนองเดียวกัน

ข้อ 22 ทุกคนในฐานะสมาชิกของสังคม มีสิทธิในหลักประกันทางสังคม และย่อมมีสิทธิในการบรรลุสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม อันจำเป็นยิ่งสำหรับศักดิ์ศรีของตน และการพัฒนาบุคลิกภาพของตนอย่างอิสระ ผ่านความพยายามของรัฐและความร่วมมือระหว่างประเทศ และตามการจัดการและทรัพยากรของแต่ละรัฐ

ข้อ 23 (1) ทุกคนมีสิทธิในการทำงาน ในการเลือกงานโดยอิสระ ในเงื่อนไขที่ยุติธรรมและเอื้ออำนวยต่อการทำงาน และในการคุ้มครองต่อการว่างงาน

(2) ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับค่าจ้างที่เท่าเทียมกัน สำหรับงานที่เท่าเทียมกัน โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด

(3) ทุกคนที่ทำงานมีสิทธิที่จะได้รับค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและเอื้ออำนวยต่อการประกันความเป็นอยู่อันควรค่าแก่ศักดิ์ศรีของมนุษย์สำหรับตนเองและครอบครัว และหากจำเป็นก็จะได้รับการคุ้มครองทางสังคมในรูปแบบอื่นเพิ่มเติมด้วย

(4) ทุกคนมีสิทธิที่จะจัดตั้งและที่จะเข้าร่วมสหภาพแรงงานเพื่อความคุ้มครองผลประโยชน์ของตน

ข้อ 24 ทุกคนมีสิทธิในการพักผ่อนและการผ่อนคลายยามว่าง รวมทั้งจำกัดเวลาทำงานตามสมควร และวันหยุดเป็นครั้งคราวโดยได้รับค่าจ้าง

ข้อ 25 (1) ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนและของครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์ และบริการสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกันยามว่างงาน เจ็บป่วย พิการ หมายวัยชรา หรือปราศจากการดำรงชีพอื่นในสภาวะแวดล้อมนอกเหนือการควบคุมของตน

(2) มารดาและเด็กย่อมมีสิทธิที่จะรับการดูแลรักษาและการช่วยเหลือเป็นพิเศษ เด็กที่ป่วยไม่ว่าจะเกิดในหรือนอกสมรส จะต้องได้รับการคุ้มครองทางสังคมเช่นเดียวกัน

ข้อ 26 (1) ทุกคนมีสิทธิในการศึกษา การศึกษาจะต้องให้เปล่าอย่างน้อยในชั้นประถมศึกษาและขั้นพื้นฐาน การศึกษาระดับประถมจะต้องเป็นภาคบังคับ การศึกษาด้านวิชาการและวิชาชีพจะต้องเปิดเป็นการทั่วไป และการศึกษาระดับสูงขึ้นไปจะต้องเข้าถึงได้อย่างเสมอภาคสำหรับทุกคนบนพื้นฐานของคุณสมบัติความเหมาะสม

(2) การศึกษาจะต้องมุ่งไปสู่การพัฒนาบุคลิกภาพของมนุษย์อย่างเต็มที่ และการเสริมสร้างความเคารพต่อสิทธิมนุษยชนและอิสรภาพขั้นพื้นฐาน การศึกษาจะต้องส่งเสริมความเข้าใจ ชันติธรรม และมีมิตรภาพระหว่างประชาชาติ กลุ่มเชื้อชาติ หรือศาสนาทั้งหมด และจะต้องส่งเสริมกิจกรรมของสหประชาชาติ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสันติภาพ

(3) ผู้ปกครองมีสิทธิเบื้องต้นที่จะเลือกประเภทการศึกษาที่จะให้แก่บุตรของตน

ข้อ 27 (1) ทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าร่วมโดยอิสระ
ในชีวิตทางวัฒนธรรมของชุมชน ที่จะผลิตเพลลิน
กับศิลปะ และมีส่วนร่วมในความรุดหน้า และ
คุณประโยชน์ทางวิทยาศาสตร์

(2) ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการ
คุ้มครองผลประโยชน์ทางจิตใจและทางวัตถุ อัน
เป็นผลจากประดิษฐ์กรรมใดทางวิทยาศาสตร์
วรรณกรรม และศิลปกรรมซึ่งตนเป็นผู้สร้าง

ข้อ 28 ทุกคนย่อมมีสิทธิในระเบียบทางสังคม
และระหว่างประเทศ ซึ่งจะเป็นกรอบให้บรรลุสิทธิ
และอิสรภาพที่กำหนดไว้ในปฏิญญาอย่างเต็มที่

ข้อ 29 (1) ทุกคนมีหน้าที่ต่อชุมชน ซึ่งการ
พัฒนาบุคลิกภาพของตนโดยอิสระและเต็มที่ จะ
กระทำได้ที่แต่ในชุมชนเท่านั้น

(2) ในการใช้สิทธิและอิสรภาพของตน ทุกคนจะต้องอยู่ภายใต้ข้อจำกัด เพียงเท่าที่มี กำหนดไว้ตามกฎหมายเท่านั้น เพื่อวัตถุประสงค์ ของการได้มาซึ่งการยอมรับและการเคารพสิทธิ และอิสรภาพอันควรของผู้อื่น และเพื่อให้สอดคล้อง กับความต้องการอันสมควรทางด้านศีลธรรม ความสงบเรียบร้อยของประชาชน และสวัสดิการ ทั่วไปในสังคมประชาธิปไตย

(3) สิทธิและอิสรภาพเหล่านี้ไม่อาจใช้ ชัดต่อวัตถุประสงค์ และหลักการของสหประชาชาติ ไม่ว่าในกรณีใด

ข้อ 30 ไม่มีบทใดในปฏิญญานี้ ที่อาจตีความ ได้ว่า เป็นการให้สิทธิใดแก่รัฐ กลุ่มคน หรือบุคคลใด ในการดำเนินกิจกรรมใด หรือกระทำการใด อันมุ่ง ต่อการทำลายสิทธิและอิสรภาพใดที่กำหนดไว้ ณ ที่นี้

ภาคผนวก ข
คำแปลกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และ
วัฒนธรรม



กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

(International Convent on Economic, Social and Cultural Rights – ICESCR)

อารัมภบท

รัฐภาคีแห่งกติกาฉบับนี้

พิจารณาว่า ตามหลักการซึ่งได้ประกาศไว้ในกฎบัตรสหประชาชาติการรับรองศักดิ์ศรีที่มีมาแต่กำเนิดและสิทธิเท่าเทียมกันและไม่อาจเพิกถอนได้ของมวลมนุษยชาตินั้นเป็นรากฐานของเสรีภาพ ความยุติธรรมและสันติภาพในโลก

รับรองว่า สิทธิเหล่านี้มาจากศักดิ์ศรีแต่กำเนิดของมนุษย์

รับรองว่า ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน อุดมการณ์ที่ว่าเสรีชนจะต้องปลอดจากความกลัวและความขาดแคลนนั้น จะสามารถสัมฤทธิ์ผลได้ก็ต่อเมื่อมีการสร้างสภาวะซึ่งทุกคนจะได้รับสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม รวมทั้งสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองของตนเท่านั้น

พิจารณาถึงพันธกรณีแห่งรัฐภายใต้กฎบัตรสหประชาชาติในการส่งเสริมการเคารพและการยอมรับ โดยสากลในสิทธิและเสรีภาพมนุษยชน

ตระหนักว่า บังคับบุคคลซึ่งมีหน้าที่ต้องบังคับบุคคลอื่น และต่อประชาคมของตนมีความรับผิดชอบที่จะต้องพยายามส่งเสริมและยอมรับสิทธิที่รับรองไว้ในกติกา

ตกลงกันในข้อต่อไปนี้

ภาค ๑

ข้อ ๑

๑. ประชาชาติทั้งปวงมีสิทธิกำหนดเจตจำนงของตนเอง โดยสิทธินั้น ประชาชาติเหล่านั้นจะกำหนดสถานะทางการเมืองของตนโดยเสรี และพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของตนอย่างเสรี

๒. เพื่อจุดมุ่งหมายของตน ประชาชาติทั้งปวงอาจจัดการ โภคทรัพย์และทรัพยากรธรรมชาติของตนได้อย่างเสรี โดยไม่กระทบต่อพันธกรณีใด ๆ อันเกิดจากร่วมมือทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักการแห่งผลประโยชน์ร่วมกันและกฎหมายระหว่างประเทศ ประชาชาติจะไม่ถูกลิดรอนวิถีทางยังชีพของตนไม่ว่าในกรณีใด

๓. รัฐภาคีแห่งกติกาฉบับนี้ รวมทั้งรัฐที่รับผิดชอบในการบริหารดินแดนที่ไม่ได้ปกครองตนเองและดินแดนในภาวะทรัสตี จะต้องส่งเสริมให้สิทธิในการกำหนดเจตจำนงของตนเองมีผลจริงจัง และจะต้องเคารพสิทธินั้น ตามบทบัญญัติแห่งกฎบัตรสหประชาชาติ

ภาค ๒

ข้อ ๒

๑. รัฐภาคีแต่ละรัฐแห่งกติกานี้รับที่จะดำเนินการ โดยเอกเทศและโดยความร่วมมือและความช่วยเหลือระหว่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางเศรษฐกิจและวิชาการ โดยใช้ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้สัมฤทธิ์ผลในการทำให้สิทธิซึ่งรับรองไว้ในกติกานี้กลายเป็นความจริงอย่างบริบูรณ์โดยลำดับด้วยวิธีที่ปวงที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งรวมทั้งการกำหนดมาตรการทางกฎหมายด้วย

๒. รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับที่จะประกันว่าสิทธิทั้งหลายที่ระบุไว้ในกติกานี้จะใช้ได้โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด ๆ ในเรื่องเชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมืองหรือความคิดเห็นอื่นใด ชาติหรือสังคมดั้งเดิม ทรัพย์สิน กำเนิดหรือสถานะอื่น

๓. ประเทศกำลังพัฒนา โดยคำนึงถึงตามควรต่อสิทธิมนุษยชนและเศรษฐกิจแห่งชาติตน อาจกำหนดขอบเขตในการประกันสิทธิทางเศรษฐกิจของตนตามที่รับรองในกติกานี้แก่ผู้ที่ไม่ใช่คนชาติของตน

ข้อ ๓

รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับที่จะประกันสิทธิอันเท่าเทียมกันของบุรุษและสตรีในการที่จะอุปโภคสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมทั้งปวง ดังที่ได้ระบุไว้ในกติกานี้

ข้อ ๔

รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับรองว่า ในการอุปโภคสิทธิเหล่านั้นซึ่งรัฐให้ตามกติกานี้ รัฐอาจจำกัดสิทธิเช่นว่านี้ได้เฉพาะโดยข้อจำกัดเช่นที่กำหนดโดยกฎหมายเท่าที่อาจสอดคล้องกับลักษณะของสิทธิเหล่านี้ และเพียงเพื่อความมุ่งประสงค์ในการส่งเสริมสวัสดิการทั่วไปในสังคมประชาธิปไตย

ข้อ ๕

๑. ไม่มีข้อความใดในกติกานี้ที่อาจตีความไปในทางที่จะให้รัฐใด กลุ่มชนหรือบุคคลใดเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมหรือกระทำการใดอันมีจุดมุ่งหมายในการทำลายสิทธิหรือเสรีภาพตามที่รับรองไว้ในกติกานี้ หรือเป็นการจำกัดสิทธินั้นยิ่งไปกว่าที่ได้บัญญัติไว้ในกติกานี้

๒. ห้ามการจำกัดหรือลดทอนสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ได้รับการรับรองหรือที่มีอยู่ในประเทศใด โดยอาศัยอำนาจของกฎหมาย อนุสัญญา ข้อบังคับ หรือจารีตประเพณี โดยอ้างว่ากติกานี้ไม่รับรองสิทธิเช่นนั้น หรือรับรองสิทธิเช่นนั้นในขอบเขตที่น้อยกว่า

ภาค ๓

ข้อ ๖

๑. รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับรองสิทธิในการทำงาน ซึ่งรวมทั้งสิทธิของทุกคนในโอกาสที่จะหาเลี้ยงชีพ โดยงานซึ่งคนเลือกหรือรับอย่างเสรี และจะดำเนินขั้นตอนที่เหมาะสมในการปกป้องสิทธินี้

๒. ขั้นตอนซึ่งรัฐภาคีแห่งกติกานี้จะต้องดำเนินเพื่อให้บรรลุผลในการทำให้สิทธินี้เป็นจริงอย่างบริบูรณ์ จะต้องรวมถึงการให้คำแนะนำทางเทคนิคและวิชาชีพและโครงการฝึกอบรม นโยบายและเทคนิคที่จะทำให้บรรลุผลในการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมอย่างสม่ำเสมอ และการจ้างงานอย่างบริบูรณ์และเป็นประโยชน์ภายใต้เงื่อนไขทั้งหลายที่เป็นการปกป้องเสรีภาพขั้นพื้นฐานทางการเมืองและทางเศรษฐกิจของปัจเจกบุคคล

ข้อ ๗

รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับรองสิทธิของทุกคนที่จะมีสภาพการทำงานที่ยุติธรรมและน่าพึงพอใจ ซึ่งประกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่อง

(ก) ค่าตอบแทนขั้นต่ำที่ให้แก่ผู้ทำงานทั้งปวง ประกอบด้วย

(๑) ค่าจ้างที่เป็นธรรมและค่าตอบแทนที่เท่าเทียมกันสำหรับงานที่มีคุณค่าเท่ากัน โดยปราศจากความแตกต่างในเรื่องใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีจะได้รับการประกันสภาพการทำงานที่ไม่ด้อยกว่าบุรุษ โดยได้รับค่าจ้างที่เท่าเทียมกันสำหรับงานที่เท่าเทียมกัน

(๒) ความเป็นอยู่ที่เหมาะสมสำหรับตนและครอบครัวตามบทบัญญัติแห่งกติกานี้

(ข) สภาพการทำงานที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ

(ค) โอกาสเท่าเทียมกันสำหรับทุกคนที่จะได้รับการส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในการทำงานของตนในระดับที่สูงขึ้นตามที่เหมาะสม โดยไม่ขึ้นอยู่กับข้อพิจารณาใด นอกจากอาวุโสและความสามารถ

(ง) การพักผ่อน เวลาว่างและข้อจำกัดที่สมเหตุสมผลในเรื่องเวลาทำงานและวันหยุดเป็นครั้งคราว โดยได้รับค่าตอบแทน ตลอดจนค่าตอบแทนสำหรับวันหยุดทางการด้วย

ข้อ ๘

๑. รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับที่จะประกัน

(ก) สิทธิของทุกคนที่จะก่อตั้งสหภาพแรงงานและเข้าร่วมสหภาพแรงงานตามที่ตนเลือก เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมของตน ทั้งนี้ โดยขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ขององค์การที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ห้ามจำกัดการใช้สิทธินี้ นอกจากที่ได้กำหนดโดยกฎหมายและที่จำเป็นในสังคมประชาธิปไตย เพื่อประโยชน์ของความมั่นคงแห่งชาติ หรือความสงบเรียบร้อยของส่วนรวม หรือการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของผู้อื่น

(ข) สิทธิของสหภาพแรงงานที่จะจัดตั้งสหพันธ์หรือสมาพันธ์แห่งชาติ และสิทธิของสมาพันธ์แห่งชาติที่จะก่อตั้งหรือเข้าร่วมกับองค์การสหภาพแรงงานระหว่างประเทศ

(ค) สิทธิของสหภาพแรงงานที่จะดำเนินงานอย่างเสรีโดยไม่ขึ้นอยู่กับกำกัดใด นอกจากที่ได้กำหนด โดยกฎหมายและซึ่งจำเป็นในสังคมประชาธิปไตย เพื่อประโยชน์ของความมั่นคงแห่งชาติหรือความสงบเรียบร้อย ของส่วนรวมหรือการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น

(ง) สิทธิที่จะนัดหยุดงาน หากใช้สิทธิโดยสอดคล้องกับกฎหมายของประเทศนั้น

๒. ความในข้อนี้ไม่ห้ามการกำหนดข้อจำกัดอันชอบด้วยกฎหมายในการใช้สิทธิเหล่านี้ โดยทหารหรือตำรวจ หรือ ฝ่ายบริหารของรัฐ

๓. ไม่มีข้อความใดในข้อนี้ที่ให้อำนาจรัฐภาคีแห่งอนุสัญญาว่าด้วยเสรีภาพในการสมาคมและการคุ้มครองสิทธิในการรวมตัวกัน ค.ศ. ๑๙๔๘ ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศให้ใช้มาตรการทางนิติบัญญัติหรือใช้กฎหมายในลักษณะ ซึ่งจะทำให้เสื่อมเสียต่อหลักประกันที่ให้ไว้ในอนุสัญญานั้น

ข้อ ๘

รัฐภาคีแห่งกติกาฉบับนี้รับรองสิทธิของทุกคนในอันที่จะมีสวัสดิการสังคม รวมทั้งการประกันสังคม

ข้อ ๑๐

รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับรองว่า

๑. ครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยรวมของสังคมที่เป็นพื้นฐานและเป็นธรรมชาติควรได้รับการคุ้มครอง และช่วยเหลือ อย่างกว้างขวางที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยเฉพาะในการจัดตั้งและในขณะที่ต้องรับผิดชอบต่อการดูแลและการศึกษาของเด็กที่ยังพึ่งตนเองไม่ได้ การสมรสต้องกระทำโดยความยินยอมอย่างเสรีของผู้ที่เจตนาจะสมรส

๒. มารดาควรได้รับการคุ้มครองพิเศษระหว่างช่วงระยะเวลาตามควรก่อนหรือหลังการให้กำเนิดบุตร ในระหว่าง ช่วงระยะเวลาเช่นว่า มารดาซึ่งทำงานควรได้รับอนุญาตให้ลาโดยได้รับค่าจ้าง หรือลาโดยมีสิทธิประโยชน์ด้านสวัสดิการ สังคมอย่างเพียงพอ

๓. ควรมีมาตรการคุ้มครองและช่วยเหลือพิเศษแก่เด็กและผู้เยาว์ทั้งปวง โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากชาติ กำเนิดหรือเงื่อนไขอื่น ๆ เด็กและผู้เยาว์ควรได้รับการคุ้มครองจากการแสวงหาประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคม การว่าจ้าง เด็กให้ทำงานซึ่งเป็นภัยต่อจิตใจหรือสุขภาพหรือเป็นอันตรายต่อชีวิตหรืออาจจะขัดขวางพัฒนาการตามปกติของเด็กควร ได้รับการลงโทษตามกฎหมาย รัฐควรกำหนดอายุขั้นต่ำซึ่งห้ามไม่ให้มีการจ้างแรงงานเด็กและกำหนดให้มีโทษตาม กฎหมายด้วย

ข้อ ๑๑

๑. รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับรองสิทธิของทุกคนในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับตนเองและครอบครัว ซึ่ง รวมถึงอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัยที่เพียงพอ และสภาพการครองชีพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง รัฐภาคีจะดำเนินขั้นตอนที่ เหมาะสมเพื่อประกันการทำให้สิทธินี้เป็นจริง โดยรับรองความสำคัญอย่างแท้จริงของความร่วมมือระหว่างประเทศบน พื้นฐานของความยินยอมโดยเสรี

๒. รัฐบาลีแห่งกติกานี้ รับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคนที่จะปลอดจากความหิวโหย โดยจะต้องดำเนินการ โดยเอกเทศและ โดยความร่วมมือระหว่างประเทศ รวมทั้งโครงการเฉพาะซึ่งจำเป็น

(ก) ในการปรับปรุงวิธีการผลิต เก็บรักษาและการแบ่งสรรอาหาร โดยใช้ความรู้อย่างเต็มที่ทางเทคนิค และทางวิทยาศาสตร์ โดยการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับหลักโภชนาการ และโดยการพัฒนาหรือการปฏิรูประบบ เกษตรกรรมในทางที่จะทำให้สามารถบรรลุผลการพัฒนา และการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างมีประสิทธิภาพ สูงสุด

(ข) ในการประกันการแบ่งสรรอย่างเท่าเทียมของอุปทานอาหาร โลกตามสัดส่วนความต้องการ โดย คำนึงถึงทั้งปัญหาของประเทศที่นำเข้าอาหารและประเทศส่งออกอาหาร

ข้อ ๑๒

๑. รัฐบาลีแห่งกติกานี้รับรองสิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้
๒. ขั้นตอนในการดำเนินการ โดยรัฐบาลีแห่งกติกานี้ เพื่อบรรลุผลในการทำให้สิทธินี้เป็นจริงอย่างสมบูรณ์จะต้อง รวมถึงสิ่งต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อ

(ก) การหาหนทางลดอัตราการตายของทารกก่อนคลอดและของเด็กแรกเกิดและการพัฒนาที่มี ประโยชน์ต่อสุขภาพของเด็ก

(ข) การปรับปรุงในทุกด้านของสุขภาพลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอุตสาหกรรม

(ค) การป้องกัน รักษาและควบคุมโรคระบาด โรคประจำถิ่น โรคจากการประกอบอาชีพและโรคอื่น ๆ

(ง) การสร้างสถานะที่ประกันบริการทางแพทย์ และการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ทุกคนในกรณี เจ็บป่วย

ข้อ ๑๓

๑. รัฐบาลีแห่งกติกานี้รับรองสิทธิของทุกคนในการศึกษา รัฐบาลีเห็นพ้องกันว่าการศึกษาจะต้องมุ่งให้เกิดการ พัฒนาบุคลิกภาพของมนุษย์และความสำนึกในศักดิ์ศรีของตนอย่างบริบูรณ์ และจะต้องเพิ่มพูนการเคารพในสิทธิมนุษยชน และเสรีภาพขั้นพื้นฐาน รัฐบาลีเห็นพ้องกันอีกว่า การศึกษาจะต้องทำให้ทุกคนสามารถมีส่วนร่วมในสังคมอย่างมี ประสิทธิภาพ จะต้องส่งเสริมความเข้าใจ ความอดกลั้นและมิตรภาพระหว่างชาติ และกลุ่มเชื้อชาติ ชนกลุ่มน้อยหรือกลุ่ม ศาสนาทั้งปวง และสานต่อไปถึงกิจกรรมของสหประชาชาติในการขำรงไว้ซึ่งสันติภาพ

๒. รัฐบาลีแห่งกติกานี้รับรองว่า เพื่อที่จะทำให้สิทธินี้เป็นจริง โดยบริบูรณ์

(ก) การศึกษาขั้นประถมจะต้องเป็นการศึกษาภาคบังคับและจัดให้ทุกคนแบบให้เปล่า

(ข) จะต้องจัดการศึกษาขั้นมัธยมในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการศึกษามัธยมทางเทคนิคศึกษาและ อาชีวศึกษา ให้มีขึ้นโดยทั่วไป และให้ทุกคนมีสิทธิได้รับโดยวิธีการที่เหมาะสมทุกทาง และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง โดยการนำการศึกษาแบบให้เปล่ามาใช้้อย่างค่อยเป็นค่อยไป

(ค) ทุกคนจะต้องสามารถได้รับการศึกษาขั้นอุดมศึกษาอย่างเท่าเทียมกันบนพื้นฐานของความสามารถ โดยวิธีการที่เหมาะสมทุกทาง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งโดยการนำการศึกษาแบบให้เปล่ามาใช้อย่างค่อยเป็นค่อยไป

(ง) การศึกษาขั้นพื้นฐานจะต้องได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้สำหรับผู้ที่ไม่ได้รับหรือเรียนไม่ครบตามช่วงระยะเวลาทั้งหมดของการศึกษาขั้นประถม

(จ) จะต้องดำเนินการพัฒนาระบบโรงเรียนทุกระดับอย่างแข็งขัน ให้มีระบบทุนการศึกษาที่เพียงพอ และปรับปรุงสภาพของวัสดุประกอบการสอนของครูอย่างต่อเนื่อง

๓. รัฐภาคีทั้งหลายแห่งกติกานี้รับที่จะเคารพเสรีภาพของบิดามารดาและผู้ปกครองตามกฎหมายในกรณีที่มี ในการเลือกโรงเรียนสำหรับเด็กของตน นอกจากที่จัดตั้งโดยเจ้าหน้าที่รัฐ เช่นที่เป็นไปตามมาตรฐานการศึกษาขั้นต่ำที่รัฐ กำหนดไว้หรือให้ความเห็นชอบเพื่อประกันให้การศึกษาทางศาสนาและศีลธรรมของเด็กเป็นไปโดยสอดคล้องกับความ เชื่อถือของตน

๔. ไม่มีส่วนใดของข้อนี้จะแปลไปในทางก้าวท้าวเสรีภาพของปัจเจกชน และองค์กรในการจัดตั้งและดำเนินการ สถาบันการศึกษา ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตามหลักการที่ระบุไว้ในวรรค ๑ ของข้อนี้ และข้อกำหนดที่ว่า การศึกษาใน สถาบันเช่นว่าจะต้องสอดคล้องกับมาตรฐานขั้นต่ำตามที่รัฐได้กำหนดไว้

ข้อ ๑๔

รัฐภาคีแต่ละรัฐแห่งกติกานี้ ซึ่งในเวลาเข้าเป็นภาคียังไม่สามารถจัดให้มีการประถมศึกษาภาคบังคับแบบให้เปล่า ในเขตเมืองและเขตอื่น ๆ ภายใต้เขตอำนาจของตนรับที่จะหาทางและจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยละเอียดเพื่อทำให้เกิดความ คืบหน้าในการปฏิบัติตามกติกานี้ภายในเวลา ๒ ปี และกำหนดไว้ในแผนภายในระยะเวลาที่สมเหตุสมผล ซึ่งหลักการ ในการจัดการศึกษาภาคบังคับแบบให้เปล่าสำหรับทุกคน

ข้อ ๑๕

๑. รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับรองสิทธิของทุกคน

ก) ที่จะมีส่วนร่วมทางวัฒนธรรม

(ข) ที่จะอุปโภคสิทธิประโยชน์แห่งความก้าวหน้าและการประยุกต์ใช้ทางวิทยาศาสตร์

(ค) ที่จะได้สิทธิประโยชน์จากการคุ้มครองผลประโยชน์ทางด้านศีลธรรมและทางวัตถุในประโยชน์อัน เกิดจากการผลิตทางวิทยาศาสตร์ วรรณกรรม หรือศิลปกรรมซึ่งตนเป็นผู้สร้างสรรค์

๒. ขั้นตอนซึ่งรัฐภาคีแห่งกติกานี้จะดำเนินเพื่อทำให้สิทธินี้เป็นจริงอย่างบริบูรณ์ ให้รวมถึงสิ่งทั้งหลายที่จำเป็น เพื่อการอนุรักษ์ การพัฒนา และการเผยแพร่ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และทางวัฒนธรรม

๓. รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับที่จะเคารพเสรีภาพที่จำเป็นสำหรับการวิจัยวิทยาศาสตร์ และกิจกรรมสร้างสรรค์
๔. รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับรองสิทธิประโยชน์ที่ได้มาจากการสนับสนุนและการพัฒนาการติดต่อระหว่างประเทศและความร่วมมือด้านวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรม

ภาค ๔

ข้อ ๑๖

๑. รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับที่จะเสนอรายงาน โดยสอดคล้องกับภาคนี้แห่งกติกานี้ในเรื่องมาตรการต่าง ๆ ซึ่งรัฐนั้น ๆ ได้นำมาใช้ และในเรื่องความก้าวหน้าของการดำเนินการเพื่อให้มีการยอมรับสิทธิที่ได้รับการรับรองไว้ ณ ที่นี้

๒. (ก) ให้เสนอรายงานทั้งปวงต่อเลขาธิการสหประชาชาติซึ่งจะส่งสำเนาต่อไปให้คณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคม เพื่อการพิจารณาตามบทบัญญัติของกติกานี้

(ข) เลขาธิการสหประชาชาติจะต้องส่งสำเนารายงานหรือส่วนใดที่เกี่ยวข้องของรายงานซึ่งได้รับจากรัฐภาคีแห่งกติกานี้ซึ่งเป็นสมาชิกแห่งทบวงการชำนัญพิเศษต่าง ๆ ไปยังทบวงการชำนัญพิเศษนั้น ๆ เท่าที่รายงาน หรือส่วนใดของรายงานเกี่ยวข้องกับเรื่องที่อยู่ในความรับผิดชอบของทบวงการดังกล่าวตามตราสารก่อตั้งของตน

ข้อ ๑๗

๑. รัฐภาคีแห่งกติกานี้จะส่งรายงานเป็นช่วงระยะตามแผนงาน ซึ่งจะกำหนดโดยคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคม ภายในเวลาหนึ่งปีนับจากวันที่กติกานี้มีผลบังคับใช้ ภายหลังจากการปรึกษาหารือกับรัฐภาคีและทบวงการชำนัญพิเศษที่เกี่ยวข้อง

๒. รายงานอาจแสดงปัจจัยและอุปสรรคซึ่งกระทบระดับของการปฏิบัติตามพันธกรณีภายใต้กติกานี้

๓. ในกรณีที่รัฐภาคีใดแห่งกติกานี้ได้ส่งข้อสนเทศที่เกี่ยวข้องไปยังสหประชาชาติหรือทบวงการชำนัญพิเศษใดแล้ว รัฐภาคีไม่จำเป็นต้องให้ข้อสนเทศนั้นอีก เพียงแต่อ้างอิงให้ถูกต้องถึงข้อสนเทศที่ส่งไปแล้วก็พอ

ข้อ ๑๘

ตามความรับผิดชอบภายใต้กฎบัตรสหประชาชาติในเรื่องสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน คณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมอาจจัดทำข้อตกลงกับทบวงการชำนัญพิเศษในการรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลในการปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งกติกานี้ ซึ่งอยู่ภายในขอบเขตแห่งกิจกรรมของตน รายงานเหล่านี้อาจรวมรายละเอียดของคำวินิจฉัย และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งกติกานี้เช่นว่าซึ่งรับรองโดยองค์กรซึ่งมีอำนาจของตน

ข้อ ๑๙

คณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมอาจส่งรายงานเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน ซึ่งรัฐเสนอตามข้อ ๑๖ และ ๑๗ และรายงานเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนที่เสนอโดยทบวงการชำนัญพิเศษตามข้อ ๑๘ ไปยังคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเพื่อศึกษาและให้ข้อเสนอแนะทั่วไป หรือเพื่อทราบตามความเหมาะสม

ข้อ ๒๐

รัฐภาคีแห่งกติกานี้และทบวงการชำนัญพิเศษที่เกี่ยวข้องอาจเสนอความคิดเห็นไปยังคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมเกี่ยวกับข้อเสนอแนะทั่วไปภายใต้ข้อ ๑๘ หรือการอ้างถึงข้อเสนอแนะทั่วไปเช่นว่าในรายงานใดของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน หรือเอกสารใดที่อ้างถึงในรายงานนั้น

ข้อ ๒๑

คณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมอาจเสนอรายงานเป็นครั้งคราวไปยังสมัชชาใหญ่ พร้อมกับข้อเสนอแนะในลักษณะทั่วไปรวมทั้งสรุปข้อสนเทศซึ่งได้รับจากรัฐภาคีแห่งกติกานี้และทบวงการชำนัญพิเศษที่เกี่ยวกับมาตรการซึ่งได้ใช้และความคืบหน้าซึ่งได้กระทำไปเพื่อบรรลุผลในการยอมรับ โดยทั่วไป ซึ่งสิทธิที่รับรองในกติกานี้

ข้อ ๒๒

คณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมอาจแจ้งองค์กรอื่นของสหประชาชาติ องค์กรย่อยและทบวงการชำนัญพิเศษของสหประชาชาติที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือทางวิชาการทราบถึงเรื่องใดที่เกิดขึ้นจากรายงานที่อ้างถึงในภาคนี้ของกติกานี้ ซึ่งอาจช่วยเหลือหน่วยงานเช่นว่าในการวินิจฉัย ภายในขอบเขตอำนาจของตนเกี่ยวกับความเหมาะสมของมาตรการระหว่างประเทศซึ่งอาจมีส่วนช่วยให้การอนุวัติการตามกติกานี้มีความคืบหน้าและมีประสิทธิผล

ข้อ ๒๓

รัฐภาคีแห่งกติกานี้เห็นพ้องกันว่า การดำเนินการระหว่างประเทศเพื่อให้บรรลุผลซึ่งสิทธิที่รับรองไว้ในกติกานี้ รวมถึงวิธีการ เช่น การทำอนุสัญญา การรับรองข้อเสนอแนะ การให้ความช่วยเหลือทางวิชาการและการจัดประชุมภูมิภาค และการประชุมทางวิชาการเพื่อความมุ่งประสงค์ในการปรึกษาหารือและการศึกษา ซึ่งจัดโดยร่วมกับรัฐบาลที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๒๔

ไม่มีบทบัญญัติใดในกติกานี้ที่ตีความไปในทางเสื่อมเสียต่อบทบัญญัติของกฎบัตรสหประชาชาติ และธรรมนูญของทบวงการชำนัญพิเศษซึ่งกำหนดความรับผิดชอบขององค์กรต่าง ๆ ของสหประชาชาติและของทบวงการชำนัญพิเศษในเรื่องที่เกี่ยวกับกติกานี้

ข้อ ๒๕

ไม่มีบทบัญญัติใดในกติกานี้ที่ตีความไปในทางเสื่อมเสียต่อสิทธิที่มีมาแต่กำเนิดของประชาชนชาติทั้งปวงในอันที่จะอุปโภคและใช้ประโยชน์จาก โภคทรัพย์และทรัพยากรธรรมชาติของตนอย่างเต็มที่และโดยเสรี

ข้อ ๒๖

๑. กติกาฉบับนี้เปิดให้มีการลงนามโดยรัฐสมาชิกของสหประชาชาติ หรือสมาชิกทบวงการชำนัญพิเศษใดของสหประชาชาติ รัฐภาคีแห่งธรรมนูญศาลยุติธรรมระหว่างประเทศและรัฐอื่นใด ซึ่งสมาชิกสหประชาชาติได้เชิญให้เข้าเป็นภาคีแห่งกติกาฉบับนี้

๒. กติกานี้ต้องได้รับการสัตยาบัน ให้มอบสัตยาบันสารแก่เลขาธิการสหประชาชาติ

๓. กติกาฉบับนี้จะต้องเปิดให้ภาคยานุวัติโดยรัฐใดซึ่งกล่าวถึงในวรรค ๑ ของข้อนี้

๔. การภาคยานุวัติจะมีผลเมื่อมีการมอบภาคยานุวัติสารแก่เลขาธิการสหประชาชาติ

๕. เลขาธิการสหประชาชาติจะต้องแจ้งให้รัฐทั้งปวงซึ่งได้ลงนามหรือภาคยานุวัติกติกานี้แล้วทราบถึงการมอบสัตยาบันสารหรือภาคยานุวัติสารแต่ละฉบับ

ข้อ ๒๗

๑. กติกานี้จะมีผลบังคับใช้เมื่อครบกำหนดสามเดือนหลังจากวันที่ได้มีการมอบสัตยาบันสารหรือภาคยานุวัติสารฉบับที่สามสิบห้าแก่เลขาธิการสหประชาชาติ

๒. สำหรับแต่ละรัฐที่ให้สัตยาบันหรือภาคยานุวัติกติกานี้ภายหลังจากที่มีการมอบสัตยาบันสารหรือภาคยานุวัติสารฉบับที่สามสิบห้าแล้ว กติกานี้จะมีผลบังคับใช้กับรัฐนั้นเมื่อครบกำหนดสามเดือนหลังจากวันที่รัฐนั้นได้มอบสัตยาบันสารหรือภาคยานุวัติสารของตน

ข้อ ๒๘

บทบัญญัติของกติกานี้จะครอบคลุมทุกส่วนของรัฐที่เป็นสหรัฐ โดยปราศจากข้อจำกัดหรือข้อยกเว้น

ข้อ ๒๙

๑. รัฐภาคีใดแห่งกติกานี้อาจเสนอข้อแก้ไขและยื่นต่อเลขาธิการสหประชาชาติ จากนั้นเลขาธิการสหประชาชาติจะต้องส่งข้อแก้ไขที่เสนอนั้นแก่รัฐภาคีแห่งกติกานี้พร้อมกับคำร้องขอให้รัฐภาคีแจ้งให้ตนทราบว่ารัฐภาคีเหล่านั้นเห็นควรให้มีการประชุมของรัฐภาคีทั้งหลายเพื่อมุ่งประสงค์ในการพิจารณาและลงคะแนนเสียงข้อเสนอนั้นหรือไม่ ในกรณีที่มีรัฐภาคีจำนวนอย่างน้อยที่สุดหนึ่งในสามเห็นด้วยกับการจัดประชุมดังกล่าว เลขาธิการฯ จะต้องจัดประชุมภายใต้การสนับสนุนของสหประชาชาติ ข้อแก้ไขใดที่ได้รับการรับรองโดยรัฐภาคีส่วนใหญ่ซึ่งเข้าร่วมประชุมและลงคะแนนเสียงในการประชุมให้นำเสนอต่อสมาชิกสหประชาชาติเพื่อความเห็นชอบ

๒. ข้อแก้ไขจะมีผลบังคับใช้เมื่อได้รับความเห็นชอบจากสมาชิกสหประชาชาติ และได้รับการยอมรับโดยเสียงส่วนใหญ่สองในสามของรัฐภาคีแห่งกติกานี้ตามกระบวนการทางรัฐธรรมนูญของรัฐนั้น ๆ

๓. เมื่อข้อแก้ไขมีผลบังคับใช้ ย่อมมีผลผูกพันรัฐภาคีซึ่งได้ยอมรับข้อแก้ไขแล้ว ส่วนรัฐภาคีอื่นยังคงผูกพันตาม บทบัญญัติในกติกาฉบับนี้ และข้อแก้ไขก่อน ๆ ซึ่งตนได้ยอมรับ

ข้อ ๓๐

นอกเหนือจากการแจ้งตามข้อ ๒๖ วรรค ๕ แล้ว เลขานุการสหประชาชาติจะต้องแจ้งไปยังบรรดารัฐที่ปวงที่ กล่าวถึงในวรรค ๑ ของข้อเดียวกันในเรื่องต่อไปนี้

(ก) การลงนาม การให้สัตยาบันและการภาคยานุวัติตามข้อ ๒๖

(ข) วันที่กติกาฉบับนี้มีผลบังคับใช้ ตามข้อ ๒๗ และวันที่ข้อแก้ไขมีผลบังคับใช้ตามข้อ ๒๘

ข้อ ๓๑

๑. กติกาฉบับนี้ซึ่งทำเป็นภาษาจีน อังกฤษ ฝรั่งเศส รัสเซีย และสเปน มีความถูกต้องเท่าเทียมกัน ให้เก็บรักษาไว้ ณ หอเอกสารของสหประชาชาติ

๒. เลขานุการสหประชาชาติจะต้องส่งสำเนาของกติกาฉบับนี้ ซึ่งได้รับการรับรองแล้วไปให้รัฐที่ปวงตามที่ กล่าวถึงในข้อ ๒๖

ภาคผนวก ค

คำแปลปฏิญญาสิทธิสภอนว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก



ปฏิญญาว่าด้วย "สิทธิผู้ป่วย" ของแพทยสมาคมโลก*

(The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient)

บทนำ

เนื่องด้วยความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยรวมทั้งสังคมทั่วไปได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในช่วงเวลาไม่นานมานี้ แพทย์ควรจะต้องปฏิบัติงานด้วยความรู้สึกผิดชอบชั่วดี โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยอยู่เป็นประจำสม่ำเสมอ และพยายามที่จะรับประกันความเป็นอิสระเสรีของผู้ป่วยและความยุติธรรม. คำปฏิญญาต่อไปนี้แสดงถึงสิทธิผู้ป่วยที่สำคัญ ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะต้องนำไปปฏิบัติและส่งเสริม แพทย์และบุคคลหรือองค์กรอื่นใดที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาพยาบาล ต้องรับผิดชอบร่วมกันที่ยอมรับและรักษาสีทิเหล่านี้ไว้ ถ้ามีกฎหมาย การดำเนินงานของรัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐ หรือสถาบันใด ๆ ปฏิเสธสิทธิผู้ป่วยดังกล่าวแล้ว แพทย์ย่อมดำเนินการตามแนวทางที่เหมาะสมเพื่อดำรงรักษาสีทิดังกล่าว

หลักการสำคัญ

1. สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพดี

ก. บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสมโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ.

ข. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ ซึ่งต้องมีอิสระในการตัดสินใจทางคลินิกและทางจริยธรรมโดยปราศจากการแทรกแซงใด ๆ.

ค. ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเอง การรักษาพยาบาลดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามหลักวิชาทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่รับรองกันทั่วไป.

ง. การรับรองคุณภาพควรถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ควรจะต้องรับผิดชอบต่อการรักษาคุณภาพของบริการทางการแพทย์.

จ. ในกรณีจะต้องเลือกใช้วิธีการรักษาบางอย่างที่มีอยู่อย่างจำกัดแก่ผู้ป่วยบางราย ผู้ป่วยเหล่านั้นจะต้องได้รับการคัดเลือกอย่างเป็นธรรมในการได้รับวิธีการรักษานั้น และการคัดเลือกต้องทำโดยพื้นฐานข้อชี้แจงทางการแพทย์เท่านั้นและต้องไม่มีทางเลือกปฏิบัติ.

ฉ. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แพทย์มีหน้าที่จัดการให้มีการประสานงานทางการแพทย์กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น แพทย์ไม่อาจยุติการรักษาผู้ป่วยลงได้

ทราบเท่าที่มีข้อชี้บ่งทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องให้การรักษาต่อไป เว้นแต่จะมีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและให้โอกาสอย่างเพียงพอในการดูแลรักษาด้วยวิธีอื่น.

2. สิทธิในการเลือกอย่างเสรี

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกและเปลี่ยนแพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลโดยอิสระ โดยไม่คำนึงว่าจะอยู่ในสังกัดของรัฐหรือเอกชน.

ข. ผู้ป่วยมีสิทธิสอบถามความเห็นจากแพทย์อื่นเมื่อใดก็ได้.

3. สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น.

ข. ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มีสิทธิที่จะให้หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตน ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจทดสอบหรือการบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม.

ค. ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในงานวิจัยหรือการเรียนการสอนทางการแพทย์.

4. ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว

ก. กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถแสดงเจตจำนงของตนเองได้ แพทย์จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมายที่ได้รับการอธิบายข้อมูลแล้ว.

ข. กรณีที่ไม่อาจมีผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมาย เมื่อมีความจำเป็นรีบด่วนที่จะต้องให้การรักษาทางการแพทย์ ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมแล้ว เว้นแต่เป็นที่ชัดเจนและปราศจากข้อสงสัยว่าจะขัดต่อการแสดงเจตนาหรือความคิดเห็น แต่เดิมของผู้ป่วย ซึ่งประสงค์จะไม่ให้ความยินยอมในสภาพการณ์เช่นนั้น.

ค. อย่างไรก็ตาม แพทย์ควรจะพยายามช่วยชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวในทุกกรณีที่ผู้ป่วยพยายาม จะฆ่าตัวตาย.

5. ผู้ป่วยที่เป็นผู้ไร้ความสามารถ

ก. กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์หรือผู้ที่ไม่สามารถใช้สิทธิตามกฎหมาย ในบางประเทศให้ใช้ความยินยอมของผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายแทน กระนั้นก็ดี ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเต็มที่เท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวยให้กระทำได้.

ข. ถ้าผู้ที่ไม่สามารถใช้สิทธิตามกฎหมาย ยังสามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลได้อยู่ แพทย์จะต้องเคารพการตัดสินใจดังกล่าว และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะห้ามการเปิดเผยข้อมูลนี้แก่ผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมาย.

ค. กรณีผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายของผู้ป่วย หรือบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย ห้ามการดำเนินการบำบัดรักษาต่อไป ซึ่งตามความเห็นของแพทย์แล้วเห็นว่าการรักษานั้นจะเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเอง แพทย์พึงจะไม่ปฏิบัติตามคำสั่งนั้น ทั้งนี้ จะต้องไม่ขัดต่อกฎหมายหรือกฎเกณฑ์อื่น สำหรับกรณีฉุกเฉินแพทย์จะต้องดำเนินการเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย.

6. วิธีการตรวจรักษาที่ขัดต่อเจตจำนงของผู้ป่วย

กระบวนการตรวจวินิจฉัยโรคหรือการบำบัดรักษาที่ขัดต่อเจตจำนงของผู้ป่วย สามารถทำได้เฉพาะในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น กล่าวคือ จะต้องมิกฎหมายอนุญาตเป็นการเฉพาะ และเป็นไปตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์.

7. สิทธิที่จะได้รับข้อมูล

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองในเวชระเบียน และได้รับการแจ้งข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยทุกประการ รวมถึงข้อมูลการเจ็บป่วยทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่เป็นความลับของบุคคลอื่นที่ปรากฏในเวชระเบียนไม่ควรเปิดเผยให้ ผู้ป่วยทราบ หากไม่ได้รับความยินยอมจากบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลนั้น.

ข. ข้อยกเว้นที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วยคือ เมื่อมีเหตุผลอันดีที่เชื่อได้ว่า ข้อมูลนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิตหรือสุขภาพของผู้ป่วย.

ค. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยต้องเป็นไปอย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้โดยง่าย.

ง. ผู้ป่วยมีสิทธิร้องขอมิให้เปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลอื่น ยกเว้นกรณีจำเป็นเพื่อปกป้องชีวิตของบุคคลอื่น. จ. ผู้ป่วยมีสิทธิจะเลือกบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่จะได้รับแจ้งข้อมูลแทนตน

8. สิทธิที่จะได้รับการรักษาความลับ

ก. ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย, อาการเจ็บป่วย, การวินิจฉัยโรค, การฟื้นฟู และการบำบัดรักษา รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ จะต้องถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ แม้กระทั่งหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตลง แต่หากมีสิทธิที่จะขอข้อมูลซึ่งจะบ่งบอกถึงความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพของเขา.

ข. ข้อมูลที่เป็นความลับจะเปิดเผยได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมโดยชัดแจ้ง หรือโดยอำนาจแห่งบทบัญญัติกฎหมาย ข้อมูลดังกล่าวจะเปิดเผยแก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ได้ก็ต่อเมื่อเป็นความจำเป็น ที่จะต้องรู้เท่านั้น เว้นแต่ผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมโดยชัดแจ้งแล้ว.

ค. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยทุกประเภทจะได้รับความคุ้มครอง การคุ้มครองข้อมูลส่วนตัวจะต้องจัดเก็บไว้อย่างเหมาะสม ขึ้นส่วนเนื้อเยื่อของมนุษย์ที่สามารถอ้างอิงข้อมูลส่วนตัวได้ จะได้รับความคุ้มครองเช่นกัน.

9. สิทธิได้รับสุขภาพศึกษา

บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับสุขภาพศึกษาที่มีส่วน ช่วยตนเองในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตน เพื่อสุขภาพและการรับบริการด้านสุขภาพ การศึกษาดังกล่าวให้รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ วิธีการป้องกันและรู้จักสังเกตอาการของโรคในระยะเริ่มแรก ควรมีการเน้นให้คนทุกคนต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองในเบื้องต้น โดยแพทย์ต้องกระตือรือร้นที่จะต้องถือเป็นหน้าที่ในการมีส่วนร่วมที่จะให้การศึกษาด้วย.

10. สิทธิในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

ก. ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและสิทธิในความเป็นส่วนตัวจะต้องได้รับการเคารพตลอดเวลาที่มีการรักษาพยาบาลและการเรียนการสอน โดยคำนึงถึงคุณค่าและวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยยึดถือ.

ข. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานของตนตามวิทยาการความรู้ในปัจจุบัน.

ค. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี โดยสงบเท่าที่จะทำได้.

11. สิทธิในการได้รับความช่วยเหลือทางศาสนา

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับหรือปฏิเสธการเยียวยาทางจิตวิญญาณและศีลธรรม รวมถึงการช่วยเหลือของนักบวชในศาสนาที่ตนนับถือ.

*ได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมสมัชชาแพทย์โลก ครั้งที่ 34 ณ กรุงลิสบอน ประเทศโปรตุเกส เมื่อเดือนกันยายน-ตุลาคม ค.ศ. 1981 และปรับปรุงในปี ค.ศ. 1995 และ 2005 ตามลำดับ

แปลโดยวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ., Dr.Med., อ.ว. (นิติเวชศาสตร์), ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมาย สุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และกรรมการกฤษฎีกา, ไพศาล ลิ้มสถิตย์ น.บ., น.ม., นักวิชาการศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



ภาคผนวก ง

คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย





แพทยสภา



สภาการพยาบาล



สมาคมสหกรรม



กระทรวงสาธารณสุข



ทันตแพทยสภา



สภาเทคนิคการแพทย์



สภากายภาพบำบัด

คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทยสภา สภาการพยาบาล สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ไว้ดังต่อไปนี้

• สิทธิของผู้ป่วย •

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน
5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่
6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย
7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น
9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

• ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย •

1. สอบถามเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนลงนามให้ความยินยอม หรือไม่ยินยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาล
2. ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพที่แท้จริงและครบถ้วนแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในกระบวนการรักษาพยาบาล
3. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ให้แจ้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทราบ
4. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล

5. ปฏิบัติต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งผู้มาเยี่ยมเยียน ด้วยความสุภาพให้เกิดและไม่กระทำการที่รบกวนผู้อื่น

6. แจ้งสิทธิการรักษาพยาบาลพร้อมหลักฐานที่ตนมีให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ

7. ผู้ป่วยพึงรับทราบข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

7.1 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม

7.2 การแพทย์ในที่นี้ หมายถึง การแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ โดยองค์ความรู้ในขณะนั้นว่ามีประโยชน์มากกว่าโทษสำหรับผู้ป่วย

7.3 การแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาให้หายได้ทุกโรคหรือทุกสภาวะ

7.4 การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้ นอกจากนี้ เหตุสุดวิสัยอาจเกิดขึ้นได้ แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะมีความระมัดระวังอย่างเพียงพอ ตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ในการรักษาพยาบาลนั้นๆ แล้ว

7.5 การตรวจเพื่อการคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามการรักษาโรค อาจให้ผลที่คลาดเคลื่อนได้ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่ใช้ และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน

7.6 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้ดุลพินิจในการเลือกกระบวนการรักษาพยาบาลตามหลักวิชาการทางการแพทย์ ตามความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มีอยู่ รวมทั้งการปรึกษาหรือส่งต่อโดยคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย

7.7 เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

7.8 การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาพยาบาล

7.9 ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ใช้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

ประกาศ ณ วันที่ 12 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558

(นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประธานคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา)
นายกแพทยสภา

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง)
นายกสภาการพยาบาล

(รองศาสตราจารย์พิเศษ ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินันท์)
นายกสมาคมสหกรรม

(ทันตแพทย์ ธรณินทร์ จรัสรุ่งเกียรติ)
นายกทันตแพทยสภา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กานดา ชัยปัญญา)
นายกสภากายภาพบำบัด

(รองศาสตราจารย์ ทนพ.สมชาย วิริยะยุทธกร)
นายกสภาเทคนิคการแพทย์

ภาคผนวก จ

AMA Principles of Medical Ethics: I, IV, VI,

“Code of Medical Ethics Opinion 1.1.4”



ETHICS

Patient Responsibilities**Code of Medical Ethics Opinion 1.1.4**

Successful medical care requires ongoing collaboration between patients and physicians. Their partnership requires both individuals to take an active role in the healing process.

Autonomous, competent patients control the decisions that direct their health care. With that exercise of self-governance and choice comes a number of responsibilities. Patients contribute to the collaborative effort when they:

- (a) Are truthful and forthcoming with their physicians and strive to express their concerns clearly. Physicians likewise should encourage patients to raise questions or concerns.
- (b) Provide as complete a medical history as they can, including providing information about past illnesses, medications, hospitalizations, family history of illness, and other matters relating to present health.
- (c) Cooperate with agreed-on treatment plans. Since adhering to treatment is often essential to public and individual safety, patients should disclose whether they have or have not followed the agreed-on plan and indicate when they would like to reconsider the plan.
- (d) Accept care from medical students, residents, and other trainees under appropriate supervision. Participation in medical education is to the mutual benefit of patients and the health care system; nonetheless, patients' (or surrogates') refusal of care by a trainee should be respected in keeping with ethics guidance.
- (e) Meet their financial responsibilities with regard to medical care or discuss financial hardships with their physicians. Patients should be aware of costs associated with using a limited resource like health care and try to use medical resources judiciously.
- (f) Recognize that a healthy lifestyle can often prevent or mitigate illness and take responsibility to follow preventive measures and adopt health-enhancing behaviors.
- (g) Be aware of and refrain from behavior that unreasonably places the health of others at risk. They should ask about what they can do to prevent transmission of infectious disease.
- (h) Refrain from being disruptive in the clinical setting.
- (i) Not knowingly initiate or participate in medical fraud.
- (j) Report illegal or unethical behavior by physicians or other health care professionals to the appropriate medical societies, licensing boards, or law enforcement authorities.

AMA Principles of Medical Ethics: I, IV, VI

Read more opinions about this topic

[Code of Medical Ethics: Patient-Physician Relationships](#)

Visit the [Ethics main page](#) to access additional Opinions, the Principles of Medical Ethics and more information about the Code of Medical Ethics.

[Ethics of Patient-Physician Relationships](#) [AMA Code of Medical Ethics](#)

ภาคผนวก ฉ

(New) Telemedicine and Telehealth §§1-6 - C.45:1-61 to 45:1-66



Title 45.
 Subtitle 1.
 Chapter 1.
 Article 6. (New)
 Telemedicine and
 Telehealth
 §§1-6 -
 C.45:1-61 to
 45:1-66
 §7 - C.30:4D-6k
 §8 - C.26:2S-29
 §9 - C.52:14-17.29w
 §10 - C.52:14-17.46.6h
 §11 - Note

(CORRECTED COPY)

P.L.2017, CHAPTER 117, approved July 21, 2017
 Senate Substitute for Senate Committee Substitute for
 Senate, Nos. 291 SCS, 652, and 1954

1 AN ACT authorizing the provision of health care services through
 2 telemedicine and telehealth, and supplementing various parts of
 3 the statutory law.
 4

5 **BE IT ENACTED** by the Senate and General Assembly of the State
 6 of New Jersey:

7
 8 1. As used in P.L. , c. (C.) (pending before the
 9 Legislature as this bill):

10 "Asynchronous store-and-forward" means the acquisition and
 11 transmission of images, diagnostics, data, and medical information
 12 either to, or from, an originating site or to, or from, the health care
 13 provider at a distant site, which allows for the patient to be
 14 evaluated without being physically present.

15 "Cross-coverage service provider" means a health care provider,
 16 acting within the scope of a valid license or certification issued
 17 pursuant to Title 45 of the Revised Statutes, who engages in a
 18 remote medical evaluation of a patient, without in-person contact, at
 19 the request of another health care provider who has established a
 20 proper provider-patient relationship with the patient.

21 "Distant site" means a site at which a health care provider, acting
 22 within the scope of a valid license or certification issued pursuant to
 23 Title 45 of the Revised Statutes, is located while providing health
 24 care services by means of telemedicine or telehealth.

25 "Health care provider" means an individual who provides a
 26 health care service to a patient, and includes, but is not limited to, a
 27 licensed physician, nurse, nurse practitioner, psychologist,
 28 psychiatrist, psychoanalyst, clinical social worker, physician
 29 assistant, professional counselor, respiratory therapist, speech
 30 pathologist, audiologist, optometrist, or any other health care



1 professional acting within the scope of a valid license or
2 certification issued pursuant to Title 45 of the Revised Statutes.

3 “On-call provider” means a licensed or certified health care
4 provider who is available, where necessary, to physically attend to
5 the urgent and follow-up needs of a patient for whom the provider
6 has temporarily assumed responsibility, as designated by the
7 patient’s primary care provider or other health care provider of
8 record.

9 “Originating site” means a site at which a patient is located at the
10 time that health care services are provided to the patient by means
11 of telemedicine or telehealth.

12 “Telehealth” means the use of information and communications
13 technologies, including telephones, remote patient monitoring
14 devices, or other electronic means, to support clinical health care,
15 provider consultation, patient and professional health-related
16 education, public health, health administration, and other services in
17 accordance with the provisions of P.L. , c. (C.) (pending
18 before the Legislature as this bill).

19 “Telemedicine” means the delivery of a health care service using
20 electronic communications, information technology, or other
21 electronic or technological means to bridge the gap between a
22 health care provider who is located at a distant site and a patient
23 who is located at an originating site, either with or without the
24 assistance of an intervening health care provider, and in accordance
25 with the provisions of P.L. , c. (C.) (pending before the
26 Legislature as this bill). “Telemedicine” does not include the use,
27 in isolation, of audio-only telephone conversation, electronic mail,
28 instant messaging, phone text, or facsimile transmission.

29 “Telemedicine or telehealth organization” means a corporation,
30 sole proprietorship, partnership, or limited liability company that is
31 organized for the primary purpose of administering services in the
32 furtherance of telemedicine or telehealth.

33

34 2. a. Unless specifically prohibited or limited by federal or
35 State law, a health care provider who establishes a proper provider-
36 patient relationship with a patient may remotely provide health care
37 services to a patient through the use of telemedicine. A health care
38 provider may also engage in telehealth as may be necessary to
39 support and facilitate the provision of health care services to
40 patients.

41 b. Any health care provider who uses telemedicine or engages
42 in telehealth while providing health care services to a patient, shall:
43 (1) be validly licensed, certified, or registered, pursuant to Title 45
44 of the Revised Statutes, to provide such services in the State of New
45 Jersey; (2) remain subject to regulation by the appropriate New
46 Jersey State licensing board or other New Jersey State professional
47 regulatory entity; (3) act in compliance with existing requirements
48 regarding the maintenance of liability insurance; and (4) remain

1 subject to New Jersey jurisdiction if either the patient or the
2 provider is located in New Jersey at the time services are provided.

3 c. (1) Telemedicine services shall be provided using
4 interactive, real-time, two-way communication technologies.

5 (2) A health care provider engaging in telemedicine or
6 telehealth may use asynchronous store-and-forward technology to
7 allow for the electronic transmission of images, diagnostics, data,
8 and medical information; except that the health care provider may
9 use interactive, real-time, two-way audio in combination with
10 asynchronous store-and-forward technology, without video
11 capabilities, if, after accessing and reviewing the patient's medical
12 records, the provider determines that the provider is able to meet the
13 same standard of care as if the health care services were being
14 provided in person.

15 (3) The identity, professional credentials, and contact
16 information of a health care provider providing telemedicine or
17 telehealth services shall be made available to the patient during and
18 after the provision of services. The contact information shall enable
19 the patient to contact the health care provider, or a substitute health
20 care provider authorized to act on behalf of the provider who
21 provided services, for at least 72 hours following the provision of
22 services.

23 (4) A health care provider engaging in telemedicine or
24 telehealth shall review the medical history and any medical records
25 provided by the patient. For an initial encounter with the patient,
26 the provider shall review the patient's medical history and medical
27 records prior to initiating contact with the patient, as required
28 pursuant to paragraph (3) of subsection a. of section 3 of P.L. , c.
29 (C.) (pending before the Legislature as this bill). In the case of
30 a subsequent telemedicine or telehealth encounter conducted
31 pursuant to an ongoing provider-patient relationship, the provider
32 may review the information prior to initiating contact with the
33 patient or contemporaneously with the telemedicine or telehealth
34 encounter.

35 (5) Following the provision of services using telemedicine or
36 telehealth, the patient's medical information shall be made available
37 to the patient upon the patient's request, and, with the patient's
38 affirmative consent, forwarded directly to the patient's primary care
39 provider or health care provider of record, or, upon request by the
40 patient, to other health care providers. For patients without a
41 primary care provider or other health care provider of record, the
42 health care provider engaging in telemedicine or telehealth may
43 advise the patient to contact a primary care provider, and, upon
44 request by the patient, assist the patient with locating a primary care
45 provider or other in-person medical assistance that, to the extent
46 possible, is located within reasonable proximity to the patient. The
47 health care provider engaging in telemedicine or telehealth shall
48 also refer the patient to appropriate follow up care where necessary,

1 including making appropriate referrals for emergency or
2 complimentary care, if needed. Consent may be oral, written, or
3 digital in nature, provided that the chosen method of consent is
4 deemed appropriate under the standard of care.

5 d. (1) Any health care provider providing health care services
6 using telemedicine or telehealth shall be subject to the same
7 standard of care or practice standards as are applicable to in-person
8 settings. If telemedicine or telehealth services would not be
9 consistent with this standard of care, the health care provider shall
10 direct the patient to seek in-person care.

11 (2) Diagnosis, treatment, and consultation recommendations,
12 including discussions regarding the risk and benefits of the patient's
13 treatment options, which are made through the use of telemedicine
14 or telehealth, including the issuance of a prescription based on a
15 telemedicine or telehealth encounter, shall be held to the same
16 standard of care or practice standards as are applicable to in-person
17 settings. Unless the provider has established a proper provider-
18 patient relationship with the patient, a provider shall not issue a
19 prescription to a patient based solely on the responses provided in
20 an online questionnaire.

21 e. The prescription of Schedule II controlled dangerous
22 substances through the use of telemedicine or telehealth shall be
23 authorized only after an initial in-person examination of the patient,
24 as provided by regulation, and a subsequent in-person visit with the
25 patient shall be required every three months for the duration of time
26 that the patient is being prescribed the Schedule II controlled
27 dangerous substance. However, the provisions of this subsection
28 shall not apply, and the in-person examination or review of a patient
29 shall not be required, when a health care provider is prescribing a
30 stimulant which is a Schedule II controlled dangerous substance for
31 use by a minor patient under the age of 18, provided that the health
32 care provider is using interactive, real-time, two-way audio and
33 video technologies when treating the patient and the health care
34 provider has first obtained written consent for the waiver of these
35 in-person examination requirements from the minor patient's parent
36 or guardian.

37 f. A mental health screener, screening service, or screening
38 psychiatrist subject to the provisions of P.L.1987, c.116 (C.30:4-
39 27.1 et seq.):

40 (1) shall not be required to obtain a separate authorization in
41 order to engage in telemedicine or telehealth for mental health
42 screening purposes; and

43 (2) shall not be required to request and obtain a waiver from
44 existing regulations, prior to engaging in telemedicine or telehealth.

45 g. A health care provider who engages in telemedicine or
46 telehealth, as authorized by P.L. , c. (C.) (pending before
47 the Legislature as this bill), shall maintain a complete record of the
48 patient's care, and shall comply with all applicable State and federal

1 statutes and regulations for recordkeeping, confidentiality, and
2 disclosure of the patient's medical record.

3 h. A health care provider shall not be subject to any
4 professional disciplinary action under Title 45 of the Revised
5 Statutes solely on the basis that the provider engaged in
6 telemedicine or telehealth pursuant to P.L. , c. (C.)
7 (pending before the Legislature as this bill).

8 i. (1) In accordance with the "Administrative Procedure Act,"
9 P.L.1968, c.410 (C.52:14B-1 et seq.), the State boards or other
10 entities that, pursuant to Title 45 of the Revised Statutes, are
11 responsible for the licensure, certification, or registration of health
12 care providers in the State, shall each adopt rules and regulations
13 that are applicable to the health care providers under their
14 respective jurisdictions, as may be necessary to implement the
15 provisions of this section and facilitate the provision of
16 telemedicine and telehealth services. Such rules and regulations
17 shall, at a minimum:

18 (a) include best practices for the professional engagement in
19 telemedicine and telehealth;

20 (b) ensure that the services patients receive using telemedicine
21 or telehealth are appropriate, medically necessary, and meet current
22 quality of care standards;

23 (c) include measures to prevent fraud and abuse in connection
24 with the use of telemedicine and telehealth, including requirements
25 concerning the filing of claims and maintaining appropriate records
26 of services provided; and

27 (d) provide substantially similar metrics for evaluating quality
28 of care and patient outcomes in connection with services provided
29 using telemedicine and telehealth as currently apply to services
30 provided in person.

31 (2) In no case shall the rules and regulations adopted pursuant to
32 paragraph (1) of this subsection require a provider to conduct an
33 initial in-person visit with the patient as a condition of providing
34 services using telemedicine or telehealth.

35 (3) The failure of any licensing board to adopt rules and
36 regulations pursuant to this subsection shall not have the effect of
37 delaying the implementation of this act, and shall not prevent health
38 care providers from engaging in telemedicine or telehealth in
39 accordance with the provisions of this act and the practice act
40 applicable to the provider's professional licensure, certification, or
41 registration.

42
43 3. a. Any health care provider who engages in telemedicine or
44 telehealth shall ensure that a proper provider-patient relationship is
45 established. The establishment of a proper provider-patient
46 relationship shall include, but shall not be limited to:

47 (1) properly identifying the patient using, at a minimum, the
48 patient's name, date of birth, phone number, and address. When

1 properly identifying the patient, the provider may additionally use
2 the patient's assigned identification number, social security number,
3 photo, health insurance policy number, or other appropriate patient
4 identifier associated directly with the patient;

5 (2) disclosing and validating the provider's identity and
6 credentials, such as the provider's license, title, and, if applicable,
7 specialty and board certifications;

8 (3) prior to initiating contact with a patient in an initial
9 encounter for the purpose of providing services to the patient using
10 telemedicine or telehealth, reviewing the patient's medical history
11 and any available medical records; and

12 (4) prior to initiating contact with a patient for the purpose of
13 providing services to the patient using telemedicine or telehealth,
14 determining whether the provider will be able to provide the same
15 standard of care using telemedicine or telehealth as would be
16 provided if the services were provided in person. The provider
17 shall make this determination prior to each unique patient
18 encounter.

19 b. Telemedicine or telehealth may be practiced without a
20 proper provider-patient relationship, as defined in subsection a. of
21 this section, in the following circumstances:

22 (1) during informal consultations performed by a health care
23 provider outside the context of a contractual relationship, or on an
24 irregular or infrequent basis, without the expectation or exchange of
25 direct or indirect compensation;

26 (2) during episodic consultations by a medical specialist located
27 in another jurisdiction who provides consultation services, upon
28 request, to a properly licensed or certified health care provider in
29 this State;

30 (3) when a health care provider furnishes medical assistance in
31 response to an emergency or disaster, provided that there is no
32 charge for the medical assistance; or

33 (4) when a substitute health care provider, who is acting on
34 behalf of an absent health care provider in the same specialty,
35 provides health care services on an on-call or cross-coverage basis,
36 provided that the absent health care provider has designated the
37 substitute provider as an on-call provider or cross-coverage service
38 provider.

39

40 4. a. Each telemedicine or telehealth organization operating in
41 the State shall annually register with the Department of Health.

42 b. Each telemedicine or telehealth organization operating in the
43 State shall submit an annual report to the Department of Health in a
44 manner as determined by the commissioner. The annual report
45 shall include de-identified encounter data including, but not limited to:
46 the total number of telemedicine and telehealth encounters
47 conducted; the type of technology utilized to provide services using
48 telemedicine or telehealth; the category of medical condition for

1 which services were sought; the geographic region of the patient
2 and the provider; the patient's age and sex; and any prescriptions
3 issued. The commissioner may require the reporting of any
4 additional information as the commissioner deems necessary and
5 appropriate, subject to all applicable State and federal laws, rules,
6 and regulations for recordkeeping and privacy. Commencing six
7 months after the effective date of P.L. , c. (C.) (pending
8 before the Legislature as this bill), telemedicine and telehealth
9 organizations shall include in the annual report, for each
10 telemedicine or telehealth encounter: the patient's race and
11 ethnicity; the diagnostic codes; the evaluation management codes;
12 and the source of payment for the encounter.

13 c. The Department of Health shall compile the information
14 provided in the reports submitted by telemedicine and telehealth
15 organizations pursuant to subsection b. of this section to generate
16 Statewide data concerning telemedicine and telehealth services
17 provided in the State. The department shall annually share the
18 Statewide data with the Department of Human Services, the
19 Department of Banking and Insurance, the Telemedicine and
20 Telehealth Review Commission established pursuant to section 5 of
21 P.L. , c. (C.) (pending before the Legislature as this bill),
22 State boards and other entities that, under Title 45 of the Revised
23 Statutes, are responsible for the professional licensure, certification,
24 or registration of health care providers in the State who provide
25 health care services using telemedicine or telehealth pursuant to
26 P.L. , c. (C.) (pending before the Legislature as this bill),
27 and the Legislature pursuant section 2 of P.L.1991, c.164 (C.52:14-
28 19.1). The department shall also transmit a report to the Legislature
29 and the Telemedicine and Telehealth Review Commission that
30 includes: an analysis of each rule and regulation adopted pursuant
31 to subsection i. of section 2 of P.L. , c. (C.) (pending
32 before the Legislature as this bill) by a State board or other entity
33 responsible for the professional licensure, certification, or
34 registration of health care providers in the State who provide health
35 care services using telemedicine or telehealth; and an assessment of
36 the effect that telemedicine and telehealth is having on health care
37 delivery, health care outcomes, population health, and in-person
38 health care services provided in facility-based and office-based
39 settings.

40 d. A telemedicine or telehealth organization that fails to
41 register with the Department of Health pursuant to subsection a. of
42 this section or that fails to submit the annual report required
43 pursuant to subsection b. of this section shall be liable to such
44 disciplinary actions as the Commissioner of Health may prescribe
45 by regulation.

46
47 5. a. Six months after the effective date of P.L. , c. (C.)
48 (pending before the Legislature as this bill), there shall be

1 established in the Department of Health the Telemedicine and
2 Telehealth Review Commission, which shall review the information
3 reported by telemedicine and telehealth organizations pursuant to
4 subsection b. of section 4 of P.L. , c. (C.) (pending before
5 the Legislature as this bill) and make recommendations for such
6 executive, legislative, regulatory, administrative, and other actions
7 as may be necessary and appropriate to promote and improve the
8 quality, efficiency, and effectiveness of telemedicine and telehealth
9 services provided in this State.

10 b. The commission shall consist of seven members, as follows:
11 the Commissioner of Health, or a designee, who shall serve ex
12 officio, and six public members, with two members each to be
13 appointed by the Governor, the Senate President, and the Speaker of
14 the General Assembly. The public members shall be health care
15 professionals with a background in the provision of health care
16 services using telemedicine and telehealth. The public members
17 shall serve at the pleasure of the appointing authority, and vacancies
18 in the membership shall be filled in the same manner as the original
19 appointments.

20 c. Members of the commission shall serve without
21 compensation but may be reimbursed for necessary travel expenses
22 incurred in the performance of their duties within the limits of funds
23 made available for that purpose.

24 d. The members shall select a chairperson and a vice
25 chairperson from among the members. The chairperson may
26 appoint a secretary, who need not be a member of the commission.
27 The Department of Health shall provide staff and administrative
28 support to the commission.

29 e. The commission shall meet at least twice a year and at such
30 other times as the chairperson may require. The commission shall
31 be entitled to call to its assistance and avail itself of the services of
32 the employees of any State, county, or municipal department, board,
33 bureau, commission, or agency as it may require and as may be
34 available for its purposes.

35 f. The commission shall report its findings and
36 recommendations to the Governor, the Commissioner of Health, the
37 State boards or other entities that, pursuant to Title 45 of the
38 Revised Statutes, are responsible for the licensure, certification, or
39 registration of health care providers in the State who provide health
40 care services using telemedicine or telehealth pursuant to P.L. , c.
41 (C.) (pending before the Legislature as this bill), and, pursuant
42 to section 2 of P.L.1991, c.164 (C.52:14-19.1), the Legislature no
43 later than two years after the date the commission first meets. The
44 commission shall expire upon submission of its report.

45
46 6. If any provision of P.L. , c. (C.) (pending before the
47 Legislature as this bill) or its application to any person or
48 circumstance is held to be invalid, the invalidity shall not affect any

1 other provision or application of P.L. , c. (C.) (pending
2 before the Legislature as this bill) which can be given effect without
3 the invalid provision or application, and, to this end, the provisions
4 of P.L. , c. (C.) (pending before the Legislature as this bill)
5 are severable.
6

7 7. a. The State Medicaid and NJ FamilyCare programs shall
8 provide coverage and payment for health care services delivered to
9 a benefits recipient through telemedicine or telehealth, on the same
10 basis as, and at a provider reimbursement rate that does not exceed
11 the provider reimbursement rate that is applicable, when the
12 services are delivered through in-person contact and consultation in
13 New Jersey. Reimbursement payments under this section may be
14 provided either to the individual practitioner who delivered the
15 reimbursable services, or to the agency, facility, or organization that
16 employs the individual practitioner who delivered the reimbursable
17 services, as appropriate.

18 b. The State Medicaid and NJ FamilyCare programs may limit
19 coverage to services that are delivered by participating health care
20 providers, but may not charge any deductible, copayment, or
21 coinsurance for a health care service, delivered through
22 telemedicine or telehealth, in an amount that exceeds the deductible,
23 copayment, or coinsurance amount that is applicable to an in-person
24 consultation.

25 c. Nothing in this section shall be construed to:

26 (1) prohibit the State Medicaid or NJ FamilyCare programs
27 from providing coverage for only those services that are medically
28 necessary, subject to the terms and conditions of the recipient's
29 benefits plan; or

30 (2) allow the State Medicaid or NJ FamilyCare programs to
31 require a benefits recipient to use telemedicine or telehealth in lieu
32 of obtaining an in-person service from a participating health care
33 provider.

34 d. The Commissioner of Human Services, in consultation with
35 the Commissioner of Children and Families, shall apply for such
36 State plan amendments or waivers as may be necessary to
37 implement the provisions of this section and to secure federal
38 financial participation for State expenditures under the federal
39 Medicaid program and Children's Health Insurance Program.

40 e. As used in this section:

41 "Benefits recipient" or "recipient" means a person who is
42 eligible for, and who is receiving, hospital or medical benefits under
43 the State Medicaid program established pursuant to P.L.1968, c.413
44 (C.30:4D-1 et seq.), or under the NJ FamilyCare program
45 established pursuant to P.L.2005, c.156 (C.30:4J-8 et al.), as
46 appropriate.

47 "Participating health care provider" means a licensed or certified
48 health care provider who is registered to provide health care

1 services to benefits recipients under the State Medicaid or NJ
2 FamilyCare programs, as appropriate.

3 “Telehealth” means the same as that term is defined by section 1
4 of P.L. , c. (C.) (pending before the Legislature as this
5 bill).

6 “Telemedicine” means the same as that term is defined by
7 section 1 of P.L. , c. (C.) (pending before the Legislature
8 as this bill).

9

10 8. a. A carrier that offers a health benefits plan in this State
11 shall provide coverage and payment for health care services
12 delivered to a covered person through telemedicine or telehealth, on
13 the same basis as, and at a provider reimbursement rate that does
14 not exceed the provider reimbursement rate that is applicable, when
15 the services are delivered through in-person contact and
16 consultation in New Jersey. Reimbursement payments under this
17 section may be provided either to the individual practitioner who
18 delivered the reimbursable services, or to the agency, facility, or
19 organization that employs the individual practitioner who delivered
20 the reimbursable services, as appropriate.

21 b. A carrier may limit coverage to services that are delivered
22 by health care providers in the health benefits plan’s network, but
23 may not charge any deductible, copayment, or coinsurance for a
24 health care service, delivered through telemedicine or telehealth, in
25 an amount that exceeds the deductible, copayment, or coinsurance
26 amount that is applicable to an in-person consultation.

27 c. Nothing in this section shall be construed to:

28 (1) prohibit a carrier from providing coverage for only those
29 services that are medically necessary, subject to the terms and
30 conditions of the covered person’s health benefits plan; or

31 (2) allow a carrier to require a covered person to use
32 telemedicine or telehealth in lieu of receiving an in-person service
33 from an in-network provider.

34 d. The Commissioner of Banking and Insurance shall adopt
35 rules and regulations, pursuant to the “Administrative Procedure
36 Act,” P.L.1968, c.410 (C.52:14B-1 et seq.), to implement the
37 provisions of this section.

38 e. As used in this section:

39 “Carrier” means the same as that term is defined by section 2 of
40 P.L.1997, c.192 (C.26:2S-2).

41 “Covered person” means the same as that term is defined by
42 section 2 of P.L.1997, c.192 (C.26:2S-2).

43 “Health benefits plan” means the same as that term is defined by
44 section 2 of P.L.1997, c.192 (C.26:2S-2).

45 “Telehealth” means the same as that term is defined by section 1
46 of P.L. , c. (C.) (pending before the Legislature as this
47 bill).

1 "Telemedicine" means the same as that term is defined by
2 section 1 of P.L. , c. (C.) (pending before the Legislature
3 as this bill).

4
5 9. a. The State Health Benefits Commission shall ensure that
6 every contract purchased thereby, which provides hospital and
7 medical expense benefits, additionally provides coverage and
8 payment for health care services delivered to a covered person
9 through telemedicine or telehealth, on the same basis as, and at a
10 provider reimbursement rate that does not exceed the provider
11 reimbursement rate that is applicable, when the services are
12 delivered through in-person contact and consultation in New Jersey.
13 Reimbursement payments under this section may be provided either
14 to the individual practitioner who delivered the reimbursable
15 services, or to the agency, facility, or organization that employs the
16 individual practitioner who delivered the reimbursable services, as
17 appropriate.

18 b. A health benefits contract purchased by the State Health
19 Benefits Commission may limit coverage to services that are
20 delivered by health care providers in the health benefits plan's
21 network, but may not charge any deductible, copayment, or
22 coinsurance for a health care service, delivered through
23 telemedicine or telehealth, in an amount that exceeds the deductible,
24 copayment, or coinsurance amount that is applicable to an in-person
25 consultation.

26 c. Nothing in this section shall be construed to:

27 (1) prohibit a health benefits contract from providing coverage
28 for only those services that are medically necessary, subject to the
29 terms and conditions of the covered person's health benefits plan;
30 or

31 (2) allow the State Health Benefits Commission, or a contract
32 purchased thereby, to require a covered person to use telemedicine
33 or telehealth in lieu of receiving an in-person service from an in-
34 network provider.

35 d. The State Health Benefits Commission shall adopt rules and
36 regulations, pursuant to the "Administrative Procedure Act,"
37 P.L.1968, c.410 (C.52:14B-1 et seq.), to implement the provisions
38 of this section.

39 e. As used in this section:

40 "Telehealth" means the same as that term is defined by section 1
41 of P.L. , c. (C.) (pending before the Legislature as this
42 bill).

43 "Telemedicine" means the same as that term is defined by
44 section 1 of P.L. , c. (C.) (pending before the Legislature
45 as this bill).

46
47 10. a. The School Employees' Health Benefits Commission
48 shall ensure that every contract purchased thereby, which provides

1 hospital and medical expense benefits, additionally provides
2 coverage and payment for health care services delivered to a
3 covered person through telemedicine or telehealth, on the same
4 basis as, and at a provider reimbursement rate that does not exceed
5 the provider reimbursement rate that is applicable, when the
6 services are delivered through in-person contact and consultation in
7 New Jersey. Reimbursement payments under this section may be
8 provided either to the individual practitioner who delivered the
9 reimbursable services, or to the agency, facility, or organization that
10 employs the individual practitioner who delivered the reimbursable
11 services, as appropriate.

12 b. A health benefits contract purchased by the State Health
13 Benefits Commission may limit coverage to services that are
14 delivered by health care providers in the health benefits plan's
15 network, but may not charge any deductible, copayment, or
16 coinsurance for a health care service, delivered through
17 telemedicine or telehealth, in an amount that exceeds the deductible,
18 copayment, or coinsurance amount that is applicable to an in-person
19 consultation.

20 c. Nothing in this section shall be construed to:

21 (1) prohibit a health benefits contract from providing coverage
22 for only those services that are medically necessary, subject to the
23 terms and conditions of the covered person's health benefits plan;
24 or

25 (2) allow the School Employees' Health Benefits Commission,
26 or a contract purchased thereby, to require a covered person to use
27 telemedicine or telehealth in lieu of receiving an in-person service
28 from an in-network provider.

29 d. The School Employees' Health Benefits Commission shall
30 adopt rules and regulations, pursuant to the "Administrative
31 Procedure Act," P.L.1968, c.410 (C.52:14B-1 et seq.), to implement
32 the provisions of this section.

33 e. As used in this section:

34 "Telehealth" means the same as that term is defined by section 1
35 of P.L. , c. (C.) (pending before the Legislature as this
36 bill).

37 "Telemedicine" means the same as that term is defined by
38 section 1 of P.L. , c. (C.) (pending before the Legislature
39 as this bill).

40

41 11. This act shall take effect immediately, and section 5 of this
42 act shall expire upon submission of the commission's report.

43

44

45

STATEMENT

46

47 This Senate floor substitute authorizes health care providers,
48 including, but not limited to, licensed physicians, nurses, nurse

1 practitioners, psychologists, psychiatrists, psychoanalysts, clinical
2 social workers, physician assistants, professional counselors,
3 respiratory therapists, speech pathologists, audiologists, and
4 optometrists, to remotely provide health care services to patients
5 through the use of telemedicine and telehealth.

6 “Telehealth” is defined to mean the use of information and
7 communications technologies, including telephones, remote patient
8 monitoring devices, or other electronic means, to support clinical
9 health care, provider consultation, patient and professional health-
10 related education, public health, health administration, and other
11 services as described in regulation.

12 “Telemedicine” is defined to mean means the delivery of a health
13 care service using electronic communications, information
14 technology, or other electronic or technological means to bridge the
15 gap between a health care provider who is located at a distant site
16 and a patient who is located at an originating site, either with or
17 without the assistance of an intervening health care provider.
18 “Telemedicine” would not include the use, in isolation, of audio-
19 only telephone conversation, electronic mail, instant messaging,
20 phone text, or facsimile transmission.

21 Specifically, a health care provider will be permitted to remotely
22 provide health care services to a patient through the use of
23 telemedicine, and will be permitted to engage in telehealth as may
24 be necessary to support and facilitate the provision of health care
25 services to patients.

26 The substitute bill requires any health care provider who uses
27 telemedicine or engages in telehealth while providing health care
28 services to a patient to: (1) be validly licensed, certified, or
29 registered to provide such services in the State of New Jersey; (2)
30 remain subject to regulation by the appropriate New Jersey State
31 licensing board or professional regulatory entity; (3) act in
32 compliance with existing requirements regarding the maintenance
33 of liability insurance; and (4) remain subject to New Jersey
34 jurisdiction if either the patient or the provider is located in New
35 Jersey at the time services are provided.

36 The bill requires telemedicine services to be provided using
37 interactive, real-time, two-way communication technologies. A
38 health care provider engaging in telemedicine or telehealth may use
39 asynchronous store-and-forward technology to allow for the
40 electronic transmission of images, diagnostics, data, and medical
41 information; except that the health care provider may use
42 interactive, real-time, two-way audio in combination with
43 asynchronous store-and-forward technology, without video
44 capabilities, if, after accessing and reviewing the patient’s medical
45 records, the provider determines that the provider is able to meet the
46 same standard of care as if the health care services were being
47 provided in person. The provider’s identity, professional
48 credentials, and contact information are to be made available to the

1 patient during and after the provision of services. The substitute
2 bill requires the contact information to enable the patient to contact
3 the health care provider, or a substitute health care provider
4 authorized to act on the provider's behalf, for at least 72 hours
5 following the provision of services.

6 A health care provider engaging in telemedicine or telehealth
7 will be required to review the medical history and any medical
8 records provided by the patient. In the case of an initial encounter
9 with the patient, the provider is to conduct the review before
10 initiating contact with the patient; in the case of a subsequent
11 encounter pursuant to an ongoing provider-patient relationship, the
12 provider may conduct the review prior to initiating contact or
13 contemporaneously with the telemedicine or telehealth encounter.

14 Health care providers who engage in telemedicine or telehealth
15 will be required to maintain a complete record of the patient's care
16 and comply with all applicable State and federal statutes and
17 regulations for recordkeeping, confidentiality, and disclosure of the
18 patient's medical record. Health care providers will not be subject
19 to any professional disciplinary action under Title 45 of the Revised
20 Statutes solely on the basis that the provider engaged in
21 telemedicine or telehealth pursuant to the substitute bill.

22 Following the provision of services using telemedicine or
23 telehealth, the patient's medical information is to be made available
24 to the patient upon the patient's request, and, with the patient's
25 affirmative consent, forwarded directly to the patient's primary care
26 provider or health care provider of record, or, upon request by the
27 patient, to other health care providers. For patients without a
28 primary care provider or other health care provider of record, the
29 health care provider engaging in telemedicine or telehealth may
30 advise the patient to contact a primary care provider, and, upon
31 request by the patient, may assist the patient with locating a primary
32 care provider or other in-person medical assistance that, to the
33 extent possible, is located within reasonable proximity to the
34 patient. The health care provider engaging in telemedicine or
35 telehealth will also be required to refer the patient to appropriate
36 follow up care where necessary, including making appropriate
37 referrals for emergency or complimentary care, if needed. The
38 patient's consent may be oral, written, or digital in nature, provided
39 it is appropriate under the standard of care.

40 Health care providers providing health care services using
41 telemedicine or telehealth will be subject to the same standard of
42 care or practice standards as are applicable to in-person settings. If
43 telemedicine services would not be consistent with this standard of
44 care, the health care provider is to direct the patient to seek in-
45 person care. Similarly, diagnosis, treatment, and consultation
46 recommendations made through the use of telemedicine or
47 telehealth, including the issuance of a prescription based on a
48 telemedicine encounter, are to be held to the same standard of care

1 or practice standards as are applicable to in-person settings. A
2 provider may not issue a prescription to a patient based solely on
3 the responses provided in an online questionnaire, unless the
4 provider has established a proper provider-patient relationship with
5 the patient.

6 Schedule II controlled dangerous substances may be prescribed
7 through the use of telemedicine only after the provider conducts an
8 initial in-person examination of the patient. Subsequent in-person
9 visits with the patient will be required every three months for the
10 duration of time that the patient is being prescribed the Schedule II
11 controlled dangerous substance. However, these restrictions do not
12 apply when a health care provider is prescribing a stimulant which
13 is a Schedule II controlled dangerous substance for use by a minor
14 patient under the age of 18, provided that the health care provider is
15 using interactive, real-time, two-way audio and video technologies
16 when treating the patient, and the provider has first obtained written
17 consent for the waiver of these in-person examination requirements
18 from the minor patient's parent or guardian.

19 The substitute bill provides that mental health screeners,
20 screening services, and screening psychiatrists subject to the
21 provisions of P.L.1987, c.116 (C.30:4-27.1 et seq.) will not be
22 required to obtain a separate authorization in order to engage in
23 telemedicine or telehealth for mental health screening purposes, and
24 will not be required to request and obtain a waiver from existing
25 regulations prior to engaging in telemedicine or telehealth.

26 Professional licensing and certification boards will be required to
27 adopt rules and regulations, which will be applicable to the health
28 care providers under their respective jurisdictions, in order to
29 implement the provisions of the bill and facilitate the provision of
30 telemedicine and telehealth services. The rules and regulations are
31 to, at a minimum: include best practices for the professional
32 engagement in telemedicine and telehealth; ensure that the services
33 patients receive using telemedicine or telehealth are appropriate,
34 medically necessary, and meet current quality of care standards;
35 include measures to prevent fraud and abuse in connection with the
36 use of telemedicine and telehealth, including requirements
37 concerning the filing of claims and maintaining appropriate records
38 of services provided; and provide substantially similar metrics for
39 evaluating quality of care and patient outcomes in connection with
40 services provided using telemedicine and telehealth as currently
41 apply to services provided in person. The rules and regulations may
42 not include any provision requiring an initial in-person visit with a
43 patient before providing services using telemedicine or telehealth.

44 In order to engage in telemedicine or telehealth, a health care
45 provider will be required to establish a proper patient-provider
46 relationship with the patient. Establishing this relationship
47 includes, but is not be limited to: (1) properly identifying the patient
48 using certain patient identifiers, including, at a minimum, the

1 patient's name, date of birth, phone number, address, and social
2 security number, whenever possible; (2) disclosing and validating
3 the provider's identity and credentials; (3) prior to initiating contact
4 with a patient during an initial encounter, reviewing the patient's
5 medical history and any available medical records; and (4) prior to
6 initiating contact with the patient, determining whether the provider
7 will be able to provide the appropriate standard of care using
8 telemedicine and telehealth as would be provided in an inpatient
9 setting.

10 Telemedicine may be practiced without establishing a proper
11 provider-patient relationship during informal consultations without
12 compensation; during episodic consultations by a medical specialist
13 located in another jurisdiction; when a health care provider
14 furnishes medical assistance in response to an emergency or
15 disaster, provided that there is no charge for the medical assistance;
16 and when a substitute health care provider acting on behalf of an
17 absent health care provider in the same specialty provides health
18 care services on an on-call or cross-coverage basis, provided that
19 the absent health care provider has designated the substitute
20 provider as an on-call provider or cross-coverage service provider.

21 The substitute bill requires each telemedicine or telehealth
22 organization operating in the State to annually register with the
23 Department of Health (DOH) and to submit an annual report to
24 DOH in a manner as determined by the commissioner. A
25 telemedicine or telehealth organization that fails to register or that
26 fails to submit the annual report will be subject to disciplinary
27 action.

28 The annual report submitted by each telemedicine and telehealth
29 organization is to include de-identified encounter data setting forth
30 the total number of telemedicine encounters conducted; the type of
31 technology utilized to provide services using telemedicine or
32 telehealth; the category of medical condition for which services
33 were sought; the geographic region of the patient and the provider;
34 the patient's age and sex; and any prescriptions issued. The
35 commissioner may require the reporting of any additional
36 information as the commissioner deems necessary and appropriate,
37 subject to all applicable State and federal laws, rules, and
38 regulations for recordkeeping and privacy. Commencing six
39 months after the effective date of the bill, the annual report
40 submitted by telemedicine and telehealth organizations is to
41 additionally, include, for each telemedicine or telehealth encounter:
42 the patient's race and ethnicity; the diagnostic code; the encounter
43 management code; and the source of payment for the encounter.
44 DOH will be required to share the reported information with the
45 Legislature, the Department of Human Services, the Department of
46 Banking and Insurance, the Telemedicine and Telehealth Review
47 Commission established under the bill, and the appropriate boards

1 and entities that license or certify professionals who provide health
2 care services in the State using telemedicine or telehealth.

3 Additionally, DOH will be required to compile the reported
4 information to generate Statewide data concerning telemedicine and
5 telehealth services provided in New Jersey, and report the Statewide
6 data to the Legislature and the Telemedicine and Telehealth Review
7 Commission on an annual basis. The report is to include an
8 analysis of each rule and regulation adopted by State boards and
9 entities responsible for the licensure or certification of health care
10 providers using telemedicine and telehealth, and an assessment of
11 the effect that the provision of health care services using
12 telemedicine and telehealth is having in New Jersey on health care
13 delivery, health care outcomes, population health, and in-person
14 health care services provided in facility-based and office-based
15 settings.

16 Six months after the effective date of the substitute bill, the
17 Telemedicine and Telehealth Review Commission will be
18 established in DOH. The commission will be required to review the
19 information reported by telemedicine and telehealth organizations
20 and make recommendations for such executive, legislative,
21 regulatory, administrative, and other actions as may be necessary
22 and appropriate to promote and improve the quality, efficiency, and
23 effectiveness of telemedicine and telehealth services provided in
24 New Jersey. The commission will consist of seven members: the
25 Commissioner of Health, or a designee, who will serve ex officio,
26 and six public members, with two members each to be appointed by
27 the Governor, the Senate President, and the Speaker of the General
28 Assembly. The public members are to be health care professionals
29 with a background in the provision of health care services using
30 telemedicine and telehealth. The public members will serve at the
31 pleasure of the appointing authority, and vacancies in the
32 membership shall be filled in the same manner as the original
33 appointments. Members of the commission will serve without
34 compensation but may be reimbursed for necessary travel expenses
35 incurred in the performance of their duties within the limits of funds
36 made available for that purpose. The commission will meet at least
37 twice a year and at such other times as the chairperson may require.
38 The commission will be entitled to call to its assistance and avail
39 itself of the services of the employees of any State, county, or
40 municipal department, board, bureau, commission, or agency as it
41 may require and as may be available for its purposes. The
42 commission will be required to report its findings and
43 recommendations to the Governor, the Commissioner of Health, the
44 State boards or other entities which are responsible for the
45 licensure, certification, or registration of health care providers in
46 the State who provide health care services using telemedicine or
47 telehealth, and the Legislature no later than two years after the date

1 the commission first meets, and will expire upon submission of the
2 report.

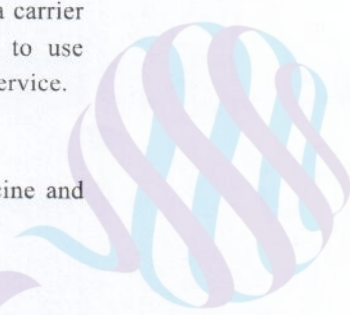
3 The substitute bill specifies that Medicaid, NJ FamilyCare, and
4 certain health insurance providers, including the carriers of health
5 benefits plans, the State Health Benefits Commission, and the
6 School Employees' Health Benefits Commission, are each to
7 provide coverage and payment for services provided through
8 telemedicine and telehealth on the same basis as, and at a provider
9 reimbursement rate that does not exceed the provider
10 reimbursement rate that is applicable, when the services are
11 delivered in-person in New Jersey. Reimbursement payments may
12 be made to the individual practitioner who delivered the
13 reimbursable services, or to the telemedicine or telehealth
14 organization that employs the practitioner.

15 Each such carrier or insurance provider will be authorized to
16 charge a deductible, copayment, or coinsurance for a health care
17 service delivered through telemedicine or telehealth, provided that
18 the amount charged does not exceed the charge for an in-person
19 consultation. Where applicable, each carrier or insurance provider
20 will be limited in its ability to impose annual or lifetime dollar
21 maximum amounts on the coverage of services provided through
22 telemedicine. Nothing in the substitute bill will prohibit a carrier or
23 other insurance provider from providing coverage only for services
24 deemed to be medically necessary, and nothing will allow a carrier
25 or other insurance provider to coerce a covered person to use
26 telehealth or telemedicine in lieu of receiving an in-person service.

27

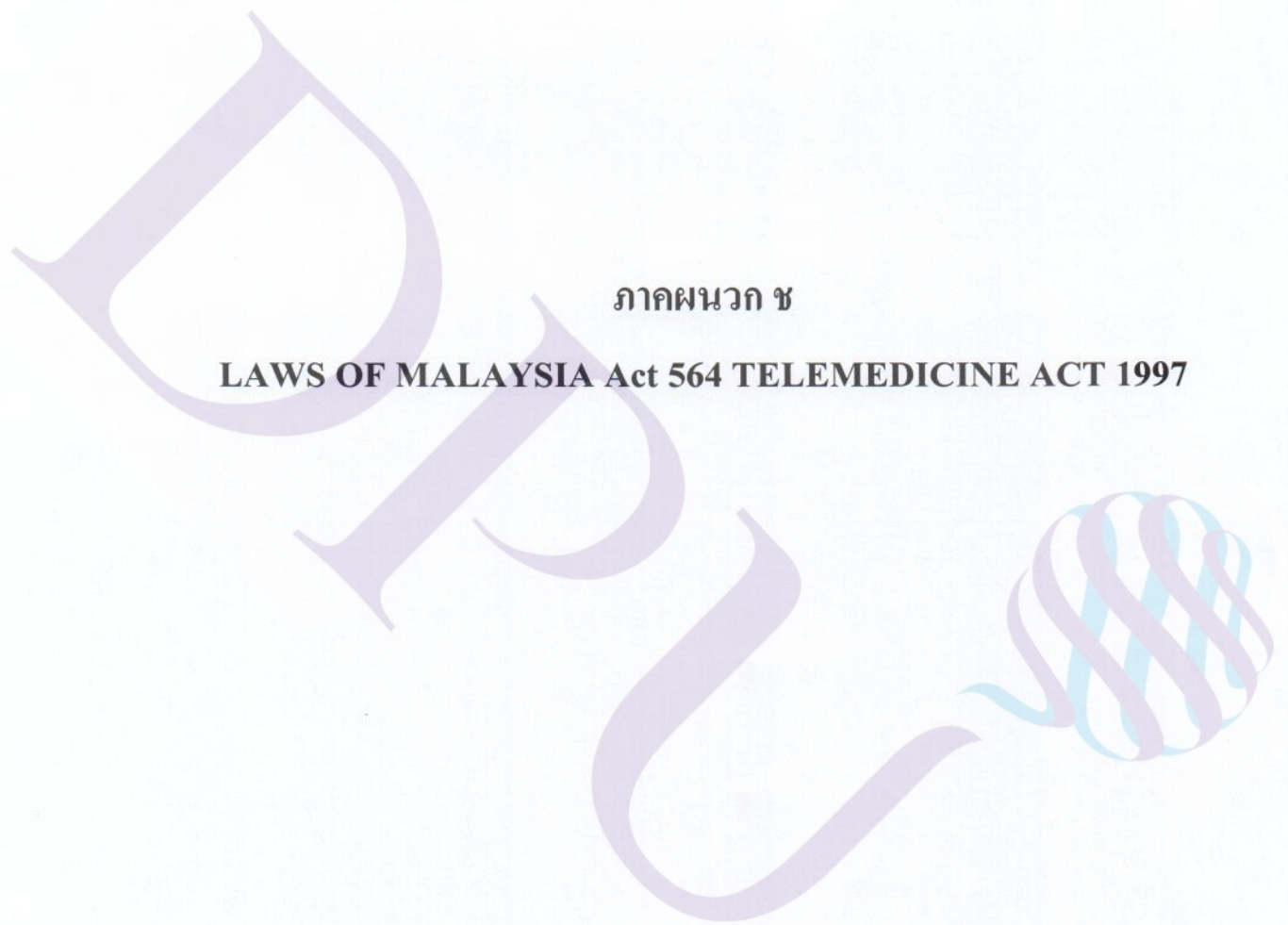
28

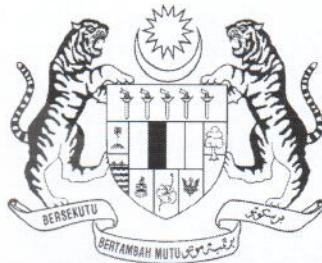
29 _____
30 Authorizes health care providers to engage in telemedicine and
telehealth.



ภาคผนวก ช

LAWS OF MALAYSIA Act 564 TELEMEDICINE ACT 1997





LAWS OF MALAYSIA

REPRINT

Act 564

TELEMEDICINE ACT 1997

Incorporating all amendments up to 1 January 2006

PUBLISHED BY
THE COMMISSIONER OF LAW REVISION, MALAYSIA
UNDER THE AUTHORITY OF THE REVISION OF LAWS ACT 1968
IN COLLABORATION WITH
PERCETAKAN NASIONAL MALAYSIA BHD
2006

TELEMEDICINE ACT 1997

Date of Royal Assent 18 June 1997

Date of publication in the *Gazette* 30 June 1997

PREVIOUS REPRINT

First Reprint 2002



LAWS OF MALAYSIA**Act 564****TELEMEDICINE ACT 1997**

ARRANGEMENT OF SECTIONS

Section

1. Short title and commencement
2. Interpretation
3. Persons who may practise telemedicine
4. Certificate to practise telemedicine
5. Patient's consent
6. Regulations



LAWS OF MALAYSIA

Act 564

TELEMEDICINE ACT 1997

An Act to provide for the regulation and control of the practice of telemedicine; and for matters connected therewith.

[]

BE IT ENACTED by the Seri Paduka Baginda Yang di-Pertuan Agong with the advice and consent of the Dewan Negara and Dewan Rakyat in Parliament assembled, and by the authority of the same, as follows:

Short title and commencement

1. (1) This Act may be cited as the Telemedicine Act 1997.

(2) This Act shall come into force on a date to be appointed by the Minister by notification in the *Gazette* and the Minister may appoint different dates for different provisions of this Act.

Interpretation

2. In this Act, unless the context otherwise requires—

“Council” means the Malaysian Medical Council established under section 3 of the Medical Act 1971 [*Act 50*];

“Director General” means the Director General of Health, Malaysia;

“fully registered medical practitioner” means any person who is fully registered under section 14 of the Medical Act;

“Medical Act” means the Medical Act 1971;

“practising certificate” means a practising certificate issued under section 20 of the Medical Act;

“provisionally registered” means provisionally registered under section 12 of the Medical Act;

“registered medical assistant” means any person who is registered under the Medical Assistants (Registration) Act 1977 [Act 180];

“registered midwife” means any person who is registered under the Midwives Act 1966 [Act 436];

“registered nurse” means any person who is registered under the Nurses Act 1950 [Act 14];

“telemedicine” means the practice of medicine using audio, visual and data communications.

Persons who may practise telemedicine

3. (1) No person other than—

- (a) a fully registered medical practitioner holding a valid practising certificate; or
- (b) a medical practitioner who is registered or licensed outside Malaysia and—
 - (i) holds a certificate to practise telemedicine issued by the Council; and
 - (ii) practises telemedicine from outside Malaysia through a fully registered medical practitioner holding a valid practising certificate,

may practise telemedicine.

(2) Notwithstanding paragraph (1)(a), the Director General may, upon an application being made by a fully registered medical practitioner, permit in writing, subject to such terms and conditions as the Director General may specify, a provisionally registered medical practitioner, a registered medical assistant, a registered nurse, a registered midwife or any other person providing healthcare, to practise telemedicine if such person—

- (a) is deemed suitable by the Director General to be so permitted; and
- (b) is under the supervision, direction and authority of the fully registered medical practitioner making the application.

(3) Any person who practises telemedicine in contravention of this section, notwithstanding that he so practises from outside Malaysia, shall be guilty of an offence and shall on conviction be liable to a fine not exceeding five hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding five years or to both.

Certificate to practise telemedicine

4. (1) An application for a certificate to practise telemedicine referred to in paragraph 3(1)(b) shall be made by a medical practitioner registered or licensed outside Malaysia through a fully registered medical practitioner to the Council in such manner or form and accompanied by such documents, particulars and fees as may be prescribed.

(2) The Council may issue to the applicant a certificate to practise telemedicine for a period not exceeding three years subject to such terms and conditions as the Council may specify in such certificate.

(3) The Council may at any time vary the terms and conditions of a certificate to practise telemedicine issued under subsection (2).

(4) The Council may at any time cancel any certificate to practise telemedicine issued under subsection (2) if the person to whom the certificate is issued contravenes any term or condition specified in the certificate.

(5) Any person who is aggrieved by the refusal of the Council to issue a certificate to practise telemedicine or by the cancellation of a certificate to practise telemedicine may appeal to the Minister whose decision shall be final.

Patient's consent

5. (1) Before a fully registered medical practitioner practises telemedicine in relation to a patient, the fully registered medical practitioner shall obtain the written consent of the patient.

(2) The consent given by a patient under subsection (1) is not valid for the purpose of that subsection unless the fully registered medical practitioner has, before the consent is given, informed the patient—

(a) that he is free to withdraw his consent at any time without affecting his right to future care or treatment;

- (b) of the potential risks, consequences and benefits of telemedicine;
 - (c) that all existing confidentiality protection apply to any information about the patient obtained or disclosed in the course of the telemedicine interaction;
 - (d) that any image or information communicated or used during or resulting from telemedicine interaction which can be identified as being that of or about the patient will not be disseminated to any researcher or any other person without the consent of the patient.
- (3) The consent given by a patient under subsection (1) shall not be valid for the purpose of that subsection unless the consent contains a statement signed by the patient indicating that he understands the information provided pursuant to subsection (2) and that this information has been discussed with the fully registered medical practitioner.
- (4) The written consent under subsection (1) and statement under subsection (3) of a patient shall become part of the patient's medical record.
- (5) Where the patient is a minor, or is under such mental disability as to render him incapable of giving an informed consent, consent may be given on his behalf by his next friend or guardian *ad idem*.
- (6) Any fully registered medical practitioner who contravenes this section shall be guilty of an offence and shall on conviction be liable to a fine not exceeding one hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding two years or to both.

Regulations

6. (1) The Minister may make such regulations as appear to him to be necessary or expedient for carrying into effect the provisions of this Act.

(2) Without prejudice to the generality of subsection (1), regulations may be made—

- (a) to prescribe the minimum standards in respect of any facility, computer, apparatus, appliance, equipment, instrument, material, article and substance which are to be used in the practice of telemedicine on any premises;
 - (b) to provide for acceptable quality assurance and quality control in respect of telemedicine services;
 - (c) to require persons practising telemedicine to maintain such books, records and reports as may be necessary for the proper enforcement and administration of this Act and to prescribe the manner in which such books, records and reports are to be kept and issued;
 - (d) to require the furnishing of statistical information to the Director General;
 - (e) to provide that the contravention of any provision of any regulation made under this Act shall constitute an offence and that persons convicted of such offence shall be liable to a fine or imprisonment or both but such fine shall not exceed five thousand ringgit and such imprisonment shall not exceed one year;
 - (f) to prescribe the offences under this Act or the regulations made under this Act which may be compounded and the person by whom and the manner in which such offences may be compounded;
 - (g) to prescribe any other matter which is required or permitted by this Act to be prescribed.
-

LAWS OF MALAYSIA
Act 564
TELEMEDICINE ACT 1997

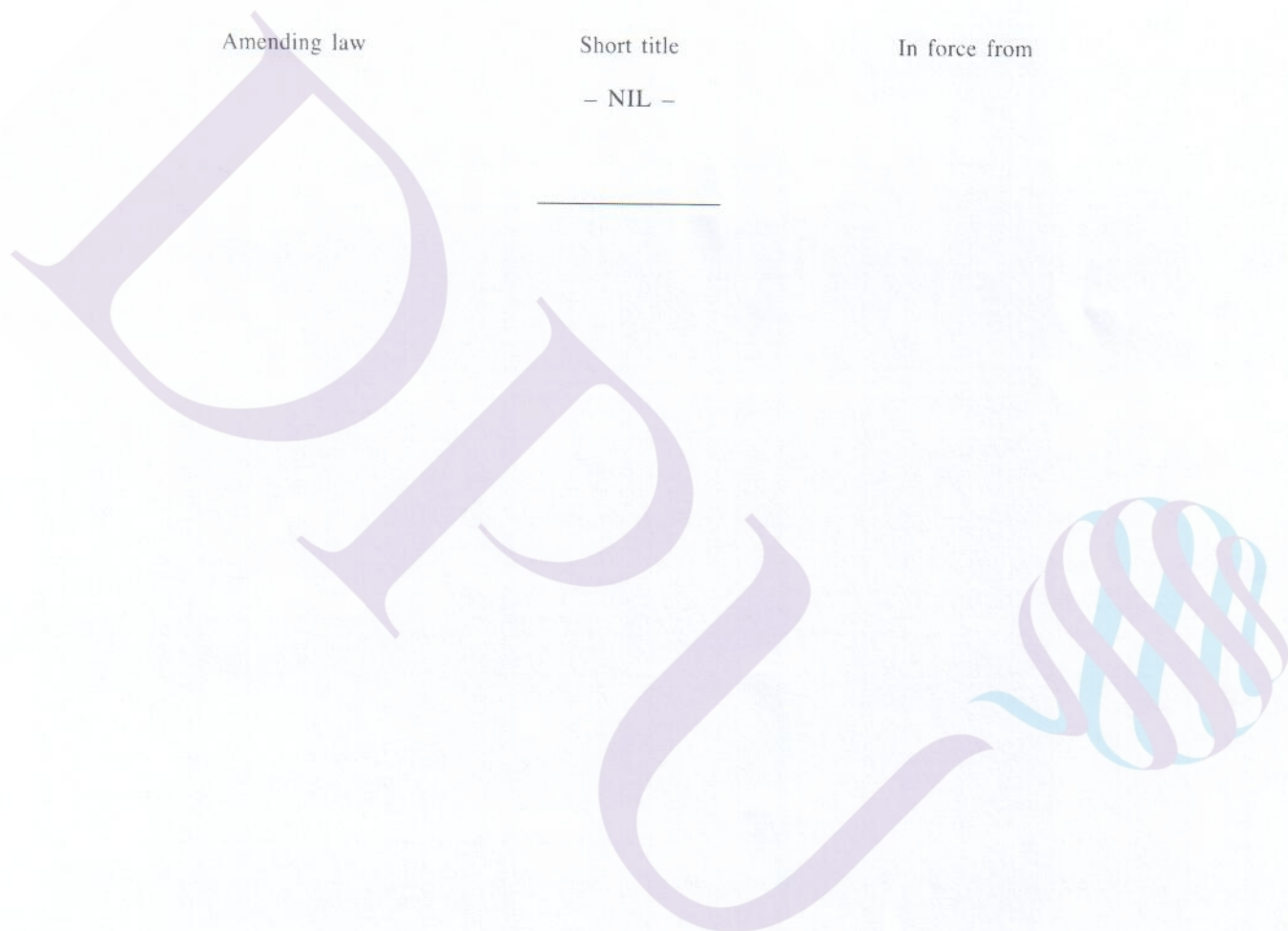
LIST OF AMENDMENTS

Amending law

Short title

In force from

– NIL –



LAWS OF MALAYSIA

Act 564

TELEMEDICINE ACT 1997

LIST OF SECTIONS AMENDED

Section

Amending authority

In force from

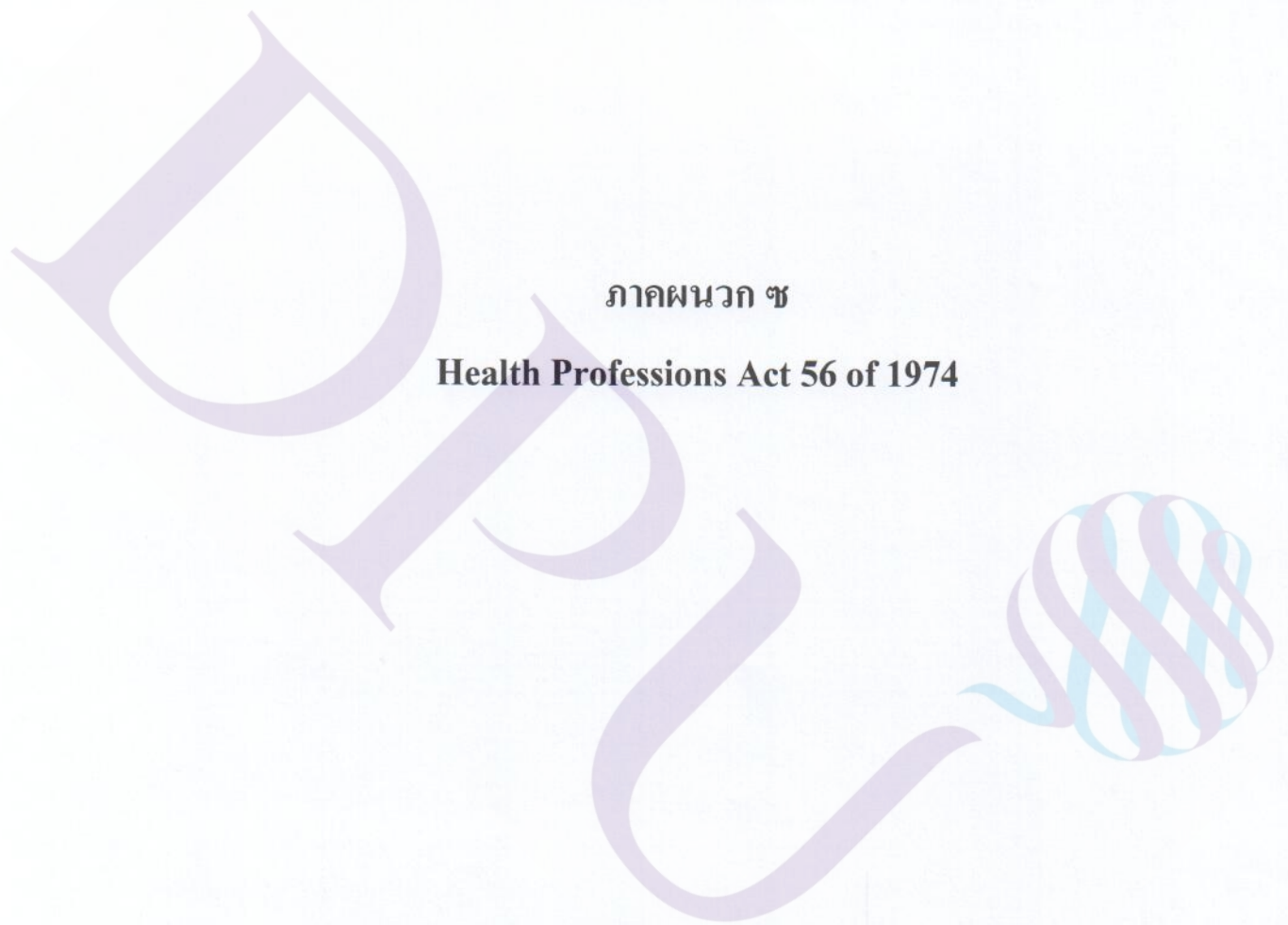
- NIL -



DICETAK OLEH
PERCETAKAN NASIONAL MALAYSIA BERHAD,
KUALA LUMPUR
BAGI PIHAK DAN DENGAN PERINTAH KERAJAAN MALAYSIA

ภาคผนวก ซ

Health Professions Act 56 of 1974



HEALTH PROFESSIONS ACT 56 OF 1974

REGULATIONS RELATING TO PERFORMANCE OF COMMUNITY SERVICE BY PERSONS REGISTERING IN TERMS OF THE HEALTH PROFESSIONS ACT, 1974

Published under Government Notice R688 in *Government Gazette* 18890 of 15 May 1998 and amended by:

GN R498	GG 21178	19/5/2000
GN R69	GG 23047	22/1/2002
GN R620	GG 34494	5/8/2011

The Minister of Health has, in terms of section 24A of the Health Professions Act, 1974 (Act No. 56 of 1974), after consultation with the Health Professions Council of South Africa, made the regulations in the Schedule.

SCHEDULE

1. Definition
2. Professions in respect of which community service shall be performed
3. Registration of persons performing community service
4. Conditions of service
5. Places where community service is to be performed
6. Interruption of period of community service
7. Report on completion

Definition

- 1.1 In these regulations, “**the Act**” means the Health Professions Act, 1974 (Act No. 56 of 1974), and any expression to which a meaning has been assigned in the Act, shall bear such meaning.

Professions in respect of which community service shall be performed

- 2.1 Any person registering for the first time for any of the following professions in terms of the Act shall perform community service as prescribed in these regulations:
- Profession of a medical practitioner;
 - profession of a dentist;
 - radiography;
[Para. (c) added by GN R69/2002]
 - physiotherapy;
[Para. (d) added by GN R69/2002]

- (e) speech, language and hearing therapy;
[Para. (e) added by GN R69/2002]
- (f) occupational therapy;
[Para. (f) added by GN R69/2002]
- (g) environmental health;
[Para. (g) added by GN R69/2002]
- (h) dietetics; and
[Para. (h) added by GN R69/2002]
- (i) clinical psychology.
[Para. (i) added by GN R69/2002]

Provided that persons registered under section 29 of the Act may not be required to perform community service.

[Reg. 2.1 amended by GN R498/2000 and GN R69/2002]

- 2.2 The Minister shall by notice in the Government Gazette determine the date on which community service shall commence in respect of each of the professions listed in 2.1.
- 2.3 A person registering for the first time in terms of the Act shall include a person who has completed internship where internship is required by the Act and a person who obtained his or her qualifications outside the Republic.

Registration of persons performing community service

- 3.1 The register of persons performing community service established by the council in terms of the Act shall reflect all such information as is recorded in the register of the professions contemplated in 2.1.
- 3.2 An applicant for registration as a person performing community service shall submit to the council the following:
 - (a) Proof that he holds a qualification recognised by the council in terms of regulations made under sections 24 and 25 of the Act; and
 - (b) a formal application for registration as a person performing community service.
- 3.3 A person performing community service shall notify the council as soon as he or she has assumed duty of the fact and of the name of the health facility where community service is being performed.
- 3.4 A person performing community service shall be subject to the rules of professional conduct prescribed for a profession in respect of which community service is performed.

Conditions of service

- 4.1 The conditions of service applicable to the public service shall apply to persons performing community service: Provided that in the case of persons performing community service at the local sphere of government, the conditions of service applicable to the persons employed under the Local Government: Municipal Systems Act 2000, shall apply.

[Reg. 4 substituted by reg. 4.1 by GN R620/2011]

Places where community service is to be performed

- 5.1 A person contemplated in subregulation 2.1 shall apply for a post in a health facility or a complex of health facilities approved for the purposes of performing community service and a list of approved facilities shall be published by the Minister in the Government Gazette.
- 5.2 The Minister may, after consultation with a Member of the Executive Council responsible for health in a province, make a final decision with regard to a place where a person contemplated in subregulation 2.1 shall perform community service.

Interruption of period of community service

- 6.1 If a period of community service is broken or interrupted, such period shall consist of periods which, when added together are not less than one calendar year in total, including approved periods of leave: Provided that community service shall be completed within a maximum period of two years.
- 6.2 The period of community service already served shall lapse if community service is not completed within a maximum period of two years.

Report on completion

7. On completion of community service by a person a report shall be issued by the relevant health authority as evidence to the Health Professions Council and the Department that such person has satisfactorily completed community service.

ภาคผนวก ฅ

Health Professions Council of South Africa

“General Ethical Guidelines for Good Practice in Telemedicine”





HEALTH PROFESSIONS COUNCIL OF SOUTH AFRICA

**GUIDELINES FOR GOOD PRACTICE
IN THE HEALTHCARE PROFESSIONS**

**GENERAL ETHICAL GUIDELINES FOR
GOOD PRACTICE IN TELEMEDICINE**

**DEVELOPED BY THE HUMAN RIGHTS, ETHICS AND
PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE**

Booklet No: 10

**PRETORIA
AUG 2014 [APPROVED BY COUNCIL]**

Health Professions Council of South Africa
Post Office Box 205
Pretoria 0001

Telephone: (012) 338 9300
Fax: (012) 328 4863

E-mail: hpcsa@hpcsa.co.za

Website: <http://www.hpcsa.co.za>



THE SPIRIT OF PROFESSIONAL GUIDELINES

Practising as a healthcare professional is based upon a relationship of mutual trust between patients and healthcare practitioners. The term "profession" means "a dedication, promise or commitment publicly made".¹ To be a good healthcare practitioner, requires a life-long commitment to sound professional and ethical practices and an overriding dedication to the interests of one's fellow human beings and society. In essence, the practising of healthcare professions is a moral enterprise. In this spirit, the HPCSA presents the following ethical guidelines to guide and direct the practice of healthcare practitioners. These guidelines form an integral part of the standards of professional conduct against which a complaint of professional misconduct will be evaluated.

[Note: The term "healthcare practitioner" in these guidelines refers to persons registered with the HPCSA].

¹ Pellegrino, ED. Medical professionalism: Can it, should it survive? *J Am Board Fam Pract* 2000; 13(2):147-149 (quotation on p. 148).

TABLE OF CONTENTS

1. Introduction	3
2. Purpose	4
3. Definition of concepts	4
3.1. Telemedicine	4
3.2. Health Establishment	5
3.3 Healthcare Practitioner	5
3.4 The Consulting healthcare practitioner	5
3.5 The servicing healthcare practitioner	5
3.6 The Requesting patient	5
3.7 Other Terms relate to consultation	5
4. Ethical guidelines	6
4.1. Competence, registration and authorisation	6
4.2. Healthcare practitioner –patient relationship	7
4.3. Assumption of primary responsibility	7
4.4. Evaluation and treatment of patient	8
4.5 Professional duties	8
4.6. Duty to inform and informed consent	8
4.7 Patient confidentiality	10
4.8. Routine, specialists and emergency consultations	12
4.9. Quality, security and safety	13
5. Sources consulted	16

1. INTRODUCTION

1.1 The objective of the South African Telemedicine System as established by the National Department of Health is to deliver healthcare services at a distance to South African communities in under-served areas. The system has been established to alleviate the human resource crisis as experienced and is geared to improve the links and communication between developed healthcare facilities and the underdeveloped rural areas. Different categories of Healthcare practitioners will be involved.

1.2 The Health Professions Council of South Africa (HPCSA) has a mandate to regulate healthcare provision by ensuring that services are provided by qualified and skilled healthcare practitioners. This regulatory mandate applies to healthcare practitioners in both state and privately-owned healthcare institutions. It is the mandate of the HPCSA to protect the “patient” against possible abuse by healthcare practitioner on one hand and to provide guidance for good practice to the professions.

1.3 All Telemedicine services should involve a healthcare provider where there is an actual face-to-face consultation and physical examination of the patient in a clinical setting. The consulting practitioner will communicate the information to the servicing practitioner, who will then provide the necessary assistance.

Note: These guidelines must be read as a whole and not piece-meal as the overall purpose may be lost. The guidelines must further be read in conjunction with other ethical booklets of the HPCSA which include but are not limited to:

- Booklet No 1: General ethical guidelines for healthcare professions*
- Booklet No 9: Seeking patients' informed consent*
- Booklet No 10: Confidentiality*

2. PURPOSE

The purpose of these guidelines is twofold:

(a) Firstly, to provide an ethical framework that draws from the core values and standards in Booklet No.1 and pertinent laws.

(b) Secondly, to provide guidelines to healthcare practitioners engaged in telemedicine practices within and outside South Africa.

3. DEFINITION OF CONCEPTS

These guidelines first provide definitions of telemedicine and other related terminology as used in the guidelines.

3.1 Telemedicine

For the purposes of these guidelines, “telemedicine” is defined as:

The practice of medicine using electronic communications, information technology or other electronic means between a healthcare practitioner in one location and a healthcare practitioner in another location. This is for facilitating, improving and enhancing clinical, educational and scientific healthcare and research, particularly to the under serviced areas in the Republic of South Africa.

Note:

1. Telemedicine involves secure videoconferencing or similar forms of technology which enable healthcare practitioners to replicate the interaction of traditional face-to-face consultations between healthcare practitioners and the patient.

2. Telemedicine as defined refers to where information is exchanged electronically either on or off-line, formally, informally or as a need for a second opinion.

3.2 Health establishment

“Health establishment” means the whole or part of a public or private institution, facility, building or place, whether for profit or not, that is designed to provide inpatient or outpatient treatment, and diagnostic or therapeutic interventions.

3.3 Healthcare practitioner

“Healthcare practitioner” means a person providing health services, registered in terms of the Health Professions Act No 56 of 1974, to include any other appropriate disciplines as defined in the National Health Act No 61 of 2003.

3.4 The consulting healthcare practitioner

The “consulting healthcare practitioner” refers to the practitioner who conducts a “face-to-face” interview or examination with the patient or refers patient’s information to a remote location for further advice or intervention.

3.5 The servicing healthcare practitioner

The “servicing healthcare practitioner” refers to the practitioner who offers advice or intervention or patient information from a remote location.

3.6 The requesting patient

The “requesting patient” is the patient who requests to be treated by the servicing healthcare practitioner. This applies only where there is already an existing relationship between the patient and the healthcare practitioner.

3.7 Other terms that relate to consultation

Other terms relate to consultation as used in telemedicine as described by the World Medical Association:

- 3.7.1 Asynchronous: Refers to data transmission that involves a mechanism where the patient's information from the consulting healthcare practitioner's site is temporarily stored and then retransmitted to the servicing healthcare practitioner's site or vice versa. A common asynchronous transmission includes the transmission of patient information via email.
- 3.7.2 Synchronous: Refers to the continuous, uninterrupted transmission of patient information from the consulting healthcare practitioner's site to the consultant health care practitioner's site, or vice versa. The flow of patient information does not include any storage or intended delay in the transmission of the patient data.

4. ETHICAL GUIDELINES

Although telemedicine has become an essential tool in alleviating human resource crises and supporting primary healthcare services, particularly those of vulnerable communities in South Africa. It also raises important ethical and legal issues.

4.1 Competence, registration and authorisation

- 4.1.1 According to the Health Professions Act, No 56 of 1974, registration is a prerequisite for practising a profession in terms of which a professional board has been established, where such practice is for gain within South Africa, or for any other health profession the scope which has been defined by the Minister in terms of the Act, unless a practitioner is registered in terms of the Act in respect of such profession.
- 4.1.2 Only practitioners who have been deemed competent and are registered in their respective professions are authorised to participate in telemedicine practice in

South Africa either as consulting healthcare practitioners or servicing healthcare practitioners.

- 4.1.3 In the case of telemedicine across country borders, practitioners serving South African patients should be registered with the regulating bodies in their original states as well as with the HPCSA.
- 4.1.4 Consulting healthcare practitioners are responsible for ensuring that the servicing healthcare practitioner is competent according to the South African healthcare standards.
- 4.1.5 Consulting healthcare practitioners and servicing healthcare practitioners are held to the same standards of medical practice as healthcare practitioners who conduct face-to-face consultations.

4.2 Healthcare practitioner-patient relationship

- 4.2.1 The relationship between the patient and the healthcare practitioner is established when the practitioner agrees to treat the patient and the patient agrees to be treated.
- 4.2.2 In telemedicine the practice of medicine occurs where the patient is located at the time telemedicine technologies are used.
- 4.2.3 The relationship between the patient and the healthcare practitioner must be based on mutual trust and respect, and this applies to both servicing and consulting practitioners.
- 4.2.4 Core ethical values as outlined in the HPCSA guidelines for healthcare practitioners are also applicable in telemedicine practice and the fact that a patient's information can be moved using electronic means does not alter the ethical duties of healthcare practitioner.

- 4.2.5 The professional discretion of healthcare practitioners engaging in telemedicine regarding the diagnosis, scope of care or treatment should not be limited or influenced by non-clinical considerations of telemedicine technologies.

4.3 Assumption of primary responsibility

- 4.3.1 The World Medical Association (WMA) makes a distinction between telemedicine consulting and the servicing practitioners regarding where the primary responsibility lies.

- 4.3.2 According to the WMA:

- (a) The consulting practitioner remains responsible for the treatment, decisions and other recommendations given to the patient, as well as for keeping detailed records of the patient's condition and information transmitted and received from the servicing practitioner.
- (b) The servicing practitioner must keep detailed records of the advice he or she delivers as well as the information he or she receives and on which the advice is based.
- (c) The servicing practitioner must further ensure that the advice or treatment suggestions given were understood by the consulting practitioner or the patient.

4.4 Evaluation and treatment of patient

- 4.4.1 A documented medical evaluation must be done and the relevant clinical history necessary to diagnose underlying conditions as well as any contra-indications regarding the recommended treatment must be obtained before providing treatment, including issuing prescriptions electronically or otherwise.

4.4.2 Treatment including issuing a prescription based solely on an online questionnaire does not constitute an acceptable standard of care.

4.4.3 When prescribing care using telemedicine consulting practitioners should ensure that informed consent is taken in accordance with the standards practice used in face-to-face issuing of prescriptions.

4.5 Professional duties

4.5.1 Healthcare practitioners engaging in telemedicine must observe the professional duties imposed in the HPCSA's General Ethical Guidelines for Good Practice.

4.5.2 Duties to patients include, but are not limited to, always acting in the best interest or well-being of the patient, respecting patients' privacy and dignity, giving patients the information they need about their conditions, and maintaining confidentiality at all times as required by the National Health Act No 61 of 2003 and the SA National Patients' Rights Charter.

4.5.3 Healthcare practitioners should not give medical advice or provide treatment using telemedicine without obtaining proper informed consent from the patient for both the treatment to be given and the use of telemedicine technology.

4.5.4 The consulting and servicing healthcare practitioners they should verify:

- (a) The location of the consulting or servicing healthcare practitioner;
- (b) The identity and qualifications of the consulting or servicing healthcare practitioner; and
- (c) The identity of the patient.

4.6 Duty to inform and informed consent

- 4.6.1 This section must be read in conjunction with HPCSA guidelines regarding informed consent in Booklet 9 and the provisions of the National Health Act.
- 4.6.2 Informed consent for the use of telemedicine technologies must be obtained in writing.
- 4.6.3 Informed consent documentation for telemedicine practice should include the following:
- (a) The identities of the patient and the servicing healthcare practitioner.
 - (b) The servicing healthcare practitioner's practice number.
 - (c) The types of transmissions consented to using telemedicine technologies (e.g. prescriptions, refills, appointment scheduling, patient education etc.).
 - (d) Agreement by the patient that the servicing practitioner will decide whether or not the condition being diagnosed or treated is appropriate for a telemedicine consultation.
 - (e) Details of the security measures taken with the use of telemedicine technologies, such as encrypting data, password protected screen savers and data files, or the use of other reliable authentication techniques.
 - (f) Any material risks to confidentiality arising from the use of telemedicine technologies that may influence the patient's decision to consent.
 - (g) The patient's express consent to the transmission of the patient's personal medical information to a consulting healthcare practitioner or other appropriate third parties.
- 4.6.3 When telemedicine is used the patient should be informed regarding who will access their information, the purpose of the telemedicine service, the cost of the service and what the implications of the use of such information will be.

4.6.4 It is the duty and responsibility of the consulting practitioner to obtain informed consent for telemedicine purposes.

4.6.5 The documentation regarding informed consent for telemedicine practice should include the following:

- (a) The patient's name and address and the location or site of consultation;
- (b) The consulting practitioner's name, practice address and number, and location;
- (c) The servicing practitioner's or practitioner's names, practice addresses and numbers, and location;
- (d) A brief explanation of telemedicine;
- (e) The types of transmissions consented to using telemedicine technologies (e.g. prescriptions, refills, appointment scheduling, patient education etc.).
- (f) Details of the security measures taken with the use of telemedicine technologies, such as encrypting data, password protected screen savers and data files, or the use of other reliable authentication techniques.
- (g) Any material risks to confidentiality arising from the use of telemedicine technologies that may influence the patient's decision to consent.
- (h) The expected risks, possible benefits of and alternatives to telemedicine;
- (i) Agreement by the patient that the servicing practitioner will decide whether or not the condition being diagnosed or treated is appropriate for a telemedicine consultation.
- (j) The patient's agreement, after a full explanation was given, including the patient's express consent to the transmission of the patient's personal medical information to a consulting healthcare practitioner or other appropriate third parties.
- (k) The signature of patient, the patient's parent, the patient's guardian or the patient's caregiver - the relationship to the patient should be specified;
- (l) The signature of the witness.

- 4.6.6 A copy of the consent form should be kept with patient's records and a duplicate given to the patient.
- 4.6.7 In the case of videoconference consultations, the patient must be aware of the presence of other people on the other side, and that the patient's identity may be revealed to such people, and must consent to this.

4.7 Patient confidentiality

- 4.7.1 The patient must at all times be assured that their confidentiality is protected. Patient confidentiality should be ensured at both the consulting and servicing practitioners' sites and should follow the provisions of the Constitution, the National Health Act No 61 of 2003, the Promotion of Access to Information Act No 2 of 2000, the Protection of Personal Information Act No 4 of 2013, the Common law and the HPCSA's ethical guidelines on patient confidentiality in Booklet 10 which generally state that it is every practitioner's duty to make sure that information is effectively protected against improper disclosure at all times.
- 4.7.2
- 4.7.2 HPCSA's booklet on Confidentiality further provides guidelines on how patient information may be disclosed for example, in the case of research, education, clinical audit, financial audit or even for the publication of case histories and photographs.
- 4.7.3 Policies and procedures for documentation, maintenance and transmission of records regarding telemedicine consultations should be maintained at the same standard of care as face-to-face consultations.
- 4.7.4 Policies and procedures for telemedicine should deal with: (a) Confidentiality; (b) healthcare personnel apart from the healthcare practitioners who will process the electronic information; (c) Hours of operation; (d) Types of transactions that are permitted electronically; (e) Required patient information to be included in electronic communications (e.g. name, identification number and type of transaction); (f) Archival and retrieval oversight mechanisms; and (g) Quality oversight mechanisms.
- 4.7.5 Electronic transmissions, (e.g. email, prescriptions and laboratory results) must be secure within existing technology (e.g. password protected, encrypted

electronic prescriptions or other reliable authentication techniques). It is the responsibility of the healthcare practitioners to ensure that these non-healthcare personnel do not violate patient confidentiality.

- 4.7.6 All patient-practitioner electronic communications must be stored and filed in the patient's medical record file in line with traditional record-keeping policies and procedures.

4.8 Routine, specialists and emergency consultations

There is a need to provide guidelines on routine, emergency or specialist consultations using telemedicine technologies.

4.8.1 Routine telemedicine

- (a) Patient-initiated or second opinion telemedicine should be restricted to situations in which a previously existing healthcare-patient relationship enables the healthcare practitioner to gather sufficient knowledge of the patient's clinical condition to be able to render a proper and clinically justifiable diagnosis, treatment or recommendation.
- (b) This recommendation is in line with the WMA's regulations that telemedicine is only used as an adjunct to normal medical practice, and only replaces face-to-face services where the quality and safety of patient care is not compromised and the best available resources are used in securing and transmitting patient information.

4.8.2 Specialist telemedicine

- (a) Specialist telemedicine consultations form the bulk of telemedicine practice in South Africa because of human resource capacity challenges – particularly in rural areas.
- (b) These challenges do not however mean that patients should be over- or under-served.
- (c) The ethical guidelines for good practice as well as the ethical rules of conduct for practitioners registered with the HPCSA should be taken into consideration at all times.

4.8.3 Emergency telemedicine

- (a) Emergency telemedicine involves judgements by the healthcare practitioner often based on sub-optimal patient information.
- (b) In emergencies, the health and well-being of the patient are the determining factors with regard to stabilising the patient and having the patient referred for thorough medical care.
- (c) The practitioner must provide the patient with emergency instructions when the care provided by telemedicine indicates that a referral to an acute care or emergency facility is necessary for the immediate treatment of the patient.
- (d) The emergency instructions should be in writing and appropriate to the services being rendered via telemedicine.

4.9 Quality, security and safety of patient information and records

Rules on confidentiality and security of patient information applies to telemedicine as well, especially with regard to transmission and storage.

4.9.1 Every registered healthcare practitioner engaging in telemedicine practices takes responsibility for the quality of service delivered as well as confidentiality, security and safety of patients' information.

4.9.2 Patient information and records should consist of copies of all patient-related electronic communications, including:

- (a) Patient-practitioners communications;
- (b) Prescriptions;
- (c) Laboratory and test results;
- (d) Evaluations and consultations;
- (e) Records of past care;
- (f) Instructions obtained or produced in connection telemedicine technologies;
and
- (g) Signed informed consents to treatment and use of telemedicine.

4.9.3 The patient's records established during the use of telemedicine must be accessible and documented for both the healthcare practitioners involved and their patients.

4.9.4 It is the registered healthcare practitioner's responsibility to ensure that non-registered personnel who may be offering auxiliary or technical services, are aware of the need for such quality, security and safety and that they adhere to the stipulated guidelines.

4.9.5 Quality assurance

- (a) Healthcare practitioners, both from the consulting and servicing sites, should not practice telemedicine without ensuring that the equipment and accessories used are optimally operational.

- (b) Periodical quality control tests and servicing of equipment should be carried out and records kept for verification.
- (c) The quality and quantity of patient information received should be sufficient and relevant for the patient's clinical condition in order to ensure that accurate medical decisions and recommendations are made for the benefit of the patient.
- (d) Good communication contributes to quality patient information being transmitted from one practitioner to the other.
- (e) Quality should further be ascertained in the manner of documenting patient information.
- (f) A standardised manner of documentation is recommended to ensure that all healthcare practitioners adhere to the same protocol in terms of history taking, reporting on findings, creation of reserves and hard copies where necessary.
- (g) Where images are transmitted from one location to the other, it is the responsibility of both the consulting and servicing practitioner to ensure that there is no critical loss of image resolution from acquisition to final display.

4.9.6 Security

- (a) Patient information should only be transmitted from one site to the other and stored, with the full knowledge and approval of the patient, in line with the informed consent guidelines.
- (b) Only the information that is relevant to the clinical history of the patient should be transmitted electronically.
- (c) To protect the identity of the patient when information is transmitted between sites, it is essential that personal identification should be removed and the transmitted information is encrypted.
- (d) All personal computers of the telemedicine service should be accessed by authorised personnel only through the use of a login password.
- (e) There are three factors central to the security of patient information, namely:
 - i) Privacy: Who can access it?
 - ii) Authenticity: Who sends the information?

- iii) Integrity: Has the information been altered during its transmission through the public networks?
- (f) Access to information by other healthcare practitioner, patients or third party should be authorised by the healthcare provider in charge of the patient and be carried out according to the rules and regulations as outlined in the Promotion of Access to Information Act, of 2000.

4.9.7 Safety

Healthcare practitioners using telemedicine should:

- (a) Avoid accidental damage and loss of patient information;
- (b) Provide safe procedures to avoid any alteration or elimination of patient data;
- (c) Ensure that patient information obtained electronically is kept in line with the HPCSA's guidelines on the keeping of patients' records in Booklet 15;
- (d) Comply with the legal requirements for data messages in the Electronic Communications and Transactions Act No 25 of 2002 regarding the protection of information and the principles regarding the electronic collection of personal information.

5. SOURCES CONSULTED

1. Department of Health. **A Telemedicine Strategy for South Africa. 2010 – 2015 Extending Better Healthcare. Version 3**
2. Federation of State Medical Boards. Policy Guidelines for the Safe Practice of Telemedicine. 2014. Available from www.fsmb.org/pdf/FSMB_Telemedicine_Policy.pdf 29 April 2014.
3. World Health Organisation. Telemedicine. Opportunities and developments in Member States. Report on the Second Global Survey on eHealth. Global Observatory for eHealth Series. 2010. Vol 2. Available from: http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf Accessed on 06/02/2013.
4. World Medical Association. **Ethics Unit. What's New?** Available from: http://www.wma.net/e/ethics/whats_new.htm Accessed on 02/01/2008, Issued November 2007.
5. HPCSA Act No 56 of 1974 and related Guidelines Booklets.
6. Ontario Association of Radiologists. 2007. New OAR Teleradiology Standard Approved. OAR board approves new teleradiology standard. Available from: <http://www.oar.info/pdf/NewOARTeleradiologyStandards.pdf> Accessed on 04/01/2008
7. Telemedicine Information Exchange. **Informed consent and Evaluation forms.** March 9, 2007. Available from: http://www.tie.telemed.org/telemed101/policy_forms_links.asp Accessed on 03/02/2008
8. White, P. Legal Issues in Teleradiology- distant thoughts. **British Journal of Radiology.** 75 (2002), 201-206.
9. Kekana M, Noe P & Mkhize B. **The Practice of telemedicine and challenges to the Regulatory Authorities.** December 2010. SAJBL. Vol 3. No 1.
10. Mars M & Jack C. **Why Telemedicine is a challenge to the Regulators.** December 2010. SAJBL. Vol 3.No 2.

Ethical guidelines for good practice in the health care professions

The following Booklets are separately available:

- Booklet 1:** *General ethical guidelines for health care professions*
- Booklet 2:** *Ethical and professional rules of the health professions council of South Africa as promulgated in government gazette R717/2006*
- Booklet 3:** *National Patients' Rights Charter*
- Booklet 4:** *Seeking patients' informed consent: The ethical considerations*
- Booklet 5:** *Confidentiality: Protecting and providing information*
- Booklet 6:** *Guidelines for the management of patients with HIV infection or AIDS*
- Booklet 7:** *Guidelines withholding and withdrawing treatment*
- Booklet 8:** *Guidelines on Reproductive Health management*
- Booklet 9:** *Guidelines on Patient Records*
- Booklet 10:** *Guidelines for the practice of Telemedicine*
- Booklet 11:** *Guidelines on over servicing, perverse incentives and related matters*
- Booklet 12:** *Guidelines for the management of health care waste*
- Booklet 13:** *General ethical guidelines for health researchers*
- Booklet 14:** *Ethical Guidelines for Biotechnology Research in South Africa*
- Booklet 15:** *Research, development and the use of the chemical, biological and nuclear weapons*
- Booklet 16:** *Professional self-development*

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ ชื่อสกุล นางสาวจิตววรรณ เรืองรัตนอัมพร
วุฒิการศึกษา ปีการศึกษา 2556 ปริญญานิติศาสตรบัณฑิต
 จากมหาวิทยาลัยนเรศวร
 ปีการศึกษา 2556 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วิทยาศาสตร์การแพทย์)
 จากมหาวิทยาลัยนเรศวร

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน นิติกรปฏิบัติการ สำนักงานปลัดกระทรวง
 ยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม

