



บทความพิเศษ

ประชาธิป กะทา
Pra_gf@hotmail.com
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

วิกฤตแพทย์

วิกฤตสาธารณสุข

วิกฤตระบบสุขภาพไทย

บทนำ

บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขไม่ว่าจะในสังคมวัฒนธรรมใด ต่างถูกยอมรับจากคนในสังคมว่าเป็นระบบแห่งคุณธรรม จริยธรรม เพราะเป็นระบบบริการที่ช่วยเหลือเกื้อกูล เยียวยาคนเจ็บไข้ได้ป่วยให้คลายจากทุกข์โศกโรคภัย ผู้ที่มีความรู้ทางการรักษาพยาบาล หรือเชี่ยวชาญความทุกข์ยากของผู้คนในสังคม จึงมักมีสถานะทางสังคมที่สูง ได้รับการเคารพนับถือ และมีอำนาจเหนือผู้คนโดยทั่วไป ความ-

รู้กับอำนาจของแพทย์ซึ่งเป็นของคู่กันในหลายครั้งได้ถูกรัฐสมัยใหม่ปัจจุบัน หยิบยืมมาเป็นฐานอำนาจหรือเครื่องมือเพื่อใช้บังคับการควบคุมประชากรได้ปกครองให้อยู่ในสวามิภักดิ์ พร้อมกันนั้น อีกด้านหนึ่งก็ได้ช่วยสถาปนาให้ความรู้และอำนาจทางการแพทย์มีความชอบธรรมมากขึ้นจากการที่รัฐให้การสนับสนุน

แต่ปรากฏการณ์คนไข้ฟ้องร้องหมอในปัจจุบันที่มีมากขึ้น ได้เข้ามาสั่นคลอนองค์ความรู้และอำนาจทางการแพทย์ที่ได้รับการสถาปนามาอย่างยาวนานจนเป็นที่ยอมรับโดยดัชนีของผู้นั้นในสังคม และยังได้สั่นคลอนกระบวนทัศน์แบบเหตุผลนิยม (rationalism) อันเป็นรากฐานสำคัญที่ผู้คนในสังคมใช้อธิบายความจริงชุดต่าง ๆ ในชีวิตอีกด้วย ปรากฏการณ์คนไข้ฟ้องร้องหมอ อีกด้านหนึ่งแสดงให้เห็นว่า กระบวนทัศน์แบบเหตุผลนิยมหรือกระบวนทัศน์แบบวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ซึ่งละเลยมิติความเป็นมนุษย์ของคนป่วยได้พัฒนามาถึงขีดสุดใกล้จุดทำลายสังคม และควรได้รับการทบทวน วิพากษ์วิจารณ์ อย่างหนักหน่วง หากเรา จะยังยอมรับให้กระบวนทัศน์ดังกล่าวเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพไทย

ข้อเขียนชิ้นนี้ จะเริ่มต้นด้วยการแสดงให้เห็นว่าปัญหาในการสื่อสารระหว่างหมอกับคนไข้ ถูกผลิตขึ้นผ่านฐานคิดการอธิบายสุขภาพและการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันอย่างไร ซึ่งไม่เพียงเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาคนไข้ฟ้องร้องหมอ แต่ยังทำให้สังคมโดยรวมยอมมอบอำนาจในการดูแลสุขภาพให้เป็นเรื่องเฉพาะของหมอ แต่ระบบการแพทย์และการสาธารณสุขก็ไม่ได้เป็นระบบแห่งคุณธรรมจริยธรรมเพียงด้านเดียว เหมือนที่คนในสังคมส่วนใหญ่ในปัจจุบันเชื่อถือ ค่านิยมทางสังคมที่เชื่อว่าการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นระบบแห่งคุณธรรม จริยธรรม โดยปราศจากการตั้งคำถามเช่นนี้เองได้กลายเป็นสิ่งค้าชูสร้างความชอบธรรมให้กับอำนาจทางการแพทย์และการสาธารณสุขเรื่อยมา โดยมีรัฐสมัยใหม่คอยให้การสนับสนุนค่านิยมดังกล่าวอีกทางหนึ่ง ซึ่งส่งผลให้อำนาจการต่อรองของคนป่วยกับหมอในระบบบริการสุขภาพน้อยลง หรือแทบไม่เหลืออยู่เลย ซึ่งในส่วนที่สองของข้อเขียนจะแสดงให้เห็นประเด็นดังกล่าว และในส่วนที่สามของข้อเขียนจะแสดงให้เห็นว่า อำนาจการต่อรองที่น้อยของคนป่วยนี้เอง ทำให้ผู้ที่ได้รับผลเสียหายจากบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเลือกประเด็นการฟ้องร้องทางกฎหมายเป็นทางออกทำให้เกิดวิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมอในปัจจุบัน

ในตอนท้าย ผู้เขียนจะได้เสนอทางออกจากวิกฤตการณ์ทางสังคมที่กำลังเกิดขึ้น โดยไม่มองในลักษณะของการกล่าวหา หรือกล่าวโทษ หาตัวผู้กระทำผิดเพื่อมารับโทษตามกฎหมาย หากมองว่าวิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมอเป็นวิกฤตของระบบสุขภาพไทยโดยรวม ไม่ใช่วิกฤตของวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งเป็นการเฉพาะ การแก้ไขปัญหาจึงจำเป็นต้องมองภาพโดยรวมของระบบสุขภาพไทยที่ตั้งอยู่บนบริบททางสังคมวัฒนธรรมแห่งยุคสมัยที่เป็นพลวัต

1.

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหมอกับคนไข้

1.1 มุมมองสุขภาพ (health) และการเจ็บป่วย (illness)

แนวคิดสุขภาพและการเจ็บป่วยในทุกสังคมวัฒนธรรมตั้งอยู่บนระบบคุณค่าหลักของแต่ละสังคม เพราะว่าแนวคิดสุขภาพและการเจ็บป่วยให้ภาพเกี่ยวกับสมมติฐานพื้นฐานหลายอย่างเกี่ยวกับความหมายแห่งชีวิตและความตาย ดังนั้น จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่เราจะถือว่าการมีสุขภาพดีหมายถึงการมีชีวิตที่ดีงาม การเจ็บป่วยหรือความไม่สบายหลายครั้งจึงนำความรู้สึกลด้อยอำนาจแปลกแยกจากสังคมมาสู่ตัวผู้ป่วย เพราะในสภาวะการป่วยไข้ ความหมายที่ดีงามหลายอย่างของชีวิตถูกระทบกระเทือน บุคคลจึงชวนชวายให้ตัวเองหายจากป่วยไข้และกลับคืนสู่บทบาทเดิมทางสังคมโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

แนวคิดสุขภาพและการเจ็บป่วยมีพลวัตตามการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง สังคมวัฒนธรรมเรื่อยมา ไม่ได้มีความหมายที่ตายตัวหยุดนิ่งคงที่ และตรงจุดนี้เองที่ทำให้มุมมองต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของแพทย์กับคนไข้มีแนวคิดพื้นฐานที่แตกต่างกัน รวมทั้งปฏิบัติการเพื่อการมีสุขภาพดีของคนทั้งสองกลุ่มก็แตกต่างกันไปด้วย

สังคมในยุคดั้งเดิม หรือยุคก่อนสมัยใหม่มีความเชื่อว่าสุขภาพและการเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับเรื่องทางศาสนา ความบริสุทธิ์ และอันตรายต่าง ๆ นานา ก่อนที่กระบวนการทำให้เป็นสมัยใหม่ (modernization) ในยุคปัจจุบันจะได้ทำให้เรื่องของสุขภาพและการเจ็บป่วยโน้มเอียงจากโลกแห่งความศักดิ์สิทธิ์มาสู่กระบวนการทางโลกมากขึ้นเรื่อย ๆ และในที่สุดถูกรวบรัดให้จำกัดอยู่เฉพาะกรอบของวาทกรรมทางวิทยาศาสตร์ (scientific discourses) (Turner, 2000 : 9 - 10)

Mary Douglas (1996) อธิบายเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า แม้ว่าคนในสังคมก่อนสมัยใหม่จะมีแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องของความสกปรก (pollution) และข้อห้าม (taboo) ต่าง ๆ นานา เพื่อการมีชีวิตที่ดี แต่ก็ไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานคิดแบบสุขอนามัย (hygiene) เหมือนในสังคมปัจจุบัน หากตั้งอยู่บนข้อห้ามทางสังคม หรือการห้ามล่วงละเมิดทางศีลธรรม ดังนั้น การที่คนหนึ่งคนใดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงไม่ได้เกิดจากการที่เขามีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามฐานคิดแบบการสาธารณสุขยุคปัจจุบัน หากเกิดจากการที่เขายึดมั่นในศีลธรรมอันดีของสังคม ไม่ล่วงละเมิดข้อห้ามทางสังคม ซึ่งในแต่ละสังคมได้กำหนดแยกคู่ตรงข้ามกำกับพฤติกรรมของผู้คนไว้ชัดเจนว่า สิ่งใดทำได้ สิ่งใดทำไม่ได้

ดังนั้น ในระบบการให้ความหมายของชาวบ้าน การเจ็บป่วยหรือความไม่สบายเกี่ยวพันกับโชคร้าย (misfortune) ต่าง ๆ นานา ของชีวิตและอำนาจชั่วร้ายต่าง ๆ นานา ที่เข้ามาจุใจจนทำอันตรายต่อมนุษย์ แนวคิดความเจ็บป่วยที่อยู่ภายใต้จักรวาลวิทยา (cosmology) แบบนี้ ครอบคลุมการอธิบายโชคร้ายต่าง ๆ นานาของชีวิตอีกด้วย ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการเป็นสาเหตุของการเจ็บไข้ได้ป่วย เช่น ชาวบ้านอาจอธิบายการที่นาล้มหรือนาแล้ง ว่าเกิดจากอำนาจของผีตาแฮกหรือผีนาทำ หรือเกิดจากการที่เขาไปล่วงละเมิดข้อห้ามทางสังคมอย่างใดอย่างหนึ่ง

การให้ความหมายการเจ็บไข้ได้ป่วยของชาวบ้านเป็นผลตอบรับทางอัตวิสัย (subjective response) (ตรงข้ามกับการอธิบายทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งจะได้อธิบายโดยละเอียดต่อไป) ของ



เขากำฉัน “ตาบอด”

ตัวเขาเองและผู้คนรอบข้าง เมื่อเกิดความไม่สบาย เขาและคนรอบ-
ข้างจะร่วมกันตีความหมายอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่ามีนัยสำคัญ
มากน้อยเพียงใดต่อชีวิตทางสังคม และจะส่งผลกระทบต่อความ
สัมพันธ์ทางสังคมกับผู้คนรอบข้างในสังคมหรือไม่อย่างไร การเจ็บ-
ป่วยจึงไม่ใช่แค่สิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิต แต่บุคคลจะให้ความหมาย
ต่อปรากฏการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยซึ่งก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์
การเจ็บป่วยที่ผ่านมาทั้งของตัวเองและบุคคลรอบข้าง (Cassell,
1976 : 47 - 83)

การให้ความหมายต่ออาการเจ็บป่วยของชาวบ้าน
ยังขึ้นอยู่กับความหมายที่แต่ละสังคมวัฒนธรรมผลิตขึ้น
อีกด้วย ดังนั้น อาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันในสังคม
วัฒนธรรมแห่งหนึ่งอาจให้ความหมายว่าป่วยเป็นโรค แต่
อีกสังคมวัฒนธรรมหนึ่งไม่ถือว่าเป็นความเจ็บป่วยหรือ
เป็นโรคก็ได้ เช่น โรคคอพอกที่พบโดยทั่วไปในกลุ่ม
ชาติพันธุ์บางกลุ่มในภาคเหนือ ชาวบ้านอาจไม่ถือว่าเป็น
โรคที่ต้องรักษาเพราะแทบทุกคนในหมู่บ้านต่างก็เป็น
คอพอกเหมือนกัน

จักรวาลวิทยา หรือกรอบการอ้างอิงในการอธิบายการเจ็บ-
ไข้ได้ป่วยของชาวบ้านจึงกว้างขวางมาก ไม่จำกัดอยู่เฉพาะกรอบ
ของวาทกรรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ความผิดปกติของระบบกลไก
อวัยวะของร่างกาย หรือกรอบคิดการแพทย์แบบชีวภาพ (biome-
dicine) เท่านั้น

การให้ความหมายต่ออาการเจ็บป่วยยังนำไปสู่พฤติกรรมกา
แสวงหาการรักษาพยาบาล เช่น หากชาวบ้านเชื่อว่าการเจ็บป่วย
เกิดจากการลงทัณฑ์ของอำนาจลี้ลับศักดิ์สิทธิ์ ก็ต้องแก้ไขเยียวยา
ด้วยการสวดมนต์ภาวนาเพื่อไล่บาป หากเกิดจากปัญหาด้านความ
สัมพันธ์กับคนรอบข้าง การสู่ขวัญด้วยการเชิญเครื่องช่ายทางสังคม
เข้าร่วมพิธีกรรมก็เป็นอีกวิธีการเยียวยารักษา ในแต่ละสังคม
วัฒนธรรมจึงมีระบบการแพทย์หลายระบบดำรงอยู่พร้อมกัน และ

มีหมอผู้ทำการเยียวยาความเจ็บป่วยหลาก-
หลาย เพราะไม่มีระบบการแพทย์ใดจะตอบ-
สนองความต้องการ หรือแก้ไขเยียวยา
ความเจ็บป่วยที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ กันได้
อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด จำเป็นต้องพึ่งพา
การแพทย์หลายระบบไปพร้อมกัน จึงไม่ใช่
เรื่องแปลกที่เราจะเห็นคนป่วยที่เพิ่งรับยา
จากหมอที่โรงพยาบาล เดินทางไปรดน้ำ-
มนต์ที่วัดก่อนกลับบ้าน หรือคนป่วยโรค
เรื้อรังหันไปรับการรักษาจากหมอน้ำมนต์ที่
มีชื่อเสียง หลังจากทนรักษากับหมอที่โรง-
พยาบาลมานาน

สำหรับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และ
สาธารณสุข มุมมองต่อสุขภาพและความ
เจ็บป่วยตั้งอยู่บนฐานคิดความเป็นเหตุเป็น
ผลเชิงวิทยาศาสตร์ กล่าวคือ ปรากฏการณ์
ซึ่งสัมพันธ์กับสุขภาพและความเจ็บป่วยจะ
เป็นจริงได้ก็ต่อเมื่อสามารถสังเกตเห็นได้ วัด
ออกมาได้ในเชิงตัวเลข ทดสอบซ้ำได้อย่าง
เป็นภววิสัย (objective) ซึ่งเป็นไปตามหลัก-
การทางวิทยาศาสตร์ มุ่งค้นหาข้อมูลทางเคมี
ชีววิทยาของร่างกายคนป่วยและทำให้ข้อมูล
เหล่านั้นกลายเป็นตัวเลขที่วัดได้ มากกว่าให้
ความสนใจกับปัจจัยทางด้านอารมณ์ สังคม-
วัฒนธรรมของคนป่วยที่วัดออกมาเชิง
ตัวเลขไม่ได้ เน้นการวินิจฉัยโรคที่ตัวคนไข้
มากกว่าครอบครัวและชุมชน และลดทอน
ปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยให้เหลือเพียง
ความผิดปกติของระบบกลไกอวัยวะของ
ร่างกาย รวมทั้งมองว่าโรคเกิดจากการจุล
ของเชื้อโรคที่มีอยู่หลายสายพันธุ์ เชื้อโรค
แต่ละสายพันธุ์ก็เป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่าง
ชนิดกันไป (Helman 2000 : 79 - 80 ;
โกมาตร, 2545 : 23 - 24)

ข้อมูลชีววิทยาของร่างกายและข้อมูล

ทางคลินิกการแพทย์จึงมีความสำคัญอย่างมาก ในการตรวจวินิจฉัยสืบค้นอาการเจ็บป่วย และ น่าสนใจมากกว่าประเด็นทางสังคมวัฒนธรรม และจิตวิทยา อีกทั้งหากสืบค้นหาสาเหตุการ เจ็บป่วยด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์การ แพทย์อย่างละเอียดลออแล้วไม่พบสิ่งผิดปกติ ของกลไกอวัยวะ หรือชักประวัติการเจ็บป่วย แล้วอาการที่ชาวบ้านบอกเข้ากันไม่ได้กับหมวด- หมู่ (categorize) การจำแนกแยกแยะโรคตาม กรอบคิดที่ร่ำเรียนมา อาการเจ็บป่วยที่เกิด- ขึ้นของชาวบ้านก็จะถูกแปะป้ายติดตราเป็น “สภาวะทางจิต” อยู่ นอกเหนือกรอบการอ้างอิง ทางการแพทย์ (Kleinman, Eisenberg and Good, 1978 : 251 - 258)

1.2 อำนาจในการสร้าง “ความจริง” ของหมอกับคนไข้

Cecil G. Helman ตั้งข้อสังเกตว่า แม้แพทย์กับคนไข้จะมี พื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่เหมือนกัน แต่การมองสุขภาพและ การเจ็บป่วยของคนทั้ง 2 กลุ่มก็จะแตกต่างกันอยู่ดี เหตุผล เพราะพวกเขามีมุมมองพื้นฐานที่แตกต่างกันในเรื่องหลักฐาน การพิสูจน์โรค การให้ความหมายต่อโรค และการประเมิน ประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล เพราะในกระบวนการเรียน- การสอนในโรงเรียนแพทย์ นักศึกษาแพทย์จะผ่านกระบวนการ ปลุกฝังความคิด หรือมุมมองต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยที่แตก- ต่างจากชาวบ้านทั่วไป เป็นมุมมองที่ตั้งอยู่บนกระบวนทัศน์แบบ วิทยาศาสตร์การแพทย์หรือการแพทย์แบบชีวภาพ ซึ่งจะกลาย มาเป็นมุมมองในการมองสุขภาพและการเจ็บป่วยไปอีกตลอด ชีวิตการทำงาน (Helman, 2000 : 79)

สมมติฐานการอธิบายสุขภาพและการเจ็บป่วย	
แพทย์	คนไข้
1. เน้นความเป็นเหตุเป็นผลเชิงวิทยาศาสตร์	1. รับรู้ผ่านการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกในร่างกาย เช่น น้ำหนักลด ผอมลง ผิวเปลี่ยนสี
2. เน้นความเป็นภาวีสัญ และการวัดได้เชิงตัวเลข	2. รับรู้ผ่านการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ตาม ปกติของร่างกาย เช่น ปัสสาวะบ่อยครั้ง หัวใจ เต้นผิดปกติ มีประจำเดือนยาวนานกว่าปกติ
3. เน้นข้อมูล ฟิสิกส์ เคมี	3. รับรู้ผ่านสิ่งที่ออกจากร่างกายผิดปกติ เช่น มีเลือดปนในปัสสาวะ
4. การแยกกาย - จิต แบบทวินิยม (dualism)	4. รับรู้ผ่านการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของ แขนงขา เช่น อัมพาต แขนขาอ่อนแรง
5. มองว่าโรคแต่ละชนิดมีลักษณะเฉพาะ	5. รับรู้ผ่านการเปลี่ยนแปลงของผัสสะทั้ง 5 คือ หู ไม่ได้ยิน ตามองไม่เห็น จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นขาด การรับรส และหมดความรู้สึก
6. เน้นการลดส่วน เหลือความผิดปกติระบบกลไกอวัยวะ	6. รับรู้ผ่านอาการทางกายที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปวดหัว ปวดหลัง ไข้
7. เน้นการวินิจฉัยที่ตัวคนไข้มากกว่าครอบครัว ชุมชน	7. รับรู้ผ่านสภาวะความแปรปรวนทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า หวาดกลัว
	8. รับรู้ผ่านความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไปกับคนรอบข้าง เช่น มีปัญหากับคู่ชีวิต

(สรุปเป็นตารางเปรียบเทียบจากคำอธิบายของ Helman, 2000 : 79 - 84)

Byron J. Good นักมานุษยวิทยาการแพทย์ จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด อธิบายจากงานศึกษาของท่านว่า ระบบการแพทย์สมัยใหม่ได้สร้าง “วัตถุแห่งการศึกษา” ชนิดหนึ่งขึ้น โดยผ่านกระบวนการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ในสถาบันฝึกหัดแพทย์ จากการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ได้ชี้ให้เห็นว่า วิธีคิดแบบเป็นเหตุเป็นผลทางวิทยาศาสตร์ได้ถูกทำให้กลายเป็นสถาบันที่มีบทบาทในการกำหนดวิธีคิดของกลุ่มแพทย์และบุคลากรสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ และบรรทัดฐานของความเป็นเหตุเป็นผลที่ว่านี้ได้ถูกส่งผ่านไปในตัวของนักศึกษาแพทย์จนกระทั่งคนกลุ่มนี้จะต้อง “แอบไปร้องไห้ในห้องน้ำคนเดียว เมื่อรู้สึกเสียใจที่คนไข้ที่ตนดูแลอยู่ได้เสียชีวิตไป เพราะไม่อาจที่จะแสดงความเสียใจต่อหน้าเพื่อนร่วมวิชาชีพได้ นอกจากนั้น บรรทัดฐานเหล่านี้ยังทำหน้าที่ในการแปลงเรื่องราวแห่งความจริงของชีวิตที่สะท้อนใจ นำสะพรึงกลัว ที่บอกเล่าโดยผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ให้กลายเป็นคำศัพท์เทคนิคการแพทย์ที่แห้งแล้ง”

ภายใต้กระบวนการศึกษาในโรงเรียนแพทย์นั้น นักศึกษาแพทย์จะถูกฝึกให้เรียนรู้และรับเอาวิถีทางที่พวกเขาเหล่านั้นจะต้องใช้ในการมองความจริงในรูปแบบที่แตกต่างออกไปอย่างสิ้นเชิงจากการมองโลกในทิศทางของคนปกติผ่านกิจกรรมของการสร้าง (formative activities) ที่มีอำนาจสูงและกระทำอย่างละเอียดรอบคอบ

การเรียนรู้ชื่อเรียกของทุกองค์ประกอบในร่างกายมนุษย์ ลึกลงไปถึงระดับโปรตีน และ DNA ทำให้นักศึกษาแพทย์มองร่างกายและชีวิตมนุษย์ด้วยสายตาที่ต่างออกไป การเรียนแพทยศาสตร์ไม่ต่างอะไรกับการเรียนรู้ภาษาใหม่ ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำความเข้าใจต่อโลกได้เท่านั้น หากแต่ภาษาใหม่เหล่านี้ได้สร้างให้เกิดโลกแห่งวัฒนธรรมใบใหม่ที่ส่งผลต่อ “การมอง” และการทำความเข้าใจสรรพสิ่งในโลกในวิถีทางที่แตกต่างออกไป

นอกจากรูปแบบของ “การมอง” แบบหนึ่งที่ถูกสร้างขึ้นแล้ว โรงเรียนแพทย์ยังได้สร้างรูปแบบของ “การเขียน” และ “การพูด” เกี่ยวกับความจริงชนิดหนึ่งขึ้นมา และเช่นเดียวกันรูปแบบของ “การเขียน” และ “การพูด” นี้เป็นจุดสำคัญที่แพทย์ใช้ในการสร้างคนที่เจ็บป่วยให้กลายเป็น “คนไข้” ในมุมมองของตน

งานศึกษาของ Good ยังแสดงให้เห็นว่า การจดบันทึกประวัติ “คนไข้” แท้ที่จริงแล้วมิใช่การจดบันทึกข้อเท็จจริง หากแต่เป็นการเติมคำในช่องว่างให้ได้รูปแบบของการบันทึกประวัติที่ถูกกำหนดไว้ก่อนล่วงหน้า ยิ่งไปกว่านั้น การบิดเบือนข้อมูลเล็กน้อย เพื่อให้



ลงตัวพอดีกับรูปแบบก็เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ ส่วนการรายงานผู้ป่วย (case presentation) ของนักศึกษาแพทย์นั้นก็มีการบรรยายไปตามความจริงเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่ได้พบ แต่เป็นการสร้าง “ความจริง” อีกชนิดหนึ่งขึ้นมา ผ่านกระบวนการคัดสรรข้อมูลทั้งหมด (หรือแม้กระทั่งบิดเบือนบางส่วน) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ในกระบวนการวินิจฉัย และการรักษาเท่านั้น ในกระบวนการทั้งหมดของการปลูกฝังวิถีของ “การมอง” “การเขียน” และ “การพูด” ลงในนักศึกษาแพทย์นี้ ทำให้ผู้คนที่ทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยถูกสร้างใหม่ให้กลายเป็นสิ่งที่เรียกว่า “คนไข้” ก่อนที่จะแปรเปลี่ยนให้เป็น “แฟ้มข้อมูล” และนำไปสู่การเป็น “โครงการที่จะต้องทำการรักษา” ในที่สุด (Good, 1994)

ความรู้ทางการแพทย์และการสาธารณสุข จึงมีอำนาจอย่างมากในการทำให้ความเจ็บป่วยในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมของชาวบ้าน กลายเป็น “โรค” (disease) ที่ต้องถูกจัดการด้วยชุดความรู้ทางการแพทย์ และสาธารณสุขบนฐานปรัชญาแบบประจักษ์นิยมและเหตุผลนิยมแบบวิทยาศาสตร์ ทางการแพทย์และสาธารณสุขที่กินรวบครอบครองพื้นที่การอธิบายความจริงชุดต่าง ๆ ในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยตรงนี้เอง ที่ทำให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และบุคลากรสายวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ มีสถานภาพที่สูงขึ้น แทนที่สถานะและบทบาทผู้เชี่ยวชาญตามจารีตความเชื่อเดิม เช่น หมอพื้นบ้าน หมอรำผีฟ้า หมอแผนโบราณ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาขาอื่นที่มีความรู้วิทยาศาสตร์สุขภาพน้อยกว่า

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์กับคนไข้ซึ่งไม่เท่าเทียมกันตั้งแต่เริ่มต้น ยิ่ง

ถูกทำให้เด่นชัดขึ้นและสร้างความลำบากในการสื่อสารบอกเล่าความจริงในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยระหว่างกัน เพราะใช้ภาษาในระบบการให้ความหมายที่มีฐานคิดในการบอกเล่าความจริงคนละชุด วิฤตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นจากผลของปัญหาการสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างกัน ซึ่งนักวิชาการหลายท่านเชื่อตรงกันว่าวิฤตความสัมพันธ์ ตรงนี้เองเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาคนไข้ฟ้องร้องหมอ

อีกทั้งการที่สังคมถูกครอบงำทำให้เชื่อว่าความรู้ที่มีความเป็นเหตุเป็นผลทางวิทยาศาสตร์เป็นสูตรสำเร็จตายตัวในการอธิบายความจริงชุดต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย ดังนั้น เมื่อแพทย์บางรายซึ่งเป็นตัวแทนของความรู้แบบเหตุผลนิยมและความรู้แบบวิทยาศาสตร์ ถูกฟ้องร้องคดีอาญา และต้องเข้าไปอยู่ในคุกก่อนจะได้รับการประกันตัวออกมา จึงไม่เพียงสร้างความหวุ่นวิตกให้กับเพื่อนร่วมวิชาชีพแพทย์เท่านั้น หากมันยังได้สำแดงอำนาจสร้างความหวาดหวั่นให้เกิดกับคนในสังคม เพราะได้สั่นคลอนฐานความเชื่อหลักของผู้คนในสังคมที่เชื่อมั่นในกระบวนการทัศน์และความรู้ดังกล่าวอีกด้วย

แต่หากวิเคราะห์อย่างจริงจังแล้ว เราจะพบว่ารัฐสมัยใหม่เองก็มีส่วนอย่างมากในการสนับสนุนให้ความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ยืนหยัดสถาปนาตนเองได้อย่างมั่นคงในสังคมไทย ผ่านการใช้ความรู้ทางการแพทย์และการสาธารณสุขสมัยใหม่เป็นเครื่องมือควบคุมพลเมืองและขยายฐานอำนาจทางการเมือง

2.

การแพทย์แบบวิชาชีพและรัฐเวชกรรม (Medicalized State)

ระบบสุขภาพของไทยเป็นระบบความเป็นวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข (health professionalization) และเป็นระบบความชำนาญเฉพาะทาง (specialization) โดยเฉพาะความเป็นวิชาชีพด้านการรักษาโรคทางร่างกายของคนไข้ซึ่งจะมีขั้นตอนและกลไกกำหนดชัดเจน การรักษาที่อยู่นอกเหนือความเป็นการ

ความเป็นวิชาชีพชั้นสูงเป็นเสมือนการอุปถัมภ์จากภาครัฐไว้กับผู้มีวิชาชีพสูงสุด เช่น กรณีการใส่ห่วงคุมกำเนิดในปี พ.ศ. 2515 มีเกณฑ์กำหนดไว้ว่า ผู้ที่จะทำการใส่ห่วงได้ต้องเป็นแพทย์เท่านั้น พยาบาลแม้จะมีความรู้ความสามารถก็ไม่สามารถทำได้ ถ้าจะทำได้ก็ต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์ (standing order)

แพทย์ก็就会被มองว่าเป็นการทำไม่ถูกต้อง การรักษาด้วยวิธีอื่นที่ไม่เข้ากรอบของความเป็นแพทย์ก็就会被เรียกว่าเป็นการรักษาลักษณะ “ของเถื่อน” เช่น คำว่า “หมอเถื่อน” ตลอดจนการแพทย์ทางเลือกที่ถูกมองว่าเป็นการรักษาสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ระบบสุขภาพไทยในฐานะของระบบนักวิชาชีพด้านการรักษาโรค ยังมีการจัดเรียงลำดับความถูกต้องในการรักษาโรค หรือกล่าวได้ว่าเป็นการจัดเรียงความสามารถและความถูกต้องในการรักษาโดยใช้ลักษณะความเป็นผู้เชี่ยวชาญกำหนด ดังนั้น การรักษาตัวเอง (self medication) เป็นการรักษาที่ถือว่าขาดความรู้ที่ถูกต้องของผู้มีวิชาชีพด้านการรักษาจึงอยู่ลำดับต่ำสุด ส่วนการรักษาของผู้มีวิชาชีพด้านการสาธารณสุขและการแพทย์ที่ผ่านการเรียนในโรงเรียนการแพทย์และการสาธารณสุขหลายปี ผ่านการฝึกฝนการปฏิบัติงาน จึงถือว่ามีความถูกต้องในการรักษาโรคให้กับผู้ป่วย ดังนั้น กลุ่มวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข จึงถูกจัดลำดับให้อยู่ในกลุ่มผู้มีความสามารถสูงและมีความถูกต้องในการรักษาที่สมบูรณ์

ในกลุ่มผู้มีวิชาชีพเองแล้วยังแยกย่อยความสูงต่ำของการรักษาตามความพร้อมของเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และมหาวิทยาลัยซึ่งมีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่พร้อมมากกว่าโรงพยาบาลแห่งอื่น ๆ จะถูกยอมรับในการรักษาและความถูกต้องในการรักษาสูงสุดเช่นเดียวกับแพทย์โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ ความสามารถและความถูกต้องในการรักษาลำดับรองลงมาก็จะเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ และรองมาอีกชั้นคือแพทย์ในคลินิก ส่วนกลุ่มที่มีการรักษาโรคต่ำสุดของนักวิชาชีพด้านนี้คือ สถานีนอนมัย หมอนวด และการแพทย์ทางเลือก (สันทัด, 2546 : 11 - 16)

รัฐเองก็มีบทบาทให้การอุปถัมภ์คุ้มครองความถูกต้องในการรักษา และการยอมรับผู้ให้การรักษา กล่าวคือ ออกมาตรการแสดงความ

ชอบธรรมในการรักษาให้กับเฉพาะผู้ที่มีใบประกาศนียบัตรและใบปริญญา ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการรักษา และถ้ามีใบประกอบโรคด้วยก็แสดงถึงความสามารถในการรักษาขั้นสมบูรณ์ ดังนั้น ระบบการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก นอกจากถูกจัดว่าเป็นการรักษาที่ไม่ถูกต้องแล้ว ยังถูกกีดกันจากระบบสุขภาพของไทย

ภายใต้ระบบสุขภาพไทยที่เป็นระบบของความเป็นวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข คนไข้จะถูกจำกัดทางเลือกในการแสวงหาการรักษาพยาบาล และต้องตกอยู่ในฐานะพึ่งพาระบบการแพทย์แบบวิชาชีพ คนไข้จึงมีอำนาจต่อรองน้อย ส่วนในระบบการแพทย์พหุลักษณะ (การมีระบบการแพทย์หลายระบบอยู่ด้วยกันในสังคมหนึ่ง ๆ) คนไข้จะอยู่ในฐานะต่อรองในตลาดบริการสุขภาพได้ดีกว่า เนื่องจากมีโอกาสเลือกกระบบการแพทย์ใดระบบหนึ่งได้โดยอิสระ เช่น อาจหาหมอหลาย ๆ แบบไปพร้อมกัน หรือลองแบบหนึ่งก่อน เมื่อไม่หายก็เปลี่ยนไปหาอีกแบบหนึ่งระบบการแพทย์พหุลักษณะจึงมีความเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับสังคมที่มีความหลากหลายของระบบการแพทย์ดำรงอยู่มากกว่า 1 ระบบ เพราะตอบสนองต่อความต้องการของคนไข้ที่มักมีลักษณะหลายมิติได้ดี และเพิ่มอำนาจการต่อรองให้กับคนไข้ (สุรเกียรติ์, 2535 : 17)

การสนับสนุนการแพทย์แบบพหุลักษณะ โดยเฉพาะการยอมรับระบบการแพทย์ของชาวบ้าน (popular health sector) ก็ไม่ใช่ด้วยเหตุผลของการให้เป็นส่วนหนึ่งที่มาเติมเต็มให้กับระบบการรักษาเยียวยาของการแพทย์แบบวิชาชีพ เพราะมีหลักฐานงานศึกษายืนยันตรงกันว่า การรักษาของแพทย์วิชาชีพต่างหากที่เป็นเพียงส่วนที่มาเสริมให้กับระบบสุขภาพของชาวบ้าน และระบบ

พิเศษของตลาดบริการสุขภาพก็คือ การเป็นฝ่ายพึ่งพา (ถูกกระทำ) ของลูกค้า ในการตัดสินใจซื้อวิทยุสักระยะ เครื่องดื่มสักขวด หรือข้าวสารสักถัง ลูกค้าจะทราบแน่ชัดว่าต้องการสินค้าลักษณะใด และราคาควรเป็นเท่าไร แต่ในกรณีสุขภาพหรือการเจ็บป่วย ผู้บริโภคมักจะขาดข้อมูลเหล่านี้ เนื่องจากธุรกิจนี้เกี่ยวข้องกับปัญหาความเป็นความตาย ลูกค้าจึงมักจะยอมตาม “ผู้ขาย” (แพทย์/บุคลากรสาธารณสุข) (สุรเกียรติ์, 2535 : 13 - 14)

การแพทย์แบบวิชาชีพที่ได้รับการค้าชูจากอำนาจของความรู้ เหตุผลนิยมแบบวิทยาศาสตร์และการยอมรับของสังคม จึงมีอำนาจ



การแพทย์แบบวิชาชีพก็เป็นเพียงระบบย่อยหนึ่งของวัฒนธรรมสุขภาพของชาวบ้านเท่านั้น (Kleinman, 1980 : 179 - 202)

การสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีความหลากหลายไม่จำกัดอยู่เฉพาะระบบการแพทย์แบบวิชาชีพก็พบว่าเป็นไปได้ยาก หรือแทบจะเป็นไปไม่ได้เลยในสภาวะสังคมปัจจุบัน Ivan Wolfferts ให้เหตุผลในเชิงการตลาดว่า เพราะใน “ตลาดบริการสุขภาพ” ธุรกิจนี้มีความแตกต่างจากธุรกิจการค้าอื่น ๆ ลักษณะ

ในการกำหนดนโยบายและแผนการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ และการให้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ด้วยอำนาจของวิชาชีพที่ได้ถูกสถาปนาขึ้นอย่างเข้มแข็ง วิธีคิดของการแพทย์สมัยใหม่จึงกลายเป็นวิธีคิดที่ครอบงำทิศทางการพัฒนาสุขภาพไทยเรื่อยมา โดยขาดการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนผู้ใช้บริการ

ที่สำคัญ ภาครัฐเองก็ได้ใช้ความรู้ทางการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นเครื่องมือสร้างความชอบธรรมในการควบคุมพลเมืองให้ประพฤติตนตามกรอบที่รัฐจินตนาการไว้ ด้วยการสร้าง “รัฐเวชกรรม” ขึ้นให้เป็นส่วนต่อของการขยายตัวของอำนาจรัฐในทุก ๆ พื้นที่ของประเทศ โดยเสนอแนวคิดรัฐเวชกรรมเป็นครั้งแรกหลังเปลี่ยน-

แปลงการปกครอง 2475 และเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนใน พ.ศ. 2491 เมื่อรัฐบาลมีนโยบายจัดให้สร้างสุขศาลาชั้น 2 ขึ้นตามชนบท จนต่อมาแนวคิด “รัฐเวชกรรม” ได้กลายสภาพเป็นอุดมคติในทางนโยบายด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทยในช่วงหลังจากนั้น (ทวีศักดิ์, 2546)

บทบาทของการแพทย์ในการเป็นเครื่องมือสร้างความชอบธรรมให้กับอำนาจของรัฐเพื่อการควบคุมพลเมือง ปรากฏเด่นชัดที่สุดในยุคของจอมพล ป. พิบูลสงคราม โดยรัฐได้อาศัยความรู้ทางการแพทย์เป็นเครื่องมือสำคัญในการเข้าแทรกแซงกำหนดพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิดและมาตรฐานต่าง ๆ ในทางสังคม การแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์ เช่น สูตินรีเวชศาสตร์ ได้ถูกใช้ในการสนับสนุนนโยบายชาตินิยม เพื่อที่จะเพิ่มจำนวนประชากร และสร้างประเทศให้เป็นมหาอำนาจ (ทวีศักดิ์, 2545 ; ก้องสกล, 2545 ; ชาติชาย, 2548) เพราะถ้านคนในสังคมยึดถือเอาความรู้ทางการแพทย์เป็นบรรทัดฐานในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพตนเองตามที่รัฐชาตินิยมสร้างขึ้นก็นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้คนในสังคมจะยอมรับการกล่อมเกล่าและสยบยอมต่ออำนาจรัฐที่จะมาบังคับพลเมืองในด้านอื่น ๆ

การแพทย์จึงมีสถานะเป็นเครื่องมือทางการเมืองสำหรับการเคลื่อนไหวของรัฐชาตินิยม ลักษณะดังกล่าวได้ทำให้เกิดการรวมศูนย์ของระบบการแพทย์ในส่วนกลาง โดยที่ระบบการแพทย์มีความสัมพันธ์และผูกพันแน่นแฟ้นกับศูนย์อำนาจ เช่นเดียวกันกับโครงสร้างกระทรวง ทบวง กรมอื่น ๆ โดยนัยนี้ สถาบันทางการแพทย์จึงเป็นสถาบันที่อยู่ภายใต้การอุปถัมภ์ค้ำชูของรัฐมาโดยตลอด ตัวอย่างเช่น ในยุคแห่งการพัฒนาประเทศด้วยทิศทางการพัฒนาแบบอุตสาหกรรม ความรู้ทางการแพทย์ก็ถูกใช้เป็นเครื่องมือในการคุมกำเนิดประชากร เพราะรัฐในเวลานั้นเชื่อว่าอัตราการเพิ่มประชากรที่สูงเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ และเป็นภัยคุกคามความมั่นคงของประเทศ ความรู้ทางการแพทย์ถูกใช้ในการสร้างภาพกลบเกลื่อนปัญหาทางสังคมให้กลายเป็นปัญหาทางด้านชีววิทยาของร่างกายผู้หญิง และผลกระทบการแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้เป็นหน้าที่ของความรู้ทางการแพทย์ เช่นคำว่า “ลูกมาก จะยากจน” ทั้งที่ปัญหาความยากจนแท้จริงเกิดจากสังคมที่อยู่ดิ้นรนและปัญหาครอบครัวรับกันจากผู้มีอำนาจทางการเมือง พร้อมกันนั้นสาขาประชากรศาสตร์ก็ได้ลงหลักปักฐานในสังคมไทย เพื่อเป็นฐานข้อมูลสนับสนุนรัฐในการดำเนินนโยบายประชากรแห่งชาติ (ประชาธิป, 2548)

นอกจากนั้น ช่วงสงครามเย็นในระหว่างทศวรรษ 2510 สุขภาพและการแพทย์รวมทั้งแผนงานโครงการต่าง ๆ ในด้านการสาธารณสุขได้ถูกใช้เป็นเครื่องมือสำคัญของรัฐในการสถาปนาอำนาจและสร้างความชอบธรรมของตน โดยเฉพาะในบริเวณพื้นที่จังหวัดที่มีการแทรกซึมของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย (โกมาตร และคณะ, 2547) รวมทั้งนโยบายประชานิยมของรัฐบาลนายทักซิณ ชินวัตร ก็ได้เสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยหาเสียงว่าเพื่อเป็นการจัดหาสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน ถึงแม้ว่าโครงการดังกล่าวจะเพิ่มความเป็นธรรมและช่วยให้สามัญชนและคนยากจนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ แต่การสร้างหลักประกันสุขภาพดังกล่าวไม่ได้ให้ความสำคัญกับการปฏิรูปบริการทางการแพทย์แต่ให้ความสำคัญกับการจัดการระบบบริหารการเงินการคลังสาธารณสุขใหม่ รวมทั้งแผนงานโครงการดังกล่าวยังเน้นหนักในด้านเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมากกว่าที่จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพในมิติอื่น การเน้นที่มาตรการทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคอาจมีเหตุผลสำคัญสำหรับการหาเสียงของนักการเมือง แต่การเน้นเฉพาะด้านการจัดสวัสดิการการรักษาโรคได้ทำให้เรื่องของสุขภาพกลายเป็นเรื่องที่จะต้องอาศัยบุคลากรระดับวิชาชีพเป็นผู้จัดบริการให้ โดยสามัญชนรวมทั้งองค์กรที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเยียวยารักษาโรคมีบทบาทน้อยลงในการมีส่วนร่วมสร้างระบบสุขภาพไทย (โกมาตร, 2548 : 59 - 60)

เราจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองการปกครองของประเทศ มีส่วนใน

การสนับสนุนให้การแพทย์แบบวิชาชีพพลงหลักประกันได้อย่างมั่นคงในสังคมไทยกล่าวคือ ในยุคก่อนที่รัฐบาลจะมีบทบาทมากมายในการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุข รัฐไม่มีความจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยอำนาจของวิชาชีพแพทย์เพื่อการดำรงอยู่ของรัฐ แต่ในยุคที่รัฐจำเป็นต้องสถาปนาอำนาจในการควบคุมพลเมืองเพื่อการผลิตแบบอุตสาหกรรมและเป็นฐานสร้างอำนาจทางการเมืองและความชอบธรรมแบบใหม่ที่ไม่ได้มาจากจารีตประเพณีเหมือนรัฐสมัยโบราณ อำนาจของวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพแพทย์จึงได้กลายเป็นแหล่งของความชอบธรรมที่สำคัญของอำนาจรัฐ

ระบบสุขภาพไทยจึงมีการแพทย์แบบชีวภาพเป็นกระบวนทัศน์หลัก กระบวนทัศน์ดังกล่าว นิยามสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับโรคและกระบวนการทางชีววิทยา โดยถือว่าสุขภาพเป็นผลลัพธ์มาจากการทำหน้าที่อย่างเป็นปกติของอวัยวะและกระบวนการทางชีววิทยาต่าง ๆ ในร่างกายเท่านั้น ทัศนะแบบลดทอนดังกล่าวได้ทำให้สุขภาพกลายเป็นเรื่องของนักวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ทั้งนี้เพราะเมื่อสุขภาพเป็น

ผลลัพธ์ของการทำงานตามปกติของอวัยวะนักวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความรู้เกี่ยวกับระบบอวัยวะเท่านั้นจึงจะมีบทบาทและความรู้พอที่จะจัดการกับปัญหาสุขภาพได้ บุคคลอื่นที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับชีวกลไกของร่างกายมนุษย์ จึงไม่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาเกี่ยวข้องกับการจัดการระบบสุขภาพ

ภายใต้ระบบสุขภาพแบบนี้ คนไข้หรือสามัญชนคนธรรมดาจึงไร้สิทธิ์ ไร้เสียง รวากับไม่มีตัวตน จนกว่าจะเกิดการฟ้องร้องกันขึ้นเสียงของพวกเขาจึงจะได้รับการเหลียวแลใส่ใจขึ้นบ้าง ระบบสุขภาพแบบนี้ไม่เป็นผลดีทั้งต่อตัวบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพราะต้องทำงานอยู่ท่ามกลางความคาดหวังที่สูงของสังคม เมื่อเกิดความผิดพลาดในขั้นตอนการรักษาจึงถูกเพ่งเล็งอย่างหนักจากกระแสสังคม ตัวคนไข้และญาติเองก็รู้สึกคับแค้นใจที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่เข้าใจและใส่ใจกับเรื่องราวความทุกข์อย่างแสนสาหัสที่เกิดจากความผิดพลาดในขั้นตอนการรักษาพยาบาล

ปัญหาคนไข้ฟ้องร้องหมอจึงเป็นเพียงยอดของภูเขาน้ำแข็งที่โผล่พ้นผิวน้ำให้เรามองเห็นเท่านั้น แต่รากฐานแท้จริงที่ค้ำชูให้ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นและดำรงอยู่กลับยังไม่ได้รับการทบทวนอย่างจริงจัง เพราะมุ่งไปที่การแก้ปัญหาเชิงกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของราชการ เพื่อรองรับปัญหาปลายเหตุที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น การเพิ่มวงเงินชดเชยแก่ผู้เสียหาย และสร้างระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องรับผิดชอบทางการแพทย์ มากกว่าการคิดแก้ปัญหาที่ต้นเหตุซึ่งเกิดจากวิกฤตของระบบสุขภาพไทยโดยรวม

3.

วิกฤตปัญหาคนไข้ฟ้องร้องหมอในสังคมไทย

3.1 สถานการณ์คนไข้ฟ้องร้องหมอ

รายงานของแพทยสภาในเดือนมกราคม 2549 ได้สรุปจำนวนกรณีแพทย์ถูกร้องเรียนในปี 2548 ว่ามีเรื่องร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา รวม 258 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 0.8 ต่อจำนวนประชากรแพทย์ที่ยังมีชีวิตอยู่ และร้อยละ 4.1 เรื่องต่อจำนวนประชากรแสนคน โดยเรื่องลำดับต้น ๆ ที่ถูกร้องเรียน คือ มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และการโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ดูตาราง)



ตารางแสดงจำนวนกรณีแพทย์ถูกร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภาในปี พ.ศ. 2548

เรื่อง	จำนวน	ร้อยละ
มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	149	57.7
การโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	66	25.6
การทำให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ	11	4.3
การไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย	8	3.1
การไม่เคารพกฎหมายบ้านเมือง	8	3.1
การออกใบรับรองเท็จและให้ความเห็นไม่สุจริต	5	1.9
การสนับสนุนให้มีการประกอบวิชาชีพที่ผิดกฎหมาย	4	1.5
การไม่ยกย่องให้เกียรติผู้ร่วมวิชาชีพ/ผู้ร่วมงาน	3	1.2
การปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่สุภาพ	2	0.8
การปฏิเสธการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย	1	0.4
การทำการทดลองในมนุษย์โดยไม่ได้รับอนุญาต	1	0.4
รวม	258	100.0

(ที่มา : แพทยสภา. 2549. รวมเรื่องทั้งหมดที่เข้าสู่การพิจารณาของคณะอนุกรรมการแพทยสภาตั้งแต่ปี 2536 จนถึงปัจจุบัน. เอกสารอัดสำเนา)

อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้เสียหายอีกจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์ แต่ไม่สามารถต่อสู้เรียกร้องให้ได้รับความเป็นธรรมได้ ไม่ว่าจะเป็นด้วยปัญหาของการขาดความรู้ทั้งด้านการแพทย์และกฎหมาย ที่บางครั้งกระบวนการฟ้องร้องคดีทางศาล อาจมีข้อจำกัดที่เพิ่มความทุกข์ให้กับผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหาย จนต้องตัดสินใจ “ถอนฟ้อง” หรือ “ยอมความ” มากกว่าที่จะต่อสู้ในสภาพรักษาตัวไปสู้คดีไป และในที่สุดก็อาจจะประสบกับภาวะที่ “คดีหมดอายุความ” โดยโจทก์หรือผู้ร้องต้องสิ้นเปลืองเงินทองทรัพย์สิน รวมถึงต้องแบกรับความทุกข์อันเกิดจากความยากลำบากดังกล่าว

นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา ชี้ว่าสาเหตุของการฟ้องร้องแพทย์ที่เกิดขึ้นเฉลี่ยวันละเกือบ 1 ครั้ง มาจากหลายปัจจัยประกอบกันคือ มาตรฐานของวิชาชีพพลดลง และความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ลดน้อยลง โดยเฉพาะการสื่อสารที่ดีระหว่างหมอกับคนไข้ การให้สัญญามากเกินไปจากหมอ ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่สูงขึ้น การรักษาพยาบาลโรคบางโรคซับซ้อนขึ้น ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินมาก หมอไม่รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติ

และเมื่อผู้ป่วยทราบความจริงจากผู้อื่นก็ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจ (สมศักดิ์, 2548)

แม้จะมีเรื่องร้องเรียนเข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภาสูงมากขึ้น แต่การพิจารณาคดีก็เป็นไปอย่างล่าช้า ข้อมูล ณ เดือนมกราคม 2549 มีเรื่องร้องเรียนที่ยังค้างอยู่ระหว่างการพิจารณาของแพทยสภาถึง 353 เรื่อง (คงค้างเรื่องเดิม 218 เรื่อง และ 135 เรื่องในปี 2548) นอกจากการพิจารณาที่ล่าช้า ผลการพิจารณาในหลายคดีก็ขัดกับความรู้สึกของผู้ร้องเรียนว่าไม่ได้รับความยุติธรรมจากแพทยสภา สาเหตุส่วนหนึ่งคงมาจากระบวนการสอบสวนข้อเท็จจริงที่มีปัญหาในเรื่องความโปร่งใสและคุณภาพของการตรวจสอบตนเองขององค์กรวิชาชีพ ควรตั้งข้อสังเกตว่า นับตั้งแต่มีการก่อตั้งแพทยสภามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2511 มีการลงโทษเพิกถอนใบอนุญาตแพทย์

เพียง 2 รายเท่านั้น (แพทยสภา, 2549)

ข้อมูลตรงนี้เอง อาจเป็นเหตุให้ประชาชนหรือผู้บริโภคมีการร้องเรียนและกล่าวหาแพทย์ผ่านทางสื่อมวลชนมากขึ้น รวมถึงการฟ้องร้องทางคดีที่มีขนาดและมูลค่าความเสียหายที่เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสูงขึ้น ที่สำคัญคือ ปัจจุบันประชาชนรับรู้ถึงความมี “สิทธิ” มีเสียงของตนเองมากขึ้น โอกาสในการเข้าถึงสื่อมวลชนมีมากขึ้น และสังคมให้ความสนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นมากขึ้นด้วย

ทางฝ่ายแพทยสภา (ซึ่งเป็นตัวแทนแพทย์) ได้นำเสนอ “ร่างประกาศแพทยสภา เรื่องข้อเท็จจริงทางการแพทย์” ที่ถือได้ว่าเป็นครั้งแรกของวงการแพทย์แผนปัจจุบันของประเทศไทย ที่จะมีการประกาศต่อสาธารณะ ว่าสมาชิกของแพทยสภา (ซึ่งหมายถึงแพทย์ทุกคนในประเทศไทย) จะเลือกตรวจหรือไม่ตรวจรักษาคนไข้ก็ได้ หากเป็นกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งในอีกด้านหนึ่งอาจมองได้ว่า เพื่อเป็นการปกป้องแพทย์จากการถูกฟ้องหรือดำเนินคดี

นั่นเอง แพทยสภาประกาศว่า

จะผลักดันร่างประกาศดังกล่าวในปี 2549 นี้ ถือเป็นการประกาศสิทธิผู้ป่วย ฉบับที่ 2 ที่มีสิทธิของแพทย์รวมอยู่ด้วย เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงระหว่างแพทย์กับประชาชน (ชุมศักดิ์, 2548)

3.2 ระบบชดเชยความเสียหาย...คำตอบสุดท้ายจริงหรือ ?

ระบบชดเชยความเสียหายเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ถูกเสนอให้เป็นวิธีการแก้ไขปัญห เพราะทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่อาจปฏิเสธความเป็นธุรกิจของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันได้ ที่สำคัญ เมื่อบริการสุขภาพหลากหลายรูปแบบกลายเป็นการตลาดที่มีแพทย์เป็น “ผู้ขายบริการ” และผู้ป่วยเป็น “ผู้ซื้อบริการ” มากกว่าที่จะเป็นเรื่องของการเยียวยารักษาหรือช่วยชีวิต

แต่เพียงด้านเดียว ดังนั้น หากไม่มีระบบการดูแลความเสียหายที่เกิดขึ้นจากบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพแล้ว เชื่อกันว่าในอนาคตปัญหาคนไข้ฟ้องร้องหมอจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อประชาชนมากขึ้นด้วย

มีการยกข้อมูลว่าในสหรัฐอเมริกาแพทย์ต้องทำประกันชีวิตเพื่อป้องกันตนเอง โดยจ่ายเบี้ยประกันในอัตราที่สูง และทำการตรวจรักษาแบบครอบจักรวาลหรือเกินความจำเป็นเพื่อเป็นการป้องกันตนเอง (defensive medicine) ซึ่งเป็นการผลักภาระให้ประชาชนแบกรับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เพิ่มสูงขึ้น โดยค่าใช้จ่ายเหล่านี้ในสหรัฐอเมริกาส่งถึงร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายในด้านสาธารณสุข หรือคิดเป็นร้อยละ 4 ของจีดีพีของสหรัฐอเมริกา ที่ถูกใช้ไปเพื่อกระบวนการทางกฎหมาย และจ่ายเบี้ยประกัน

แทนที่จะนำมาเพื่อการรักษาพยาบาล

พร้อมกับยกตัวอย่างในประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ แคนาดา ฟินแลนด์ และฝรั่งเศส ที่มีระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องรับผิดชอบในทางการแพทย์ (no - fault compensation systems) หรือมุ่งไปที่การหาคำตอบว่าใครผิด แต่ดูว่าความผิดพลาดนั้นเกิดขึ้น

จริงหรือไม่ และเป็นความผิดพลาดที่เกิดจากการรักษาหรือไม่ มีการจัดตั้งกองทุนขึ้นมาเพื่อดูแลเมื่อเกิดความเสียหาย และมีคณะกรรมการกลางพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรับบริการทางการแพทย์ โดยให้ผู้เสียหายสามารถได้รับการชดเชยโดยไม่จำเป็นต้องผ่านกระบวนการทางกฎหมายอันล่าช้ายืดเยื้อ และมีผลดีต่อการคลังของระบบสุขภาพเพราะสามารถคาดการณ์วงเงินค่าใช้จ่ายชดเชยล่วงหน้าได้ ทำให้ประเทศเหล่านี้มีการฟ้องร้องทางคดีต่อแพทย์น้อยกว่าในสหรัฐอเมริกาถึง 3-4 เท่า (ประวิทย์, 2548)

อย่างไรก็ดี ก็ไม่ได้มีผู้เห็นด้วยกับระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องรับผิดทางการแพทย์ไปทั้งหมด เช่น ในสหรัฐอเมริกา บางฝ่ายเห็นว่า ระบบนี้ยังไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าจะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้ดีเท่าหรือมากกว่าระบบการฟ้องร้องทางศาลได้นอกจากนี้ยังมีการวิพากษ์วิจารณ์ว่า ระบบดังกล่าวจะทำให้แพทย์หรือผู้ให้บริการที่กระทำผิดจริง ๆ ขาดความรับผิดชอบในการทำหน้าที่ หรือให้บริการที่ต่ำกว่ามาตรฐานวิชาชีพและรอดพ้นจากการถูกลงโทษ ในบางประเทศจึงเน้นการลงโทษแพทย์ในกรณีผิดจริงด้วยข้อพิจารณาทางมาตรฐานวิชาชีพ และไม่มีข้อห้ามที่จะให้ผู้เสียหายมีการฟ้องร้องเรียกค่าชดเชยด้วยช่องทางของกฎหมาย นอกเหนือจากการได้รับการชดเชยจากระบบนี้

หลายฝ่ายจึงตั้งคำถามว่า “ระบบชดเชยความเสียหาย” คือคำตอบสุดท้ายจริงหรือไม่ ?

ที่น่าสนใจก็คือในต่างประเทศ ผู้ที่เรียกร้องให้เกิดระบบชดเชยนี้คือ กลุ่มวิชาชีพแพทย์ เพื่อก้าวพ้นจากการฟ้องร้อง ขณะที่ในประเทศไทย ผู้ที่เรียกร้องระบบชดเชยความเสียหายกลับเป็นกลุ่มผู้เสียหาย ในขณะที่แพทย์มัววุ่นกับการหาทางป้องกันตนเองในระบบฟ้องแพทย์ทางศาล (ชินฤทัย, ชาย, กฤตยา และคณะ, 2549 : 57)

สำหรับประเทศไทย ขณะนี้ มาตรา 41 ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีกลไกชดเชยความเสียหายแต่ครอบคลุมเฉพาะผู้อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งที่ช่วยบรรเทาทุกข์ให้กับผู้รับบริการที่ใช้สิทธิบัตรทอง กรณีได้รับความเสียหายอันเกิดจากเหตุสุดวิสัยจาก

การรับบริการสุขภาพ โดยมีกลไกคณะกรรมการระดับจังหวัดทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์

หลักการเบื้องต้นในการพิจารณาวินิจฉัยของคณะกรรมการเป็นไปตามหลักมนุษยธรรม หากเหตุอันไม่ควรเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นอย่างคาดไม่ถึง โดยผู้ให้บริการเองก็ได้ให้การดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว คณะกรรมการแต่ละจังหวัดจะพิจารณาประกอบกับข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ได้รับความเสียหายด้วย ส่วนจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น ขึ้นอยู่กับความเสียหายที่ได้รับ ตั้งแต่ 20,000 - 80,000 บาท

กลไกชดเชยความเสียหายตาม มาตรา 41 อาจถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการเยียวยาความทุกข์ร้อนของระบบบริการทางการแพทย์ และลดขนาดความรุนแรงของปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ในบ้านเรา เนื่องจากหากปล่อยให้มีการใช้มาตรการทางกฎหมายมาควบคุมหรือป้องกันความผิดพลาดในการรักษา อาจก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างหมอ กับคนไข้มากขึ้น ที่สำคัญการใช้กฎหมายอาจนำไปสู่ความล้มเหลวของระบบบริการในที่สุด และผู้ที่เสียประโยชน์ก็คือประชาชนนั่นเองที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น และแพทย์สามารถปฏิเสธการรักษาเพื่อป้องกันตนเองมากขึ้น

สำหรับสังคมไทย ขณะนี้สัญญาณของการเดินตามกันสหรัฐอเมริกา ในเรื่องของการฟ้องร้องแพทย์เริ่มปรากฏชัดมากขึ้น เมื่อ

บริษัทประกันชีวิตของไทยบางแห่ง เริ่มมีการออกกรมธรรม์ “ประกันความผิดพลาดในการประกอบวิชาชีพ” หรือที่เรียกว่า mal - practice insurance มาเสนอขายให้กับผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แล้ว นอกจากนี้ สำนักงานทนายความบางแห่ง ลงประกาศทางหน้าหนังสือพิมพ์ว่า “รับทำคดีการรักษา” เรียกง่าย ๆ ว่า “คดีฟ้องหมอ” (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2548) หากสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นจริงในสังคมไทย ก็เชื่อแน่ว่าผู้ที่รับเคราะห์ในเรื่องนี้ก็คือ “ประชาชน” นั่นเอง เพราะกระบวนการของระบบกรมธรรม์ดังกล่าว และระบบคดีจากการรักษานั้นจะก่อให้เกิดผลติดตามมา ดังนี้

(1) ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น เพราะค่าประกันความผิดพลาดในการประกอบวิชาชีพ และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากวิธีการรักษา เพื่อพยายามป้องกันตนเองของแพทย์ ได้แก่ การสั่งตรวจด้วยเครื่องมือแพทย์ราคาแพง หรือการพึ่งพิงเทคโนโลยีทางการแพทย์มากขึ้นโดยไม่จำเป็น ซึ่งค่าใช้จ่ายทุกอย่างนี้จะล้วนมาจากกระเป๋าคนไข้ทั้งสิ้น

(2) การถูกตรวจและรักษาโดยไม่จำเป็นมากขึ้นนี้ นอกจากทำให้คนไข้เสียเวลาแล้ว ยังอาจได้รับอันตรายมากขึ้น ในสหรัฐอเมริกา มีรายงานจากสถาบันเวชกรรม (institute of medicine) ว่าการรักษาเกินความจำเป็นนี้ส่งผลให้มีการตายปีละถึง 50,000 - 100,000 คน ซึ่งสูงกว่าการตายจากอุบัติเหตุ

(3) กระบวนการทั้งหมดนี้ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับหมอดึงเครียดขึ้น ทั้งหมอและคนไข้อาจเกิดความมั่นใจในการรักษา ขณะที่ญาติและคนไข้จะขาดความไว้วางใจ กระบวนการรักษาพยาบาล

4.

วิกฤตเป็นโอกาส : ระบบการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

อันที่จริงในแวดวงการแพทย์และสาธารณสุขไทยไม่ใช่เพิ่งมาให้ความสำคัญกับการสร้างระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ใส่ใจมิติความเป็นมนุษย์ของคนไข้ อีกทั้งวิพากษ์-วิจารณ์ระบบสุขภาพไทยที่ยึดถือการแพทย์เป็นศูนย์กลางมาโดยตลอด (ดู อภิเชษฐ์, 2518, 2522 ; สันต์, 2522, 2532 ; ประเวศ, 2524 ; โกมาตร, 2545) เพียงแต่ไม่ได้เน้นเฉพาะเจาะจงว่าเพื่อการแก้วิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมอ หากเน้นที่การให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความลุ่มลึกในการเยียวยาความเจ็บ-ไข้ได้ป่วย ที่สำคัญ ระบบสุขภาพไทยโดยรวมก็ไม่ได้เคลื่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตเฉกเช่นปัจจุบัน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากทิศทางการพัฒนาประเทศ จนสังคมอนุญาตให้การแพทย์กลายเป็นธุรกิจค้ากำไรไปโดยปริยาย ธุรกิจการแพทย์จึงขยายตัวเติบโตอย่างรวดเร็วตามนโยบายเพิ่มตัวเลขด้านเศรษฐกิจของประเทศ ด้านหนึ่งเป็นคุณแก่คนไทย เพราะทำให้บริการการแพทย์มีมาตรฐานสูงขึ้น แต่การแพทย์เชิงการค้าเช่นนี้ ทำให้มิติความเป็นมนุษย์ลดลง คนไข้กลายเป็น “ผู้ซื้อบริการ” หมอกลายเป็น “ผู้ขายบริการ” ค่าบริการก็แพงมากตามไปด้วย และค่าบริการที่แพงมากนี้ ทำให้ประชาชนผู้รับบริการคาดหวังผลลัพธ์การรักษาที่ดีที่สุด กลายเป็น “เวชศาสตร์เงินนำ” ที่ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้เป็นความสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ (อำพล, 2549)

แม้วิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมอจะเกิดขึ้นในแวดวงการสาธารณสุขไทยก็จริง แต่เนื่องจากระบบสุขภาพดำรงอยู่ภายใต้บริบทอันหลากหลายและพลวัตตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเมือง ทางออกจากวิกฤตจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม ไม่จำกัดอยู่เฉพาะแวดวงการสาธารณสุขไทย ทางออกจากวิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมออย่างยั่งยืน ซึ่งก็คือวิกฤตระบบสุขภาพไทยโดยรวมนั้น อาจทำได้ดังนี้

4.1 ส่งเสริมจิตวิญญาณทางการแพทย์และสาธารณสุข

ในขณะที่ทิศทางการพัฒนาของสังคมไทยมุ่งเน้นความเจริญทางด้านวัตถุการแสวงหาความร่ำรวยและลาภยศฐาทำให้กลายเป็นเป้าหมายของชีวิต ระบบการแพทย์ในปัจจุบันก็มีพัฒนาการ ในลักษณะที่เน้นค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน ยังมีโรงพยาบาลเอกชนซึ่งสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลราคาแพง และจัดสรรค่าตอบแทนให้กับแพทย์ที่ไปทำงานเป็นสัดส่วนที่มากกว่าภาครัฐเป็นสิบเป็นร้อยเท่า ก็ยังเกิดการเปรียบเทียบรายได้ระหว่างแพทย์มากขึ้น คนทำงานเสียสละเพื่อส่วนรวมหรือทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีค่าตอบแทนแต่พอควรกลายเป็นคนโกง แต่การทำงานเพื่อเงินโดยขาดความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และขาดการเห็นคุณค่าของชีวิตก็ไม่อาจนำมาซึ่งความสุขอันประเสริฐในชีวิตหรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณได้

หากถือว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นสภาวะแห่งความสุขอันประณีต ที่เกิดจากการเข้าถึงซึ่งความดี ความงาม และความจริงของชีวิต (โดยไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องศาสนาเสมอไป) บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ขาดอุดมคติของชีวิตก็ไม่แตกต่างจากพ่อค้าที่แสวงหากำไรจากความเจ็บป่วยของผู้คน หากเราจะถือว่างานเป็นมากกว่าการดิ้นรนหาเลี้ยงชีพ เพราะการทำงานยังเป็นโอกาสในการขัดเกลาตนเอง เป็นโอกาสของการเข้าถึงความดี ความจริง และความงามของชีวิต โดยเฉพาะงานทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นมีสิ่งตอบแทนที่ไม่อาจเทียบกับค่าตอบแทนทางการเงินได้ ไม่ว่าจะเป็นความสุขและความภาคภูมิใจในการทำ ความดี ความสุขจากการทำงานที่ตอบสนองต่ออุดมคติของชีวิตนี้เองที่จะเป็นจุดเริ่มของการเรียนรู้เพื่อเข้าถึงสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และความเข้าใจต่อชีวิตคนไข้

การบ่มเพาะฟื้นฟูอุดมคติของชีวิตและความหมายของการทำงานในหมู่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่เพียงแต่จะทำให้การทำงานให้บริการแก่ผู้ป่วยและญาติมีความละเอียดอ่อนยิ่งขึ้น แต่ยังทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน มีความเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน ไม่ใช่ปฏิสัมพันธ์ที่เป็นไปแบบเครื่องยนต์กลไก

อย่างไรก็ตาม แม้ระบบการศึกษาในปัจจุบันยังไม่สามารถหาคำตอบให้กับปัญหาการเรียนการสอนที่จะสามารถปลูกฝังคุณธรรมและอุดมคติของชีวิตได้ แต่วิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมอก็ถือเป็นโอกาสอันดีที่ระบบสุขภาพไทยโดยรวมจะหันมาทบทวนและใส่ใจ

กับเรื่องนี้อย่างจริงจัง เพราะระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์นั้นตั้งอยู่บนฐานรากที่สำคัญคือ การมีคุณธรรม อุดมคติของชีวิต และการตระหนักถึงคุณค่าของการทำงานที่เป็นมากกว่าที่มาของรายได้

4.2 ส่งเสริมระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพภาคประชาชน

นโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ 30 บาท ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างระบบบริการสุขภาพขนานใหญ่ โดยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ primary care ได้กลายเป็นด้านหน้าของยุทธศาสตร์การสร้างระบบบริการสุขภาพใหม่ครั้งนี้

การสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไม่ได้อยู่ที่การแข่งขันสร้างระบบการแพทย์เฉพาะทาง หรือลงทุนซื้อเทคโนโลยีระดับสูง แต่อยู่ที่การสร้างจุดแข็งที่เป็นเอกลักษณ์ของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ปรากฏชัดเจนเป็นที่ยอมรับ นั่นคือการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เข้าใจในมิติทางสังคมวัฒนธรรมของความเจ็บป่วย มีความละเอียดอ่อนและใส่ใจในความเป็นมนุษย์

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบสุขภาพที่สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างหมอกับคนไข้ให้เกิดขึ้นง่าย เพราะเป็นระบบสุขภาพที่ชาวบ้านเข้าถึงง่าย เป็นที่พึ่งด้านสุขภาพแห่งแรกของประชาชน และเป็นกันเองเสมือนคนในครอบครัวเดียวกัน เพราะไม่ต้องมีขั้นตอนมากมายเวลาไปรับบริการ บริการปฐมภูมิยังเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างชาวบ้านกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ ไม่ใช่

บทบาทของการเป็นแค่ gate keeper ที่คอย คัดคนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพระดับสูงขึ้นไป แต่เป็นตัวเชื่อมสำคัญ (mediator) ระหว่าง ระบบบริการสุขภาพระดับสูงกับวิถีชีวิตและความต้องการหรือความคาดหวังจากระบบ บริการสุขภาพของชาวบ้าน

ในแง่นี้ บริการ primary care จึงมี ฐานะเป็นระบบกันชน (buffers) หรือตัวกัน กระแทกที่ช่วยลดการกระทบกระทั่งระหว่าง ชาวบ้านกับบริการในโรงพยาบาลใหญ่โดยตรง ตรงจุดนี้ ทำให้ชาวบ้านเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้ง่าย และช่วยลดภาระต้นทุนในระบบบริการ สุขภาพ

บริการปฐมภูมิยังมีความสำคัญอยู่ที่ คนทำงานสามารถลงไปสัมผัสและเรียนรู้ เรื่องราวในมิติต่าง ๆ ของชีวิตชาวบ้าน จน ก่อให้เกิดความเข้าใจถึงความเป็นมนุษย์ของ ชาวบ้านมากกว่ามองเห็นแต่โรคและความ เจ็บป่วย ขณะเดียวกัน เมื่อชาวบ้านไปรับ การรักษาและพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ก็ได้รับรู้ถึง แง่มุมชีวิตของเจ้าหน้าที่เช่นกัน การเรียนรู้ ความเป็นมนุษย์ซึ่งกันและกัน ทำให้ความ สัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้านเป็น ความสัมพันธ์ที่เกื้อกูล ไว้วางใจกัน ความ สัมพันธ์ที่ดีนี้เองเป็นเกราะป้องกันการ ทำงานของเจ้าหน้าที่จากการถูกฟ้องร้อง และพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้ยั่งยืน

นอกจากนั้น หากเรามองจากมุมมอง ที่เปิดกว้างจะพบว่า สุขภาพไม่ได้แยกขาด จากความอยู่ดีด้านอื่น ๆ และความอยู่ดีของ มนุษย์ในสังคมนั้น เป็นผลลัพธ์ของการ ทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ใช่ รวมศูนย์การตัดสินใจไว้ที่ระบบราชการ สาธารณสุข เพราะถ้าเป็นเช่นนี้ ยิ่งเป็นการ ค่าชูให้การแพทย์แบบวิชาชีพสืบทอดอย่าง



มั่นคงในสังคมไทยผ่านการรับรองของรัฐ ยากที่ระบบการแพทย์ พหุลักษณะจะเกิดขึ้น ซึ่งก็เท่ากับปิดโอกาสอำนาจการต่อรองของ ภาคประชาชนในการแสวงหาบริการทางการแพทย์ และกลายเป็น ฝ่ายพึ่งพาบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเหมือนเช่นเดิม ที่ สำคัญ การยอมรับการแพทย์แบบพหุลักษณะก็เท่ากับได้ช่วยกีดกร่อน รากฐานความคิดเหตุผลนิยมแบบวิทยาศาสตร์ที่ครอบงำการ อธิบายความจริงชุดต่าง ๆ ของผู้คนในสังคมอีกทางหนึ่ง

การส่งเสริมระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพภาคประชาชน ทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์กัน เพราะการที่ระบบบริการปฐมภูมิ จะเข้มแข็งได้ก็ด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในท้องถิ่น และ เคราฟในระบบการแพทย์พหุลักษณะของวัฒนธรรมชาวบ้าน

4.3 ทิศทางการพัฒนาประเทศและการแพทย์เชิงรุกกิจ

ระบบสุขภาพที่ดีมาจากการพัฒนาประเทศที่ดี เพราะระบบ สุขภาพเป็นผลลัพธ์จากบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม การพัฒนาประเทศที่เอาเงินเป็นตัวตั้ง ส่งเสริมบริโภคนิยม ดึงคน จากท้องถิ่นให้มาเป็นแรงงานรับจ้างราคาถูกในภาคอุตสาหกรรม ในเมือง และส่งกลับไปท้องถิ่นอีกทีเมื่อป่วยหนักหรือหมดแรงงาน การผลิต การพัฒนาประเทศด้วยทิศทางนี้ไม่เพียงทำให้ประเทศ บอบช้ำ หากผู้คนในสังคมยังป่วยไข้มากขึ้น นอกจากนั้น นโยบาย ที่มุ่งหวังให้ประเทศเป็นศูนย์กลางการรักษาในแถบภูมิภาคเพื่อนำ เงินเข้าประเทศ แม้จะช่วยพัฒนาบุคลากรมาตรฐานเทคโนโลยีทางการแพทย์ขึ้นสูง แต่ดูเหมือนจะสวนทางกับจิตวิญญาณทางการแพทย์

และสาธารณสุขที่ไปด้วยกันไม่ได้เลยกับการพัฒนาที่เอาเงินนำ

การพัฒนาประเทศด้วยทิศทางดังกล่าวเท่ากับส่งเสริมการแพทย์เชิงธุรกิจให้ขยายเติบโต การแพทย์ที่เคยเป็นบริการสาธารณะ บริการเชิงจริยธรรม มนุษยธรรม กลายเป็นการแพทย์เชิงพาณิชย์ ที่หมอกับคนไข้ปฏิสัมพันธ์กันด้วยความสัมพันธ์แบบพ่อค้ากับลูกค้า ผลที่ตามมาคือความขัดแย้งระหว่างกันที่ไม่สามารถรวมขอมยอมกันได้ เพราะเป็นความสัมพันธ์ผ่านเงินตราที่ไม่มีใครอยากเสียเปรียบ

ภาครัฐต้องคิดวางระบบควบคุมกำกับที่เหมาะสม และไม่สร้างนโยบายที่ไปกระตุ้นระบบการแพทย์เชิงธุรกิจให้ขยายตัวจนยากจะควบคุม สังคมไทยเองหากถือเอาวิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมอเป็นจุดเริ่มต้นในการคิดทบทวนเกี่ยวกับทิศทางการพัฒนาประเทศซึ่งส่งผลต่อทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพโดยรวม วิกฤตการณ์ครั้งนี้ก็จะถือเป็นโอกาสอันดีที่จะช่วยให้สังคมรอดพ้นจากวิกฤตสุขภาพด้านอื่น ๆ อีกด้วย

4.4 ระบบชดเชยความเสียหายและการประกันความเสี่ยง

กลไกช่วยเหลือผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน ครอบคลุมเฉพาะผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาท เท่านั้น แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์สำหรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว รวมทั้งผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมด้วย

ประเด็นที่ทำทนายสังคมต่อไปก็คือ ทำอย่างไรผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครอง จะได้รับการช่วยเหลือดูแลเมื่อได้รับความเสียหายการดองทุนในลักษณะนี้สำหรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว ผู้มีสิทธิประกันสังคม รวมทั้งระบบการชดเชยของผู้รับบริการในภาคเอกชน (โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน) ด้วย

ที่สำคัญ ระบบชดเชยความเสียหายที่สร้างขึ้น ไม่ใช่เพื่อการปกป้องคนทำผิด แต่เป็นเพียงระบบชดเชยความเสียหายขั้นแรก พร้อมกับเปิดโอกาสให้มีการไต่สวนทางศาล หากผู้เสียหายต้องการ

การประกันความเสี่ยงในกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานก็มีความสำคัญ เนื่องจากแพทย์ในปัจจุบันทำงานอยู่บนความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องมาก และไม่มีหลักประกันใด ๆ เลยที่สร้างความมั่นใจให้กับคนทำงาน การไม่มีหลักประกันความเสี่ยงให้กับคนทำงาน ผลเสียหายย่อมตกอยู่กับผู้รับบริการเพราะจะได้รับบริการการตรวจที่ครอบจักรวาลและไม่จำเป็น



เพื่อเป็นการป้องกันตนเองของผู้รักษา

กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระดับสถานีนานามัยก็ทำงานอยู่บนความเสี่ยงไม่แพ้แพทย์ เพราะขอบเขตหน้าที่ที่ระบุในกฎระเบียบราชการกับหน้าที่การปฏิบัติงานจริงไม่สอดคล้องกัน เจ้าหน้าที่ระดับสถานีนานามัยต้องทำการตรวจรักษาให้กับผู้ป่วยทั้งที่ในขอบเขตหน้าที่ตามกฎระเบียบไม่สามารถทำได้ หากเกิดความผิดพลาดในขั้นตอนการรักษาย่อมยากที่จะปฏิเสธความรับผิดชอบ อีกทั้งอาจถูกมองว่าเป็นการให้บริการที่เกินขอบเขตหน้าที่ทำให้มีความผิดตามระเบียบราชการอีกด้วย ยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาล ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันที่สถานีนานามัย ซึ่งมีใบประกอบวิชาชีพรองรับเป็นหลักประกันความเสี่ยงเมื่อให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงยังทำงานอยู่บนความเสี่ยง 2 ส่วน คือ เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องและผิดระเบียบราชการ และเสี่ยงต่อการถูกดูแคลนว่าเป็น “หมอเถื่อน”

ปัญหาเรื่องวิชาชีพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพไทยที่พัฒนาไม่ทันการเปลี่ยนแปลงของประเทศ และเห็นว่าทักษะด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคดีกว่าทักษะด้านการรักษาโรค วิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมออาจเป็นอีกโอกาส

อันดี ที่ระบบสุขภาพไทยจำเป็นต้องหันมาให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ อย่างจริงจัง แสวงหาทางออกร่วมกันกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพราะผลกระทบเรื่องวิชาชีพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขย่อมตกอยู่กับประชาชน

ทางออกจากวิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมอซึ่งก็คือปัญหาของระบบสุขภาพไทยโดยรวม หลายข้อที่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถดำเนินการได้ทันที โดยไม่จำเป็นต้องรอการกำหนดให้เป็นระเบียบราชการหรือข้อกฎหมาย เช่น ใช้การทำงานเป็นโอกาสในการขัดเกลาตนเอง เป็นโอกาสของการเข้าถึงความดี ความจริง ความงาม อุดมคติของชีวิต และเป็นจุดเริ่มของการเรียนรู้เพื่อเข้าถึงสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และความเข้าใจต่อชีวิตคนไข้ (ดูตัวอย่างรูปธรรม คนทำงานบริการปฐมภูมิใช้การทำงานเป็นโอกาสในการทำ ความดี บ่มเพาะจิตวิญญาณ และใช้การทำงานทุ่มเทเสียสละเยียวยาความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานของคนไข้ จากหนังสือ “งานคือความดีที่หล่อเลี้ยงชีวิต” และ “ความดีที่เยียวยา” ทั้ง 2 เล่ม จัดพิมพ์โดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ)

ที่สำคัญ การไม่มองว่าวิกฤตการณ์คนไข้ฟ้องร้องหมอเป็นปัญหาของแต่ละวิชาชีพ เพราะรากฐานแท้จริงเกิดจากการพัฒนาระบบสุขภาพไทยโดยรวมที่กำลังเข้าสู่วิกฤต วิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมอจึงเป็นทั้ง วิกฤตแพทย์ วิกฤตสาธารณสุข และวิกฤตระบบสุขภาพไทย ซึ่งทุกสาขาวิชาชีพในระบบสุขภาพไทยต้องร่วมกันรับผิดชอบ ร่วมกันแสวงหาทางออกด้วยใจที่ปราศจากอคติทางวิชาชีพ และใช้วิกฤตครั้งนี้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ให้เกิดขึ้นจริง 

ขอขอบคุณ คุณวรัญญา เพ็ชรคง และคุณชาติชาย มุกสง
นักวิจัยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ เป็นอย่างสูง
ที่ช่วยอ่านต้นฉบับและให้คำแนะนำในการปรับปรุง

บรรณานุกรม

ก้องสกล กวินวิภูล. 2545. การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป.พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481 - 2487.

วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา (มานุษยวิทยา) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2545. *คืนสุนทรียภาพให้สุขภาพ*. กรุงเทพฯ : สวนเงินมีมา.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. 2547. *พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเอง: ภาคชนบท*. นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2548. *ขับเคลื่อนวาระสุขภาวะไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. 2548. **งานคือความดีที่หล่อเลี้ยงชีวิต**. นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. 2549. **ความดีที่เอื้อยวยา : เรื่องเล่ากับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์**. นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

ชาติชาย มุกสง .2548. **วาทกรรมการแพทย์กับนโยบายการสร้างชาติ สมัยจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2481 - 2487)**. สังคมศาสตร์. 17(1).
 ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิ์สิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล และวาสนา อัมเณม. 2549. **สุขภาพคนไทย 2549**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช. 2548. **ยุ้งนกก้อยรักษา**. เมดิคัลโทม์. ฉบับประจำวันที่ 16 - 31 ธันวาคม 2548 : หน้า 45.

ทวีศักดิ์ เพื่อกสม. 2545. **การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย : เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม**. โครงการภูมิปัญญาท้องถิ่นจากวรรณกรรมและพฤติกรรม. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ทวีศักดิ์ เพื่อกสม. 2546. **รัฐเวชกรรม (Medicalized State) : จากโรงพยาบาลสู่โครงการสาธารณสุขมูลฐาน**. รัฐศาสตร์สาร. 24(1).

ประชาธิปไตย กะทะ. 2548. **วัฒนธรรมข้าว และการปรับตัวเชิงวัฒนธรรมของวิถีการผลิตเกษตรกรรม : การตอบโต้ของหมู่บ้านชนบทไทย หลังนโยบายประชากรแห่งชาติ**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2548 วันที่ 17 - 18 พฤศจิกายน 2548 ณ ห้องกษัตริย์ศึก 2 - 3 โรงแรมเดอะทวิน ทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร.

ประวิทย์ สีสถาพรวงศา. 2548. **ทำอย่างไรคนไทยจะหยุดการฟ้องร้องแพทย์**. ฉลาดซื้อ. ปีที่ 12 ฉบับที่ 69 ตุลาคม - พฤศจิกายน 2548.

ประเวศ วะสี. 2524. **บันทึกเวชกรรมไทย**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

ประสาร ต่างใจ. (บรรณาธิการ). 2548. **ทำความเข้าใจหมอ หลักการ ข้อคิด ประสบการณ์**. กรุงเทพฯ : โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

แพทย์สภา. 2549. **รวมเรื่องทั้งหมดที่เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการแพทยสภาตั้งแต่ปี 2536 จนถึงปัจจุบัน**. เอกสารเผยแพร่.

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา.2548. **ปัญหาความรับผิดชอบและจรรยาบรรณวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข**. เอกสารประกอบการประชุมวันที่ 12 พฤศจิกายน 2548 โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2549. **สุนทรียะสนทนา วิถีดวงสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สารี อ๋องสมหวัง, สุภรณ์รัตน์ โรจน์ไพรวงศ์, อภิญา ตันทวีวงศ์. 2542. 15 **กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค.

สุระเกียรติ อาชานานุภาพ. (2536). **วิพากษ์การสาธารณสุขมูลฐาน มุมมองนักมานุษยวิทยาการแพทย์**. แปลจาก Patients Without Frontiers: Negotiations on The Health Market. โดย Ivan Wolffers. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2548. **ฟ้อง-ไม่ฟ้องสูงสุดคืนสู่สามัญ**. วารสารโรงพยาบาลชุมชน. ปีที่ 7 ฉบับที่ 3. พฤศจิกายน-ธันวาคม 2548 : หน้า 33-34.

สันต์ หัตถิรัตน์. 2522. **หมอไม่ใช่เทวดา**. กรุงเทพฯ : มูลนิธิโกลดคิมทอง.

สันต์ หัตถิรัตน์. 2532. **แพทย์-เทพเจ้ากาลิ**. กรุงเทพฯ : มูลนิธิโกลดคิมทอง.

สันต์ เสริมศรี. 2546. **ระบบสุขภาพกับสุขภาพะของสังคมไทย**. สังคมศาสตร์. 16(1).

อรสม สุทธิสาคร. 2549. **สงสัย...ตายเพราะหมอ ?**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สารคดี.

อำพล จินดาวัฒนะ. 2549. **ปัญหาความขัดแย้งระหว่างหมอกับคนไข้ ต้องแก้เชิงระบบ 3 เรื่อง**. เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง วิถีดวงสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ วันที่ 13 มกราคม 2549 ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 2 อาคาร 1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

อภิเชษฐ์ นาคเลขา. 2518. **หมอเมืองพร้าว**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์คนหนุ่ม.

อภิเชษฐ์ นาคเลขา. 2522. **ดาบในเสื้อกาวน์**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พันธุ์.

Cassell, J. 1976. **The Healers Art: A New Approach to the Doctor - Patient Relationship**. Lippincott.

Douglas, M. 1996. **Purity and Danger An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo**. London: Routledge & Kegan Paul.

Good, Byron J. 1994. **"How Medicine Constructs Its Objects."** In B.J. Good, Medicine, Rationality, and Experience : An anthropological perspective. Cambridge: Cambridge Press.

Kleinman, Arthur. 1980. **Patients and Healers in the Context of Culture**. Berkeley & Los Angeles: University of California Press.

Kleinman, A., Eisenberg, L. and Good, B. 1978. **Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross - cultural research**. Ann. Intern. Med., 88, pp. 251-258.

Helman, C.G. 2000. **Culture, Health and Illness**. New York : Oxford University Press Inc.

Turner, B.S. 2000. **"The History of the Changing Concept of Health and Illness : Outline of a General Model of Illness Categories"**. In Albrecht, Gary L. (eds.). The Handbook of Social Studies in Health and Medicine. London : Sage.