

ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับกระบวนการขอความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว
ทางการแพทย์ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
Legal Problems Regarding Medical Informed Consent
in the Medical Profession

ชาย นิมลมะัย

นักศึกษาลัทธิไตรรัตน์นิเทศศาสตร์มหาบัณฑิต คณะนิเทศศาสตร์ปริทัศน์ พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

E-mail: chaihonest@hotmail.com

ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย

อาจารย์คณะนิเทศศาสตร์ปริทัศน์ พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

E-mail: pairoj.boo@dpu.ac.th

Chai Nimlamai

Master of Laws students, Faculty of Law Pridi Bhanomyong, Dhurakij Pundit University

E-mail: chaihonest@hotmail.com

Pairoj Boonsirikamchai

The Instructor of Faculty of Law Pridi Bhanomyong, Dhurakij Pundit University

E-mail: pairoj.boo@dpu.ac.th

รับเข้า : 22 พฤษภาคม 2568 แก้ไข : 20 มิถุนายน 2568ตอบรับ : 25 มิถุนายน 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งศึกษาปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการขอความยินยอมจากผู้ป่วยซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างมากในทางสังคมศาสตร์และนิติศาสตร์ซึ่งกระทบต่อความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาวิวัฒนาการ แนวคิด ทฤษฎี ความหมาย รูปแบบ วิธีการเกี่ยวกับการให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ในวิชาชีพเวชกรรม 2. ศึกษากฎหมายที่เกี่ยวกับหลักความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ของประเทศไทยและกฎหมายต่างประเทศ จากการเข้ารับบริการจากวิชาชีพเวชกรรม 3. ศึกษาปัญหาการขอความยินยอมทางการแพทย์ในการเข้ารับบริการจากวิชาชีพเวชกรรมทั้งในหลักการและทางปฏิบัติในประเทศไทย 4. เป็นแนวทางในการแก้ไข ปรับปรุง และพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวกับการขอความยินยอมและกระบวนการขอความยินยอมในการเข้ารับบริการจากวิชาชีพเวชกรรมของประเทศไทยต่อไปในอนาคต

ผลการศึกษาพบว่า ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 8 วรรคหนึ่ง คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ.2541 และคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ.2558 เป็นเพียงข้อกำหนดกว้างๆ ไม่มีระบุกระบวนการขอความยินยอมที่ชัดเจนและเพียงพอซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับรัฐบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ (No. 61 of 2003: National Health Act, 2004. (Republic of South Africa)) พระราชบัญญัติการขอความยินยอมในการดูแลสุขภาพของรัฐออนแทรีโอประเทศแคนาดา พ.ศ. 2539 (Health Care Consent Act, 1996, Ontario, Canada) และประมวลกฎหมายแพ่งของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี (German Civil Code BGB) พบว่า กลุ่มประเทศดังกล่าวมีการรอบและขอบเขตของข้อมูลที่ชัดเจนมากกว่าประเทศไทย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขบทนิยามและเพิ่มเติมรายละเอียดกระบวนการขอความยินยอมใน มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำร่างพระราชบัญญัติใหม่เกี่ยวกับการขอความยินยอมทางการแพทย์สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไว้โดยเฉพาะ การมีมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการขอความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวที่ชัดเจน จะช่วยป้องกันปัญหาการเกิดข้อโต้แย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในอนาคต รวมทั้งเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ: ปัญหาทางกฎหมาย ความยินยอม ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

Abstract

This research adopts a qualitative research methodology focusing on the legal problems regarding the process of obtaining informed consent from patients—a matter of considerable significance in both legal and social science disciplines, with profound implications for the doctor-patient relationship. The objectives of this study are 1) to study the evolution, concepts, theories, definitions, forms, and procedures associated with informed consent in medical practice 2) to analyze the relevant legal frameworks governing informed consent in Thailand and selected foreign jurisdictions in the context of professional medical services 3) to examine the legal and practical problems involved in obtaining medical consent in the context of professional medical practice in Thailand 4) to propose guidelines for the improvement and development of Thai legal provisions concerning informed consent in medical practice.

The findings reveal that Section 8, Paragraph 1 of the National Health Act B.E. 2550 (2007), the Patient Rights Declaration B.E. 2541 (1998), and the Declaration of Patient Rights and Duties B.E. 2558 (2015) merely provide broad provisions without

clearly defined legal procedures for obtaining valid consent. In comparison, No. 61 of 2003: the National Health Act, 2004. (Republic of South Africa), the Health Care Consent Act, 1996 (Ontario, Canada), and the German Civil Code (Bürgerliches Gesetzbuch – BGB) demonstrate that these laws provide a more clearly defined framework and scope regarding the information required for informed consent than that currently found in Thailand. Accordingly, the researcher proposes the amendment of definition and obtaining informed consent process in Section 8 of the National Health Act B.E. 2550 (2007) and recommends that the relevant authorities draft a specific act governing informed consent for medical practitioner. The enactment of a clear and comprehensive legal framework for informed consent would mitigate potential disputes between doctor and patients, and foster stronger, more trusting doctor-patient relationships in the long term.

Keywords: Legal Problems, Consent, Medical Practitioner

บทนำ

บทความวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นการป้องกันปัญหาการเกิดข้อโต้แย้งทางการแพทย์ด้วยการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ในวิชาชีพเวชกรรม (Medical Informed Consent in the Medical Profession) ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญขั้นตอนแรกที่จะช่วยส่งเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ทำให้มีความเข้าใจตรงกัน

ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว (Informed consent) หมายถึง ความยินยอมที่ผู้ป่วยยอมให้แพทย์ทำการหัตถการต่อร่างกายตน โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ให้เข้าใจว่าหัตถการนั้นมีวัตถุประสงค์อะไร มีวิธีการขั้นตอนในการดำเนินการอย่างไร ผลที่ตามมาโดยทั่วไปในภายหลังจะเป็นอย่างไร ตลอดจนความเสี่ยงและอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น หากผู้ป่วยเข้าใจแล้ว จึงยินยอมรับการรักษาซึ่งมีผลผูกพันตามกฎหมาย พื้นฐานของหลักการความยินยอม ความยินยอมมีพื้นฐานมาจากหลักการในการเคารพสิทธิส่วนบุคคล (Privacy Right) ที่คำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และหลักในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) ซึ่งเป็นสิทธิตามธรรมชาติของบุคคลซึ่งแต่ละบุคคลอาจมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตหรือสิ่งที่ให้คุณค่าในชีวิตไม่เหมือนกัน

สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับกระบวนการขอความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ในวิชาชีพเวชกรรมในปัจจุบันมีหลายประการ เช่น แพทย์ให้ข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่ชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการรักษา ไม่แจ้งผลข้างเคียงที่เป็นไปได้ หรือไม่แจ้งทางเลือกทางการแพทย์อื่น ๆ ที่

เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเข้ารับบริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ปัญหาเกี่ยวกับวิธีการในการขอความยินยอมจากผู้ป่วยภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เช่น ปัญหาจากการที่แพทย์ใช้คำศัพท์ทางการแพทย์สื่อสารกับผู้ป่วย ในทางปฏิบัติพบว่ามักทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อมูลทางการแพทย์ที่แจ้ง เพราะแพทย์สื่อสารด้วยภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจยาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนชัดเจน ปัญหาว่าต้องขอความยินยอมใหม่หรือไม่ ปัญหาในทางปฏิบัติมีอยู่ค่อนข้างมาก เช่น หากทำหัตถการเพิ่ม จำต้องทำหนังสือขอความยินยอมใหม่ทุกครั้งหรือไม่ ปัญหาเรื่องบุคคลที่ต้องอธิบายข้อมูลในเอกสารขอความยินยอม มีปัญหาในทางปฏิบัติว่าแพทย์จำเป็นต้องอธิบายข้อมูลในเอกสารขอความยินยอมให้ผู้ป่วยฟังโดยตรงหรือไม่ แพทย์สามารถให้บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องอธิบายให้ผู้ป่วยฟังแทนแพทย์ได้หรือไม่ ปัญหาเกี่ยวกับปริมาณและคุณภาพในการแจ้งข้อมูลในหนังสือขอความยินยอม เช่น การแจ้งข้อมูลที่น้อยเกินไปหรือการที่แพทย์แจ้งข้อมูลมากเกินไปจนความจำเป็นต่อหัตถการหรือโรคที่จะทำการรักษาเพื่อขอความยินยอมจากผู้ป่วย ส่งผลต่อความยากของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจว่าจะรับการรักษาหรือไม่ แม้ตัดสินใจรับการรักษา ก็อาจเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์คลาดเคลื่อนเพราะผู้ป่วยไม่มีความรู้ในทางการแพทย์เท่าแพทย์ ปัญหาความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ป่วยในผลของกระบวนการยินยอม โดยเมื่อผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมแล้ว สิทธิหน้าที่ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นอย่างไร ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยภายหลังกระบวนการยินยอมเป็นความสัมพันธ์เชิงนิติเหตุหรือนิติกรรม แต่ละฝ่ายต้องชำระหนี้ต่อกันหรือไม่ มากน้อยเพียงใด กฎหมายไทยก็ไม่ได้กล่าวไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากพิจารณาจากมาตรการตามกฎหมายไทยเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการขอความยินยอมทางการแพทย์นั้น แม้จะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการขอความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ คือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 8 ที่บัญญัติว่า “ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ในการประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการ จะให้บริการนั้นไม่ได้” ก็ตาม แต่กฎหมายฉบับนี้ก็ไม่ได้กำหนดชัดเจนว่าอะไรคือกรอบข้อมูลที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบบ้าง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับรัฐธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ (No. 61 of 2003: National Health Act, 2004. (Republic of South Africa)) พระราชบัญญัติการขอความยินยอมในการดูแลสุขภาพของรัฐออนแทรีโอประเทศแคนาดา พ.ศ. 2539 (Health Care Consent Act, 1996, Ontario, Canada) และประมวลกฎหมายแพ่งของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี (German Civil Code BGB) พบว่า กลุ่มประเทศดังกล่าวมีกรอบและขอบเขตของข้อมูลที่ชัดเจนมากกว่าประเทศไทย จากปัญหาที่เกิดขึ้นในการขอความยินยอมทางการแพทย์ต้องอาศัยการออกกฎหมายหรือข้อบังคับที่มีการวางรายละเอียดของกรอบข้อมูลรวมทั้งกระบวนการที่เกี่ยวกับการขอความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ในวิชาชีพเวชกรรมอย่างชัดเจน เพราะปัญหา

เรื่องการ “ให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 8 รวมทั้งกระบวนการขั้นตอนในการขอความยินยอม ทำให้ความเป็นอติวิสัยของแพทย์และผู้ป่วยมีความขัดแย้งกันได้ เพราะมองในเรื่องการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอและกระบวนการขั้นตอนในการขอความยินยอมไม่เหมือนกัน ดังนั้น ควรกำหนดมาตรการกฎหมายให้ชัดเจนเพื่อสร้างภาวะวิสัยขึ้นมาเป็นรูปธรรมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้เหมาะสมกับปัจจุบัน มีความทันสมัยและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิวัฒนาการ แนวคิด ทฤษฎี ความหมาย รูปแบบ วิธีการเกี่ยวกับการให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ในวิชาชีพเวชกรรม
2. เพื่อศึกษากฎหมายที่เกี่ยวกับหลักความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ของประเทศไทยและกฎหมายต่างประเทศ จากการเข้ารับบริการจากวิชาชีพเวชกรรม
3. เพื่อศึกษาปัญหาการขอความยินยอมทางการแพทย์ในการเข้ารับบริการจากวิชาชีพเวชกรรมทั้งในหลักการและทางปฏิบัติในประเทศไทย
4. เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไข ปรับปรุง และพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวกับการขอความยินยอมและกระบวนการขอความยินยอมในการเข้ารับบริการจากวิชาชีพเวชกรรมของประเทศไทยต่อไปในอนาคต

สมมติฐานของการวิจัย

การแก้ไขเพิ่มเติมมาตรการทางกฎหมายในการให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์จากการเข้ารับบริการในวิชาชีพเวชกรรมจะสามารถทำให้มีกรอบและขอบเขตของข้อมูลรวมถึงกระบวนการขั้นตอนในการขอความยินยอมจากการเข้ารับบริการในวิชาชีพเวชกรรมที่ชัดเจนมากขึ้น อันเป็นการประกันสิทธิของผู้รับบริการและกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำรูปแบบเกี่ยวกับการให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวในการเข้ารับบริการในวิชาชีพเวชกรรม และเป็นการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องในเรื่องการให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวให้มีความเหมาะสมต่อไป

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หลัก Volenti Nonfit Injuria (หลักความยินยอมในทางแพ่ง)

หลัก Volenti Nonfit Injuria หรือที่เรียกว่า หลักความยินยอมไม่เป็นละเมิด เป็นหลักกฎหมายแพ่งที่มีสาระสำคัญว่า หากบุคคลหนึ่งยินยอมให้มีการกระทำบางอย่างที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายหรืออันตรายต่อสิทธิของตนเองแล้ว บุคคลนั้นจะไม่สามารถเรียกร้องค่าเสียหายจากการกระทำนั้นได้

กล่าวคือ เมื่อมีความยินยอมโดยสมัครใจ ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการกระทำนั้นจะไม่ถือว่าเป็นการละเมิดตามกฎหมาย นอกจากนี้เมื่อพิจารณาตามกฎหมายไทยก็เป็นหลักกฎหมายทั่วไปตามมาตรา 4 วรรค 2 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์และเป็นหลักทั่วไปในทางกฎหมายละเมิด มีการนำมาใช้ในประเทศไทยเพื่ออุดช่องว่างของประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 4 วรรค 2 ในกรณีที่ไม่มีบทบัญญัติกฎหมายเฉพาะเพื่อใช้ในคดีนั้น ๆ ให้วินิจฉัยคดีนั้นตามจารีตประเพณีแห่งท้องถิ่น แต่หากไม่มีจารีตประเพณีในกรณีเช่นนั้น ให้พิจารณาโดยการเทียบเคียงกับกฎหมายที่ใกล้เคียงอย่างยิ่ง และหากไม่มีกฎหมายในทางเดียวกัน ก็ให้ใช้หลักกฎหมายทั่วไป อย่างไรก็ตาม ความยินยอมที่เกี่ยวข้องจะต้องเป็นความยินยอมที่ถูกต้องตามกฎหมาย และไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน ศาลฎีกาไทยก็ยอมรับหลัก Volenti Nonfit Injuria ว่าสามารถหยิบยกเป็นข้อต่อสู้ในคดีที่มีการละเมิดได้ด้วย เพราะถือเป็นหลักกฎหมายทั่วไปที่ไม่ทำให้การกระทำเป็นละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 420 กล่าวคือ ไม่เป็นการจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย ให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สิน หรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด ภายใต้ง่อนไข คือ ต้องมีการให้ความยินยอมให้กระทำโดยผู้เสียหายและเป็นการยินยอมโดยแท้ ไม่ได้ถูกหลอกหรือกระทำผิด (ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย, 2566)

หลัก Innocent Consent (หลักความยินยอมอันบริสุทธิ์ในทางอาญา)

หลัก Volenti Nonfit Injuria ซึ่งเป็นหลักความยินยอมของผู้เสียหายในทางแพ่ง สามารถนำมาใช้ในคดีอาญาได้ในฐานะหลักกฎหมายทั่วไปที่ไม่ขัดข้องกับการใช้หลักกฎหมายอาญา โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้เพื่อประโยชน์ต่อจำเลย ในทางอาญาจะเรียกว่าหลัก Innocent Consent หรือหลักความยินยอมอันบริสุทธิ์ หลักความยินยอมในทางอาญานั้นต้องเป็นความยินยอมที่บริสุทธิ์จากผู้เสียหาย ซึ่งสามารถใช้เป็นเหตุยกเว้นความรับผิดได้ แต่ต้องไม่เป็นการต้องห้ามชัดเจนตามกฎหมาย และไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชนตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 2 ซึ่งแตกต่างจากทางแพ่ง การกระทำความผิดทางอาญามีผลกระทบต่อสังคม หากอนุญาตให้บุคคลล้างแค้นกันโดยอ้างความยินยอม สังคมจะไม่มีความสุข ด้วยเหตุนี้ การอ้างหลัก Innocent Consent ในทางอาญาจึงไม่สามารถใช้เพื่อปฏิเสธความรับผิดในกรณีที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมของประชาชน ในขณะที่การอ้างหลัก Volenti Nonfit Injuria ในทางแพ่งนั้น เพียงแค่ผู้ให้ความยินยอมมีความเข้าใจในสถานการณ์และความยินยอมไม่ร้ายแรงจนสังคมไม่สามารถยอมรับได้ ผู้กระทำก็สามารถอ้างความยินยอมนั้นเพื่อลดหรือปฏิเสธความรับผิดได้ (ลาวัณย์ ถนัดศิลปกุล และจันทร์เพ็ญ กุญ, 2558)

หลักทรงคุณค่า 4 ประการทางการแพทย์ (Four Principles of Biomedical Ethics)

หลักนี้เป็นแนวคิดพื้นฐานด้านจริยธรรมทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วโลก โดยมีที่มาจากงานเขียนของ Tom L. Beauchamp และ James F. Childress ในหนังสือชื่อ “Principles of Biomedical Ethics” (Beauchamp & Childress, 1994) (Varkey B., 2021) ได้

นำเสนอแนวคิดจริยธรรม 4 ประการ ซึ่งผสมผสานระหว่างปรัชญานิยมทางศีลธรรม (moral philosophy) และหลักปฏิบัติทางคลินิก เพื่อสร้างกรอบพิจารณาทางจริยธรรมสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หลักทรงคุณค่า 4 ประการได้แก่ 1. **หลักการคำนึงความเป็นอิสระของผู้ป่วย (Patient Autonomy)** คือ การยอมรับสิทธิผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเอง ซึ่งถือเป็นการยืนยันเจตนาของผู้ป่วย การรักษาจะดำเนินการได้ต่อเมื่อได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อขอความยินยอม (Informed Consent) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาต่าง ๆ ด้วยตนเอง ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลที่จำเป็นและครบถ้วนเพื่อการตัดสินใจ (Informed Decision) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องเมื่อผู้ป่วยร้องขอ 2. **หลักประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Beneficence)** คือ สิ่งที่เป็นประโยชน์ก่อให้เกิดผลดี ผู้ประกอบวิชาชีพพึงกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย จะต้องจริงใจต่อผู้ป่วย ดำเนินการเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นกรณีใด ๆ ผู้ป่วยไม่ควรถูกสอบถามในเรื่องที่ไม่มีความจำเป็น ไม่ควรได้รับการรักษาที่เกินความจำเป็น จะต้องรักษาความเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคมและทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีแก่ผู้ป่วย แพทย์ต้องเปลี่ยนทัศนคติในเรื่องที่คิดว่าตนเองมีความรู้มากกว่าผู้ป่วยด้วย 3. **หลักการไม่ก่ออันตราย (Do no harm)** คือ การลดความเสี่ยง อันตรายต่าง ๆ สิ่งที่จะดำเนินการจะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ทั้งทางกายหรือจิตใจ จะต้องจริงใจต่อผู้ป่วย การโกหกผู้ป่วยหรือบอกความจริงไม่ครบถ้วนอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ การดูแลรักษาด้วยวิธีการใด ๆ จะต้องพิจารณาประโยชน์เปรียบเทียบกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ควรรักษาผู้ป่วยต่อไปก็ต่อเมื่อมีโอกาสสูงที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และก่อให้เกิดผลข้างเคียงไม่มากนัก จะต้องลดผลกระทบต่าง ๆ ให้น้อยที่สุด และ 4. **หลักความยุติธรรม** คือ การให้การดูแลรักษาอย่างเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเป็นธรรม

หลักศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา (Autonomy of Will Principle)

ในหลาย ๆ ครั้งการที่ผู้ป่วยให้ความยินยอม อาจไม่ได้แปลว่าผู้ป่วยได้ยินยอมโดยแท้จริง แม้ว่าบางครั้งผู้ป่วยยังรู้สึกไม่แน่ใจในการตัดสินใจของตนเองแต่อาจต้องรีบตัดสินใจเพราะความจำเป็นที่จะต้องให้แพทย์ทำการรักษาต่อไป แพทย์มีความจำเป็นที่จะต้องประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยด้วยการพิจารณาหลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา (Autonomy of Will) ซึ่งเป็นหลักการแสดงเจตนาในการทำนิติกรรมถือเป็นเสรีภาพอย่างหนึ่งที่มนุษย์พึงมี เจตนาเป็นปัจจัยสำคัญ เป็นแหล่งกำเนิดและเป็นมาตรการของสิทธิ ดังนั้น การที่จะเกิดสัญญาขึ้นมาได้จึงต้องมีเจตนาตรงกัน แต่เจตนาตรงกันได้ก็ต้องมีการต่อรองซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญ คือ อำนาจในการเข้าร่วมต่อรองกำหนดเงื่อนไขหรือข้อความแห่งสัญญา โดยปราศจากการแทรกแซงและครอบงำของอำนาจรัฐ และข้อตกลงมีความมั่นคงแน่นอน และองค์ประกอบอีกข้อหนึ่ง คือ เสรีภาพในการตกลงใจร่วมผูกพันตามสัญญา โดยผู้แสดงเจตนามิได้ถูกบังคับให้ตกลงใจ และผู้ตกลงใจจะต้องเข้าใจข้อความอันถ่องแท้แล้วจึงตกลงใจเข้าทำสัญญา บุคคลจึงมีอิสระที่จะผูกมัดตนเองตามที่ตนต้องการ (นิติ เนื่องจักษ์, 2564)

หลักกฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

รัฐธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ No. 61 of 2003: National Health Act, 2004. (Republic of South Africa)

มาตรา 6 บัญญัติไว้ดังนี้ “ผู้ให้บริการต้องได้รับข้อมูลครบถ้วน (1) ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจะต้องแจ้งให้ผู้ให้บริการทราบถึง (a) สถานะทางสุขภาพของผู้ให้บริการ ยกเว้นในกรณีที่มีหลักฐานอันสำคัญว่าการเปิดเผยสถานะสุขภาพของผู้ให้บริการจะขัดต่อผลประโยชน์สูงสุดของผู้ให้บริการ (b) ขอบเขตของขั้นตอนการวินิจฉัยโรคและทางเลือกของการให้การรักษาแก่ผู้ให้บริการ (c) ผลประโยชน์ ความเสี่ยง ค่าใช้จ่าย และผลที่ตามมาโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับแต่ละทางเลือกที่เลือก และ (d) สิทธิของผู้ให้บริการในการปฏิเสธบริการด้านสุขภาพและอธิบายผลกระทบ ความเสี่ยง ภาระผูกพันของการปฏิเสธดังกล่าว” (2) ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจะต้องแจ้งให้ผู้ให้บริการทราบตามที่กำหนดไว้ใน (1) เป็นภาษาที่ผู้ให้บริการเข้าใจและต้องคำนึงถึงระดับการรับรู้ในการอ่านเขียนของผู้ให้บริการ

พระราชบัญญัติการขอความยินยอมในการดูแลสุขภาพของรัฐออนแทรีโอประเทศแคนาดา พ.ศ. 2539 Health Care Consent Act, 1996, Ontario, Canada

มาตรา 10 (1) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เสนอการรักษาแก่บุคคล ห้ามดำเนินการรักษาและต้องดำเนินการขั้นตอนให้เหมาะสมเพื่อให้แน่ใจว่ายังไม่ได้รับการรักษา เว้นแต่ (a) ผู้รับบริการมีความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์และให้ยินยอม (b) ผู้รับบริการไม่มีความสามารถในการเข้าใจการรักษาได้แต่ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนได้ให้ความยินยอมแล้วตาม c. 2, Sched. A, s. 10 (1)

มาตรา 11 (1) ในการยินยอมในการรักษาต้องมียกประกอบดังต่อไปนี้ 1. ความยินยอมต้องเกี่ยวข้องกับการรักษา 2. ต้องแจ้งให้ทราบเพื่อขอความยินยอม 3. ต้องให้ความยินยอมโดยสมัครใจ 4. ต้องไม่ได้รับความยินยอมโดยการบิดเบือนหรือการฉ้อฉล c. 2, Sched. A, s. 11 (1)

มาตรา 11 (2) ความยินยอมในการรักษาจะถือว่ามีการแจ้งให้ทราบก่อนการรักษาแล้วก็ต่อเมื่อ (a) ผู้รับบริการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่ระบุไว้ในอนุมาตรา (3) เช่นเดียวกับวิญญูชนที่อยู่ในภาวะเช่นนั้นจะพึงได้รับในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษานั้นๆ (b) ผู้รับบริการได้รับคำตอบกรณีร้องขอข้อมูลเพิ่มเติมตาม 1996, c. 2, Sched. A, s. 11 (2)

มาตรา 11 (3) ความยินยอมในการรักษาตาม (2) ได้แก่ 1. ลักษณะการรักษา 2. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการรักษา 3. ความเสี่ยงที่สำคัญจากการรักษา 4. ผลข้างเคียงที่สำคัญของการรักษา 5. แนวทางปฏิบัติทางเลือก 6. ผลที่เป็นไปได้ของการไม่ได้รับการรักษา c. 2, Sched. A, s. 11 (3)

มาตรา 11 (4) การยินยอมต่อการรักษาอาจแสดงออกโดยชัดแจ้งหรือแสดงนัย c. 2, Sched. A, s. 11 (4)

มาตรา 12 เว้นแต่จะไม่สมเหตุผลผลที่จะทำเช่นนั้นในพฤติการณ์ดังกล่าว ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพมีสิทธิสันนิษฐานว่าความยินยอมในการรักษาประกอบด้วย (a) ความยินยอมต่อการเปลี่ยนแปลงหรือ

การปรับเปลี่ยนในการรักษา หากลักษณะ ผลประโยชน์ที่คาดหวัง ความเสี่ยงที่สำคัญและผลข้างเคียงที่สำคัญจากการรักษาที่เปลี่ยนแปลงไม่แตกต่างจากลักษณะ ประโยชน์ที่คาดหวัง ความเสี่ยงที่สำคัญ และผลข้างเคียงที่สำคัญของการรักษาเดิมอย่างมีนัยสำคัญ และ(b) การยินยอมให้มีการรักษาแบบเดียวกันต่อไปในสภาพแวดล้อมที่แตกต่าง หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในผลประโยชน์ที่คาดหวัง ความเสี่ยงที่สำคัญหรือผลข้างเคียงที่สำคัญของการรักษาอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่ใช้ในการรักษาตาม c. 2, Sched. A, s. 12

มาตรา 13 ถ้าแผนการรักษาถูกเสนอให้กับผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่เสนอการรักษา อาจถือว่าได้กระทำในนามของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพทั้งหมดที่เขาเกี่ยวข้องกับแผนการรักษา (a) เสนอแผนการรักษา (b) พิจารณาว่าผู้รับการรักษามีความสามารถเข้าใจกระบวนการรักษาที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษา และ (c) ได้รับความยินยอมหรือการปฏิเสธความยินยอมตามพระราชบัญญัตินี้ (i) จากผู้รับการรักษาเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้รับการรักษามีความสามารถในการเข้าใจ และ (ii) จากผู้ตัดสินใจแทนผู้รับการรักษากรณีผู้รับการรักษาไร้ความสามารถ c. 2, Sched. A, s. 13

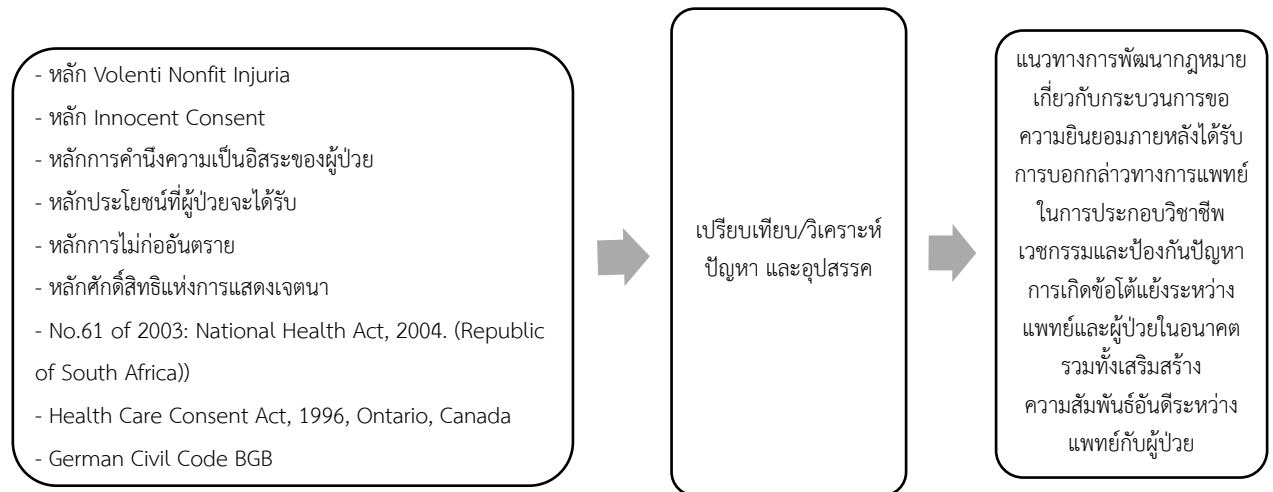
มาตรา 14 การยินยอมที่ได้รับจากผู้รับการรักษาหรือผู้แทนสามารถถอนได้ตลอดเวลา (a) จากผู้รับการรักษา (b) จากผู้แทน

ประมวลกฎหมายแพ่งของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี German Civil Code BGB

มาตรา 630a หน้าที่ตามสัญญาโดยทั่วไปสำหรับสัญญาทำการรักษา (1) สัญญาทำการรักษา กำหนดให้ฝ่ายตกลงที่จะให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วย (ฝ่ายที่ทำการรักษา) ให้การรักษาตามที่ได้สัญญา และอีกฝ่าย (ผู้ป่วย) จะต้องจ่ายค่าตอบแทนตามที่ตกลงกันไว้ เว้นแต่บุคคลที่สามมีหน้าที่ต้องชำระเงิน (2) เว้นแต่จะตกลงเป็นอย่างอื่น การรักษาจะต้องเกิดขึ้นตามมาตรฐานการรักษายาบาลที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปที่ใช้ ณ เวลาที่ทำการรักษา

มาตรา 630e หน้าที่ในการให้ข้อมูล (1) ฝ่ายที่ทำการรักษามีหน้าที่ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงพฤติการณ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการยินยอมอย่างครบถ้วน ซึ่งได้แก่ลักษณะ ขอบเขต การดำเนินการ ผลที่ตามมาและความเสี่ยงที่คาดการณ์ไว้ที่เกี่ยวข้องกับมาตรการ ตลอดจนความจำเป็น ความเร่งด่วน ความเหมาะสม และโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการวินิจฉัยหรือการการบำบัด ทางเลือกอื่นเกี่ยวกับมาตรการจะต้องระบุไว้ในการให้ข้อมูล วิธีการอื่นๆที่ได้รับการบ่งชี้ทางการแพทย์และประเพณี ในมาตรการเดียวกันนี้อาจทำให้ผู้ป่วยตั้งเครียดในระดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หรือก่อให้เกิดความเสี่ยงหรือโอกาสในการฟื้นตัวที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

กรอบแนวความคิดที่ใช้ในงานวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวความคิดที่ใช้ในงานวิจัย

วิธีการวิจัย

บทความวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาค้นคว้าและวิจัยในเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยดำเนินการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราวิชาการต่าง ๆ ในทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหนังสือ บทความ วิทยานิพนธ์ ตลอดจนข้อมูลในเว็บไซต์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนของกฎหมายของประเทศไทยและกฎหมายของต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการวางกรอบและขอบเขตของข้อมูลแห่งการขอความยินยอมรวมทั้งกระบวนการในการขอความยินยอมในการเข้ารับบริการในเวชกรรม ให้ได้มาซึ่งข้อสรุปและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อไป

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย อดีตมีลักษณะเป็นความยินยอมในเรื่องนิติเหตุที่เพียงแคผู้ป่วยยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา การกระทำของแพทย์ก็จะเป็นละเมิด แต่ปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีสิ่งที่จะต้องบอกกล่าวหรือตกลงยินยอมกันหลาย ๆ เรื่อง ซึ่งเป็นการสนับสนุนเรื่องอำนาจอิสระในการตัดสินใจเป็นของผู้ป่วย (Patient Autonomy) และสิทธิในการกำหนดชีวิตตนเองของผู้ป่วย (Right to Self-Determination)

ผลการวิจัยปัญหากฎหมายเกี่ยวกับกระบวนการขอความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย มีปัญหาที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. ปัญหาเรื่องวิธีการในการขอความยินยอมทางการแพทย์

การสื่อสารทางการแพทย์มีความซับซ้อน ในการขอความยินยอมทางการแพทย์มักมีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเกิดขึ้นบ่อยครั้ง เช่น การใช้ภาษาทางการแพทย์หรือใช้คำศัพท์เทคนิคที่ซับซ้อนกับผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อมูลอย่างถ่องแท้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจให้

ความยินยอมหรือไม่ให้ความยินยอมอย่างผิดหลง จึงจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และองค์กรทางการแพทย์สนับสนุนความรู้ความเข้าใจในกระบวนการขอความยินยอมที่เหมาะสม เป็นธรรมให้แก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดพอ กรณีทำหัตถการเพิ่ม จำต้องทำหนังสือขอความยินยอมจากผู้ป่วยใหม่ ทุกครั้งหรือไม่ ผู้วิจัยเห็นว่า ในกรณีที่มีการเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงในกระบวนการรักษาหรือหัตถการที่มีความเสี่ยงที่สำคัญ หรือผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย หรือในผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการรักษา แพทย์ จะต้องขอความยินยอมทางการแพทย์ใหม่จากผู้ป่วย แพทย์จำต้องอธิบายข้อมูลในเอกสารขอความยินยอมให้ผู้ป่วยฟังโดยตรงหรือไม่ ผู้วิจัยเห็นว่า แพทย์สามารถให้บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องอธิบายข้อมูลในเอกสารขอความยินยอมให้ผู้ป่วยฟังแทนแพทย์ได้ เช่น อาจารย์แพทย์เป็นเจ้าของไข้มอบหมายให้แพทย์ท่านอื่น หรือ พยาบาล หรือ บุคลากรในแผนกหรือภาคส่วนไปอธิบายข้อมูลในเอกสารขอความยินยอมแทน ทั้งนี้แพทย์ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบหลักจะต้องตรวจสอบทบทวนความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง

2. ปัญหาปริมาณและคุณภาพในการแจ้งข้อมูลในหนังสือขอความยินยอมทางการแพทย์

ความรู้ทางการแพทย์เป็นศาสตร์เฉพาะ ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมอาจจะไม่ใช่เป็นผู้รู้ในวิชาชีพ ปริมาณและคุณภาพของการบอกกล่าวก่อนการให้ความยินยอมของผู้ป่วย จึงเป็นปัญหาต่อความเข้าใจ การบอกกล่าวที่ดีจะต้องไม่มากและไม่น้อยเกินไป สอดคล้องกับสมรรถนะของผู้ให้ความยินยอมที่สามารถตัดสินใจให้ความยินยอมได้ การแจ้งข้อมูลที่น้อยเกินไป เช่น การแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา หรือค่านิยมส่วนบุคคลที่มีผลต่อการขอความยินยอมทางการแพทย์ ชนบางกลุ่มที่นับถือศาสนาหนึ่ง อาจมีความเชื่อไม่เหมือนกับวิธีการรักษาทางการแพทย์ที่มีอยู่ก็ได้ ความเชื่อเรื่องของการเปลี่ยนถ่ายโลหิตในบางศาสนาจะไม่ยินยอมที่รับเลือดจากบุคคลในศาสนาอื่น (นักศึกษากลุ่มที่ 8 สถาบันพระปกเกล้า, 2555) แต่ปัญหาในทางปฏิบัติขั้นตอนของการขอความยินยอม ไม่มีการระบุไว้ในเอกสารขอความยินยอมว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับในเรื่องใดบ้างหรือมีเรื่องใดที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้แพทย์กระทำแก่ตนบ้าง พอเกิดปัญหาในภายหลัง จึงเป็นข้อพิพาทกันเพราะมีรายละเอียดในความยินยอมที่ไม่ครอบคลุมไปถึงปัญหาดังกล่าว การที่แพทย์แจ้งข้อมูลมากเกินไปจนความจำเป็นในการทำหัตถการหรือโรคที่จะทำการรักษาเพื่อขอความยินยอมจากผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสับสน อาจเข้ากรณีลักษณะเป็นสัญญาสำเร็จรูปตามพระราชบัญญัติข้อสัญญาไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540 มาตรา 3 เพราะเป็นสัญญาที่นำมาใช้ในการประกอบกิจการของตนโดยมีการกำหนดข้อสัญญาที่เป็นสาระสำคัญไว้ล่วงหน้าเอาเปรียบ และเพิ่มภาระให้คู่กรณีอีกฝ่ายมากเกินไป เพราะคู่กรณีอีกฝ่ายไม่มีเวลามากเพียงพอในการทำความเข้าใจ เพราะถูกเร่งในการให้ความยินยอม สัญญาจึงอาจไม่ได้เกิดขึ้นจากความสมัครใจของคู่สัญญาที่ควรมีอำนาจต่อรองกันอย่างแท้จริง แต่เป็นสัญญาที่มีความไม่เท่าเทียมกันในแง่ของอำนาจการต่อรองในทางการแพทย์ด้วยความรู้ที่เหนือกว่า (ระณชัย อาทรธรรณสุข, 2566)

3. ปัญหาความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ป่วยในผลของกระบวนการยินยอมทางการแพทย์ (ผลของความยินยอม) ในบริการสาธารณสุขหรือบริการทางการแพทย์ มีขั้นตอนดังนี้

ในขั้นตอนแพทย์ขอความยินยอมจากผู้ป่วย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 8 วรรคหนึ่ง หากไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยแล้ว จะเป็นการทำละเมิดโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 แต่หากได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ก็เป็นไปตามหลักกฎหมายทั่วไปที่ว่า ความยินยอมไม่ทำให้เป็นละเมิดหรือไม่ทำให้เกิดความเสียหาย ส่วนในทางอาญามีคำพิพากษาฎีกาที่ 1403/2508 วางหลักว่า ความยินยอมอันบริสุทธิ์ของผู้เสียหายให้ผู้ใดกระทำการที่กฎหมายบัญญัติเป็นความผิด ถ้าความยินยอมไม่ขัดต่อความสำนึกในศีลธรรมอันดี และมีอยู่ขณะกระทำการอันกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิดแล้ว ความยินยอมเป็นข้อยกเว้นมิให้การกระทำนั้นเป็นความผิดขึ้นได้ซึ่งก็ตรงกับหลักความยินยอมอันบริสุทธิ์ของผู้เสียหายในทางอาญา ส่วนในขั้นตอนการตรวจรักษานั้น แพทย์จะต้องปฏิบัติตามการตรวจรักษาตามข้อตกลงความยินยอมโดยเคร่งครัด อีกทั้งเป็นไปตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพด้วยความระมัดระวังในระดับวิชาชีพ ผู้ป่วยยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามข้อมูลด้านสุขภาพที่แพทย์ได้แจ้งให้ทราบแล้ว ทั้งผู้ป่วยและแพทย์มุ่งโดยตรงต่อการผูกนิติสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อจะก่อสิทธิอันเป็นนิติกรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 149 เมื่อเป็นนิติกรรมสองฝ่ายจึงเป็นสัญญานอกเหนือจากที่ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์บัญญัติไว้

4. ปัญหาจากมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวกับความยินยอมทางการแพทย์

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541 และคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ. 2558 พบว่า กรอบข้อมูลแห่งความยินยอมเมื่อได้รับการบอกกล่าวแล้วตามกฎหมายไทยในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แม้จะได้กำหนดกรอบแห่งความยินยอมให้มีความชัดเจนมากขึ้นเพิ่มเติมขึ้นจากกรอบแห่งความยินยอมตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย พ.ศ. 2541 เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยในเรื่องความยินยอมทางการแพทย์ที่พลวัตมาจากปญญานาสกล่าวด้วยสิทธิมนุษยชนและปญญานาสบอนว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลกก็ตาม (วิฑูรย์ ตรีสุนทรรัตน์, 2567) แต่กฎหมายดังกล่าวก็เป็นแต่เพียงข้อกำหนดกว้าง ๆ ไม่ชัดเจน ดังจะเห็นได้จากมาตรา 8 วรรคหนึ่ง ที่กำหนดหลักเกณฑ์ว่า “ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นไม่ได้” จะเห็นได้ว่า เป็นกรณีที่มีการกำหนดในกฎหมายให้แพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขจะต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้แก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอ แต่ปัญหาอะไรคือนิยามคำว่า “ข้อมูล” และ “ข้อมูลที่เพียงพอ” ซึ่งแพทย์จะต้องแจ้ง และในทางกลับกันผู้ป่วยควรจะต้องแจ้งข้อมูลอะไรที่จำเป็นต่อการเข้ารับบริการบ้างเพื่อให้แพทย์

ทราบก่อนให้บริการเพื่อบันทึกในเวชระเบียนเป็นประวัติสุขภาพอันเป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย แพทย์ และผู้ป่วยต่างไม่แน่ใจว่าตนจะต้องแจ้งข้อมูลอะไรให้กันและกันบ้างและไม่ทราบว่าต้องแจ้งในปริมาณมากน้อยเพียงใด มีวิธีการ รูปแบบ และระยะเวลาในการขอความยินยอมทางการแพทย์ ปริมาณ และคุณภาพในการแจ้งข้อมูลในหนังสือขอความยินยอมมากน้อยเพียงใด บุคคลใดจะต้องเป็นผู้ขอความยินยอม แบบฟอร์มของเอกสารขอความยินยอมควรเป็นเช่นไร

ผลการวิจัยปัญหากฎหมายเกี่ยวกับกระบวนการขอความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ

เมื่อผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์กรอบข้อมูลแห่งความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวของรัฐบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ (No. 61 of 2003: National Health Act, 2004. (Republic of South Africa)) พระราชบัญญัติการขอความยินยอมในการดูแลสุขภาพของรัฐออนแทรีโอประเทศแคนาดา พ.ศ. 2539 (Health Care Consent Act, 1996, Ontario, Canada) และประมวลกฎหมายแพ่งของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี (German Civil Code BGB) พบว่า กลุ่มประเทศดังกล่าวมีการรอบและขอบเขตของข้อมูลที่ชัดเจนมากกว่าประเทศไทยและมีสาระสำคัญของบทบัญญัติของกฎหมายที่คล้ายคลึงกันและให้ความสำคัญเกี่ยวกับกรอบข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมายบังคับให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพต้องแจ้งให้แก่ผู้รับบริการ (ก) **สถานะทางสุขภาพของผู้รับบริการ** ทำให้ผู้รับบริการได้รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของตัวเองว่า ณ เวลาที่มาขอใช้บริการนั้นว่าตนมีสุขภาพอย่างไรอันจะทำให้ความเข้าใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความเข้าใจตรงกัน ป้องกันการโต้แย้งในอนาคต (รัฐบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ (No. 61 of 2003: National Health Act, 2004. (Republic of South Africa)) มาตรา 6 (1)(a)) (ข) **ขอบเขตของขั้นตอนการวินิจฉัยโรคและหัตถการทางเลือกที่เสนอให้กับผู้รับบริการ** (รัฐบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ (No. 61 of 2003: National Health Act, 2004. (Republic of South Africa)) มาตรา 6 (1)(b)) ในส่วนนี้จะทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความเข้าใจที่ตรงกันว่าขอบเขตของขั้นตอนการวินิจฉัยโรคที่ผู้ให้บริการจะให้บริการนั้นมีระยะเวลาเริ่มต้นและจะสิ้นสุดลงเมื่อไหร่ อีกทั้งมีขอบเขตในการทำหัตถการอย่างไร นอกจากนี้ผู้ให้บริการยังจะต้องเสนอหัตถการทางเลือกให้กับผู้รับบริการอีกด้วย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับรู้ในเวลาทำการรักษานั้นมีวิธีการรักษาโรคอย่างอื่นด้วยหรือไม่ เพื่อให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสคิด วิเคราะห์ และสามารถตัดสินใจเลือกหัตถการให้กับตัวเองได้อย่างเหมาะสม (ค) **ผลประโยชน์ ความเสี่ยง ค่าใช้จ่าย และผลที่ตามมาโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับแต่ละหัตถการที่เลือก** (รัฐบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ (No. 61 of 2003: National Health Act, 2004. (Republic of South Africa)) มาตรา 6 (1)(c)) ผลประโยชน์ (Benefits) จะทำให้ผู้รับบริการทราบถึงแนวโน้มของผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการรักษาหรือการทำหัตถการ เช่น การรักษาโรค

การปรับปรุงคุณภาพชีวิต หรือการลดอาการป่วยว่าจะสามารถไปถึงในระดับใด การอธิบายความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เสนอมาว่าแต่ละเหตุการณ์ทางเลือกมีความเสี่ยงจากการรักษาอย่างน้อยเพียงใด เช่น ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงในการเกิดอันตราย หรือความเสี่ยงอันอาจเกิดจากการรักษาไม่สำเร็จ การระบุความเสี่ยงตามอัตราส่วนหรือการเปรียบเทียบความเสี่ยงกับประโยชน์ที่คาดหวัง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาหรือการทำเหตุการณ์จะช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทางการแพทย์สามารถวางแผนการเงินได้อย่างถูกต้องต่อการรักษาที่ตนเลือก ผลที่ตามมาโดยทั่วไป (Consequences) อาจแบ่งได้เป็นโอกาสของผลลัพธ์ทางการแพทย์ โอกาสการเกิดผลข้างเคียงรวมถึงความน่าจะเป็นและการจัดการเกี่ยวกับผลข้างเคียง โอกาสในการกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดูแลต่อจากการรักษาเพื่อป้องกันการเกิดโรคเดิมซ้ำหรือภาวะแทรกซ้อน (ง) สิทธิของผู้รับบริการในการปฏิเสธการใช้บริการด้านสุขภาพ และการอธิบายผลกระทบ ความเสี่ยง และภาระผูกพันที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธดังกล่าว (รัฐธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ (No. 61 of 2003: National Health Act, 2004. (Republic of South Africa)) มาตรา 6 (1)(d)) แพทย์ควรมีหน้าที่ต้องแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธการรับบริการด้านสุขภาพ สิทธิของผู้รับบริการในการปฏิเสธการใช้บริการด้านสุขภาพมีความสำคัญและสอดคล้องกับหลักความเคารพต่อสิทธิของผู้ป่วย จะช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิเสธไม่รับการรักษา แพทย์ก็ยังมีหน้าที่ต่อไปโดยจะต้องอธิบายผลกระทบ ความเสี่ยง และผลที่อาจตามมาจากการปฏิเสธการรักษาที่เสนอไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงความสำคัญของการรักษาและความสำคัญของการรับการดูแลทางการแพทย์อย่างถูกต้องและครอบคลุม (จ) การให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงระดับการรับรู้ในการอ่านและเขียนของผู้รับบริการ (รัฐธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ (No. 61 of 2003: National Health Act, 2004. (Republic of South Africa)) มาตรา 6 (2)) ยังพบอีกว่าตามกฎหมายของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ รัฐออนแทรีโอของประเทศแคนาดา และสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ผู้รับบริการด้านสุขภาพจะต้องให้ข้อมูลตามที่ระบุข้างต้นด้วยภาษาที่ผู้รับบริการเข้าใจ โดยคำนึงถึงระดับการรับรู้ในการอ่านและเขียนของผู้รับบริการ แพทย์ควรคำนึงถึงระดับการรับรู้ในการอ่านและเขียนของผู้ป่วยเมื่อเสนอข้อมูลด้านสุขภาพ เพราะการเข้าใจข้อมูลถือเป็นหัวใจหลักในการขอความยินยอมทางการแพทย์ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับรู้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิวัฒนาการของหลักการให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ (Informed Consent) พบว่ามีรากฐานมาจากหลักเรื่อง “Autonomy” และ “Self-determination” ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายตนเอง ซึ่งมีแนวคิดเชิงหลักการและแนวคิดเชิงกระบวนการที่เน้นกระบวนการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

อย่างต่อเนื่อง รูปแบบการให้ความยินยอมทางการแพทย์ในวิชาชีพเวชกรรมในปัจจุบันพัฒนาไปสู่รูปแบบที่เป็นลายลักษณ์อักษร ร่วมกับการสื่อสารและการซักถามเพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจน โดยเน้นการใช้ “ข้อมูลที่เพียงพอ” ตามมาตรฐานทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผล

ผลการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวกับหลักความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ของประเทศไทย จากการเข้ารับบริการจากวิชาชีพเวชกรรม กับทั้งปัญหาการขอความยินยอมทางการแพทย์ในการเข้ารับบริการจากวิชาชีพเวชกรรมทั้งในหลักการและทางปฏิบัติในประเทศไทย ประเทศไทยมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ แต่ยังขาดรายละเอียดด้านมาตรฐานของข้อมูลที่ “เพียงพอ” รวมถึงกระบวนการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วย แพทย์มักใช้อำนาจในการวินิจฉัยและให้ข้อมูลตามดุลพินิจตนเอง ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่แพทย์เห็นว่าสมควรเปิดเผย กับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการรู้ เมื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ รัฐออนแทรีโอประเทศแคนาดา และสาธารณรัฐเยอรมนี พบว่า กลุ่มประเทศดังกล่าวมีการรอบและขอบเขตของข้อมูลที่ชัดเจนมากกว่าประเทศไทย จึงเห็นว่าสามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปรับปรุง และพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวกับการขอความยินยอมและกระบวนการขอความยินยอมในการเข้ารับบริการจากวิชาชีพเวชกรรมของประเทศไทยต่อไปในอนาคต โดยหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีบทบาทหน้าที่ในการผลักดันแก้ไขเพิ่มเติมหลักการขอความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์จากการเข้ารับบริการในวิชาชีพเวชกรรมตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541 และคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ. 2558 ให้มีความชัดเจนเพียงพอ กับทั้งจัดทำพระราชบัญญัติใหม่เกี่ยวกับการขอความยินยอมทางการแพทย์สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไว้โดยเฉพาะ ตลอดจนส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ปัญหาเรื่องข้อมูลที่ “เพียงพอ” รวมทั้งกระบวนการขั้นตอนในการขอความยินยอมที่เป็นปัญหาในทางอติวิสัยของแพทย์และผู้ป่วยที่ขัดแย้งกัน จะเปลี่ยนเป็นภาวะวิสัยมากขึ้น เป็นรูปธรรมเหมาะสมกับปัจจุบัน มีความทันสมัยและสอดคล้องกับบริบทของทางการแพทย์และสังคมไทย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำผลงานวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะสำหรับการผลักดันนโยบายและกฎหมาย

เมื่อได้ศึกษาและวิเคราะห์เกี่ยวกับมาตรการและกลไกทางกฎหมายในส่วนที่เกี่ยวกับความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวทางการแพทย์ในวิชาชีพเวชกรรม ผู้วิจัยจึงขอเสนอให้มีมาตรการทางกฎหมายเพิ่มเติมสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในการแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อกัน อันจะทำให้เกิดความผูกพันในผลของการตัดสินใจในการให้บริการและรับบริการร่วมกัน ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยและจะสามารถป้องกันปัญหาการโต้แย้งในอนาคต ดังต่อไปนี้ 1. ต้องมีการทบทวนและแก้ไขเพิ่มเติม ปรับปรุงพระราชบัญญัติสุขภาพ

แห่งชาติ พ.ศ. 2550 คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541 และคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ. 2558 เพื่อแก้ปัญหาวิธีการในการขอความยินยอมทางการแพทย์ ปัญหาในปริมาณและคุณภาพในการแจ้งข้อมูลในหนังสือขอความยินยอมทางการแพทย์ ปัญหาความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ป่วยในผลของกระบวนการยินยอมทางการแพทย์ ปัญหาจากมาตรการทางกฎหมายเดิมที่เกี่ยวกับความยินยอมทางการแพทย์ เนื่องจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ และคำประกาศสิทธิมีบทบัญญัติที่ไม่ชัดเจนและครอบคลุมในปัญหาเหล่านี้ จึงควรบัญญัติให้ชัดเจนไปเลยว่าในแต่ละปัญหาจะออกกฎหมายให้ครอบคลุมอย่างไร เช่น บัญญัติคำว่า “ข้อมูลที่เพียงพอ” ที่แพทย์จะต้องแจ้งให้แก่ผู้ป่วยทราบ ตามมาตรา 8 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ ได้แก่อะไรบ้าง นอกจากนี้คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541 และคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ. 2558 เกี่ยวกับแนวทางในการขอความยินยอมทางการแพทย์ แม้จะออกโดยองค์กรวิชาชีพแต่ก็ไม่มีสถานะเป็นกฎหมายแต่อย่างใด เพราะไม่ได้ออกโดยอาศัยอำนาจของกฎหมายจึงควรนำรายละเอียดในคำประกาศสิทธิไปบัญญัติรวมไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ แทน 2. จัดทำพระราชบัญญัติใหม่เกี่ยวกับการขอความยินยอมทางการแพทย์สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไว้โดยเฉพาะ เพราะจะทำให้เกิดความเป็นเอกภาพในการใช้กฎหมายและมีรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องการขอความยินยอมทางการแพทย์ไว้เป็นการเฉพาะ จะสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหามาจากข้อพิพาททางการแพทย์ที่อาจทวีความซับซ้อนขึ้นในอนาคตได้ ดังเช่น ในประเทศแคนาดามีพระราชบัญญัติการขอความยินยอมในการดูแลสุขภาพของรัฐออนแทรีโอประเทศแคนาดา พ.ศ. 2539 (Health Care Consent Act, 1996, Ontario, Canada) ที่เป็นกฎหมายเกี่ยวกับการขอความยินยอมทางการแพทย์โดยเฉพาะ มีบทบัญญัติที่สำคัญเกี่ยวกับความยินยอมหลายส่วนที่ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถนำมาเพิ่มมาตรการทางกฎหมายในประเทศไทยได้ 3. นำผลของการแก้ไขกฎหมายมากำหนดแบบฟอร์มมาตรฐานสำหรับการขอความยินยอมทางการแพทย์สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไว้โดยเฉพาะ เพื่อให้แพทย์ ผู้ป่วย และสถานพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการรักษาสีติของตนและป้องกันการโต้แย้งในอนาคต โดยกำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ และพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการขอความยินยอมทางการแพทย์สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผู้วิจัยเสนอว่า กรณีหัตถการใดจะต้องแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรโดยใช้แบบฟอร์มมาตรฐานนั้นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์หรือแนวปฏิบัติของของแพทยสภา ราชวิทยาลัย หรือกฎหมายอื่นใด ผู้วิจัยขอเสนอให้แพทยสภา ราชวิทยาลัยได้ทบทวนและจัดทำแนวปฏิบัติว่าหัตถการลักษณะใดมีความจำเป็นต้องขอความยินยอมเป็นหนังสือบ้าง

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงานในการขอความยินยอมจากผู้ป่วย

ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้น สถานพยาบาล แพทย์ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องควรมีบทบาทร่วมกันในการสนับสนุนให้เกิดกระบวนการขอความยินยอมที่สอดคล้องกฎหมาย โดยคำนึงถึงความสามารถของผู้ให้ความยินยอมและผู้ขอความยินยอม การได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับหัตถการ

และการสมัครใจยินยอม พร้อมทั้งทำหน้าที่สื่อคู่มือแนวทางในการขอความยินยอมในเวชปฏิบัติของแต่ละ
หัตถการหรือโรค ในอีกทางหนึ่งผู้ป่วยหรือผู้เข้ารับหัตถการเองก็ควรให้ความร่วมมือในการแจ้งข้อมูล
จำเป็นเกี่ยวกับตนเองเพื่อสนับสนุนให้เกิดการร่วมมือในกระบวนการรักษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไป นอกเหนือจากการศึกษากระบวนการขอความยินยอมทางการแพทย์ ควร
ศึกษากระบวนการถอนความยินยอมและการปฏิเสธการรักษาโดยนำมาเชื่อมโยงกับกระบวนการขอ
ความยินยอมทางการแพทย์ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งในทางทฤษฎีและทางปฏิบัติ

บรรณานุกรม

- นักศึกษาปีที่ 8. (2555). *หลักธรรมภิบาลกับสิทธิการตาย ผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์*. [เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์]. สถาบันบันพระปกเกล้า.
- นิติ เนื่องจำนงค์. (2564). *กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต* [วิทยานิพนธ์นิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย. (2566). *Consent and Patient's Autonomy*. [เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์]. สาขาวิชากฎหมายการแพทย์ คณะนิติศาสตร์ปริทัศน์ พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- ระณชัย อารุณสุข. (2566). ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรมในสัญญาสำเร็จรูป : ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทยกับกฎหมายของประเทศอังกฤษ. *วารสารวิชาการคณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*. 6 (2), 45-70.
- ลาวัณย์ ฅนดิลปกุล และจันทร์เพ็ญ กุญ. (2558). *ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับความยินยอมที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล* [วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิฑูรย์ ตรีสุนทรรัตน์. (2567). *กฎหมายการแพทย์ ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวแล้ว Informed Consent*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นิติธรรม.
- Beauchamp TL. & Childress JF. (1994). *Principle of biomedical ethics*. 4th edition. Oxford University Press.
- Varkey B. (2021). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract*. 30 (1), 17-28.