
The Decline in Medical Ethics and Professionalism

SUPAWAT CHUTIVONGSE, M.D.*

Ethical attitudes of individuals are based on character and may thus be at least partly inherited. They are later modified by life experience and the influence of others. Today it is not only the medical profession that has been singled out as needing better ethics. Attorneys, businessmen and mass communication workers as well as politicians are likewise being scrutinized by the public worldwide. What is good governance and professionalism? It is many things: judgement, empathy for others, honesty, transparency and accountability are most important. This means that others should know what one does. With doctors in our country, it is usually only he or she that knows what is being done and why. He or she communicates little with colleagues and less with the patient. Accountability in medicine means to me that every step in diagnosis and treatment should withstand examination and logical analysis by the doctor and his colleagues. Medical students pay little attention to lectures on ethics and the same or worse is true for the new graduate being let loose on the public. It is only when malpractice litigation heads for the court that these issues become personal. The doctor being accused of malpractice, rightly or wrongly, will go through a prolonged and very traumatic process. It may take several years in our court system. He or she may well be left shattered and without much confidence in their professional abilities

after it is all over. Reverent Phra Dhamapitaka, a well respected monk, elaborated that globalization has mostly business success as a goal. The quest for social standing is another factor which has introduced more consumerism into Thai society. This resulted in a state where materialism and consumerism became dominant influences. The tremendous advances in information technology, which could do much good, are mostly used as weapons to dominate human beings, mould their thinking and sell more products. It used to be said that in old Thailand there were 3 professions, teachers, monks and doctors, whom clients or patients paid with gratitude and respect. Modern doctors see patients mostly as clients, objects that pay them a fee. He or she often does not value anymore the feeling of satisfaction that comes with having solved an other human being problems. Doctors are afraid that their patients are unable to pay their fees and, even worse, that they may sue them for malpractice. This trend started in North America and is now spreading worldwide. A prominent American educator recently observed the decline of medical ethics in the USA to the point where attorneys now often fulfill a necessary function to keep physicians and surgeons honest. He said, "We are doing God's work, forget it, this will go away" This downward spiral, where the public views physicians as businessmen, could go away again. However, only if

* Professor and Dean, Graduate School, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

doctors would perform their duties properly. A widely respected Thai academic, Dr. Aroon Chauwanasai, Lt. General in the Thai Army Medical Corps, has also pointed out crucial issues in need of reform:

1) *Regarding commercial medicine:* In the olden days, private hospitals served people alongside the government ones without any problems or bad feelings. Their philosophy was one of service as non-profit organizations. Now, one or two decades later, the opposite is the case. Private hospitals have become commercial stock corporations that answer to their shareholders who are often also physicians. This trend started in the United States and Western Europe and is malignant.

2) *Regarding overtreatment and over-consultation:* The rush to earn money leads doctors to become night-time travelers from one private hospital to another. They have no time to read journals, attend continuing medical education conferences and are too tired during the day to perform their official functions in the government or teaching hospitals. Their family life is often also in shatters leaving them unhappy and unsatisfied in every way. Lack of keeping up and of time, leads to involving a string of specialists whenever they confront a real problem. This leads to fragmented care since consultants do not always talk to each other, the patient or the primary physician. Expensive drugs are prescribed, occasionally twice or thrice when communication is lacking between primary doctor and consultants. Consultation with a knowledgeable colleague in a complex case is proper but consultation is more often viewed as an act by a series of vultures who do not have the concept of "enough is enough" but eat the flesh off the dead body till it is all gone.

3) *There is an increasing dependency on the pharmaceutical industry for "continuing education" and financial support for travel.* Economists tell us that manufacture of new products creates demand. This is also true for drugs. The doctor usually does not have enough time to examine the cost-benefits of new expensive medications or procedures. Are they really an advance that justifies the high cost? Foreign manufacturers have long learned of the eagerness of Thai doctors to carry out "studies" of new drugs that would never be allowed in their home countries. Such nefarious activities must stop.

4) *Unnecessary high-tech investigation:* The Thai private medical care system has overexpanded and is underutilized. We are said to have more CT scanners and the like per hospital bed than they have in England. Few, if any, of the private hospitals are now paying principal and interest to their lender banks. The banks are reluctant to foreclose on these corporations as they do not wish to run a hospital on top of their other problems. Most private hospitals lucky if they can pay part of the interest and let the rest accumulate for better times. Sitting next to this expensive not paid for apparatus, stimulates the doctor shareholder to order tests that may not be necessary or even indicated. CT for migraine headaches or mild trauma are commonly performed when a good history and physical examination would suffice. The malicious practice of giving gratuities (kick-backs) to doctors ordering MRI or CT is illegal but still with us in some places.

5) *Regarding overcharging:* It has been an old Thai custom for "high society" to try and pay higher fees on the assumption that this will result in better medical care. This system of not predictable fees is also without any virtue or possible defense. It undermines the physician's credibility and must be abolished.

6) *Regarding incompetent physicians :* We have lost control over many marketable medical procedures. Lipectomy, blepharoplasty, acne and facial treatments as well as some aspects of plastic surgery have become a growth industry in Thailand. Advertising, illegal by good laws and regulations, is nevertheless rampant. The Medical Council needs to enforce and tighten existing regulations, else we will lose further respect from the public.

7) *We have had several deplorable recent incidents where medical students and recent graduates were arrested and accused of crimes including one horrible murder.* Psychoses among students are not uncommon and it is obvious that our highly competitive admission standards for medical colleges select good examination takers and may not screen out borderline personalities. Having graduates with questionable ethics is bad enough, we must also protect the public against those with a sick brain.

The following guidelines for improving professionalism and the ethical climate of Thai medicine are suggested:

1) Strive for better communication with your patients. Make sure they know what you are doing to them and why. Clarify your place in treatment and that which will be the responsibility of the patient (regular medications, life style changes, etc).

2) Write and keep good medical records and make copies available to the patient if he or she moves or selects another doctor. Inform your patient of what medications he or she is to take and hand out a prescription for long-term drugs (example: antihypertensives, anti-diabetics, etc) so that they can be purchased at a local pharmacy.

3) Set fair fees and stick by them. Discuss your fees with the patient who must be able to budget for your fees as well as the medications.

4) Always consider the welfare of your patients first. You are entitled to fair compensation for your work. You are not entitled to act like a culture!

5) We need to have a new look at how we select medical students. The best examination performers and memorizers are not necessarily the best candidates for good physicians.

6) Liquidate private hospitals that are underutilized, undercapitalized and struggling to survive. These are the places where commercial and poor medicine and the abuse of the patients is most likely to occur.

7) Encourage the government to pass legislation that would empower the Ministry of Health to demand feasibility studies and proof of need before further heavy investment in such costly equipment as CT and MRI scanners, lithotripsy machines is made. This has become quite standard in most developed countries where certificates of need must be procured first from responsible government authorities (U.S.A., UK, Australia).

REFERENCES

1. Pra Dharmapitaka (Prayuttopa PA). Doctor and patient's wish. Mahidol and Songkla Nagarind Conference on Medicine, Culture and Ethics. November 30 - December 1, 1996.
2. Chauwanasai A. We are doing God's work, forget it, this will go away. Thai Med Counc Bull 1997; 25: 274-5.
3. Phosavasdi S, Wilde H, Pruksapong C, Tanniran-dorn Y. Issue on medical ethics. J Med Assoc Thai 1998; 81: 385-6.
4. Phaosavasdi S, Wilde H. Pruksapong C, Tanni-randorn Y. Ethics and care of the terminally ill. J Med Assoc Thai 1998;81:468-71.
5. Pruksapong C, Phaosavasdi S, Wilde H, Tanni-randorn Y. Malpractice and medical litigation. J Med Assoc Thai 1998;81:559-64.
6. Phaosavasdi S, Wilde H, Pruksapong C, Tanniran-dorn Y, Taneeapanichskul S. Is this patient a "Time Bomb" if she goes home ? Etiquette of medical consultations. J Med Assoc Thai 1998;81:817-20.
7. Phaosavasdi S, Wilde H, Pruksapong C, Tanniran-dorn Y, Taneeapanichskul S. Controversial issues in Obstetrics. J Med Assoc Thai 1998;81:927-9.

จริยธรรมในเวชปฏิบัติ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ *

จริยธรรม เป็นเรื่องของจิตสำนึกของแต่ละคนที่มีต่อเพื่อนมนุษย์และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ดังนั้น จริยธรรมของแต่ละคนไม่สามารถสร้างขึ้นมาจากการนั่งฟังบรรยายในห้องหรือฟังพระเทศน์ที่วัดได้ แต่เป็นกระบวนการที่ต้องสร้างขึ้นจากการสะสมประสบการณ์ที่ตนเองได้รับ เรียนรู้จากการวิเคราะห์ด้วยปัญญาของตนเอง ขณะนี้ไม่เพียงแต่แพทย์เท่านั้น เกือบทุกวิชาชีพมีการเรียกร้องจริยธรรมทั้งสิ้นไม่ว่า การเมือง กฎหมาย การประชาสัมพันธ์หรือแม้แต่การค้าขาย ในระยะเร็ว ๆ นี้มีการกล่าวถึงการบริหารจัดการที่เรียกว่า Good governance แม้ชื่อภาษาไทยจะมีผู้เรียกว่าธรรมรัฐ แต่ก็ยังไม่ตกลงกันแน่นอน ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญคือ ความโปร่งใส (Transparency) หมายถึงการที่ทำอะไรทุกคนรู้ด้วยกัน หมอจะทำอะไรไม่ใช้รู้คนเดียว ผู้ร่วมงานหรือผู้ป่วยควรมีส่วนรับรู้ด้วย เพื่อให้เกิดความยุติธรรม และการตรวจสอบสาธารณะได้ (Accountability) หมายถึงสิ่งที่ทำลงไปแล้วสามารถตรวจสอบได้ทุกขั้นตอน ซึ่งการบริหารจัดการแบบนี้จะทำให้การเรียกร้องจริยธรรมเพิ่มขึ้น

เมื่อกล่าวถึงจริยธรรมในเวชปฏิบัติ นิสิตแพทย์อาจยังไม่ได้ให้ความสนใจเพียงพอ แม้แต่แพทย์ที่จบออกมาทำเวชปฏิบัติแล้วยังนึกว่าเป็นเรื่องไกลตัว ตลอดชีวิตตนเองคงไม่เกิดเรื่อง ซึ่งนับว่าตั้งอยู่ในความประมาท เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะเป็นทุกข์ทันที จริยธรรมเป็นทุกข์ทางใจ เพราะในวัฒนธรรมไทยแพทย์จะตกเป็นจำเลยของสังคมทันทีกว่าจะผ่านกระบวนการที่จะชี้แจงให้สังคมเห็นว่าเป็นการกล่าวหาที่ไม่ถูกต้อง ผ่านกระบวนการของแพทยสภาหรือกระบวนการยุติธรรมทางกฎหมาย ซึ่งต้องใช้เวลานาน ดังเช่นเรื่องต่างๆ ที่ปรากฏขึ้นในปัจจุบันนี้ กว่าเรื่องจะจบสิ้น หลายสิ่งในสังคมเปลี่ยนแปลงไประหว่างที่มีทุกข์ใจ ตนเองจะขาดความเชื่อมั่น ทำให้การประกอบวิชาชีพเวชกรรมไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ดังนั้นจึงไม่ควรตั้งอยู่ในความประมาท

สภาพปัจจุบันที่เรียกกันว่า โลกาวัดน์ นี้ เพื่อให้เข้าใจง่าย จึงขอถ่ายทอดคำบรรยายบางตอนของท่านพระธรรมปิฎก⁽¹⁾ ซึ่งอธิบายว่า สภาพโลกาวัดน์ เป็นสภาพของระบบที่มีเป้าหมายคือการแข่งขันเชิงธุรกิจ มองเศรษฐกิจคือเม็ดเงินเป็น

ตัวนำ หรือเรียกว่าระบบทุนนิยม นำไปสู่วัตถุนิยม ประกอบกับค่านิยมของสังคมเป็นปัจจัยหนุนทำให้เกิดบริโภคนิยมตามมา ดังนั้นทั้งวัตถุนิยมและบริโภคนิยมเป็นสิ่งสำคัญที่เข้ามามีอิทธิพลในจิตใจคนไทย ประกอบกับเป็นยุคของสารสนเทศ แทนที่จะใช้ข้อมูลต่างๆ เพื่อสร้างปัญญา กลับนำมาเป็นอาวุธแข่งขันกัน ทำให้แต่ละคนมีเพื่อนมนุษย์น้อยลง มองเพื่อนมนุษย์รอบข้างคือคู่แข่งกัน ซึ่งระบบนี้ไม่น่าจะเป็นปัญหากับสังคมไทยดั้งเดิมถ้าไม่เข้ามาเกี่ยวข้องกัน แต่ต้องนับว่าโชคไม่ดีที่วัฒนธรรมตะวันตกเข้ามามีอิทธิพลสูงมาก ขณะที่สังคมไทยเป็นสังคมของความมีน้ำใจ เอื้อเฟื้อ เมตตา กรุณาต่อเพื่อนมนุษย์ มีความเป็นกัลยาณมิตรซึ่งกันและกัน มีผู้กล่าวว่า ในสังคมไทยมีอาชีพ 3 อาชีพที่คนเอาเงินมาให้พร้อมกับยกมือไหว้เพราะลำนิกบุญคุณคือ ครู พระ และแพทย์ เมื่อเผชิญอิทธิพลของวัฒนธรรมตะวันตก ซึ่งเป็นสังคมธุรกิจมีการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ มีคำตอบแทน เกิดความรู้สึกว่าเสียเปรียบไม่ได้ มีโอกาสเอาเปรียบได้ต้องรีบทำ แพทย์จึงเริ่มมองผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับลูกค้า ความรู้สึกคุณค่าของการมีบุญคุณลดลง พยายามใช้วิชาชีพเป็นเครื่องมือแสวงหาความร่ำรวยอย่างรวดเร็ว เพราะเป็นค่านิยม โดยนึกถึงจริยธรรมเป็นเรื่องรองลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยกลายเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน เกิดความระแวงคือผู้ป่วยกลัวและมีความไม่ไว้วางใจแต่ต้องมาหา ขณะที่แพทย์ผู้ให้การรักษาก็ระแวงว่า รักษาแล้วผู้ป่วยจะมีเงินจ่ายหรือไม่ จะฟ้องร้องไหม

เรื่องความเสื่อมโทรมของจริยธรรมในเวชปฏิบัตินี้ ในระบบการแพทย์ของสหรัฐอเมริกาที่ผ่านมา นายแพทย์ Coben ซึ่งเป็นอายุรแพทย์ได้ศึกษาและสังเกต ว่าทำไมจึงเกิดปัญหาจริยธรรมขึ้นในสหรัฐอเมริกา ซึ่งพอจะสรุปได้ว่า "แพทย์ไม่ได้ทำ

หน้าที่ตนเอง แต่ไปทำหน้าที่อื่น หากกลับมาทำหน้าที่แพทย์แล้วปัญหาเหล่านั้นจะหมดไป" ซึ่ง พลโทนายแพทย์อรุณ เชาวนาคัย⁽²⁾ ได้สรุปประเด็นดังนี้

1. Commercial medicine จะแปลเป็น แพทย์พาณิชย์ หรือพาณิชย์แพทย์ก็ตาม ซึ่งหมายถึง ทั้งตัวบุคคลและระบบ สมัยก่อนโรงพยาบาลเอกชนมีมานานแล้วคู่กับโรงพยาบาลของรัฐอย่างไม่มีปัญหา เพราะปรัชญาของการดำเนินการคือเป็นองค์การไม่แสวงหากำไร แต่ในประเทศไทยระยะ 10 ปีเศษที่ผ่านมา ปรัชญาตรงข้าม กลายเป็นองค์การที่แสวงหากำไร และหากำไรระยะสั้น เมื่อปรัชญาผิด การดำเนินการทุกอย่างก็ผิดไป มีสักกี่ประเทศ เช่น ประเทศไทยที่มีการนำหุ้นของโรงพยาบาลเข้าตลาดหลักทรัพย์หวังเก็งกำไรกันเป็นรายวัน ท่านพุทธทาสเคยสอนว่า "เมื่อหมอบเป็นพ่อค้า หมาก็พังไม่ได้"

2. Overtreatment การต้องรีบร้อนแสวงหาความร่ำรวยทำให้แพทย์ขาดการศึกษาต่อเนื่องจากความรู้ใหม่ๆ แทนที่จะได้จากการศึกษาที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในวารสารต่างๆ ด้วยตนเอง แต่ความที่ไม่มีเวลาจึงจำเป็นต้องเชื่อและฟังฟังจากผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ผลิตยาและเวชภัณฑ์ ในวิชาเศรษฐศาสตร์มีสิ่งกล่าวว่า "ผู้ผลิตคือผู้สร้างอุปสงค์" จะมีทั้งจริงและเท็จร่วมกัน ในประเทศไทยจะมีการใช้ยาใหม่ๆ ราคาแพงอย่างฟุ่มเฟือยโดยไม่ได้คำนึงว่าคุ้มหรือไม่ เพราะแพทย์เกรงว่าตนเองจะตามไม่ทันความก้าวหน้า ดังนั้นการรักษาที่ไม่สมเหตุสมผลย่อมนำมาซึ่งปัญหาค่าใช้จ่ายที่แพงขึ้น

3. Unnecessary investigation เมื่อเริ่มระบบเอกชนใหม่ๆ สัก 10 ปีเศษที่ผ่านมา มีการสั่งซื้อเครื่องมือมาในลักษณะการลงทุนเชิงธุรกิจเมื่อลงทุนย่อมแสวงหาผลตอบแทนให้คุ้มค่าในเวลาอันรวดเร็ว จะเห็นว่าในประเทศไทยมีเครื่องมือ

ราคาแพง เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่องสลายนิว เป็นต้น เป็นจำนวนมาก จึงสร้างระบบแข่งขัน และเพื่อให้ผลตอบแทนเร็ว ต้องสร้างแรงจูงใจที่ผิดจริยธรรมให้กับแพทย์ โดยการให้ค่าตอบแทนพิเศษตามจำนวนผู้ป่วยที่ส่งมาตรวจ แพทย์เมื่ออยากได้ค่าตอบแทนก็สั่งให้ผู้ป่วยไปตรวจไม่ว่าจะจำเป็นหรือไม่ ทุกคนทราบดีว่าผลตอบแทนทางห้องปฏิบัติการของผู้ลงทุนได้ผลเร็ว และคุ้มค่าการลงทุน แต่สภาพเช่นนี้ดีขึ้นมากเพราะแพทยสภาเริ่มสอดส่องพฤติกรรมเช่นนี้ของแพทย์ ทำให้เกิดความเกรงกลัวขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีช่องทางอยู่โดยอาศัยความฉลาดของผู้ประกอบการ หรือความไม่รู้จริงของประชาชนในระยะเศรษฐกิจฟองสบู่ที่ผ่านมา

4. Medical mafia การประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วยผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ทำให้เกิดการรักษายกส่วน ผู้ป่วยคนหนึ่งจะมีแพทย์หลายคนดูแลเป็นส่วนๆ เช่น ผู้ป่วยเข้ามารอผ่าตัดเนื้องอกมดลูก หากบ่นว่าใจสั่น จะได้รับการปรึกษาจากแพทย์โรคหัวใจ หากปวดหลังต้องปรึกษาหมอกระดูก เป็นต้น แพทย์ทุกคนช่วยกันรุมดูแลรักษาเสมือน "แรงลง" เน้นอนสิ่งทีตามาคือ ค่าบริการของแพทย์จึงสูงเกินเหตุ

5. Overcharge ระบบบริการในประเทศไทยคือ ตัวปัญหาและวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยยังศรัทธา ยินดีจ่ายค่าบริการให้แพทย์เท่าไรเท่ากันหากพึงพอใจ การเรียกร้องมาตรฐานค่าบริการของแพทย์ในแต่ละเรื่องได้มีความพยายามโดยภาคเอกชนมานานแล้ว แต่ตัวแพทย์เองคือปัญหาที่ไม่ยอมเพราะมีความรู้สึกว่ามันเองเก่งกว่าเพื่อนร่วมงาน ควรได้รับค่าตอบแทนมากกว่า

6. Incompetence physician ในประเทศไทย แพทย์เมื่อได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว นับว่าจะทำอะไรก็ได้ไม่มีข้อห้าม ยิ่งสังคมให้ค่านิยมเรื่องการทำเสริมสวยมากขึ้นแพทย์ที่แม้แต่ตนเองก็มี

จะไม่ได้มาตรฐาน แต่เพื่อให้ได้เงินอย่างง่ายและรวดเร็ว จึงใช้วิธีโอ้อวด โฆษณา เมื่อทำไปแล้วไม่ได้ผลจริงจัง จึงถูกผู้ป่วยฟ้องร้อง เกิดปัญหา หักผลการเหล่านี้ได้แก่ เสริมจมูก ทำตา 2 ชั้น ลดไขมัน ลิ่วผิวด่างๆ เป็นต้น เมื่อพิจารณาพื้นฐานความเชี่ยวชาญของแพทย์ซึ่งปฏิบัติกันอยู่คือปัญหา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เป็นความรู้สึกเมตตากรุณาของโรงเรียนแพทย์ต่างๆ ที่ให้ลูกศิษย์ซึ่งมีปัญหาด้านจิตเวชสำเร็จการศึกษาและได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมออกมาสู่สังคม ทำให้สังคมต้องรับเคราะห์กรรม

หากวิเคราะห์ด้วย SWOT analysis เกี่ยวกับสภาพปัญหาจริยธรรมไปสู่ออนาคต มีภาวะคุกคามที่ต้องคำนึงถึง

1. ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ขัดแย้งหรือไม่ตรงกัน ในอดีตสังคมทั่วไปจะเชื่อความเห็นทางวิชาการและยอมรับเมื่อผลสรุปจากแพทยสภา หรือราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมวิชาชีพ เพราะสังคมมีความเชื่อว่า ใครจะรู้ดีด้านการแพทย์มากกว่าผู้เชี่ยวชาญ ปัจจุบันนี้และจะยิ่งเพิ่มขึ้นในอนาคตเมื่อมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแยกสาขาย่อยๆ ลงไป ความเห็นเริ่มขัดแย้งกันอาจจะด้วยหลักวิชาการ หรือปัจจัยใดๆ เข้ามามีอิทธิพลก็ตาม เมื่อความเห็นนำสู่สังคมย่อมเกิดความสับสนไม่รู้จักเชื่อฝ่ายใด และยิ่งเมื่อมีเรื่องฟ้องร้องทางกฎหมาย ปัญหาจะยิ่งทวีคูณ จนในที่สุดความเห็นจากแพทย์อาจกลายเป็นข้อมูลที่ไม่เชื่อไม่ได้ หรือไม่มีน้ำหนัก

2. สภาพโลกาภิวัตน์ ที่ข่าวสารข้อมูลกระจายไปอย่างไร้ขอบเขต การสร้างอุปสงค์เทียมให้เกิดการบริโภคอย่างผิดๆ หรือเกินความจำเป็น อันอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต องค์การการคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศยังไม่เข้มแข็งพอที่จะวิเคราะห์ว่าสิ่งใดดีหรือไม่ สิ่งใดควรบริโภคหรือไม่ และโดยเฉพาะเป็นการคุ้มครองหรือไม่ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายไป

คงต้องใช้ภูมิปัญญาของสังคมเข้ามาช่วยมากขึ้น
มิฉะนั้นข้อสารสนเทศจะยิ่งล้นเกินมากขึ้น

3. การใช้ปัญหาทางจริยธรรมในเวชปฏิบัติ
เป็นธุรกิจหารายได้อย่างหนึ่ง โดยใช้แนวคิดของ
ประเทศตะวันตกที่แพทย์ทุกคนต้องทำประกัน ใน
การประกอบวิชาชีพเวชกรรม จึงเป็นช่องทางให้มี
การฟ้องร้องของผู้ป่วยต่อบริษัทประกัน แม้กระทั่ง
มีสำนักงานกฎหมายที่ตั้งขึ้นเพื่อฟ้องร้องแพทย์ต่อ
ศาลโดยเฉพาะ หรือในประเทศไทยอาจมีแพทย์ไป
ศึกษากฎหมายแล้วจัดตั้งสำนักงานกฎหมายฟ้องร้อง
แพทย์เลียนแบบต่างประเทศ

4. เรื่องสิทธิและเสรีภาพของประชาชน
ชาวไทยในรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 โดยเฉพาะใน
มาตรา 52, 57 และ 59 ซึ่งสอดคล้องกับ สิทธิ
ของประชาชนสหรัฐอเมริกาคือ สิทธิในการรับรู้
ในการไตร่ตรอง ในการเลือกการรักษาและแสวงหา
ความปลอดภัยในการรักษา

แพทย์ทุกคนต้องให้ความสำคัญอย่างมาก
กับสิทธิผู้ป่วยในอนาคต ซึ่งบัดนี้ แพทยสภาและ
สภาวิชาชีพอื่นทางสุขภาพได้สรุปสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ
เผยแพร่ให้ทุกคนทราบ

เป็นที่ยอมรับกันว่า การป้องกันเพื่อไม่ให้
เกิดเหตุการณ์ย่ำแย่ดีกว่าการแก้ไขภายหลัง จึงมีสิ่ง
ที่ต้องคำนึงคือ

1. รักษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และ
ผู้ป่วยให้ดีที่สุด

2. เวชระเบียน การลงบันทึกเวชระเบียน
อย่างละเอียดติดต่อกันระหว่างการดูแลรักษา
จะเป็นหลักฐานที่เป็นรูปธรรม ช่วยเหลือแพทย์เมื่อ
เกิดปัญหาจริยธรรมขึ้น เวชระเบียนที่ดีจะเป็นสิ่ง
ตอบคำถามได้ชัดเจนว่า การรักษาที่ได้มาตรฐาน
หรือไม่ และมีความประมาทหรือไม่ระหว่างการดูแล
รักษา

3. ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่ประมาท
คือการให้การดูแลรักษาโดยไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย พร้อม
ที่จะแก้ไขเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น แม้ผลการรักษา
จะเป็นอย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง
ใกล้ชิด ปัญหาต่าง ๆ จะลดลงแน่นอน

4. มาตรฐานการดูแลรักษา ต้องอยู่ในขั้นดี
ที่สุด ในสถานการณ์นั้นๆ และต้องคำนึงถึงความ
สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยด้วย

5. ปรับปรุงแก้ไขการรับนักศึกษาแพทย์โดย
หวังให้เป็นนักเรียนที่เรียนเป็น คำนคว่าเป็น คิดเป็น
และแก้ไขปัญหาได้

6. สภาวะเกินต้องการของสถานประกอบ
อาชีพเอกชนทางการแพทย์ควรได้รับการดูแลอย่าง
ใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเอาเปรียบสังคม

7. เครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงต้องได้รับ
การควบคุมอย่างใกล้ชิด