



# ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพจิตของไทย

ประทีป ลิขิตเลอสรวง พบ., นบ. \*

## บทคัดย่อ

ผู้เขียนพยายามที่จะสรุปแนวคิดสำคัญๆ เกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพจิตอย่างง่ายๆ เพื่อให้จิตแพทย์ทุกท่าน มีส่วนร่วมในการร่างกฎหมายฉบับนี้ให้มากที่สุด เพราะจะเป็นผู้ปฏิบัติโดยตรง ผู้เขียนได้เสนอข้อคิดเห็นที่สำคัญบางประการเกี่ยวกับร่างกฎหมายสุขภาพจิต ฉบับแก้ไข ครั้งที่ 3 เพื่อเป็นแนวทางการพิจารณาเบื้องต้น โดยคำนึงถึงระบบกฎหมายของไทย และ วัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ คือ การคุ้มครองความปลอดภัยในสังคมจากผู้ป่วยจิตเวช สิทธิของผู้ป่วย และการรับรองสิทธิและหน้าที่ของบุคลากรทางจิตเวช

**คำสำคัญ** กฎหมายสุขภาพจิตของไทย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 52(3): 249-254

\* โรงพยาบาลวิชัยยุทธ 71/3 ถนนเศรษฐศิริ พญาไท กทม. 10400 และโรงพยาบาลพระรามเก้า 99 ซอยโรงพยาบาลพระรามเก้า ถนนพระรามเก้า ห้วยขวาง กทม.10320



# Thailand's Mental Health Laws

---

Pratak Likitlersuang M.D., LLB. \*

## Abstract

The author tries to simplify the important concepts of mental health laws for Thailand, with the expectation of the participation of psychiatrists easily. Some primal ideas about the third's draft of Thailand's Mental Health Laws to be suggested with the consideration of Thailand's legal system and three main purposes are the potential danger of mental health's patients, the patient's right and the mental health profession's privilege.

**Keyword :** Thailand's mental health laws

**J Psychiatr Assoc Thailand 2007; 52(3): 249-254**

\* Vichaiyut Hospital 71/3 Setsiri Road, Phayathai, Bangkok 10400 and Praram 9 Hospital 99 Praram 9 Road, Huai-Khweng, Bangkok 10320

สืบเนื่องจากพระราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้ออกแบบสอบถาม แสดงความคิดเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติ สุขภาพจิตของไทยฉบับแก้ไขครั้งที่ 3 ภายใต้การดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต โดยมีเป้าหมาย ให้ออกเป็นกฎหมาย มีผลบังคับใช้ภายในปี พ.ศ. 2550 ผู้เขียนในฐานะที่เคยเกี่ยวข้อง คลุกคลีกับงานทางนิติจิตเวชมานาน และเคยเขียนบทความ “แนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพจิตของไทย” ลงในวารสาร สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 42 ฉบับที่ 3 กค. - กย. 2540 จึงขอถือโอกาสนี้ทำตัวเป็นประโยชน์ ในการสรุปแนวคิดที่ตกผลึกของผู้เขียนต่อกฎหมายสุขภาพจิตของไทยให้เพื่อนจิตแพทย์ที่กำลังสนใจติดตามอยู่ ทำความเข้าใจเป็นลำดับอย่างง่าย ๆ ในประเด็นที่สำคัญ แล้วมีส่วนร่วมระดมความคิดเห็นอย่างเต็มที่ เพราะกฎหมายฉบับนี้จะมีผลกระทบต่อวงการจิตเวชอย่างมาก

## วัตถุประสงค์หลัก เรียงตามลำดับความสำคัญที่จำเป็นต้องมีกฎหมายสุขภาพจิต

1. คัดกรองความปลอดภัยในสังคมจากผู้ป่วยจิตเวช ที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน
2. ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนในด้านการรักษาพยาบาล โดยพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ให้การรับรองสิทธิและหน้าที่ของบุคลากรทางจิตเวช

## ประเภทของผู้ป่วยจิตเวช ในกฎหมายสุขภาพจิต แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ผู้ป่วยจิตเวชไม่มีคดี แต่มีความจำเป็นต้องบังคับตรวจรักษา (civil commitment)
2. ผู้ป่วยจิตเวชมีคดี (criminal commitment)

## ระบบกฎหมายไทยกับกฎหมายสุขภาพจิต

ในประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายระบบลายลักษณ์อักษร (civil law) เช่น ญี่ปุ่น และประเทศในภาคพื้นยุโรป ฯลฯ มาตรการทางกฎหมายในการบังคับตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวช มักบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอยู่แล้ว เหลือบางส่วนที่เพิ่มเติมโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชไม่มีคดี จะบัญญัติไว้ในกฎหมายสุขภาพจิต ประเทศไทยใช้ระบบกฎหมายแบบลายลักษณ์อักษรเช่นเดียวกัน แม้ไม่มีกฎหมายสุขภาพจิตโดยเฉพาะ แต่มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชคดี บัญญัติไว้กระจัดกระจายในหลายมาตราของประมวลกฎหมายอาญาและแพ่ง โดยยังไม่ครอบคลุม ไม่มีคำจำกัดความ และไม่มีรายละเอียดในขั้นตอนการปฏิบัติ อาทิเช่น กฎหมายอาญา และ กฎหมายแพ่ง

### กฎหมายอาญา

ในขั้นตอน “ก่อนการพิจารณาคดี” มีบัญญัติไว้เพียงมาตราเดียวคือ “ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14” เป็นการส่งตรวจรักษาผู้ต้องหาหรือจำเลยที่พนักงานสอบสวนหรือศาลสงสัยว่าวิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ประเด็นปัญหาคือ ไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ การประเมินภาวะวิกลจริต ความสามารถในการต่อสู้คดี ไม่มีการกำหนดขั้นตอนวิธีการ แนวทางปฏิบัติในการตรวจรักษาและการให้ความเห็นของจิตแพทย์ ระยะเวลาในการประเมินอาการ รายงานผล และการส่งผู้ป่วยกลับไปดำเนินคดี สิทธิของผู้ป่วยหรือญาติในการอ้างเหตุการเจ็บป่วยของจิตในการต่อสู้คดี สิทธิของผู้ป่วยในขณะที่ถูกควบคุมรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในกรณีผู้ป่วยหลบหนี เป็นต้น

ในขั้นตอน “หลังการพิจารณาคดี” มีหลายมาตรา เช่น

- “ประมวลกฎหมายอาญามาตรา (ป.อ.ม.) 5” ผู้ป่วยมีความผิดแต่ได้รับการยกเว้นหรือลดหย่อนโทษ ด้วยเหตุที่ป่วยเป็นจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ในขณะที่ก่อคดี ประเด็นปัญหาคือ ไม่มีคำจำกัดความของคำต่างๆ ในมาตรานี้

- “ป.อ.ม.48” เป็นมาตรการเพื่อความปลอดภัย ในกรณีนี้ผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อสังคม แม้ไม่ต้องรับโทษจำคุก แต่ต้องบังคับรักษาในโรงพยาบาล ประเด็นปัญหาคือ ไม่มีหลักเกณฑ์การประเมินภาวะอันตราย มาตรการควบคุมรักษา การรายงานผลการรักษา การทบทวนอัตโนมัติถึงความจำเป็น ต้องบังคับรักษาต่อไป ไม่มีกำหนดระยะเวลาสิ้นสุด ในการบังคับรักษาไม่มีมาตรการรองรับหลังการปล่อยตัว เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง ป้องกันการก่อคดีซ้ำหรือเป็นอันตรายต่อสังคม ผู้ป่วยถูกจำกัดสิทธิอย่างเข้มงวดแค่ไหน ตลอดจนความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยหลบหนี

- “ป.อ.ม.56 (4)” เงื่อนไขการคุมประพฤติ โดยศาลมีคำสั่งบำบัดรักษา ประเด็นปัญหาคือ ต้องควบคุมบังคับรักษาเป็นผู้ป่วยในเท่านั้น หรือรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้

- “ป.อ.ม.59” ในกรณีนี้ผู้ป่วยก่อคดีในขณะที่มีอาการเพื่อสืบสน กฎหมายถือว่าไม่มีการกระทำ และไม่มี ความผิดเลย ซึ่งแตกต่างจาก ป.อ.ม.65 ที่ผู้ป่วยยังมีความผิดแต่ไม่ต้องรับโทษ ประเด็นปัญหาคือ ผู้ป่วยหลายรายเข้าได้กับ ป.อ.ม.59 ไม่ใช่ ป.อ.ม.65

- “ป.อ.ม.67, 68, 69, 72” ได้ลดหย่อนโทษ ด้วยเหตุจากจิตใจ โดยกระทำไปด้วยความจำเป็น ป้องกันตัว หรือบันดาลโทสะ ประเด็นปัญหา คือ เป็นกรณีมีปัญหายุทธศาสตร์จิตบ้าง ที่ผ่านมาเป็นดุลยพินิจของศาลในเหตุปราณี ไม่มีการตรวจสภาพจิต และไม่มีหลักเกณฑ์

- “ป.อ.ม.49, 66” มาตราเกี่ยวกับผู้ป่วยติดสุรา ยาเสพติด ประเด็นปัญหาคือไม่มีหลักเกณฑ์

- ป.อ.ม.307, 373 มาตราเกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้ดูแล ที่ทอดทิ้งผู้มีจิตพิการหรือวิกลจริต ประเด็นปัญหา คือ ไม่มีหลักเกณฑ์

- “ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา (ป.วิ.อ.ม.) 246, 248 และพระราชบัญญัติราชทัณฑ์” มาตราเกี่ยวกับนักโทษเด็ดขาดที่ป่วยทางจิต ประเด็นปัญหาคือไม่มีหลักเกณฑ์

**กฎหมายแพ่ง**

บัญญัติความสามารถหรือสมรรถนะทางจิตใจ (competency) เพื่อการตัดสินใจกระทำนิติกรรม สัญญาเฉพาะเรื่องสำคัญๆ เพียงบางกรณีเท่านั้น อาทิ เช่น

- “ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา (ป.พ.พ.ม.) 28-34” ความสามารถในการทำนิติกรรม ถูกจำกัดโดยคนไร้ความสามารถ ต้องให้ผู้อนุบาลทำแทน และคนเสมือนไร้ความสามารถต้องได้รับความยินยอมจากผู้พิทักษ์

- “ป.พ.พ.ม.1704” ความสามารถในการทำ พินัยกรรม

- “ป.พ.พ.ม.1449” ความสามารถในการจดทะเบียนสมรส

- “ป.พ.พ.ม.1516 (7)” เหตุฟ้องหย่า เนื่องจากสามีหรือภรรยาวิกลจริต

- “ป.พ.พ.ม.429, 430” ความรับผิดชอบทางแพ่ง ของคนวิกลจริต รวมถึงผู้ดูแลในเรื่องละเมิด

ทั้งหมดนี้มีประเด็นปัญหา คือ ใครเป็นผู้ส่งตรวจ การตรวจสภาพจิตโดยแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์นิติเวช เหมาะสมหรือไม่ และไม่มีคำจำกัดความหรือหลักเกณฑ์การตรวจความสามารถทางจิตใจในกรณีต่างๆ เนื่องจากคดีทางแพ่งมีผลประโยชน์เกี่ยวข้อสูง

## ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิตของไทยฉบับแก้ไขครั้งที่ 3 ของกรมสุขภาพจิต

1. ส่วนที่เกี่ยวกับนโยบายสุขภาพจิตระดับชาติน่าจะเพิ่มบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ในการกำหนดทิศทางนโยบายในเชิงกว้างและเชิงรุก เพื่อการป้องกันและแก้ปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีผลกระทบต่อความสงบสุขและศีลธรรมอันดีของประชาชน เช่น ปัญหายาเสพติด เหล้า บุหรี่ การพนัน ผลกระทบทางจิตใจของประชาชนหลังภัยพิบัติภาวะสงคราม การก่อการร้าย ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการปรับตัวปรับใจกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว จิตวิทยาอิงศาสนาเพื่อการสมานฉันท์ เป็นต้น (ร่าง พ.ร.บ. ม.7)

2. ส่วนที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชคดี ไม่จำเป็นต้องบัญญัติรายละเอียดในทางปฏิบัติ หากแต่ระบุเป็นอำนาจหน้าที่หนึ่งของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ที่จะแต่งตั้งคณะกรรมการร่วมระหว่างตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ออกเป็นกฎกระทรวงหรือระเบียบการปฏิบัติเป็นกฎหมายลูกในภายหลัง (ร่าง พ.ร.บ. ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยคดี ม.39 - 45)

3. ส่วนที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชไม่มีคดี แต่มีความจำเป็นต้องบังคับรักษา จะเป็นเนื้อหาหลักใน พ.ร.บ.สุขภาพจิต ซึ่งสามารถเทียบเคียงกับ พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ที่บังคับใช้อยู่แล้วในปัจจุบัน

## มาตรการทางกฎหมายในการบังคับตรวจรักษา

อาจพิจารณาเรียงตามลำดับเป็น 6 ขั้นตอน คือ

1. หลักเกณฑ์หรือประเภทของผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องบังคับตรวจรักษา ได้แก่ บุคคลที่มีความผิดปกติ

ทางจิต และมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา (ร่าง พ.ร.บ. ม.26)

2. กระบวนการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบังคับตรวจรักษา ผู้ป่วยที่ต้องบังคับตรวจรักษามาจาก 4 แหล่งหลักๆ คือ

2.1 ญาติโดยชอบตามกฎหมายนำส่ง (ร่าง พ.ร.บ. 25)

2.2 ผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล แล้วต่อมาเปลี่ยนใจภายหลัง และแพทย์เห็นว่ามีความจำเป็นต้องบังคับรักษาต่อไป (ไม่มีในร่าง พ.ร.บ.)

2.3 แพทย์และพยาบาลอย่างละ 1 ท่านตรวจประเมินอาการเบื้องต้นแล้วทำหนังสือรับรองส่งต่อ (ร่าง พ.ร.บ.ม.35)

2.4 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (พนักงานเจ้าหน้าที่) นำจะประสานงานกับตำรวจและญาติทุกครั้งในการเข้าไปนำตัวผู้ป่วยจากเคหะสถานเมื่อได้รับการร้องขอ (ร่าง พ.ร.บ.ม. 28, 29, 30, 37) ทั้งนี้ น่าจะครอบคลุมถึงกรณีที่ผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยขาดการติดต่อรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้มีอำนาจสั่งบังคับตรวจรักษา คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาดำเนินการโดยคำสั่งคณะกรรมการเขตเป็นฝ่ายปฏิบัติการ ส่วนคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เป็นฝ่ายกำหนดนโยบายและออกกฎหมายเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติ (ร่าง พ.ร.บ.ม.7, 14, 17)

4. สิทธิของผู้ป่วยและการอุทธรณ์ น่าจะให้อุทธรณ์ได้เฉพาะผลการตรวจวินิจฉัย กล่าวคือมีความผิดปกติทางจิต และมีภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาหรือไม่ ไม่อนุญาตให้อุทธรณ์ในเรื่องแผนการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนเงื่อนไขการปล่อยตัว ควรมีการทบทวนความจำเป็นในการบังคับรักษา

เป็นระยะๆ (periodic review) หรือเมื่อญาติโดยชอบด้วยกฎหมายยื่นคำร้องขอ (ร่าง พ.ร.บ. หมวด 2 สิทธิผู้ป่วย หมวด 4 การอุทธรณ์)

5. แผนการรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิต ให้คณะกรรมการในเขตพิจารณา มีคำสั่งกำหนดแผนการรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิต ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาดำเนินการใน 3 รูปแบบ คือ

5.1 ในกรณีที่ต้องจำเป็นต้องควบคุมตัวอย่างเข้มงวด ให้ส่งรักษาในสถานบำบัดรักษา ที่มีระบบการควบคุมมิให้หลบหนี

5.2 ในกรณีที่ต้องจำเป็นต้องควบคุมแต่ไม่เข้มงวด ให้รักษาแบบผู้ป่วยในและอาจพิจารณาให้เยี่ยมบ้านได้ (ร่าง พ.ร.บ.ม. 33)

5.3 ในกรณีที่ไม่จำเป็นต้องควบคุมตัวให้รักษาแบบผู้ป่วยนอก และอาจกำหนดให้ญาติโดยชอบด้วยกฎหมายพามารักษาตามนัด

6. รูปแบบการปล่อยตัวหรือจำหน่ายผู้ป่วย อาจปล่อยตัวแบบมีเงื่อนไข เงื่อนไข หรือปล่อยตัวชั่วคราว เช่น ทดลองเยี่ยมบ้านและให้มารายงานตัวเพื่อการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในระยะเวลาที่กำหนด หากผิดเงื่อนไขให้บังคับรักษาแบบควบคุมตัวทันที (psychiatric probation)

ท้ายที่สุด ผู้เขียนหวังว่าบทความนี้จะมีส่วนช่วยให้เพื่อนจิตแพทย์ติดตามเรื่องราวเกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพจิตไทย และมีส่วนร่วมในการพิจารณาแสดงความคิดเห็น เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยจิตเวช สังคม ตลอดจนบุคลากรทางจิตเวชที่สามารถปฏิบัติได้จริงอย่างสบายใจ

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่างกฎหมายสุขภาพจิตฉบับแก้ไขครั้งที่ 3 (เอกสารโรเนียว); 2549.
2. กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545.
3. ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง กฎหมายสุขภาพจิตของไทย วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 42: 156-7