

กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมาย
ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต
MODEL LAW ON THE PROTECTION OF LEGAL RIGHTS
OF PATIENTS IN THE END OF LIFE

นิติ เนื่องจําหนัก
NITI NERNGCHAMNONG

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีปทุม
พ.ศ. 2564
ลิขสิทธิ์ของคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม

**MODEL LAW ON THE PROTECTION OF LEGAL RIGHTS
OF PATIENTS IN THE END OF LIFE**

NITI NERNGCHAMNONG

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE
OF DOCTOR OF LAWS
SCHOOL OF LAW
SRIPATUM UNIVERSITY**

2021

COPYRIGHT OF SCHOOL OF LAW SRIPATUM UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์เรื่อง	กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมาย ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต
คำสำคัญ	สิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้าย/การแสดงเจตนาล่วงหน้า/ การณขหมาย/แบบตามกฎหมาย
นักศึกษา	นิติ เนื่องจำนงค์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ มัลลิกะมาลย์
หลักสูตร	นิติศาสตรุษฎีบัณฑิต
คณะ	นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม
พ.ศ.	2564

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต การวิจัยใช้วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การวิจัยเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก การมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ และการรับฟังความคิดเห็นในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ที่มีความรู้ทางวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิชั้นสูงและผู้แทนจากหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลในเชิงนโยบาย นักวิชาการในระดับโรงเรียนแพทย์ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และ นักกฎหมายมหาชน โดยรวมมีประชากรสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวนทั้งหมด 9 ท่าน

คำตอบที่ได้จากการวิจัย คือ ผู้ป่วยวาระสุดท้ายถือว่ามีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และมีสิทธิตามหลักสิทธิมนุษยชนที่จะเลือกปฏิเสธการรักษาพยาบาลและเลือกวิธีการสิ้นสุดชีวิตแต่มีปัญหาการแสดงเจตนาล่วงหน้าไม่ได้รับการรักษาพยาบาล (Living Will) การรับรองถึงสิทธิและอนุญาตให้บุคคลใช้สิทธิในการขอตายด้วยความกรุณา การกำหนดและวิธีการดำเนินการ การโอนและแต่งตั้งบุคคลเพื่อทำการแทนและตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนาเพื่อให้เป็นแบบตามกฎหมาย และองค์ประกอบเงื่อนไขการยกเว้นความรับผิดชอบทางกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุข การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตจึงมีบทบัญญัติที่เป็นคำตอบของปัญหาดังกล่าว

การวิจัยเสนอแนะให้ยกเลิกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และนำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตตราเป็นพระราชบัญญัติซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยวาระสุดท้าย ผู้มีส่วนได้เสีย และระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

THESIS TITLE	MODEL LAW ON THE PROTECTION OF LEGAL RIGHTS OF PATIENTS IN THE END OF LIFE
KEYWORDS	LAST STAGE OF PATIENT RIGHT/LIVING WILL/ MERCY KILLING/LEGAL FORM
STUDENT	NITI NERNGCHAMNONG
THESIS ADVISOR	PROFESSOR DR. SUNEE MALLIKAMARL
LEVEL OF STUDY	DOCTOR OF LAWS
FACULTY	SCHOOL OF LAW SRIPATUM UNIVERSITY
YEAR	2021

ABSTRACT

The objective of the research is a Model law on Protection of the Rights of Patients in the Last Stage of life. The research methodology is qualitative research consisting of documentary research; in-depth interview; Participatory Design, Co- Design; and hearing, for the data collection and analysis. Persons with professional knowledge in the field of public health who are highly qualified and representatives from regulatory agencies in charge of policy Academics at the medical school level, physicians, professional nurses and public lawyers in total, there were 9 in-depth interviewees.

The research resulted is the right to die in last stage of patient life is considered to have the dignity of being human and have rights according to human rights principles and choose a way to end life. Therefore, there are problems of expressing intention in advance and not receiving medical treatment; certification of rights and allow a person to exercise the right to ask for Mercy Killing. Determination and method for transferring and appointing persons to act and make decisions on behalf of the patient; criteria and methods for expressing Intent to make it; legal and the conditional elements for the exclusion of civil and criminal legal liability of health professionals. Such problems can be solved by a model law on the protection of the rights of patients at the end of life which have provisions could meet.

The research recommends the repeal of the National Health Act 2007 section 12 and adopting a model law on the protection of the rights to die of patients at the end of life enacted as an act which will benefit the final patient stakeholders and the health system of Thailand.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง “กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต” ในครั้งนี้ การวิจัยได้สำเร็จลุล่วงด้วยความเมตตาและกรุณาจากท่าน ศาสตราจารย์ ดร.สุณีย์ มัลลิกะมาลัย ซึ่งท่านให้ความกรุณาได้รับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ท่านได้สละเวลาช่วยให้คำแนะนำแนวคิดในทางวิชาการ รวมถึงกระบวนการศึกษาค้นคว้าต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด และช่วยชี้แนะมาอย่างต่อเนื่องตลอดมา จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสำเร็จและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น อีกทั้งท่านยังได้ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น คำแนะนำอันประโยชน์ต่อการจัดทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์ ได้ให้ความกรุณาได้รับเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ให้คำแนะนำ และชี้แนะประเด็นสำคัญ เพื่อให้งานวิจัยของข้าพเจ้าออกมาอย่างครบถ้วน สมบูรณ์ และขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ภูมิ โชคเหมาะ ดร.พิมลรัตน์ วรธนะหทัย และ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ ซึ่งต่างก็ได้กรุณาได้รับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ให้ความกรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ร่วมให้คำปรึกษา และเสียสละเวลาตรวจสอบความถูกต้องแห่งเนื้อหาเพื่อความสมบูรณ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้ซึ่งได้สละเวลาอันมีค่าที่ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึก การร่วมแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของทุกท่าน อันมีความสำคัญต่อการจัดทำวิทยานิพนธ์ เพื่อให้กฎหมายต้นแบบมีสาระสำคัญครบถ้วนสมบูรณ์ตามวิธีวิทยาการวิจัยที่ได้กำหนดไว้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา ซึ่งเป็นผู้สร้างขวัญกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ เรื่องในการศึกษาระดับนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิตจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมทั้งขอขอบคุณไปถึงเพื่อนนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต ซึ่งต่างก็เป็นกำลังใจ พันทือุปลสรรรมาด้วยกันตลอด

ผู้วิจัยหวังว่าวิทยานิพนธ์เล่มนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เป็นผลงานมีคุณค่าและสร้างองค์ความรู้ในทางวิชาการก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติต่อไป หากวิทยานิพนธ์นี้ผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยต้องกราบขออภัยไว้ ณ ที่นี้

นิติ เนื่องจำนงค์
มหาวิทยาลัยศรีปทุม

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	I
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	II
กิตติกรรมประกาศ	III
สารบัญ	IV
สารบัญตาราง	X
สารบัญรูปภาพ	XI

บทที่

1 บทนำ	1
1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.1 ความเป็นมาของปัญหา.....	1
1.2 ความสำคัญของปัญหา.....	9
2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	23
3 ขอบเขตของการวิจัย	23
4 กรอบแนวคิดและสมมติฐานของการวิจัย	26
4.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Theoretical Framework)	26
4.2 สมมติฐานการวิจัย	29
5 คำถามการวิจัย.....	29
6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	30
7 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	31
2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	33
1 นิติปรัชญา ทฤษฎีและหลักการเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย	33
1.1 ปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติ (Philosophy of School Natural Law)	34
1.2 ปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมือง (Philosophy of School of Legal Positivism)	36
1.3 ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม (Theory of Form of Juristic)	39
1.4 ทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา (Theory of Declaration of Intention)	41

บทที่

หน้า

1.5 ทฤษฎีความรับผิดชอบทางแพ่ง (Theory of Civil Liability)	43
1.6 ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา (Theory of Criminal Liability)	46
1.7 หลักสิทธิมนุษยชน (Human Rights Principle)	48
1.8 หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity Principle)	51
1.9 หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย (Principle of Right and Liberty of Personal Autonomy)	55
1.10 หลักสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมาย (Patient's Right Principle)	56
1.11 หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient's Right to Self-Determination Principle)	60
1.12 หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence Principle)	61
1.13 หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non – Maleficence Principle)	63
1.14 หลักความเป็นอิสระเป็นตัวเองของผู้ป่วย (Patient Autonomy Principle)	63
1.15 หลักความยุติธรรม (Justice Principle)	65
1.16 หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม (Freedom of Juristic Contract Principle)	66
1.17 หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา (Autonomy of Will Principle).	68
1.18 หลักการตายดี (Principles of Good Death)	70
1.19 หลักสุจริต (Principle of Good Faith)	71
2 กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย ของผู้ป่วย	73
2.1 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 (The Universal Declaration of Human Rights, 1948)	73
2.2 ปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2524 (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient, 1981) .	75
2.3 ปฏิญญาเรื่อง ยูธานาเซียของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2562 (The World Medical Association Declaration on Euthanasia, 2019)	78
2.4 คำแถลงเรื่อง เอกสารเจตนาล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2546 (The World Medical Association Statement on Advance Directives, 2003 (“Living Wills”)	79

บทที่

หน้า

2.5 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของยุโรป พ.ศ. 2496 (European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms, 1953 “ECHR”).....	79
2.6 ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในยุโรปขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2537 (A Declaration on the Promotion of Patients’ Right in Europe, World Health Organization, 1994)	80
3 กฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของผู้ป่วย	81
3.1 สหรัฐอเมริกา (United States of America).....	81
3.2 ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ (Kingdom of the Netherlands)	94
3.3 ราชอาณาจักรเบลเยียม (Kingdom of Belgium)	96
3.4 สมาพันธรัฐสวิส (Swiss Confederation) หรือ สวิตเซอร์แลนด์ (Switzerland)	96
3.5 สาธารณรัฐสิงคโปร์ (Republic of Singapore)	98
3.6 สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	99
3.7 สาธารณรัฐฝรั่งเศส	100
4 กฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของผู้ป่วยของประเทศไทย	101
4.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย.....	101
4.2 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์	106
4.3 ประมวลกฎหมายอาญา.....	108
4.4 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550	111
5 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	113
3 วิธีวิทยาการวิจัย (Research Methodology).....	116
1 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research)	116
1.1 กฎหมายประเทศไทย.....	116
1.2 กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ	117
1.3 กฎหมายต่างประเทศ.....	118
2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview).....	119
2.1 ประชากรสัมภาษณ์.....	119
2.2 ประเด็นสัมภาษณ์	120

บทที่	หน้า
3 การมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-Design) .	120
3.1 ประชากรร่วมออกแบบ.....	121
3.2 ประเด็นการร่วมออกแบบ.....	122
3.3 วิธีดำเนินการร่วมออกแบบ.....	122
3.4 พื้นที่ศึกษาการร่วมออกแบบ.....	123
4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	123
5 การจัดทำร่างกฎหมาย.....	123
6 การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Hearing).....	124
7 การพัฒนากฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย.....	124
4 การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต.....	126
1 สภาวะการณ์ของปัญหาการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายและผลกระทบ...	128
2 กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้าย.....	130
3 กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ และกฎหมายต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้าย.....	135
3.1 กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้าย.....	135
3.2 กฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในทางกฎหมายของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต.....	139
4 โครงสร้างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิขอตายด้วยความการุณย์ของผู้ป่วยวาระสุดท้ายแห่งชีวิต.....	150
4.1 สิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้าย.....	152
4.2 รูปแบบการใช้สิทธิในการขอตาย.....	152
4.3 กระบวนวิธีการขอใช้สิทธิการขอตาย.....	154
5 กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต.....	159
1 การจัดทำการมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-Design).....	160
1.1 ขั้นตอนการเตรียมการ.....	160
1.2 ขั้นตอนการดำเนินการ.....	164

บทที่

หน้า

1.3 ประเด็นการทำ Co-Design โครงสร้างกฎหมายเพื่อจัดทำเป็นกฎหมาย ต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต	165
1.4 ผลการทำ Co-Design ประชากรกลุ่มเฉพาะ	166
1.5 ผลการทำ Co-Design ประชากรกลุ่มผสม	176
2 การเปรียบเทียบผลการทำ Co-Design ระหว่างกลุ่มเฉพาะกับกลุ่มผสม ..	184
3 การจัดทำร่างกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ของชีวิต	185
4 การสัมมนารับฟังความคิดเห็น (Hearing).....	198
5 ร่างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของ ชีวิต พ.ศ.	206
5.1 ประเด็นสำหรับการปรับปรุงแก้ไขตามผลการรับฟังความคิดเห็น	206
5.2 การตรวจสอบหลักเกณฑ์ในการจัดทำกฎหมาย	207
5.3 โครงสร้างร่างพระราชบัญญัติต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.	211
6 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	246
1 สรุป.....	247
2 อภิปรายผล	251
3 ข้อเสนอแนะ	255
4 สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัย	256
บรรณานุกรม	258
ภาคผนวก	265
ภาคผนวก ก. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และ กฎกระทรวงที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตาม หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่ เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติ การทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553	266
ภาคผนวก ข. รายชื่อและภาพกิจกรรมในกระบวนการวิจัย การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview).....	273

บทที่	หน้า
ภาคผนวก ค. รายชื่อและภาพกิจกรรมในกระบวนการวิจัย การมีส่วนร่วม ออกแบบ, ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-Design).....	279
ภาคผนวก ง. รายชื่อและภาพกิจกรรมในกระบวนการวิจัย การรับฟังความคิดเห็น (Hearing).....	308
ประวัติผู้เขียน	343

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	รูปแบบสิทธิขอตายด้วยความการุณของรัฐออริกอน	140
4.2	รูปแบบสิทธิขอตายด้วยความการุณของราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	143
4.3	รูปแบบสิทธิขอตายด้วยความการุณของราชอาณาจักรเบลเยียม	144
4.4	รูปแบบสิทธิขอตายด้วยความการุณของสมาพันธรัฐสวิส	145
4.5	รูปแบบสิทธิขอตายด้วยความการุณของสาธารณรัฐสิงคโปร์	147
4.6	การเปรียบเทียบรูปแบบสิทธิขอตายด้วยความการุณย์.....	149
4.7	การใช้สิทธิในชีวิตของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของไทย	151
5.1	การเปรียบเทียบคำตอบจากการทำ Co-Design ของกลุ่มเฉพาะ	175
5.2	การเปรียบเทียบคำตอบจากการทำ Co-Design ของกลุ่มผสม	183
5.3	การเปรียบเทียบคำตอบจากการทำ Co-Design ของกลุ่มเฉพาะกับกลุ่มผสม	185
5.4	ร่าง พระราชบัญญัติ “การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.” และเหตุผลประกอบ สำหรับนำเสนอสัมมนารับฟังความคิดเห็น (Hearing)	187
5.5	รูปแบบกฎกระทรวงต้นแบบว่าด้วยแบบแห่งพินัยกรรมชีวิตสำหรับนำเสนอ สัมมนารับฟังความคิดเห็น (Hearing).....	196
5.6	ร่าง พระราชบัญญัติ “การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.” และเหตุผลประกอบ เปรียบเทียบก่อนและหลังนำเสนอ สัมมนา รับฟังความคิดเห็น (Hearing)	211
5.7	รูปแบบกฎกระทรวงต้นแบบว่าด้วยแบบแห่งพินัยกรรมชีวิตเปรียบเทียบ ก่อนและหลังนำเสนอสัมมนารับฟังความคิดเห็น (Hearing).....	230

สารบัญรูปภาพ

ภาพประกอบที่	หน้า	
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	28
2.1	คำประกาศสิทธิ และข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยคำประกาศ “สิทธิ” และ “ข้อพึงปฏิบัติ” ของผู้ป่วยฉบับใหม่ออกและรับรองโดย 6 สาขาวิชาชีพ ในวันแม่แห่งชาติ 12 สิงหาคม 2558	58
3.1	กระบวนการวิทยากรวิจัย.....	125
5.1	การจัดทำ Co-Design	161
5.2	ประชากรกลุ่มเฉพาะ	162
5.3	ประชากรกลุ่มผสม.....	162
5.4	เลขประจำกลุ่มประชากรเฉพาะและประชากรผสม	163
5.5	การนำเสนอผลจากการทำ Co-Design กลุ่มเฉพาะ	164
5.6	การสัมมนารับฟังความคิดเห็น (Hearing).....	198

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1.1 ความเป็นมาของปัญหา

หากจะกล่าวถึงการจำกัดสิทธิตามกฎหมายของบุคคลธรรมดา ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 15 ได้กำหนดสิทธิของบุคคล โดยบุคคลจะเริ่มมีสิทธิตั้งแต่เมื่อคลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารกและสิ้นสุดลงเมื่อตาย การรับรองสิทธิและการถูกจำกัดสิทธิมีทั้งในเรื่องของตัวบุคคล การทำนิติกรรมสัญญาในทรัพย์สิน ทรัพย์สินมรดก ซึ่งเป็นสิทธิที่บุคคลพึงมีโดยทั่วไป แต่ก็มีบางกรณีอาจถูกจำกัดสิทธิโดยกฎหมาย ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ได้กำหนดสถานะภาพของการเป็นบุคคลที่ทำนิติกรรมทางกฎหมายไม่สมบูรณ์ เช่น ผู้เยาว์ (มาตรา 19) ผู้ไร้ความสามารถ หรือ เสมือนไร้ความสามารถ (มาตรา 28) ที่กำหนดไว้ อีกกรณีหนึ่งกฎหมายทำให้บุคคลถูกจำกัดสิทธิโดยผลของการทำนิติกรรม หรือ สัญญา อาทิ การใดมิวัตถุประสงค์ขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน การนั้นเป็นโมฆะ (มาตรา 150 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์) ซึ่งสิทธิที่กล่าวมานี้เป็นสิทธิโดยทั่วไปในการทำนิติกรรมของบุคคลธรรมดา

สิทธิ (Right) หมายถึง อำนาจอันชอบธรรม ในภาษากฎหมาย สิทธิ หมายถึง อำนาจที่จะกระทำการใด ๆ ได้อย่างอิสระ โดยได้รับการรับรองจากกฎหมายมักใช้ในภาษากฎหมาย หรือใช้ควบคู่กับคำอื่น ๆ เช่น สิทธิเสรีภาพ สิทธิและหน้าที่ เป็นต้น (ราชบัณฑิตยสภา, 2545)

รัฐธรรมนูญของทุกประเทศ จะระบุเสมอว่าประชาชนมีสิทธิด้านใดบ้าง อาทิ สิทธิในการเลือกนับถือศาสนา สิทธิในชีวิตร่างกายและทรัพย์สิน สิทธิส่วนบุคคลในครอบครัว สาระสำคัญถึงว่าผู้ใดจะละเมิดสิทธิของผู้อื่นมิได้ มนุษย์ทุกคนตระหนักคือการบุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้ทำที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่นและไม่ขัดต่อรัฐธรรมนูญหรือต่อศีลธรรมอันดีของสังคม (บรรเจิด สิงห์กะเนติ, 2557, หน้า 58) บุคคลจะได้รับการรับรองและคุ้มครองตามกฎหมายเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง และมีสิทธิที่จะเรียกร้องให้บุคคลอื่นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งหรืองดเว้นการกระทำหรือใช้ยื่นต่อบุคคลอื่นและลักษณะของสิทธิ นั้น ๆ จะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ สิทธิจะต้องมีความชอบธรรม สิทธิจะต้องมีบุคคล

เป็นผู้ถือสิทธิหรือผู้ทรงสิทธิ สิทธินั้นต้องเป็นสิ่งที่ใช้ร่วมกับบุคคลอื่นได้ และสิทธิจะต้องมีเนื้อหา ซึ่งสิทธิมีทั้งสิทธิตามกฎหมายมหาชนและสิทธิตามกฎหมายเอกชน เช่น สิทธิทางการเมือง สิทธิในการฟ้องร้องคดี สิทธิและเสรีภาพในทรัพย์สิน สิทธิในการทำนิติกรรมต่าง ๆ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้จะกล่าวถึงเฉพาะสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือผู้ป่วยที่ได้รับทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นความจริงที่ว่า “คนหรือบุคคล” เมื่อเกิดมาแล้วย่อม “เกิด แก่ เจ็บ และตาย” อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งในทางกฎหมายก็ได้รับรองสิทธิการมีสภาพของบุคคลตามกฎหมาย (Legal Person) และการสิ้นสุดสภาพบุคคลไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 15 บัญญัติว่า “สภาพของบุคคลเริ่มตั้งแต่คลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารกและสิ้นสุดลงเมื่อตาย” ซึ่งเมื่อบุคคลเริ่มมีสภาพของบุคคลตามกฎหมายแล้วย่อมมีสิทธิในด้านต่าง ๆ เช่น สิทธิในมรดก สิทธิในการทำนิติกรรมต่าง ๆ และอาจถูกจำกัดสิทธิบ้าง โดยมีกฎหมายมาบัญญัติไว้เพื่อจำกัดสิทธิ เช่น ผู้เยาว์ บุคคลไร้ความสามารถ และบุคคลเสมือนไร้ความสามารถ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ย้ายไปคือ “การทรมาน” เป็นช่องว่างก่อนการตายที่ไม่ได้ถูกพูดถึงในวงจรชีวิตของมนุษย์ แต่แท้จริงแล้วเป็นหนึ่งในวงจรชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตอยู่ที่ยังเรียกว่า อยู่ก็เหมือนตาย หรือตายทั้งเป็น กล่าวคือ อยู่ในภาวะทำอะไรก็ได้ แต่ก็ไม่ได้ตาย เรียกได้ว่าอยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต

จากการศึกษาผู้วิจัยพบว่า แม้บุคคลบางคนหรือบางกลุ่มจะมีสภาพบุคคลตามกฎหมาย แต่มีข้อขัดข้องบางประการทางกฎหมาย มีปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการแสดงเจตนาของตนเอง ในบางสถานะ กล่าวคือ บุคคลที่อยู่ในสถานะของการเจ็บป่วยซึ่งมีความหนักเบาของอาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน กล่าวคือ บางคนอาจเจ็บป่วยธรรมดา แต่บางคนอาจเจ็บป่วยหนัก หรือบางกรณีอาจเจ็บป่วยเรื้อรัง จนยากต่อการรักษาให้หายเป็นปกติได้ หรือมีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด เช่น บาดเจ็บ พิการ ไม้รู้สึกตัว ไม่สามารถขยับหรือช่วยเหลือตนเองได้ หรือไม่สามารถแสดงอาการรับรู้ใด ๆ ที่เรียกว่า “เจ้าชายเจ้าหญิงนิทรา หรือเป็นผักเป็นปลา (Vegetable Stage)” หรือป่วยหนักจนเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต (Last Stage of Life)” การเจ็บป่วยเหล่านี้ กรณีที่เป็นอาการที่พอจะรักษาให้หายขาดได้ ก็มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ในส่วนองค์ประกอบอื่น ๆ ครอบครัวบุคคลข้างเคียง ก็มีความต้องการจะให้มีการรักษาพยาบาล แต่หากพิจารณาถึงการที่บุคคลได้ประสบภาวะเจ็บป่วยจนถึงขนาดที่ทางการแพทย์ก็ไม่รับรองว่าจะรักษาพยาบาลได้ คงใช้วิธีการชะลอชีวิตไว้จนกว่าจะสิ้นชีวิต กรณีเช่นนี้ ย่อมเป็นปัญหาในการดำเนินการของผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะตัดสินใจชีวิตให้อยู่ต่อไปหรือจะยกเลิกหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล จึงเป็นปัญหาในเรื่องสิทธิต่าง ๆ ที่พึงมีของผู้ป่วยเอง ครอบครัวของผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ที่จะดำเนินการได้ ทั้งนี้ หากมีการดำเนินการใด ๆ เกิดขึ้นแล้วอาจจะกระทบต่อสิทธิของทุกฝ่ายดังกล่าวได้

สำหรับฝ่ายบุคลากรทางการแพทย์นั้น มีจรรยาบรรณวิชาชีพกำหนดไว้ชัดเจนว่า “แพทย์มีหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยเพื่อช่วยรักษาชีวิต (Lifesaving)” (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561, หน้า 2) การดำเนินกระบวนการของแพทย์เป็นการกู้ชีพโดยไม่ต้องขอความยินยอม (Consent Form) จากผู้ป่วยก่อนทำการรักษา และการรักษาพยาบาลจะเป็นไปตามองค์ความรู้ทางการแพทย์ จึงเป็นปัญหาว่าหากผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาพยาบาลแล้วแพทย์สามารถโต้แย้งหรือจำเป็นต้องปฏิบัติตามความต้องการ และจะเป็นการจัดต่อจรรยาบรรณแพทย์หรือไม่ และอาจต้องรับผิดชอบในการบกพร่องต่อหน้าที่ได้ ปัญหานี้ย่อมสร้างความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยที่ต้องการปฏิเสธการรักษา กับแพทย์ที่ทำการรักษาที่มีหน้าที่ต้องรักษาพยาบาลคนป่วยจนถึงที่สุดตามหลักจรรยาบรรณแพทย์

สิ่งที่เป็นปัญหาที่ผู้วิจัยนำไปสู่การหาข้อยุติก็คือ การพิจารณาในด้านสิทธิของผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชนที่เห็นว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เสมอภาคกันนั้น ผู้ป่วยก็ย่อมจะมีสิทธิในร่างกายของตนเอง หากเกิดเหตุการณ์ที่ตัวผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถรักษาต่อให้เป็นปกติเป็นเพียงแต่การยื้อชีวิต โดยตัวผู้ป่วยเองมีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ กรณีนี้ก็ย่อมจะมีสิทธิปฏิเสธการรักษาจากแพทย์ได้ตาม มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แต่ปัญหาที่ผู้วิจัยค้นพบคือ กรณีที่ผู้เจ็บป่วยอยู่ในสภาวะของการไม่อาจแสดงความรู้สึกหรือการรับรู้ใด ๆ ได้ และไม่สามารถรักษาหรือปฏิเสธการรักษาได้ บุคคลในครอบครัว หรือ บุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตร หรือญาติพี่น้องดูแลมีปัญหาในทางกฎหมายว่า จะสามารถที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้หรือไม่ และแพทย์ผู้ทำการรักษาจะปฏิบัติอย่างไร รวมถึงการใช้สิทธิในการขอตายโดยการรับยาเพื่อขอลดชีวิตของตนเอง

ปัญหาที่ผู้วิจัยได้ค้นพบข้างต้น ได้มีหลายประเทศยอมรับการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา หรือในกรณีที่ไม่ใช่ผู้ป่วยเองก็ให้วิธีตั้งตัวแทนล่วงหน้า หรือร้องขอต่อศาล (Surrogate Decision Makers) หรือในบางประเทศยอมรับในการใช้สิทธิขอตายโดยคำสั่งศาล สำหรับประเทศไทยก็เคยเผชิญกับปัญหาเช่นนี้มาก่อนจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2550 ได้ข้อยุติที่จะให้การรับรองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายโดยการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

มาตรา 12 บัญญัติว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรค
หนึ่ง แล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ

นอกจากนั้น ยังมีกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือ
แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต
หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 กฎกระทรวงฉบับนี้ กำหนดรายละเอียดในเรื่อง
การให้คำนิยามคำสำคัญในกฎหมาย เช่น “วาระสุดท้ายของชีวิต” หรือ “การทรมานจากการเจ็บป่วย”
และรายละเอียดในข้อมูลเพิ่มเติมถึงการทำหน้าที่แสดงเจตนาตามมาตรา 12 (แสวง บุญเฉลิมวิภาส,
2552) ผู้วิจัยเห็นว่ายังคงเป็นปัญหาที่ไม่ชัดเจนในเรื่องรูปแบบการแสดงเจตนาและวิธีการตรวจสอบ
ที่ไม่สามารถตรวจสอบได้ถึงความถูกต้องและการมีอยู่ของเอกสารแสดงเจตจำนง การยกเว้น
ความรับผิดชอบตามกฎหมายต่อผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุขที่ไม่มีข้อจำกัด ซึ่งเป็นสาระสำคัญ
และอันตรายที่จะทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุขอาจไม่ใช้ความระมัดระวังอย่างเต็มที่
ในการปฏิบัติหน้าที่ รวมถึงการขาดบทกำหนดโทษแก่บุคคลที่สามที่จงใจทำหนังสือแสดงเจตนาขึ้นมา
หรือการนำหนังสือแสดงเจตนามาใช้ หรือมีการแก้ไข เพิ่มเติม ตัดทอนหนังสือแสดงเจตนาสุดท้าย
กฎหมายยังขาดการโอนสิทธิไปยังตัวแทนที่มีการแต่งตั้งไว้ล่วงหน้า เพื่อใช้สิทธิแทนผู้แสดง
เจตนาในขณะที่ผู้แสดงเจตนาไม่สามารถใช้สิทธิได้ด้วยตัวเอง อีกทั้ง ได้มีประกาศสำนักงาน
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข
ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวง
กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553
เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข
และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ
ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย
ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2533 ซึ่งประกาศดังกล่าว
ก็มีหลายประเด็นต่อการอาจละเมิดและขาดการเคารพสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอต่อไป

จากที่กล่าวมานั้น ย่อมชี้ให้เห็นได้ว่าประเทศไทยก็ยอมรับการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยหรือ
ครอบครัวของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลในการป่วยวาระสุดท้าย แต่ก็ยังคงมีปัญหา คือ

- 1) ปัญหาการแสดงเจตนาล่วงหน้าไม่รับการรักษาพยาบาล (Living Will)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ได้บัญญัติให้สิทธิแก่บุคคล
ในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในรูปแบบการปฏิเสธการรักษา (Refuse
of treatment) หรือที่เรียกว่าการุณฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) โดยไม่ได้อนุญาตให้บุคคลใช้สิทธิ

ขอตายทั้งในแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือ การฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือใด ๆ ที่ทำให้การฆ่าตัวตายนั้นเกิดขึ้น (สารานุกรมไทย, 2562) เช่น การให้คำแนะนำ การสั่งจ่ายยาที่ทำให้ถึงแก่ความตาย การจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ โดยผู้ร้องขอจะเป็นผู้ลงมือปลิดชีวิตของตนเอง ทั้งที่สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายนี้ได้มีการรับรองอยู่ภายใต้กฎหมายรัฐธรรมนูญ ภายใต้หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และหลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา

กรณีผู้ป่วยขั้นรุนแรงสามารถจะปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้ซึ่งทำได้โดยการจัดทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาไม่รับการรักษา (Living Will) ซึ่งผู้ป่วยจะต้องทำการล่วงหน้าในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ ปัญหาก็คือหากผู้ป่วยที่ป่วยรุนแรงจนกระทั่งไม่สามารถรับรู้ใด ๆ ได้ซึ่งอาจเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน หากไม่ได้ทำ Living will ไว้ล่วงหน้าย่อมเป็นปัญหาแก่ครอบครัวที่เห็นว่าอาการเจ็บป่วยนั้น ไม่อาจจะรักษาได้และหากปล่อยให้อยู่ในการรักษาพยาบาลต่อไปก็ไม่สามารถยื้อชีวิตให้หายเป็นปกติหรือดีขึ้นได้ และขึ้นปล่อยให้ยังคงมีการรักษาอยู่เป็นการยื้อชีวิตที่ไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ มีแต่สร้างปัญหา ค่าใช้จ่ายที่มีเพิ่มและต่อเนื่อง

ปัญหาอีกประการหนึ่งก็คือการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าสำหรับไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หรือหนังสือแสดงเจตนาเพื่อตายที่เรียกว่า “Living Will” นั้น กฎหมายกำหนดให้ทำเป็นลายลักษณ์อักษร เท่านั้น (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) โดยไม่กำหนดให้เป็นแบบตามกฎหมายคือแบบแห่งนิติกรรมที่มีเจ้าหน้าที่รัฐรับรู้ และแม้กฎกระทรวงจะกำหนดรูปแบบในการแสดงเจตนาไว้แต่ก็ไม่ใช่แบบแห่งนิติกรรมตามกฎหมาย จึงนำไปสู่ปัญหามากมาย เช่น ที่มาของหนังสือที่นำมาแสดง ผู้ป่วย เป็นผู้จัดทำขึ้นเองหรือผู้อื่นทำขึ้นแทน ความสมบูรณ์ของการแสดงเจตนา วิธีการจัดเก็บและสถานที่จัดเก็บหนังสือแสดงเจตนา ปัญหาเหล่านี้ย่อมนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างเครือญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ในความถูกต้องและเชื่อถือได้ของหนังสือแสดงเจตนา

ปัญหาอีกประการหนึ่งก็คือ สิทธิในการแสดงเจตนาทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อตาย เป็นสิทธิเฉพาะตัวของผู้ป่วย และเป็นปัญหาว่าเป็นการทำนิติกรรมฝ่ายเดียวที่ยังคงต้องอิงความสามารถของผู้ทำตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ในการทำนิติกรรมหรือสัญญาซึ่งหากผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถแสดงเจตนาใด ๆ ได้จะต้องดำเนินการอย่างไรเพื่อให้ได้สิทธินี้จึงจะชอบด้วยกฎหมาย

2) การโอนสิทธิหรือมอบสิทธิของผู้ป่วยให้แก่บุคคลแก่เครือญาติ

การเจ็บป่วยนั้นอาจจะมีกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนาให้ครอบครัวทุกด้านของวิธีการที่ใช้รักษาหรือปฏิเสธการรักษาหรือการุณยฆาตเชิงรับ เช่น ไม่เจาะคอ ไม่ป้อนหัวใจ ไม่ใช่เครื่องมือแพทย์

บางชนิด หรือในบางกรณีที่ต้องมีการตัดสินใจนอกเหนือจากที่ได้ระบุไว้ เช่นการใช้สิทธิขอตาย
 ดังนั้น จะเป็นปัญหาทั้งต่อบุคลากรทางการแพทย์ และแก่เครือญาติ ที่จะตัดสินใจนอกเหนือจากที่ระบุ
 กรอบอำนาจการตัดสินใจไว้ เพราะกฎหมายก็ไม่ได้เปิดช่องให้สิทธิแก่เครือญาติที่จะใช้สิทธิ
 แทนผู้ป่วยในการตัดสินใจหรือไม่มีช่องทางที่จะไปร้องขอต่อศาลเพื่ดำเนินการบางสิ่งบางอย่าง
 ได้เลย

3) ปัญหาการตายแบบการุณยฆาต (Mercy Killing)

ปัญหาอีกปัญหาหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยที่สำคัญก็คือ การขอใช้สิทธิ
 การขอตายซึ่งบุคลากรทางการแพทย์สามารถดำเนินการให้ได้หากมีกฎหมายให้สิทธินี้ไว้
 ซึ่งการขอตายทางการแพทย์สามารถทำได้ 2 วิธี คือ แบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)
 ที่กระทำโดยการให้สารหรือวัตถุใด ๆ อันเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายกับแบบการฆ่าตัวตายภายใต้
 การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) (กระทรวงสาธารณสุข, 2555)
 หมายถึง การให้ความช่วยเหลือใด ๆ ที่ทำให้การฆ่าตัวตายนั้นเกิดขึ้น เช่น การให้คำแนะนำ
 การส่งจ่ายยาที่ทำให้ถึงแก่ความตาย การจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ โดยผู้ร้องขอจะเป็นผู้ลงมือปลิดชีวิต
 ของตนด้วยตนเอง ทั้ง 2 วิธีนี้ประเทศไทยยังไม่ให้การยอมรับและไม่ให้สิทธิแก่ผู้ป่วย เพราะถือว่าเป็น
 การฆ่าคนตายโดยเจตนาไตร่ตรองไว้ก่อนย่อมเป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา
 (มาตรา 288 ประมวลกฎหมายอาญา) และเป็นการขัดต่อหลักศาสนาพุทธ แต่ก็เป็นวิธีการที่
 หลายประเทศให้เป็นสิทธิของผู้ป่วย เช่น รัฐออริกอน สหรัฐอเมริกา (Unites State Oregon)
 ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ (Kingdom of the Netherlands) ราชอาณาจักรเบลเยียม (Kingdom of
 Belgium) สมาพันธรัฐสวิส (Swiss Confederation) หรือ สวิตเซอร์แลนด์ (Switzerland) และ
 สาธารณรัฐสิงคโปร์ (Republic of Singapore) ที่ผู้วิจัยจะศึกษาในบทต่อไป

ประเด็นนี้ ผู้วิจัยจะมาพิจารณาในแง่ของ สิทธิในชีวิตและร่างกายของผู้ป่วย และนำมา
 วิเคราะห์เพื่อศึกษาถึงความเป็นไปได้ในบริบทของประเทศไทย โดยมีเหตุผลสนับสนุน กล่าวคือ
 การที่ผู้ป่วยอาจอยู่ในสภาวะที่ได้รับความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจอย่างมากและอยู่ในสภาวะ
 ที่ไม่สามารถจะรักษาพยาบาลได้เพียงแต่ยื้อชีวิตไปเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม แม้ต่างประเทศจะยินยอม
 ให้สิทธินี้แก่ผู้ป่วยก็มีเงื่อนไขที่บุคลากรทางการแพทย์ผู้รักษาพยาบาลจะได้ใช้ประกอบการตัดสินใจ
 ใช้วิธีนี้ เช่น

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยขั้นรุนแรง และไม่อาจรักษา
 ให้หายได้ กระบวนการรักษาทางการแพทย์ได้แต่บรรเทาความเจ็บป่วยนั้น และสามารถทำได้แค่เพียง
 การดูแลแบบประคับประคอง ไม่ว่าจะเกิดขึ้นในการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น หรือ เกิดขึ้นจากผลภายหลัง
 การรักษาแล้ว

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยแบบไม่รู้สึกรู้สึ ไม่สามารถขยับหรือช่วยเหลือตนเองได้ หรือหลับอยู่เฉย ๆ ที่เรียกว่า เจ้าชายเจ้าหญิงนิทรา หรือเป็นผักเป็นปลา (Vegetable Stage)

กรณีที่ 3 ผู้ป่วย ป่วยหนักจนเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า วาระสุดท้ายของชีวิต (Last Stage of Life, End of Life) เพียงแค่ยึดการตายเท่านั้น

ทั้ง 3 กรณี ที่ได้เกิดขึ้นกับตัวของผู้ป่วยเป็นกรณีที่ผู้ป่วยยังคงมีชีวิตอยู่ แต่เป็นการมีชีวิตอยู่ที่ไม่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตใจ และประเด็นปัญหาที่ผู้วิจัยต้องการวิเคราะห์เป็นสำคัญ คือ สิทธิของผู้ป่วย การตัดสินใจกับร่างกายในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ หรือแม้แต่ผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ ตลอดจนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ไม่ครอบคลุมต่อการเจ็บป่วยในหลาย ๆ รูปแบบ ดังเช่นใน 3 กรณีหลักที่ผู้วิจัยกล่าวมาข้างต้น

สิทธิบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ไม่ได้ให้สิทธิผู้ป่วยในการมีเสรีภาพในการตัดสินใจในชีวิตและร่างกายผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ อาทิ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การพัฒนาการทางร่างกายและสมองบกพร่องตั้งแต่กำเนิด และไม่มีทางที่จะกลับมาหายได้ ในกรณีเช่นนี้มารดาผู้ป่วยก็ไม่มีทางใดในการจะใช้สิทธิขอให้ผู้ป่วยตายได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ได้เพียงแต่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปจนหมดอายุไขของผู้ป่วยเท่านั้น กรณีข้างต้นนี้จะเห็นได้ว่าไม่สามารถนำมาตรา 12 มาใช้ได้ ในทางกลับกันนอกจากการที่กฎหมายไม่ได้รับรองสิทธิในการให้ผู้ป่วยใช้สิทธิขอตายได้นั้นและมีชีวิตอยู่ต่อไปที่อาจจะกระทบปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วนั้น สภาพของผู้ป่วยในลักษณะอาการเช่นนี้ นักสิทธิมนุษยชนจะอ้างถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามหลักสิทธิมนุษยชนที่จะต้องได้รับการคุ้มครองแก่เจ้าของชีวิตและร่างกายในการตัดสินใจความเป็นอยู่ของตนเองการมีชีวิต จึงเป็นปัญหาของความขัดแย้งระหว่างสิทธิการเลือกมีชีวิตต่อไปหรือสิทธิในการยุติชีวิตของผู้ป่วย

4) ปัญหาความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุข

ประเด็นปัญหาที่สำคัญที่ผู้วิจัยค้นพบ กล่าวคือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ได้กำหนดให้ บุคลากรทางการแพทย์ย่อมไม่ต้องรับผิดชอบ หากมีหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลข้อบกพร่องของมาตรานี้ คือประเด็นของความถูกต้องสมบูรณ์ของหนังสือแสดงเจตนาที่หากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ตรวจสอบหรือประมาทเลินเล่อ กฎหมายมิได้กำหนดความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ไว้ นอกจากนี้ ข้อยกเว้นความรับผิดชอบในกรณีข้างต้น ยกเว้นให้เฉพาะบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้นและครอบคลุมเฉพาะทางกฎหมาย

แต่ไม่รวมถึงทางวินัย รวมไปถึงเครือญาติซึ่งเป็นบุคลากรนอกทางการแพทย์ที่อาจจะเชื่ออย่างสุจริตว่า หนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลเป็นหนังสือที่ถูกต้องจริงแต่หากปรากฏภายหลังว่าเป็นหนังสือที่ไม่ชอบและไม่สมบูรณ์

สรุปได้ว่า กลไกทางกฎหมายของประเทศไทยในข้อจำกัดของสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยยังมีปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดตามที่ผู้วิจัยได้กล่าวมาข้างต้น 4 ประการ ส่งผลกระทบต่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย บุคคลผู้เกี่ยวข้องผู้มีส่วนได้เสีย เช่น ญาติและแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม การศึกษากฎหมายของต่างประเทศพบว่า ยังมีกลไกทางกฎหมายอื่นที่เป็นทางออกของปัญหาดังกล่าว ซึ่งหลายประเทศย่อมมีกฎหมายรองรับสิทธิของผู้ป่วย เช่น สหรัฐอเมริกาที่มีกฎหมายกลางและกฎหมายภายในบังคับใช้ภายในรัฐต่าง ๆ ราชอาณาจักรเบลเยียม (Kingdom of Belgium) สมาพันธรัฐสวิส (Federal of Switzerland) และ สาธารณรัฐสิงคโปร์ (Republic of Singapore) มีกฎหมายที่ให้การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายหรือสิทธิในการตายแบบการุณยฆาตเชิงรุก หรือการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ หรือแบบการุณยฆาตเชิงรับ ไว้อย่างชัดเจน

จากที่กล่าวมานี้ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย บุคคลผู้เกี่ยวข้องผู้มีส่วนได้เสีย เช่น ญาติและแพทย์อย่างมีนัยสำคัญอย่างน้อย 4 ประเด็น ที่ยังไม่มีความตอบที่เป็นกฎหมายแสดงถึงการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ได้แก่

- 1) สิทธิในการขอตายด้วยความกรุณาแบบเชิงรุก (Mercy Killing) และการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS)
- 2) การโอนสิทธิหรือมอบสิทธิของผู้ป่วยให้แก่บุคคลผู้มีส่วนได้เสีย
- 3) แบบแห่งนิติกรรมในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข และ
- 4) ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีแนวคิดที่จะทำการศึกษาและวิจัยเพื่อนำไปสู่การจัดทำเป็นกฎหมายคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้าย ซึ่งแนวคิดเช่นนี้มีหลายประเทศที่มีกฎหมายคุ้มครองดังที่ได้กล่าวมาแล้วจึงเป็นกฎหมายที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์หาคำตอบได้ การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะทำการศึกษาและวิจัยหัวข้อเรื่อง “กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต”

1.2 ความสำคัญของปัญหา

จากความเป็นมาของปัญหาดังกล่าวมานั้น การวิจัยนี้จึงได้ให้ความสำคัญที่จะหาคำตอบในประเด็นดังต่อไปนี้เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต การวิจัยนี้จึงให้ความสำคัญในการศึกษาและวิเคราะห์ประเด็นหลัก โดยการวิจัยจะทำการทบทวนปรัชญา ทฤษฎี และหลักการที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์หาคำตอบตามประเด็นวิจัยที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย

1) ปรัชญา ทฤษฎี และหลักการที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎี หลักกฎหมาย แนวคิดทางกฎหมาย 6 ประเภท ได้แก่

- ปรัชญากฎหมายธรรมชาติ (Philosophy of School Natural Law)
- ปรัชญากฎหมายบ้านเมือง (Philosophy of School of Legal Positivism)
- ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม (Theory of Form of Juristic)
- ทฤษฎีว่าการแสดงเจตนา (Theory of Declaration of Intention)
- ทฤษฎีความรับผิดทางแพ่ง (Theory of Civil Liability)
- ทฤษฎีความรับผิดทางอาญา (Theory of Criminal Liability)

ทฤษฎี หลักกฎหมาย แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิ เสรีภาพในร่างกาย 3 ประเภท

- หลักสิทธิมนุษยชน (Human Rights Principle)
- หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity Principle)
- หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย (Principle of Right and Liberty of Personal Autonomy)

ทฤษฎี หลักกฎหมาย แนวคิดเกี่ยวกับ สิทธิ เสรีภาพ ของผู้ป่วย 5 ประเภท

- หลักสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมาย (Patient's Right Principle)
- หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient's Right to Self-Determination Principle)
- หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence Principle)
- หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non-Maleficence Principle)
- หลักความเป็นอิสระเป็นตัวเองของผู้ป่วย (Patient Autonomy Principle)

ทฤษฎี หลักกฎหมาย แนวคิดเกี่ยวกับ เจตนาในการทำนิติกรรม สัญญา 5 ประเภท

- หลักความยุติธรรม (Justice Principle)
- หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม (Freedom of Juristic Contract Principle)
- หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา (Autonomy of Will Principle)
- หลักการตายดี (Principle of a Good Death)
- หลักสุจริต (Principle of a Good Faith)

(1) ปรัชญาของสำนักกฎหมายธรรมชาติ

สำนักกฎหมายธรรมชาติ ซึ่งเป็นสำนักกฎหมายเป็นต้นกำเนิดของทุกสรรพสิ่งที่ยาวนานมากกว่าสองพันปีนับตั้งแต่สมัยกรีกโบราณมา 106-43 ก่อนคริสตกาลจนถึงปัจจุบัน โดยมีแนวคิดอันเป็นหัวใจสำคัญที่ว่า “กฎหมายธรรมชาติเป็นกฎหมายที่แท้จริง กล่าวคือ เป็นกฎและเหตุผลที่ชอบและสอดคล้องกับธรรมชาติ ใช้ได้เป็นสากล ดำรงอยู่ชั่วนิรันดร์และไม่ผันแปร” (Raymond Wacks, 2006, p. 22) ยิ่งไปกว่านั้น “กฎหมายธรรมชาติไม่ได้เป็นแนวคิดที่มนุษย์บัญญัติขึ้น แต่เป็นความจริงที่ดำรงอยู่ก่อนมนุษย์” (John Finnis, 2011, pp. 24-25) โดยสรุปกฎหมายธรรมชาติเป็นกฎเกณฑ์ตามธรรมชาติ ซึ่งมนุษย์เข้าถึงได้ด้วยเหตุผล และเหตุผลดังกล่าวก็คือเหตุผลตามธรรมชาติ (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2561, หน้า 21) ดังนั้น “กฎหมายธรรมชาติ (Natural Law)” เป็นกฎที่มีอยู่ก่อนและเป็นกฎหมายที่สูงกว่ากฎหมายที่มนุษย์บัญญัติขึ้น (Human Law) และกฎหมายที่มนุษย์บัญญัติขึ้นหรือที่เรียกว่ากฎหมายของบ้านเมืองต้องไม่ขัดกับกฎหมายธรรมชาติ (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2561, หน้า 22) ปรัชญาของสำนักกฎหมายธรรมชาตินี้มีความสำคัญต่อหลักสิทธิมนุษยชน สิทธิและเสรีภาพในด้านต่าง ๆ รวมถึง จะเห็นได้ว่า สิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต การใช้สิทธิขอตายด้วยความกรุณา ทั้งการใช้สิทธิการตายแบบการุณฆาตเชิงรุกหรือการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ หรือแบบการุณฆาตเชิงรับ สิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งที่ปรากฏอยู่ในธรรมชาติ และเป็นสิทธิที่มนุษย์จะต้องได้รับ กฎหมายไม่อาจห้ามหรือขัดขวางการใช้สิทธิดังกล่าวได้ หากพิจารณาถึงปรัชญาของสำนักกฎหมายธรรมชาติเห็นว่า “บุคคลทุกคนล้วนมีสิทธิ มีอำนาจในชีวิต อิสระภาพและทรัพย์สินโดยธรรมชาติ อันเป็นพื้นฐานสำคัญของคำว่า “สิทธิมนุษยชนที่มีอยู่ในปัจจุบัน” (John Locke ค.ศ. 1632-1704) ดังนั้น ผู้ป่วยจึงมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกแนวทาง มีเสรีภาพในการตัดสินใจ มีอิสระทางความคิดและความเท่าเทียมกันจึงเป็นรากฐานสำคัญของทฤษฎีนี้ (สมยศ เชื้อไทย, 2556, หน้า 16) ปรัชญาของสำนักกฎหมายธรรมชาติเป็นรากฐานของหลักสิทธิมนุษยชน จึงมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาและวิเคราะห์ในประเด็นหลักสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ดังนั้น จึงกำหนดเป็นประเด็นและความสำคัญที่ผู้วิจัยจะต้องศึกษาและวิเคราะห์ต่อไป

(2) ปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมือง

ตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 จนถึงปัจจุบัน ปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมือง (Philosophy of School of Legal Positivism) ได้ถือกำเนิดและมีอิทธิพลอย่างมากซึ่งมีกรอบแนวคิดที่เป็นหัวใจสำคัญโดยนักปรัชญาชาวอังกฤษ จอห์น ออสติน (John Austin ค.ศ. 1790-1859) กล่าวว่า “กฎหมายคือคำสั่งของรัฐาธิปัตย์” (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2561, หน้า 22) และนักปรัชญา

กฎหมายคนสำคัญ เช่น Jeremy Bentham ขอมรับเพียงกฎหมายที่ผ่านการนิติบัญญัติ และเนื่องจากสำนักกฎหมายบ้านเมืองเกิดถือกำเนิดขึ้นในยุคของความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ซึ่งเป็น “ยุคแห่งเหตุผล” แนวคิดของสำนักกฎหมายบ้านเมืองจึงทรงพลังอย่างมาก โดย Bentham ได้นำความเชื่อในเรื่องผลประโยชน์ของปัจเจกชนเป็นหลักใหญ่ไปสู่การปฏิรูปกฎหมายผนวกเข้ากับจริยธรรมเชิงอรรถประโยชน์ที่มุ่งเน้นผลประโยชน์สูงสุดของปัจเจกบุคคลเป็นเป้าหมายหลัก ส่งผลให้การสร้างกฎเกณฑ์ทางกฎหมายภายใต้แนวคิดของสำนักนี้มองว่ากฎหมายที่ดีคือ “กฎหมายที่ก่อให้เกิดความสุขมากที่สุดแก่บุคคลจำนวนมากที่สุด” (ปรีดี เกษมทรัพย์, 2545, หน้า 47-51) ดังนั้น การพิจารณาจริยธรรมทางกฎหมายในเชิงอรรถประโยชน์จึงพิจารณาว่าเป็นกฎหมายที่ก่อให้เกิดความสุขมากที่สุดแก่บุคคลจำนวนมากที่สุด (จรัญ โฆษณานันท์, 2554, หน้า 85) โดยมีเป้าหมายสำคัญ 4 ประการ คือ จัดหาปัจจัยสำหรับการดำรงอยู่ (Subsistence) สร้างสรรค์ความมั่งคั่งสมบูรณ์ (Abundance) ให้ความเสมอภาค (Equality) รักษาความมั่นคง (Security) หลักการดังกล่าวเน้นความมั่งคั่งของปัจเจกบุคคลอย่างสูงสุดในฐานะเป้าหมายหลักของการนิติบัญญัติ และประการสำคัญแนวคิดของสำนักกฎหมายบ้านเมืองไม่เคยยอมรับแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของปัจเจกบุคคลที่อยู่กับเรื่องกฎหมายธรรมชาติ Bentham คัดค้านเรื่องสิทธิธรรมชาติโดยอ้างว่าเป็นลัทธิอนาธิปไตย (Anarchical) และเป็นอันตรายต่อความเป็นระเบียบเรียบร้อยของรัฐ ในทัศนคติของ Bentham สิทธิของมนุษย์มิได้มีมาเองโดยธรรมชาติแต่หากได้มาจากกฎหมายเท่านั้น การกล่าวอ้างเรื่องสิทธิธรรมชาติถือเป็นการหลงทางในความคิด ทฤษฎีสิทธิธรรมชาติ จึงสมควรถูกยกเลิกไปพร้อมกับนำลัทธิอรรถประโยชน์เข้ามาใช้แทนที่ (ส. ศิวรักษ์, 2519, หน้า 247) ดังนั้นแนวคิดของปรัชญากฎหมายบ้านเมืองและจริยธรรมเชิงอรรถประโยชน์ จึงมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับประเด็นของการศึกษาและวิเคราะห์ที่จะนำไปสู่การสร้างกลไกทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

(3) ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม (Theory of Form of Juristic)

ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรมนั้นเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งทางกฎหมายที่จะกำหนดในเรื่องที่กฎหมายเห็นว่าสำคัญต้องมีการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด และมีกระบวนการที่จะเปิดเผยได้ เพราะนิติกรรมที่ต้องทำตามแบบและนิติกรรมที่ไม่ต้องทำตามแบบ และเมื่อเป็นนิติกรรมแล้วย่อมมีประเด็นที่จะต้องพิจารณาในเรื่องความสมบูรณ์ของนิติกรรม โฆษะกรรม หรือโมฆียกรรม ซึ่งการวิจัยนี้ผู้วิจัยมีประเด็นที่จะต้องศึกษาและวิเคราะห์ถึงแบบของการแสดงเจตนาของผู้ป่วย รวมถึงการแสดงเจตนาในเรื่องการใช้สิทธิขอตายด้วยความกรุณาหรือการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ ทั้งการรับยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงการแสดงเจตนาที่จะมอบสิทธิหรือโอนสิทธิให้กับบุคคลอื่นหรือการแสดงเจตนาแต่งตั้งตัวแทนหรือผู้มีส่วนได้เสีย การใช้สิทธิ

ดังกล่าวเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องกำกับดูแลและตรวจสอบได้ อีกทั้งยังมีผู้ที่เกี่ยวข้องหลายคน ดังนั้น ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรมจึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบของนิติกรรมรวมถึงหลักเกณฑ์และวิธีการของนิติกรรมเพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(4) ทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา (Theory of Declaration of Intention)

ทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา เป็นพื้นฐานของหลักกฎหมายเอกชนในเรื่อง บังเจกบุคคล ภายใต้หลักศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา ผลจะสมบูรณ์เมื่อคู่กรณีอีกฝ่ายหนึ่ง ได้ทราบถึงการแสดงเจตนาแล้ว เพื่อวินิจฉัยว่าการแสดงเจตนา นั้นสมบูรณ์หรือไม่ ตามหลัก ความศักดิ์สิทธิ์ในการแสดงเจตนาภายใต้ทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา จึงถือเป็นเรื่องที่สำคัญสูงสุด เนื่องจาก การแสดงเจตนาดังกล่าวเกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง อีกทั้งการแสดง เจตนา นั้นจะเป็นตัวยืนยันตามหลักการแสดงเจตนาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเคารพผู้ป่วยในการแสดง เจตนา จึงต้องทราบและตรวจสอบได้ถึงถึงการแสดงเจตนา นั้น ได้อย่างชัดเจน ทฤษฎีว่าด้วยการ แสดงเจตนาจึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและวิเคราะห์ ถึงความสมบูรณ์ของการแสดงเจตนาเพื่อนำคำตอบที่ได้มา ไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วย การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(5) ทฤษฎีความรับผิดทางแพ่ง (Theory of Civil Liability)

ทฤษฎีความรับผิดทางแพ่ง จะต้องรับผิดทางแพ่งต่อเมื่อมีการกระทำความผิด และมีความเสียหาย อย่างกรณีทางการแพทย์จะต้องรับผิดต่อการกระทำที่เป็นการประมาทเลินเล่อ ซึ่งเป็นความรับผิดทางละเมิดที่เกี่ยวกับชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สินหรือสิทธิของบุคคล ตามหลักแล้วผู้ใดทำละเมิดต่อบุคคลอื่น ผู้นั้นต้องชดใช้ค่าเสียหายและค่าสินไหมทดแทน ซึ่งเป็น หลักการทั่วไปของความรับผิดทางแพ่ง ความรับผิดทางแพ่งที่เกี่ยวข้อง ดังที่มีบทบัญญัติอยู่ใน ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มีลักษณะความรับผิดในลักษณะละเมิดและความรับผิดทางสัญญา ตามกฎหมายลักษณะสัญญา แต่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ได้มีบัญญัติ ยกเว้นความรับผิดทั้งปวงไว้ให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขไม่ต้องรับผิดตามกฎหมาย ทั้งกรณีจงใจหรือประมาทเลินเล่อ เท่านั้น โดยไม่รวมถึงทางวินัย หรือบุคลากรที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นญาติ ดังนั้น จึงเป็นปัญหาว่าถ้าผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข อาจกระทำโดยประมาทเลินเล่อก็จะได้รับประโยชน์จากการยกเว้นความรับผิดตามกฎหมาย หรือ ความรับผิดทางวินัยที่ไม่ได้รับการยกเว้น ในทางกลับกันกฎหมายยกเว้นความรับผิดให้กับเฉพาะ ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข ซึ่งไม่รวมถึงบุคคลอื่น เช่น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือแม้แต่เจ้าหน้าที่ของรัฐแต่อย่างใด ทั้งที่บุคคลเหล่านี้คือบุคคลที่อยู่ในกระบวนการโดยตรง

หรือโดยอ้อมในการใช้สิทธิดังกล่าวของผู้ป่วย ดังนั้นทฤษฎีทางความรับผิดชอบทางแพ่งจึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและวิเคราะห์ถึงความรับผิดชอบทางแพ่งเพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(6) ทฤษฎีความรับผิดชอบอาญา (Theory of Criminal Liability)

ทฤษฎีความรับผิดชอบอาญามีหลักพื้นฐานในเรื่องความรับผิดชอบอาญาจากการกระทำที่กระทำไปโดยเจตนา ประมาท หรือ งดเว้นการกระทำ ซึ่งเจตนาในทางกฎหมายอาญาจะแตกต่างกับทางแพ่ง เพราะในทางอาญานั้นมีทั้งเจตนาแบบประสงค์ต่อผล หรือเล็งเห็นผลทั้งสองแบบ ในส่วนความรับผิดชอบนั้นบุคคลใดกระทำความผิดผู้นั้นต้องรับผิดชอบในการกระทำความผิดของตน ความรับผิดชอบนั้นจะดูจากผลความเสียหายจากความผิดที่ตนได้กระทำไปมากน้อยเพียงไรนั้น จะขึ้นอยู่กับทฤษฎีต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์และปรับใช้กับข้อเท็จจริง ด้วยปัจจุบันผู้ประกอบการวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขไม่ต้องรับผิดชอบและได้รับยกเว้นความรับผิดทั้งปวงตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 การยกเว้นความรับผิดนี้เป็นการยกเว้นความรับผิดชอบอาญา ซึ่งอาจทำให้การปฏิบัติหน้าที่ทางวิชาชีพมีความบกพร่องจากความประมาทและไม่ต้องรับผิดชอบอาญา ทั้งที่บุคคลในภาวะเช่นนั้น และวิสัยหรือพฤติการณ์จะต้องใช้ความระมัดระวังมากกว่านั้น อีกทั้งยังไม่ได้ครอบคลุมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องที่นอกเหนือบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการศึกษาทำความเข้าใจทฤษฎีทางกฎหมายอาญาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นและสำคัญในการที่จะวางองค์ประกอบทางกฎหมายในการยกเว้นความรับผิด หรือเอาผิดกับบุคคลที่ควรจะต้องรับผิดชอบและรับโทษทางอาญา รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลอื่น ๆ เช่น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือแม้แต่เจ้าหน้าที่ของรัฐ เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(7) หลักสิทธิมนุษยชน (Human Rights Principle)

สิทธิมนุษยชน (Human Rights) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ โดยที่มนุษย์ทุกคนมีสิทธิ เสรีภาพในการใช้ชีวิต แสดงออกถึงความคิด การกระทำต่าง ๆ ซึ่งเป็นหลักและสิทธิที่สำคัญต่อความเป็นมนุษย์ มนุษย์ทุกคนควรมีความเท่าเทียมกัน มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และมีสิทธิ เสรีภาพ ความเสมอภาค โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย การมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือจะยุติชีวิตด้วยความการุณยนั้นเป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตการมีชีวิตเป็นเรื่องหนึ่งแต่การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพสำคัญกว่า การอยู่อย่างไม่มีคุณภาพอาจเป็นการขัดหรือละเมิดสิทธิมนุษยชน ดังนั้น คำว่าคุณภาพนั้น คือการมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชน

ได้รับการคุ้มครองไม่ว่าจะเป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หรือสนธิสัญญาระหว่างประเทศ กล่าวคือ ปณิญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ประกอบด้วย สิทธิพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน (Primary Right) ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) สิทธิส่วนบุคคล (Personal Right) ในกรณีผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต จะมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (The Patient's Right to Refuse Treatment) หรือสิทธิขอตายด้วยความกรุณา ทั้งแบบเชิงรุกและเชิงรับ ในกรณีหมดทางรักษาจริง ๆ แล้วแพทย์สามารถเลือกใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่จะช่วยผู้ป่วยได้ เพียงแต่ดูแลให้ถึงแก่ความตายตามธรรมชาติ แพทย์จะกระทำได้อีกเมื่อเป็นเจตนาของผู้ป่วยและผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษา หรือสิทธิขอตายด้วยความกรุณา ทั้งสิทธิขอตายแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ จะได้รับการรับรองและกระทำได้อย่างไรภายใต้สิทธิของมนุษย์ ในทางกลับกันการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรับรองและถูกจำกัดสิทธิดังกล่าว จะเป็นการลดทอนศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และเป็นการขัดต่อหลักสิทธิมนุษยชน ทั้งนี้ สิทธิมนุษยชนได้วางหลักเกณฑ์ขึ้นพื้นฐานเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายไว้ เพื่อให้ทุกคนมีสิทธิเสรีภาพ และความเท่าเทียมกัน โดยสิทธิการปฏิเสธการรักษานั้นเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของสิทธิผู้ป่วย และเป็นสิทธิมนุษยชน ดังนั้น หลักสิทธิมนุษยชนจึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและวิเคราะห์ถึงสิทธิความเป็นมนุษย์เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(8) หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity Principle)

หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่เพียงเป็นหลักคำคุณอันสูงสุดต่อความเป็นมนุษย์ แต่ยังเป็นหลักการอันสำคัญอย่างยิ่งต่อพื้นฐานการรับรองหรือไม่รับรองการใช้สิทธิขอตายด้วยความกรุณาแบบเชิงรุก การวางหลักกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิขอตายด้วยความกรุณา จึงจำเป็นต้องเข้าใจคำว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ว่าการขอตายหรือการมีชีวิตอยู่เพียงเพื่อยืดการตายแบบไหนเป็นการมีชีวิตอยู่ที่มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งที่จับต้องยาก และยากที่จะหาฎเกณฑ์หรือนิยามมากำหนดว่าสิ่งใดคือศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยชัดเจน (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2563) การที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือได้รับการทรมานจากการเจ็บป่วย ในโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ได้แต่เพียงเป็นการยืดการตายออกไปเท่านั้น โดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ ยาต่างๆ เพียงเพื่อรังชีวิตไว้มอมมอมการมีชีวิตอยู่แบบนี้กับการขอใช้สิทธิขอตายด้วยความกรุณา แบบไหนจะเป็นการเคารพและธำรงไว้ซึ่ง หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือแท้จริงแล้วทั้งสองแบบเป็นการเคารพหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพียงแต่การไม่รับรองสิทธิหรือการการไม่อนุญาตใช้สิทธิขอตายด้วยความกรุณานั้นต่างหากเป็นการลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดังนั้น การทำความเข้าใจหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ต้องรู้พัฒนาการ การจะ

ทำความเข้าใจนั้น จะต้องเข้าใจรากฐานแก่นแท้ ซึ่งจะเข้าใจผ่านประวัติศาสตร์ของแต่ละภูมิภาค ประเทศ วัฒนธรรม ธรรมเนียม ประเพณี ดังนั้น จึงมีความเชื่อว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้นมิได้อยู่โดยธรรมชาติ ไม่จำเป็นต้องรับรอง และยิ่งใหญ่กว่าสิ่งใด ๆ บางมุมมองมองถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้น ไม่ใช่หลักพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ แต่เป็นหลักสูงสุดของความเป็นมนุษย์

ในคริสต์ศาสนา มี เซนต์โทมัส อไควนัส เป็นคนแรกที่ใช้คำว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยภาษาละตินเขียนว่า Dignitas Humana (Human Dignity) โดยเชื่อว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่ถูกสร้างโดยพระเจ้า โดยถือว่าการที่มนุษย์ทุกคนมาอยู่รวมกันนั้นมีศักดิ์ศรีภายใต้สัญญาประชาคม ไม่ว่าจะเป็นผู้ปกครองหรือผู้ถูกปกครอง (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2563) รุสโซ และมองเตสกีเออร์ที่เสนอทฤษฎีที่มุ่งคุ้มครองสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยมุ่งเน้นความคุ้มครองชีวิตและร่างกายของปัจเจกชนเป็นหลัก ซึ่งถือเป็นแก่นสำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2563)

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีเป็นประเทศแรกที่ได้มีการบัญญัติคำว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” เป็นลายลักษณ์อักษรในรัฐธรรมนูญ ซึ่งมาจากอิมานูเอล คานท์ (Emanuel Kant) และได้รับการบัญญัติรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ในรัฐธรรมนูญสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน (The Basic Law of the Federal Republic of Germany) ซึ่งหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการรับรองและการพัฒนาหลัก ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รัฐธรรมนูญฝรั่งเศสไม่ได้มีการบัญญัติคำว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ แต่ก็ได้มีบทบัญญัติอยู่ใน คำประกาศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและพลเมือง ในปี 1789 และในปี 1981 และสหรัฐอเมริกาได้ประกาศใช้ Bill of Rights เป็นส่วนสำคัญต่อการรับรองและการพัฒนาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนถึงปัจจุบัน (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2563)

ในทางกลับกันทางโลกตะวันออก แนวความคิดทางด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีพื้นฐานมาจากทางศาสนาโดยตรง เช่น หลักพรหมวิหาร 4 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแนวคิดตะวันออกต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้นจะถูกผูกติดไว้กับความเชื่อแต่ละศาสนา โดยสรุปแนวคิดต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ระหว่างตะวันออกกับตะวันตกจึงมีพื้นฐานกรอบการสร้างทางความคิดและมุมมองความแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง โดยสรุปตะวันตกนั้นมองว่าศักดิ์ศรีความภายใต้แนวคิดทางปรัชญา แต่ทางตะวันออกนั้นได้นำศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์กับทางศาสนา (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2563)

หากแต่การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจที่จะยุติชีวิตของตนเองเพราะอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือได้รับการทรมานจากการเจ็บป่วยนั้น ผู้ป่วยจะตัดสินใจได้มากน้อยเพียงใด ยังมีความเห็นต่าง การเห็นต่างนั้นมีหลักสำคัญจากหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แม้กระทั่งกฎบัตรสหประชาชาตินี้มีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกันอย่างมากกับปฏิญญาสากลว่าด้วย

สิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights, 1948 “UDHR”) การที่ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือมีชีวิตอยู่ได้ด้วยเพราะเครื่องมือแพทย์เพียงช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย (Life Sustaining Procedure) การอยู่แบบทุกข์ทรมาน น่าจะเป็นการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง (Dehumanization) และเป็นการทำลายศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เมื่อเป็นเช่นนั้นการที่ผู้ป่วยใช้สิทธิขอตายด้วยความกรุณาแบบการุณยฆาตเชิงรุก หรือการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ จะเป็นการเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจในร่างกายและชีวิตของตนเอง และไม่เป็นการขัดกับหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิมนุษยชน ดังนั้นหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและวิเคราะห์ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(9) หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย (Principle of Right and Liberty of Personal Autonomy)

หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกายเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิพลเมืองปรากฏในหลักการ “สิทธิมนุษยชน” ซึ่งเป็นพื้นฐานของกฎหมายรัฐธรรมนูญ สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2561, หน้า 187-188) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จะต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา หรือการปฏิเสธการดูแลรักษาซึ่งมีผลต่อชีวิต หรือร่างกายของตนเอง โดยมนุษย์ทุกคนมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิต ร่างกายของตนเองได้อย่างอิสระ โดยเฉพาะในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยซึ่งเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิต ปัจจุบันได้มีการบัญญัติรับรองสิทธิและเสรีภาพในร่างกายไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุด ดังนั้น หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย จึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและวิเคราะห์ถึงสิทธิในร่างกายของมนุษย์เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(10) หลักสิทธิผู้ป่วย (Patient’s Rights Principle)

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย เป็นหลักสากลที่ยอมรับกันหลายประเทศ ประเทศไทยก็ได้ให้การยอมรับและรับรอง หากแต่ประเทศไทยได้มีกำหนดเพิ่มเติมถึงหน้าที่ของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน การคำนึงถึงความประสงค์และการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญสูงสุด เพราะจะเป็นสิ่งที่ยืนยันการอนุญาตและความชอบธรรมในการดูแลรักษา คำประกาศสิทธิผู้ป่วยสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนตามกฎหมาย ดังนั้น หลักสิทธิผู้ป่วย จึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและวิเคราะห์ถึงสิทธิของผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(11) หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient's Right to Self-Determination Principle)

หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญยิ่ง เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์จะมีสิทธิในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ก็ต่อเมื่อได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับทราบถึงข้อมูลของตนเองอย่างเพียงพอแล้ว ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจ ยินยอมให้รักษาพยาบาล รวมถึงสิทธิในการเลือกแนวทางการรักษาพยาบาล ไปตลอดจนถึงสิทธิการปฏิเสธการรักษา ซึ่งสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยนี้เป็นสิทธิอันศักดิ์สิทธิ์ที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความเคารพ การตัดสินใจของผู้ป่วยภายใต้หนังสือให้ความยินยอม (Informed Consent หรือ Consent Form) ดังนั้น จึงเป็นการยืนยันหลักพื้นฐานของสิทธิผู้ป่วยในการยอมรับการรักษา หรือการปฏิเสธการรักษา รวมถึงการตัดสินใจใด ๆ ในชีวิตและร่างกายของผู้ป่วย ดังนั้นหลักการตัดสินใจของผู้ป่วย จึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและวิเคราะห์ถึงสิทธิและความศักดิ์สิทธิ์ในการตัดสินใจต่อร่างกายของผู้ป่วย เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(12) หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence Principle)

หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ถือว่าเป็นหลักที่มีการถูกใช้และมีการตีความไปมากกว่าหนึ่งด้านเสมอ ซึ่งส่วนมากมักจะถูกตีความว่าผู้ที่บอกได้ว่าอะไรเป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ก็คือตัวผู้ป่วยเอง อย่างไรก็ตาม หลักจริยธรรมกับการดูแลผู้ป่วยใกล้เคียงกับหลักที่ตรงกันข้ามกับหลักการแสดงเจตนา เนื่องจากหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยไม่ได้มุ่งค้นหาความต้องการอันแท้จริงของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยต้องการปฏิเสธการรักษาหรือไม่ แต่หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยกลับมุ่งค้นหาการรักษาโดยอาศัยเครื่องมือยึดชีวิตที่ขอให้เพิกถอนนั้น เป็นการรักษาที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือไม่ หากเป็นการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้ว ศาลก็จะอนุญาตให้เพิกถอนการรักษาได้ หลักเกณฑ์ในการวัดหรือการวางกรอบการใช้หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นทางภาวะวิสัย (Objective Standard) ดังกรณีซึ่งศาลในอังกฤษได้ถือหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นหลักในการพิจารณาเพิกถอนการใช้เครื่องมือยึดชีวิต และภายหลังได้มีบัญญัติเป็นลายลักษณ์อักษรใน “Mental Capacity Act 2005” ทั้งนี้ เคยมีคดีในประเทศอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับการขอเพิกถอนการใช้เครื่องมือยึดชีวิตอยู่หลายคดีที่ศาลปรับใช้หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยในการพิจารณา ดังเช่น คดี Airedale NHS Trust v Bland คดี Law Hospital และ NHS Trust v Lord Advocate เป็นต้น (รติกร กุลวรกุลพิทักษ์, 2558, หน้า 75-76) ดังนั้น จึงควรนำหลักการคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย มาศึกษาและวิเคราะห์ จึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและถึงกระนั้นจะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(13) หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non – Maleficence Principle)

หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เป็นหลักจริยธรรมทางการแพทย์ ที่กำกับให้บุคลากรทางการแพทย์คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้นจะต้องกระทำด้วยความจริงใจต่อผู้ป่วย การบอกผลการตรวจ การแจ้งข่าวร้าย ไม่ว่าจะกรณีใด ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบผลการตรวจที่ครบถ้วนประกอบการตัดสินใจแนวทางในการรักษาหรือไม่รักษา ถ้าโกหกผู้ป่วยหรือบอกความจริงไม่ครบถ้วน และจะส่งผลอาจก่อให้เกิดอันตรายจะกระทำไม่ได้ จะต้องพิจารณาประโยชน์ เปรียบเทียบกับผลไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้น (Possible Adverse Effects) แก่ผู้ป่วยเป็นหลัก โดยหลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเป็นหลักการสากลที่จะให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ดังนั้นหลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจึงเป็นความสำคัญที่จะนำมาวิเคราะห์เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(14) หลักความเป็นอิสระเป็นตัวเองของผู้ป่วย (Patient Autonomy Principle)

หลักความเป็นอิสระเป็นตัวเองของผู้ป่วย เป็นหลักการเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ดำเนินการให้มั่นใจว่า ผู้ป่วยไม่ได้ ถูกไม่ถูกกดดัน ไม่ถูกโน้มน้าว ไม่ว่าจะผลจะร้ายหรือรุนแรงแค่ไหน และมีสิทธิที่จะได้ค้นหาข้อมูลแนวทางต่าง ๆ ด้วยตนเองตัดสินใจอย่างมีอิสระเมื่อแพทย์ทราบผลการตรวจ แพทย์จึงเป็นคนสำคัญที่จะแจ้งผลซึ่งแม้จะเป็นการแจ้งข่าวร้าย (Inform Bad News) รวมถึงแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (Advance Care Planning) ให้ครบถ้วนและถูกต้อง ดังนั้น หลักความเป็นอิสระเป็นตัวเองของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและถึงกระนั้นว่าผู้ป่วยมีอิสระและเป็นของตัวเอง เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(15) หลักความยุติธรรม (Justice Principle)

เป็นหลักที่คอยกำกับบุคลากรที่แม้ว่าจะรู้สึกขัดกันกับหลักจริยธรรมและประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย (Beneficence) ไม่ว่าจะสถานผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร เช่น เพศ สีดิว หรือเชื้อชาติ ศาสนา ในช่วงอยู่ภาวะสงคราม ผู้ป่วยที่ใกล้ความตายควรได้รับโอกาสแบบเดียวกัน ยิ่งวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสม หลักความยุติธรรมถือเป็นหนึ่งในหลักจริยธรรมกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในช่วงการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและถึงกระนั้นว่ามีความยุติธรรม เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(16) หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม (Freedom of Juristic Contract Principle)

“นิติกรรม หมายความว่า การกระทำของ “บุคคล” โดยชอบด้วยกฎหมายและมุ่งต่อการผูกนิติสัมพันธ์ขึ้นระหว่างบุคคล เพื่อการก่อสิทธิ เปลี่ยนแปลงสิทธิ โอนสิทธิ สงวนสิทธิ หรือระงับซึ่งสิทธิ” ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 149 นิติกรรมนั้น ไม่ใช่นิติเหตุ อาจเป็นนิติกรรมฝ่ายเดียว นิติกรรมสองฝ่าย หรือหลายฝ่ายก็ได้ แต่นิติกรรมจะสมบูรณ์หรือไม่นั้นมีหลายประเด็นที่ต้องดูเช่นกัน เช่น นิติกรรมไม่ขัดต่อกฎหมาย ไม่เป็นเรื่องพ้นวิสัย หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ตามมาตรา 150 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ นิติกรรมนั้นเป็นไปตามหลักกฎหมายเอกชน เป็นการเกิดจากนิติสัมพันธ์ระหว่างบุคคล บุคคลจึงมีเสรีภาพในการทำนิติกรรม ตราบเท่าที่โดยที่บุคคลที่ทำนิติกรรมนั้นจะต้องแสดงเจตนาที่ไม่บกพร่องหรือวิปริต เช่น เจตนาซ่อนเร้น เจตนาลวง เจตนาอำพราง เป็นต้น ส่วนที่สำคัญคือ หลักการแสดงเจตนา ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและถึงกระนั้นว่าสิทธิขอตายและการปฏิเสธการรักษาเป็นเสรีภาพในการทำนิติกรรม เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(17) หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา (Autonomy of Will Principle)

“หลักเรื่องความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา” เป็นหัวใจสำคัญต่อหลักกฎหมายเอกชน ที่รับรองปัจเจกบุคคลที่จะเข้าทำนิติกรรม เพราะเป็นการยืนยันการก่อสิทธิ ในการผูกนิติสัมพันธ์ในสิทธิ หน้าที่และภาระผูกพัน ในคู่สัญญาหรือผู้ทำนิติกรรม หลักสำคัญการแสดงเจตนาจะต้องไม่มีความบกพร่อง หรือวิปริต กล่าวคือ เป็นความเต็มใจและเข้าใจในสิ่งที่แสดงออกไป โดยไม่ใช่เกิดจากการข่มขู่ กลั่นแกล้ง หรือสำคัญผิด ดังนั้น หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนาจึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและถึงกระนั้นว่าความศักดิ์สิทธิ์ในการแสดงเจตนาขอตายหรือการปฏิเสธการรักษา เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(18) หลักการตายดี (Principles of a Good Death)

มนุษย์ทุกคนต้องตาย แต่ทุกคนมีความความหวังว่าจะตายดี หลักการตายดี คือ ตายอย่างมีสติ รู้ตัว ไม่กลัว ไม่ทรมาน ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตจะต้องไม่ใช่เพียงแต่ดูแลรักษาและวางแผนทางร่างกายอย่างเดียว แต่ต้องดูแลรักษาทางด้านอารมณ์และจิตวิญญาณด้วย ดังนั้น หลักการตายดีมาศึกษาและวิเคราะห์จึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและถึงกระนั้นว่าขั้นตอนและรูปแบบของหลักการตายดี

ต้องทำอะไรและมีอะไรบ้าง เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

(19) หลักสุจริต (Principles of a Good Faith)

หลักสุจริต (Good Faith) ถือได้ว่าเป็นหลักกฎหมายทั่วไป มีอยู่ทั้งในกฎหมายเอกชน กฎหมายมหาชน และกฎหมายปกครอง และกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ รวมถึงกฎหมายวิธีสบัญญัติ (Procedural Law) และกฎหมายสารบัญญัติ (Substantive Law) เป็นหลักสำคัญที่เชื่อมโยงกับหลักคุณธรรม จริยธรรม และความเชื่อทางศาสนา สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้นการสุจริตต่อผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ต้องใช้ในทุกระดับตั้งแต่การตรวจ การรายงานผลการดูแลรักษา รวมถึงการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตแบบการดูแลประคับประคอง หลักการสุจริต มาศึกษาและวิเคราะห์จึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษา เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

2) สภาพการณ์ของปัญหาการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

ตั้งแต่ในอดีตมีผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่อาจหายจากการเจ็บป่วยได้ และการป่วยที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต ข้อเท็จจริงประจักษ์ว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยที่ได้รับทุกข์ทรมานหรือเป็นผู้ป่วยที่แพทย์มีความเห็นว่าไม่สามารถรักษาให้หายและอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ก่อนปี 2550 ไม่มีกฎหมายรับรองสิทธิของผู้ป่วย ในการแสดงเจตนาขอตายด้วยความการุณย์ หรือการปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้าใด ๆ เลย ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือได้รับการทรมานจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ไม่สามารถยุติการรักษาเพื่อขอตายได้ การตัดสินใจจากคนรอบข้างไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท เป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วยมาโดยตลอด รวมถึงผู้ประกอบการวิชาชีพเพราะไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย โดยที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่อาจทราบถึงเจตนาอันแท้จริงของผู้ป่วยได้ ในทางกลับกันก็ได้มีการหยุดการดูแลรักษาภายใต้การตัดสินใจของญาติผู้ป่วย ทั้งที่ไม่อาจทราบได้ถึงความประสงค์อันแท้จริงของผู้ป่วย และผู้ป่วยไม่มีโอกาสตัดสินใจในร่างกายของตนเองได้อย่างมีอิสระ และเสรีภาพทุกด้าน

สภาพการณ์ปัญหาการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและการได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยของกฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและการได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันยังมีปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดต่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในเรื่องการใช้สิทธิขอตายด้วยวิธีการุณยฆาต (Marcy Killing) ไม่ว่าจะในแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือการฆ่าตัวตายภายใต้

การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) รวมถึงการทำกรณขมาตแบบเชิงรับ (Passive Euthanasia) ดังนั้นกฎหมายดังกล่าวยังคงเป็นปัญหาที่ต้องการรับรองสิทธิขอตายของผู้ป่วยและเป็นการจำกัดสิทธิผู้ป่วยเพราะกฎหมายดังกล่าวเพียงแต่ให้สิทธิทั่วไปของบุคคลประเทศไทยก็ยอมรับถึงปัญหาข้อเท็จจริงเรื่องนี้จึงมีการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมีบทบัญญัติแสดงถึงการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายในมาตรา 12 ให้สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขเพื่อยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งก็ยังคงมีปัญหาในทางกฎหมายอยู่หลายประเด็นและแม้ว่าจะมีกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 แต่ก็ยังคงมีปัญหาในเรื่อง การรับรองสิทธิขอตายด้วยความกรุณาคุณสมบัติของบุคคลผู้แสดงเจตนา หลักเกณฑ์และรูปแบบหนังสือที่อาจเป็นปัญหาในเรื่อง ความถูกต้องสมบูรณ์ คุณสมบัติที่ต้องมีและต้องห้ามของพยาน รวมถึงความรับผิดชอบและความรับผิดชอบทางวินัยตามวิชาชีพ และบุคคลทั่วไป จึงเป็นประเด็นสำคัญที่นำไปสู่การวิจัยเพื่อให้ได้คำตอบที่แสดงถึงสถานการณ์ของปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดจากกฎหมายที่มุ่งคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้าย

3) กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศและกฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

สิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายเป็นสิทธิมนุษยชนประการหนึ่งที่ทำให้การคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่เป็นสากลและหลายประเทศ และหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หลักการตายดี ดังนั้นการวิจัยนี้จึงได้ให้ความสำคัญที่จะนำเอากฎหมายมหาชนระหว่างประเทศและกฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์หาคำตอบที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยต่อไป

กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศหลายฉบับมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนสิทธิของผู้ป่วย ตามที่ปรากฏในตราสารระหว่างประเทศ ได้แก่ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 (The Universal Declaration of Human Right, 1948) ปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2524 (The World Medical Association declaration on the Rights of the Patient, 1981)

ปฏิญญาเรื่อง ยูธานาเซียของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2562 (The World Medical Association Declaration on Euthanasia, 2019) คำแถลงเรื่อง เอกสารเจตนาล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2546 (The World medical Association Statement on Advance Directives, 2003 (“Living Wills”) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของยุโรป พ.ศ. 2496 (European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms, 1953 “ECHR”) ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในยุโรปขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2537 (A declaration on the Promotion of Patients’ Right in Europe World Health Organization, 1994) ที่จะพิจารณาศึกษาต่อไป

สำหรับกฎหมายต่างประเทศหลาย ๆ ประเทศ ได้แก่ รัฐออริกอน สหรัฐอเมริกา (Unites State, Oregon) ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ (Kingdom of the Netherlands) ราชอาณาจักรเบลเยียม (Kingdom of Belgium) สมาพันธรัฐสวิส (Swiss Confederation) หรือ สวิตเซอร์แลนด์ (Switzerland) และ สาธารณรัฐสิงคโปร์ (Republic of Singapore) ที่มีกฎหมายคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่สำคัญหลายประการ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงได้กำหนดเป็นความสำคัญของปัญหาที่จะต้องทำการศึกษาวิเคราะห์หาลักษณะที่สำคัญของกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ กฎหมายของประเทศต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยของประเทศไทย

4) โครงสร้างของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

ในการปรับปรุงแก้ไขหรือเพิ่มเติมกฎหมายที่จะให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่แท้จริงได้นั้นการวิจัยได้ให้ความสำคัญต่อการหาคำตอบถึงโครงสร้างของกฎหมายโดยการนำเอาข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากวิธีวิทยาการวิจัยที่กำหนดไว้รวมทั้งการเปรียบเทียบกฎหมายของต่างประเทศเพื่อให้ได้สาระสำคัญหลักที่แสดงให้เห็นถึงการคุ้มครอง และการเคารพสิทธิของผู้ป่วย เคารพหลักการแสดงเจตนา และมีบทบัญญัติที่มีความชัดเจนในเรื่องแบบของนิติกรรม รวมถึงความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุข จึงเป็นความสำคัญที่จะต้องศึกษาและวิเคราะห์หาคำตอบโดยคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชน หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หลักตายดีตามหลักกฎหมายสากล และสอดคล้องกับหลักสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุด

5) การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต คำตอบที่ได้มาจากการวิจัยตามประเด็นต่าง ๆ ที่กำหนดไว้นั้นจะนำไปสู่การจัดทำเป็นกฎหมายต้นแบบ (Model Law) ที่มีบทบัญญัตินำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวงและประกาศที่มีบทบัญญัติที่ชัดเจนเพื่อนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาและวิจัย ปรัชญา ทฤษฎีและหลักการ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย
2. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์แห่งปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยของไทยในปัจจุบัน
3. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ และกฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย
4. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์องค์ประกอบของโครงสร้างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย
5. เพื่อจัดทำกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

3. ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาไว้ 3 ด้าน คือ

3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้กำหนดขอบเขตเนื้อหาสำหรับจัดทำกฎหมายต้นแบบเพื่อจัดทำสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจในชีวิตและร่างกายตนเอง ดังต่อไปนี้

- 1) ปรัชญา ทฤษฎีและหลักการ เกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย
 - (1) ปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติ (Philosophy of School Natural Law)
 - (2) ปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมือง (Philosophy of School of Legal Positivism)
 - (3) ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม (Theory of Form of Juristic)
 - (4) ทฤษฎีว่าการแสดงเจตนา (Theory of Declaration of Intention)
 - (5) ทฤษฎีทางความรับผิดชอบแพ่ง (Theory of Civil Liability)
 - (6) ทฤษฎีทางความรับผิดชอบอาญา (Theory of Criminal Liability)
 - (7) หลักสิทธิมนุษยชน (Human Rights Principle)
 - (8) หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity Principle)
 - (9) หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย (Principle of Right and Liberty of Personal Autonomy)
 - (10) หลักสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมาย (Patient's Right Principle)

- (11) หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient's Right to Self-Determination Principle)
- (12) หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence Principle)
- (13) หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non-Maleficence Principle)
- (14) หลักความเป็นอิสระเป็นตัวเองของผู้ป่วย (Patient Autonomy Principle)
- (15) หลักความยุติธรรม (Justice Principle)
- (16) หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม (Freedom of Juristic Contract Principle)
- (17) หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา (Autonomy of Will Principle)
- (18) หลักการตายดี (Principle of a Good Death)
- (19) หลักสุจริต (Principle of a Good Faith)

2) มาตรการทางกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ

- (1) ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 (The Universal Declaration of Human Rights, 1948)
- (2) ปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2524 (The World Medical Association declaration on the Rights of the Patient, 1981)
- (3) ปฏิญญาเรื่อง ยูธานาเซียของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2562 (The World Medical Association Declaration on Euthanasia, 2019)
- (4) คำแถลงเรื่อง เอกสารเจตนาล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2546 (The World medical Association Statement on Advance Directives, 2003 (“Living Wills”))
- (5) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของยุโรป พ.ศ. 2496 (European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms, 1953 “ECHR”)
- (6) ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในยุโรปขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2537 (A declaration on the Promotion of Patients' Right in Europe World Health Organization, 1994)

3) มาตรการทางกฎหมายต่างประเทศ

- (1) สหรัฐอเมริกา รัฐออริกอน Oregon - Death with Dignity Act, 1997 (พ.ศ. 2540)
- (2) ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ กล่าวคือ The Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act, 2002 (พ.ศ. 2545)
- (3) ราชอาณาจักรเบลเยียม กล่าวคือ The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002 (พ.ศ. 2545)
- (4) สมาพันธรัฐสวิส (Swiss Confederation) หรือ สวิตเซอร์แลนด์ (Switzerland) กล่าวคือ

(4.1) Swiss Criminal Code 114-115

(4.2) EXIT A.D.M.D. Suisse Romande

(5) สาธารณรัฐสิงคโปร์ กล่าวคือ Advance Medical Directive Act, 1996 (พ.ศ. 2539)

4) มาตรการทางกฎหมายไทย

(1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

(2) ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

(3) ประมวลกฎหมายอาญา

(4) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

(5) กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

(6) ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

ประเด็นศึกษาและวิเคราะห์

การศึกษาเกี่ยวกับกฎหมายต้นแบบในสิทธิขอตายและการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย มีประเด็นวิเคราะห์ดังนี้

(1) สิทธิของผู้ป่วยในสิทธิขอตายด้วยความกรุณา ทั้งในแบบการุณยฆาตเชิงรุกหรือการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ และการใช้สิทธิไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในกรณีบุคคลนั้นอยู่เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

(2) สิทธิและสภาพปัญหาอุปสรรคข้อจำกัดของ โอนหรือมอบสิทธิของผู้ป่วยแก่บุคคลอื่น และการแต่งตั้งบุคคล เช่น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสียโดยผ่านกระบวนการทางศาล

(3) การกำหนดหลักเกณฑ์และรูปแบบการแสดงเจตนาการทำนิติกรรมในการขอใช้สิทธิขอตายและการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ เพื่อเป็นแบบตามกฎหมาย

(4) เหตุและเงื่อนไขการยกเว้นความรับผิดชอบในทางแพ่งและทางอาญาให้กับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและบุคคลทั่วไป

(5) โครงสร้างองค์ประกอบของกฎหมายต้นแบบในสิทธิการขอตายและการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ของผู้ป่วยอยู่เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

3.2 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการวิจัยตามวิธีวิทยาการวิจัยที่กำหนดไว้ประกอบด้วยหลายภาคส่วน โดยแบ่งออกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทั้งทางการแพทย์ ทางกายภาพ ผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุข ภาคประชาชน นักจิตวิทยา และนักกฎหมายโดยเป็นบุคคลทั่วไป ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีสิทธิ หน้าที่ และเกี่ยวข้องโดยตรงต่อสิทธิขอตายด้วยความกรุณา หรือสิทธิการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

3.3 ขอบด้านพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น โดยเป็นการสำรวจ เรียนเชิญประชากรผู้มีส่วนร่วม พื้นที่ในกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาล พื้นที่ดูแลผู้สูงอายุ

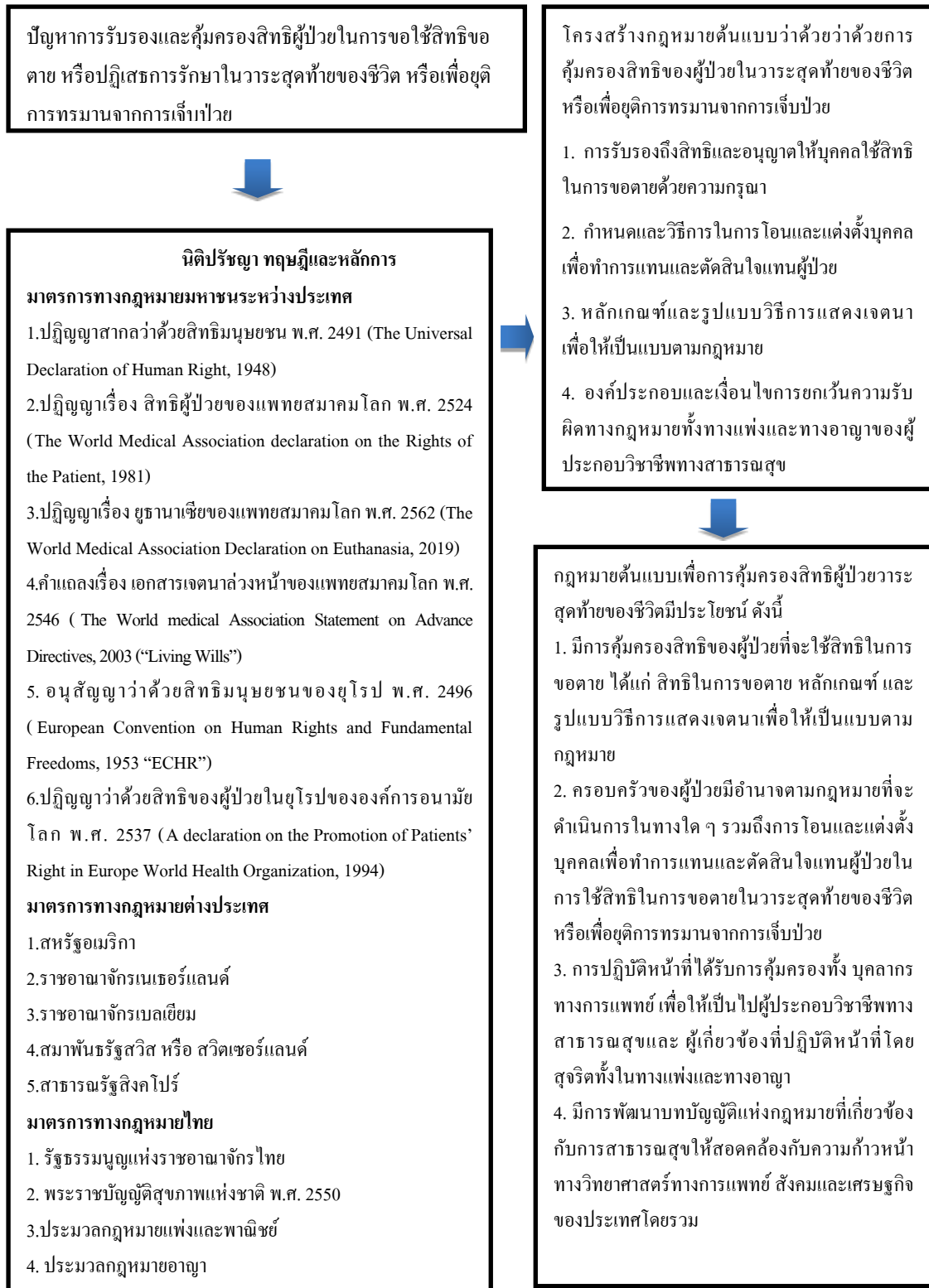
สำหรับ พื้นที่ในการร่วมออกแบบหรือสถานที่ใช้ในการสัมมนาระดมการศึกษาร่วม ออกแบบการวิจัยนี้ได้กำหนด กำหนด 2 สถานที่ กล่าวคือ คือ การมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ (Participatory, Co-Design) จัดวันที่ 11 กรกฎาคม 2563 ณ มหาวิทยาลัยศรีปทุม กรุงเทพมหานคร และการรับฟังความคิดเห็น (Hearing) จัดวันที่ 9 ธันวาคม 2564 โรงแรมที เค พาเลส แอนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพมหานคร

4. กรอบแนวคิดและสมมติฐานของการวิจัย

4.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Theoretical Framework)

การวิจัยเพื่อการรับรองและคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในการขอใช้สิทธิขอตาย หรือปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้นำนิตยปรัชญา แนวคิด ทฤษฎีและหลักการที่สำคัญ กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ กฎหมายต่างประเทศและกฎหมายของประเทศไทยมาวิเคราะห์เพื่อจัดทำโครงสร้างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยโดยมีโครงสร้างกฎหมาย ประกอบด้วย การรับรองถึงสิทธิและอนุญาตให้บุคคลใช้สิทธิในการขอตายด้วยความกรุณา การกำหนดและวิธีการในการโอนและแต่งตั้งบุคคลเพื่อทำการแทนและตัดสินใจแทนผู้ป่วย หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนาเพื่อให้เป็นแบบตามกฎหมาย และองค์ประกอบและเงื่อนไขการยกเว้นความรับผิดชอบกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุข จะทำให้ได้กฎหมายต้นแบบที่เป็นประโยชน์ต่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต

ที่จะใช้สิทธิในการขอตาย โดยมี หลักเกณฑ์ และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนาเพื่อให้เป็นแบบตาม กฎหมายที่ชัดเจน และสิทธิดังกล่าวนี้ส่งผลต่อการคุ้มครองครอบครัวของผู้ป่วยให้มีอำนาจ ตามกฎหมายที่จะดำเนินการในทางใด ๆ รวมถึงการ โอนและแต่งตั้งบุคคลเพื่อทำการแทนและ ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการใช้สิทธิในการขอตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจาก การเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ประกอบ วิชาชีพทางสาธารณสุขและ ผู้เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติหน้าที่โดยสุจริตทั้งในทางแพ่งและทางอาญา อีกทั้ง ส่งผลต่อการพัฒนาบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ (คูภาพประกอบที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย)



ภาพประกอบที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4.2 สมมติฐานการวิจัย

“สิทธิของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ก็เป็นเพียงให้สิทธิบุคคลในการแสดงเจตนาเพื่อตายไว้วางหน้า หรือพินัยกรรมชีวิต (Living Will) เท่านั้น แต่ยังไม่มีการรับรองสิทธิและอนุญาตให้บุคคลมีสิทธิในการใช้สิทธิขอตายด้วยความกรุณา (Mercy Killing) ทั้งในแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือการฆ่าตัวตายภายใต้ การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) หรือในแบบการุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) ในกรณีบุคคลนั้นอยู่เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติ การทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งในทางกฎหมายของหลาย ๆ ประเทศได้มีการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยแล้ว การมีกฎหมายเฉพาะคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตโดยมีสาระสำคัญของกฎหมาย ประกอบด้วย การรับรองสิทธิขอตายด้วยความกรุณาแบบการุณยฆาตเชิงรุก คุณสมบัติผู้ทำหนังสือ แสดงเจตจำนงขอตาย หลักเกณฑ์ทางเอกสารประกอบการยื่นคำขอตาย คุณสมบัติพยาน แบบพินัยกรรมชีวิตตามกฎหมาย ความรับผิดชอบและการยกเว้นความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้อง”

5. คำถามการวิจัย

ในการศึกษาและวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดคำถามการวิจัย ดังนี้

- 1) ปรัชญา ทฤษฎี และหลักการเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้าย มีอะไรบ้าง
- 2) สภาพการณ์ของการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในการใช้สิทธิขอตายด้วยความกรุณา (Mercy Killing) ทั้งในแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) หรือในแบบการุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) ในกรณีบุคคลนั้นอยู่เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยของประเทศไทยเป็นอย่างไร
- 3) การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในการใช้สิทธิขอตาย ในกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ และกฎหมายต่างประเทศเป็นอย่างไร
- 4) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายมีในกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศอะไรบ้าง และมีกฎหมายต่างประเทศอะไรบ้าง

5) การรับรองถึงสิทธิและอนุญาตให้บุคคลใช้สิทธิในการขอตายแบบการุณยฆาตเชิงรุก หรือแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย บุคคลผู้มีส่วนได้เสีย และผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุขอย่างไร

6) วิธีการในการ โอนและแต่งตั้งบุคคลเพื่อทำการแทนและตัดสินใจแทนผู้ป่วยควรมี หลักเกณฑ์อย่างไร

7) รูปแบบ วิธีการแสดงเจตนาของผู้ป่วยควรมีรูปแบบอย่างไร

8) องค์ประกอบและเงื่อนไขการยกเว้นความรับผิดชอบทางกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา ของผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุขประกอบไปด้วยหลักเกณฑ์อย่างไร

9) โครงสร้างกฎหมายเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายมีองค์ประกอบ อะไรบ้าง

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

จากผลการศึกษาและวิจัยทำให้ได้กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ในวาระสุดท้าย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย เนื่องจากมีหลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่ชัดเจนในการคุ้มครองสิทธิ ของผู้ป่วยที่จะใช้สิทธิในการขอตาย ได้แก่ สิทธิในการขอตาย หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการ แสดงเจตนาเพื่อให้เป็นแบบตามกฎหมาย

2. เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวของผู้ป่วย เนื่องจากมีหลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่ชัดเจน ที่ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีอำนาจตามกฎหมายที่จะดำเนินการในทางใด ๆ เกี่ยวกับสิทธิของ ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายซึ่งเป็นอำนาจที่เกิดจากการแสดงเจตนาโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ป่วย รวมถึงการ โอนและแต่งตั้งบุคคลเพื่อทำการแทนและตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการใช้สิทธิในการขอตาย ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

3. เป็นประโยชน์ต่อผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุข เนื่องจากมีหลักเกณฑ์ทางกฎหมาย ที่ชัดเจนที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้เป็นไปตาม ความประสงค์อันแท้จริงของผู้ป่วยและเป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วย รวมถึงมีหลักเกณฑ์ทางกฎหมาย ที่คุ้มครองผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติหน้าที่โดยสุจริตทั้งในทางแพ่ง และทางอาญา

4. เพื่อพัฒนาบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขที่มีบทบัญญัติที่ สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

กฎหมาย หมายความว่า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

กฎกระทรวง หมายความว่า กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ภายใต้มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ประกาศ หมายความว่า ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย (Declaration of Patient's Rights) หมายความว่า เป็นหลักสากลที่เป็นที่ยอมรับ และใช้กันทั่วโลกอยู่ภายใต้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)

คุณภาพมาตรฐานสากล หมายความว่า มาตรฐานของ Joint Commission International

วาระสุดท้ายของชีวิต หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการโรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

การทรมานจากการเจ็บป่วย หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

การปฏิเสธการรักษา หมายความว่า ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับทราบผลการตรวจและคำแนะนำในการดูแลรักษาจากแพทย์แล้วแต่ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับการรักษาใด ๆ รวมถึงการให้ยา (Refusal of Treatment)

การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หมายความว่า การุณยฆาตที่กระทำโดยการให้สารหรือวัตถุใด ๆ อันเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย

การุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) หมายความว่า การุณยฆาตที่กระทำโดยการตัดการรักษาให้แก่ผู้ป่วย

การุณยฆาตเชิงสงบ (Non-Aggressive Euthanasia) หมายความว่า การุณยฆาตที่กระทำโดยการหยุดให้ปัจจัยดำรงชีวิตแก่ผู้ป่วย

การุณยฆาตโดยตัดการรักษา (Passive Euthanasia หรือ Negative Euthanasia) หมายความว่า การปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปเอง (Letting the Patient Go) เป็นวิธีที่ปฏิบัติกันทั่วไปในสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้รหัส “90” (เก้าศูนย์) เขียนไว้ในบันทึกการรักษา มีความหมายว่าผู้ป่วยคนนี้ไม่ต้องให้การรักษาอีกต่อไป และไม่ต้องช่วยยืดชีวิตในวาระสุดท้ายอีก ปล่อยให้นอนตายสบาย

การุณยฆาตโดยเจตจำนงและโดยตรง (Voluntary and Direct Euthanasia) หมายความว่า การที่ผู้ป่วยเลือกปลงชีวิตตนเอง (Chosen and Carried Out by the Patient) เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขวางยาที่มีปริมาณมากเกินไปจนทำให้ผู้รับเข้าไปตายได้ หรือยาอันเป็นพิษไว้มาก ๆ ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยตัดสินใจหยิบกินเอง

การุณยฆาตโดยเจตจำนงแต่โดยอ้อม (Voluntary and Indirect Euthanasia) หมายความว่า การที่ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าแล้วว่าถ้าไม่รอดก็ขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขกระทำการุณยฆาตแก่ตนเสีย โดยอาจแสดงเจตจำนงเช่นว่าเป็นหนังสือ หรือเป็นพินัยกรรมซึ่งเรียกว่า “พินัยกรรมชีวิต (Living Will)” ก็ได้

การุณยฆาตโดยไร้เจตจำนงและโดยอ้อม (Involuntary and Indirect Euthanasia) หมายความว่า ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอความตาย แต่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสังเคราะห์ให้เพราะความสงสาร

การฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือใด ๆ ที่ทำให้การฆ่าตัวตายนั้นเกิดขึ้น เช่น การให้คำแนะนำ การส่งจ่ายยาที่ทำให้ถึงแก่ความตาย การจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ โดยผู้ร้องขอจะเป็นผู้ลงมือปลิดชีวิตของตนด้วยตนเอง

กฎหมายต้นแบบ (Model Law) หมายความว่า กฎหมายที่มีหลักเกณฑ์ในการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษากฎหมายสำหรับสิทธิของผู้ป่วย เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยการนำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 มาสู่การวิเคราะห์ปัญหาการรับรองและอนุญาติสิทธิในการขอตายด้วยความกรุณา (Mercy Killing) ทั้งในแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือในแบบการุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) และการใช้สิทธิไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ในกรณีบุคคลนั้นอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยทั้งระบบ โดยทบทวนวรรณกรรมจากกฎหมายในประเทศที่มีอยู่ในปัจจุบัน กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ กฎหมายต่างประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลที่ใช้ประกอบการวิเคราะห์แนวทางสำหรับเพื่อจัดทำกฎหมายต้นแบบในสิทธิขอตายและการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย จึงได้กำหนดการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 นิติปรัชญา ทฤษฎีและหลักการ เกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย
- ส่วนที่ 2 กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของผู้ป่วย
- ส่วนที่ 3 กฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของผู้ป่วย
- ส่วนที่ 4 กฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของผู้ป่วยของประเทศไทย

1. นิติปรัชญา ทฤษฎีและหลักการเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย

การทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อนี้จะเป็นการทบทวนนิติปรัชญา ทฤษฎีและหลักการที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย ซึ่งเป็นประเด็นที่การวิจัยนี้ได้กำหนดไว้เป็นความสำคัญของปัญหาที่จะต้องศึกษาวิเคราะห์เนื่องจากการวิจัยนี้ได้แก่ (1) ปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติ (Philosophy of School Natural Law) (2) ปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมือง (Philosophy of School of Legal Positivism) (3) ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม (Theory of Form

of Juristic) (4) ทฤษฎีว่าการแสดงเจตนา (Theory of Declaration of Intention) (5) ทฤษฎีความรับผิดชอบทางแพ่ง (Theory of Civil Liability) (6) ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา (Theory of Criminal Liability) (7) หลักสิทธิมนุษยชน (Human Rights Principle) (8) หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity Principle) (9) หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย (Principle of Right and Liberty of Personal Autonomy) (10) หลักสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมาย (Patient's Right Principle) (11) หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient's Right to Self-Determination Principle) (12) หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence Principle) (13) หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non-Maleficence Principle) (14) หลักความเป็นอิสระเป็นตัวเองของผู้ป่วย (Patient Autonomy Principle) (15) หลักความยุติธรรม (Justice Principle) (16) หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม (Freedom of Juristic Contract Principle) (17) หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา (Autonomy of Will Principle) (18) หลักการตายดี (Principle of a Good Death) (19) หลักสุจริต (Principle of a Good Faith) โดยทฤษฎีและหลักการที่กล่าวมานี้ มีความสำคัญต่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้

1.1 ปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติ (Philosophy of School Natural Law)

แนวคิดเรื่องปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติเป็นหลักการสำคัญต่อสิทธิการขอตายด้วยความการุณย์ ไม่ว่าจะเป็นแบบการุณฆฆฆฆฆฆฆฆฆฆฆ (Active Euthanasia) หรือการช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) เพื่อให้ตาย ซึ่งปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติมองว่าเป็นสิทธิที่มีอยู่โดยธรรมชาติที่ไม่จำเป็นต้องมีกฎหมาย โดยมีนักปรัชญาเมธีกรีกนามเฮราคลิตุส (Heracitus) เป็นนักปรัชญากรีกได้พยายามค้นหาสิ่งที่จะเกี่ยวกับธรรมชาติ โดยเฉพาะความจริงเกี่ยวกับแก่นสารของชีวิต และได้ค้นพบว่า “ธรรมชาติคือความสัมพันธ์ของสรรพสิ่ง แก่นสารคือธรรมชาติ และแก่นสารของชีวิตนั้นเป็นสิ่งที่อยู่ในธรรมชาติ ประกอบด้วยจุดหมายปลายทาง ระเบียบและเหตุผลอันแน่นอน อีกทั้งแก่นสารนั้นเป็นระเบียบและเหตุผลซึ่งไม่อาจผันแปรได้ กฎเกณฑ์ซึ่งใช้เป็นตัวควบคุม “แก่นสารของชีวิต” ย่อมปรากฏอยู่แล้วในธรรมชาติ” ดังนั้น คำว่า “แก่นสาร” นั้นเป็นเรื่องที่ยอมรับว่าในชีวิตมนุษย์นั้นมิเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นไปตามหลักทางธรรมชาติ และไม่มีสิ่งใดที่จะขัดขวางวงล้ออันนี้ไปได้ แต่ก็ไม่มีใครพูดถึงการทรมานก่อนเสียชีวิต แท้จริงแล้วการทรมานนั้นเป็นหนึ่งในวงล้อของวงจรชีวิตที่เกิดขึ้นต่อมนุษย์อยู่ตลอดเวลา (รองพล เจริญพันธ์, 2529, หน้า 12)

ศาสตราจารย์ ดร. สุณีย์ มัลลิกะมาลย์ อธิบายว่า “ปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติ (Philosophy of School Natural Law) มีแนวคิดว่าธรรมชาติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและมีอยู่ตามธรรมชาติ ไม่มีผู้ใดสร้างขึ้นมา กฎหมายขึ้นอยู่กับเหตุผลซึ่งมีอยู่แล้วในธรรมชาติและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงไป

โดยอำนาจ (Power) หรือตามอำเภอใจ (Arbitrary will) ของผู้มีอำนาจ กฎหมายธรรมชาติต้องมาจากความรู้สึกรีกคิดของบุคคลทั่วไปว่าเป็นความถูกต้อง เป็นธรรม ที่ทุกคนจะได้รับ ยังคงมีอยู่เป็นนิรันดร์ ไม่มีผลย้อนหลัง (Non-retroactivity) เป็นกฎเกณฑ์ที่ต้องไม่มีผลย้อนหลัง มนุษย์มีธรรมชาติที่ดี มีจิตใจโอบอ้อมอารีไม่เห็นแก่ตัว ธรรมชาติของมนุษย์มีสิทธิ เสรีภาพอย่างไม่จำกัด แต่ไม่มีความมั่นคง เมื่อมีสิทธิธรรมชาติได้ก็มีหน้าที่ตามธรรมชาติ และคุณค่าต่าง ๆ ตามธรรมชาติเกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นสาระของกฎหมายธรรมชาติ การมีกฎเกณฑ์ที่มนุษย์สร้างขึ้นมานั้นจะอยู่เหนือธรรมชาติ ไม่ได้เพราะธรรมชาติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและมีอยู่ตามธรรมชาติ ไม่มีผู้ใดสร้างขึ้นมามนุษย์จึงมีสิทธิตามธรรมชาติ และไม่ว่ามนุษย์จะอยู่แห่งหนใดสิทธิธรรมชาติก็จะตามติดไปด้วยเป็นนิรันดร์ สิทธิธรรมชาตินี้จึงอยู่เหนือสิทธิอื่นที่มนุษย์สร้างขึ้นมา”

นักวิชาการจะแบ่งช่วงสมัยของกฎหมายธรรมชาติออกเป็นสามช่วง ได้แก่ (1) ทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติสมัยต้นเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและกระทำของมนุษย์ โดยสอดคล้องกับหลักธรรมชาติและยึดหลัก “เหตุผล” ที่ไม่ขัดหรือแย้งกับธรรมชาติ (2) ทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติสมัยกลาง มาจากแนวคิดที่ประชากรพลเมืองอยู่ร่วมกัน นำเอาสามัญสำนึก เหตุผลอันชอบธรรม ความจริง จริยธรรม คุณธรรม ความยุติธรรม จารีตประเพณี และศีลธรรม มารวมประกอบกัน และ (3) ทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติสมัยใหม่ เป็นเพียงอุดมคติของกฎหมายที่จะบัญญัติขึ้นเท่านั้น การออกกฎหมายใด ๆ ที่มีความขัดหรือแย้งต่อกฎหมายธรรมชาติ กฎหมายที่ขัดหรือแย้งถือว่าไม่มีค่าโดยสมบูรณ์ แต่ไม่มีผลเป็นโมฆะ แต่หลักกฎหมายจะต้องมีความเป็นธรรม มีคุณค่า มีเหตุผลอันชอบธรรมตามธรรมชาติ และมีหลักศีลธรรมของกฎหมาย โดยเฉพาะแนวความคิดพื้นฐานหลักจนไปถึงหลักกฎหมายสูงสุดของมนุษย์ ได้มีวิวัฒนาการทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติมีมาก่อนทฤษฎีกฎหมายบ้านเมือง เป็นหลักสำคัญที่พัฒนาสิทธิขึ้นพื้นฐานไม่ว่าจะเป็น สิทธิ เสรีภาพของมนุษย์ สิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และตั้งอยู่บนหลักการและเหตุผลธรรมชาติหลักแห่งสิทธิเสรีภาพและการเสมอภาค (ปรีดี เภมทรัพย์, 2560, หน้า 126-128) และ สเตราส์ ลีโอ (1968) อธิบายว่า ทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติสมัยใหม่ มีการพัฒนาตามยุคสมัยเป็นอย่างมากและเป็นการผสมผสาน ระหว่างยุคโรมันกับปรัชญาต่าง ๆ ตามทฤษฎีสัญญาทางสังคม ซึ่งถูกใช้ควบคู่กับสำนักกฎหมายบ้านเมือง ในช่วงต้นทศวรรษของศตวรรษที่ 21 จริย โฆษณานันท์ (2532) มองว่าแนวความคิดของสำนักกฎหมายธรรมชาติในศตวรรษที่ 21 เป็นแนวความคิดทางกฎหมายแบบมาร์กซิสต์ (Marxist Theory of Law) และแนวความคิดสังคมนิยมทางกฎหมาย (Legal Realism) นอกจากนี้ยังได้ผสมผสาน ทฤษฎีนิติศาสตร์เชิงสังคมวิทยา (Sociological Jurisprudence) เพื่อปรับให้ทันกับยุคสมัยของปัจจุบัน

สำหรับการวิจัยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น เป็นการวิจัยถึงสิทธิในการตัดสินใจในชีวิตร่างกายของตนเองภายใต้ความเจ็บป่วยอันไม่อาจรักษาให้หายได้ ไม่ว่าจะอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ เป็นกฎธรรมชาติในเรื่องของชีวิตและความตาย ซึ่งเป็นสิทธิที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน เป็นสิทธิที่ไม่อาจจ่ายโอนกันได้ อันเป็นสิทธิควบคู่กับความเป็นมนุษย์ ซึ่งทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติมีแนวคิดที่สำคัญว่า “บุคคลทุกคนล้วนมีสิทธิมีอำนาจในชีวิต อิสระภาพและทรัพย์สิน โดยธรรมชาติ อันเป็นพื้นฐานสำคัญของคำว่า “สิทธิมนุษยชน” (John Locke ค.ศ. 1632-1704) การที่ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจ เลือกแนวทาง มีเสรีภาพในการตัดสินใจมีอิสระทางความคิดและความเท่าเทียมกันจึงเป็นรากฐานสำคัญของทฤษฎีนี้ (สมยศ เชื้อไทย, 2556, หน้า 16)

จากการทบทวนวรรณกรรมปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติ (Philosophy of School Natural Law) ข้างต้น สิทธิการยุติชีวิต หรือการปฏิเสธการรักษาเป็นสิทธิที่มีอยู่โดยธรรมชาติ จึงมีความสัมพันธ์กับการวิจัยโดยตรง เนื่องจากแนวคิดเรื่อง “สิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” มีรากฐานมาจากแนวคิดของปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติ (Philosophy of School Natural Law) ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติควบคู่ไปกับการศึกษาหลักสิทธิมนุษยชน (Human Rights Principle) (8) หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity Principle) หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย (Principle of Right and Liberty of Personal Autonomy) หลักสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมาย (Patient’s Right Principle) หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient’s Right to Self-Determination Principle) เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมเหตุผลในทางนิติปรัชญาอันเป็นพื้นฐานแห่งสิทธิของผู้ป่วย สำหรับการร่างกฎหมายต้นแบบต่อไป

1.2 ปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมือง (Philosophy of School of Legal Positivism)

ปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมือง (Philosophy of School of Legal Positivism) มีความแตกต่างจากทฤษฎีหลักกฎหมายธรรมชาติในทุกมิติ โดยสำนักนี้ถือกำเนิดมาในช่วงของการปฏิรูปกฎหมายในช่วงศตวรรษที่ 19 ซึ่งมีภูมิหลังและเหตุผลทางการเมืองเป็นปัจจัยหลัก เพราะเป็นช่วงของการปฏิรูปกฎหมายซึ่งถือกำเนิดและขยายตัวในช่วงการฟื้นฟูรัฐชาติสมัยใหม่ (Nation State) ที่มีดินแดนและมีการปกครองเหนือดินแดนที่แน่นอนตายตัว ตลอดจนการกำเนิดและการพัฒนาของชาติดำเนินไปในท่ามกลางการขึ้นมามีอำนาจในสังคมของชนชั้นกลางพร้อม ๆ กับการเสื่อมลงของระบบศักดินา จุดนี้เองนำไปสู่แนวคิดที่ว่ารัฐมีความจำเป็นต้องมีอำนาจเด็ดขาดเพื่อการจัดการสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลง โครงสร้างด้านต่าง ๆ อีกทั้งความจำเป็นที่จะต้องสร้างความชอบธรรมหรือความศักดิ์สิทธิ์เด็ดขาดในการใช้อำนาจรัฐอย่างอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพิงการสนับสนุนจากศาสนจักร

ทำให้เกิดแนวคิดทางการเมืองหรือทฤษฎีทางการเมืองรวมทั้งทฤษฎีทางกฎหมายที่สนับสนุนความชอบธรรมของการใช้อำนาจโดยเด็ดขาดของรัฐในการตรากฎหมายต่าง ๆ ขึ้นเพื่อบังคับใช้ในการปกครองประเทศ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้สำนักกฎหมายบ้านเมืองมีกรอบแนวคิดที่เป็นหัวใจสำคัญว่า “กฎหมาย คือคำสั่งของรัฐอธิปไตย” (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2561, หน้า 22) โดยมีนักปรัชญากฎหมาย Jeremy Bentham ได้ยอมรับเพียงกฎหมายที่ผ่านการนิติบัญญัติ และต่อต้านแนวคิดของสำนักกฎหมายธรรมชาติ โดยเฉพาะหลักกฎหมายธรรมชาติที่สนับสนุนความมีอยู่ของสิทธิตามธรรมชาติ (Natural Rights) ปรัชญากฎหมายธรรมชาติเป็นอุปสรรคต่อการปฏิรูปกฎหมาย ความเชื่อในเรื่องผลประโยชน์ของปัจเจกชนเป็นหลักใหญ่นำไปสู่การปฏิรูปกฎหมายให้สอดคล้องกลับหลักอรรถประโยชน์

แนวคิดของปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมืองผนวกเข้ากับจริยธรรมเชิงอรรถประโยชน์ ทำให้มีบทบาทเป็นนัยยะสำคัญต่อการบัญญัติกฎหมายที่มุ่งเน้นผลประโยชน์สูงสุดของปัจเจกบุคคล และเป็นเป้าหมายหลักของสำนักกฎหมายบ้านเมืองที่ว่า “กฎหมายที่ก่อให้เกิดความสุขมากที่สุดแก่บุคคลจำนวนมากที่สุด” (ปรีดี เกษมทรัพย์, 2545, หน้า 47-51) ดังนั้น การพิจารณาจริยธรรมทางกฎหมายในเชิงอรรถประโยชน์จึงพิจารณาว่าเป็นกฎหมายที่ก่อให้เกิดความสุขมากที่สุดแก่บุคคลจำนวนมากที่สุด (จรัญ โฆษณานันท์, 2554, หน้า 85) โดยมีเป้าหมายสำคัญ 4 ประการ คือ (1) จัดหาปัจจัยสำหรับการดำรงอยู่ (Subsistence) (2) สร้างสรรค์ความมั่งคั่งสมบูรณ์ (Abundance) (3) ให้ความเสมอภาค (Equality) และ (4) รักษาความมั่นคง (Security) เบนเชมได้กล่าวไว้ว่า “สิทธิของมนุษย์มิได้มีมาเองโดยธรรมชาติแต่หากได้มาจากกฎหมายเท่านั้น” การกล่าวอ้างเรื่องสิทธิธรรมชาติถือเป็นการหลงทางในความคิดทฤษฎีสิทธิธรรมชาติจึงสมควรถูกยกเลิกไปพร้อมกับนำลัทธิอรรถประโยชน์เข้ามาใช้แทนที่ (ศ. ศิวรักษ์, 2519, หน้า 247) และศาสตราจารย์ ดร. สุณีย์ มัลลิกะมาลย์ กล่าวว่า “สำนักกฎหมายบ้านเมือง หรือ ปฏิฐานนิยม (School of Positivism) ยึดเอากฎหมายที่มาจากผู้มีอำนาจสูงสุดที่เป็นองค์อธิปไตย เป็นคำสั่งที่มาจากผู้ปกครองที่มีอำนาจสูงสุดเป็นกฎหมายที่ต้องปฏิบัติตาม และ กฎหมายดำรงอยู่ได้ต้องมีคนบัญญัติที่เป็นผู้มีอำนาจสูงสุดและตามกระบวนการบัญญัติกฎหมายที่ถูกต้องและมีความเชื่อมโยงกับบรรทัดฐานทางกฎหมายที่มีศักดิ์สูงกว่า จึงทำให้กฎหมายบ้านเมืองอยู่เหนือกว่าและมีสภาพบังคับเสมอไม่ว่าจะมีเนื้อหาอย่างไร กฎหมายจึงเป็นคำสั่ง (Law as a Command) โดยมีบ่อเกิดแห่งกฎหมาย คือ องค์อธิปไตย (Sovereignty) กฎหมาย คือ คำสั่ง คำบัญชาของรัฐอธิปไตย มีการลงโทษบุคคลที่ไม่เชื่อฟังคำสั่ง ดังนั้น หากเป็นคำสั่งของบุคคลใด หรือองค์กรใดที่ไม่ใช่รัฐอธิปไตย ก็จะไม่อยู่ในความหมายของกฎหมาย กฎหมายจึงไม่จำเป็นที่จะต้องเกี่ยวข้องกับจริยธรรมแต่การจะเป็นกฎหมายที่ดีนั้นคงยังต้องแฝงคุณค่าทางจริยธรรมอยู่ด้วย”

ประเทศไทยได้รับอิทธิพลของปรัชญาสำนักกฎหมายฝ่ายบ้านเมือง เนื่องจากพระเจ้าบรมวงศ์เธอ พระองค์เจ้ารพีพัฒนศักดิ์ กรมหลวงราชบุรีดิเรกฤทธิ์ ผู้ทรงได้รับการยกย่องว่าเป็นพระบิดาแห่งกฎหมายไทยได้สำเร็จการศึกษาจากประเทศอังกฤษและได้รับอิทธิพลจากปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมืองมาพัฒนากฎหมายของไทยโดยพระองค์ทรงกล่าวว่า “กฎหมายคือคำสั่งทั้งหลายของผู้ปกครองว่าการแผ่นดินต่อราษฎรทั้งมวล เมื่อไม่ทำตามแล้วย่อมต้องได้รับโทษ” ซึ่งแนวคิดของสำนักกฎหมายบ้านเมืองที่พระบิดาแห่งกฎหมายไทยได้วางหลักการที่สำคัญไว้นั้น ได้มีอิทธิพลต่อประเทศไทยดังจะเห็นได้จากการนิยามความหมายของคำว่า “กฎหมาย” จากนักนิติศาสตร์ไทยที่สำคัญ ๆ หลายท่าน เช่น ศาสตราจารย์ หลวงจำรูญ เนติศาสตร์ อดีตประธานศาลฎีกา อธิบายว่า “กฎหมาย เป็นคำสั่งหรือข้อห้ามซึ่งมนุษย์ต้องเคารพในความประพฤติต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน อันมาจากรัฐาธิปไตยหรือหมู่วมวลมนุษย์ มีลักษณะทั่วไปใช้บังคับได้เสมอไปแล้วจำต้องปฏิบัติตาม หรือ ศาสตราจารย์ หยุต แสงอุทัย ได้อธิบายไว้ว่า “กฎหมายคือข้อบังคับของรัฐซึ่งกำหนดความประพฤติของมนุษย์ ถ้าฝ่าฝืนจะได้รับผลร้ายถูกลงโทษ” เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า แนวคิดทางนิติปรัชญา (Legal Philosophy) ของทั้งสองสำนักมีความสำคัญต่อการวิจัยนี้ เนื่องจากจะต้องพิจารณาว่าการตรากฎหมาย หรือการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนั้นสอดคล้องกับหลักการสำคัญของหลักนิติปรัชญาของสำนักใด หรือขัดแย้งกับหลักนิติปรัชญาของสำนักกฎหมายใดหรือไม่อย่างไร ดังนี้

1) ปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติ (Philosophy of School Natural Law) เนื่องจากแนวคิดเรื่อง “สิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” มีรากฐานมาจากแนวคิดของปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติ (Philosophy of School Natural Law) ซึ่งการสร้างกลไกทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนั้นจะต้องพิจารณาว่าขัดต่อหลักการสำคัญของนิติปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติหรือไม่ อย่างไร โดยจะต้องพิจารณาควบคู่ไปกับหลักสิทธิมนุษยชน (Human Rights Principle) หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity Principle) หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย (Principle of Right and Liberty of Personal Autonomy) ซึ่งประเด็นนี้จะได้ศึกษาและวิเคราะห์ต่อไปในบทที่ 4 ต่อไป

2) ปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมือง (Philosophy of School of Legal Positivism) ซึ่งมีแนวคิดที่แตกต่างจากปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติ โดยสำนักนี้ปฏิเสธกฎหมายธรรมชาติและยอมรับเฉพาะกฎหมายที่รัฐตราขึ้นมาเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแนวคิดทางนิติปรัชญาของสำนักกฎหมายบ้านเมืองจะขัดแย้งกับแนวคิดของปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติ แต่ก็มีแนวคิดที่เป็นสาระสำคัญและเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้อยู่ 2 ประการ ดังนี้

(1) ความจำเป็นในการตรากฎหมายเป็นลายลักษณ์อักษรที่เป็นหลักการสำคัญของปรัชญาสำนักนี้ ซึ่งการตรากฎหมายผ่านกระบวนการนิติบัญญัติเพื่อใช้บังคับให้เกิดความชัดเจนเป็นกลไกสำคัญของการมีอยู่ของกฎหมาย หรือที่เรียกว่า “คำสั่งของรัฐาธิปไตย” จึงจะบังคับให้พลเมืองปฏิบัติตามได้ และในประเด็นเรื่อง สิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายที่จะใช้สิทธิขอตายด้วยความการุณย์หรือขอยุติการรักษานั้น นอกจากจะคำนึงถึงการมีบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยแล้วยังต้องคำนึงความชัดเจนของบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่คำนึงถึงผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ ครอบครัว ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจหรือการใช้สิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายด้วย ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการกลไกทางกฎหมายที่ชัดเจนในการรับรองสิทธิของผู้ป่วย รวมถึงคุ้มครองบุคคลผู้มีส่วนได้เสียด้วย จึงเป็นความสำคัญของการวิจัยที่ต้องทบทวนวรรณกรรมแนวคิดของปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมืองเนื่องจากการสร้างกลไกทางกฎหมายที่มีประสิทธิภาพและมีความชัดเจนนั้นจะต้องตรากฎหมายมาบังคับใช้

(2) สิทธิขอตายหรือยุติการรักษาสอดคล้องหรือขัดต่อหลักจริยธรรมเชิงอรรถประโยชน์หรือไม่ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญอีกประการหนึ่งของปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมือง ซึ่งในการศึกษาและวิเคราะห์ประเด็นนี้จะต้องพิจารณาควบคู่ไปกับหลักสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมาย (Patient's Right Principle) หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient's Right to Self-Determination Principle) หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence Principle) ที่จะขอตายหรือยุติการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนั้นขัดต่อหลักจริยธรรมเชิงอรรถประโยชน์หรือไม่

ดังนั้น การวิจัยนี้จึงทบทวนวรรณกรรมทั้งปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมืองและปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติ เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ถึงตรรกะทางกฎหมายและความเหมาะสมที่จะนำไปสู่การสร้างกลไกทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยต่อไปในบทที่ 4

1.3 ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม (Theory of Form of Juristic)

ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม (Theory of Form of Juristic) นั้น เป็นทฤษฎีที่มีต้นกำเนิดมาตั้งแต่สมัยโรมัน โดยพิจารณาจากแบบของนิติกรรม ซึ่งเกิดจากรูปแบบของการส่งมอบทรัพย์สินระหว่างกัน เพื่อให้สัญญาใช้บังคับได้ตามนโยบายของรัฐนั้น และเพื่อเป็นประโยชน์ในการพิจารณาถึงข้อพิพาทดังกล่าว ซึ่งแบบของนิติกรรมเป็นรูปแบบที่กฎหมายกำหนดไว้และบังคับให้ผู้แสดงเจตนาทำนิติกรรมต้องปฏิบัติตามเพื่อความสมบูรณ์ของนิติกรรม หากไม่ปฏิบัติตามนิติกรรมนั้นจะตกเป็นโมฆะ (จีต เศรษฐบุตร, 2558, หน้า 22)

โดยทั่วไปนิติกรรมไม่ต้องทำตามแบบก็มีผลใช้บังคับได้เพียงแต่แสดงเจตนาเท่านั้น แต่มีนิติกรรมบางอย่างที่กฎหมายกำหนดให้ทำตามแบบ เพราะเป็นนิติกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อรัฐ

หรือประชาชนโดยส่วนรวมได้ นิติกรรมที่กฎหมายกำหนดให้ทำตามแบบนี้ผู้ทำนิติกรรมจะต้องทำตามแบบที่กฎหมายกำหนดไว้ด้วยจึงจะมีผลใช้บังคับได้ มิฉะนั้นจะตกเป็นโมฆะ ตามที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 152 บัญญัติว่า “การใดมิได้ทำให้ถูกต้องตามแบบที่กฎหมายบังคับไว้ การนั้นเป็นโมฆะ”

ลักษณะแบบของนิติกรรมที่กฎหมายบังคับให้ทำตามแบบนี้ มีอยู่ 5 ประเภท คือ (1) จัดทำเป็นหนังสือและจดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร (2) ผู้ทำนิติกรรมจะตกลงทำนิติกรรมด้วยวาจาหรือทำเป็นลายลักษณ์อักษรก็ได้แต่จะต้องทำการจดทะเบียนนิติกรรมที่ตกลงกันนั้นต่อพนักงานเจ้าหน้าที่จึงจะมีผลใช้บังคับได้ (3) ผู้ทำนิติกรรมต้องทำนิติกรรมขึ้นเป็นลายลักษณ์อักษรไว้กับพนักงานเจ้าหน้าที่ (4) ผู้ทำนิติกรรมจะต้องทำนิติกรรมเป็นหนังสือระหว่างกันเอง เป็นลายลักษณ์อักษรเสมอจึงจะมีผลใช้บังคับได้ และ (5) ต้องทำตามแบบพิเศษที่กฎหมายกำหนดไว้ นิติกรรมที่ทำขึ้นมีกฎหมายระบุแบบไว้ให้ทำโดยเฉพาะ (จี๊ด เศรษฐบุตร, 2555, หน้า 56)

นิติกรรมที่กฎหมายกำหนดให้ทำตามแบบ มีเจตนาให้มีข้อความที่แน่นอน ตรวจสอบก่อนมีการบันทึก เพื่อให้หนังสือนั้นมีผลสมบูรณ์รวมถึงใช้เป็นหลักฐานได้ เมื่อพิจารณาพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ชีวิตร่างกายของมนุษย์ การตัดสินใจในการทำ “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living Will หรือ Advance Directive)” เป็นการดำเนินการตามความประสงค์ของผู้แสดงเจตนา และรับเจตนาต้องดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง กำหนด โดยรายละเอียดที่ปรากฏในพระราชบัญญัติ ได้กำหนดให้ “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” สาระสำคัญของการแสดงเจตนาที่สมบูรณ์คือการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดย “การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง” (วรรคสอง มาตรา 12) จำเห็นได้ว่าวรรคสองของ มาตรา 12 กำหนดอย่างชัดเจนว่าหนังสือแสดงเจตนา ต้องเป็นไปตามแบบที่กำหนดไว้ ตามกฎกระทรวง

มาตรา 12 แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไม่มีแบบตามกฎหมาย ที่มีผลเป็นโมฆะ กฎหมายเพียงกำหนดให้ทำเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น ส่วนหนังสือแสดงที่ออกโดยกฎกระทรวงนั้น เป็นเพียงคำแนะนำเท่านั้น ไม่ได้มีสภาพบังคับเป็นแบบตามกฎหมาย กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ

บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 (ปรากฏในข้อ 3 กฎกระทรวงฯ)

จะเห็นได้ว่า ในประเด็นแบบในการทำนิติกรรมดังกล่าว มีข้อสงสัยว่าการใช้สิทธิการุณยฆาตเชิงรับ แบบปฏิเสธการรักษา โดยการทำให้เป็นลายลักษณ์อักษรเพียงอย่างเดียวตามที่กำหนดเป็นแนวทางไว้ในกฎกระทรวง จะมีความสมบูรณ์มากหรือน้อยเพียงใด หรืออาจเกิดปัญหาในข้อถกเถียงในรูปแบบเนื้อหาและเจตนาอันแท้จริงของผู้ทำนิติกรรมนั้นได้ หากไม่ใช่แบบตามกฎหมายที่ขาดหลักเกณฑ์และรูปแบบที่ตายตัวแน่นอน รวมถึงการนำมาใช้ที่อาจไม่มีใครทราบ หรือนำหนังสือมาให้บุคคลทางการแพทย์ได้ทันต่อการดำเนินการตามเจตนาที่ประสงค์ไว้ในเอกสาร

การทบทวนทฤษฎีดังกล่าวเป็นการทบทวนซึ่งนำไปสู่ การกำหนดแบบของหนังสือแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยนั้น กฎหมายจะต้องกำหนดแบบหรือไม่ เมื่อผู้ป่วยวาระสุดท้ายไม่มีเจตนาประสงค์ที่จะไม่ดำเนินการรักษาต่อเจตนาที่จะจบชีวิตของผู้ป่วยเอง การนี้รวมไปถึงการให้สิทธิญาติ ผู้ดูแลผู้ห่อนความสามารถ หรือตัวแทนที่ได้รับแต่งตั้งจากบุคคล หรือบุคคลที่สาม เป็นผู้ใช้สิทธิในการปฏิเสธการรักษาแทนได้หรือไม่ การกำหนดแบบในการทำสัญญาดังกล่าว ย่อมมีความสำคัญเพื่อไม่ให้เกิดการทำสัญญานั้นผิดต่อหลักกฎหมายหรือเป็น โฆษะ กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

1.4 ทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา (Theory of Declaration of Intention)

เนื่องจากเป็นเรื่องปัจเจกบุคคล ดังนั้นการแสดงเจตนาถือว่าเป็นหัวใจของการทำนิติกรรมสัญญา และเป็นหลักสำคัญต่อกฎหมายเอกชน เพราะกฎหมายจะเคารพการแสดงเจตนาที่แท้จริงของปัจเจกบุคคล ตราบเท่าที่ไม่ขัดต่อกฎหมาย หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ต้องเป็นการแสดงเจตนาของบุคคลตั้งแต่สองฝ่ายขึ้นไป แต่อาจเป็นนิติกรรมฝ่ายเดียวหรือนิติกรรมสองฝ่ายก็ได้ โดยฝ่ายหนึ่งเจตนาทำคำเสนอและอีกฝ่ายหนึ่งเจตนาทำคำสนอง ซึ่งจะต้องมีเจตนาที่ตรงกันในการทำสัญญาดังกล่าว มุ่งผลในทางกฎหมายที่เหมือนกันและการแสดงเจตนาขึ้นต้องไม่มีความบกพร่อง ไม่วิปริต เพื่อไม่ให้เกิดการแสดงเจตนาที่มีผลสมบูรณ์ไม่เป็น โฆษะ หรือ โฆษยะ

ทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนาขึ้นพื้นฐานจะอยู่บนหลักการที่จะนำมาปรับใช้ในข้อเท็จจริงต่าง ๆ เพื่อวินิจฉัยว่าการแสดงเจตนาขึ้นสมบูรณ์หรือไม่ หลักกฎหมายที่สำคัญที่เกี่ยวข้องในการแสดงเจตนาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทฤษฎีรองรับ 4 ทฤษฎีหลัก ๆ คือ (1) ทฤษฎีเผยเจตนาออก (2) ทฤษฎีส่งเจตนา (3) ทฤษฎีรับเจตนา (4) ทฤษฎีรับทราบเจตนา ดังที่จะอธิบาย ดังนี้ (จิต เศรษฐบุตร, 2555, หน้า 15)

1) ทฤษฎีเผยเจตนาออก (Theory of Utterance) เป็นการเผยเจตนาให้ปรากฏออกมาที่สมบูรณ์ ในกรณีนี้ กล่าวคือ การแสดงเจตนาประสงค์ชีวิต หรือ ไม่รับบริการสาธารณสุข จากตัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปยังแพทย์ผู้ทำการรักษาอย่างชัดเจน

2) ทฤษฎีส่งเจตนา (Theory of Dispatch) ทฤษฎีนี้ถือว่า เมื่อมีการแสดงเจตนาออกมาแล้ว จะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อได้ส่งการแสดงเจตนาไปแล้วยังผู้รับ กล่าวคือ สิ่งที่อยู่ป่วยต้องการในข้างต้น แพทย์ผู้ทำการรักษาได้รับทราบถึงเจตนาอันอย่างสมบูรณ์

3) ทฤษฎีรับเจตนา (Theory of Reception) ทฤษฎีนี้ถือว่าการแสดงเจตนาจะต้องไปถึงผู้รับแล้วจึงจะสมบูรณ์ กล่าวคือ เป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องได้รับความประสงค์ชีวิต หรือ ไม่รับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างครบถ้วน และ

4) ทฤษฎีรับทราบเจตนา (Theory of Perception) มีผลสมบูรณ์เมื่อคู่กรณีอีกฝ่ายหนึ่งได้ทราบถึงการแสดงเจตนาอันแล้ว กล่าวคือ แพทย์ผู้ทำการรักษาได้รับทราบถึงเจตนาอันของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างสมบูรณ์

หากพิจารณาจากประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ไม่ได้ยึดถือทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง โดยเด็ดขาด แต่กำหนดถึงการมีผลสมบูรณ์ของการแสดงเจตนาจะต้องมีผู้รับ ไว้ 2 กรณีคือ (1) “การแสดงเจตนาต่อบุคคลซึ่งอยู่เฉพาะหน้า” และ (2) การแสดงเจตนาโดยระยะทาง (จี๊ด เศรษฐบุตร, 2555, หน้า 15) ซึ่งจะต้องเป็นการแสดงเจตนาที่ไม่บกพร่องหรือวิปริต นั้นหมายความว่า ไม่ใช่แสดงเจตนาเพราะถูกช้อนเร้น ลวง อำพราง สำคัญผิด กลฉ้อฉล หรือข่มขู่ ซึ่งกฎหมายได้ระบุ ถึงการแสดงเจตนาที่ไม่สมบูรณ์ โดยอาจมีเหตุเข้ามาขัดในระหว่างการแสดงเจตนาอัน อาทิ นิตินกรรมอำพราง การสำคัญผิด กลฉ้อฉล และ การข่มขู่ ปรากฏใน ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 154-164 ด้วย

หากพิจารณาการแสดงเจตนาของผู้ป่วย มีความสำคัญในบริบทขอบเขตการแสดงเจตนาของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นการแสดงเจตนาที่เกี่ยวข้องกับ ชีวิต และร่างกาย จึงต้องวิเคราะห์ให้ชัดเจน ว่าการแสดงเจตนาอันมาจากความตั้งใจ มีสติสัมปชัญญะที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และการแสดงเจตนาอันไม่เข้าข่ายเป็นการแสดงเจตนาที่วิปริต ที่ทำให้นิตินกรรมที่เกิดจากการแสดงเจตนาที่มีผลไม่สมบูรณ์ เช่น ถูกข่มขู่ หรือการแสดงเจตนาสำคัญผิดในข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการแสดงเจตนาของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย กับแพทย์ผู้ทำการรักษาในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะดำเนินการรักษาต่อ หรือไม่ดำเนินการรักษาต่อ เป็นการแสดงเจตนาในการทำนิตินกรรมของผู้ป่วยที่มีผลต่อชีวิตและร่างกาย

การแสดงเจตนาที่มุ่งโดยตรงต่อการผูกนิติสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งสองฝ่าย เมื่อแสดงเจตนาออกไปเลยโดยทั่วไปอาจมีผลผูกพันโดยทันที แต่เมื่อพิจารณาในบริบทของกฎหมายแล้ว

อาจมีรายละเอียดจะต้องพิจารณา ไม่ว่าจะเป็น การแสดงเจตนา นั้น สมบูรณ์หรือไม่ การกำหนดระยะเวลาในการแสดงเจตนา เพื่อให้สามารถบังคับได้ตามสังคม ซึ่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ได้บัญญัติในเรื่องว่าด้วยการแสดงเจตนาไว้หลายกรณี ตั้งแต่การแสดงเจตนาที่เกิดจากผู้ที่หย่อนความสามารถ นิติกรรมมีวัตถุประสงค์ที่ต้องห้ามชัดแจ้งโดยกฎหมาย พันวิสัย ขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และการแสดงเจตนาที่บกพร่องวิปริต เจตนาเจตนาซ่อนเร้น เจตนาลวง เจตนาอำพราง เจตนาสำคัญผิด เจตนาถลนถลน และเจตนาข่มขู่

โดยหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวเป็นนิติกรรมฝ่ายเดียว การทำหนังสือแสดงเจตนา ล่วงหน้าสำหรับไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หรือหนังสือแสดงเจตนาเพื่อตายที่เรียกว่า “Living Will” เป็นการบอกเพียงว่าผู้ป่วยไม่ต้องการรักษาต่อ ซึ่งการแสดงเจตนา นี้ จะระบุเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ไม่ได้ระบุถึง บุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยว่าจะสามารถแสดงเจตนาแทนได้หรือไม่ การแต่งตั้งตัวแทนและการให้ผู้ที่ถูกระบุชื่อในเอกสาร ได้ยินยอมและยอมรับการแต่งตั้งนั้น เป็นเรื่องที่จะมีส่วนสำคัญเมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวไม่อาจแสดงเจตนาได้เพิ่มเติมในภายหลัง

สิทธิในการแสดงเจตนาดังกล่าวก็อยู่ภายใต้หลักสิทธิ เสรีภาพตามกฎหมาย ซึ่งอิสระและเสรีภาพที่แต่ละคนมีในฐานะปัจเจกชนนั้น แม้ว่าอิสระและเสรีภาพนี้แต่ก็มีข้อจำกัดทางกฎหมายเกี่ยวกับความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน เป็นกรอบควบคุมปัจเจกชนไม่อาจทำเกินหลักนี้ได้ แต่ถึงอย่างไรก็ดี หลักกฎหมาย เกี่ยวกับเรื่องความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนนั้น เป็นเรื่องที่ปรับเปลี่ยนตามยุคสมัยในพลเมืองในเวลานั้น ดังจะเห็นได้ว่าหลายอย่างในอดีตอาจจะขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดี ของประชาชน ปัจจุบันอาจจะไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน

การแสดงเจตนาถือเป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ เนื่องจากการวิจัยมุ่งศึกษาถึงการแสดงเจตนาของบุคคลเพื่อให้เกิดผลในทางกฎหมายในขณะที่เจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น การวิจัยนี้จึงได้ทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ในประเด็นเรื่องการแสดงเจตนาของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกายของตน

1.5 ทฤษฎีความรับผิดทางแพ่ง (Theory of Civil Liability)

การทบทวนวรรณกรรมในเรื่องทฤษฎีความรับผิดทางแพ่ง เป็นการกระทำความผิดที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่นในเรื่องที่เกี่ยวกับทรัพย์สินของบุคคล หรือที่เราเรียกว่า “นิติเหตุ” ซึ่งไม่ว่าจะเกิดจากการจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ผู้กระทำต้องถูกบังคับให้ชดเชยค่าเสียหายหรือค่าสินไหมทดแทน ซึ่งเป็นหลักการทั่วไปของความรับผิดทางแพ่ง หากพิจารณาเกี่ยวกับ

การพัฒนากฎหมายสำหรับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น ความรับผิดชอบทางแพ่งเกิดขึ้นได้จากสองสาเหตุในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ความรับผิดชอบจากละเมิดและความรับผิดชอบจากสัญญาพิจารณาได้ 5 ทฤษฎี คือ (1) ทฤษฎีความรับผิดชอบเพื่อความเสียหาย (2) ทฤษฎีความผิด (3) ทฤษฎีความรับผิดชอบเด็ดขาด (4) ทฤษฎีความรับผิดชอบโดยเคร่งครัด และ (5) ทฤษฎีข้อสันนิษฐานความผิด

1) ทฤษฎีความรับผิดชอบเพื่อความเสียหาย (Liability Based on Fault) มีพื้นฐานมาจากการคุ้มครองสิทธิของบุคคล ที่จะไม่ถูกทำให้เสียหาย ทั้งในส่วนตัวทางอาญาและสิทธิทางแพ่ง ความเสียหายที่เกิดขึ้นย่อมจะต้องมีผู้ชดใช้ความรับผิดชอบของบุคคลในยุคแรก ๆ จึงไม่พิจารณาถึงความนึกคิดภายในจิตใจของผู้กระทำ หรือ การขาดความระมัดระวังในการกระทำของผู้กระทำ ความสำคัญของแนวความคิดนี้มีอยู่แต่เพียงว่า เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นแล้ว และสามารถที่จะทราบตัวผู้ก่อความเสียหายผู้นั้นก็ต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่ตนก่อขึ้นทั้งสิ้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาการกระทำความรับผิดชอบทางแพ่ง หรือทางละเมิด ของแพทย์ ผู้ให้บริการสาธารณสุข มีความจำเป็นในการวิเคราะห์ว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการยุติชีวิต หรืองดเว้นการให้บริการทางสาธารณสุข มีข้อดี ข้อเสีย ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไร การกระทำของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจบชีวิตลง ผู้ป่วยถือเป็นผู้เสียหายหรือไม่ เป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาต่อไป

2) ทฤษฎีความผิด (Theory of Fault) หรือความรับผิดชอบอยู่บนพื้นฐานของความผิดเพื่อความเสียหาย (Liability Based on Fault) สำนักกฎหมายธรรมชาติเห็นว่าสิทธิเสรีภาพในความเป็นตัวคนของมนุษย์รวมถึงทรัพย์สินควรได้รับการยอมรับ ผู้ที่ได้รับการกล่าวหาว่าเป็นผู้ก่อความเสียหายจะต้องเป็นผู้ที่ถูกพิสูจน์แล้วว่าเป็นผู้มี “ความผิด” (Fault) แพทย์ ผู้ให้บริการสาธารณสุข ที่ทำการรักษาผู้ป่วย ถือเป็นผู้มีความผิดหรือไม่

3) ทฤษฎีความรับผิดโดยเด็ดขาด (Absolute Liability) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าทฤษฎีความรับผิดโดยไม่มีความผิด (Liability Without Fault) มีพื้นฐานมาจากการคุ้มครองสิทธิของบุคคลในอันที่จะไม่ถูกทำให้เสียหาย ความรับผิดในลักษณะดังกล่าวมีรากฐานมาจากทฤษฎีรับภัย หรือเสี่ยงภัย โดยถือว่าเมื่อมนุษย์ได้กระทำการใด ๆ ขึ้นแล้ว ย่อมเป็นการเสี่ยงภัยอย่างหนึ่ง ผู้กระทำก็ต้องรับผลแห่งการเสี่ยงภัยนั้น ถ้ามีความเสี่ยงภัยคือความเสียหายเกิดขึ้น เขาก็จะต้องรับเคราะห์ และต้องรับความเสียหายนั้น ความเสียหายต้องเป็นภัยไปกับเขา (จิต เศรษฐบุตร, 2560, หน้า 105) ซึ่งเป็นการนำเอาหลักความผิดออกจากหลักเกณฑ์ละเมิด แนวคิดเกี่ยวกับความรับผิดชอบของบุคคลทางแพ่งในยุคแรก ๆ จึงไม่พิจารณาถึงความนึกคิดภายในจิตใจของผู้กระทำ หรือการขาดความระมัดระวังในการกระทำของผู้กระทำ ความสำคัญของแนวความคิดนี้มีอยู่แต่เพียงว่า เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นแล้ว และสามารถที่จะทราบตัวผู้ก่อความเสียหาย ผู้นั้นก็ต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่ตนก่อขึ้น

ทั้งสิ้น โดยไม่มีลัทธิปฏิเสธความรับผิด โดยประเทศไทยยังไม่มียกเว้นข้อบัญญัติใดที่น่าทฤษฎีความรับผิด โดยเด็ดขาดมาใช้บังคับ

4) ทฤษฎีความรับผิดโดยเคร่งครัด (Strict Liability) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นในยุคปฏิวัติอุตสาหกรรมช่วงปลายศตวรรษที่ 19 มีที่มาจากกรณีที่มนุษย์ได้นำเอาเทคโนโลยีการผลิตโดยเครื่องจักรมาใช้แทนแรงงานคน ทำให้ความเสียหายของคนที่สังคมมีมากขึ้น อันเป็นผลมาจากความสลับซับซ้อนของเทคโนโลยี ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้หลักเกณฑ์แห่งความรับผิดทางละเมิดเปลี่ยนแปลงไป จากหลักที่ว่าภาระจะเป็นละเมิดได้นั้น ต้องมีการกระทำที่ผิดกฎหมาย คือจงใจหรือประมาทเลินเล่อ หลักดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายต้องพิสูจน์ให้ได้ความจริงว่าผู้กระทำจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ซึ่งการพิสูจน์ความรับผิดเป็นไปด้วยความยากลำบากเพราะความสลับซับซ้อนของเทคโนโลยี หรือความเสียหายบางอย่างผู้เสียหายไม่อาจพิสูจน์ถึงสาเหตุที่เกิดขึ้นหรือพิสูจน์ได้ยากเพราะอาจเป็นไปได้ว่าเหตุที่เกิดอยู่ในความรู้เห็นของจำเลยแต่ผู้เสียหายที่เป็นผู้ก่อขึ้น (ไพจิตร บุญญพันธุ์, 2517, หน้า 52) ทำให้สาธารณชนไม่ได้รับความคุ้มครองจากความเสียหายที่เกิดขึ้น รัฐจำต้องเข้ามาแทรกแซงเพื่อคุ้มครองผลประโยชน์ของสาธารณชน โดยให้ผู้กระทำที่เป็นตัวการให้เกิดความเสียหายต้องรับผิดในความเสียหายโดยไม่จำเป็นต้องพิจารณาเรื่องของความผิด โดยถือหลักว่าเมื่อบุคคลใดกระทำการใด ๆ ก็ตามเพื่อที่เขาจะได้มาซึ่งประโยชน์จากการกระทำนั้น ๆ และการกระทำนั้นเกิดผลร้ายขึ้น คือมีภัยเกิดขึ้นกับบุคคลอื่น ผู้กระทำจักต้องรับผิดชอบในภัยที่เกิดขึ้นนั้น เนื่องด้วยการพิสูจน์ความรับผิดในคดีทางการแพทย์นั้น เป็นปัญหาทางด้านเทคนิคทางการแพทย์ การจะพิสูจน์นั้นจึงมีความจำเป็นและเหมาะสมที่น่าทฤษฎีความรับผิดโดยเคร่งครัดมาใช้

ดังนั้นผู้วิจัยจะนำมาใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการร่างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ในส่วนของการคุ้มครองแพทย์กรณีที่มีการกระทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหายถึงแก่ชีวิต ซึ่งรัฐจะกำหนดกฎหมายความรับผิดและยกเว้นความผิดทั้งทางกฎหมายและทางวินัยให้กับบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องหากต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลที่เกี่ยวข้องรับผิดที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงแก่ชีวิต ญาติ ผู้เกี่ยวข้องทางสายเลือดจะต้องเป็นผู้พิสูจน์ว่าบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกระทำความผิด

5) ทฤษฎีข้อสันนิษฐานความผิด (Theory of Presumed Faulty) ความรับผิดทางแพ่งที่กำหนดให้เกิดข้อสันนิษฐานความผิด (Presumed Fault) เพื่อลดภาระของผู้เสียหายในการพิสูจน์ “กฎหมายถือว่าผู้ก่อความเสียหายมีความผิด แต่ก็ถือว่าเป็นเพียงข้อสันนิษฐานเท่านั้น ผู้ก่อความเสียหายยังสามารถที่จะแสดงให้ประจักษ์ได้ว่า ตนมิได้มี “ความผิด” กล่าวคือมิได้มีความจงใจหรือประมาทเลินเล่อ (สนันท์ภรณ์ จำปี โสคติพันธุ์, 2544, หน้า 41)

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการแสดงเจตนาที่จะไม่รับการบริการทางสาธารณสุข ในการยกเว้นความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เพียงเท่านั้น การยกเว้นความรับผิดชอบนี้ไม่ได้ครอบคลุมถึงวินัยต่อบุคลากรทางการแพทย์ และความผิดทางกฎหมายกับบุคคลอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส ลูกหลาน ญาติ ผู้ที่ดูแล หรือตัวแทนที่ได้รับแต่งตั้งจากผู้ป่วย ซึ่งอาจถูกฟ้องร้องตามกฎหมายให้รับผิดชอบ จะเห็นได้ว่า การแสดงเจตนาแสดงความประสงค์ที่จะไม่รับการรักษาค่อนั้น กฎหมายได้ยกเว้นความรับผิดชอบให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขเพียงกลุ่มเดียว ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องของบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย หากแสดงเจตนาที่เกี่ยวกับชีวิต และร่างกายของผู้ป่วย กฎหมายได้ให้อำนาจในการกระทำนั้นกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือไม่ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ในวิจัยนี้ต่อไป

อย่างไรก็ตาม ยังเกิดข้อถกเถียงในเรื่องของการยกเว้นรับความรับผิดชอบตามกฎหมาย ควรมีเงื่อนไขทางกฎหมายหรือไม่ พิจารณาได้จากการกระทำในกรณีจิตใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงยังคงต้องรับผิดชอบอยู่หรือไม่ และไม่ควรมีการยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย กรณีปฏิบัติตามเจตนาของอีกฝ่ายหนึ่ง แต่กฎหมายก็ยังกำหนดไม่ชัดเจน และมีขั้นตอนที่ซับซ้อน ในทางปฏิบัติทำให้การแสดงเจตนาในบริบทดังกล่าวยังไม่สำเร็จมากนัก ในเรื่องทฤษฎีความรับผิดชอบทางแพ่งนั้น สามารถพิจารณาถึงในเรื่องของตัวบุคคล ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถแสดงเจตนาในการทำสัญญาเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายของตน สังคมจะต้องมีบทกฎหมายยกเว้นความรับผิดชอบทางแพ่งอย่างชัดเจน หากการกระทำนั้นเป็นการกระทำของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีเจตนาไม่ประสงค์จะมีชีวิตอยู่ต่อ หรือไม่สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขได้ เมื่อผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยในวาระสุดท้ายได้แสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาแทน กฎหมายก็ความที่จะยกเว้นในความรับผิดชอบนั้น ซึ่งในปัจจุบันไม่มีการยกเว้นความรับผิดชอบไปถึงบุคคลอื่นนอกจากบุคลากรทางการแพทย์

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการแสดงเจตนาเป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ เนื่องจากการวิจัยมุ่งศึกษาถึงการแสดงเจตนาของบุคคลเพื่อให้เกิดผลในทางกฎหมายในขณะเวลาที่เจ็บป่วยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมสำหรับการวิจัยนี้จึงต้องใช้ทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา นำไปสู่การวิเคราะห์ในประเด็นเรื่องการแสดงเจตนาของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกายของตน

1.6 ทฤษฎีความรับผิดทางอาญา (Theory of Criminal Liability)

ผู้ใดกระทำความผิดนั้นต้องมีการกระทำ ไม่ว่าจะเป็นการจงใจ การช่วยเหลือ การสนับสนุน ตัวการร่วม หรือผู้ใช้ ผู้นั้นต้องรับผิดชอบในการกระทำความผิดของตน และต้องรับผิดชอบในผลความเป็นหลักการพื้นฐานในเรื่องความรับผิดทางอาญา ทฤษฎีที่เกี่ยวกับหลักการนี้มี 3 ทฤษฎี ได้แก่ (1) ทฤษฎีเจตนา (2) ทฤษฎีมูลเหตุเหมาะสม และ (3) ทฤษฎีวัตถุประสงค์แห่งสัญญา

กรณีสัญญาขึ้นยังต้องคำนึงถึงทฤษฎีวัตถุที่ประสงค์แห่งสัญญาด้วยเพราะขอบเขตในการปฏิบัติการชำระหนี้ตามสัญญาต้องเป็นไปตามวัตถุที่ประสงค์แห่งสัญญา (ไพโรจน์ วายุภาพ, 2545, หน้า 118)

1) ทฤษฎีเงื่อนไข ต้นกำเนิดแนวคิดจากนักกฎหมายเยอรมัน หลักการของทฤษฎีนี้ก็คือ “ถ้าไม่มีการกระทำอันใดอันหนึ่งแล้ว ผลจะไม่เกิด ผลเกิดจากการกระทำอันนั้น แม้ว่าผลจะเกิดจากการกระทำอันอื่น ๆ ด้วยก็ตาม ในทางตรงกันข้ามหากไม่มีการกระทำอันใดอันหนึ่งนั้นแล้ว ผลก็ยังเกิดอยู่นั่นเอง ก็จะถือว่าผลเกิดจากการกระทำอันใดอันหนึ่งนั้นมิได้ ทฤษฎีนี้เรียกว่า “The Condition Theory”, “But For Test” หรือ “Had Not Test (เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, 2542, หน้า 227) ทฤษฎีเงื่อนไขถือว่า เหตุแต่ละเหตุที่เกิดขึ้นเป็นผลนั้นจะแยกออกจากกันไม่ได้ ทุก ๆ เหตุถือเป็นเหตุที่ทำให้เกิดผลได้เท่ากัน ไม่มีเหตุใดสำคัญกว่ากัน ดังนั้น ตามที่กล่าวข้างต้นแล้วว่า ถ้ากระบวนการก่อให้เกิดผลนั้นมีความผิดพลาดของบุคคลแทรกอยู่ ผู้กระทำต้องรับผิดชอบในผล ที่เกิดขึ้นทั้งหมดเพราะถ้าขาดการกระทำที่แทรกอยู่นั้นไปผลย่อมไม่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการกระทำของคนแทรกอยู่ในกระบวนการที่ก่อให้เกิดผลคนนั้นจึงต้องรับผิดชอบในผลที่เกิด ไม่ว่าเหตุการณ์อื่น ๆ ที่มาประกอบจะเป็นเรื่องปกติธรรมดา หรือเป็นเหตุที่ผิดปกติธรรมดา จึงเห็นได้ว่าความรับผิดชอบของบุคคลจะไม่มีขอบเขต ในการถือทฤษฎีนี้โดยเคร่งครัดจะต้องสืบสาวถึงความเกี่ยวเนื่องไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีที่เริ่มต้นหรือสิ้นสุดซึ่งเป็นเรื่องที่รับไม่ได้ (ทวิเกียรติ มินะกนิษฐ์, 2536, หน้า 19)

2) ทฤษฎีมูลเหตุเหมาะสม มีหลักการว่า เหตุที่ก่อให้เกิดผลที่ผู้กระทำจะต้องรับผิดชอบนั้น หมายถึงเหตุที่ตามประสบการณ์ทั่วไปสามารถทำให้เกิดผลที่ความผิวนั้นต้องการได้ กล่าวคือ มุ่งเฉพาะเงื่อนไขที่เพียงพอเท่านั้น โดยดูเฉพาะเหตุที่ตามความรู้ความชำนาญทำให้เกิดผลได้เท่านั้น ไม่ใช่พิจารณาทุกเหตุ นอกจากนี้ การกระทำและผลที่เกิดขึ้นต้องมีความเกี่ยวพันกันอย่างสมเหตุสมผล (Reasonable Connection) (เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, 2542, หน้า 227)

3) ทฤษฎีวัตถุที่ประสงค์แห่งสัญญา มีหลักที่พัฒนามาในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เนื่องจากทฤษฎีมูลเหตุเหมาะสมนั้นไม่ยอมรับหลักการคาด เห็นของลูกหนี้และไม่สามารถคุ้มครองลูกหนี้ได้เพียงพอ เป็นทฤษฎีการกำหนดความเสียหายโดยค้นหาถึงวัตถุที่ประสงค์ร่วมกันของกลุ่มสัญญาโดยมีพื้นฐาน ดังนั้น ทฤษฎีวัตถุที่ประสงค์แห่งสัญญา จึงใช้หลักการคาดเห็น (Forseeable) ในฐานะที่ตัวลูกหนี้ผู้ผิดสัญญาไม่ชำระหนี้ได้คาดเห็นหรือ ควรได้คาดเห็นก่อนล่วงหน้าแล้วนั่นเอง กรณีผลไม่ไกลกว่าเหตุ (Immediate) คือ ผลที่เกิดขึ้นนั้นยังคงมีความสัมพันธ์กับเหตุอยู่ หรือผลนั้นมีความใกล้ชิดติดพันกับเหตุหรือไม่มีเหตุอื่นมาวางกั้นหรือตัดความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลแต่แรกเลย ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่จำเป็นต่อเหตุที่ผู้ก่อเหตุต้องรับผิดชอบ (เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, 2542, หน้า 227)

การพิจารณาถึงความรับผิดชอบทางอาญาของบุคลากรทางการแพทย์ หากแพทย์ไม่มีเจตนาที่จะทำร้ายผู้ป่วยโดยรักษาหรือยุติการรักษา แต่เกิดจากการตกลงกันทั้งสองฝ่าย กฎหมายย่อมยกเว้นความรับผิดชอบให้ เกิดประเด็นในส่วนที่ว่า กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะแสดงเจตนาในการยุติการรักษาแทนได้ เนื่องจากสภาพร่างกาย สติ การสำนึกรู้คิดแล้วนั้น บุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยจะสามารถแสดงเจตนาแทนได้หรือไม่ หากการแสดงเจตนาแทนนั้น แพทย์ได้ทำไปตามคำสั่งของผู้ใกล้ชิด กฎหมายไม่ได้มีบทยกเว้นความรับผิดชอบนั้น อาจเข้าข่ายฆ่าคนตายโดยไตร่ตรองไว้ก่อนได้อีกทั้งถ้าผู้ป่วยต้องการให้แพทย์ยุติชีวิตด้วยความกรุณา คือการุณยฆาต จะถือเป็นความผิดไหม

จากการทบทวนทฤษฎี 3 ทฤษฎีที่กล่าวข้างต้นนั้น เป็นการพิจารณาว่าเข้าเกณฑ์การผิดกฎหมายหรือไม่ สำหรับการคุ้มครองสิทธิ ผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้อง การร่างกฎหมายเพิ่มเติมจะต้องครอบคลุมถึงกรณีการทำนิติกรรม สัญญา หรือการแสดงเจตนาที่กระทบต่อชีวิต ร่างกายด้วย การป่วยในวาระสุดท้ายกฎหมายจะต้องยกเว้นความรับผิดแก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดหรือไม่ เป็นทฤษฎีที่ต้องศึกษาร่วมกับการร่างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา (Theory of Criminal Liability) เป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ เนื่องจากมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบทางอาญาของบุคคลผู้เกี่ยวข้องกัสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ดังนั้น การวิจัยนี้จึงได้ทบทวนทฤษฎีว่าด้วยความรับผิดชอบทางอาญา

1.7 หลักสิทธิมนุษยชน (Human Rights Principle)

สิทธิมนุษยชนเป็นบ่อเกิดแห่งสิทธิของความเป็นมนุษย์ เป็นหลักคิดที่มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 การล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชนภายในดินแดนของตนเองอย่างรุนแรง ในขณะที่สงครามโลกครั้งที่ 2 (ค.ศ. 1939-1945) ในช่วงเวลาดังกล่าวได้มีการฆ่าชีวิตและรื้อถอนศักดิ์ศรีของมนุษย์ชนเป็นอย่างมาก ชาติและศาสนาเป็นข้ออ้างเพื่อเป็นเครื่องมือในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน เพราะการเคารพสิทธิมนุษยชนนับเป็นภาระที่สำคัญอันจะนำไปสู่สันติภาพและความก้าวหน้าของโลก ภายหลังมีการตระหนักถึงหลักสิทธิมนุษยชนมากขึ้นตามลำดับ จนมาถึงทุกวันนี้ แนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนเกิดจากบรรดานักคิดที่มาจากหลากหลายประเพณีและศาสนา จนกลายเป็นบทบัญญัติและรัฐธรรมนูญของชาติ รัฐธรรมนูญของชาติตะวันตกที่พัฒนามาจากแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชน โดยทุกประเทศก็จะมีบทบัญญัติคุ้มครองสิทธิมนุษยชนทั้งในแง่ของความเสมอภาคกัน ความเท่าเทียมกัน สิทธิในร่างกายของตนเอง จนกระทั่งพัฒนามาถึงขั้นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ในช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่ 2 เมื่อมีการดำเนินการจัดตั้งองค์การสหประชาชาติขึ้น เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน ค.ศ. 1945 ซึ่งประกาศเป้าหมายหลักขององค์การสหประชาชาติ ซึ่งได้ถือกำเนิดขึ้นอย่างเป็นทางการในวันที่ 24 ตุลาคม ค.ศ. 1945 เพื่อป้องกันความขัดแย้งและความรุนแรงที่อาจนำไปสู่การเกิดสงครามโลกอีก ปณิญาสากล่าวด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งบรรดาประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติได้ร่วมรับรองเมื่อ ค.ศ. 1948 และเนื่องจากเป็นกฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศ ดังนั้นประเทศภาคสหประชาชาติจึงถือปฏิบัติเพราะถือเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติต่อกันของมวลมนุษยและของบรรดานานาชาติ ถือเป็นหลักเกณฑ์สำคัญในการปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนที่บรรดาประเทศทั่วโลกยอมรับในปณิญาสากล่าวด้วยสิทธิมนุษยชนเป็นพื้นฐานในการดำเนินงานขององค์การสหประชาชาติและมีอิทธิพลสำคัญต่อการร่างรัฐธรรมนูญของบรรดาประเทศที่มีการร่างรัฐธรรมนูญในเวลาต่อมา

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ และต่างประเทศ จะพบว่า ลักษณะของสิทธิมนุษยชนตามปณิญาสากล่าวด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 ได้ให้การรับรองสิทธิทางด้านสุขภาพไว้อย่างกว้าง ๆ “คนทุกคนมีสิทธิที่จะมีมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอต่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองและครอบครัว รวมไปถึงการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพพยาบาล และการบริการทางสังคมที่จำเป็น นอกจากนี้ คนทุกคนยังมีสิทธิที่จะได้รับความมั่นคงแม้ในช่วงว่างงาน เจ็บป่วย พิการ เป็นหม้าย วยชรา หรือขาดปัจจัยดำรงชีวิตอื่น ๆ ในพฤติการณ์ที่นอกเหนืออำนาจของตน” (ข้อ 25 (1)) ประกอบด้วย (1) สิทธิพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน (Primary Right) มนุษย์ที่เกิดมาในโลกต่างมีความเท่าเทียมกันใน “ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” (2) สิทธิส่วนบุคคล (Personal Right) เป็นสิทธิส่วนตัวของบุคคลที่ผู้อื่นจะล่วงละเมิดมิได้เป็นพื้นที่ ส่วนตัวของแต่ละบุคคล (3) สิทธิของพลเมือง (Civil Right) เป็นสิทธิของประชาชนในฐานะที่เป็นพลเมืองแห่งรัฐเป็นสิทธิที่เกี่ยวข้องตามกฎหมายของรัฐ ซึ่งสิทธิพลเมือง ได้แก่ (3.1) สิทธิทางสังคม (Social Right) เป็นสิทธิของประชาชนทางสังคมที่พึงได้รับบริการจากสังคมในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคม เช่น สิทธิการเข้าถึงการบริการสาธารณะ (3.2) สิทธิทางสวัสดิการสังคม (Social Welfare Right) เป็นสิทธิของประชาชนทุกคนที่ได้รับสวัสดิการทางสังคม เช่น สิทธิการได้รับการศึกษา ฯลฯ (3.3) สิทธิทางวัฒนธรรม (Cultural Right) ได้แก่ สิทธิเข้าร่วมในพิธีกรรมประเพณี วัฒนธรรมของ ประชาคมในด้านศิลปะต่าง ๆ

ตามกติกากฎหมายมหาชนระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) ได้ให้การรับรองไว้ คือ “ข้อ 12 (1) รัฐภาคีแห่งกติกาฉบับนี้รับรองสิทธิของคนทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้ (2) ขั้นตอนในการดำเนินการโดยรัฐภาคีแห่งกติกาฉบับนี้ เพื่อบรรลุผลในการ

ทำให้สิทธินี้เป็นจริงอย่างสมบูรณ์ จะต้องรวมถึงสิ่งต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อ (ก) การหาหนทางลดอัตรา การตายของทารกก่อนคลอด และของเด็กแรกเกิด และการพัฒนาที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของเด็ก (ข) การปรับปรุงในทุกด้านของสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์และอุตสาหกรรม (ค) การป้องกัน รักษา และ ควบคุมโรคระบาด โรคประจำถิ่น โรคจากการประกอบอาชีพ และโรคอื่น ๆ (ง) การสร้างสภาวะที่ ประกันบริการทางการแพทย์และการให้การดูแลรักษา พยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วย ซึ่ง ประเทศไทยเป็นรัฐภาคีภายใต้ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และกติการะหว่างประเทศว่า ด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม”

ประเทศไทยจึงมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติของกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ ด้านสิทธิมนุษยชนที่บัญญัติไว้ เนื่องจากไทยได้ลงนามและให้สัตยาบันไว้แล้ว และในส่วนของ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยนั้น ได้ให้การรับรองไว้เช่นกัน คือ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับชั่วคราว พุทธศักราช 2557 มาตรา 4 บัญญัติว่า “ภายใต้บังคับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค บรรดาที่ชนชาวไทยเคยได้รับการคุ้มครองตามประเพณีการปกครองประเทศไทยในระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข และตามพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศไทยมีอยู่แล้วย่อม ได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญนี้” รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้กำหนดสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนไว้ในมาตรา 51 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกัน ในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการ รักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการ บริการทางสาธารณสุขจากรัฐอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกัน และขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์” แต่เนื่องจากมาตรา 51 นี้ เป็นบทบัญญัติซึ่งอยู่ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ดังนั้น มาตรานี้จึงรับรองเฉพาะสิทธิของชนชาวไทยหรือผู้ที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม มนุษย์ทุกคน ไม่ว่าจะมิใช่สัญชาติหรือสถานะใด มีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขเช่นเดียวกัน ตามที่ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 (กระทรวงการต่างประเทศ, 2551) และกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

ปัจจุบันไม่มีประเทศใดประเทศหนึ่งอยู่ได้เพียงลำพัง การสร้างประชาคมนานาชาติผ่านทางสหประชาชาติ ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชน ได้ถูกกำหนดหลักเกณฑ์สำคัญในการ ปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนเพื่อให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกยอมรับและอยู่ในปฏิญญาสากลว่าด้วย สิทธิมนุษยชน เพื่อเป็นแนวปฏิบัติต่อกันของรัฐตนและคนของรัฐอื่น โดยเท่าเทียมกัน ยิ่งในเรื่อง ผู้ป่วย มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชนซึ่งอาจเกิดจากการกระทำ

ที่ผิดกฎหมายโดยอาจส่งผลกระทบต่อทำให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชนและกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่มีประเทศต่าง ๆ เข้าเป็นรัฐภาคี หลักการในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชน ได้แก่ ปฎิญาญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิบุคคล โดยรวมมีการเน้นย้ำในการคงสิทธิเสมอภาคกัน ไม่มีการแบ่งแยกชนชั้น ชาติ สีผิว หรือเรื่องใด ๆ เพื่อที่จะได้รับการรักษาพยาบาลแบบเท่าเทียมกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติ ไม่ว่าด้านเชื้อชาติ ภาษา สีผิว เพศ ศาสนา และการเมือง สำหรับแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยให้สัตยาบันมี 2 ประเด็นหลัก คือ (1) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชน และ (2) พันธกรณีของประเทศไทยตามกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ดังนั้น หลักสิทธิมนุษยชน (Human Rights) เป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้เป็นอย่างมาก เนื่องจากสิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน จึงมีประเด็นที่จะต้องพิจารณาว่า การยื้อชีวิตนั้นเป็นการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลงหรือไม่เพียงใด อันเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนตัวผู้ป่วยและลดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตัวผู้ป่วยหรือไม่ ในทางตรงกันข้ามหากมีการยุติชีวิต ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายเลือกยุติชีวิตด้วยการขอตายแบบการุณยฆาต หรือการปฏิเสธการรักษาด้วยการตัดสินใจหรือการแสดงเจตนาของผู้ป่วยเอง จะเป็นการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนหรือละเมิดสิทธิมนุษยชน ทั้งนี้ คงจะต้องพิจารณาว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นเพียงสิทธิขั้นพื้นฐานหรือเป็นคุณค่าอันสูงสุด

1.8 หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity Principle)

“ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity)” และ “คุณค่าของความเป็นมนุษย์ (The Value of Human-Being)” เป็นการเรียนรู้ในเชิงปรัชญาเป็นหลัก โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติในมาตรา 4 วรรคแรก ว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง” เท่ากับว่ารัฐธรรมนูญของไทย ตั้งแต่พุทธศักราช 2546 พุทธศักราช 2550 และ พุทธศักราช 2560 ได้รับรอง คุ้มครอง “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ให้แยกออกจากสิทธิ เสรีภาพ และ ความเสมอภาคอย่างชัดเจน แนวความคิด “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ได้เป็นที่ยอมรับเป็นสากลว่าเป็นรากฐานให้แก่สิทธิมนุษยชนหรือสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ไปจนกระทั่งสิทธิและเสรีภาพอื่น ๆ จึงอาจกล่าวได้ว่า “คุณค่าของความเป็นมนุษย์” สะท้อนถึงการที่มนุษย์มี “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” อันควรได้รับการรับรอง ปกป้องและคุ้มครอง (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2562, หน้า 45-46)

“มนุษย์ ในฐานะที่เป็นบุคคล ย่อมเป็นผู้ถือแห่งคุณค่าสูงสุดทางจิตใจและทางจารีตประเพณี และย่อมเป็นสิ่งที่เป็นรูปธรรมของความมีคุณค่าในตัวเองทางจารีต ซึ่งซื้อไม่ได้ขายไม่ขาด และมีความเป็นตัวของตัวเองเมื่อต้องเผชิญหน้ากับฝ่ายอำนาจรัฐรวมทั้งฝ่ายสังคม โดยที่ทั้งสองฝ่ายหลังนี้ไม่อาจแตะต้องคุณค่าดังกล่าวนี้ได้ ศักดิ์ศรี...จึงเป็นเรื่องของคุณค่าภายในและในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดสิทธิเรียกร้องให้ได้รับการยอมรับและได้รับความเคารพจากสังคม ซึ่งเป็นสิทธิอันชอบธรรมของมนุษย์ที่ย่อมจะเรียกร้องเพื่อตัวเองได้เสมอ” (BayVerfGE) เนื้อหาของคำวินิจฉัยนี้เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงภาพลักษณ์ของความเป็นมนุษย์ตามนัยแห่งกฎหมายพื้นฐานและภาพลักษณ์ของความเป็นมนุษย์นั้น ศาลฯ ได้เคยวินิจฉัยว่า “ภาพลักษณ์ของความเป็นมนุษย์ตามกฎหมายพื้นฐานนั้น มิใช่ภาพลักษณ์ของปัจเจกบุคคลที่มีความเป็นนายของตนเองแต่ถูกตัดขาดจากโลกภายนอก กฎหมายพื้นฐานประสงค์จะให้เกิดความสัมพันธ์แบบที่อยู่ภายใต้พลังที่เหนียวรั้งกันระหว่างสองขั้ว กล่าวคือ ระหว่างขั้วของความเป็นปัจเจกบุคคลกับขั้วของความเป็นประชาคม ในความหมายที่ว่า บุคคลย่อมมีทั้งความสัมพันธ์และความผูกพันกับประชาคม ทั้งนี้ โดยที่ไม่มีการแตะต้องคุณค่าในตัวเองของบุคคลนั้น” (บุญศรี มีวงศ์อุโฆษ, 2549, หน้า 62) จะเห็นได้ว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” เป็นเรื่องที่เป็นแก่นความเป็นมนุษย์โดยแท้ มิใช่เป็นเพียงสิทธิเสรีภาพ หรือความเสมอภาค แต่เป็นรากฐานให้แก่สิทธิมนุษยชน ซึ่งอยู่เหนือ สิทธิมนุษยชน เสรีภาพ ความเสมอภาค เป็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่ไม่มีสิ่งใดจะหัก หรือ ล้างได้ (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2562, หน้า 45) หากแต่รากฐานดังกล่าว อาจจะเป็นคุณค่าอันสูงสุดของความเป็นมนุษย์อย่างที่สุดที่สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีมีการบัญญัติศัพท์คำว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity)” ไว้ในมาตราแรกในรัฐธรรมนูญ พิจารณาได้จากคำนิยามข้างต้น โดยมีความสำคัญในการคงคุณค่าในความเป็นมนุษย์ และไม่สามารถที่จะอนุญาตให้ใครละเมิดได้ และไม่สามารถถ่ายโอนให้แก่กันได้ สิทธินี้คือสิทธิในการมีชีวิตและมีความมั่นคงในการมีชีวิตอยู่ คนทุกคนที่เกิดมาบนโลกมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การปฏิบัติต่อกันของผู้คนในสังคมจึงต้องเคารพความเป็นมนุษย์ ห้ามทำร้ายร่างกาย ทรมานอย่างโหดร้าย หรือกระทำการใด ๆ ที่ถือเป็นการเหยียดหยามความเป็นมนุษย์ หมายความว่า การปฏิบัติเยี่ยงสัตว์ หรือสิ่งของ

ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยังได้รับการรับรองไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน กติการะหว่างประเทศ อนุสัญญา และปฏิญญาระหว่างประเทศหลายฉบับ แต่ถึงอย่างไรก็ดี “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีความหมายที่จับต้องยาก และยากที่จะหากฎเกณฑ์หรือนิยามมากำหนดว่าสิ่งใดคือศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยชัดแจ้ง” (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2563, หน้า 26) ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948) เป็นหนึ่งในปฏิญญาที่เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ในความสำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หากมีการกล่าวถึง

ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในฐานะที่เป็นคุณค่าของสิทธิมนุษยชน การละเมิด ลดทอน หรือละเลยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เริ่มตระหนักหลังภายหลังจากช่วงสงคราม จะเห็นได้ว่าช่วงสงครามภายใต้สังคมนั้น คุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้ให้คุณค่าของความเป็นมนุษย์ผ่านสถานภาพของคนคนนั้น ผ่านสถานะที่เป็นปัจจุบันเป็นนักการเมือง เป็นนายพล เป็นนายกรัฐมนตรี เป็นผู้พิพากษา ทั้งที่สถานภาพเหล่านี้ไม่ใช่ตัวชี้วัดค่าความเป็นมนุษย์ นอกเหนือจากนั้น การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ต่อผู้ป่วย ก็เป็นอีกมิติหนึ่งที่สำคัญ ที่ไม่ควรมองว่า ผู้ป่วยคือผู้อ่อนแอ และจะลดความเป็นมนุษย์ลง แต่ยังคงมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ คงสถานะเทียบเท่ากับบุคคลที่ปกติเช่นเดียวกัน เรื่องราวเหล่านี้ย่อมมีความละเอียดอ่อนมากกว่าปกติ

การเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย เคารพสิทธิในการแจ้ง ข่าวสาร สารสำคัญที่ผู้ป่วยควรที่จะได้รับรู้และมีสิทธิที่จะตัดสินใจ เหล่านี้แม้มองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่ก็เป็นเรื่องสำคัญที่แพทย์ บุคลากรทางสาธารณสุขต้องเคารพในตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกคนถือว่ามีคุณค่าเท่ากัน ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับรู้ เกี่ยวกับสุขภาพ ร่างกายของตนเอง แพทย์ บุคลากรทางสาธารณสุข จะต้องปฏิบัติต่อกันเยี่ยงมนุษย์อย่างเสมอหน้ากัน เพราะการปฏิบัติต่อกันของผู้คนในสังคมอย่างเสมอหน้ากัน ย่อมเป็นการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (สว่าง กันศรีเวียง, 2553)

“กล่าวโดยสรุป ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้รับการรับรองแล้วในปัจจุบันโดยกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศในรูปแบบของการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 ฉบับนี้และเป็นกฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศที่แม้จะไม่มีบทบัญญัติให้ภาคีสหประชาชาติจะต้องอนุวัติการ (Implement) แต่ก็ถือได้ว่าเป็นกฎหมายที่ประเทศภาคีนำไปอนุวัติการกฎหมายภายในประเทศ ทั้งนี้รวมถึงประเทศไทยที่ตระหนักในความสำคัญที่จะต้องให้การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้วยการตราไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และมีการจัดตั้งองค์กรอิสระตามรัฐธรรมนูญ คือ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนที่มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการให้การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนแก่คนไทย

เมื่อมนุษย์มีศักดิ์ศรีและได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมายระหว่างประเทศ คือ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (Universal Declaration of Human Rights, 1948) ซึ่งกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำ สำหรับการปฏิบัติต่อมนุษย์ครอบคลุม สิทธิ 5 ประการ แต่สำหรับงานวิจัยนี้จะได้นำสองข้อที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในร่างกายมนุษย์นำมาใช้ในงานวิจัยนี้

1) สิทธิพลเมือง (Civil Rights) เป็นสิทธิที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับการคุ้มครองในด้านสิทธิในชีวิต และร่างกาย สิทธิในเสรีภาพและความมั่นคงในชีวิต ไม่ถูกทรมาน ไม่ถูกทำร้าย หรือถูกฆ่า สิทธิในกระบวนการยุติธรรม เป็นสิทธิที่ให้ความเสมอภาคในการกฎหมาย การได้รับการปกป้องคุ้มครอง

2) สิทธิทางวัฒนธรรม (Cultural Rights) เป็นสิทธิในการเลือกใช้ภาษา การมีประเพณี วัฒนธรรม ประจำถิ่น การแต่งกายตามวัฒนธรรมท้องถิ่น การเลือกศาสนาและปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา

แม้การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนใน 5 ด้านนี้ จะได้รับการคุ้มครองโดยปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนก็ตาม และแม้ว่าประเทศภาคีสหประชาชาติจะให้การรับรองปฏิญญาดังกล่าว และแม้ว่าข้อบัญญัติของปฏิญญาจะไม่มีสภาพบังคับก็ตามแต่โดยเหตุที่สิทธิมนุษยชนถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ที่แสดงถึงสิทธิ เสรีภาพ อิสรภาพ ความเสมอภาค ความยุติธรรม และสันติภาพโลก ซึ่งเป็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิที่มีติดตัวมาพร้อมกับมนุษย์ตั้งแต่สภาวะของความเป็นมนุษย์ได้เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งบางประเทศ ถือว่าตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดา เช่น สาธารณรัฐประชาชนจีน และหลายประเทศที่ถือว่าความเป็นมนุษย์เมื่อคลอดออกมาจากครรภ์มารดา เช่น ประเทศไทย ก็จะได้รับคุ้มครองสิทธิมนุษยชน และการจะได้รับการคุ้มครองนั้นอยู่ที่แนวคิดและรูปแบบของแต่ละประเทศ แต่อย่างไรก็ตาม ศาสตราจารย์ ดร. สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ ได้สรุปถึงข้อวิจักษณ์ว่า “สิทธิมนุษยชนนี้เป็นสิทธิธรรมชาติที่มนุษย์ทุกคนมีและไม่สามารถจะโอนไปได้รวมทั้งอยู่เหนือกฎหมาย และเหนืออำนาจรัฐ ซึ่งหากพิจารณาตามปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติแล้วถือว่าเป็นสิทธิที่มีอยู่ตามธรรมชาติที่ทุกคนยอมรับความมีอยู่นั้นก็ไม่สมควรที่จะไปละเมิดสิทธินี้ของคนอื่น ส่วนปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมืองให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองด้วยการตราเป็นกฎหมายเพื่อให้เกิดการคุ้มครองได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อจะได้สามารถกำหนดถึงกรอบ ขอบเขตของเจ้าหน้าที่รัฐในการให้การคุ้มครอง และเพื่อจะให้ประชาชนได้ล่วงรู้ถึงสิทธิของตนที่จะไม่ให้ถูกล่วงละเมิดได้”

ดังนั้น หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) เป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการวิจักษณ์ เนื่องจากมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาสิทธิของผู้ป่วย การตัดสินใจของผู้มีส่วนได้เสีย และหมายรวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุข อีกทั้งประเทศไทยได้รับแนวคิดของการรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เข้าสู่ด้วยบทกฎหมาย เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน “สิทธิในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” เป็นสิทธิมูลบทหรือสิทธิแม่บท (Mother Right) ให้แก่สิทธิที่ตามมาจกสิทธิในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อีกชั้นหนึ่งที่เรียกว่า “สิทธิมนุษยชน (Human Rights)” หรือเรียกได้ว่าเป็น “สิทธิขั้นพื้นฐาน (Fundamental Rights)” อันได้แก่สิทธิในชีวิตและร่างกายกับสิทธิในความเสมอภาค อันเป็นที่มาของสิทธิเสรีภาพทั้งปวง”

นอกจากนี้ สิทธิมนุษยชน (หรือ สิทธิขั้นพื้นฐาน) อันได้แก่ สิทธิในชีวิตและร่างกาย และสิทธิในความเสมอภาคเป็นสิทธิมูลบท หรือสิทธิแม่บทให้กับสิทธิเสรีภาพทั้งปวงที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการมีชีวิตและร่างกายอีกชั้นหนึ่ง ถ้ามองสิทธิตามรัฐธรรมนูญในแง่โครงสร้าง

แบบครอบครัว สิทธิเสรีภาพทั้งปวงที่เกิดขึ้นตามมาจากการมีชีวิตและร่างกายจะเป็นสิทธิในชั้นหลาน (Granddaughter Rights)” ซึ่งเกี่ยวข้องกับการวิจัย การคำนึงถึงตัวบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก ศาสตราจารย์ ดร. เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์ ยังได้อธิบายอีกว่า “ถ้ามองเป็นรูปปิรามิด ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มาก่อน และตามด้วยสิทธิมนุษยชน (หรือสิทธิขั้นพื้นฐาน) และสิทธิเสรีภาพอื่น ของมนุษย์ตามลำดับไล่เรียงตามมา ทำให้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จึงเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญที่มีคุณค่าสูงกว่าสิทธิมนุษยชน (หรือสิทธิขั้นพื้นฐาน) และสิทธิเสรีภาพอื่น ๆ ที่ตามมา ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จึงเป็นสิทธิอย่างหนึ่งที่รับรองและคุ้มครองให้แก่บุคคลมิให้ได้รับการปฏิบัติที่ไม่สมกับความเป็นมนุษย์ของบุคคลนั้น” ดังนั้น การวิจัยนี้ในส่วนนี้จึงสำคัญมากในการทบทวนการจัดทำกฎหมายต้นแบบ โดยคำนึงถึง หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จึงได้ทบทวนหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชน (หรือสิทธิขั้นพื้นฐาน) และสิทธิเสรีภาพอื่น ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นส่วนสำคัญ

1.9 หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย (Principle of Right and Liberty of Personal Autonomy)

จากการทบทวนวรรณกรรมหลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย (Principle of Right and Liberty of Personal Autonomy) “สิทธิในชีวิตและร่างกาย” เป็นหนึ่งในสิทธิตามธรรมชาติอันประชาชนทุกคนพึงมีอยู่แล้ว แนวคิดสำนักกฎหมายธรรมชาตินั้น เป็นหนึ่งในสิทธิที่สำนักกฎหมายฝ่ายบ้านเมืองได้ให้การรับรองและคุ้มครองไว้ และสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ได้แก่ สิทธิในชีวิตและร่างกายของตนเอง ซึ่งไม่อาจมีบุคคลใดจะพรากเอาชีวิตและร่างกายไปจากมนุษย์ได้

สิทธินี้สะท้อนผ่านบทบัญญัติและคำประกาศต่าง ๆ ทั้งกฎหมายไทย กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ และกฎหมายต่างประเทศ อาทิ คำประกาศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและพลเมือง ค.ศ. 1789 (Déclaration des droits de l’homme et du citoyen) ข้อ 2 “ความปลอดภัยในชีวิตและร่างกายของมนุษย์เป็นสิทธิตามธรรมชาติอย่างหนึ่งที่จะต้องธำรงรักษาไว้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์แห่งสังคมการเมือง” หรือ คำประกาศอิสรภาพของสหรัฐอเมริกา ซึ่งวางหลักว่า “สิทธิในชีวิต” คือสิทธิซึ่งมนุษย์ทุกคนเมื่อเกิดมามีอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกันซึ่งเป็นหนึ่งในสิทธิที่มนุษย์ได้รับจากพระเจ้าผู้สร้างอันมิอาจถูกพรากไปได้” หรือ สาธารณรัฐฝรั่งเศส ได้รับรองว่า ปฏิญญาสิทธิมนุษยชนและพลเมืองของประเทศเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม ค.ศ. 1789 นั้นยังคงใช้ได้ โดยรับรองไว้ในคำปรารภและเพิ่มเติมสิทธิเสรีภาพบางอย่างลงไว้ในคำปรารภ ด้วยเงื่อนไขและหลักการจำกัดสิทธิของประชาชนนั้น ปรากฏอยู่ในรูปแบบของรัฐธรรมนูญ ซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดและเป็นเจตนารมณ์ร่วมกันของประชาชนในรัฐ โดยถือว่าการที่ราษฎรต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งรัฐธรรมนูญในระบอบประชาธิปไตยนั้นก็เพราะประสงค์จะให้คนมีสิทธิและเสรีภาพ (หยุด แสงอุทัย, 2538, หน้า 153) หรือ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อ 3 ซึ่งวางหลักถึง “สิทธิในการมีชีวิต” ที่ว่า

“มนุษย์ทุกคนมีสิทธิในการมีชีวิต” ในส่วนกฎหมายไทยที่สำคัญ ได้วางหลักไว้ในกฎหมายสูงสุด กล่าวคือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 28 วางหลักว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย...” จะเห็นได้ว่า สิทธิในชีวิตและร่างกาย คือสิ่งที่ติดตัวมนุษย์ทุกคนมาตั้งแต่เกิด และมีกฎหมายรับรองและคุ้มครองเอาไว้ด้วย ผู้ใดจะมาทำการละเมิดสิทธิดังกล่าวมิได้ ดังนั้นไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นใครก็ไม่ควรที่จะถูกพรากสิทธิอันเป็นสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ที่มีกฎหมายรับรองคุ้มครองทั้งสิ้น หลักการสำคัญที่แสดงถึงความเป็นมนุษย์ ที่มนุษย์ทุกคนมีสิทธิและเสรีภาพในการตัดสินใจร่างกายของตนเอง โดยมีพื้นฐานมาจาก ทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติ การเป็นมนุษย์ที่มาโดยธรรมชาติ ผนวกกับทฤษฎีกฎหมายบ้านเมือง ในการออกกฎหมายกำกับ ดูแล สร้างกฎระเบียบต่าง ๆ ที่ธรรมชาติเป็นตัวกำหนด

ดังนั้น สิทธิในการตัดสินใจในร่างกายของตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยจึงเป็นสิทธิโดยธรรมชาติที่ผู้ป่วยพึงมี และได้รับความคุ้มครอง (บวรศักดิ์ อุวรรณ โณ, 2538, หน้า 46-47) อย่างสิทธิขอตายด้วยความกรุณา สิทธิในการขอยุติชีวิต หรือสิทธิในการปฏิเสธการรักษา เป็นการกำหนดวงหลักของสิทธิและเสรีภาพ

แนวคิด และความหมายของ สิทธิและเสรีภาพ โดยทั่วไป เมื่อพิจารณาหลากหลายคำรา และสามารถสรุปได้ว่า “สิทธิ” เกิดจากแนวคิดสำนักกฎหมายบ้านเมือง เป็นสิ่งที่กฎหมายรับรองและคุ้มครอง ในทางกลับกันสำนักกฎหมายธรรมชาติ ก็บ่งบอกว่า เป็นสิทธิที่มีอยู่โดยธรรมชาติ ไม่จำเป็นต้องให้ใครรับรองสิทธิ “เสรีภาพ” คือการตัดสินใจ การกระทำหรือไม่กระทำการใด ๆ โดยความสมัครใจและเต็มใจของตนเอง โดยไม่ได้ถูกรบงำ แทรกแซง ความเป็นอิสระของบุคคลที่จะกระทำการใด หรือไม่กระทำการใด หรือการตัดสินใจ นั้นเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย (Principle of Right and Liberty of Personal Autonomy) เป็นหลักสิทธิขั้นพื้นฐานของการปกครองในระบบนิติรัฐ ที่กฎหมายต้องรับรองและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพในด้านต่าง ๆ รวมถึงสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายด้วย จึงเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ เนื่องจากการวิจัยนี้มุ่งสร้างกลไกทางกฎหมายในการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น การวิจัยนี้จึงได้ทบทวนวรรณกรรมหลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย

1.10 หลักสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมาย (Patient's Right Principle)

หลักสิทธิของผู้ป่วยตามกฎหมาย (Patient's Right) เป็นหลักพื้นฐานสากลสำหรับผู้ป่วยทั้งหมด 10 ข้อ ส่วนของประเทศไทยนั้นปรากฏในคำประกาศสิทธิผู้ป่วย และมีข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยเพิ่มเติมจากสากล ทั้งนี้เกิดขึ้นจากแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ร่วมกันเพื่อให้ทราบถึงสิทธิของผู้ป่วย และ

ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพด้าน “สิทธิของผู้ป่วย” ก็เป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกคนควรทราบ ซึ่งมีการประกาศและรับรองสิทธิผู้ป่วยไว้ (กองบรรณาธิการ HD, ออนไลน์, 2560)

ในประเทศไทยมีหลักสิทธิผู้ป่วยแล้ว ยังมีการกำหนดหน้าที่ของผู้ป่วยเพิ่มเติมด้วยความคาดหวังเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ สหวิชาชีพได้รับกันยืนยันคำประกาศสิทธิผู้ป่วย โดยมีหน้าที่ของผู้ป่วยควบคู่ด้วยเช่นกัน ดูได้จาก คำประกาศสิทธิ และข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย คำประกาศ “สิทธิ” และ “ข้อพึงปฏิบัติ” ของผู้ป่วยฉบับใหม่ออกและรับรองโดย 6 สภาวิชาชีพ ในวันแม่แห่งชาติ 12 สิงหาคม 2558 (แพทยสภา, ออนไลน์) ดังภาพประกอบที่ 2.1



คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทย์สภา สภาการพยาบาล สภานิติการชน หันตแพทย์สภา สภาการพยาบาลทันต สภานิติกรรมการแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ไว้ดังต่อไปนี้

• สิทธิของผู้ป่วย •

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือยินยอมมิให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตายต่อชีวิต
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือหรือรับทราบจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นกรณี โดยไม่คิดค่ามิว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ตน
5. ผู้ป่วยมีสิทธิร้องขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นเพื่อให้เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษของผู้ป่วยที่มีอยู่
6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยชอบของผู้ป่วยหรือคนกลุ่มนาย
7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นคู่เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการนำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวคือไม่เป็นภาระมีสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้ป่วย
9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้คนหรือหน่วยงานหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

• ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย •

1. สอดอ่านเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนลงนามได้รับความยินยอม หรือยินยอมต่อการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาล
2. ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพที่เป็นจริงและครบถ้วนแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในกระบวนการรักษาพยาบาล
3. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้แจ้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทราบ
4. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล
5. ปฏิบัติต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งผู้ที่มาเยี่ยมเยียน ด้วยความสุภาพได้เกียรติและไม่กระทำการที่ผิดจารีตประเพณี
6. แจ้งสิทธิการรักษาพยาบาลหรือหลักฐานที่ตนมีให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ
7. ผู้ป่วยพึงรับทราบข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้
 - 7.1 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม
 - 7.2 การแพทย์ในที่นี้ หมายถึง การแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ โดยองค์ความรู้ในขณะนั้นว่ามีประโยชน์มากกว่าโทษสำหรับผู้ป่วย
 - 7.3 การแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาให้หายได้ทุกโรคหรือทุกภาวะ
 - 7.4 การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้ นอกจากนี้ เหตุสุภสัยอาจเกิดขึ้นได้ แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอ ตามภาวะวิสัยและเหตุการณ์ในการรักษาพยาบาลนั้นๆ แล้ว
 - 7.5 การตรวจเพื่อการคัดกรอง วิจัยวิจัย และติดตามการรักษาโรค อาจให้ผลที่คลาดเคลื่อนได้ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่ใช้ และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน
 - 7.6 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้ดุลพินิจในการเลือกกระบวนการรักษาพยาบาลตามหลักการทางการแพทย์ ตามความสามารถและข้อจำกัด ความภาวะวิสัยและเหตุการณ์ที่มีอยู่ รวมทั้งการปรึกษาหารือส่งต่อโดยคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย
 - 7.7 เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจใช้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตายต่อชีวิต
 - 7.8 การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพของผู้ป่วยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาพยาบาล
 - 7.9 ต้องจ่ายเงินของสถานพยาบาล ให้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตายต่อชีวิต

ประกาศ ณ วันที่ 12 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558



(นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
 เลขาธิการแพทยสภา
 ประธานคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ

(นางสาวกัญญาพร นพ.วงศกิติ์ ไชยเดช)
 นางสมหมาย
 (รองศาสตราจารย์ นพ.กิตติ พิทักษ์นิตินันท์)
 นางดวงนภาธรรม
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กานดา ชัยบุญไทย)
 นางรองศาสตราจารย์กานดา
 (รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นพ.กิตติกร นพ.กิตติกร นพ.กิตติกร)
 นางกานดา นพ.กิตติกร นพ.กิตติกร
 (รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นพ.กิตติกร นพ.กิตติกร)
 นางกานดา นพ.กิตติกร นพ.กิตติกร

ภาพประกอบที่ 2.1 คำประกาศสิทธิ และข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยคำประกาศ “สิทธิ” และ “ข้อพึงปฏิบัติ” ของผู้ป่วยฉบับใหม่ออกและรับรองโดย 6 สภาวิชาชีพ ในวันที่แม่แห่งชาติ 12 สิงหาคม 2558 (แพทย์สภา, ออนไลน์)

จากภาพประกอบสามารถสรุปสาระสำคัญ สิทธิของผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ โดยแยกเป็นประเด็นได้ดังนี้

ข้อ 1 หลักสิทธิเสรีภาพที่ผู้ป่วยพึงมีในร่างกาย

ข้อ 2 หลักสิทธิในการรับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เกี่ยวข้องหลักการตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้อ 3 สิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันที ตามความจำเป็น แก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ เกี่ยวข้องกับหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

ข้อ 4 สิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน เพื่อสิทธิในการรับรู้ ว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการรักษามีตัวตนจริง ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

ข้อ 5 ข้อนี้ เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยมีสิทธิในการรับรู้อุปสรรคและตัดสินใจในการรักษา ผู้ป่วยมีอิสระในการคิด พินิจ เป็นหลักการที่เกี่ยวข้องกับหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย หลักความเป็นอิสระเป็นตัวเองของผู้ป่วย

ข้อ 6 ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง หรือเปิดเผย มีสิทธิในการตัดสินใจ มีสิทธิเสรีภาพในการตัดสินใจ เป็นการคุ้มครองหลักประโยชน์สูงสุดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ข้อ 7 สิทธิที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน และมีสิทธิในการตัดสินใจต่าง ๆ เป็นหลักการที่เกี่ยวข้องกับหลักในการตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้อ 8 สิทธิที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง เกี่ยวข้องกับหลักเกิดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย หลักในการตัดสินใจของผู้ป่วย และหลักประโยชน์สูงสุดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยต้องทราบในการนั้น

ข้อ 9 ผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอาจมีสิทธิตัดสินใจแทนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รับรู้ หรือเป็นผู้ห่อนความสามารถ ทั้งนี้การตัดสินใจของบุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางการแพทย์จะต้องเล็งเห็นว่า จะต้องเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงที่สุด โดยใช้วิจารณญาณ และจรรยาบรรณที่แพทย์พึงมีเป็นตัวกำหนด

สำหรับข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ย่อมเกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยสูงสุด โดยอิงแนวคิด หลักการทฤษฎีขั้นพื้นฐานที่กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น ไม่ว่าจะเป็นการแสดงเจตนาของผู้ป่วย โดยอิงถึงหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพที่ผู้ป่วยพึงมี โดยผู้ทำการรักษาจะต้องคำนึงถึงหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หลักความเป็นอิสระเป็นตัวเองของผู้ป่วย และหลักอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังที่ได้ทบทวนวรรณกรรมในบทนี้

กล่าวโดยสรุป คำรับรอง สิทธิที่ผู้ป่วยและข้อพึงปฏิบัติ นั้น คือหน้าที่ของผู้ป่วย โดยมีสิทธิและหน้าที่ควบคู่กันเสมอ กล่าวถึง สิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการบริการด้านสุขภาพ โดยมาตรฐานเดียวกัน และมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลในการรักษาของตนเองอย่างเพียงพอ และถูกปฏิบัติอย่างเท่าเทียม ดังนั้น หลักสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมาย (Patient's Right) เป็นหลักการพื้นฐานด้านสาธารณสุขที่กฎหมายต้องรับรองและคุ้มครอง จึงเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ เนื่องจากการวิจัยนี้มุ่งสร้างกลไกทางกฎหมายในการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น การวิจัยนี้จึงได้ทบทวนวรรณกรรมหลักสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมาย

1.11 หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient's Right to Self-Determination Principle)

หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient's Right to Self-Determination) เป็นหลักการสากลที่ผู้ป่วยควรจะได้รับทราบข้อมูล ผลการตรวจที่แท้จริง พร้อมทั้งความเห็นแนวทางการรักษาทางการแพทย์ประกอบการรักษา ผลข้างเคียง หรือถ้าไม่รักษา เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับทราบถึงข้อมูลของตนเองอย่างเพียงพอแล้ว ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจ ไม่ว่าจะสิทธิในการเลือกแนวทางการรักษา ไปจนถึงสิทธิที่จะเลือกไม่รับวิธีการรักษาใด ๆ ก็ตาม ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ในการใช้สิทธิในการยินยอมหรือไม่ยินยอมในการรักษา ภายใต้งานสื่อให้ความยินยอม (Informed Consent) หากแต่ก่อนหน้าการตัดสินใจผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลที่จำเป็นและครบถ้วนเพื่อการตัดสินใจ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยร้องขอ

ในเรื่องการเรียกร้องสิทธิขอตายด้วยความการุณยประเทศตะวันตกมีการร้องขอกันมาก บางประเทศมีกฎหมายรับรองสิทธิที่ขอตายด้วยความการุณยเชิงรุก หรือการุณยฆาตไว้ชัดเจน เพราะการที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับเครื่องมือสมัยใหม่ (ของแพทย์ในกระบวนการช่วยชีวิตผู้ป่วย (Life Sustaining Procedure) โดยมีแนวคิดที่ว่า การที่มีสายเครื่องมือทางการแพทย์ต่อเข้ากับร่างกายผู้ป่วยอย่างถาวรนั้น ไม่ใช่เป็นการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หากแต่เป็นการทำลายศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง (Dehumanization) ด้วยเหตุนี้ การปฏิเสธการรักษาโดยกระบวนการช่วยชีวิตของแพทย์ จึงมีจุดเกาะเกี่ยวที่สำคัญต่อการขอตายด้วยความการุณยอย่างมีศักดิ์ศรี ดังนั้น หลายรัฐในสหรัฐอเมริกาจึงออกกฎหมายว่าด้วยสิทธิที่จะตายขึ้น เช่น รัฐออริกอน รัฐแคลิฟอร์เนีย และรัฐเท็กซัส เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แนวคิดทางศาสนา เช่น ศาสนาคริสต์ ศาสนาอิสลาม เป็นต้น บางประเทศมีกฎหมายกำหนดให้ "ความผิดฐานฆ่าตัวตายไว้" กล่าวคือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แล้วไม่ตายจะถูกดำเนินคดีฐานพยายามฆ่าตัวตาย และผู้ที่ช่วยเหลือให้คนฆ่าตัวตายก็มีความผิดอาญา ในกรณีที่คนป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย และทนทุกข์ทรมาน อยู่ในวาระสุดท้ายปฏิเสธการรักษาโดยเครื่องช่วยชีวิตจากแพทย์

แนวคิดที่สำคัญของจรรยาบรรณแพทย์ตั้งแต่สมัยกรีก คือ Hippocratic Oath ที่ว่า “ข้าพเจ้าขอปฏิญาณตนว่าจะไม่ให้คำแนะนำหรือการรักษาใด ๆ อันเป็นการทำลายชีวิตผู้ป่วยแม้ รื่องขอ” ดังนั้น ตามคำสาบานนี้แพทย์มีหน้าที่ช่วยชีวิตผู้ป่วย ที่ใกล้จะตายอย่างสุดความสามารถ และส่งผลอย่างยิ่งต่อการพัฒนาแนวคิดของสิทธิที่จะตาย เนื่องจากการกำหนดหน้าที่ของแพทย์ ว่าต้องรักษาและต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ใกล้จะตายให้ถึงที่สุดแม้ว่าต่อมาผู้ป่วยจะมีสภาพเป็นผักก็ตาม (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2539, หน้า 101-102) จากคำปฏิญาณสาบานตนนั้น มีมุมมองที่ว่าแพทย์นั้น ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อช่วยชีวิตมนุษย์ และไม่มีเหตุใด หรือเงื่อนไขใดที่ควรจะอนุญาตให้แพทย์ฆ่ามนุษย์ได้

แนวคิดดังกล่าวส่งผลต่อสังคมส่วนใหญ่ว่า หากแพทย์กระทำการการุณฆฆมาแต่แล้ว ย่อมทำให้แพทย์มีความรับผิดชอบตามกฎหมายอาญาสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และ สาธารณสุขที่ให้บริการในสถานบริการของรัฐ หรือให้บริการในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่มีสิทธิ ที่จะปฏิเสธการให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยไม่เหตุผลสมควรในทุกกรณี เนื่องจากต้องให้บริการในฐานะ ให้บริการสาธารณะของบริการภาครัฐส่วนผู้ป่วยที่ไปขอรับบริการนั้น

หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient's Right to Self-Determination) เป็นหลักการที่ยืน อยู่บนฐานของการเคารพเจตนาหรือการตัดสินใจของผู้ป่วย จึงเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ เนื่องจากการวิจัยนี้มุ่งสร้างกลไกทางกฎหมายในการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยในวาระ สุดท้ายของชีวิตที่จะต้องพิจารณาถึงหนังสือ แบบของนิติกรรมที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาหรือได้ ตัดสินใจกำหนดในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและการตายไว้ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงได้ ทบทวนวรรณกรรมหลักการตัดสินใจของผู้ป่วย

1.12 หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence Principle)

หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence) เป็นหลักที่ใช้ในการถ่วงดุลในการใช้ ดุลพินิจทางการแพทย์ โดยมองว่าการรักษาต่อไปไม่ว่าจะเป็นการใส่ยา หรือเครื่องมือทาง การแพทย์นั้น ยังจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาหรือไม่ จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย มากน้อยเพียงใด แนวทางทางแถบซีกโลกตะวันตก จะให้ศาลเป็นผู้ใช้อำนาจวินิจฉัยว่าแนวทางไหนจะ เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด โดยให้ศาลวินิจฉัยถึงขั้นการยุติชีวิตการขอตายด้วยความการุณย์ อย่างศาลในประเทศอังกฤษได้ถือหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นหลักในการพิจารณาตัดสินคดี การเพิกถอนการใช้เครื่องมือยืดชีวิต จนกระทั่งต่อมาหลักดังกล่าวถูกบัญญัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ใน Mental Capacity Act 2005 ทั้งนี้ คดีที่ประเทศอังกฤษได้มีการขอเพิกถอนการใช้เครื่องมือยืดชีวิต และศาลได้ปรับใช้หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยในการพิจารณา เช่น คดี Airedale NHS Trust v Bland คดี Law Hospital NHS Trust v Lord Advocate และ คดี NHSTrust v I เป็นต้น (รติกร กุลวรวงศ์พิทักษ์, 2558, หน้า 47-48)

ปรากฏในตัวอย่างคดีที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ ดังนี้ (รติกร กุลวรรกุลพิทักษ์, 2558, หน้า 52)

1) คดี Airedale NHS Trust v Bland คดีนี้ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพผักไม่สามารถแสดงเจตนาใด ๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ เมื่อมีการวินิจฉัยว่าการใช้ท่อให้สารน้ำและสารอาหารมิได้เป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยอีกต่อไป ศาลจึงเห็นสมควรที่จะให้หยุดใช้วิธีการดังกล่าว

2) คดี Law Hospital NHS Trust v Lord Advocate ผู้ป่วยในคดีนี้อยู่ในสภาพผักมากกว่า 3 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยไม่มีโอกาสฟื้นฟูกลับมาเป็นปกติได้อีก ผู้ป่วยยังคงมีชีวิตอยู่ได้โดยการใช้ท่อให้สารน้ำและสารอาหาร แพทย์และครอบครัวของผู้ป่วยเห็นว่าควรหยุดกระบวนการรักษาดังกล่าวจึงได้ร้องขอต่อศาลเพื่อหยุดการรักษา ศาลได้หดยกกรณีมิได้เป็นไปเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย สามารถยอมมีอำนาจที่จะสั่งตามคำร้องอนุญาตให้แพทย์เพิกถอนการใช้เครื่องมือยึดชีวิตได้เพื่อปกป้องประโยชน์ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถปกป้องผลประโยชน์ของตนเองได้

3) คดี NHS Trust v I คดีนี้โรงพยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพผักยื่นคำร้องต่อศาลว่าผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้และทางโรงพยาบาลเห็นว่าการรักษาเธอต่อไปย่อมไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ เธอควรได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี ศาลเห็นว่าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่มีหวังที่จะฟื้นกลับมาเป็นปกติได้และไม่มียุติกรรมใดทางการแพทย์ที่จะสามารถช่วยเธอได้ การรักษาเพื่อยืดชีวิตโดยการใช้ท่อให้สารน้ำและสารอาหารย่อมไม่ใช่ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย การเพิกถอนการรักษาจึงสามารถกระทำได้

แนวคิดการยุติชีวิตด้วยการทำการุณยฆาต นั้นมีมุมมองหลายความคิดและสังคม โดยที่แพทย์กระทำการุณยฆาตแล้ว ย่อมทำให้แพทย์มีความรับผิดชอบตามกฎหมายอาญาสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการในสถานบริการของรัฐ หรือให้บริการในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่มีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้บริการแก่ผู้ป่วย ความยินยอมลักษณะนี้ในบางประเทศถือเป็นเงื่อนไขสำคัญในการให้บริการเพราะถ้าไม่ได้รับการยินยอมลักษณะนี้จากผู้ป่วยผู้ประกอบวิชาชีพไม่ต้องรับผิดชอบทางกฎหมาย ผู้ให้บริการอาจต้องรับผิดชอบทางกฎหมายแพ่งและอำนาจนำมาซึ่งความรับผิดชอบทางอาญาด้วย เช่น ฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา เป็นต้น

กล่าวได้ว่า หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence) เป็นหลักที่ใช้มาตรวัดของหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นมาตรวัดทางภาวะวิสัย (Objective Standard) โดยมีได้พิจารณาจากหลักการแสดงเจตนา จึงมีความเกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยนี้ ดังนั้น การวินิจฉัยนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมหลักหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเพราะเกี่ยวข้องกับประเด็นการวินิจฉัยที่การดำเนินการในทางใด ๆ รวมถึงการสร้างกลไกทางกฎหมายในการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยย่อมต้องคำนึงถึงหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นสำคัญด้วยประการหนึ่ง

1.13 หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non – Maleficence Principle)

หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non – Maleficence) เป็นหลักที่ให้บุคลากรทางการแพทย์มาใช้เป็นแนวทางการดูแลรักษาโดยตรง และเป็นหลักจริยธรรมทางการแพทย์ที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องปฏิบัติตามจริยธรรมทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (End of Life) และที่ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) จะต้องเคร่งครัดกับหลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่สามารถปรับใช้ได้ในทุกกรณี แม้ว่าจะมีความแตกต่างทางกฎหมาย วัฒนธรรม ศาสนา หรือแนวความคิดอื่น ๆ ก็ตาม หลักดังกล่าวไม่ได้เฉพาะทางกาย แต่รวมถึงทางจิตใจด้วย โดยทุกการตัดสินใจให้คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ การตัดสินใจ หรือ การแสดงเจตนาอื่น ๆ จะต้องไม่กระทบกระเทือนถึงสิทธิของผู้ป่วยที่การบอกข้อมูลทางการแพทย์ ผลการตรวจต่อผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญมาก การปกปิด หรือบิดเบือนข้อมูลนอกจากการไม่เคารพสิทธิผู้ป่วยแล้วยังเป็นการละเมิดวิชาชีพ เพราะการโกหกผู้ป่วยหรือไม่บอกความจริง ก็สามารถก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้เช่นกัน เปรียบเทียบกับผลไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้น (Possible Adverse Effects) แก่ผู้ป่วยเป็นหลัก

ในหลักการดังกล่าวย่อมเกี่ยวข้องกับกฎหมายที่ดำเนินการวิจัยเป็นอย่างมาก กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว อยู่ในวาระสุดท้าย แพทย์ย่อมต้องประเมินการรักษาต่อเพื่อเป็นการยืดชีวิตของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่นานที่สุด เป็นจริยธรรมทางการแพทย์ที่ควรพึงมี กรณีที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาเจตจำนงในการปฏิเสธการรักษา ในขณะที่รู้สำนึก สติสัมปชัญญะครบถ้วนนั้น เป็นการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่อาจกระทบต่อจริยธรรมแพทย์ ซึ่งแพทย์จะต้องทำการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยจะต้องอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สีกตัวแล้ว จึงจะสามารถดำเนินการตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยได้ ซึ่งมีกฎหมายรับรองยกเว้นความรับผิดชอบของแพทย์ ปรากฏในมาตรา 12 แต่ยังมีประเด็นที่จะต้องศึกษาในกรณีที่ญาติ ผู้แทนของผู้หย่อนความสามารถแสดงเจตนาแทนนั้น กฎหมายได้รับรอง หรือเพิ่มวิธีการเป็นแนวทางเลือกหรือไม่ เป็นประเด็นทางกฎหมายที่จะต้องศึกษากันต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าหลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non – Maleficence) เป็นหลักการที่ใช้ประกอบการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพในทางสาธารณสุขจึงเป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ พยายามที่ต้องดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

1.14 หลักความเป็นอิสระเป็นตัวเองของผู้ป่วย (Patient Autonomy Principle)

หลักการเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย สำหรับในประเทศไทยการขอความยินยอมในการรักษาพยาบาลก่อนปี พ.ศ. 2550 ได้มีการปฏิบัติกัน มาต่อเนื่องยาวนาน โดยมีรัฐธรรมนูญที่

บัญญัติเรื่องสิทธิในชีวิตและร่างกายไว้จนกระทั่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บังคับใช้ซึ่งเป็นกฎหมายลายลักษณ์อักษร ฉบับแรกที่มีหลักกฎหมายเรื่อง “ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว” บัญญัติไว้ในมาตรา 8 “ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุข ต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการ จะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้ ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่ เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง โดยความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้ (1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต และมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน (2) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ผู้ปกครอง ผู้ปกครอง ดูแล ผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการแล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้” จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจะต้องมีความเป็นอิสระ (Autonomy) ในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยปราศจากการบังคับ ควบคุม และแทรกแซงจากภายนอก

สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง มีความหมายคล้ายกับ Autonomy แต่ Autonomy นั้น เป็นสภาวะของบุคคล ส่วน Right to Self-Determination เป็นสิทธิหรือสิ่งที่กฎหมายให้อำนาจ อันทำให้ผู้อื่นมีหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติตาม ในบริบทของ Informed Consent หลักการนี้มีพื้นฐานว่า บุคคลทุกคน มีสิทธิที่จะตัดสินใจรับบริการทางการแพทย์ใด ๆ หรือเข้าร่วมงานวิจัย หรือเลือกที่จะไม่รับบริการนั้นก็ได้ ในประเทศไทยหลักการทั้งสองประการล้วนสอดคล้องกับบทบัญญัติ ในรัฐธรรมนูญในหมวดสิทธิเสรีภาพซึ่งกำหนดว่าบุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย ดังที่กล่าวไปแล้ว ตลอดจนผู้ป่วยย่อมมีสภาวะที่จะตัดสินใจ รวมถึงการตัดสินใจที่จะยินยอม หรือไม่ยินยอม ในการใช้บริการทางสาธารณสุขหรือไม่

หลักความเป็นอิสระเป็นตัวเองของผู้ป่วย สิ่งที่สำคัญที่สุดคือทุกการตัดสินใจนั้นมีพื้นฐานมาจากหลักความศักดิ์สิทธิ์ของเจตนา การตัดสินใจของผู้ป่วย และเป็นความประสงค์ของผู้ป่วยที่แท้จริง ซึ่งถือเป็นหนึ่งในหลักจริยธรรมกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจได้นั้นต้องมาจากการบอกข้อมูลผู้ป่วย (Inform) ที่ดี และแพทย์เป็นที่ปรึกษาที่ดี มากกว่าให้ผู้ป่วย เคาเอง (Doctor Knows Best)

มีบางกรณีที่แพทย์สามารถทำการรักษาผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องขอความยินยอม ขอการตัดสินใจจากผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการให้ความยินยอม การที่ผู้ป่วยอยู่ใน

ภาวะฉุกเฉิน หรือเร่งด่วนและไม่รู้สึกตัว เหล่านี้จึงจำเป็นต้องให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย ไปก่อนตามหลัก Beneficence หรือยึดประโยชน์สูงสุด (Best Interest) ของผู้ป่วยเป็นหลัก

กฎหมายบัญญัติยกเว้นให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอม ได้แก่ กรณีผู้ป่วยตามมาตรา 22 ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กล่าวคือ “บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใด กรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา (1) มีภาวะอันตราย (2) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา โดยคำนิยามของคำว่า ภาวะอันตราย และ ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาอยู่ในมาตรา 3 “ภาวะอันตราย” หมายความว่า พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สิน ของตนเองหรือผู้อื่น “ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” หมายความว่า สภาวะของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ ความยินยอมรับการบำบัดรักษาและ ต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้ ความผิดปกติทางจิตที่มีความรุนแรง หรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น เป็นต้น

ถึงแม้ปัจจุบันจะมีการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างละเอียด แพทย์ในฐานะผู้มีความรู้ การวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (Advance Care Planning) ดังนั้น จึงควรนำหลักความเป็นอิสระเป็นตัวเองของผู้ป่วยมาศึกษาและวิเคราะห์จึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและถึงกระนั้นว่าผู้ป่วยมีอิสระและเป็นของตัวเอง เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

1.15 หลักความยุติธรรม (Justice Principle)

ความยุติธรรม (Justice) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สำคัญของมนุษย์ การเข้าถึงความยุติธรรมย่อมเป็นการส่งเสริมการพัฒนาคนอย่างสำคัญ โดยเฉพาะในแง่ของการที่จะไม่ถูกปิดกั้นโอกาส และทางเลือกต่าง ๆ ในการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ ความยุติธรรม จะเชื่อมโยงไปถึงความเสมอภาค ซึ่งปัญหาสำคัญของการเข้าถึงความยุติธรรมอยู่ที่การจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ

ความหมายของ “การเข้าถึงความยุติธรรม” มีอยู่มากมายหลากหลายโดยนักวิชาการ และองค์กรต่าง ๆ โดยอธิบายในลักษณะที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับคำสำคัญ อื่นๆ “ความเท่าเทียม” “ความเป็นธรรม” หรือ “ประชาธิปไตย” ความยุติธรรมเป็นเรื่องของจิตใจหรือความรู้สึก นักปรัชญา ที่มีชื่อเสียงระดับโลกอย่างฮันส์ เกลเซน (Hans Kelsen) มองว่า “ความยุติธรรมเป็นหนึ่งในคำถามซึ่งมนุษย์ไม่สามารถจะพบคำตอบเด็ดขาดสุดท้าย แต่ สามารถเพียงปรับปรุงคำถามนี้เท่านั้น” อีกทั้งได้อธิบาย ไว้อีกว่า “ความยุติธรรมในลักษณะแรกนั้นเป็นคุณภาพที่เป็นไปได้ (Possible) แต่ไม่จำเป็น (Necessary) ของระเบียบทางสังคม (Social Order) ที่ควบคุมกำกับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน

ของมนุษย์ ในลักษณะต่อมาเท่านั้นที่ความยุติธรรม (ประพิน นุชเปี่ยม, ออนไลน์, 2559) ความยุติธรรม เป็นแม่แบบของแนวทางต่าง ๆ เป็นแนวทางในเกณฑ์การตัดสิน โดยมีกฎหมายเป็นเครื่องมือ ในการทำหน้าที่กำหนดความยุติธรรมนั้น เรื่องนี้จะเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนมาก การที่มนุษย์เป็นผู้ตัดสินว่าการกำหนดว่าอะไรคือความดี อะไรคือความแตกต่างที่ต้องตัดสินให้เกิดความยุติธรรม เป็นเรื่องที่ต้องวิเคราะห์กันอย่างละเอียด โสเครตีสเชื่อว่าถ้าเราไม่สามารถหาคำนิยามของคุณธรรม เหล่านี้ได้ เราก็จะไม่สามารถมีความรู้เกี่ยวกับคุณธรรมได้ และการตัดสินว่าการกระทำหนึ่ง มีความยุติธรรม หรือกล่าวหา ฯลฯ หรือไม่ ย่อมปราศจากหลักเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือ ดังนั้น ความยุติธรรม คือ ยุติ และ ธรรม ดีความตามตัวอักษรได้ว่า เป็นธรรมอันนำไปสู่ความยุติ คือจบลงแห่งเรื่องราว John Lawl กล่าวไว้ว่า Justice Is Conditions of Fair Equality of Opportunity ส่วน ราวู คิดว่า “ความยุติธรรมก็เหมือนกับประชาธิปไตย คือ ความคิดเห็นของคนส่วนมากที่มีความคิดเห็นอย่าง เดียวกัน ผลประโยชน์ที่ได้รับคือผลประโยชน์ที่กลุ่มคนได้รับเหมือนกัน คิดว่าเหมือน ผลประโยชน์ของส่วนรวมนั้นแหละ แน่แน่นอนว่าบางครั้งความยุติธรรมมันต้องขัดกับ ผลประโยชน์ของคนกลุ่ม ๆ หนึ่ง” ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดให้มีกฎหมายบังคับใช้ในสังคม ถ้าคนไหนทำผิดตามหลักเกณฑ์ของสังคมนั้นจะมีบทบัญญัติในการลงโทษ ซึ่งคนส่วนมากเห็นด้วยกับ หลักการข้อนี้ ตัวอย่างเช่น คนที่ขโมยของถูกปรับ ฯลฯ นั่นคือความยุติธรรมของสังคม

ความยุติธรรมเป็นตัวกำหนดทิศทางของสังคม ซึ่งความยุติธรรมของแต่ละสังคม ไม่เหมือนกัน ซึ่งในความเป็นจริงแล้วความยุติธรรมที่เป็นที่นิยมมากที่สุดเป็นความยุติธรรม ที่ต้องอยู่คู่กับคุณธรรมและจริยธรรม ที่เป็นเครื่องช่วยในการกำหนดกฎเกณฑ์ว่าสิ่งไหนเป็นสิ่งที่ดี ถูกต้อง และเหมาะสมแล้ว ความยุติธรรมแบบไหนที่คนส่วนมากจะยอมรับ สำหรับการจัดการ ภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต อาจมีการรู้สึกผิดและขัดต่อจริยธรรมกับการดูแลผู้ป่วยในวาระ สุดท้าย ของชีวิต การปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเสมอภาค และเท่าเทียมกันมีความสำคัญ ดังนั้น จึงควรนำ หลักความยุติธรรมมาศึกษาและวิเคราะห์จึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็น สำคัญที่จะต้องศึกษาและถึงกระนั้นว่ามีความยุติธรรม เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำ กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

1.16 หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม (Freedom of Juristic Contract Principle)

หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม (Freedom of Juristic Contract) ปรากฏขึ้นเป็นครั้งแรก ในรัฐธรรมนูญของสหรัฐอเมริกา และต่อมาได้ปรากฏขึ้นในสาธารณรัฐฝรั่งเศสภายหลังการปฏิวัติ โดยบัญญัติใน Napoleonic-Secree of March 2-17, 1791 (1791), 2., Collection des decrets, 147, มาตรา 7 ซึ่งบัญญัติว่า “บุคคลทุกคนมีเสรีภาพในการจัดการธุรกิจใด ๆ ได้ตามที่เห็นสมควร” ทั้งนี้ จะไม่มีบทบัญญัติทั่วไปว่าด้วยเรื่องเสรีภาพในการทำสัญญาอย่างชัดเจนในประมวลกฎหมายแพ่ง

ฝรั่งเศส แต่อ้างอิงได้ว่ามีหลักอยู่ในมาตรา 6 มาตรา 1131 และ 1133 ที่บัญญัติว่า “การตกลงร่วมกันของกลุ่มสัญญา คือ กฎหมาย” ซึ่งเป็นหลักที่สำคัญของการกระทำของ “บุคคล” หรือที่เรียกว่าทำนิติกรรมโดยชอบด้วยกฎหมายและมุ่งต่อผลในกฎหมาย ที่จะเกิดขึ้นเพื่อการก่อสิทธิ เปลี่ยนแปลง สิทธิ โอนสิทธิ สงวนสิทธิ สงวนสิทธิ และระงับซึ่งสิทธิต่าง ๆ โดยบุคคลย่อมมีเสรีภาพในการทำนิติกรรม โดยการทำนิติกรรมนั้น จะต้องไม่ขัดหรือ แย้ง ต่อกฎหมาย “บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการทำสัญญา” กับผู้ใดด้วยข้อตกลงอย่างไรก็ได้ โดยมีหลักประกันว่าเมื่อได้ทำสัญญากันแล้วจะไม่ถูกแทรกแซงจากบุคคลภายนอก ซึ่งเสรีภาพในการทำสัญญามีบทบัญญัติเป็นกรอบปฏิบัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 151 บัญญัติว่า “การใดเป็นการแตกต่างกับบทบัญญัติของกฎหมาย ถ้ามิใช่กฎหมายอันเกี่ยวข้องด้วยความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน การนั้นไม่เป็นโมฆะ”

บทบัญญัติดังกล่าวแสดงว่า นิติกรรมหรือสัญญาใดก็ตาม แม้ทำแล้วแตกต่างจากที่กฎหมายบัญญัติไว้ก็ยังมีผลสมบูรณ์ เว้นแต่นิติกรรมหรือสัญญาที่ทำนั้น แตกต่างจากบทบัญญัติกฎหมายอันเกี่ยวข้องด้วยความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน นิติกรรมหรือสัญญานั้น จึงตกเป็นโมฆะ

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มีข้อจำกัดเสรีภาพในการทำนิติกรรม สัญญา ดังนี้

1) การจำกัดเสรีภาพในการกำหนดวัตถุประสงค์ของสัญญา กล่าวคือ กลุ่มสัญญาไม่อาจทำสัญญาที่มีวัตถุประสงค์ขัดต่อกฎหมายว่าด้วยความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (มาตรา 150)

2) การจำกัดเสรีภาพในเรื่องแบบของสัญญา กล่าวคือ กฎหมายกำหนดให้สัญญาบางชนิดต้องทำตามแบบ มิฉะนั้นสัญญานั้นตกเป็นโมฆะ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 152

3) การจำกัดเสรีภาพในเรื่องความสามารถในการทำสัญญา กล่าวคือ กฎหมายให้ความคุ้มครองกลุ่มสัญญาไว้ในเรื่องความสามารถของบุคคล หากฝ่าฝืนบทบัญญัติของกฎหมายว่าด้วยความสามารถของบุคคล สัญญานั้นจะตกเป็น โมฆียะ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 153

เสรีภาพในการทำนิติกรรมผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้องมีความสำคัญในแง่ของการรับผิดชอบกฎหมาย เนื่องจากในประเทศไทยนั้นได้ระบุกฎหมายการแสดงเจตนา ปฏิเสธการรักษา โดยคำนึงถึงการแสดงเจตนาของผู้ป่วยเป็นหลัก หากพิจารณากรณีนี้ที่ผู้ป่วยเป็นผู้หย่อนความสามารถแล้ว ผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ยังมีอำนาจในการตัดสินใจแทน และการกระทำดังกล่าวนี้เป็นกระทำที่กระทบต่อเสรีภาพของผู้ป่วยหรือไม่ เป็นเรื่องที่เราจะมาวิเคราะห์ในเรื่องนี้

เสรีภาพในการทำนิติกรรม สัญญา ของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย หรือ ในกรณีที่บุคคลหรือผู้ป่วยนั้น ไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ญาติ ผู้ดูแลผู้หย่อนความสามารถตามกฎหมาย หรือพนักงานอัยการจะสามารถร้องขอต่อศาลให้พิจารณาได้หรือไม่มีผลต่อการรับรองในทางกฎหมายมาก หรือ น้อย เพียงใด

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม (Freedom of Juristic Contract) เป็นหลักการพื้นฐานของมนุษย์ในการทำนิติกรรมใด ๆ โดยชอบด้วยกฎหมาย จึงเป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการทำนิติกรรมเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายของตนเองเพื่อให้เกิดผลทางกฎหมายในวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากมีประเด็นที่จะต้องพิจารณาในเรื่องการทำนิติกรรมที่ชอบด้วยกฎหมายและแบบของนิติกรรมด้วย

1.17 หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา (Autonomy of Will Principle)

หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา (Autonomy of Will) เป็นหลักการแสดงเจตนาในการทำนิติกรรมถือเป็นเสรีภาพอย่างหนึ่งที่มนุษย์พึงมี ซึ่งเป็นหลักการที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของการทำนิติกรรมสัญญา ซึ่งทฤษฎีนี้เป็นหลักที่มีมาตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 ซึ่งหลักดังกล่าวเป็นหลักการที่ใช้กับสัญญาที่ต้องใช้กฎหมายขัดกันในการพิจารณาถึง เจตนาของคู่สัญญาที่บังคับให้เป็นไปตามการแสดงเจตนาเบื้องต้น

หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา นั้นถือเป็นทฤษฎีที่นักปรัชญา ทางกฎหมาย สมัยคริสต์ศตวรรษที่ 18 ได้ให้การสนับสนุน โดยอาศัยความเป็นเหตุเป็นผลทางนิติปรัชญาว่าด้วยนิติสัมพันธ์ทางหนี้ ซึ่งตั้งอยู่บนรากฐานของ “เจตนา” ของบุคคลถือว่า “เจตนาของเอกชนมีค่าเหนือกว่าสังคม” (La Primante' de Individu Sur La Scoiete) เป็นพื้นฐานก่อให้เกิดสิทธิหน้าที่ทางสัญญา ซึ่งตามหลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอยู่ 2 ทฤษฎี คือ (1) ทฤษฎีเจตนา (Will Theory) และ ทฤษฎีการแสดงเจตนา (Declaration Theory) (Baxter Jan F.G., 1985, p.541)

หลักความศักดิ์สิทธิ์ของเจตนา (Autonomy of Wil) จะต้องอาศัย “หลักความเป็นเหตุเป็นผลทางนิติปรัชญาว่าด้วยนิติสัมพันธ์ทางหนี้” ได้อยู่บนรากฐานของเจตนาของบุคคล เพราะเจตนาเป็นปัจจัยสำคัญ เป็นแหล่งกำเนิดและเป็นมาตรการของสิทธิ การจะกล่าวว่าเจตนา มีความศักดิ์สิทธิ์นี้ไม่ได้หมายความว่าเจตนา มีความเป็นอิสระ ที่จะก่อให้เกิดสิทธิและหน้าที่ต่าง ๆ ตามที่เจตนาต้องการเท่านั้นแต่เป็นหลักที่ใช้ความสำคัญแก่เจตนาถึงขนาดกล่าวได้ว่าที่ไหนไม่มีเจตนาที่นั่นก็ไม่มีสิทธิด้วย ดังนั้น การที่จะเกิดสัญญาขึ้นมาได้จึงต้องมีเจตนาตรงกัน แต่เจตนาตรงกันได้ก็ต้องมีการต่อรองซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญ คือ อำนาจในการเข้าร่วมต่อรองกำหนดเงื่อนไขหรือข้อความแห่งสัญญา โดยปราศจากการแทรกแซงและครอบงำของอำนาจรัฐ และข้อตกลงมีความมั่นคงแน่นอน และองค์ประกอบอีกข้อหนึ่ง คือ เสรีภาพในการตกลงใจร่วมผูกพัน

ตามสัญญา โดยผู้แสดงเจตนามิได้ถูกบังคับให้ตกลงใจ และผู้ตกลงใจจะต้องเข้าใจข้อความอันถ่องแท้แล้วจึงตกลงใจเข้าทำสัญญา บุคคลจึงมีอิสระที่จะผูกมัดตนเองตามที่ตนต้องการ เจตนาเป็นตัวก่อให้เกิดสัญญา เป็นตัวกำหนดหาของข้อสัญญา และเป็นเกณฑ์ที่จะให้สัญญามีผลบังคับแก่คู่สัญญา ตลอดจนการตีความสัญญาด้วย

ทฤษฎีความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนาจะเป็นเครื่องมือในการก่อให้เกิดสัญญาที่มีผลบังคับในระหว่างคู่สัญญา โดยการแสดงเจตนาของคู่สัญญานั้น นอกจากนี้ ยังมีเหตุผลอีกว่าควรปล่อยให้เอกชน บุคคลต่อบุคคล มนุษย์ มีความคิดริเริ่มในการกำหนดและบังคับตามสิทธิของพวกเขาเอง ทฤษฎีหลักเรื่องความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา เป็นทฤษฎีที่พบอยู่ในระบบประมวลกฎหมายมากกว่าในระบบจารีตประเพณี ระบบประมวลกฎหมายยอมรับทฤษฎีเรื่องความยินยอมในสัญญา ดังจะเห็นได้จากสุภาษิตกฎหมายบทหนึ่ง ที่กล่าวว่า “สัญญาที่สร้างขึ้นโดยสมบูรณ์ย่อมมีผลบังคับ” หรือ “สัญญาต้องเป็นสัญญา” ความคิดเห็นนี้ตรงกับหลักที่ว่า “สัญญาที่จะก่อให้เกิดหนี้ทางกฎหมายได้ ต้องมาจากความยินยอมของคู่กรณีและกฎหมายก็มีหน้าที่ในอันที่จะบังคับให้เป็นไปตามเจตนาของคู่กรณี” ซึ่งกล่าวโดยสรุป ก็คือ หลักดังกล่าวข้างต้นมีหลักเกณฑ์ว่า “บุคคลต้องมียุติธรรมในการทำสัญญาตามที่เขาต้องการ โดยปราศจากการแทรกแซง” ดังนั้น หลักเรื่องความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนาเป็นหลักซึ่งให้ความอิสระแก่บุคคลในการที่จะทำสัญญาตามที่คู่สัญญานั้นเอง (ไชยยศ เหมะรัชตะ, 2560, หน้า 91)

นิติสัมพันธ์ในการทำสัญญาของเอกชนอยู่ภายใต้หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา และหลักเสรีภาพแห่งสัญญา หลักการเหล่านี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ถือว่าคู่กรณีที่ตกลงผูกพันกันนั้นมีความเสมอภาค เท่าเทียมกันในความรู้ อำนาจต่อรองทางเศรษฐกิจ ดังนั้น ทุก ๆ คนต่างก็มีเสรีภาพที่จะเลือกเข้าทำสัญญาหรือไม่เข้าทำสัญญากับใครอย่างไรก็ได้

ในสภาพสังคมปัจจุบัน หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนาทำนิติกรรมสัญญาได้กลายเป็นเครื่องมือเพื่อให้ผู้มีอำนาจต่อรองสูงกว่าใช้เอารัดเอาเปรียบผู้ที่มีอำนาจต่อรองต่ำกว่า ทำให้กฎหมายภายในของรัฐต่าง ๆ รวมทั้งในส่วนของประเทศไทยเองนั้น ได้ตราบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองคู่สัญญาที่อ่อนแอกว่า อาทิ กฎหมายคุ้มครองแรงงาน กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค กฎหมายว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม ฯลฯ เพื่อที่จะปรับลดความรุนแรงของความไม่เป็นธรรมทางสัญญาดังกล่าว ถึงแม้จะต้องตัดทอนหลักความศักดิ์สิทธิ์ของเสรีภาพในการแสดงเจตนาของคู่สัญญาก็ตาม ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงการแสดงเจตนาของผู้ป่วย ในการรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา นั้น หากพิจารณาในบริบททฤษฎีนี้จะเล็งเห็นว่า จะต้องให้ความสำคัญกับผู้แสดงเจตนาเป็นสำคัญ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา (Autonomy of Will) เป็นหลักการที่เกี่ยวข้องกับการทำนิติกรรมซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับนิติกรรมจะต้องเคารพการแสดงเจตนาขึ้น ๆ จึงมีความเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้เนื่องจากมีประเด็นที่จะต้องพิจารณานิติกรรมหรือการแสดงเจตนาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น การวิจัยนี้จึงทบทวนวรรณกรรมหลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนาเพราะมีประเด็นที่จะต้องพิจารณาถึงการแสดงเจตนาของผู้ป่วยด้วย

1.18 หลักการตายดี (Principles of Good Death)

เป็นการตายที่มีสติ และรู้สึกตัว ไม่เกิดความทรมานหรือความกลัว หลักการตายดีไม่ใช่เพียงแต่ทางร่างกายเท่านั้น แต่หมายรวมถึงจิตใจ วัฒนธรรมที่ดี ผู้ป่วยโดยเฉพาะในระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) จุดมุ่งหมายหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะบทบาทหน้าที่ของทางการแพทย์มีแนวคิดเกี่ยวกับการตายว่า เป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต เช่นเดียวกัน ต้องเป็นการปกป้องเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา แต่จะต้องมีการดูแลรักษาเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี บุคลากรทางการแพทย์และญาติของผู้ป่วยจึงมีแนวปฏิบัติที่สำคัญร่วมกันในการดูแลรักษา แพทย์ควรร่วมกับผู้ใกล้ตายและญาติวางแผนเป้าหมายในการดูแลรักษา เป้าหมายในการดูแลรักษาไม่ได้หลายอย่าง ตั้งแต่การป้องกัน การรักษาโรคให้หายขาด การยืดชีวิตและการช่วยเหลือให้ตายอย่างสงบตามธรรมชาติ การวางแผนการรักษา การดูแลเป็นเรื่องสำคัญ แต่ที่สำคัญไม่น้อยกว่าคือ เป้าหมายที่ควรทราบความต้องการของผู้ใกล้ตายตั้งแต่ต้นว่ามีความประสงค์จะให้ทำอย่างไรกับข้อมูล จะให้ใครเป็นผู้รับรู้ข้อมูลและเป็นผู้ตัดสินใจแพทย์ต้องมีทักษะเฉพาะในการวางแผนเป้าหมายร่วมกับผู้ใกล้ตายและญาติ กล่าวคือ ต้องสามารถบอกได้ว่าความหวังที่เป็นไปได้อะไรสามารถปรับเปลี่ยนเรื่องให้เข้ากับวัฒนธรรม ความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วยเพื่อการตายดีตามกฎหมายนั้น ต้องพิจารณาถึงการกำหนดสิทธิให้บุคคลเลือกที่จะตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในวาระสุดท้ายของชีวิต บทบัญญัติดังกล่าวจึงเป็นการยืนยันถึง “ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” เป็นข้อความที่กฎหมายรัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองไว้ ดังนั้น ก่อนที่บุคคลจะจากไป การตั้งสติของตนเองและการดูแลจากญาติที่ใกล้ชิด โดยใช้มาตรการทางกฎหมายจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อชีวิตและการจากไปอย่างถูกต้อง

เป้าหมายสำคัญสูงสุดของความตาย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยชาติไหน ภาษาไหน ทุกคนล้วนแต่ต้องการตายดี ฉะนั้นหลักการตายดีนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ใกล้ตายปรารถนาสูงสุด ไม่ว่าจะเป็นอย่างตอนตั้งแต่ทราบข้อมูลและข่าวร้ายต่อร่างกาย แผนการดูแลรักษาทั้งทางร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณ จนถึงการอำลาบุคคลอันเป็นที่รัก ดังนั้น จึงควรนำหลักการตายดีมาศึกษาและวิเคราะห์จึงมีความสำคัญที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและถึงกระนั้นว่าขั้นตอนและรูปแบบ

ของหลักการตายดีต้องทำอะไรและมีอะไรบ้าง เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมาย
ต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

1.19 หลักสุจริต (Principle of Good Faith)

การที่กฎหมายวางหลักสุจริตไว้ในฐานะเป็นหลักทั่วไปของประมวลกฎหมายก็ด้วยมุ่ง
จะให้เป็นหลักพื้นฐานของระบบกฎหมาย โดยกำหนดหน้าที่แก่บุคคลทุกคนที่จะใช้สิทธิหรือ
ปฏิบัติหน้าที่ของตนให้ต้องกระทำไปภายใต้มาตรฐานทางคุณค่าเดียวกัน คือด้วยความสุจริต
อันเป็นมาตรฐานทางคุณค่าทางสังคมตามเกณฑ์ที่ยอมรับกันว่าสอดคล้องกับความคาดหมายโดยชอบ
ของบุคคลที่รู้ผิดชอบชั่วดี และรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา หรือตามมาตรฐานของวิญญูชนที่เกี่ยวข้อง
ทั้งนี้ ได้ได้มีนักวิชาการทางกฎหมายได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับหลักสุจริต ดังนี้ ซึ่งมหาวิทยาลัย
อ็อกซฟอร์ด Simon Whittaker กล่าวไว้ในตำรากฎหมายฝรั่งเศสว่า “หลักสุจริตเป็นหลักกฎหมาย
ที่มีไว้เพื่อกำหนดหน้าที่ของบุคคลให้กระทำการไปตามที่ได้ลั่นวาจาไว้ พร้อมทั้งยังเป็นสิ่งที่ช่วย
มิให้เกิดการใช้สิทธิของตนเองไปในทางที่มิชอบ โดย Simon Whittaker ได้แบ่งแยกหลักสุจริต
เป็น 2 ประเภท กล่าวคือ (1) หลักสุจริตมหภาค เทียบในกับหลักสุจริตในเชิงนามธรรม และ (2)
หลักสุจริตจุลภาค เทียบได้กับหลักสุจริตในเชิงรูปธรรม ท่านพระยาเทพวิทูรได้กล่าวไว้ว่า “เพื่อ
ผลของความยุติธรรมในการที่คู่กรณีจะปฏิบัติต่อกันและกัน หรือในการที่บุคคลจะใช้สิทธิของตน” โดย
ท่านศาสตราจารย์ ดร.ปรีดี เกษมทรัพย์ ได้อธิบายว่า หลักสุจริตของประเทศไทย ตามมาตรา 5 ใน
ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ หลักสุจริตทั่วไป และหลักสุจริตเฉพาะ
เรื่อง (พรสันต์ เลี้ยงบุญเลิศชัย, 2556, หน้า 46)

อนึ่ง เมื่อพิจารณาในคัมภีร์กฎหมายหรือสัญญาจะไม่ได้มีการกำหนดหน้าที่ให้คู่สัญญา
จะต้องปฏิบัติตาม แต่ศาลอาจตีความหลักสุจริตไปกำหนดให้คู่สัญญามีหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติตาม
ซึ่งลักษณะของหน้าที่จำพวกนี้เรียกว่า “หน้าที่ข้างเคียง” หรือ หน้าที่ในการปรับเปลี่ยนเรื่องให้
สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป หรือเป็นหลักที่มีหน้าที่ในการต่อสู้ขัดขวาง ป้องกัน
ให้บุคคลใด ๆ ที่จะทำหน้าที่ไม่สุจริตนี้ (พรสันต์ เลี้ยงบุญเลิศชัย, 2556, หน้า 47) ศาสตราจารย์
Martijin Hesslink ได้กำหนดหน้าที่หลัก 3 ประการ คือ (1) หน้าที่ในการตีความ (2) หน้าที่ในการ
เพิ่มเติมเสริมแต่ง (3) หน้าที่ในการแก้ไขให้ถูกต้องในการจำกัด เป็นไปตามหลัก “สัญญาต้องเป็น
สัญญา” (Pacta Sunt Servanda)

หลักสุจริตนี้อาจเรียกว่าเป็นหลักแห่งความชอบธรรม ดังที่เรียกกันในภาษาละตินว่า
“Bona Fides” หรือที่แปลเป็นภาษาอังกฤษว่า “Good Faith” ซึ่งหมายถึงหลักแห่งมาตรฐานความซื่อสัตย์
หรือความเชื่อมั่นศรัทธาอันบุคคลพึงมีแก่กัน โดยชอบ หน้าที่ใช้สิทธิหรือปฏิบัติต่อกันด้วยความ
สุจริตนี้ด้านหนึ่งเป็นหลักที่กำหนดกรอบพฤติกรรมของบุคคลให้เป็นไปในทางที่ชอบ ในขณะที่เดียวกันก็

เสริมให้ต้องมีหน้าที่ช่วยผูกความยุติธรรมและความเอื้อเฟื้อในการที่คู่กรณีจะปฏิบัติต่อกันและกัน ในทางที่ควร ทั้งในการที่บุคคลจะใช้สิทธิของตนและในการชำระหนี้หรือปฏิบัติหน้าที่แห่งตน ดังเช่นจะเห็นได้จาก “หลักนิติรัฐ” (Penumbra of the Rule of Law) โดยหลักสุจริตภายใต้หลักนิติรัฐนี้จะเรียกเรื่องมิให้รัฐในฐานะของผู้ตกลงเข้าทำสัญญากับประชาชนใช้อำนาจไปตามอำเภอใจ หากแต่ “ต้องเข้าไปในทางสุจริต” ในส่วนของกฎหมายปกครอง ท่านศาสตราจารย์ ดร.ปรีดี เกษมทรัพย์ ได้อธิบายถึงหลักสุจริตในมาตรา 5 ของประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์โดยการเทียบเคียงกับหลักกฎหมายของเยอรมัน โดยใช้คำว่า “ความซื่อสัตย์และไว้วางใจ” (Treu und Glauben) หรือ หลักคุ้มครองความเชื่อถือและไว้วางใจ (Vertrauensschutzprinzip) ผู้เชี่ยวชาญกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ อย่าง ศาสตราจารย์ Schwazenberg และ Brow ได้ให้ความเห็นว่าหลักสุจริตถือเป็น ใน 7 หลักการพื้นฐานของกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศอีกด้วย (Fundamental Principle of International Law) เช่น ข้อ 2 กฎบัตรประชาชาติ กล่าวอีกอย่างหนึ่งได้ว่าบทกฎหมายทั้งปวงที่วางเกณฑ์ในการใช้สิทธิและปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลในประมวลกฎหมายนี้ล้วนแล้วแต่เป็นบทที่ช่วยแสดงรายละเอียดของหลักใหญ่คือหลักสุจริตให้เห็นปรากฏได้ชัดเจนนั่นเอง มาตรา 5 นี้ จึงนับเป็นบทกฎหมายที่ถือได้ว่าเป็นบทผูกความยุติธรรม (Jus Aequum) และขณะเดียวกันก็เป็นบทบังคับ (Ius Cogens) ในฐานะที่เป็นสาระสำคัญ หรือเป็นแกนของระบบกฎหมายซึ่งคู่กรณีไม่อาจตกลงยกเว้นได้ในฐานะที่เป็นบทกฎหมายที่เกี่ยวกับความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน หลักสุจริตนี้ย่อมใช้บังคับได้ทั้งในเมื่อมีข้อตกลงระหว่างกันเอาไว้หรือมีกฎหมายวางเกณฑ์ไว้ และในเมื่อกฎหมายหรือข้อตกลงระหว่างคู่กรณีมิได้แสดงไว้โดยละเอียดละออถึงวิธีปฏิบัติหรือกระทำการใด ๆ กล่าวคือ บุคคลต้องถือเอาความสุจริตเป็นหลักแห่งการใช้สิทธิและการชำระหนี้ของตนเสมอไป ซึ่งโดยทั่วไปแนวทางในการปรับใช้หลักสุจริตจะปรับใช้ 3 แนวทาง คือ (1) ใช้ในทางเสริมหลักเกณฑ์ตามสัญญาหรือตามกฎหมายให้มีเนื้อหาสมบูรณ์ขึ้น (2) ใช้ในทางควบคุมหรือสกัดกั้นการใช้สิทธิในทางที่ไม่ชอบธรรม และ (3) ใช้ในทางปรับปรุงแก้ไขสิทธิหน้าที่ของคู่กรณีให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

อนึ่ง แนวคิดของหลักสุจริตในเชิงรูปธรรมนี้ปรากฏอยู่ในระบบกฎหมายเยอรมัน อังกฤษ และสก็อตแลนด์ แต่กลับไม่ปรากฏในระบบกฎหมายฝรั่งเศส (พรสันต์ เลียงบุญเลิศชัย, 2556, หน้า 45-48)

หลักสุจริต ถือเป็นหลักกฎหมายทั่วไป (Legal Principle) และเป็นหลักสากลต่อนานาชาติ อีกทั้งยังครอบคลุมทั้ง กฎหมายเอกชน กฎหมายมหาชน กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ กฎหมายวิธีสบัญญัติ และกฎหมายสารบัญญัติ จึงเป็นหลักกฎหมายที่เรียกได้ว่า เป็นหลักครอบจักรวาล (Generalklauseln) ดังนั้น จึงควรนำหลักการตายดีมาศึกษาและวิเคราะห์จึงมีความสำคัญ

ที่การวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาและถึงกระนั้นว่าขั้นตอนและรูปแบบของหลักการตายดีต้องทำอะไรและมีอะไรบ้าง เพื่อนำคำตอบที่ได้มาไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

2. กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของผู้ป่วย

กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ เป็นความตกลงระหว่างประเทศที่มีลักษณะที่เป็นกฎเกณฑ์ ข้อตกลง หลักปฏิบัติ ขนบธรรมเนียมต่าง ๆ ที่ได้รับการยอมรับโดยรัฐสมาชิก ซึ่งกฎระเบียบที่เกิดขึ้นจากความตกลงระหว่างประเทศได้จัดทำขึ้นในรูปของปฏิญญาสากล สนธิสัญญาอนุสัญญาระหว่างประเทศในเรื่องต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมนี้จะกล่าวถึงเฉพาะกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและเสรีภาพ หลักสิทธิมนุษยชน หลักการคุ้มครองด้านการสาธารณสุข ได้แก่ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 (The Universal Declaration of Human Rights, 1948) ปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2524 (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient, 1981) ปฏิญญาเรื่อง ยูธานาเซียของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2562 (The World Medical Association Declaration on Euthanasia, 2019) คำแถลงเรื่อง เอกสารเจตนาล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2546 (The World Medical Association Statement on Advance Directives, 2003 (“Living Wills”) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของยุโรป พ.ศ. 2496 (European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms, 1953 “ECHR”) ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในยุโรปขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2537 (A Declaration on the Promotion of Patients’ in Europe World Health Organization, 1994) โดยมีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นศึกษา ดังต่อไปนี้

2.1 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 (The Universal Declaration of Human Rights, 1948)

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 (The Universal Declaration of Human Rights, 1948) ได้รับรองที่ประชุมสมัชชาองค์การสหประชาชาติ เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) เป็นตราสารระหว่างประเทศที่สำคัญยิ่งต่อหลักพื้นฐานความเป็นมนุษย์ การมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การมีสิทธิเสรีภาพในร่างกายและชีวิต โดยมีหลักการและเหตุผลดังนี้

ปฏิญญาสากลนี้ได้รับการยอมรับศักดิ์ศรีแต่กำเนิดและสิทธิเท่าเทียมกันและที่ไม่อาจเพิกถอนได้ของสมาชิก ทั้งมวลแห่งครอบครัวมนุษยชาติ เป็นความปรารถนาสูงสุด เป็นพื้นฐานแห่งอิสรภาพ ความยุติธรรม และ สันติภาพในโลก กระทำอันป่าเถื่อนซึ่งเป็นการขัดอย่างร้ายแรงต่อ

มโนธรรมของมนุษยชาติ และการได้มีการประกาศให้ความมีอิสรภาพในการพูด ความเชื่อ อิสรภาพจากความหวาดกลัว และความต้องการของมนุษย์ อย่างตามกฎหมายประเทศไทยที่รับรอง และคุ้มครองความเป็นมนุษย์ตั้งแต่เมื่อคลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารก ตามมาตรา 15 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ตามกฎหมายบัตรสหประชาชาติได้ยืนยันถึงศรัทธาในสิทธิมนุษยชน ขึ้นพื้นฐาน ในศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ ค่าของมนุษย์ สิทธิที่เท่าเทียมกันของบรรดาชายและหญิง และได้มุ่งมั่นที่จะส่งเสริม ความก้าวหน้าทางสังคมและมาตรฐาน แห่งชีวิตที่ดีขึ้นในอิสรภาพอันกว้างขวางยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ได้มีเนื้อหาทั้งหมด 30 ข้อ และได้ทำการรับรองสิทธิต่าง ๆ มากมายหลายชนิด แต่ไม่ปรากฏสิทธิ ขอดตายในปฏิญญาดังกล่าว (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2541, หน้า 92) ในเรื่องสิทธิและความเสมอภาค ภายใต้ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 โดยมีสาระสำคัญดังนี้

“Article 3 Everyone has the right to life, liberty and security of person

ข้อ 3 ทุกคนมีสิทธิในการมีชีวิต เสรีภาพ และความมั่นคงแห่งบุคคล ”

“Article 7 All are equal before the law and are entitled without any discrimination to equal protection of the law. All are entitled to equal protection against any discrimination in violation of this Declaration and against any incitement to such discrimination.

ข้อ 7 ทุกคนเสมอภาคกันตามกฎหมายและมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองของ กฎหมาย เท่าเทียมกัน โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครอง เท่าเทียมกันจาก การเลือกปฏิบัติใด อันเป็นการล่วงละเมิดปฏิญญานี้ และจากการยุยงให้มี การเลือกปฏิบัติดังกล่าว”

นักปราชญ์นักคิดพวกหนึ่งจึงเผยแพร่ความคิดว่า ความเป็นมนุษย์คู่จะด้อย ความหมาย เพราะไม่ต่างจากสิ่งมีชีวิตอื่นที่ไม่ใช่มนุษย์เลย กล่าวคือ สิทธิเสรีภาพเช่นว่านั้นควร ถือว่าเป็น “สิ่งมูลฐาน” หรือ “พื้นฐาน” ของความเป็นมนุษย์และควรถือว่าเป็นสิทธิเสรีภาพที่เกิดขึ้น และมีอยู่ตามธรรมชาติ (วิฑูรย์ เครื่องงาม, 2526, หน้า 13)

ซึ่ง ดร.วีระ โลจายะ เห็นว่า “มนุษย์ทั้งหลายเกิดมาเท่าเทียมกัน มนุษย์มีสิทธิบางประการ ที่ติดตัวมาแต่กำเนิดจนกระทั่งถึงแก่ความตาย สิทธิที่ว่ามี ได้แก่ สิทธิในชีวิต เสรีภาพในร่างกาย และความเสมอภาคเป็นสิทธิซึ่งไม่สามารถโอนให้แก่กันได้และผู้ใดจะล่วงละเมิดมิได้ หากมีการ ล่วงละเมิดก็อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือกระทบกระเทือนเสื่อมเสียต่อสภาพของความเป็นมนุษย์ ได้” (วีระ โลจายะ, 2525, หน้า 1) ในส่วนของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย โดยพื้นฐานใน ฐานะมนุษย์ทุกคน แต่เป็นคุณค่าอันสูงสุดของความเป็นมนุษย์ คุณค่าความเป็นมนุษย์ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ บทบาททางสังคม พิกัด หรือเจ็บป่วย การเจ็บป่วย

ไม่ว่าจะป่วยหนัก ป่วยเบา หรือเป็นผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต ก็มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และไม่อาจถูกลดหรือละเมิดได้ เรื่องที่สำคัญคือการดำรงไว้ในความเป็นมนุษย์ เพราะมนุษย์ทุกคนไม่อาจถูกลดทอดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้ไม่ว่าจะด้วยอำนาจทางศีลธรรมจารีตประเพณี หรือแม้กระทั่งทางกฎหมาย

ลักษณะของสิทธิมนุษยชนประกอบด้วย (1) สิทธิพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน (Primary Right) มนุษย์ที่เกิดมาในโลกต่างมีความเท่าเทียมกันในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (2) สิทธิส่วนบุคคล (Personal Right) เป็นสิทธิส่วนตัวของบุคคลที่ผู้อื่นจะล่วงละเมิดมิได้เป็นพื้นที่ส่วนตัวของแต่ละบุคคล (3) สิทธิของพลเมือง (Civil Right) เป็นสิทธิของประชาชนในฐานะที่เป็นพลเมืองแห่งรัฐเป็นสิทธิที่เกี่ยวข้องตามกฎหมายของรัฐ ซึ่งสิทธิพลเมือง

ดังนั้น ประเทศไทยจึงมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติของกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ ด้านสิทธิมนุษยชนที่บัญญัติไว้ เนื่องจากไทยได้ลงนามและให้สัตยาบันไว้แล้ว และในส่วนของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยนั้น ได้ให้การรับรองไว้เป็นบทบัญญัติในกฎหมายสูงสุด

2.2 ปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2524 (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient, 1981)

แพทยสมาคมโลก (World Medical Association) “WMA” ภายใต้อาณัติ “ปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก” (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient) ในฐานะเป็นองค์การระหว่างประเทศที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของแพทย์ในประเทศสมาชิกทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ได้จัดทำนโยบายและมาตรฐานทางจริยธรรมทางการแพทย์ สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมมากมาย เพื่อช่วยให้สมาคมทางการแพทย์ หน่วยงานของรัฐในประเทศ และองค์การระหว่างประเทศอื่นนำไปใช้เป็นแนวทางต่อไป เนื่องจากแพทยศาสตร์เป็นหลักสากลทั่วโลก โดยเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญมาก ๆ คือเรื่องสิทธิของผู้ป่วย ในปี ค.ศ. 1981 จึงมีการวางกรอบทางจริยธรรมและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง “สิทธิผู้ป่วย” โดยหัวใจสำคัญคือแพทย์ต้องปฏิบัติงานด้วยความสำนึกรับผิดชอบเคารพผู้ป่วย และทำเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ก็ได้มีการบัญญัติไว้ในปฏิญญาข้อ 10 “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะช่วยให้สิ้นชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีโดยสงบเท่าที่จะทำได้” จะให้ได้ว่าการช่วยยุติชีวิตของมนุษย์นั้น ไม่ต้องห้ามตราบเท่าที่กระทำอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และมีมนุษยธรรม ดังนั้นแพทยสมาคมโลกได้ให้ความหมายของคำว่า “ยูธานาเซีย (Euthanasia)” ไว้ว่า

“การกระทำโดยจงใจเพื่อทำลายชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าจะเป็นปฏิบัติตามคำร้องขอของผู้ป่วยหรือญาติสนิทก็ตาม ถือว่าผิดหลักจริยธรรม แต่ยอมไม่รวมถึงกระบวนการดูแลอาการเจ็บป่วย

ในวาระสุดท้ายของแพทย์ โดยเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยซึ่งประสงค์ที่จะตายตามธรรมชาติ” เมื่อเป็นเช่นนี้คำว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” จึงมีความสำคัญมากในการขยายความว่าการยุติชีวิตนั้นแบบการุณยฆาต จะเป็นการรักษาหรือลดคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เมื่อพิจารณาจากความหมายข้างต้น กรณี “Active Euthanasia” แพทยสมาคมโลกเคยมีข้อสังเกตในเรื่องนี้ว่า มีบางประเทศที่มีกฎหมายรับรอง “Active Euthanasia” ว่าเป็นสิ่งที่ชอบด้วยกฎหมาย ในที่ประชุมสามัญของแพทยสมาคมในปี พ.ศ. 2545 ณ กรุงวอชิงตัน สหรัฐอเมริกา ที่ประชุมมีมติยืนยันว่า Euthanasia เป็นสิ่งที่ขัดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์ และเรียกร้องให้องค์กรวิชาชีพและแพทย์ในประเทศสมาชิกไม่ให้มีส่วนร่วมในเรื่องนี้ แม้ว่าการกระทำดังกล่าวจะชอบด้วยกฎหมาย ไม่เป็นความผิดอาญาในประเทศสมาชิกก็ตาม

ส่วนกรณีแบบการช่วยเหลือของแพทย์ในการฆ่าตัวตาย (Physician-Assisted Suicide) ที่หมายถึง การให้ความช่วยเหลือใด ๆ ที่ทำให้การฆ่าตัวตายนั้นเกิดขึ้น เช่น การให้คำแนะนำ การสั่งจ่ายยาที่ทำให้ถึงแก่ความตาย การจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ โดยผู้ร้องขอจะเป็นผู้ลงมือปลิดชีวิตของตนด้วยตนเอง ซึ่งทั้งสองกรณีถือเป็นเรื่องที่ยืดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์ มีเพียงบางประเทศเท่านั้นที่มีกฎหมายยอมรับเรื่องนี้ เช่น รัฐออริกอนของสหรัฐอเมริกา ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ และราชอาณาจักรเบลเยียม เป็นต้น ส่วนกรณีแบบสิทธิปฏิเสธการรักษา (Refuse of Treatment) ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายเป็นสิ่งที่ยอมรับกันของประเทศสมาชิกของแพทยสมาคมโลก เพราะไม่ใช่การเจตนาทำลายชีวิตมนุษย์และไม่ใช่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย

หลักสิทธิมนุษยชน เป็นหลักการก่อนและเริ่มต้นของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การที่ผู้ป่วยจะต้องใช้ เครื่องช่วยหายใจเพื่อจะ ได้รับออกซิเจนอยู่ตลอดเวลาขณะที่กระบวนการช่วยชีวิตอาจถูกมองว่าเป็นการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ (Dehumanization) ดังนั้น การยุติชีวิตด้วยการุณยฆาตแบบเชิงรุก หรือเชิงรับนั้น เป็นสิทธิที่มีการเรียกร้องมากขึ้น เพราะถือว่าการยุติชีวิตนั้นเป็นการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มากกว่าการรักษาที่ไม่อาจหายแต่เป็นเพียงการยืดชีวิตเท่านั้น ในกระบวนการการยุติชีวิตนี้ เป็นไปตามสภาพความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริงที่เรียกว่า “Re Humanization of the Dying Process” สิทธิขอตายด้วยความกรุณาจึงเป็นส่วนหนึ่งของมนุษยชน (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2555, หน้า 93) “สิ่งสำคัญมากในเรื่องนี้คือ “สิทธิที่จะตาย (Right to Die)” โดยเชื่อว่าเป็นการรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรืออีกนัยหนึ่งคือการใช้สิทธิที่ตายอย่างสงบ (Die Peacefully) อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

อย่างไรก็ดี ความตายเป็นเรื่องที่ไม่อาจจะหนีพ้นได้ แต่การไม่ทรมานก่อนตายเป็นเรื่องที่ตัดสินใจและจัดการได้ การตัดสินใจปฏิเสธการรักษาเป็นสิ่งที่กระทำได้และเป็นความชอบด้วยจริยธรรมที่ประชุมของสมณกระทรวงแห่งพระศาสนจักรคาทอลิก (วาติกัน) เกี่ยวกับหลักแห่ง

ศรัทธา คำประกาศเรื่องยูธานาเซีย ตอนที่ 4 (ค.ศ. 1980) สาระสำคัญในปฏิญญาเรื่องสิทธิผู้ป่วย ของแพทยสมาคมโลกและองค์การอนามัยโลกที่ระบุตรงกันว่าสิทธิผู้ป่วยเป็น “สิทธิมนุษยชน” อย่างหนึ่ง เพราะหมายถึงสิทธิพลเมือง (Civil Rights) ของทุกคนที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลในกรณีทั่วไป รวมถึงกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีมนุษยธรรม หรือที่เรียกว่า “สิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี” สอดรับกับเรื่อง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เป็นหัวใจของ “ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ พ.ศ. 2491” (Universal Declaration of Human Rights) ในข้อ 25 ระบุรับรองสิทธิของมนุษย์ทุกคน ที่จะมีความมาตรฐาน การดำรงชีพอย่างเหมาะสม ในด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตัวเองและสมาชิกครอบครัว อันประกอบด้วยปัจจัย 4 คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์

“Article 25 Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.

Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy the same social protection.

มาตรา 25 ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและ ความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการ รักษาพยาบาล และบริการทางสังคมที่จำเป็น และสิทธิในความมั่นคงในกรณีที่ การว่างงาน การ เจ็บป่วย ความทุพพลภาพ การเป็นม่าย วัยชรา หรือการขาดงานทำมาหากินอื่น ๆ ในสถานการณ์ที่ อยู่นอกเหนือการควบคุมของเขา

มารดาและวัยเด็กมีสิทธิได้รับการดูแลและความช่วยเหลือเป็นพิเศษ เด็กทุกคน ไม่ว่าจะเกิดในหรือนอกสมรส จะได้รับการคุ้มครองทางสังคมเช่นเดียวกัน ”

ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมสมัชชาแพทยโลก ครั้งที่ 34 ณ กรุงลิสบอน สาธารณรัฐโปรตุเกส เมื่อเดือนกันยายน-ตุลาคม ค.ศ. 1981 และ ปรับปรุง ในปี ค.ศ. 1995 และ 2005 “ในข้อ 10. สิทธิในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

ก. ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและสิทธิในความเป็นส่วนตัวจะต้องได้รับการเคารพตลอดเวลา ที่มีการรักษาพยาบาลและการเรียนการสอน โดยคำนึงถึงคุณค่าและวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยยึดถือ

ข. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานของตนตามวิทยาการความรู้ ในปัจจุบัน

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี โดยสงบเท่าที่จะทำได้”

สำหรับสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้นก็มิระบุไว้อย่างชัดเจนในปฏิญญาขององค์การอนามัยโลกเช่นกัน ดังนี้

“3.1 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี”

3.2 ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธหรือยุติการรักษาทางการแพทย์ ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายถึงผลของการปฏิเสธหรือยุติการรักษานั้น”

3.3 กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตจำนงของตนเองได้ และการบำบัดรักษาทางการแพทย์เป็นสิ่งจำเป็นแล้ว ย่อมสันนิษฐานได้ว่าผู้ป่วยให้ความยินยอม เว้นแต่ผู้ป่วยจะแสดงเจตนาล่วงหน้าว่าต้องการปฏิเสธการรักษาในสภาวะการณ์เช่นนั้น”

2.3 ปฏิญญาเรื่อง ยูธานาเซียของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2562 (The World Medical Association Declaration on Euthanasia, 2019)

จากการประชุมครั้งที่ 39th World Medical Assembly, Madrid, Spain, October 1987 and reaffirmed at the 170th Council session, Divonne-les-bains, France, May 2005 สิทธิขอตายแบบการุณฆฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) ที่กระทำโดยการให้สารหรือวัตถุใด ๆ อันเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย นั้นเป็นการกระทำที่จงใจยุติชีวิตของผู้ป่วยอย่างจงใจ แม้จะเป็นตามคำร้องขอของผู้ป่วยเอง หรือตามคำร้องขอของญาติสนิทก็เป็นสิ่งที่ผิดจรรยาบรรณ แพทย์จะไม่ได้ป้องกันจากการเคารพความปรารถนาของผู้ป่วยนอกจากกระบวนการตายทางธรรมชาติของการ

การฆ่าตัวตายที่ได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) โดยการให้ความช่วยเหลือใด ๆ ที่ทำให้การฆ่าตัวตายนั้นเกิดขึ้น เช่น การให้คำแนะนำ การส่งจ่ายยาที่ทำให้ถึงแก่ความตาย การจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ โดยผู้ร้องขอจะเป็นผู้ลงมือปลิดชีวิตของตนเองด้วยตนเอง นั้นผิดจรรยาบรรณและต้องถูกลงโทษโดยแพทย์ ในกรณีที่ความช่วยเหลือของแพทย์เป็นไปโดยเจตนาและจงใจทำให้นักคลสามารถจบชีวิตของตนเองได้โดยแพทย์และกระทำการอย่างไร้จริยธรรม แม้สิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย แต่แพทย์จะไม่กระทำการใด ๆ ที่ผิดจรรยาบรรณ จากการประชุมครั้งที่ 44th World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 and editorially revised at the 170th Council session, Divonne-les-bains, France, May 2005

2.4 คำแถลงเรื่อง เอกสารเจตนาล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2546 (The World Medical Association Statement on Advance Directives, 2003 (“Living Wills”))

เมื่อปี ค.ศ. 2003 แพทยสมาคมโลกได้ออกนโยบายเกี่ยวกับ “เอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้า” (Advance Directive / Living Will) ผู้ที่ประสงค์จะทำเอกสารดังกล่าวมักจะกังวลถึงการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกิดจำเป็น ไม่มีประสิทธิผลหรือยืดระยะเวลาการรักษาออกไป จนถึงภาวะที่ชี้ชัดว่าร่างกาย และจิตใจของเขาเสื่อมสลายไปจนไม่อาจคืนสู่ปกติได้แล้วหรือที่เราเรียกได้ว่าอยู่ในภาวะ (Prolong Life) การพยายามรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เกินความจำเป็น หรือแทบจะไม่มีประโยชน์กับผู้ป่วยเลยเป็นสิ่งที่พึงควรงานตามเจตนาของผู้ป่วย

เอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าเป็นเอกสารที่จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมลายมือชื่อ หรือ คำกล่าวต่อหน้าบุคคลอื่นที่เป็นพยาน ได้แก่ บุคคลในครอบครัว หรือผู้ได้รับมอบหมายตามกฎหมาย เพื่อบันทึกความปรารถนาเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ที่ประสงค์ หรือไม่ประสงค์จะรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกินจำเป็น ไม่มีประสิทธิผลหรือยืดระยะเวลาออกไป เพราะในสภาพเช่นนั้นชี้ชัดว่าผู้ป่วย) ไม่อาจฟื้นตัวกลับมาได้ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ เนื่องจากบุคคลที่ทำเอกสารนี้

เป็นไปได้ที่แพทย์ไม่มั่นใจถึงความมีผลทางกฎหมายของเอกสารดังกล่าวหรือไม่แน่ใจเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วย เพราะเอกสารมักจะมีข้อคลุมเครือไม่ชัดเจน ก็จะต้องตีความเนื้อหาในเอกสารของผู้ป่วยในสภาวะการณ์เช่นนั้น ในคำแถลงเรื่องเอกสารแสดง เจตนาล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก ระบุให้แพทย์ควรปรึกษากับสมาชิกครอบครัวหรืออำนาจตามกฎหมายของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง และขอคำแนะนำจากแพทย์อย่างน้อย 1 คน หรือคณะกรรมการ จริยธรรมที่รับผิดชอบ แต่ถ้าผู้ป่วยมิได้จัดทำเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ หรือไม่สามาร รู้ตัวผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยตามกฎหมาย แพทย์ควรทำการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุปได้ว่า แพทยสมาคมโลกยอมรับว่า การปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งแพทย์จะต้องเคารพและปฏิบัติตามเจตนาที่ชัดแตกต่างจากกรณี Active Euthanasia และการฆ่าตัวตายที่แพทย์หรือบุคคลอื่นซึ่งให้การช่วยเหลืออย่างสิ้นเชิง

2.5 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของยุโรป พ.ศ. 2496 (European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms, 1953 “ECHR”)

อนุสัญญายุโรปว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของยุโรป (European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms, 1953 “ECHR”) หรือ อนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน ได้รับการให้สัตยาบันเมื่อวันที่ 4 เมษายน ค.ศ. 1950 (พ.ศ. 2493) และ

มีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 3 กันยายน ค.ศ. 1953 (พ.ศ. 2496) เป็นอนุสัญญาที่จัดขึ้นโดยสภาแห่งยุโรป ซึ่งมีวัตถุประสงค์คือความสำเร็จของความเป็นเอกภาพมากขึ้นระหว่างรัฐถ้าสมาชิกเพื่อการปกป้องและตระหนักถึงแนวความคิดและหลักการสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานมากขึ้น โดยได้ให้การรับรองสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองอันได้แก่สิทธิในชีวิตเสรีภาพความมั่นคงและความปลอดภัยจากการทารุณโหดร้ายหรือการปฏิบัติที่ดูหมิ่นเหยียดหยาม โดยหลักการ ตัดสินใจโดยเสรีภาพของบุคคล (Personal Autonomy) เป็นพื้นฐานของสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา โดยมีการรับรองไว้ในอนุสัญญายุโรปข้อ 8 (ECHR) และสิทธิมนุษยชนยุโรป (European Court of Human Rights) โดยมีคดีตัวอย่างที่ศาลสหราชอาณาจักร ได้พิพากษายืนยันสิทธินี้ในคดีระหว่าง Pretty V. the United Kingdom, The European Court of Human Rights (Fourth Section) Strasbourg, April 29, 2002 Application no.2346/02)

2.6 ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในยุโรปขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2537 (A Declaration on the Promotion of Patients' Right in Europe, World Health Organization, 1994)

แม้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization “WHO”) จะไม่ได้มีบทบาทบัญญัติโดยตรงที่กำหนดมาตรฐานความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือผู้ประกอบโรคศิลปะกับผู้ป่วย แต่ก็ให้ความสำคัญกับประเด็นสิทธิผู้ป่วย อย่างในช่วงปี พ.ศ. 2537 องค์การอนามัยโลกได้ออก “ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในยุโรปขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2537 (A Declaration on the Promotion of Patients' Right in Europe, World Health Organization, 1994)” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวนโยบายพื้นฐานหลักร่วมกันของประเทศสมาชิกในยุโรป ก็คือ เรื่องสิทธิผู้ป่วย ประเทศสมาชิกสามารถนำหลักการในปฏิญญาฉบับนี้มาปรับใช้เป็นนโยบาย กฎระเบียบ หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ตลอดจนหลักจริยธรรมของแพทย์ โดยมี 5 หัวข้อหลักสรุปได้ดังนี้

1) สิทธิมนุษยชนและคุณค่าของการดูแลสุขภาพ โดยมุ่งเน้นคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย แต่ต้องไม่ขัดต่อคุณค่าของมนุษย์หรือสิทธิมนุษยชน เช่น การเคารพต่อบุคคลในฐานะที่เป็นมนุษย์ สิทธิในการ ตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง ความเป็นส่วนตัว

2) ข้อมูลทางเวชระเบียน ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย ข้อมูลทางเวชระเบียนนั้นมีไว้สำหรับการดูแลรักษา (Caring) และการใช้เป็นพยานหลักฐาน (Evidence) เมื่อมีข้อพิพาทในชั้นศาล

3) ความยินยอม ภายใต้การดูแลรักษาจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์นั้น มาจากการให้ความยินยอม (Consent) เว้นแต่เป็นกรณีฉุกเฉินที่ต้องมีการช่วยชีวิต (Safe Life) ในกรณีนั้นแพทย์ไม่จำเป็นต้องขอความยินยอม

4) ข้อมูลที่เป็นความลับและความเป็นส่วนตัว ประวัติทั่วไป และประวัติการรักษาไม่ว่าจะเป็นผลจากการตรวจ ภาวะการเจ็บป่วย การวินิจฉัย ผลหลังจาก ถือเป็นความลับของผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

5) การดูแลรักษา ทุกคนมีสิทธิได้รับบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมรวมถึงการป้องกันสุขภาพ การให้บริการสุขภาพจะต้องเปิดกว้างกับทุกคนอย่างเท่าเทียม ไม่มีการเลือกปฏิบัติ ผู้ป่วยมีสิทธิ ได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีศักดิ์ศรีทั้งเรื่องการวินิจฉัย การบำบัดรักษา ดังที่ถูกระบุไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และปฏิญญาเรื่องสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก

กล่าวโดยสรุปได้ว่า จากศึกษาสาระสำคัญของปฏิญญาเรื่องสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลกและองค์การอนามัยโลก ในเรื่องสิทธิผู้ป่วยเป็น “สิทธิมนุษยชน” อย่างหนึ่ง เพราะหมายถึงสิทธิพลเมือง (Civil Rights) ของทุกคนที่จะได้รับการทางการแพทย์และสาธารณสุข” สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีมนุษยธรรม กล่าวคือการใช้สิทธิขอตายด้วยความการุณย์อย่างมีศักดิ์ศรี ประเทศไทยจะเป็นสมาชิกของแพทยสมาคมโลก โดยองค์การวิชาชีพด้านสุขภาพ อันได้แก่ แพทยสภา สภากาชาด สภากาชาดไทย สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะรวมทั้งนักวิชาการได้ร่วมกันจัดทำ “คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย” 18 เมื่อวันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2541

3. กฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของผู้ป่วย

การทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้จะศึกษากฎหมายต่างประเทศที่มีบทบัญญัติหรือคำพิพากษาที่เกี่ยวข้องกับสิทธิการตาย (The Right to Die) ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีหลายประเทศด้วยกัน ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ราชอาณาจักรเบลเยียม สมาพันธรัฐสวิส สาธารณรัฐสิงคโปร์ ที่มีการรับรองสิทธิที่เหมือนและแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

3.1 สหรัฐอเมริกา (United States of America)

รัฐธรรมนูญสหรัฐอเมริกาไม่ได้มีบทบัญญัติในสิทธิการใช้สิทธิการตายของผู้ป่วยไว้โดยตรง หากแต่กฎหมายรัฐธรรมนูญสหรัฐอเมริกามีบทบัญญัติเรื่องการรับรองและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน และมีการขยายบทบัญญัติการรับรองและคุ้มครองเพิ่มเติมในปี 1791 (ดวงจิตต์ คำประเสริฐ, 2528, หน้า 5-13) อย่างไรก็ตาม แม้ว่ารัฐธรรมนูญสหรัฐอเมริกาก็ไม่ได้มีการรับรองเรื่องการใช้สิทธิขอตาย (Right to Die) ไว้ แต่ก็มีคดีที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิขอตาย และมีเรื่องสิทธิขอตายแบบแบบการุณฆมาตเชิงรุก (Active Euthanasia) ที่กระทำโดยการให้สารหรือวัตถุใด ๆ อันเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย และแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้าน

การแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) สหรัฐอเมริกา มีคดี แนนซี ครูซาน (Nancy Beth Cruzan) ซึ่งถือว่าเป็นคดีแรกที่เกี่ยวข้องสิทธิขอตายด้วยความกรุณา ในคำร้องขอบิดาของแนนซี ครูซาน โดยได้ยื่นคำร้องขอต่อศาลให้ศาลสั่งยุติการให้อาหารและน้ำทางสายยางแก่บุตรสาวของตน ซึ่งในปัจจุบันถือว่าเป็นแบบการุณฆมาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) หมายถึง การุณฆมาตที่กระทำโดยการตัดการรักษาให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากบุตรสาวของเขาได้เป็นเจ้าหญิงนิทรมานานกว่า 8 ปี จากอุบัติเหตุทางรถยนต์ ในครั้งแรกศาลได้พิจารณาว่าไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนที่แสดงถึงเจตนาของบุตรสาวที่ต้องการให้ยุติการให้อาหารและน้ำทางสายยาง ต่อมาภายหลังได้มีการยื่นพยานหลักฐานเพิ่มเติมอีกครั้งโดยการยื่นต่อศาลเพื่อพิสูจน์เจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วย จึงทำให้ศาลชั้นล่างมีคำตัดสินให้ยุติการให้อาหารและน้ำแก่บุตรสาวเนื่องจากแสดงได้ว่าผู้ป่วยไม่ต้องการได้รับการยืดชีวิตในสภาพเช่นนี้อีกต่อไป (Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 497 U.S. 261 (1990)) โดยในคดีนี้ จะเห็นได้ว่าศาลได้มีการกลับคำตัดสินเนื่องจากมีเอกสารที่แสดงเจตนาของลูกสาวไว้อย่างชัดเจน

อย่างไรก็ดี คดีนี้ได้ถูกนำขึ้นสู่ศาลสูงของสหรัฐอเมริกา ได้ศาลสูงได้มีมติ 5 ต่อ 4 พิพากษายืนตามคำพิพากษาของศาลสูงมิสซูรี โดยศาลสูงสหรัฐอเมริกาได้วินิจฉัยไว้ว่า “สิทธิการตายนั้นมียุติธรรม สิทธินี้ไม่เพียงแต่เป็นสิทธิที่มาจากรัฐธรรมนูญ แต่เป็นสิทธิที่ประกันความเป็นส่วนตัวของบุคคล” (วิจอร์ย อังประพันธ์, 2540, หน้า 112) คำตัดสินในคดี Cruzan ถือเป็นคดีแรกในสหรัฐอเมริกา และศาลได้มีการวางหลักเรื่องสิทธิในการตาย (Right to Die)

ต่อมาได้มีอีกคดี โดยเป็นนักศึกษาพยาบาลอายุ 22 ปี ได้เกิดอุบัติเหตุรถคว่ำ ผู้ป่วยสมองขาดเลือด เข้าสู่ภาวะเจ้าหญิงนิทราแต่ยังหายใจเองได้โดยให้อาหารผ่านท่อ แม่ผู้ป่วยบอกให้หมอเอาท่อออกซึ่งก็คือการปฏิเสธการรักษา (Refusal of Treatment) แต่เนื่องจากผู้ป่วยบรรลุนิติภาวะและในขั้นนำสืบไม่มีพยานหลักฐานยืนยันว่าผู้ป่วยมีเจตนาและความประสงค์ที่จะใช้สิทธิแบบการุณฆมาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) ศาลจึงเห็นว่าพ่อแม่ไม่มีสิทธิทำเช่นนั้นได้ ต่อมาได้เพื่อนผู้ป่วย 4 คน ขึ้นเบิกความเป็นพยาน โดยพยานทั้งสี่คนได้แสดงถึงข้อมูลที่ผู้ป่วยเคยพูดไว้กับพยานทั้ง 4 คน ว่าผู้ป่วยมีความประสงค์ที่จะปล่อยให้ตัวเองตายไปดีกว่าการเป็นเจ้าหญิงนิทรา ศาลจึงมีคำตัดสินให้ถอดท่ออาหารได้และผู้ป่วยก็เสียชีวิต (จุฑานันท์ บุญทรหาญ, 2548) จะเห็นได้จากคดีนี้เช่นกันว่าศาลตั้งการการยืนยันทางใดทางหนึ่งว่าเป็นความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย ต่อมาจึงทำให้ประธานาธิบดี จอร์จ ดับเบิลยู บุชลงนามผ่านกฎหมายแบบฉุกเฉินทั้งผ่านสภาผู้แทนราษฎรและผ่านวุฒิสภาอันเนื่องมาจากสิทธิการตายโดยมีข้อถกเถียงต่อวงการนิติศาสตร์ในสหรัฐอเมริกาเป็นอย่างมาก ภายใต้การตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Death with Dignity) กฎหมายสิทธิการตาย (Natural Death Laws) คือกลไกในการจัดการ เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการ

รักษาสุขภาพ “Health Care Advance Directives” นอกจากเป็นเอกสารยืนยันการปฏิเสธการรักษา ยังเป็นการให้อำนาจในการตัดสินใจ หรือการมอบอำนาจ รวมถึงการตีความเอกสาร “พินัยกรรมชีวิต (Living Will)” ในสหรัฐอเมริกา โดยมีเอกสารประกอบด้วยเอกสาร 2 ส่วนคือ

(1) หนังสือเอกสารที่กล่าวถึงความประสงค์หรือเจตจำนงในการรักษาพยาบาลตนเอง หรือที่เรียกว่า “Living will” หรือ

(2) เอกสารแต่งตั้งบุคคลที่จะทำหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ที่เรียกว่า “Health Care Power of Attorney” (ไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2551) หรือ “Durable Power of Attorney for Health Care Decision”

นอกจากคดีที่สำคัญ ตามที่กล่าวมาข้างต้น สหรัฐอเมริกาได้มีการบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วย สิทธิการตาย ที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1) Uniform Determination of Death Act, 1981 (พ.ศ.2524)

ในช่วงปี พ.ศ. 2519 จนถึงประมาณปี พ.ศ. 2536 ในเรื่องสิทธิขอตายแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) ที่กระทำโดยการให้สารหรือวัตถุใด ๆ อันเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย และแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) การุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) หรือการปฏิเสธการรักษา (Refuse to Treatment) ในสหรัฐอเมริกาในแต่ละรัฐ จะมีกฎหมายและเนื้อหาที่แตกต่างกัน โดยในช่วงปี พ.ศ. 2533 (1990) จึงมีความพยายามที่จะจัดทำกฎหมายแม่แบบ Uniform Act ขึ้น ได้มีความริเริ่มที่จะรวบรวมกฎหมายเหล่านี้ไว้ในฉบับเดียวกัน เรียกว่า “Combined Advance Directives” ซึ่งในปี ค.ศ. 1993 จึงได้มีการประกาศกฎหมายเป็นแบบ Uniform Code Law โดยมีชื่อเรียกว่า “Uniform Health Care Decisions Act” (UHCA) เพื่อให้รัฐต่าง ๆ สามารถนำกฎหมายต้นแบบไปปรับใช้ในการออกกฎหมายของแต่ละรัฐ โดย UHCA มีวัตถุประสงค์เพื่อการรับรองสิทธิของบุคคลทั้งการรักษา สิทธิปฏิเสธ การยุติการรักษาพยาบาล รวมถึงการมอบอำนาจให้ผู้รับมอบอำนาจตัดสินใจแทน

กฎหมายแม่แบบ UHCA ได้มีรับรองสิทธิการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยมีกรอบการดำเนินการใช้สิทธิ ดังนี้

(1) เป็นบุคคลที่บรรลุนิติภาวะ

(2) การแสดงเจตนาโดยเอกสารหรือวาจา

(3) การมอบอำนาจให้บุคคลอื่นตัดสินใจ “Power of Attorney for Health Care”

ต้องมีพยานลงนามอย่างน้อยสองคน ข้อสำคัญเกี่ยวกับการตั้งตัวแทน (Surrogate) ก็จะต้องไม่มีประโยชน์ได้เสียกับทรัพย์สินหรือการให้การรักษาพยาบาล ยกเว้น สามี ภริยา หรือบุตรตามกฎหมายเท่านั้น

(4) การส่งมอบสำเนาเอกสาร ผู้ป่วยควรทำสำเนาส่งมอบให้กับแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาหรือสถานพยาบาล ตัวแทนผู้รับมอบอำนาจ

กฎหมายแม่แบบมีหลักการคุ้มครองตามกฎหมาย โดยมีเจตนาสำคัญ คือ การนำหลักสุจริต (Principle of Good Faith) มาเป็นตัวกำหนดในเรื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบตามกฎหมาย ทั้งนี้ การปฏิบัติตามคำสั่งหนังสือดังกล่าว โดยเชื่อว่าเอกสารนั้นยังมีผลอยู่ ยังไม่ถูกยกเลิกก็จะได้รับความคุ้มครอง อย่างไรก็ดี กฎหมายแม่แบบมีบทกำหนดโทษทางแพ่งและทางอาญาที่ชัดเจน โดยให้รับผิดชอบแพ่งในความเสียหายในกรณีที่มีการจงใจละเมิด และในทางอาญาในกรณีที่ทำปลอม ปกปิด ลบขีดฆ่า ยกเลิกแก้ไขแปลงเอกสาร ชุมนุ้ หลอกหลวง

นอกจากกฎหมายแม่แบบที่กล่าวมาข้างต้น รัฐต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกาได้มีการตรากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายหรือสิทธิในการตายหลายรัฐด้วยกัน เช่น รัฐออริกอน (Oregon State) รัฐอลาบามา (Alabama State) รัฐเทนเนสซี (Tennessee State) รัฐแคลิฟอร์เนีย (California State) รัฐโคโลราโด (Colorado State) รัฐโคลัมเบีย (Columbia State) รัฐฮาวาย (Hawaii State) รัฐนิวเจอร์ซีย์ (New Jersey State) รัฐเวอร์มอนต์ (Vermont State) รัฐวอชิงตัน (Washington State) ดังต่อไปนี้

(1) รัฐออริกอน (Oregon)

ในปี ค.ศ. 1997 (พ.ศ. 2540) รัฐออริกอน (Oregon State) เป็นรัฐแรกในสหรัฐอเมริกาที่ออกกฎหมายอนุญาตให้แพทย์สามารถสั่งยาเพื่อการฆ่าตัวตายให้แก่ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายได้ และต่อมาใน พ.ศ. 2549 ศาลสูงสุดของสหรัฐอเมริกา (US Supreme Court) ได้มีคำตัดสินเพื่อยืนยันว่ากฎหมาย Oregon's Death with Dignity Act (พระราชบัญญัติว่าด้วยการตายอย่างมีศักดิ์ศรีของรัฐออริกอน) เป็นกฎหมายที่ช่วยปกป้องแพทย์ในเวชปฏิบัติดังกล่าวกฎหมายของรัฐออริกอน เนื่องจากก่อนหน้านี้จะมีกฎหมายฉบับดังกล่าวออกมา ได้มีแรงผลักดันจากนายแพทย์ท่านหนึ่งที่มีบทบาทและมีความสำคัญต่อสิทธิการตายเป็นอย่างมากจนในที่สุดก็ได้มีกฎหมายฉบับดังกล่าว นายแพทย์แจ็ก เคอร์วอกเกียน (Dr. Jack Kevorkian) ที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกือบ 200 คนตายตามความต้องการ จนได้ฉายานามว่า “คุณหมอแห่งความตาย” “Dr. Death” วิธีการจัดการของคุณหมอแจ็ก คือการให้ยาโพแทสเซียมคลอไรด์ เพื่อให้หัวใจหยุดเต้น เพียงแต่คนที่เป็นผู้กดปุ่มสวิทช์ให้ยาเข้าสู่หลอดเลือดคือผู้ป่วยเป็นผู้กดปุ่มเอง โดยในปี ค.ศ. 1990 ผู้ป่วยรายหนึ่งที่คุณหมอแจ็กได้ช่วยให้คุณครูเจเน็ต แอดกินส์ (Janet Adkins) จากรัฐออริกอน ที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม (Alzheimer's Disease) สามารถฆ่าตัวตายได้สำเร็จในรถตู้เก่า ๆ ของนายแพทย์แจ็กที่จอดไว้ในที่ตั้งค่ายพักแรม (Camp Ground) ต่อมาเมื่อวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2542 หลังนายแพทย์แจ็กได้ถูกพิจารณาคดีในศาล 2 วัน โดยถูกขุ่นกลับลงมติให้นายแพทย์แจ็กมีความผิดฐานฆ่าคนตายในระดับ 2 (Second-Degree Murder)

หรือฆ่าคนตายโดยไม่เจตนา เพราะเมื่อ 6 เดือนก่อน ท่านได้ถ่ายวิดีโอที่บันทึกตัวท่านขณะจินตนาการให้ผู้ป่วย นายโทมัสยุก (Thomas Youk) ซึ่งป่วยด้วยโรคระบบประสาทที่ทำให้กล้ามเนื้อเป็นอัมพาต (Amyotrophic Lateral Sclerosis) เพิ่มขึ้น ๆ จนในที่สุดจะขยับเขยื้อนและหายใจไม่ได้ แล้วเสียชีวิตอย่างทรมาน โดยนายแพทย์แจ็ก ได้กล่าวไว้ว่า “วัตถุประสงค์ของผมคือ ต้องการให้ “การุณยฆาต” (Euthanasia) เป็นประสบการณ์ด้านบวก (ด้านดี) ผมต้องการให้วงการแพทย์มีความรับผิดชอบ ซึ่งรวมถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตาย (อย่างสงบ) ด้วย”

รัฐออริกอน สหรัฐอเมริกา เป็นรัฐแรกที่ประกาศใช้การรับรองสิทธิขอตายด้วยความการุณย์ ผ่านองค์การ Death with Dignity ภายใต้กฎหมายชื่อ Oregon’s Death with Dignity Act, 1997 (พ.ศ.2540) การใช้สิทธิการขอตายด้วยความการุณย์ในแบบการุณยฆาตทั้งแบบเชิงรุก (Active Euthanasia) และแบบการช่วยเหลือการตายทางการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS) โดยผู้แสดงเจตนาเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ทำคำขอจะต้องบรรลุนิติภาวะ อายุ 18 ปีบริบูรณ์ (127.800 §1.01. Definitions) และปฏิบัติตามแบบฟอร์มคำขอเป็นลายลักษณ์อักษร เรื่องที่กฎหมายรัฐออริกอนให้ความสำคัญมาก คือ พยานต้องเป็นบุคคลที่ไม่ได้เป็น (127.810 §2.02. Form of The Written Request)

- (1) ญาติของผู้ป่วยโดยธรรมชาติ การแต่งงาน หรือ การรับบุตรบุญธรรม หรือ
- (2) บุคคลที่ในเวลาที่ยังมีชีวิตอยู่จะได้รับสิทธิในส่วนหนึ่งของทรัพย์สินของผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติเมื่อใดก็ตามที่เสียชีวิตภายใต้พินัยกรรมหรือตามกฎหมาย หรือ
- (3) เจ้าของผู้ประกอบการหรือพนักงานของสถานบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมได้รับการรักษาพยาบาลหรือเป็นผู้อยู่อาศัย หรือ
- (4) แพทย์ที่เข้าร่วมรับรู้ในเวลาที่ยังมีชีวิตอยู่จะไม่ใช่พยาน หรือ
- (5) หากผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในสถานดูแลระยะยาวในเวลาที่มีการร้องขอ หรือ
- (6) พยานที่ต้องไม่มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับทรัพย์สิน หรือ
- (7) พยานที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่ไม่ใช่เจ้าของไข้

สำหรับประเด็นการประกันชีวิตนั้นวิธีการขอตายยังคงมีความขัดแย้งระหว่างการตายตามธรรมชาติ หรืออุบัติเหตุ หรือ ฆ่าตัวตายซึ่งจะมีผลต่อเงินประกันที่จะได้รับอันจะมีผลต่อบริษัทประกันชีวิตที่จะถือเป็นข้ออ้างที่จะไม่จ่ายเงินประกันโดยอ้างว่าขัดต่อนโยบายของประกัน และเข้าข่ายเป็นการฆ่าตัวตายโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายทำให้บริษัทใช้เหตุในการเลิกสัญญาประกันชีวิตและส่งผลให้ผู้เอาประกันนั้นไม่สามารถได้รับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันชีวิตได้ ดังนั้น รัฐออริกอนจึงได้มีข้อกำหนดในกฎหมายกำหนดไว้ว่า บริษัทประกันจะปฏิเสธด้วยเหตุที่

ผู้เอาประกันใช้สิทธิขอตายด้วยความกรุณยไม่ได้ และยังได้บัญญัติไว้ด้วยว่าการตายด้วยความกรุณยไม่ถือว่าเป็นฆ่าตัวตาย (127.875 §3.13. Insurance or Annuity Policies)

กฎหมายรัฐออริกอนบัญญัติยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมายทั้งทางแพ่ง ทางอาญา และทางด้านวินัยด้วยเช่นกัน อีกทั้งยังขยายความไปถึงบุคคลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ (127.885 §4.01. Immunities; Basis for Prohibiting Health Care Provider From Participation; Notification; Permissible Sanctions) และค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นหน่วยงานรัฐเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบทั้งหมด (127.892 Claims by Governmental Entity for Costs Incurred) โดยในกฎหมายในรัฐนี้มีประเด็นที่น่าสนใจคือนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาในการแก้ไขปรับปรุงกับกฎหมายในประเทศไทยภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

(2) รัฐอลาบามา (Alabama State)

รัฐอลาบามา (Alabama State) ซึ่งเป็นรัฐในสหรัฐอเมริกาที่มีการตรากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายชื่อ “Alabama - Natural Death Act 1981” ซึ่งเป็นกฎหมายที่ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิการตาย ในรูปแบบการดูแลสุขภาพเชิงรับแบบทำพินัยกรรมชีวิต โดยการปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า โดยมีการอนุญาตให้ผู้ทำมียุครบ 19 ปีบริบูรณ์ (Section 22-8A-3 Definitions) การแต่งตั้งและพยานในการลงนามในเอกสารกฎหมายก็ได้ให้ความสำคัญ คำสั่งล่วงหน้าสำหรับการยุติชีวิตจะมีผลเมื่อ: (1) แพทย์ที่เข้าร่วมกำหนดว่าการวินิจฉัยในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถที่จะทำการรักษาได้ต่อไป มีเพียงแต่การรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น; และ (2) แพทย์สองคนซึ่งหนึ่งในนั้นจะเป็นแพทย์ที่เข้าร่วมการรักษาและหนึ่งในนั้นจะต้องมีคุณสมบัติและประสบการณ์ในการวินิจฉัยดังกล่าวได้ตรวจสอบหนังสือแสดงเจตนาการยุติชีวิตของผู้ป่วยแล้ว (Section 22-84-4 Advance Directive For Health Care: Living Will And Health Care Proxy) นอกจากนี้ พระราชบัญญัติได้ยกเว้นความรับผิดชอบหรือทางอาญาบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด

สำหรับประเด็นการประกันชีวิตนั้นวิธีการขอตายจะไม่มีผลต่อประกันชีวิต ถือว่าผู้ป่วยจัดการตนเองเพื่อยุติชีวิตในลักษณะที่มีมนุษยธรรมและสง่างาม จะไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตสุขภาพหรือการประกันอุบัติเหตุหรือเงินได้หลังจากเสียชีวิตแล้ว (Section 22-SA-2 Withholding or Withdrawal of Treatment, Etc. Not Suicide: Execution of Advance Directive Not to Affect Sale, Etc. of Life or Health Insurance nor Be Condition for Receipt of Treatment, Etc.; Provisions of Chapter Cumulative.) โดยในกฎหมายในรัฐนี้มีประเด็นที่น่าศึกษาค้นคว้า เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาในการแก้ไขปรับปรุงกับกฎหมายในประเทศไทยภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

(3) รัฐเทนเนสซี (Tennessee State)

รัฐเทนเนสซี (Tennessee State) ซึ่งเป็นรัฐในสหรัฐอเมริกาที่มีการตรากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายชื่อ “Tennessee – Tennessee Right to Natural Death Act, 1985 และ Health Care Decision Act, 2004” ซึ่งเป็นกฎหมายที่ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิการตาย ในรูปแบบการุณฆาตเชิงรับ แบบทำพินัยกรรมชีวิต ผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย จะต้องแสดงเจตนาขึ้น โดยการปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า จัดทำเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคน การแต่งตั้งและพยานในการลงนามในเอกสารกฎหมายก็ได้ให้ความสำคัญ การตรวจสอบพยานจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือการแต่งงานและว่าพวกเขาจะไม่ได้รับสิทธิในส่วนตัว ๆ ของทรัพย์สินของแฉงการณเมื่อการตายภายใต้การทำหนังสือแสดงเจตนาขึ้น นอกจากนี้พยานจะต้องตรวจสอบว่าพวกเขาไม่ได้เป็นแพทย์ที่เข้าร่วมหรือพนักงานของแพทย์ที่เข้าร่วมหรือพนักงานของสถานบริการสุขภาพที่แฉงการณเป็นผู้ป่วยและพวกเขาไม่ได้เรียกร้องกับส่วนตัว ๆ ของทรัพย์สินของผู้ป่วย (68-11-1803) โดยในกฎหมายในรัฐนี้มีประเด็นที่น่าศึกษาค้นคว้า เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาในการแก้ไขปรับปรุงกับกฎหมายในประเทศไทยภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมาน

จากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงยืดยาดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

(4) รัฐแคลิฟอร์เนีย (California State)

รัฐแคลิฟอร์เนีย (California State) ซึ่งเป็นรัฐในสหรัฐอเมริกาที่มีการตรากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายชื่อ “California - End of Life Option Act; approved in 2015, in effect from 2016” ซึ่งเป็นกฎหมายที่ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิการตาย ในรูปแบบการฉีดยาฆ่าตัวตายและเชิงรับ (Assembly Bill No. 15) โดยมีการอนุญาตให้ผู้ที่ทำอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ การยืนยันเงื่อนไขการเป็นผู้ป่วยนั้น ได้นำกรอบระยะเวลาว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตไม่เกิน 6 เดือน และผ่านการตรวจจากจิตแพทย์ และจัดทำเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีผลทางด้านนิติบัญญัติ และเป็นสิทธิทางกฎหมายที่รองรับในรัฐธรรมนูญ ดังนั้น ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากการยุติชีวิตผู้ป่วยรัฐบาลจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมด กำหนดพยานมีอย่างน้อย 2 คน โดยกำหนดข้อยกเว้น พยานเพียงหนึ่งในสองคน ณ เวลาที่มีการลงนามคำขอเป็นลายลักษณ์อักษร อาจ: (1) เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีคุณสมบัติทางสายเลือด การแต่งงาน ห้างหุ้นส่วนในประเทศที่จดทะเบียนหรือการรับเลี้ยงบุตรบุญธรรมหรือมีสิทธิ์ได้รับทรัพย์สินหนึ่งของบุคคลดังกล่าวเมื่อเสียชีวิต (2) เป็นเจ้าของดำเนินงานหรือทำงานในสถานพยาบาลที่บุคคลนั้นได้รับการรักษาพยาบาลหรืออาศัยอยู่ (d) แพทย์ที่เข้าร่วมปรึกษาแพทย์หรือสุขภาพจิต ผู้เชี่ยวชาญของแต่ละคนจะต้องไม่เป็นหนึ่งในพยานที่จำเป็นตามวรรค (3) ของแผนก (b) (443.3.) นอกจากนี้ พระราชบัญญัติได้ยกเว้นความรับผิดชอบแพ่งหรือทางอาญา บุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด

สำหรับประเด็นการประกันชีวิตนั้นวิธีการขอตายจะไม่มีผลต่อประกันชีวิต ถือว่าผู้ป่วยจัดการตนเองเพื่อยุติชีวิตในลักษณะที่มีมนุษยธรรมและสง่างาม จะไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตสุขภาพหรือการประกันอุบัติเหตุหรือนโยบายเงินได้หลังจากเสียชีวิตแล้ว (443.13.) โดยในกฎหมายในรัฐนี้มีประเด็นที่น่าศึกษาค้นคว้า เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาในการแก้ไขปรับปรุงกับกฎหมายในประเทศไทยภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของ

สถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงยืดยาดตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

(5) รัฐโคโลราโด (Colorado State)

รัฐโคโลราโด (Colorado State) ซึ่งเป็นรัฐในสหรัฐอเมริกา มีการตรากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายชื่อ “Colorado -End of Life Options Act, 2016” ซึ่งเป็นกฎหมายที่ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิการตายในรูปแบบการรณรงค์เชิงรุกและเชิงรับ โดยมีการอนุญาตให้ผู้ทำมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ (หมวดที่ 48 ข้อ 25-48-102. Definitions) การยืนยันเงื่อนไขการเป็นผู้ป่วยนั้น ได้นำกรอบระยะเวลาว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตไม่เกิน 6 เดือน และผ่านการตรวจจากจิตแพทย์ Licensed Mental Health Professional (25-48-108. Confirmation That Individual is Mentally Capable - Referral to Mental Health Professional) อีกทั้งพยานจะต้องไม่มีส่วนได้เสียในทรัพย์สิน และการยกเว้นความรับผิดชอบกฎหมาย แบบฟอร์มคำขอที่เป็นลายลักษณ์อักษรอีกทั้ง พยานต้องเป็นพยานโดยสมัครใจไม่ถูกข่มขู่หรือบังคับ อีกทั้งบุคคลที่เป็นพยานจะต้องไม่ได้เป็น (1) ญาติโดยสายเลือดของผู้ป่วยด้วย การแต่งงานหรือการรับบุตรบุญธรรม (2) บุคคลที่มีส่วนทรัพย์สินของผู้ป่วยทั้งแบบทางพฤตินัยและนิตินัย หรือ (3) เจ้าของผู้ดำเนินการหรือลูกจ้างของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับการรักษาพยาบาลหรือเป็นผู้อยู่อาศัย (4) แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย หรือ (5) หากผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในสถานดูแลระยะยาวในสถานที่ของรัฐ พยานจะต้องไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐแต่งตั้ง (หมวด 25-48-104 Request Process-Witness Requirements) สำหรับประเด็นการประกันชีวิตนั้น วิธีการขอตายจะไม่มีผลต่อประกันชีวิต ถือว่าผู้ป่วยจัดการตนเองเพื่อยุติชีวิตในลักษณะที่มีมนุษยธรรมและสง่างาม จะไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตสุขภาพหรือการประกันอุบัติเหตุหรือนโยบายเงินได้หลังจากเสียชีวิตแล้ว (หมวด 25-48-115. Insurance or Annuity Policies)

กฎหมายบัญญัติยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมายทั้งทางแพ่ง ทางอาญา และทางด้านวินัยด้วยเช่นกัน อีกทั้งยังขยายความไปถึงบุคคลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการรณรงค์ โดยในกฎหมายในรัฐนี้มีประเด็นที่น่าศึกษาค้นคว้า เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาในการแก้ไขปรับปรุงกับกฎหมายในประเทศไทยภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงยืดยาดตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการ

สาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงยี่ดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

(6) รัฐโคลัมเบีย (Columbia State)

รัฐโคลัมเบีย (Columbia State) ซึ่งเป็นรัฐในสหรัฐอเมริกามีการตรากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายชื่อ “District of Columbia - D.C. Death with Dignity Act; 2016/2017” ซึ่งเป็นกฎหมายที่ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิการตายในรูปแบบการรุมขบกัดเชิงรุกและเชิงรับ มีผลบังคับใช้มีผล 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 โดยมีการอนุญาตให้ผู้ทำมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ (มาตรา 2 Definitions (13)) เป็นการขอยุติโดยการใส่ยาที่กำหนดตามกฎหมายของรัฐโคลัมเบียการยืนยันเงื่อนไขการเป็นผู้ป่วยนั้น ได้นำกรอบระยะเวลาว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตไม่เกิน 6 เดือน และผ่านการตรวจจากจิตแพทย์ อีกทั้งพยานจะต้องมีอย่างน้อย 2 คน โดยจะต้องอยู่ต่อหน้าผู้ป่วย ผู้ป่วยรับรู้ อีกทั้งพยานนั้นจะต้องไม่ใช่ญาติใกล้ชิดและไม่มีส่วนได้เสียในทรัพย์สิน (หมวด 3 Requests for A Covered Medication)

ในส่วนการจัดทำพินัยกรรมและนโยบายการประกันชีวิต การทำพินัยกรรมและสัญญาต่าง ๆ ปรากฏใน มาตรา 9 Reporting Requirements กำหนดว่า (a) บทบัญญัติในสัญญาจะหรือข้อตกลงอื่น ๆ ที่ดำเนินการในหรือหลังจากวันที่มีผลของการกระทำยุติชีวิตของผู้ป่วยนี้ ไม่ว่าจะเป็นลายลักษณ์อักษรหรือด้วยปากเปล่า และ (b) ภาวะผูกพันตามสัญญาจะหรือข้อตกลงอื่น ๆ ที่ดำเนินการในหรือหลังวันที่มีผลของการกระทำยุติชีวิตของผู้ป่วยนี้ ไม่มีผลยกเลิกอื่นใด และนโยบายการประกันชีวิต มาตรา 10 Insurance and Annuity Policies กำหนดข้อยกเว้นสำหรับนโยบายการประกันชีวิตไม่มีผลยกเลิกหากกระทำนิติกรรมนั้นทำได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งยังมีบทกำหนดโทษที่ค่อนข้างสูงหากมีการทุจริต งงวัน ละเว้นกระทำการที่ไม่ถูกต้อง โดยในกฎหมายในรัฐนี้มีประเด็นที่น่าศึกษาค้นคว้า เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาในการแก้ไขปรับปรุงกับกฎหมายในประเทศไทยภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยี่ดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงยี่ดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

(7) รัฐฮาวาย (Hawaii State)

รัฐฮาวาย (Hawaii State) ซึ่งเป็นรัฐในสหรัฐอเมริกาที่มีการตรากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายชื่อ “Hawaii - Our Care, Our Choice Act; 2018/2019” (พ.ศ. 2562) ซึ่งเป็นกฎหมายที่ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิการตาย ในรูปแบบการรณฆตเชิงรุกและเชิงรับ โดยมีการอนุญาตผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภูมิลำเนาอยู่ในรัฐฮาวายและสามารถตรวจสอบได้ ให้ผู้ทำมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ (หมวด -1 Definitions) Immunity) - การยื่นยื่นเงื่อนไขการเป็นผู้ป่วยนั้น ได้นำกรอบระยะเวลาว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตไม่เกิน 6 เดือน ไม่อยู่ในภาวะโรคซึมเศร้าและผ่านการตรวจจากจิตแพทย์ ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจดังกล่าวอย่างครบถ้วน ทั้งนี้การตัดสินใจของผู้ป่วยญาติจะต้องรับทราบ มิเช่นนั้นคำขอก็อาจไม่สมบูรณ์ (หมวด 6-8, Counseling Referral, Informed Decision และ Family Notification.) อีกทั้งพยานมี 2 คน ซึ่งหนึ่งในนั้นต้องไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และหนึ่งในการลงนามยื่นยื่นขั้นสุดท้าย; จะต้องไม่มีส่วนได้เสียในทรัพย์สิน ซึ่งจะต้องยื่นยื่นอย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนในการตัดสินใจ (หมวด 3 Form of The Written Request)

ในเรื่องของการประกันชีวิต นโยบายการประกันภัย หรือการปันผล การขาย การจัดหา หรือการออกกรมธรรม์ประกันชีวิตสุขภาพหรืออุบัติเหตุหรือเงินรายปีหรืออัตราที่เรียกเก็บ สำหรับนโยบายดังกล่าวจะไม่ถูกจำกัด หรือได้รับผลกระทบจากการทำหรือการปฏิเสธคำขอจากผู้ป่วยที่ต้องการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาและยุติชีวิต หากการกระทำของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติในการใช้ยาเพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมไม่มีผลใด ๆ ต่อชีวิต ประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุหรือเงินรายปี (หมวด 17 Insurance or annuity policies) โดยในกฎหมายในรัฐนี้มีประเด็นที่น่าศึกษาค้นคว้า เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาในการแก้ไขปรับปรุงกับกฎหมายในประเทศไทย ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

(8) รัฐนิวเจอร์ซีย์ (New Jersey State)

รัฐนิวเจอร์ซีย์ (New Jersey State) ซึ่งเป็นรัฐในสหรัฐอเมริกามีการตรากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายชื่อ “New Jersey - Aid in Dying for the Terminally Ill Act, 2019” ซึ่งเป็นกฎหมายที่ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิการตายในรูปแบบการรณฆฆฆฆฆ โดยมีการอนุญาตให้เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภูมิลำเนาอยู่ในรัฐนิวเจอร์ซีย์ และมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ โดยการตัดสินใจของผู้ป่วยจะต้องผ่านการตรวจจากจิตแพทย์ พยานกำหนด 2 คน โดยหนึ่งคนจะต้องไม่ใช่ญาติ ไม่มีส่วนได้เสียในทรัพย์สิน เช่น คู่สมรส หรือบุตรบุญธรรม หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ของผู้ป่วย หรือ แพทย์เจ้าของไข้และพยานอีกหนึ่งคน จะต้องเป็นพยานที่ได้รับการมอบหมายในการดำเนินการกระบวนการนี้ (c.136 (C.26: 2H-1 et seq.) ในส่วนเรื่องการประกันชีวิต ไม่มีผลทำให้ยกเลิก ย่อมมิถาระผูกพันแม้ผู้ป่วยจะตัดสินใจจบชีวิต (ปรากฏในกฎหมายฉบับอ้างอิง หมวด A1504 [1R] Burzichelli, Eustace) โดยในกฎหมายในรัฐนี้มีประเด็นที่น่าศึกษาคั่นคว่า เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาในการแก้ไขปรับปรุงกับกฎหมายในประเทศไทยภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

(9) รัฐเวอร์มอนต์ (Vermont State)

รัฐเวอร์มอนต์ (Vermont State) ซึ่งเป็นรัฐในสหรัฐอเมริกามีการตรากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายชื่อ “Vermont - Patient Choice and Control at the End of Life Act, 2013” ซึ่งเป็นกฎหมายที่ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิการตาย ซึ่งเป็นประชาชนในรัฐเวอร์มอนต์ โดยเป็นการยุติในรูปแบบการรณฆฆฆฆฆ เฆงรุกและเฆงรับ โดยมีการอนุญาตให้ผู้ทำมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ (No.39, หมวด 5281 Definitions (8)) การยื่นยื่นยื่นยื่นการเป็นผู้ป่วยนั้น ผ่านการตรวจจากจิตแพทย์ (No.39, หมวด 5283 Requirements for Prescription and Documentation; Immunity) อีกทั้งพยานจะต้องมีสองคนขึ้นไป อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ และไม่มีส่วนได้เสียในทรัพย์สิน (No.39, หมวด 5283 Requirements for Prescription and Documentation; Immunity) รวมถึงการระบุถึงบริษัทประกันชีวิต (No.39, หมวด 5287 Insurance Policies; Prohibitions)

โดยและการดูแลแบบประคับประคองไม่มีผลในการดูแลนี้ (No.39, หมวด 5288 No Effect on Palliative Sedation) ในกฎหมายในรัฐนี้มีประเด็นที่น่าศึกษาค้นคว้า เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาในการแก้ไขปรับปรุงกับกฎหมายในประเทศไทยภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

(10) รัฐวอชิงตัน (Washington State)

รัฐวอชิงตัน (Washington State) ซึ่งเป็นรัฐในสหรัฐอเมริกามีการตรากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายชื่อ “Washington - Washington Death with Dignity Act, 2008” ซึ่งเป็นกฎหมายที่ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิการตาย ในรูปแบบการอนุมัติเชิงรุกและเชิงรับ โดยมีการอนุญาตให้ผู้ที่ทำอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ (หมวด 70.245 RCW ข้อ 70.245.010, Definitions (1)) การยืนยันเงื่อนไขการเป็นผู้ป่วยนั้น ได้นำกรอบระยะเวลาว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตไม่เกิน 6 เดือน และผ่านการตรวจจากจิตแพทย์ อีกทั้งพยานจะต้องไม่มีส่วนได้เสียในทรัพย์สิน และการยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย แบบฟอร์มคำขอที่เป็นลายลักษณ์อักษร (ปรากฏใน หมวด 70.245 RCW ข้อ 70.245.020, Written Request for Medication) อีกทั้ง พยานต้องเป็นพยานโดยสมัครใจไม่ถูกข่มขู่หรือบังคับ อีกทั้งบุคคลที่เป็นพยานจะต้อง ไม่ได้เป็น (1) ญาติโดยสายเลือดของผู้ป่วยด้วย การแต่งงาน หรือการรับบุตรบุญธรรม (2) บุคคลที่มีส่วนทรัพย์สินของผู้ป่วยทั้งแบบทางพฤตินัยและนิตินัย หรือ (3) เจ้าของผู้ดำเนินการหรือลูกจ้างของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมได้รับการรักษาพยาบาลหรือเป็นผู้อยู่อาศัย (4) แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย หรือ (5) หากผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในสถานดูแลระยะยาวในสถานที่ของรัฐ พยานจะต้องไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐแต่งตั้ง (หมวด 70.245 RCW ข้อ 70.245.040 Attending Physician Responsibilities) สำหรับประเด็นการประกันชีวิตนั้นวิธีการขอตายจะไม่มีผลต่อประกันชีวิต ถือว่าผู้ป่วยจัดการตนเองเพื่อยุติชีวิตในลักษณะที่มีมนุษยธรรมและสง่างาม จะไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตสุขภาพหรือการประกันอุบัติเหตุหรือเงินได้หลังจากเสียชีวิตแล้ว (หมวด 70.245 RCW ข้อ 70.245.170 Insurance Or Annuity Policies)

กฎหมายรัฐวอชิงตันบัญญัติยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมายทั้งทางแพ่ง ทางอาญา และทางด้านวินัยด้วยเช่นกัน อีกทั้งยังขยายความไปถึงบุคคลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการุณยฆาต โดยในกฎหมายในรัฐนี้มีประเด็นที่น่าศึกษาค้นคว้า เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาในการแก้ไขปรับปรุงกับกฎหมายในประเทศไทยภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

เมื่อทบทวนวรรณกรรม กฎหมาย และการบังคับใช้ในสหรัฐอเมริกาทั้ง 10 รัฐพบว่า รัฐออริกอน เป็นรัฐแรกในสหรัฐอเมริกาที่ประกาศใช้การรับรองสิทธิขอตายด้วยความการุณย์ โดยแบบการุณยฆาตเชิงรุกและการุณยฆาตเชิงรับ ที่เรียกว่า “Death with Dignity” ไม่ว่าจะเป็นการอนุญาตการยุติด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือการอนุญาตให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า (Living Will) โดยกฎหมายรัฐออริกอนได้มีการบัญญัติกฎหมายได้ครอบคลุม การรับรองสิทธิขอตายด้วยการุณยฆาต คุณสมบัติของบุคคลที่ใช้เกณฑ์อายุบรรลุนิติภาวะ ขั้นตอนและวิธีการโดยทำเป็นเอกสารที่เป็นแบบตามกฎหมายมีกำหนดไว้ชัดเจน คุณสมบัติพยานที่ต้องไม่มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับทรัพย์สิน และพยานที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่แพทย์เจ้าของไข้ หลักเกณฑ์การประกันชีวิตยอมรับว่าไม่ถือเป็นการฆ่าตัวตาย สำหรับกรรมกรรม รวมถึงการยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมายและความรับผิดชอบทางจริยธรรม ซึ่งมีการออกแบบโครงสร้างทางกฎหมายที่มีความครบถ้วนและเป็นแบบอย่างให้กับรัฐอื่น ๆ ที่ได้ออกกฎหมายตามมาเป็นลำดับ ดังนั้น การวิจัยจึงจะนำเอารูปแบบของกฎหมายรัฐออริกอน สหรัฐอเมริกามาวิเคราะห์และอธิบายในบทที่ 4 ต่อไป

3.2 ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ (Kingdom of the Netherlands)

ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ (Kingdom of the Netherlands) เป็นประเทศแรกในแถบยุโรปที่ยอมรับการทำให้อายุผู้ป่วยตายแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) เป็นการกระทำที่กฎหมายยอมรับและรับรอง หลังจากปี ค.ศ. 2002 ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ก็มีกฎหมายให้สิทธิผู้ป่วยตายแบบการุณยฆาตเชิงรุก โดยชาวดัชช์มีความเชื่อว่า เรื่องอะไรที่มีอยู่แล้ว ทำอยู่แล้ว ในมนุษย์

ควรจะนำขึ้นมาพูดคุยกัน และถ้าทำตลอดเวลา ก็ควรจะนำมาออกกฎหมายเพื่อกำกับดูแลให้ถูกต้อง และหนึ่งในเรื่องนั้นคือเรื่องการณษฆาต

โดยในปี ค.ศ. 1984 มีคดีชุนไฮม์ (Schoonheim) แพทย์ถูกฟ้องว่าฆ่าผู้ป่วย ซึ่งในขณะนั้นผู้ป่วยมีอายุ 93 ปี ซึ่งใกล้จะถึงแก่กรรมและได้รับความทุกข์ทรมานมาก โดยผู้ป่วยได้ทำการขอร้องให้หมอทำยูธานาเซีย ศาลตัดสินว่า การกระทำของแพทย์ไม่มีความผิดฐานฆ่าคนตาย เพราะหนึ่งในหน้าที่ของแพทย์นั้นคือการปกป้องผู้ป่วยจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งเข้าข้อกฎหมายว่าด้วยความจำเป็น (Defense of Necessity) ต่อมาในปี ค.ศ. 2001 รัฐสภาราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ได้มีมติเห็นชอบกฎหมายที่เรียกว่า “The Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act” ซึ่งกฎหมายฉบับนี้แก้ไขปรับปรุงประมวลกฎหมายอาญา โดยที่อนุญาตให้การฆ่าคนตายตามคำขอร้องของผู้ตายและการช่วยอัตวินิบาตกรรมไม่เป็นความผิด ถ้าการกระทำนั้นเป็นการกระทำของแพทย์ที่กระทำตามเงื่อนไขตามกฎหมาย โดยหลัก ๆ มีดังนี้

- 1) แพทย์ต้องมีหลักฐานจากผู้ป่วย
- 2) แพทย์มีหลักฐานว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานที่ทนไม่ได้
- 3) แพทย์ได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานะของผู้ป่วยที่เป็นอยู่และการคาดการณ์ในอนาคต
- 4) ผู้ป่วยต้องแสดงหลักฐานว่าไม่มีวิธีการใดอีกแล้วที่จะแก้ไขสถานการณ์ของผู้ป่วยจากที่เป็นอยู่
- 5) ปรีกษาแพทย์อีกอย่างน้อย 1 คน ที่เคยตรวจผู้ป่วยและแสดงความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษร
- 6) กระทำการให้ชีวิตผู้ป่วยจบลงหรือช่วยให้ผู้ป่วยกระทำอัตวินิบาตกรรมตามกฎหมายอย่างไรก็ดี ถึงแม้จะเข้าเงื่อนไขทางกฎหมายแล้ว แต่ก่อนดำเนินการดังกล่าวจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

(1) แจ้งการตายต่อเจ้าหน้าที่ชันสูตรศพท้องถิ่น (Coloner) โดยทำรายงานอย่างละเอียด

(2) การกระทำเจ้าหน้าที่ชันสูตรศพท้องถิ่น (Coloner) จะต้องแจ้งต่อคณะกรรมการท้องถิ่น (Regional Review Committee)

(3) เจ้าหน้าที่ชันสูตรศพท้องถิ่น (Coloner) ต้องแจ้งพนักงานอัยการ ซึ่งจะต้องแจ้งกลับมายังเจ้าหน้าที่ชันสูตรศพและคณะกรรมการท้องถิ่นอีกครั้งหนึ่ง

(4) เมื่อมีการทำมาปนกิจผู้ป่วย คณะกรรมการประกอบด้วยนักกฎหมายอาวุโส 1 คน เป็นประธานแพทย์ 1 คน และนักจริยศาสตร์ 1 คน ทำหน้าที่ทบทวนรายงานและวินิจฉัยว่าแพทย์ที่ทำยูธานาเซียนั้นทำตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดไว้หรือไม่

ในช่วงเวลานั้นราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ได้ถูกหลายประเทศดำเนินเกี่ยวกับการออกกฎหมายฉบับดังกล่าวที่อนุญาตให้แพทย์ทำให้ผู้ป่วยตายด้วยการรุกรณาต กฎหมายในเรื่องนี้ แต่เสียงส่วนใหญ่ของประชาชนชาวดัตช์ยอมรับและยืนยันกฎหมายฉบับนี้ ในทางกลับกันนักวิชาการชาวดัตช์มักจะอ้างว่าประเทศอื่น ๆ ก็ยอมให้มีการเวชปฏิบัติทำนองเดียวกันนี้ แต่ไม่ยอมให้มีกฎหมายรับรอง

3.3 ราชอาณาจักรเบลเยียม (Kingdom of Belgium)

ราชอาณาจักรเบลเยียม (Kingdom of Belgium) เป็นประเทศที่สองในแถบยุโรปที่ให้การรับรองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย โดยมีการออกกฎหมายระดับพระราชบัญญัติชื่อ “Belgian Act on Euthanasia of May 28, 2002” มีผลบังคับใช้ในวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2545 ซึ่งในกฎหมายฉบับนี้ได้มีการรับรองและยอมรับสิทธิขอตายทั้งแบบการรุกรณาตเชิงรุก (Active Euthanasia) และแบบการรุกรณาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) กฎหมายให้สิทธิสำหรับผู้ใหญ่ที่บรรลุนิติภาวะที่ทุกข์ทรมานจากการป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่ต้องและไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคที่อยู่ในวาระสุดท้ายชีวิต ต่อมาวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2014 กฎหมายได้ขยายไปถึงผู้เยาว์ที่สามารถดำเนินการใช้สิทธิขอตายได้ และจากกรณีศึกษาอายุที่น้อยที่สุดอยู่ที่ 9 ขวบ” ซึ่งเป็นกฎหมายที่ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิการตาย ในรูปแบบการรุกรณาตเชิงรุกและเชิงรับ การยืนยันเงื่อนไขการเป็นผู้ป่วยนั้น ผ่านการตรวจจากจิตแพทย์ ที่ปรึกษาแพทย์คนที่สองซึ่งเป็นจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญในความคิดปกติที่เป็นปัญหาและแจ้งให้เขา/เธอทราบถึงการปรึกษาหารือดังกล่าว แพทย์ตรวจสอบบันทึกเวชระเบียนตรวจสอบผู้ป่วยและต้องมีความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ไม่สามารถบรรเทาได้ อีกทั้งพยานจะต้องไม่มีส่วนได้เสียในทรัพย์สิน และการยกเว้นความรับผิดชอบกฎหมาย สำหรับกลุ่มโรคนั้นราชอาณาจักรเบลเยียมเปิดกว้าง ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากโรคที่ร้ายแรง และรักษาไม่หายที่เกิดจากการเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุ ผู้ป่วยไม่รู้สติตัว อาการนี้ไม่เป็นปกติเนื่องจากสถานะ ปัจจุบันของวิทยาศาสตร์การแพทย์

3.4 สมาพันธรัฐสวิส (Swiss Confederation) หรือ สวิตเซอร์แลนด์ (Switzerland)

สมาพันธรัฐสวิสหรือสวิตเซอร์แลนด์ เป็นประเทศที่มีการยอมรับและรับรองสิทธิสิทธิขอตายทั้งแบบการรุกรณาตเชิงรุก (Active Euthanasia) และแบบการรุกรณาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) โดยได้มีการออกกฎหมาย Euthanasia is illegal in Switzerland by Article 114 - 115 of the Penal Code of Switzerland มาตรา 114 “บุคคลใดที่มีแรงจูงใจที่น่ายกย่องและ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการเห็นอกเห็นใจผู้ที่ตกเป็นเหยื่อก่อให้เกิดการ ตายของบุคคลในบุคคลนั้นคำขอของแท้และของคนที่ยื่นกรานจะไม่รับผิดชอบต่อคำตัดสินของศาลเกินสามปีหรือปรับเป็นเงิน” มาตรา 115 “บุคคลใดก็ตามที่เห็นแก่ตัวเพื่อจูงใจหรือช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อกระทำความผิดหรือพยายามฆ่าตัวตายคือ

ถ้าบุคคลนั้นหลังจากนั้นได้กระทำหรือพยายามฆ่าตัวตายต้องระวางโทษจะคุกไม่เกินห้าปีหรือโทษทางการเงิน” อย่างไรก็ดี เป็นประเทศที่มีผู้ป่วยต่างประเทศเดินทางเข้ารับการทำการุณยฆาตเป็นจำนวนมาก เพราะมีกฎหมายอนุญาตให้ผู้ป่วยยุติชีวิตด้วยวิธีแบบเชิงรุก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2485 มีสถาบันด้านการทำการุณยฆาตสำหรับผู้ป่วยต่างชาติ คือ Dignitas Suicide Clinic ภายใต้ EXIT A.D.M.D. Suisse romande ซึ่งเป็นสถาบันแห่งเดียวในโลกที่มีการทำการุณยฆาต มีบุคคลสำคัญหลายคนตัดสินใจเดินทางมาจบชีวิต ณ ที่แห่งนี้ “การฆ่าตัวตายแบบช่วยเหลือจะได้รับอนุญาตหากบุคคลที่ช่วยเหลือการฆ่าตัวตายมีเจตนาดีและไม่ได้กระทำการที่นำไปสู่ความตาย (เช่น ยาฉีด) “การฆ่าตัวตายโดยการช่วยเหลือ” มักดำเนินการที่ Dignitas Clinic in Forc สมาพันธรัฐสวิส อีกทั้งสิทธิดังกล่าวได้รวมถึงผู้ป่วยต่างประเทศที่เดินทางไปขอใช้สิทธิตายโดยการทำการุณยฆาต เพราะมีกฎหมายสมาพันธรัฐสวิส อนุญาตให้ผู้ป่วยยุติชีวิตด้วยวิธี Physician Assisted Suicide (PAS) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือใด ๆ ที่ทำให้การฆ่าตัวตายนั้นเกิดขึ้น เช่น การให้คำแนะนำ การส่งยาที่ทำให้ถึงแก่ความตาย การจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ โดยผู้ร้องขอจะเป็นผู้ลงมือปลิดชีวิตของตนด้วยตนเอง โดยมีการจัดตั้งสถาบันด้านการทำยุติการรักษาสำหรับผู้ป่วยต่างชาติ ซึ่งเป็นสถาบันแห่งเดียวในโลก คือ Dignitas Suicide Clinic โดยอนุญาตในกรณีที่มีการกระทำนั้นเป็นการกระทำไปเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ โดยมีกฎหมาย 2 ฉบับ ได้แก่ Swiss Criminal Code 114 – 115 และ EXIT A.D.M.D. Suisse romande โดยในอนาคตปี ค.ศ. 2022 (พ.ศ. 2565) สมาพันธรัฐสวิสประกาศจะใช้ “Technology ‘Sarco’ แคปซูลสำหรับการุณยฆาตอย่างถูกต้องตามกฎหมาย เป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่ต้องการจากโลกนี้ไปอย่างสงบ เพียงแค่กดปุ่มก็สามารถนอนหลับจากโลกนี้ไปได้เพียงไม่กี่วินาที การการุณยฆาตได้รับการรับรองในหลายประเทศว่าเป็นวิธีที่มนุษย์สามารถเลือกที่จะจากโลกนี้ไปได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยไม่ต้องใช้สารฉีดเข้าร่างกาย ดร.ฟิลิป นิตซ์เก ได้เปิดเผยถึงวิธีการทำงานของเครื่องแคปซูลนี้ โดยจะมีการติดตั้งถังไนโตรเจนเหลวและจะเริ่มปล่อยไนโตรเจนออกมาเมื่อเริ่มทำงาน ส่วนออกซิเจนในเครื่องจะลดลงอย่างรวดเร็วจนเหลือเพียง ร้อยละ 1 ภายในระยะเวลา 30 วินาทีเท่านั้น ดังนั้น ผู้ใช้จะรู้สึกวิงเวียนเล็กน้อย ก่อนที่จะหมดสติไป เป็นวิธีการตายที่ไม่ทรมาน เนื่องจากผู้ใช้จะเสียชีวิตหลังจากนั้นโดยใช้เวลาเพียง 5-10 นาที” Sarco suicide capsule hopes to enter Switzerland - SWI swissinfo.ch (access on 11 December 2021)

3.5 สาธารณรัฐสิงคโปร์ (Republic of Singapore)

สาธารณรัฐสิงคโปร์เป็นอีกหนึ่งประเทศที่มีกฎหมายในการรับรองสิทธิในการแสดงเจตนาารมณ์ล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นเพียงเพื่อยืดชีวิตออกไปในวาระสุดท้ายของชีวิต (Terminal Illness) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 ภายใต้รัฐบัญญัติที่เรียกว่า “Advance Medical Directive Act” หรือเรียกว่า “AMD”

กฎหมายสาธารณรัฐสิงคโปร์ AMD มีการรับรองสิทธิการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยมีกรอบในการ ดังนี้

- 1) บุคคลจะต้องมีอายุครบ 21 ปีบริบูรณ์
- 2) การแสดงเจตนาโดยเอกสารหรือวาจา
- 3) มีพยานลงลายมือชื่อ อย่างน้อย 2 คน พยานคนที่หนึ่งจะต้องเป็นแพทย์ และคนที่สองต้องมาจากครอบครัว พยานทั้งสองคนจะต้องเป็นผู้ที่มีอายุครบ 21 ปีบริบูรณ์ และ
 - (1) ไม่มีส่วนได้เสียในพินัยกรรม ไม่เป็นทายาทตามพินัยกรรม และ
 - (2) ไม่เป็นผู้รับผลประโยชน์ตามสัญญาประกันชีวิต กรรมกรรมประกันชีวิตของผู้ป่วย และ
 - (3) ไม่มีผลประโยชน์ในอสังหาริมทรัพย์ของผู้ป่วย และ
 - (4) ไม่มีผลประโยชน์ในเงินของผู้ป่วยซึ่งอยู่ในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือกองทุนอื่น และ
- 4) เอกสาร AMD จะต้องจดทะเบียนต่อนายทะเบียนตามกฎหมายนี้ ณ ที่ทำการของสำนักทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุขสาธารณรัฐสิงคโปร์ “The Registry of Advance Medical Directives, Ministry of Health” เมื่อยังไม่นำเอกสาร AMD ไปจดทะเบียนก็ยังไม่ผลตามกฎหมาย
- 5) ในกรณีที่ต้องการจะยกเลิกเอกสาร AMD ต้องมีพยานลงนามอย่างน้อย 1 คน ให้เหตุผลของการยกเลิกและต้องแจ้งต่อนายทะเบียนถึงจะมีผลตามกฎหมาย
- 6) เอกสาร AMD ถือเป็นข้อมูลที่เป็นความลับ และต้องเก็บรักษาไว้เป็นความลับตามกฎหมายสาธารณรัฐสิงคโปร์
- 7) แพทย์ต้องโดยสุจริตและปราศจากความประมาทเลินเล่อ ถึงจะได้รับการยกเว้นความรับผิดชอบแพ่งและความผิดทางอาญา รวมถึงความรับผิดตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพในการปฏิบัติหน้าที่
- 8) ข้อสันนิษฐานสาเหตุการตาย เมื่อเข้าหลักการรักษาในลักษณะยืดชีวิตผู้ป่วยเกินความจำเป็น (Extraordinary Life – Sustaining Treatment) ไม่ให้ถือการงดเว้นหรือการยุติการรักษาเป็นสาเหตุของการตายของผู้ป่วย

9) ผลของการปฏิบัติตามเอกสาร AMD ไม่มีผลกระทบต่อกรรมธรรม์ประกันชีวิต

3.6 สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เป็นประเทศแรกที่ได้มีการบัญญัติรับรองคำว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นลายลักษณ์อักษร โดยได้รับอิทธิพลมาจากหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 และได้มีการปกป้องคุ้มครองเป็นอย่างมาก ภายหลังจากสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งเกิดการละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นจำนวนมากโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่ทหารเยอรมันซึ่งนำโดยฮิตเลอร์กระทำต่อชาวยิว เช่น การรมแก๊ส การโกนศีรษะชาวยิวเพื่อเอาผมไปทำเป็นเครื่องนุ่งห่ม ทำให้มีชาวยิวเสียชีวิตกว่าหกล้านคน สหประชาชาติจึงเริ่มตระหนักถึงความสำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และได้มีการบัญญัติศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ในฐานะสิ่งที่ต้องได้รับการรับรองและคุ้มครองตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ. 1949 สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ได้มีการจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ขึ้นโดยใช้ชื่อว่า Basic Law และได้มีการบัญญัติศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ในฐานะคุณค่าสูงสุดที่ได้รับการเชิดชู ซึ่ง มาตรา 1 ของ Basic Law ได้กำหนดข้อความไว้ ดังนี้ (1) ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จะละเมิดไม่ได้ เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทั้งมวลของรัฐที่จะต้องเคารพและปกป้องเกียรติของมนุษย์.....ซึ่งในปีในปี ค.ศ. 1848 ปราบกฏหลักฐานว่ามีนักกฎหมายเยอรมันพยายามเสนอให้มีการบัญญัติศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ในรัฐธรรมนูญ เมื่อสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญในปี ค.ศ. 1849 (พ.ศ. 2392) ได้ปรากฏคำว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” อยู่ในมาตรา 139 ของรัฐธรรมนูญ โดยกำหนดไว้ว่า “เสรีชนย่อมต้องเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แม้ในกรณีของอาชญากรก็ตาม” ชาวเยอรมันนั้นมองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในสองลักษณะ ลักษณะแรก คือ หากสามารถนำเอาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไปบัญญัติไว้ในส่วนต้นของรัฐธรรมนูญได้ จะทำให้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีลักษณะเป็นหลักประกันให้กับคนในสังคมให้มีความปลอดภัย มีเสรีภาพ สามารถต่อต้านการกดขี่ข่มเหง และมีศักยภาพมากพอที่จะพัฒนาขีดความสามารถของตนเอง และในลักษณะที่สอง มองว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ถูกใช้เป็นเครื่องมือในการยกเลิกรูปแบบการลงโทษที่ไม่เหมาะสม เช่น การประหารชีวิต

จะเห็นได้ว่า อิทธิพลหลักจากแนวคิดนี้มาจาก อิมานูเอล คานท์ (Emanuel Kant) และได้รับการบัญญัติรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ในรัฐธรรมนูญสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี (The Basic Law of the Federal Republic of Germany) โดยถือว่าเป็นอยู่ภายใต้หลักสิทธิมนุษยชน ซึ่งต้องเป็นไปตามหลักนิติรัฐและหลักนิติธรรม อย่างไรก็ดี การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสมัครใจยังถือเป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาฐานทำให้คนตายตามความต้องการของผู้ตาย ตามมาตรา 216 ประมวลกฎหมายอาญาของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ตามหลักห้ามล่วงละเมิดชีวิตของผู้อื่น มุมมองของหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของรัฐธรรมนูญของเยอรมัน ถึงแม้จะอยู่

ซีกโลกตะวันตก แต่ก็มีความแตกต่างจาก ราชอาณาจักรเบลเยียม และสมาพันธรัฐสวิส การคุ้มครองชีวิตร่างกายของมนุษย์สูงมาก ดังจะเห็นได้จากกรณีศึกษาในปี ค.ศ. 2005 (พ.ศ. 2548) ที่รัฐสภาสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ได้มีความพยายามออกกฎหมาย การจัดการเรื่องผู้ก่อการร้าย จี้เครื่องบิน โดยอนุญาตให้ทำการยิงเครื่องบินได้ แต่สุดท้ายศาลสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ตีความว่าการกระทำเช่นนี้ เป็นการละเมิดและขัดต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ กฎหมายฉบับดังกล่าวจึงใช้ไม่ได้ และเป็นหนึ่งในหลักการพื้นฐานของหลักนิติรัฐนิติธรรมอีกด้วย หรืออย่างกรณีศึกษาในปี พ.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) ที่ลูกฆ่าพ่อ จากการร้องขอของพ่อตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยเป็นอัมพาต ตาบอด มือเท้าเกร็งจนไม่อาจเคลื่อนไหวได้ สุดท้ายในคดีนี้ศาลสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ไม่ได้ลงโทษผู้กระทำความผิด ด้วยเหตุที่ “ผลร้ายที่รุนแรง” เพียงพอจนไม่จำเป็นต้องลงโทษ (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2561, หน้า 27)

จะเห็นได้ว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จะคงอยู่ได้ด้วยตัวของมันเอง ไม่ใช่สิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงมี เพราะหลักศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์อยู่สูงกว่าสิทธิและเป็นที่มาของสิทธิทั้งหลาย

3.7 สาธารณรัฐฝรั่งเศส

สาธารณรัฐฝรั่งเศส ได้มีรัฐธรรมนูญสาธารณรัฐฝรั่งเศส ค.ศ. 1958 (พ.ศ. 2501) ไม่ได้มีการออกกฎหมายคำว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” โดยตรงภายใต้คำประกาศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและพลเมือง ต่อมาในปี ค.ศ. 1979 (พ.ศ. 2522) สาธารณรัฐฝรั่งเศสมีบทบัญญัติกฎหมายอาญาในเรื่อง การทำทารุณฆาตไว้อย่างชัดเจนว่าไม่อนุญาตให้ทำได้ตามมาตรา 222-1 บัญญัติว่า “ห้ามมิให้มีการกระทำทารุณฆาตจากแพทย์ ตามการร้องขอจากผู้ป่วยเพื่อปลิดชีวิตของตนเพื่อหนีจากโรคร้ายหรือความทรมานที่ไม่อาจหายขาดได้ ถ้าแพทย์ทำย่อมมีความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา (มีกรณีที่ชาวฝรั่งเศสคนหนึ่งร้องขอไปยังประธานาธิบดีเพื่อขอกระทำการฆาตกรรม แต่ประธานาธิบดีทำให้ไม่ได้เพราะเขาต้องรักษาชีวิตของคนชาวฝรั่งเศส กรณีนี้แสดงให้เห็นว่าบุคคลอาจจะเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของตนเองได้) นอกจากนี้ การตีความและการใช้กฎหมายภายใต้หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้น เป็นเรื่องที่มีการตีความแบบแคบและเคร่งครัดอย่างกรณีศึกษา การแสดงละครสัตว์ โดยใช้คนแคระ โยนไปมาในอากาศ ตุลาการรัฐธรรมนูญของสาธารณรัฐฝรั่งเศส ได้มีคำวินิจฉัยเกี่ยวข้องในคำวินิจฉัยที่ 94-343-344 อีกทั้ง คำวินิจฉัยที่ 74-54 DC รับรองสิทธิในชีวิตและร่างกาย โดยรัฐและองค์กรต่าง ๆ ของรัฐจะต้องเคารพและพิทักษ์สิทธิในชีวิตและร่างกายของบุคคลแต่ละคน ตั้งแต่ก่อนเป็นรูปร่างมนุษย์ในครรภ์มารดาจนถึงการมีชีวิตอยู่ และไม่มีบุคคลที่จะถูกละเมิดต่อชีวิต หรือคำสั่งในทางปกครองของผู้ปกครอง อันเป็นการละเมิดต่อชีวิตและร่างกาย ข้อกำหนดในสิทธิ ชีวิต และร่างกายนี้ ได้แก่ ห้ามซื้อขายอวัยวะ

ตลอดจนการทดลองทางชีวพันธุกรรม, การยกเลิกโทษประหารชีวิต, การห้ามกระทำการุณยฆาต นายกเทศมนตรีออกคำสั่งห้ามและต่อมาศาลก็ได้วินิจฉัยว่า เป็นการกระทำต่อมนุษย์เหมือนวัตถุ (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2561, หน้า 34-36) หรือ อย่างกรณีคำวินิจฉัยศาลอุทธรณ์ สาธารณรัฐฝรั่งเศส กรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาตามความเหมาะสมอย่างเด็ดขาด การไม่รักษาของแพทย์ย่อมไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น หรือความผิดฐานไม่ช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างอันตรายเพราะขาดองค์ประกอบความผิด อย่างไรก็ดี ตามประมวลกฎหมายอาญา ฉบับปี 1992 ในมาตรา 223-6 (2) ได้กำหนดหน้าที่บุคคลให้ช่วยชีวิตผู้อื่นที่ตกอยู่ในอันตราย ถ้าไม่ช่วยจะเป็นความผิดอาญา และมีข้อ 9 ตามข้อบังคับของผู้ประกอบวิชาชีพ อย่างไรก็ดี ในปี 1996 การตัดสินใจหยุดยาที่ช่วยพุงความดันโลหิต การหยุดเครื่องช่วยหายใจ หรือการไม่ยอมใช้เครื่องมือกระตุ้นระบบหายใจและระบบไหลเวียน (Withhold Cardio – Pulmonary Resuscitation) จะถือเป็นความผิดทางอาญาหรือไม่ ต่อมาศาลสูง (The Court of Cassation) ให้เหตุผลว่าแพทย์ไม่มีสิทธิ ที่จะให้การรักษาที่ทำให้เกิดความตายได้ ได้มีการเสนอกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิที่จะช่วยชีวิตคนตาย แต่สภาสาธารณรัฐฝรั่งเศสกลับไม่เห็นชอบและไม่ผ่านกฎหมาย

4. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของผู้ป่วยในประเทศไทย

มนุษย์ทุกคนได้รับการรับรองสิทธิ เสรีภาพในการตัดสินใจ โดยเฉพาะการตัดสินใจ ในร่างกายของตนเอง โดยมีหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในการคุ้มครอง เพื่อไม่ให้มีการลดคุณค่า ในความเป็นมนุษย์ หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ดังกล่าวนี้เป็นหลักการอันสูงสุดของความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่เป็นเพียงสิทธิขั้นพื้นฐาน โดยจะเชื่อมโยงกับหลักนิติรัฐและนิติธรรม ซึ่งทั้งหมดนี้มีบทบัญญัติ ไว้อย่างชัดเจนตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และฉบับปัจจุบัน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

4.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

รัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ และโดยที่รัฐธรรมนูญหลายฉบับในอดีต ที่ผ่านมามาจนถึงฉบับปัจจุบัน ได้มีบทบัญญัติรับรองหลักการของสิทธิและเสรีภาพ เงื่อนไขและการจำกัดสิทธิของประชาชนเป็นลายลักษณ์อักษร จึงกล่าวได้ว่า สิทธิภายใต้รัฐธรรมนูญ คืออำนาจที่รัฐธรรมนูญ หรือกฎหมายสูงสุดได้บัญญัติรับรองไว้โดยได้รับรองสิทธิและเสรีภาพ ให้แก่ประชาชนหลายประการและในรัฐธรรมนูญก็ได้รับรองสิทธิและเสรีภาพในชีวิตร่างกายและการสาธารณสุขไว้ด้วยเช่นกัน ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมนี้จะศึกษารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

3 ฉบับ ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ดังต่อไปนี้ (พงษ์พิลัยวรรณราช, 2560, หน้า 3)

1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540

“รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 เป็นกฎหมายสูงสุด เป็นฉบับที่ 16 โดยประกาศ เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2540 ปัจจุบันรัฐธรรมนูญฉบับนี้ได้สิ้นสุดลงแล้วด้วยการรัฐประหาร เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2549 คณะปฏิรูปการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 เนื่องจากคณะร่าง 99 คน มาจากการเลือกตั้งสมาชิกสภาร่างรัฐธรรมนูญ 76 คน เป็นตัวแทนของแต่ละจังหวัด และอีก 23 คน มาจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ได้แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูปการเมือง เข้ามาดำเนินการและได้ตั้งคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างรัฐธรรมนูญขึ้นมา จึงถูกเรียกว่าเป็น “รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน” ทั้งนี้ เจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พุทธศักราช 2540 มีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ โดย (1) ได้ขยายสิทธิ เสรีภาพ และส่วนร่วมของพลเมืองในการเมือง (2) มีการเพิ่มการตรวจสอบการใช้อำนาจอรัฐโดยประชาชน เพื่อให้เกิดความสุจริตและโปร่งใส ในระบอบการเมือง และ (3) การทำให้ระบบการเมืองมีเสถียรภาพและประสิทธิภาพ (บวรศักดิ์ อุวรรณโณ, 2545, หน้า 124)

ภายหลังจากที่ได้มีการเปลี่ยนแปลง การปกครองภายใต้การปกครองระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ เป็นระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข ได้มีหลักการสำคัญในเรื่องสิทธิเสรีภาพของประชาชน และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้ปรากฏเป็นครั้งแรก เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2475 ได้ถูกเริ่มต้นในการมีการคุ้มครองจากราชบัญญัติธรรมนูญการปกครองแผ่นดินสยามชั่วคราว พุทธศักราช 2475 ซึ่งถือว่าเป็นฉบับแรกของประเทศไทย ต่อมาในวันที่ 10 ธันวาคม 2475 พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทรงลงพระปรมาภิไธยพระราชทานรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรสยาม พุทธศักราช 2475 ฉบับที่ 2 ซึ่งเป็นฉบับถาวรจนกระทั่งถึงปี 2540 มีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 เป็นฉบับที่ 16 โดยเชื่อว่าเป็นรัฐธรรมนูญที่ความเป็นประชาธิปไตยมากกว่าฉบับอื่น ๆ โดยมีการเพิ่มเติมสิทธิในฐานะที่เป็นมนุษย์ กล่าวคือ การรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การห้ามการทรมาน ทารุณกรรม เป็นต้น ที่สำคัญมีการพูดถึงหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อยู่ใน “รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 4 บัญญัติว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง” ซึ่งเป็นครั้งแรกที่ได้มีการระบุถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักสิทธิมนุษยชน (Human Right)

ในส่วนของสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยได้มีการรับรองในกฎหมายรัฐธรรมนูญเช่นกัน อยู่ในหมวดสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ (มาตรา 32) บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย (มาตรา 28) บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้ เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญ หรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน

สิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (The Right to Information) และสิทธิในการตัดสินใจ (The Right to Self Determination) เป็นเรื่องที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยและยังคงเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจเพื่อแพทย์ดำเนินการรักษาหรือไม่รักษา ตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย (พ.ศ. 2558) ข้อ 3 ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือเร่งด่วนหรือจำเป็น โดย Leviathan (ค.ศ. 1651) ของโทมัส ฮอบส์ (Thomas Hobbes) ซึ่งเขากล่าวว่า “สิทธิตามธรรมชาติคือเสรีภาพที่มนุษย์แต่ละคนมีในการที่จะใช้อำนาจของเขาตาม เจตนาของเขาเอง เพื่อที่จะรักษาชีวิตของเขา และเพื่อกระทำการใดก็ตามจากการตัดสินใจและการใช้เหตุผลโดยตัวของเขาเอง ที่เขาเห็นว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสม” (Hobbes: chapter 14, section 1) สำหรับฮอบส์ สิทธิคือเสรีภาพ โดยเสรีภาพในที่นี้หมายถึงการที่มนุษย์ปราศจาก อุปสรรคใด ๆ ที่ขัดขวางการใช้อำนาจของเขา ทำให้มนุษย์สามารถใช้อำนาจนั้นได้ตามการ ตัดสินใจและเหตุผลของเขาเอง (Hobbes: chapter 14, section 2)

2) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ยังคงพื้นฐาน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ไม่ว่าจะเป็นหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเสมอภาคของบุคคล เสรีภาพในการแสดงเจตนา สิทธิมนุษยชน โดยมีบทบัญญัติที่รับรองและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไว้หลายประเด็นเช่นกัน ตลอดจนการบัญญัติรับรองถึงสิทธิในด้านบริการสาธารณสุขและสวัสดิการสิทธิของผู้สูงอายุ คนพิการหรือทุพพลภาพ ในรัฐธรรมนูญ ซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดที่กฎหมายใด ๆ จะมาละเมิดมิได้ อันสิทธิที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข ผู้ป่วยมีบทบัญญัติที่สำคัญ ๆ ไม่ว่าจะเป็น

(1) บทบัญญัติที่รับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (มาตรา 4) “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับการคุ้มครอง” (มาตรา 27) ได้บัญญัติว่า “ต้องเคารพและให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญ”

ซึ่งสิทธิตามที่กล่าวมานี้เป็น “สิทธิขั้นพื้นฐาน (Fundamental Right)” ตามสิทธิขั้นพื้นฐานนี้ตามคำประกาศสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) เช่นเดียวกัน

ดังนั้น เมื่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่บัญญัติในรัฐธรรมนูญรับรองไว้ ย่อมผูกพันองค์กรใช้อำนาจนิติบัญญัติ อำนาจบริหารและอำนาจตุลาการ มีผลต่อการกำหนดคกฏเกณฑ์กฎหมายใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์รัฐจะต้องคำนึงถึง “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ในกฎหมายสูงสุดเป็นตัวกำหนดความชอบธรรมของรัฐในการดำเนินการใด ๆ และหมายความรวมถึงการตรากฎหมายการบังคับใช้กฎหมายที่จะต้องคำนึงถึงคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นสำคัญ

(2) บทบัญญัติที่คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ บัญญัติรับรองและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพไว้ใน หมวดที่ 3 มีหลักการที่สำคัญ ได้แก่ การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐจะต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ย่อมได้รับความคุ้มครองบุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น นอกจากนี้ ได้บัญญัติรับรองสิทธิในชีวิตและร่างกาย ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย” (มาตรา 32) และ บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญหรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน (มาตรา 28)

(3) บทบัญญัติที่คุ้มครองสิทธิในด้านสาธารณสุข บัญญัติรับรองและคุ้มครองสิทธิในด้านสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ ตามที่บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายประกอบกับบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริหารสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพตลอดจนบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์” (มาตรา 51) จากบัญญัติของรัฐธรรมนูญจะเห็นได้ว่าสิทธิในด้านสาธารณสุขเป็นสิทธิที่ชอบธรรมที่ประชาชนต้องได้รับความคุ้มครองจากรัฐโดยถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน

3) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ยังคงพื้นฐานรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และมีการเพิ่มสิทธิด้านสาธารณสุขไว้มากที่สุด คือ หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย (มาตรา 47-48) และ หมวด 5 หน้าที่ของรัฐใน (มาตรา 55) หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ (มาตรา 71) อีกทั้ง หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ได้บัญญัติเกี่ยวกับการปฏิรูปประเทศที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขไว้ในข้อ (4) และ (5) ซึ่งหมายความว่ารัฐบาลต้องดำเนินการปฏิรูปด้านสาธารณสุขโดย (4) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชน

ได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวก ทั่วถึงกัน และ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม และยังได้บัญญัติไว้ด้วยว่า คณะรัฐมนตรีจะต้องแจ้งความคืบหน้าตามแผน ปฏิรูปประเทศด้านต่าง ๆ ซึ่งหมายความว่าคณะรัฐมนตรีต้องรายงานความคืบหน้าการดำเนินงาน ทุกเรื่องในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ รวมถึงความคืบหน้าด้านสาธารณสุขให้รัฐสภาทราบ ทุกสามเดือนตามมาตรา 270 ด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562, ออนไลน์)

เมื่อพิจารณาจากบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ดังต่อไปนี้

(1) บทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพ ได้มีบทบัญญัติที่รับรองสิทธิและเสรีภาพ ของปวงชนชาวไทยไว้ “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครอง ปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน” (มาตรา 4)

(2) บทบัญญัติเกี่ยวกับ สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย “สิทธิและเสรีภาพ ของปวงชนชาวไทย นอกจากที่บัญญัติคุ้มครองไว้เป็นการเฉพาะ ในรัฐธรรมนูญแล้ว การใดที่ มิได้ห้ามหรือจำกัดไว้ในรัฐธรรมนูญหรือในกฎหมายอื่น บุคคลย่อมมีสิทธิ และเสรีภาพที่จะทำ การนั้นได้และได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ ตราบเท่าที่การใช้สิทธิหรือเสรีภาพ เช่นว่านั้น ไม่กระทบกระเทือนหรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐ ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดี ของประชาชน และไม่ละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลอื่น...บุคคลซึ่งได้รับความเสียหายจาก การถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพหรือจากการกระทำความผิดอาญา ของบุคคลอื่น ย่อมมีสิทธิที่จะ ได้รับการเยียวยาหรือช่วยเหลือจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ” (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ, 2562, ออนไลน์)

ในส่วนกฎหมายที่มีผลจำกัดสิทธิและเสรีภาพมีหลักการสำคัญต้องไม่ขัดต่อ หลักนิติธรรม ไม่เพิ่มภาระหรือจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลเกินสมควรแก่เหตุ และจะกระทบต่อ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลมิได้ รวมทั้งต้องระบุเหตุผลความจำเป็นในการจำกัดสิทธิ และ เสรีภาพไว้ด้วย “การตรากฎหมายที่มีผลเป็นการจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลต้องเป็นไปตาม เจื่อนใจที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ในกรณีที่รัฐธรรมนูญมิได้บัญญัติเจื่อนใจไว้..กฎหมายดังกล่าว “กฎหมายตามวรรคหนึ่ง ต้องมีผลใช้บังคับเป็นการทั่วไป ไม่มุ่งหมายให้ใช้บังคับแก่กรณีใดกรณีหนึ่ง หรือแก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นการเจาะจง” (มาตรา 26)

(3) บทบัญญัติที่จะได้รับการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพอย่างเสมอภาค ได้มีบทบัญญัติ เกี่ยวกับการตรากฎหมายที่คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอย่างเสมอภาคไว้ในหมวดที่ 3

สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทยว่า “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน” (มาตรา 27)

(4) บทบัญญัติที่คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย ปรากฏในมาตรา 28 “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย...การทรมาน ทารุณกรรม หรือการลงโทษ ด้วยวิธีการโหดร้ายหรือไร้มนุษยธรรมจะกระทำมิได้” (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562, ออนไลน์)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ทั้ง 3 ฉบับ ได้มีบทบัญญัติพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและเสรีภาพ ความเสมอภาค ศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ซึ่งหมายความรวมถึงสิทธิของผู้ป่วยด้วย ดังนั้น จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ สังเคราะห์ถึงความเหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายต่อไปในบทที่ 4

4.2 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์เป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นวิจัยในเรื่อง 1) บุคคล 2) การแสดงเจตนา ว่าด้วยตามหลักศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา 3) นิติกรรมในเรื่องของว่าด้วยแบบ ซึ่งการจัดทำร่างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในวาระสุดท้ายย่อมมีกฎหมายแพ่งเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้น จึงมีความสำคัญที่ต้องทบทวนวรรณกรรม ดังต่อไปนี้

1) บุคคล ในที่นี้จะต้องศึกษาในเรื่องของบุคคลไม่ว่าจะเป็น สถานะทางกฎหมาย ความสามารถ การมีสิทธิ หรือ ใช้สิทธิตามกฎหมาย กฎหมายยังยกเว้นการทำนิติกรรมอย่างสมบูรณ์เพื่อคุ้มครองบุคคลบางประเภท และจำกัดหรือตัดทอนความสามารถของบุคคลประเภทนั้น ๆ เสียซึ่งบุคคลเหล่านี้ ได้แก่ ผู้เยาว์ (มาตรา 19) คนไร้ความสามารถ (มาตรา 28) และคนเสมือนไร้ความสามารถ (มาตรา 32) คนวิกลจริต (มาตรา 30) ปรากฏประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

- ผู้เยาว์ หมายถึง บุคคลผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะการบรรลุนิติภาวะหรือการพ้นจากภาวะผู้เยาว์มีได้ 2 กรณี คือ (1) อายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ (มาตรา 19) และ (2) อายุยังไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ แต่ได้ทำการสมรสโดยชอบด้วยกฎหมาย คือ สมรสเมื่อชายและหญิงมีอายุสิบเจ็ดปีบริบูรณ์แล้ว (มาตรา 20) หรือเมื่อศาลอนุญาตให้ทำการสมรสก่อนนั้น (มาตรา 1448) ความสามารถในการใช้สิทธิของผู้เยาว์ แยกได้ 2 กรณี คือกรณีที่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม (มาตรา 21) และกรณีที่ผู้เยาว์สามารถใช้สิทธิกระทำได้เอง (มาตรา 22-25)

- คนไร้ความสามารถ (มาตรา 28) เป็นบุคคลวิกลจริต และต้องเป็นอย่างมากคือวิกลจริตชนิดที่พูดจาไม่รู้เรื่อง ไม่มีความรู้สึกผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น ไม่รู้สึกตัวว่าทำอะไรลงไปบ้าง

กล่าวคือ วิกลจิริตอยู่สม่ำเสมอ แต่ไม่จำเป็นต้องเป็นอยู่ตลอดเวลา อาจมีเวลาที่มีสติอย่างคนธรรมดา บางเวลา ในเวลาต่อมาก็เกิดวิกลจิริตอีก เช่นนี้เรื่อยไป

- คนเสมือนไร้ความสามารถ (มาตรา 32) มีเหตุบกพร่องบางประการตามกฎหมาย ได้แก่ “กายพิการ” ไม่ว่าจะส่วนไหนของร่างกายจะพิการก็ได้ ซึ่งอาจเป็นมาโดยกำเนิด หรือเกิดขึ้น ภายหลัง จากอุบัติเหตุ โรคภัยไข้เจ็บ หรือการชรา เช่น หูหนวก ตาบอด เป็นใบ้ แขนขาด ขาขาด เป็นต้น “จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ” หมายถึง บุคคลที่จิตผิดปกติ สมองพิการ แต่ยังไม่ถึงขั้น วิกลจิริต ยังมีความคิดคำนึงอยู่บ้าง และสามารถทำกิจกรรมหลายอย่างได้ด้วยตนเอง มีการประพฤติ สุรุ่ยสุร่ายเสเพลเป็นอาชญา ชอบใช้จ่ายฟุ่มเฟือย หรือใช้จ่ายเงินเกินกว่าฐานะอยู่เป็นประจำ ซึ่งทำให้ทรัพย์สินสมบัติร่อยหรอลงไปทุกวัน ในที่สุดก็จะหมดตัว และการใช้จ่ายดังกล่าวไม่เกิด ประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ หรือ การติดสุรายาเมา เมามตลอดเวลา ดื่มฝิ่น เฮโรอีน เป็นประจำ จนละเว้นเสียไม่ได้ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ความรู้สึกผิดชอบลดน้อยลงไป

- คนวิกลจิริต คือบุคคลที่ศาลยังมิได้สั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถได้กระทำการ ในขณะที่บุคคลนั้นจิริตวิกลจิริตอยู่ และคู่กรณีอีกฝ่ายหนึ่งได้รู้แล้วด้วยว่าผู้กระทำเป็นคนวิกลจิริต

2) การแสดงเจตนา ว่าด้วยตามหลักศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา โดยมุ่งตรงต่อการ ผูกนิติสัมพันธ์ขึ้นระหว่างบุคคลนั้น เมื่อได้แสดงเจตนาออกไปแล้ว มีผลผูกพันผู้แสดงเจตนา หรือไม่นั้น (มาตรา 144-171) ต้องดูว่าเจตนาที่แสดงออกไปนั้นอาจจะมีได้ไปถึงคู่กรณีอีกฝ่ายหนึ่ง โดยทันที หรือหลังจากได้แสดงเจตนาออกไปแล้ว ผู้แสดงเจตนาถึงแก่ความตาย หรือเปลี่ยนใจ ไม่ประสงค์จะผูกพันอีกต่อไป หรืออาจประสงค์จะเพิกถอนเจตนาที่ได้แสดงออกไปแล้ว หรือ ระหว่างเวลาที่เจตนาจะไปไม่ถึงผู้รับ อาจเกิดเหตุอย่างหนึ่งอย่างใดที่ทำให้เจตนา นั้นบิดเบือน บกพร่องหรือเสียไป หรือเมื่อเจตนาส่งไปถึงสถานที่ของผู้รับ ปรากฏว่าผู้รับไม่อยู่ หรือผู้รับใช้ให้ บุคคลอื่นรับการแสดงเจตนาแทนตน หรือ ผู้รับเจตนาอาจไม่เข้าใจเจตนาที่แสดงออกนั้น ๆ (จิต เศรษฐบุตร, 2560, หน้า 56)

กรณีต่าง ๆ เหล่านี้มีประโยชน์ได้เสียของผู้เกี่ยวข้องที่ต้องนำมาประกอบการพิจารณา ในแง่กฎหมายหลายกรณีด้วยกันการจะพิจารณาว่าเจตนาที่ได้แสดงออกไปนั้นมีผลเมื่อใดนั้น มีช่วงเวลาต่าง ๆ ที่อาจนำมาพิจารณาได้อย่างน้อย 4 ช่วงเวลาแตกต่างกัน คือเวลาที่ผู้แสดงเจตนา ได้แสดงเจตนาให้ปรากฏรับรู้ได้ (Doctrine of Utterance) เวลาที่ผู้แสดงเจตนาส่งเจตนา นั้นไปยัง ผู้รับ (Doctrine of Dispatch) เวลาที่เจตนาไปถึงผู้รับ (Doctrine of Reception) และเวลาที่ผู้รับทราบถึง เจตนา นั้น (Doctrine of Perception) หลักการนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในข้อ 1.17 หลักความศักดิ์สิทธิ์ แห่งการแสดงเจตนา (Autonomy of Will Principle) ใบบทนี้

3) นิติกรรม ในเรื่องที่ว่าด้วยแบบ วัตถุประสงค์ต้องห้ามชัดเจนโดยกฎหมาย และขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน

นิติกรรมที่มีวัตถุประสงค์เป็นการต้องห้ามชัดเจน โดยกฎหมายนี้จะต้องห้ามในแง่เนื้อหาแห่งนิติกรรมหรือในแง่ความมุ่งหมายแห่งนิติกรรมก็มีค่าเท่ากัน เพราะต่างก็รวมอยู่ในความหมายของวัตถุประสงค์เหมือนกัน ที่ว่าต้องห้ามชัดเจนนี้มีได้หมายความว่าต้องมิบทกฎหมายวางข้อห้ามหรือระบุโดยตรงว่าจะกระทำมิได้ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น แต่หมายถึงกรณีที่กฎหมายมุ่งหมายไปในทางห้าม หรือในทางยับยั้งหรือป้องกันไม่ให้เกิดผลอย่างหนึ่งอย่างใด โดยนิติกรรมนั้นด้วย (มาตรา 150)

โดยสรุป ในกรณีที่จะกระทำดังกล่าวแม้ว่าจะมีกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 จะเข้าใจได้ว่านิติกรรมใดมีวัตถุประสงค์เป็นการต้องห้ามชัดเจนโดยกฎหมายหรือไม่นั้น จำเป็นต้องเข้าใจเสียก่อนว่าการต้องห้ามในบทกฎหมายต่าง ๆ นั้นมีว่าอย่างไร และข้อห้ามเช่นนั้นครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์แห่งนิติกรรมนั้นหรือไม่ การจะเข้าใจได้ว่าข้อห้ามในบทกฎหมายนั้น ๆ มีว่าอย่างไรต้องอาศัยการตีความบทกฎหมายเรื่องนั้น ๆ ให้ถี่ถ้วนเสียก่อน จึงสามารถร่างกฎหมายฉบับว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในวาระสุดท้ายได้ต่อไป

4.3 ประมวลกฎหมายอาญา

ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ประมวลกฎหมาย คือ กฎหมายที่บัญญัติว่าการกระทำหรือไม่กระทำการอย่างใดเป็นความผิดและมีบทกำหนดโทษแก่ผู้กระทำผิด โดยมีหลักการพื้นฐานว่าบุคคลจะต้องรับผิดชอบทางอาญาก็ต่อเมื่อการกระทำครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติไว้ว่าเป็นความผิด การกระทำนั้นไม่มีกฎหมายยกเว้นความรับผิดชอบและการกระทำนั้นไม่มีกฎหมายยกเว้นโทษ

การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประมวลกฎหมายอาญาด้วยโดยอาจจะเกี่ยวข้องกับหรือผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ แพทย์ผู้รักษาพยาบาลผู้ป่วยหรือเครือญาติที่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การยุติการรักษาหรือการปฏิบัติในทางใด ๆ

ตามเจตนาของผู้ป่วย ซึ่ง การกระทำที่เป็นความผิดทางอาญานั้นมีการกระทำที่ครบองค์ประกอบที่กฎหมายอาญาบัญญัติไว้ ดังนี้ (1) มีการกระทำ (2) การกระทำนั้นครบองค์ประกอบภายนอกของความผิด (3) การกระทำครบองค์ประกอบภายในของความผิด (4) ผลของการกระทำสัมพันธ์กับการกระทำ (เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, 2551, หน้า 19) ซึ่งสามารถพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรับผิดชอบของผู้ให้บริการทางสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ที่ 1 “มีการกระทำ” ความรับผิดชอบในทางอาญาของบุคคล คือ “การกระทำ” ซึ่งหมายถึง “การเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยรู้สำนึก” โดยอยู่ภายใต้บังคับของจิตใจ ปรากฏในมาตรา 59 ประมวลกฎหมายอาญา เป็นนิยามของ การกระทำ กล่าวคือ “บุคคลจะต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนา เว้นแต่ จะได้กระทำโดยประมาท ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดชอบเมื่อได้กระทำโดยประมาท หรือเว้นแต่ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติไว้โดยแจ้งชัดให้ต้องรับผิดชอบแม้ได้กระทำโดยไม่มีเจตนา กระทำโดยเจตนา ได้แก่ กระทำโดยรู้สำนึกในการที่กระทำและในขณะที่เดียวกันผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือยอมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้นถ้าผู้กระทำมิได้รู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบของความผิด จะถือว่าผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือยอมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้นมิได้ กระทำโดยประมาท ได้แก่ กระทำ ความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นว่านั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่ ..การกระทำ ให้หมายความรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้น โดยงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย” จะเห็นได้ว่า การงดเว้นก็ถือว่าเป็นการกระทำด้วย (ทวีเกียรติ มินะกนิษฐ, 2556, หน้า 56)

หลักเกณฑ์ที่ 2 การกระทำนั้นครบองค์ประกอบภายนอกของความผิด ประกอบไปด้วย ผู้กระทำ การกระทำ และวัตถุแห่งการกระทำ กล่าวคือ การกระทำนั้นต้องเป็นการกระทำที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด และวัตถุแห่งการกระทำนั้น หมายถึง สิ่งที่ผู้กระทำมุ่งหมายกระทำ เช่น ฆ่าคนตายโดยเจตนา วัตถุแห่งการกระทำคือ ผู้อื่น (ทวีเกียรติ มินะกนิษฐ, อ้างแล้ว, หน้า 56)

หลักเกณฑ์ที่ 3 การกระทำครบองค์ประกอบภายในของความผิด องค์ประกอบภายในของความผิดคือ “เจตนา” ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 59 ดังที่ แจ้งข้างต้นว่า เป็นการกระทำโดยรู้สำนึกและผู้กระทำ “ประสงค์ต่อผล” หรือ “เล็งเห็นผล” ของการกระทำนั้นซึ่งผู้กระทำต้องรู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบภายนอกของความผิดก่อน ถ้าไม่รู้ถือว่าไม่มีเจตนา แต่อย่างไรก็ตามผู้กระทำอาจจะต้องรับผิดชอบทางอาญา หากการไม่รู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบภายนอกนั้นเกิดจากความประมาท ผู้กระทำอาจจะต้องรับผิดชอบฐานกระทำโดยประมาท หากการกระทำโดยประมาทนั้นมีกฎหมายบัญญัติไว้เป็นความผิด เช่นกัน

หลักเกณฑ์ที่ 4 ผลของการกระทำสัมพันธ์กับการกระทำ ซึ่งการพิจารณาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลของการกระทำก็พิจารณาจากหลัก “ผลโดยตรง” และเป็นผลธรรมดา

หากพิจารณาความรับผิดชอบทางอาญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการสาธารณสุข ก็จะพบว่า โดยธรรมชาติแล้วแพทย์จะไม่มีเจตนาที่จะทำร้ายผู้ป่วย จะทำการรักษาไม่ประมาทเลินเล่อ เมื่อผู้ป่วยก็เสียชีวิต แพทย์ไม่ต้องรับผิดชอบฆ่าคนตายโดยเจตนา ตามประมวลกฎหมายอาญา เพราะไม่ครบองค์ประกอบตามที่ผู้วิจัยอธิบายข้างต้นไว้ ยกเว้น แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการสาธารณสุข จะมีเจตนาทำร้ายร่างกาย จะต้องรับผิดชอบทางอาญา เสมือนบุคคลทั่วไปที่กระทำผิด จะเห็นได้ว่าหากเรานำเอาแนวความคิดทั่วไปในประมวลกฎหมายอาญามาใช้กับความรับผิดชอบทางอาญาของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการสาธารณสุข อย่างเคร่งครัดก็อาจไม่เป็นธรรมแก่แพทย์ เพราะไม่มีแพทย์รายใดต้องการทำร้ายผู้ป่วย หากผู้ป่วยเสียชีวิต โดยให้แพทย์รับโทษตามคำพิพากษาต้องโทษจำคุกในทุกกรณีก็จะส่งผลให้แพทย์เกิดความไม่แน่ใจว่าจะให้บริการรักษาผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ โดยเหตุผลที่ปฏิเสธ มักได้แก่ การไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ขาดเครื่องมือทางการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งการประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุขของแพทย์หรือบุคคลที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกายของบุคคลตั้งแต่การเกิด เจ็บป่วยและการตาย ดังนั้น จึงอาจมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดฆ่าผู้อื่น...” และหากเป็นการฆ่าด้วยเหตุฉุกเฉินก็จะเป็นความผิดตามมาตรา 289 เช่น ฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน แม้กระทั่งกรณีที่แพทย์ทำตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยยุติการรักษาหรืองดเว้นการช่วยชีวิต ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบทางอาญา ดังนั้น การวิจัยนี้จึงต้องศึกษาประมวลกฎหมายอาญาเพราะเป็นกฎหมายที่สำคัญต่อประเด็นการวิจัยเนื่องจากเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับบุคคลผู้มีส่วนได้เสีย เช่น เครื่องหมายหรือผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุข โดยอาจจะเข้าข่ายเป็นการกระทำผิดทางอาญา จะเห็นได้ว่า หากมีการฟ้องร้องดำเนินคดีกับแพทย์หรือบุคคลใกล้ชิดที่กระทำการุณยฆาตไปเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยพ้นความทุกข์ทรมานอันเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย ผู้กระทำการุณยฆาตเชิงรุกจะมีความรับผิดชอบทางอาญา มาตรา 288 หรือ 289 ระวังโทษประหารชีวิตจำคุกตลอดชีวิตหรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าถึงยี่สิบปี ซึ่งเป็นอัตราโทษที่สูง และอาจต้องรับผิดชอบหนักขึ้นหากการกระทำนั้นได้กระทำต่อบุพการีหรือโดยไตร่ตรองไว้ก่อนตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 289 (1), (4) แล้วแต่กรณี แม้ว่าการทำการุณยฆาตนั้นเกิดจากความยินยอมร้องขอของผู้ป่วยเอง (Voluntary Euthanasia) โดยอาจเป็นการร้องขอด้วยวาจาในขณะที่ผู้ป่วยยังคงมีสติสัมปชัญญะ หรือเป็นไปตามคำสั่งที่ผู้ป่วยได้ให้ล่วงหน้า (Advance Directive) แม้ศาลจะลงโทษเบาที่สุดคือ จำคุก 15 ปี ก็ยังนับว่า

เป็นอัตราโทษที่สูงอยู่ดีสำหรับบุคคลซึ่งมิได้มีจิตใจหรือเจตนาชั่วร้าย ถึงแม้ว่าในความผิดต่อชีวิตไม่อาจที่จะอ้างหลักกฎหมายเรื่องความยินยอมไม่เป็นความผิดเพื่อยกเว้นความรับผิดชอบทางอาญาได้จากการทบทวนวรรณกรรมในข้อนี้ จะพบว่า กฎหมายในปัจจุบันยังไม่ยกเว้นความรับผิดชอบทางอาญาให้กับ แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการสาธารณสุข ในกรณีที่จะกระทำความผิดแล้ว แม้ว่าจะมีกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 แต่แพทย์ก็ไม่สามารถกระทำการการุณยฆาตต่อผู้ป่วยได้ เพราะกฎหมายที่ประเทศไทยมีอยู่ไม่ยกเว้นความรับผิดไว้ จึงเป็นที่มาในการร่างกฎหมายฉบับว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

4.4 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นบทบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นกฎหมายที่ให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ดังนั้น การวิจัยนี้จึงต้องศึกษาพระราชบัญญัติฉบับนี้ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 บัญญัติว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

หากพิจารณาจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 จะมีหลักการสำหรับผู้ที่ให้บริการและผู้รับบริการในการกำหนด หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เหตุผลในการบัญญัติมาตรา 12 นี้ เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

และถือว่าเป็นการรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (Right to Self-Determination) โดยเฉพาะการแสดงเจตนาของบุคคลที่ไม่ประสงค์จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (ยงยุทธ ภูประดับกฤษ, 2563, หน้า 7)

สำหรับประเทศไทยใช้สิทธิมาตรา 12 ตามพระราชบัญญัตินี้ เพราะกฎหมายในประเทศไทย ยังไม่มีการรับรองเรื่องการทำการุณยฆาต (Mercy Killing) หรือ Active Euthanasia ที่ถือเป็นการเร่งการตาย การการุณยฆาตที่ผู้วิจัยกล่าวอ้างในบริบทที่ข้างต้นจึงแตกต่างจากการทำหนังสือแสดงเจตนา (Living Will หรือ Advance Directives) ทำให้มาตรานี้เป็นมาตราสำคัญ และได้มีกฎกระทรวงที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 เป็นแนวทางสำหรับการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่จะไม่รับบริการสาธารณสุขนั่นเอง

กฎกระทรวงฯ เป็นกฎหมายรองที่ออกภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 โดยมีข้อแนะนำในรายละเอียดของการทำหนังสือแสดงเจตนา ประกาศดังกล่าวเป็นเพียงแนวทาง หรือวิธีการในการขอใช้สิทธิของผู้ป่วยที่มีความถูกต้องมากขึ้น และมีขั้นตอนการประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาแล้ว จะมีผลให้ผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไปที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2554 กรณีของการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

การแสดงเจตนาของผู้ป่วยไม่ได้จำกัดแค่การจัดทำเป็นหนังสือเพียงอย่างเดียว กฎหมายยังเปิดช่องให้แสดงเจตนาในรูปแบบอื่น ๆ ทั้งการอัดวิดีโอ หรือ จะเป็นการแสดงเจตนาโดยวาจาก็มีผลในทางกฎหมาย เช่น การแสดงเจตนาว่าจะไม่ขอรับการรักษาไว้ล่วงหน้ากับญาติ ซึ่งแพทย์และพยาบาลก็เคารพและปฏิบัติตามเจตนาดังกล่าว การบันทึกเป็นหนังสือจะทำให้มีหลักฐานสำหรับการยืนยันเจตนาของผู้ป่วยที่ชัดเจนยิ่งขึ้น เพราะเป็นการแสดงเจตนา แสดงการรับรู้ แสดงการตัดสินใจของผู้ป่วยโดยตรง (Kittipanan, 2554)

โดยสรุป มาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมีเจตนาในการบังคับใช้ ดังนี้

- 1) สิทธิที่ผู้ป่วยใช้ตามมาตรานี้คือ สิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ
- 2) มาตรา 12 ของ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ไม่ใช่การอนุญาตให้เร่งการตาย ไม่ใช่เรื่องของการุณยฆาตหรือการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็ว (Active euthanasia) แต่เป็นเรื่องการขอตาย

ธรรมชาติ โดยไม่ต้องการมาซื้อความตายจึงเป็นเรื่อง (Passive Euthanasia) ที่ผู้วิจัยได้อธิบายไว้ในตอนต้น

3) ใช้เฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น หากเป็นกรณีที่ยังสามารถรักษาได้ก็จะต้องรักษากันไปตามปกติ ไม่สามารถที่จะขอเร่งความตายได้

4) ผู้ป่วยจะต้องอยู่ใน “วาระสุดท้ายของชีวิต” เท่านั้น โดยมีแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ประเมินตามหลักทางการแพทย์และแจ้งแก่ญาติ หากญาติเห็นพ้องตามที่แพทย์อธิบายทุกอย่างก็สามารถดำเนินการตาม Living will แต่หากญาติไม่เห็นด้วยและประสงค์ให้แพทย์ช่วยชีวิตคนไข้ต่อไป แพทย์ย่อมทำตามการตัดสินใจของญาติ แม้ผู้ป่วยจะมี Living will ไว้ แต่ในทางปฏิบัติ การสื่อสารระหว่างแพทย์กับญาติย่อมมีน้ำหนักกว่าแพทย์กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5) แพทย์จะปฏิเสธการทำตาม Living will ของผู้ป่วยได้หากมีเหตุผลทางการแพทย์หรือเหตุผลทางจริยธรรมรองรับอย่างเพียงพอ ไม่ควรพูดกับผู้ป่วยและญาติว่า หากต้องการให้รักษาตามอาการและปฏิบัติตาม Living will ให้นำผู้ป่วยกลับไปดูแลกันเอง

6) หากใส่เครื่องช่วยหายใจไปแล้วและมาพบ Living will ภายหลังจากที่ผู้ป่วยไม่ต้องการแพทย์สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ เพราะเป็นการทำตามคำสั่งของผู้ป่วยที่เขียนไว้ใน Living will ที่จะขอตายตามวิถีธรรมชาติ

7) กรณีที่ผู้ป่วยมีการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 การดูแลรักษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยพึงได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) จนวินาทีสุดท้าย

จะเห็นได้ว่า ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นเรื่องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้เป็นไปตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงยื้อการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 แนวทางนี้ได้มีการจัดทำองค์ความรู้และมีคู่มือประกอบ ให้นำบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยได้เข้าใจบริบทของการแสดงเจตนาของผู้ป่วยอย่างชัดเจนขึ้น

5. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2562) ได้ศึกษาในเรื่องผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย กับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ กับกฎกระทรวงตามหลักการของมาตรา 12 ที่ไม่ใช่เป็นการเร่งให้ตายเร็วขึ้น แต่ก็ไม่ได้ซื้อความตายออกไปเรื่อย ๆ และก็ไม่ได้

ทอดทิ้งผู้ป่วยเพราะการรักษาแบบประคับประคอง หรือที่ภาษาอังกฤษศัพท์เฉพาะเรียกว่า “Palliative Care” โดยเป็นการดูแลตามอาการ ควบคุมความเจ็บปวด ดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ เหมือนเป็นแสงสุดท้ายในความมืดสัมภพณ์พิเศษ เรื่อง สิทธิผู้ป่วย เพื่อสร้างสุขปลายทาง

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2562) ได้ศึกษาในมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นเรื่องสิทธิผู้ป่วยตัดสินใจปฏิเสธการรักษา ที่เป็นตามความประสงค์ที่จะตายตามธรรมชาติ โดยเน้นย้ำว่าไม่ใช่เป็นเรื่องการุณฆาต

สิรินทิพย์ สมใจ (2560) ศึกษาความยินยอมของเด็ก ในเรื่องสิทธิการตายโดยสงบของผู้ป่วยเด็ก โดยเป็นการทบทวนวรรณกรรมกำหนดหลักเกณฑ์การให้ความยินยอมต่อการตายโดยสงบของผู้ป่วยเด็ก ในมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ข้อสรุปว่าโดยการบัญญัติหลักเกณฑ์ดังกล่าวเป็นกฎหมายเพิ่มเติมในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หรือการออกกฎกระทรวง เรื่อง หลักการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเด็ก โดยกำหนดเงื่อนไขความยินยอมของผู้ป่วยเด็กและการมีส่วนร่วมในการให้ความยินยอมของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กตามความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยเด็กได้อย่างชัดเจน

ผดุงพล อรรถกิจไพบูลย์ (2555) ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ โดยศึกษากรณีการุณฆาต การทบทวนวรรณกรรมเรื่องนี้ ได้ข้อสรุปว่ากฎหมายไทยยังไม่มีบัญญัติไว้ให้ชัดเจนถึงชนิดของโรคร้ายแรงอันนำไปสู่สิทธิการตายโดยการุณฆาต ปัญหาการตีความกฎหมายที่มีอยู่เรื่องสิทธิของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่จะใช้สิทธิการุณฆาต ควรบัญญัติกฎหมายให้เป็นเอกภาพให้ชัดเจนมิใช่บัญญัติเพียงสิทธิของผู้ป่วยที่จะสามารถตัดสินใจในการที่จะตายได้โดยสงบ สำหรับการแก้ไขกฎหมายและการบัญญัติกฎหมายเฉพาะของประเทศไทยให้มีความชัดเจน ผู้วิจัยได้ศึกษา “หลักการเคารพต่อชีวิตและร่างกายมนุษย์” รวมทั้งเคารพในเจตน์จำนงของผู้ป่วยในทุกเรื่องและหลักความเป็นอิสระในการเลือกแพทย์โดยบัญญัติหลักการดังกล่าวไว้อย่างชัดเจนในประมวลจริยธรรมทางการแพทย์ ซึ่งมีผลในทางบังคับให้เป็นสิทธิของผู้ป่วย และควรบัญญัติหลักการต่าง ๆ ที่จะเอื้อประโยชน์ในการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนในกฎหมายว่าด้วยจริยธรรมทางการแพทย์และควรจะให้มีการปกครองสิทธิของผู้ป่วยในทางศาลร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวสรุปได้ว่า เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะการปฏิเสธการรักษาแบบพินัยกรรมชีวิต การดูแลแบบประคับประคอง สิทธิการตายในผู้ป่วยเด็ก และกฎหมายกับจริยธรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคร้าย ซึ่งยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์หากจะให้การคุ้มครองสิทธิแก่

ผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ก็สามารถที่จะยืนยันถึงความคิดเห็นต่อการให้สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่จะกำหนดวิถีชีวิตของตนเองได้

บทที่ 3

วิธีวิทยาการวิจัย (Research Methodology)

วิธีวิทยาการวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประกอบด้วย การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) การระดมความคิดเห็นด้วยการสนทนากลุ่มเจาะจง (Focus Group) การมีส่วนร่วมในการออกแบบร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-Design) และการรับฟังความคิดเห็น (Hearing) โดยมีรายละเอียดของวิธีวิทยาการวิจัยแต่ละวิธี ดังนี้

1. การวิจัยเอกสาร (Documentary Research)

การดำเนินการวิจัยโดยการวิจัยเอกสาร เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นเอกสารที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Sources) ประกอบด้วย กฎหมายประเทศไทย กฎหมายมหาชน ระหว่างประเทศ และกฎหมายต่างประเทศ นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Sources) ประกอบด้วย ตำรากฎหมาย รายงานการวิจัย บทความในวารสาร เอกสารสัมมนา และข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตที่เป็นข้อมูลด้านบทความและหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เอกสารที่เกี่ยวข้องมีทั้งเอกสารภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ ซึ่งปรากฏอยู่ในการทบทวนวรรณกรรมบทที่ 2 ดังต่อไปนี้

1.1 กฎหมายประเทศไทย

กฎหมายภายในของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย การมีหลักเกณฑ์หรือกลไกทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ในประเด็นของการรักษาพยาบาลและการใช้สิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของการแสดงเจตนา กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระทำที่เป็นความผิดทางอาญา โดยจะทำการสำรวจปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดของกฎหมายที่ใช้บังคับในปัจจุบันเพื่อนำไปสู่การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายที่มีบทบัญญัติที่เหมาะสมต่อไป ดังต่อไปนี้

- 1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
- 2) ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์
- 3) ประมวลกฎหมายอาญา
- 4) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- 5) กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553
- 6) ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

1.2 กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ

กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการอนุวัติกฎหมายภายในของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วย สิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การสาธารณสุข เพื่อให้การสร้างกลไกทางกฎหมายในการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับหลักสากลและสอดคล้องกับหลักกฎหมายในระดับอาเซียน ดังต่อไปนี้

- 1) ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 (The Universal Declaration of Human Right, 1948)
- 2) ปฏิญญาเรื่องสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2524 (The World Medical Association Declaration on The Rights of The Patient, 1981)
- 3) ปฏิญญาเรื่องยูธานาเซียของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2562 (The World Medical Association Declaration on Euthanasia, 2019)
- 4) คำแถลงเรื่อง เอกสารเจตนาล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2546 (The World Medical Association Statement on Advance Directives, 2003 (“Living Wills”))
- 5) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของยุโรป พ.ศ. 2496 (European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms, 1953 “ECHR”)
- 6) ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในยุโรปขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2537 (A Declaration on The Promotion of Patients’ in Europe World Health Organization, 1994)

1.3 กฎหมายต่างประเทศ

กฎหมายต่างประเทศที่มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งรูปแบบของการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่มีผลต่อการรักษาพยาบาลหรือดำเนินการในทางใด ๆ ของผู้มีส่วนได้เสีย เครือญาติหรือผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์สาธารณสุขดังต่อไปนี้

1) สหรัฐอเมริกา รัฐออริกอน (United State, Oregon)

กฎหมายในระดับรัฐของสหรัฐอเมริกาที่ได้วิจัยข้างต้นนี้ จะทำการศึกษา ระดับมลรัฐในที่นี้ผู้วิจัยทำการศึกษา รัฐออริกอน ที่มีการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในทางกฎหมายระดับรัฐแล้ว โดยการยืนยันการรับรองในทุกรูปแบบถึงสิทธิการขอตายทั้งแบบการุณฆมาตเชิงรุก (Active Euthanasia) การฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) และแบบการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา (Advance Directive) กฎหมายที่รองรับคือ Oregon Death with Dignity Act, 1997 (พ.ศ. 2540)

2) ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ (Kingdom of the Netherlands)

เป็นประเทศแรกของโลก ที่ได้รับรองและอนุญาตให้มนุษย์มีสิทธิทำการุณฆมาต โดยการออกกฎหมายรองรับ ตลอดจนรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยอีกด้วย กฎหมายที่รองรับคือ The Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act, 2002 (พ.ศ. 2545)

3) ราชอาณาจักรเบลเยียม (Kingdom of Belgium)

มีกฎหมายรับรองและอนุญาตให้ทำการุณฆมาตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 แต่การทำการุณฆมาตนี้จะต้องกระทำโดยผู้ป่วยกระทำด้วยตัวเองเท่านั้น กฎหมายที่รองรับคือ The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002 (พ.ศ. 2545)

4) สมาพันธรัฐสวิส (Swiss Confederation) หรือ สวิตเซอร์แลนด์ (Switzerland)

สมาพันธรัฐสวิส เป็นประเทศที่ให้การยอมรับในการทำการุณฆมาต กฎหมายอนุญาตให้ผู้ป่วยยุติชีวิตด้วยวิธีแบบเชิงรุก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2485 นอกเหนือจากนั้นแล้ว ได้มีผู้ป่วยต่างชาตินานาชาติจำนวนมากซึ่งเดินทางไปใช้สิทธิขอตาย ณ ประเทศแห่งนี้ เพราะสมาพันธรัฐสวิสได้ยอมรับที่จะทำให้กับคนต่างชาติ นอกเหนือจากคนในประเทศ (Residence) โดยมีสถาบันด้านการทำการุณฆมาตสำหรับผู้ป่วย เรียกว่า Dignitas Suicide Clinic ซึ่งเป็นสถาบันแห่งเดียวในโลกที่มีการทำการุณฆมาต และมีกฎหมายที่รองรับ 2 ฉบับ คือ Swiss Criminal Code มาตรา 114-115 และ EXIT A.D.M.D. Suisse romande

5) สาธารณรัฐสิงคโปร์ (Republic of Singapore)

สาธารณรัฐสิงคโปร์ (Republic of Singapore) เป็นประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ (Common Law) และได้รับอิทธิพลทางกฎหมายมาจากทางยุโรป ซึ่งเป็นประเทศแถบภูมิภาคประเทศไทย โดยการรับรองสิทธิและเนื้อหาของกฎหมายจะมีลักษณะเหมือนกับประเทศไทย แต่วิธีการและขั้นตอนจะแตกต่างกัน กฎหมายที่รองรับ คือ Advance Medical Directive Act, 1996 (พ.ศ. 2539)

ข้อมูลจากการวิจัยเอกสารดังกล่าว จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

เนื่องจากการวิจัยสำหรับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นเรื่องเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขโดยตรง ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ผลักดันการรับรองหรือคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยย่อมมีส่วนสำคัญในการร่างกฎหมายในงานวิจัยฉบับนี้ ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูล ข้อเท็จจริงที่ครอบคลุมเนื้อหาของสมมติฐานและบรรลุมติประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการวิจัยด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) กับ ผู้ที่มีความรู้ทางวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิชั้นสูงและผู้แทนจากหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลในเชิงนโยบาย เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้เข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อแสดงความคิดเห็นในทางวิชาชีพ และจากความรู้และประสบการณ์ตามประเด็นที่กำหนดไว้ล่วงหน้าเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์โดยตรงกับเรื่องที่ศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่จะใช้วิเคราะห์ร่วมกับวิธีการวิจัยวิธีอื่น ๆ ตามที่กำหนดไว้โดยมีรายละเอียดของประชากรสัมภาษณ์และประเด็นสัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

2.1 ประชากรสัมภาษณ์

ประชากรสัมภาษณ์ เป็นกลุ่มผู้ที่มีความรู้ทางวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิชั้นสูงและผู้แทนจากหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลในเชิงนโยบาย นักวิชาการในระดับโรงเรียนแพทย์ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และ นักกฎหมายมหาชน โดยรวมมีประชากรสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวนทั้งหมด 9 คน ประกอบด้วย

- 1) ผู้ที่มีความรู้ทางวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิชั้นสูงและผู้แทนจากหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลในเชิงนโยบาย จำนวน 1 คน
- 2) นักวิชาการในระดับโรงเรียนแพทย์ จำนวน 2 คน

- 3) แพทย์ จำนวน 2 คน
- 4) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน
- 5) นักกฎหมายมหาชน จำนวน 2 คน

2.2 ประเด็นสัมภาษณ์

ประเด็นที่กำหนดสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นความคิดเห็นของประชากรสัมภาษณ์ มีรายละเอียด ดังนี้

- 1) สิทธิในการตัดสินใจในการรักษาชีวิต ร่างกายของผู้ป่วย
- 2) สิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายภายใต้หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิมนุษยชน ในกรณีการใช้สิทธิในการตายแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) และแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS)
- 3) หลักเกณฑ์ วิธีการ ขั้นตอน และ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ในการแสดงเจตนาใช้สิทธิในการตายแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) และแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) ที่เหมาะสมและปลอดภัยที่สุดสำหรับการปฏิบัติตามควร
- 4) การโอนสิทธิในการตัดสินใจในการใช้สิทธิในการตายแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) และแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) ที่ต้องการยุติการรักษาผู้ป่วยเป็นไปเพียงยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย
- 5) วิธีการ และ ขั้นตอนการตรวจสอบถึงการแสดงเจตนาที่แท้จริง หรือความถูกต้อง
- 6) โทษและความรับผิดชอบในกรณีมีบุคคลใดกระทำการที่ไม่สุจริตหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง
- 7) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อการสร้างกลไกทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย
- 8) คำถามอื่น ๆ (ในระหว่างการสัมภาษณ์อาจมีประเด็นคำถามเพิ่มเติมได้)

3. การมีส่วนร่วมในการออกแบบ (Participatory Design, Co-Design)

การวิจัยนี้มีเป้าหมายที่จะจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ดังนั้น โครงสร้างของกฎหมายจะต้องมีสาระสำคัญซึ่งนอกจากจะเกิดจากการศึกษาวิเคราะห์จากข้อมูลเอกสารแล้วยังจำเป็นต้องมีข้อมูลที่มีส่วนร่วมโดยตรงกับการบังคับใช้กฎหมายด้วย ดังนั้น การวิจัยนี้จึงเลือกวิธีที่สำคัญเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เหมาะสม กล่าวคือ

“การร่วมกันออกแบบร่างกฎหมาย (Participatory Design, Co-Design)” มาประยุกต์ใช้ ซึ่งวิธีการวิจัยนี้เป็นแนวคิดที่ ศาสตราจารย์ ดร. สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ ได้นำมาใช้ในการทำวิจัยโดยกำหนดให้มีกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องโดยตรง (Stakeholders) ได้แก่ กลุ่มประชากรที่บังคับใช้กฎหมาย นักวิชาการเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบเพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งข้อเท็จจริงและหลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่มีความสมบูรณ์ นำไปสู่การบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงกล่าวได้ว่า การที่ผู้วิจัยได้นำวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในรูปแบบการออกแบบ (Participatory Design, Co-Design) จากผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีประสบการณ์นั้น โดยการระดมสมองเพื่อความรู้และการสร้างแนวความคิด เพื่อพัฒนากฎหมายในการรับรองและคุ้มครองสิทธิขอตายแบบการุณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) ที่เป็นไปเพียงยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยให้เป็นการยอมรับว่ารูปแบบที่ร่วมกันออกแบบร่างกฎหมายสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง เพราะมาจากผู้ที่มีส่วนได้เสียและเกี่ยวข้องโดยตรง และเป็นผู้ปฏิบัติตามแบบที่ได้ออกแบบมา ซึ่งรูปแบบการเก็บข้อมูลในลักษณะนี้ ได้ศึกษาจากการวิจัยใน โครงการศึกษาแนวทางมาตรการและกลไกการดำเนินงานด้าน Product Safety ของ (สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ และคณะ, 2556, หน้า 39-40) ซึ่งถือเป็นวิธีใหม่อีกหนึ่งวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีประสิทธิภาพต่อการวิจัย

3.1 ประชากรร่วมออกแบบ

กลุ่มประชากรเป็นผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) ในการบังคับใช้กฎหมายโดยเป็นบุคคลปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายหรือนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแล ดังต่อไปนี้

ประชากรร่วมออกแบบ เป็นผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่เกี่ยวข้อง แยกเป็น 2 ชุด ชุดแรกเป็นประชากรกลุ่มเฉพาะ แบ่งประชากรออกได้เป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 4 คน ตามประสบการณ์ ประกอบด้วย

- 1) กลุ่มที่ 1 นักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ จำนวน 4 คน
- 2) กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลและญาติ จำนวน 4 คน
- 3) กลุ่มที่ 3 ประชาชนทั่วไปและผู้สูงวัย จำนวน 4 คน
- 4) กลุ่มที่ 4 นักจิตวิทยาและสังคมสงเคราะห์ จำนวน 4 คน

ชุดที่สอง เป็นประชากรกลุ่มผสม เป็นกลุ่มประชากรจากชุดแรกในแต่ละกลุ่มเฉพาะกลุ่มละ 1 คน มารวมเป็นกลุ่มผสม 4 กลุ่ม ดังนั้น ประชากรกลุ่มผสมจึงมี นักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ ผู้ดูแลและญาติ ประชาชนทั่วไปและผู้สูงวัย และ นักจิตวิทยาและสังคมสงเคราะห์

3.2 ประเด็นการร่วมออกแบบ

การวิจัยนี้ได้กำหนดประเด็นที่จะใช้ในการมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-Design) เป็นการนำกระบวนการออกแบบโดยการมีส่วนร่วมในการออกแบบ (Participatory Design, Co-Design) มาจากผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง (Stakeholders) เพื่อพัฒนาต้นแบบกฎหมายในการรับรองและคุ้มครองสิทธิขอตายแบบการุณฆฆฆฆฆฆ (Active Euthanasia) และแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) ที่เป็นไปเพียงยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย การดำเนินการเก็บข้อมูลวิธีให้ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงมีส่วนร่วมในการออกแบบโดยกำหนดประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) ประเด็นที่มาจากโจทย์วิจัย
- 2) ประเด็นกำหนดเป็นโครงสร้างของกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ดังต่อไปนี้
 - (1) การรับรองถึงสิทธิและอนุญาตให้บุคคลใช้สิทธิในการขอตายด้วยความกรุณา (Mercy Killing) ทั้งแบบการุณฆฆฆฆฆฆ (Active Euthanasia) และแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS)
 - (2) กำหนดและวิธีการในการโอนและแต่งตั้งบุคคลเพื่อทำการแทนและตัดสินใจแทนผู้ป่วย
 - (3) หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนาเพื่อให้เป็นแบบตามกฎหมาย
 - (4) องค์ประกอบและเงื่อนไขการยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุข

3.3 วิธีดำเนินการร่วมออกแบบ

โดยผู้วิจัย มีหนังสือเชิญประชากรให้เข้าร่วม โดยมีวิธีการและขั้นตอนในการดำเนินการมีส่วนร่วมในการออกแบบ (Participatory Design, Co-Design) มีการแบ่งช่วงเวลาออกเป็นสองช่วงเวลาดังกล่าว ช่วงเช้าใช้เวลาดำเนินการ ประมาณ 3 ชั่วโมงและช่วงบ่าย ประมาณ 3 ชั่วโมง สำหรับในช่วงเช้าผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มประชากรชุดแรกออกเป็น 4 กลุ่ม โดยให้แต่ละกลุ่มอภิปรายร่วมกันตามประเด็นที่ผู้วิจัยกำหนดเพื่อให้ได้แบบการใช้สิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือการทรมานจากการเจ็บป่วย และเขียนประเด็นเพื่อรายงานในที่ประชุม ซึ่งประชากรในกลุ่มนี้มาจากกลุ่มอาชีพแตกต่างกัน ดังนั้น การวิจัยจึงคาดหวังว่าจะได้คำตอบของรูปแบบที่มาจากความหลากหลายของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลสรุปของประชากรแต่ละกลุ่มจะนำเสนอต่อกันเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งการดำเนินการจะใช้รูปแบบเหมือนกันกับประชากรกลุ่มเฉพาะและกลุ่มผสม

เมื่อได้ข้อมูลจากการมีส่วนร่วมออกแบบแล้ว ผู้วิจัยมีหน้าที่ นำคำตอบของกลุ่มประชากร ทั้ง 2 กลุ่ม มาเปรียบเทียบเพื่อวิเคราะห์หาคำตอบที่เป็นรูปแบบสิทธิและความต้องการของผู้ป่วยวาระสุดท้ายเพื่อนำไปสู่การจัดทำร่างกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ในวาระสุดท้ายต่อไป

3.4 พื้นที่ศึกษาการร่วมออกแบบ

การวิจัยนี้ได้กำหนดพื้นที่ในการร่วมออกแบบหรือสถานที่ใช้ในการสัมมนาระดม การศึกษาร่วมออกแบบ คือ ห้องคอนเวนชัน 1 ชั้น 4 อาคาร 40 ปี (ศรีปทุม) มหาวิทยาลัยศรีปทุม บางเขน กรุงเทพมหานคร (ดูภาพประกอบที่ภาคผนวก ก.)

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการวิจัยเอกสารและจากข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และคำตอบที่ได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมออกแบบกฎหมายมาเป็นแนวทางในการจัดทำร่างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครอง สิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย พ.ศ. และนำความเห็น ข้อเสนอแนะ ข้อวิพากษ์ ที่ได้รับจากการ ประชุมรับฟังความเห็น (Hearing) มาปรับปรุงร่างกฎหมายต้นแบบฯ จนได้ร่างกฎหมายที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์อันเป็นคำตอบของการวิจัยนี้

5. การจัดทำร่างกฎหมาย

กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เป็นคำตอบ ของการวิจัยนี้ จะเป็นกลไกทางกฎหมายที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับการคุ้มครองสิทธิของ ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ชอบด้วยกฎหมาย โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับหลักนิติปรัชญา ทฤษฎีและหลักการอันเป็นพื้นฐานแห่งสิทธิของผู้ป่วย และสอดคล้องกับหลักกฎหมายมหาชน ระหว่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่ขัดต่อรัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุด นอกจากนี้ ได้คำนึงถึงผลกระทบของผู้มีส่วนได้เสีย เช่น เครือญาติและผู้มีส่วนได้เสียที่ประกอบวิชาชีพ ทางสาธารณสุขเพื่อให้ได้รับความคุ้มครองในทางกฎหมายด้วยเช่นกัน

ดังนั้น หลักการในการยกร่างกฎหมาย ผู้วิจัยจึงคำนึงถึงนิติปรัชญา ทฤษฎี แนวคิดและ หลักการพื้นฐานในการร่างกฎหมายเป็นสำคัญ เนื่องจากกฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับสิทธิของบุคคล นอกจากนี้มีผลกระทบต่อบุคคลผู้มีส่วนได้เสียและผู้ปฏิบัติหน้าที่ทางการ

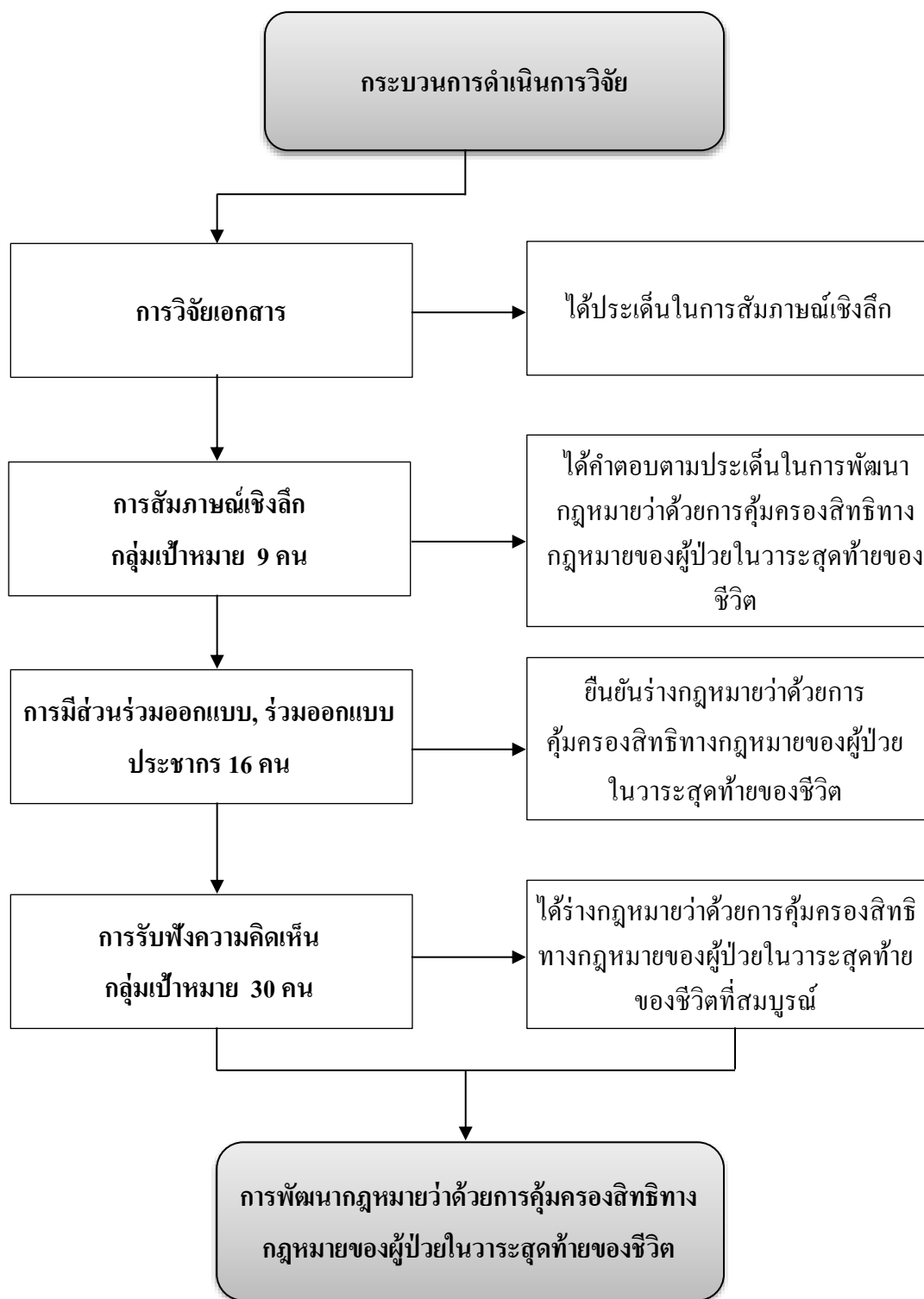
สาธารณสุข ดังนั้น การจัดทำกฎหมายนี้จึงคำนึงถึงหลักสากล รัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามกรอบแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาที่มีหลักการร่างกฎหมายที่สำคัญว่า การตรากฎหมายขึ้นใช้บังคับต้องมีลักษณะที่มีความจำเป็นอย่างแท้จริงและรัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุดบัญญัติให้กระทำได้ และการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนตามกฎหมายต้องเป็นไปเพียงเพื่อให้การใช้บังคับกฎหมายนั้นประสบความสำเร็จโดยจะกระทบกระเทือนถึงสาระสำคัญของสิทธิและเสรีภาพนั้นมิได้ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2555, หน้า 1)

6. การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Hearing) จะเป็นส่วนหนึ่งของวิธีวิทยาการวิจัยซึ่งจะจัดทำขึ้นเมื่อการวิจัยนี้ได้จัดทำร่างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย พ.ศ. เสร็จเรียบร้อยแล้ว เพื่อให้ร่างกฎหมายต้นแบบฯ ดังกล่าวมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น จึงได้ดำเนินการจัดประชุมเพื่อนำเสนอร่างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย พ.ศ. เพื่อรับฟังความเห็นจากประชากรที่เกี่ยวข้องจำนวนประมาณ 30 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการรับฟังความคิดเห็นเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ณ ห้องลาเวนเดอร์ 1 อาคาร TK 3 ชั้น 3 โรงแรมทีเค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชัน หลักสี่ กรุงเทพมหานคร (ดูภาพประกอบที่ภาคผนวก ง.) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เปิดรับฟังคำวิพากษ์และข้อเสนอแนะที่จะนำไปปรับปรุงแก้ไขผลการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

7. การพัฒนากฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดเป้าหมายที่เป็นวัตถุประสงค์การวิจัยอันเป็นผลผลิต (Output) ของการวิจัย คือ การพัฒนากฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ดังนั้น ในการจัดทำรูปแบบจึงได้นำหลักการ ทฤษฎี และแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และคำตอบจากการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) มาใช้ในการพัฒนากฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย เมื่อได้ร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย การวิจัยได้นำไปสู่การจัดทำกรมีส่วนร่วม ออกแบบ, ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co- Design) และ การรับฟังความคิดเห็น (Hearing) ซึ่งสามารถสรุปกระบวนการวิธีวิทยาการวิจัย ได้ ดังนี้



ภาพประกอบที่ 3.1 กระบวนการวิธีวิทยาการวิจัย

บทที่ 4

การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

สิทธิของบุคคลมีความสำคัญ สำหรับบุคคลที่อยู่ในสภาวะของการเจ็บป่วยที่มีความหนักเบาของอาการเจ็บป่วยแตกต่างกันบางคนอาจเจ็บป่วยธรรมดา แต่บางคนอาจเจ็บป่วยหนัก หรือบางกรณีอาจเจ็บป่วยเรื้อรังจนยากต่อการรักษาให้หายเป็นปกติได้ หรือมีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดหรือป่วยหนักจนเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต (Last Stage of Life)” การเจ็บป่วยนี้หากเป็นอาการที่พอจะรักษาให้หายขาดได้ ย่อมเป็นธรรมดาของการรักษาพยาบาลและความต้องการของครอบครัวที่ประสงค์จะให้มีการรักษาพยาบาลและเป็นจรรยาบรรณแพทย์ที่จะต้องพยายามหาวิธีการรักษา แต่หากเจ็บป่วยถึงขนาดทางการแพทย์ก็ไม่รับรองว่าจะรักษาพยาบาลได้ก็คงใช้วิธีการชะลอชีวิตไว้จนกว่าจะสิ้นชีวิต ซึ่งในกรณีเช่นนี้ ย่อมเป็นปัญหาในการดำเนินการของผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะตัดสินใจยื้อชีวิตให้อยู่ต่อไปหรือจะยกเลิกหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลจึงเป็นปัญหาในเรื่องสิทธิต่าง ๆ ที่พึงมีของผู้ป่วยเอง ครอบครัวของผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ที่จะดำเนินการได้ ปัญหานี้หากไม่มีการแก้ไขก็จะส่งผลกระทบต่อสิทธิของผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชนที่ให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเสมอภาคกันซึ่งผู้ป่วยก็ย่อมมีสิทธิในชีวิตและร่างกายของตนเอง ดังนั้น จึงน่าจะมีสิทธิที่จะตัดสินใจว่าจะเลือกวิธีใดระหว่างการคงรอวันหมดอายุขัยตามสถานการณ์ของการรักษาหรือจะเลือกขอยุติชีวิตของตนเอง

ในกรณีที่หากไม่ต้องการให้ตนเองมีชีวิตอยู่ต่อไปเนื่องจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้จึงน่าจะมีสิทธิปฏิเสธการรักษาจากแพทย์ได้ แต่ที่เป็นปัญหาก็คือหากผู้เจ็บป่วยอยู่ในสภาวะของการไม่อาจแสดงความรู้สึกหรือการรับรู้ใด ๆ ได้ และก็อยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถรักษาได้แต่ก็ยังไม่มีกฎหมายใดกำหนดวิธีการดำเนินการไว้ การวิจัยนี้จึงมีแนวคิดว่าหากปล่อยให้ปัญหานี้คงอยู่ต่อไปในที่สุดก็ย่อมจะขัดแย้งกับสิทธิของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับปัญหานี้ไปตลอด การวิจัยจึงได้ทำการศึกษาและวิจัยที่จะได้คำตอบที่เป็นการคุ้มครองสิทธิให้แก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่อยู่ในสภาวะการณดังกล่าวมาเพื่อให้มีการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่ได้รับการความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย โดยมีกฎหมายรองรับการให้สิทธิเช่นนี้

อย่างไรก็ตาม สำหรับประเทศไทยได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษาโดยได้ตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 แต่ก็ไม่มีบทบัญญัติที่ให้รายละเอียด รวมถึงการกำหนดวิธีการที่จะเป็นทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายในการตัดสินใจเลือกใช้เพื่อการขอยุติชีวิตของตนเองเนื่องจากไม่อาจทนต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญทั้งในทางปฏิบัติและทางกฎหมายของผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และการสาธารณสุขอย่างยิ่ง ซึ่งหากมีกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายก็จะทำให้เกิดความชัดเจนในกระบวนการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย บุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น การแสดงเจตนา การตัดสินใจของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดความชัดเจนในเรื่องของ สิทธิ หน้าที่และความรับผิดชอบทั้งในทางแพ่งและทางอาญ่อีกด้วย

จากปัญหาดังกล่าวการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมตามวิธีวิทยาการวิจัยที่กำหนดไว้ในบทที่ 3 เพื่อให้ได้คำตอบที่สามารถยืนยันถึงสภาพปัญหาและผลกระทบที่มีและเกิดขึ้นจริง กับการวิเคราะห์ กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศเพื่อให้ได้แนวคิดอันเป็นหลักการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้าย วิเคราะห์กฎหมายต่างประเทศเพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นรูปแบบและวิธีดำเนินการ การขอใช้สิทธิและการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้าย และวิเคราะห์กฎหมายไทยเพื่อให้รู้ถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้าย ซึ่งคำตอบจากการวิเคราะห์ทั้งหมดจะนำไปสู่การจัดทำเป็นกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีประเด็นการวิเคราะห์ที่เป็นรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) สิทธิ ของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย มีสิทธิในการขอตายด้วยความกรุณา

2) ผู้ขอใช้สิทธิ เฉพาะคนไทย/คนต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยหรืออยู่ต่างประเทศ

3) หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนา

4) แบบแห่งพินัยกรรมชีวิต

5) พยานพินัยกรรมชีวิต

6) พยานต้องห้าม

7) กรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต

8) ข้อยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย

1. สภาพการณ์ของปัญหาการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายและผลกระทบ

จุดเริ่มต้นของความเป็นมนุษย์ตามกฎหมายไทยบัญญัติว่า เมื่อคลอดจากครรภ์มารดา และอยู่รอดเป็นทารก และสิ้นสุดลงเมื่อตาย (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ลักษณะบุคคล (มาตรา 5)) เมื่อมนุษย์เกิดมาย่อมมีครอบครัว หรือผู้มีส่วนได้เสียในครอบครัว ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน คู่สมรส รวมถึงบุตรบุญธรรม ซึ่งในกรณีที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งเจ็บป่วย ย่อมส่งผลกระทบต่อคนในครอบครัวทั้งในทางปฏิบัติและในทางกฎหมาย กล่าวคือ ในกรณีที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วยย่อมเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้อง ต้องดูแล ไม่ว่าจะ เป็นหน้าที่ตามกฎหมายหรือหน้าที่ตามธรรมเนียมจรรยา แต่หากสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตย่อมนำไปสู่ประเด็นของดำเนินการและการตัดสินใจที่ส่งผลกระทบต่อสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายหลายประการ เช่น หน้าที่ในการดูแลรักษาซึ่งไม่ว่าจะเป็นหน้าที่ตามกฎหมายหรือหน้าที่ตามธรรมเนียมจรรยา นั้น ต้องยอมรับความจริงที่ว่า การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายต้องใช้ทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนที่สูงพอสมควร ซึ่งกรณีนี้หากผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและครอบครัวมีฐานะทางการเงินที่ดีก็อาจจะไม่ได้รับผลกระทบแต่อย่างใด แต่หากผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและครอบครัวไม่มีฐานะทางการเงินที่ดีการดูแลรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายเช่นนี้อาจทำให้เกิดภาระด้านของค่าใช้จ่ายและเวลาในการดูแลเป็นอย่างมาก ซึ่งกรณีดังกล่าวสร้างปัญหาให้แก่คนในครอบครัวที่อาจจะต้องได้รับความเดือดร้อน ดังที่ได้สัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตกล่าวว่า คนในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส หรือลูกหลาน ต่างก็วิตกกังวลอย่างมากของอาการผู้ป่วยและยังได้รับรู้จากแพทย์ที่รักษาพยาบาลแล้วยังมีความเศร้าใจอย่างมากและส่งสารผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยโดยที่แพทย์ผู้รักษาได้แต่ช่วยชะลออาการเท่านั้น จึงเท่ากับเป็นการยืดอายุให้ยาวนานขึ้น โดยไม่มีความหวังใด ๆ และหากจะคิดถึงเรื่องค่าใช้จ่ายแล้วก็เป็นภาระหนักแต่ก็ไม่สามารถจะพูดหรือกล่าวอ้างใด ก็คงต้องทนจนกว่าผู้ป่วยวาระสุดท้ายจะสิ้นชีวิตไปเอง ทั้งนี้ ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลซึ่งก็เป็นคนในครอบครัวก็ไม่สามารถจะตัดสินใจอะไรได้ โดยเฉพาะหากจะให้คำตอบในประเด็นที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจรักษาหรือยุติการรักษาผู้ป่วยวาระสุดท้ายในกรณีที่ต้องให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้มีส่วนได้เสียเป็นผู้ตัดสินใจนั้นก็ยิ่งทำให้ลำบากใจกันมาก

จากคำตอบที่ได้มาจากการสัมภาษณ์นี้ทำให้มีประเด็นที่เป็นปัญหาหลายประการ เช่น อำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ไม่สามารถแสดงเจตนาเองได้เกี่ยวกับการรักษาหรือการยุติการรักษา ในกรณีเช่นนี้ของสังคมไทยซึ่งเป็นสังคมที่มีความเชื่อ หรือค่านิยมที่ได้รับอิทธิพลจากคำสอนของศาสนาพุทธในเรื่องของศีล 5 หรือ เบญจศีล-ปาณาติปาตา เวรมณี (สิกขาบทสมาธิยามิ)

นอกจากนี้สังคมไทยยังมีค่านิยมที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ความกตัญญูต่อบุพพการี ด้วยเหตุนี้ จึงส่งผลต่อการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวประการหนึ่ง และอีกประการหนึ่งที่สำคัญก็คือ ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิในทางมรดกของทายาทโดยธรรมหรือทายาทโดยพินัยกรรม ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจที่จะยุติการรักษาหรือยื้อชีวิตของผู้ป่วยวาระสุดท้าย นอกจากนี้ เมื่อยังไม่มีหลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่ชัดเจนให้บุคคลแสดงเจตนาล่วงหน้าและการโอนสิทธิในการตัดสินใจในการยุติชีวิตของผู้ป่วยวาระสุดท้าย จึงส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัวในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยและเป็นปัญหาที่จะควรรื้อต้องมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในประเด็นดังกล่าว ซึ่งจากการศึกษาพบว่าแม้ประเทศไทยจะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวง ฯ แต่กฎหมายดังกล่าวก็ยังไม่มียกเว้นที่รองรับในเรื่องการโอนสิทธิหรือมอบสิทธิของผู้ป่วยให้แก่บุคคล แก่เครื่องญาติ ซึ่งในการเจ็บป่วยนั้นอาจจะมีกรณีผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนาให้ครอบคลุมทุกด้านของวิธีการที่ใช้รักษา หรือปฏิเสธการรักษาหรือการอนุญาตเชิงรับ เช่น ไม่เจาะคอ ไม่ปั๊มหัวใจ ไม่ใช้เครื่องมือแพทย์บางชนิด หรือในบางกรณีที่ต้องมีการตัดสินใจนอกเหนือจากที่ได้ระบุไว้ เช่น การใช้สิทธิขอตาย ดังนั้นจะเป็นปัญหาทั้งต่อบุคลากรทางการแพทย์และแก่เครื่องญาติ ที่จะตัดสินใจนอกเหนือจากที่ระบุกรอบอำนาจการตัดสินใจไว้ เพราะกฎหมายก็ไม่ได้เปิดช่องให้สิทธิแก่เครื่องญาติที่จะใช้สิทธิแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจหรือไม่มีช่องทางที่จะไปร้องขอต่อศาลเพื่อดำเนินการบางสิ่งบางอย่างได้เลย

นอกจากนี้ หากพิจารณาถึงปัญหาผลกระทบต่อจรรยาบรรณ หน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีหน้าที่ที่จะต้องดูแล รักษาผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยในสภาวะปกติ และในบางครั้งอาจจะต้องดูแลรักษาบุคคลที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและยากต่อการรักษาตามปกติ หรือผู้ที่บาดเจ็บ พิการจนไม่มีสติสัมปชัญญะไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถขยับหรือช่วยเหลือตนเองได้ หรือไม่สามารแสดงอาการรับรู้ใด ๆ ที่เรียกว่า “เจ้าชายเจ้าหญิงนิทรา หรือเป็นผักเป็นปลา (Vegetable stage)” หรือป่วยหนักจนเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต (Last stage of life)” ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยในสภาวะเช่นนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อจรรยาบรรณ หน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุข กล่าวคือ ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้แพทย์ต้องพิจารณาว่าจะดำเนินการอย่างไร ซึ่งหากพิจารณาตามหลักจรรยาบรรณของแพทย์ และตามหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องในปัจจุบัน กล่าวคือ การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์นั้นต้องอยู่ภายใต้หลักจรรยาบรรณวิชาชีพกำหนดไว้ชัดเจนว่า แพทย์มีหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยเพื่อช่วยรักษาชีวิต (Lifesaving) ซึ่งเป็นการกู้ชีพจึงไม่ต้องขอความยินยอม (Consent Form) จากผู้ป่วยก่อนทำการรักษา และการรักษาพยาบาลเป็นไปตามองค์ความรู้ทางการแพทย์ จึงเป็นปัญหาว่าหากผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาพยาบาลแล้วแพทย์สามารถโต้แย้งหรือจำเป็นต้องปฏิบัติตามความต้องการ และจะเป็นการขัดต่อจรรยาบรรณแพทย์หรือไม่ และอาจต้องรับผิดชอบ

ในการบกรร่งต่อหน้าทีของบุคลากรทางสาธาณสุข นอกจากนี้อาจส่งผลกระทบต่อความรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญาต่อบุคลากรทางสาธาณสุขอีกด้วย เนื่องจากการยุติการรักษาในประมวลกฎหมายอาญาอาจถือได้ว่าเป็นการฆ่าคนตายโดยเจตนา ซึ่งปัญหาดังกล่าวในปัจจุบันก็มีการฟ้องร้องคดีแพย์หรือสถานพยาบาลที่แพย์สังกัดอยู่ จึงเป็นปัญหาที่สร้างความขัดแย้งแก่บุคลากรแพย์ที่ทำการรักษาเพื่อให้ตัดสินใจแทน และเป็นปัญหาต่อความรับผิดชอบทั้งทางจรรยาบรรณแพย์และความรับผิดชอบทางอาญารวมถึงความรับผิดชอบทางแพ่งได้

ในประเด็นนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก แพย์ผู้ทำการรักษาให้ความเห็นว่าหากมีความจำเป็นต้องทำเพื่อช่วยผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานก็น่าจะทำได้แต่ก็ต้องมีกฎหมายกำหนดให้ทำได้และยกเว้นความรับผิดชอบให้ด้วย ส่วนคำตอบจากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายมีความเห็นว่า น่าจะเป็นการผิดจรรยาบรรณแพย์ที่มีหน้าที่ต้องรักษาวันแต่จะมีสถาบันที่ทำหน้าที่นี้โดยตรง และจากการสัมภาษณ์อดีตคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญและปัจจุบันเป็นที่ปรึกษาสภาการพยาบาลด้านวิเทศสัมพันธ์ในประเด็นนี้ได้คำตอบมาว่า เรื่องเช่นนี้เป็นปัญหาของความขัดแย้งระหว่างจรรยาบรรณแพย์กับสิทธิของผู้ป่วยที่ไม่อาจทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและเรียกร้องสิทธิขยุติชีวิตนั้น หากจะให้กฎหมายยินยอมให้ยุติการรักษาและใช้สิทธิเลือกวิถีชีวิตชีวิตนั้น ในต่างประเทศมีกรณีของผู้ป่วยที่เลือกใช้ชีวิตการยุติชีวิตด้วยตนเองเพราะมีกฎหมายให้ทำได้และในวันที่จะดำเนินการนั้นญาติพี่น้อง มิตรสหายก็ได้จัดงานรื่นเริงให้ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสุขก่อนจะละชีวิตไป ซึ่งก็เป็นตัวอย่างที่เกิดขึ้นจริง และหากประเทศไทยจะมีกฎหมายเช่นนี้ก็ต้องกำหนดให้มีความชัดเจน เช่น ต้องให้มีจิตแพทย์ตรวจรับรองก่อนว่าเป็นความต้องการจริงของผู้ป่วย และมีแพย์รับรองก่อน

ปัญหาของการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายในการตัดสินใจยุติชีวิตของตนเองด้วยวิธีการที่เลือกเองภายใต้การดูแลของแพย์จึงเป็นประเด็นที่การวิจัยได้ทำการศึกษาและวิจัยเพื่อให้ได้คำตอบที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการและเป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายจากการมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยที่ย่อมจะมีสิทธิเลือกวิถีชีวิตของตนเองว่าจะอยู่หรือจะยุติชีวิต

2. กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้าย

หากพิจารณาในด้านสิทธิของบุคคลจะเห็นได้ว่า บุคคลย่อมได้รับการคุ้มครองตามหลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย (Principle of Right and Liberty of Personal Autonomy) ซึ่งหลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกายเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิพลเมืองปรากฏในหลักการ “สิทธิมนุษยชน” ซึ่งเป็นพื้นฐานของกฎหมายรัฐธรรมนูญ สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2561,

หน้า 187-188) โดยเป็นหลักการขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ ซึ่งมนุษย์มีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิต ร่างกายของตนเองได้อย่างอิสระ ทั้งนี้ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในความเป็นมนุษย์ ซึ่งปัจจุบันได้มีการบัญญัติรับรองสิทธิและเสรีภาพในร่างกายไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 28 บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย

การจับและการคุมขังบุคคลจะกระทำมิได้ เว้นแต่ มีคำสั่งหรือหมายของศาลหรือมีเหตุอย่างอื่น ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การค้นตัวบุคคลหรือการกระทำใดอันกระทบกระเทือนต่อสิทธิหรือเสรีภาพในชีวิตหรือร่างกาย จะกระทำมิได้ เว้นแต่มีเหตุตามที่กฎหมายบัญญัติ

การทรมาน ทารุณกรรม หรือการลงโทษด้วยวิธีการโหดร้ายหรือไร้มนุษยธรรมจะกระทำมิได้” และ มาตรา 26 บัญญัติว่า “การตรากฎหมายที่มีผลเป็นการจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลต้องเป็นไป ตามเงื่อนไขที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ในกรณีที่รัฐธรรมนูญมิได้บัญญัติเงื่อนไขไว้ กฎหมายดังกล่าว ต้องไม่ขัดต่อหลักนิรโทษกรรม ไม่เพิ่มภาระหรือจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลเกินสมควรแก่เหตุ และจะกระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลมิได้ รวมทั้งต้องระบุนเหตุผลความจำเป็นในการจำกัดสิทธิ และเสรีภาพไว้ด้วย

กฎหมายตามวรรคหนึ่ง ต้องมีผลใช้บังคับเป็นการทั่วไป ไม่มุ่งหมายให้ใช้บังคับแก่กรณีใด กรณีหนึ่งหรือแก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นการเจาะจง”

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาจากหลักการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient’s Right to Self Determination) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งเป็นหลักการที่ยืนอยู่บนฐานของการเคารพเจตนาหรือการตัดสินใจของผู้ป่วย กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยได้รับทราบถึงข้อมูลของตนเองอย่างเพียงพอแล้วผู้ป่วยมีสิทธิตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา รวมถึงรวมถึงสิทธิที่จะเลือกไม่รับการรักษา และหมายความรวมถึงสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายของผู้ป่วยด้วย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยภายใต้หนังสือให้ความยินยอม (Informed Consent หรือ Consent Form) จึงถือได้ว่าผู้ป่วยย่อมมีสิทธิที่จะแสดงเจตนาในการรักษาหรือปฏิเสธการรักษาได้

จากการศึกษาพบว่า สำหรับประเทศไทยก็เคยเผชิญกับปัญหาเช่นนี้มาก่อนจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2550 ได้ข้อยุติที่จะให้การรับรองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายโดยการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 บัญญัติว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” และการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวงที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย

ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 กฎกระทรวงฉบับนี้ กำหนดรายละเอียดในเรื่องการให้คำนิยามคำสำคัญในกฎหมาย เช่น “วาระสุดท้ายของชีวิต” หรือ “การทรมานจากการเจ็บป่วย” และรายละเอียดในข้อมูลเพิ่มเติมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 แต่อย่างไรก็ตาม กฎหมายฉบับดังกล่าวก็ยังมีปัญหาอยู่หลายประการ ดังนี้

1) กฎหมายไม่ชัดเจนเกี่ยวกับ รูปแบบการแสดงเจตนา

2) ไม่มีหลักเกณฑ์ในการตรวจสอบถึงความถูกต้องและการมีอยู่ของเอกสารแสดงเจตนา การยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมายต่อผู้ประกอบการวิชาชีพทางสาธารณสุขที่ไม่มีข้อจำกัด ซึ่งเป็นสาระสำคัญและอันตรายที่จะทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทางสาธารณสุขอาจไม่ใช้ความระมัดระวังอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติหน้าที่ รวมถึงการขาดบทกำหนดโทษแก่บุคคลที่สามที่จงใจ หรือโดยทุจริต ปลอมแปลง แก้ไข เพิ่มเติม ตัดทอนหนังสือแสดงเจตนา ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนต่อการแสดงเจตนาของผู้ป่วยและอาจสร้างความเสียหายแก่ผู้ป่วยตลอดจนทรัพย์สินหรือมรดกของผู้ป่วยได้

3) ประเด็นของความถูกต้องสมบูรณ์ของหนังสือแสดงเจตนาที่หากบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ได้ตรวจสอบหรือประเมินแล้วกฎหมายก็มิได้กำหนดความรับผิดชอบไว้ จึงเห็นว่าในประเด็นเกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้ประกอบการวิชาชีพทางสาธารณสุขยังไม่ชัดเจน ส่งผลต่อจรรยาบรรณและความรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญาของบุคลากรทางการแพทย์

4) ขาดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการโอนสิทธิของผู้ป่วย หรือการแต่งตั้งตัวแทนไว้ล่วงหน้า เพื่อใช้สิทธิแทนผู้ป่วยซึ่งอาจจะมีปัญหาในวาระสุดท้ายของชีวิตที่อาจจะไม่สามารถแสดงเจตนาได้ด้วยตัวเอง สามารถทำได้ด้วยการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าสำหรับไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หรือหนังสือ แสดงเจตนาเมื่อตายที่เรียกว่า “Living Will” และกำหนดให้ทำเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น โดยไม่กำหนดให้เป็นแบบตามกฎหมายคือแบบแห่งนิติกรรมที่มีเจ้าหน้าที่รัฐรับรู้ และแม้กฎกระทรวงจะกำหนดรูปแบบในการแสดงเจตนาไว้แต่ก็ไม่ใช่แบบแห่งนิติกรรมตามกฎหมาย จึงนำไปสู่ปัญหาตามมาหลายประการ เช่น ที่มาของหนังสือที่นำมาแสดง ผู้ป่วยเป็นผู้จัดทำเองหรือผู้อื่นทำขึ้นแทน ความสมบูรณ์ของการแสดงเจตนา วิธีการจัดเก็บ และสถานที่จัดเก็บหนังสือแสดงเจตนา ปัญหาเหล่านี้ย่อมนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างเครือญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ในความถูกต้องและเชื่อถือได้ของหนังสือแสดงเจตนา

ในประเด็นนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก นักกฎหมาย มีความเห็นว่า หากพิจารณาถึงสิทธิของบุคคลที่ได้รับการรับรองและคุ้มครองโดยรัฐธรรมนูญของไทยแล้วนั้น คำว่าบุคคลไม่มีการให้คำนิยามความหมายว่าหมายถึงใครบ้างก็เท่ากับยืนยันได้ว่า บุคคลตามรัฐธรรมนูญหมายถึงความถึงประชาชนทุกคนที่เป็นปวงชนชาวไทย และผู้ป่วยวาระสุดท้ายแม้จะมีสถานะของ

การเป็นผู้ป่วยที่อาจจะมีสติสัมปชัญญะหรือไม่มีและไม่สามารถจะโต้ตอบหรือแสดงถึงความรู้สึกได้ก็ถือว่าเป็นบุคคลตามกฎหมายจึงย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองเช่นกัน

สิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นสิทธิที่พึงจะได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมาย จึงมีความสัมพันธ์กับสิทธิมนุษยชนซึ่งหากพิจารณาจากนิติปรัชญาที่เป็นรากฐานของสิทธิมนุษยชน ความหมายและลักษณะที่สำคัญของหลักสิทธิมนุษยชน และความสัมพันธ์ของสิทธิมนุษยชนกับ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยนัยของปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติแล้ว สิทธิ เสรีภาพ สิทธิมนุษยชน เป็นคุณค่าทางจริยธรรม คุณธรรม ความยุติธรรม เหตุผลอันชอบธรรมตามธรรมชาติ และ หลักศีลธรรมของกฎหมาย (ปรีดี เกษมทรัพย์, 2560, หน้า 178-180) ซึ่งน่าจะเป็นรากฐานอันเป็น หลักกำเนิดกฎหมายที่สำคัญโดยเฉพาะสิทธิในด้านต่าง ๆ รวมถึงหลักสิทธิมนุษยชนด้วย ซึ่งปรัชญา กฎหมายธรรมชาติได้ระบุไว้ว่า “บุคคลทุกคนล้วนมีสิทธิ มีอำนาจในชีวิต อิสระภาพและทรัพย์สิน โดยธรรมชาติ” (John Locke ค.ศ. 1632-1704 (พ.ศ. 2175-2247)) จึงเป็นที่มาของหลักการพื้นฐาน ที่สำคัญของหลักสิทธิมนุษยชน

กฎหมายเป็นเครื่องมือสำคัญในการปกครองมนุษย์ ดังภาษิตภาษาละตินทางกฎหมาย ที่ว่า “ที่ใดมีมนุษย์ ที่นั่นมีสังคม ที่ใดมีสังคม ที่นั่นมีกฎหมาย ด้วยเหตุนี้ ที่ใดมีมนุษย์ ที่นั่นจึงมี กฎหมาย” (Ubi homo, ibi societas. Ubi societas, ibi ius. Ergo ubi homo, ibi ius) เป็นสุภาษิตที่กล่าวถึงความสัมพันธ์อันแน่นระหว่างกฎหมายกับสังคม เพราะกฎหมายนั้นเกิดขึ้นจากสังคมและเพื่อจัดระเบียบในสังคม จึงกล่าวได้ว่าไม่มีสังคมไหนดำรงอยู่ได้โดยไม่มีกฎ หรือกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสังคมปัจจุบันที่มีจำนวนประชากรโลกเป็นจำนวนมากและการดำรงชีวิตมีความซับซ้อนในทุกมิติ เช่น การเมือง การปกครอง การศึกษา เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการสาธารณสุขย่อมทำให้เป็นสังคม ที่ไม่มีความสุขสงบสุข ดังนั้น ทุกสังคมจึงต้องมีกฎเกณฑ์ที่กำหนดบทบาทให้แก่ทุกคนในสังคม เพื่อจัดระเบียบของสังคมนั้น ๆ ทั้งนี้ เป็นเพราะองค์ประกอบสำคัญของสังคมก็คือการมีมนุษย์ มีความหลากหลายในเชื้อชาติ และสถานะทางสังคมมาอยู่ร่วมกันจึงต้องมีการกำหนดสิทธิและหน้าที่แก่กัน และหากกล่าวเฉพาะจุดเริ่มต้นของความเป็นมนุษย์แล้วกฎหมายมีความเกี่ยวข้องกับมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งความเกี่ยวพันนี้ปรากฏอยู่ชัดเจนในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 15 วรรค 1 บัญญัติว่า “สภาพบุคคลย่อมเริ่มแต่เมื่อคลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารกและ สิ้นสุดลงเมื่อตาย ...” และมาตรา 1599 บัญญัติว่า “เมื่อบุคคลใดตาย มรดกของบุคคลนั้นตกทอด อยู่แก่ทายาท ทายาทอาจเสียไปซึ่งสิทธิในมรดกได้แต่โดยบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายนี้ หรือกฎหมายอื่น...” จากบทบัญญัติของกฎหมายตามที่กล่าวมานี้ เป็นกรณีที่กฎหมายกำหนดถึง การมีสภาพบุคคล (Personality) หรือการมีสถานะเป็นบุคคลตามกฎหมาย (Legal Person) คือ ภาวะหรือความสามารถในการเป็นผู้ทรงสิทธิ หน้าที่ตามกฎหมายไม่ว่าจะเป็นสิทธิในครอบครัว

สิทธิในทรัพย์สิน สิทธิพลเมือง และหมายรวมถึงความถึงสิทธิมนุษยชนด้วย ส่วนความตายก็เป็นตัวกำหนดการสิ้นสุดสภาพบุคคล ซึ่งเมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งตายย่อมส่งผลกระทบในทางกฎหมายหลายประการด้วยเช่นกัน เช่น การรับมรดก สิทธิและหน้าที่ของทายาทโดยธรรมหรือทายาททางพันธุกรรม ซึ่งเมื่อก้าวถึงความตายย่อมไม่มีมนุษย์ผู้ใดจะหลีกเลี่ยงความตายได้ ไม่ว่าจะตายโดยธรรมชาติ อุบัติเหตุ ชรา หรือเจ็บป่วยแล้วถึงแก่ความตาย ดังนั้นกฎหมายจึงเป็นสาระสำคัญที่จะกำหนดสิทธิและหน้าที่ต่าง ๆ ให้แก่มนุษย์ในสังคมตามแต่สถานะของผู้นั้น

อย่างไรก็ดี หากพิจารณาถึงกฎหมายที่กำหนดสิทธิและหน้าที่แก่มนุษย์ในฐานะที่เป็นประชาชนของประเทศดังเช่นประเทศไทยนั้น มีกฎหมายสูงสุดของประเทศ คือรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมีบทบัญญัติคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพแก่ประชาชนไว้ในมาตรา 25 “สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย นอกจากที่บัญญัติคุ้มครองไว้เป็นการเฉพาะในรัฐธรรมนูญแล้ว การใดที่มีได้ห้ามหรือจำกัดไว้ในรัฐธรรมนูญหรือในกฎหมายอื่น บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพที่จะทำกรานั้นได้และได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ ตราบเท่าที่การใช้สิทธิหรือเสรีภาพ เช่นว่านั้นไม่กระทบกระเทือนหรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐ ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และไม่ละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลอื่น

สิทธิหรือเสรีภาพใดที่รัฐธรรมนูญให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ หรือให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กฎหมายบัญญัติ แม้ยังไม่มีมาตรการกฎหมายนั้นขึ้นใช้บังคับ บุคคลหรือชุมชนย่อมสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพนั้นได้ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ...” และกำหนดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ในมาตรา 4 “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง ปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน” รวมทั้งสิทธิมนุษยชนไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 (The Universal Declaration of Human Right, 1948) ข้อ 3 “ทุกคนมีสิทธิในการมีชีวิต เสรีภาพ และความมั่นคงแห่งบุคคล” จึงกล่าวได้ว่าการคุ้มครองสิทธิต่าง ๆ ให้แก่คนไทยนั้นมีบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยแล้ว ตลอดจนเหตุผลที่ได้กล่าวมาแล้วว่าไม่มีกฎหมายที่กำหนดว่า ความเป็นมนุษย์ หรือความเป็นประชาชนไทยนั้นหมายถึงอะไร หรือใครบ้าง ดังนั้นหากนำมาพิจารณาถึงสถานะของการเป็นมนุษย์ที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่อาจรักษาพยาบาลได้ต้องรอวันสิ้นสุดของชีวิตนั้นก็ถือว่าเป็นประชาชนคนไทยที่พึงจะได้รับการคุ้มครองสิทธิตามรัฐธรรมนูญได้เช่นกัน

แต่ที่เป็นปัญหาที่งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาวิเคราะห์ก็คือ สภาวะของมนุษย์ที่เจ็บป่วยทุกข์ทรมานจากโรคร้าย หรือที่เรียกว่าการเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่มีปัญหาทั้งในทางปฏิบัติและทางกฎหมายอยู่หลายประการ เช่น ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับบุคคลผู้มีส่วนได้เสียหรือคนในครอบครัวที่ต้อง

ตัดสินใจหรือแสดงเจตนาต่อการรักษาหรือการยุติการรักษาผู้ป่วย และปัญหาที่เกิดผลกระทบต่อ จรรยาบรรณ หน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ ยังมีปัญหาเกี่ยวกับ ความชัดเจนของตัวบทกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแสดงเจตนาของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ถือว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่จะได้รับการคุ้มครองในการใช้สิทธิในการกำหนดสถานะ ของชีวิตของตนเองได้อย่างไร ด้วยเหตุนี้ที่การวิจัยมีแนวคิดว่ามนุษย์ทุกคนย่อมมีสิทธิและเสรีภาพ ของตนเองที่จะตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตของตนเองด้วยตนเองดังเช่นกรณีของมนุษย์ที่อยู่ในสถานะ ของการเป็นผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ไม่มีทางเลือกยารักษาให้หายได้ การมีชีวิตอยู่ก็เป็นเพียงเพื่อชะลอ ให้อยู่ในโลกได้ยาวนานขึ้นในขณะที่เดียวกันก็เป็นการอยู่อย่างทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยนั้น

ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือหากมีกฎหมายให้สิทธิแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายในการ เลือกที่จะขอยุติชีวิตตนเองแล้วในทางการแพทย์ย่อมจะต้องมีวิธีการทางการแพทย์ แต่โดยเหตุที่ จรรยาบรรณแพทย์กำหนดให้แพทย์ทุกคนมีหน้าที่รักษาพยาบาลเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย ด้วยวิถีทางการแพทย์ที่เหมาะสมและหากสุดความสามารถในการรักษาก็ต้องปล่อยให้สิ้นชีวิต ตามสภาพที่เป็นจริง อังนั้นหากจำให้แพทย์ทำการยุติชีวิตที่มากกว่าการไม่รักษาพยาบาล แต่เป็นการทำให้สิ้นชีวิตจึงน่าจะเป็นการดำเนินการที่ผิดจรรยาบรรณแพทย์ที่กำหนดไว้ใน คำปฏิญาณของ “ฮิปโปเครติส” บิดาแห่งการแพทย์ ดันกำเนิดจริยธรรม-จรรยาบรรณแพทย์ โดยมีใจความส่วนหนึ่งข้อความว่า “ข้าจะบำบัดรักษาผู้ป่วยเต็มกำลังความสามารถและสติปัญญา ของข้า แต่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บหรือกระทำในสิ่งที่ผิดโดยเด็ดขาด

ข้าจะไม่ให้ยาพิษแก่ผู้ใด แม้จะถูกร้องขอ ทั้งจะไม่ให้คำแนะนำเพื่อการนั้น ข้าจะไม่ทำแก้ม ให้แก่หญิงผู้ใดเช่นเดียวกัน ข้าจะยังความบริสุทธิ์และศักดิ์สิทธิ์ในชีวิตและศิลปวิทยาการของข้า ข้าจะไม่ใช้มีดผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกจากตัวผู้ป่วย แต่จะหลีกทางให้กับผู้ชำนาญในการนี้” ซึ่งเป็นประเด็นที่เป็นปัญหาของความขัดแย้งระหว่างการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายกับ จรรยาบรรณแพทย์ จึงเป็นประเด็นสำคัญของกฎหมายที่จะต้องพิจารณาต่อไป

3. กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ และกฎหมายต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการ คุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้าย

3.1 กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้าย

ดังได้กล่าวมาแล้วว่ามนุษย์ทุกคนย่อมมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสิทธิมนุษยชน (Human Rights) กล่าวคือ หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็น หลักการสำคัญของสิทธิมนุษยชนที่กำหนดสิทธิที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ใครจะละเมิดมิได้ และ ไม่สามารถถ่ายโอนให้แก่กันได้ ซึ่งสิทธินี้หมายถึงสิทธิในการมีชีวิตและมีความมั่นคงในการมีชีวิตอยู่

ความมั่นคงในการมีชีวิตอยู่ คนทุกคนที่เกิดมาบนโลกมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องมีหลายฉบับที่แสดงถึงการให้สิทธิและการคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้าย โดยมีรายละเอียดที่ได้ทบทวนไว้แล้วในบทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น จึงได้นำเฉพาะส่วนที่เป็นสาระสำคัญต่อการนำมาวิเคราะห์เพื่อให้ได้รูปแบบการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ดังนี้

1) ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 (The Universal Declaration of Human Right, 1948)

ปฏิญญาสากลนี้ได้รับการยอมรับศักดิ์ศรีแต่กำเนิดและสิทธิที่เท่าเทียมกันและไม่อาจเพิกถอนได้ของสมาชิกทั้งมวลแห่งครอบครัวมนุษยชาติ เป็นพื้นฐานแห่ง อิสรภาพ ความยุติธรรม และสันติภาพใน โลก หลักการมีอิสรภาพในความต้องการของมนุษย์ เป็นความปรารถนาสูงสุดโดยเฉพาะ ข้อ 3 ได้บัญญัติรับรองว่า “สิทธิในการมีชีวิต: ทุกคนมีสิทธิในการมีชีวิต เสรีภาพและความมั่นคงแห่งบุคคล”

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนฉบับนี้จะเห็นได้ว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ซึ่งเป็นหลักการสำคัญตามหลักสิทธิมนุษยชนที่มีผลผูกพันให้มนุษย์ทุกคนย่อมได้รับการคุ้มครองสิทธิและรัฐทุกรัฐต้องให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิอย่างชัดเจนโดยกฎหมาย มีการกำหนดให้การคุ้มครองสิทธินั้นมีลักษณะเป็นการทั่วไปสำหรับมนุษย์ทุกคน ทุกสถานะ ดังนั้น จึงไม่พบว่ามีข้อบัญญัติที่ให้การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายไว้โดยตรง แต่หากพิจารณาถึงการรับรองสิทธิในการมีชีวิต รวมถึงสิทธิของบุคคลที่จะไม่ถูกระงับหรือการปฏิบัติที่โหดร้ายไร้มนุษยธรรม หรือการข่มขู่ศักดิ์ศรีแล้วย่อมจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรณีของสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญ จึงมีประเด็นที่จะต้องพิจารณาว่า การขี้อชีวิตนั้นเป็นการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลงหรือไม่เพียงใด อันเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนตัวผู้ป่วยและลดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตัวผู้ป่วยหรือไม่ ในทางตรงกันข้ามหากมีการยุติชีวิต ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายเลือกยุติชีวิตด้วยการขอตายแบบการุณยฆาต หรือการปฏิเสธการรักษาด้วยการตัดสินใจหรือการแสดงเจตนาของผู้ป่วยเอง จะเป็นการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน หรือละเมิดสิทธิมนุษยชน ทั้งนี้ คงจะต้องพิจารณาว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นเพียงสิทธิขั้นพื้นฐานหรือเป็นคุณค่าอันสูงสุด

2) ปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2524 (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient, 1981)

แพทยสมาคมโลกได้ระบุว่า “สิทธิผู้ป่วยเป็นสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง เพราะหมายถึงสิทธิพลเมือง (Civil Rights) ของทุกคนที่จะได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข” และมีประเด็นที่บัญญัติถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลในกรณีทั่วไป รวมถึงกรณีที่ผู้ป่วย

อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีมนุษยธรรม หรือที่เรียกว่า “สิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี” จากการประชุมสมัชชาแพทยโลก ครั้งที่ 34 ณ กรุงลิสบอน ประเทศโปรตุเกส เมื่อเดือนกันยายน-ตุลาคม ค.ศ. 1981 (พ.ศ. 2524) และ ปรับปรุงในปี ค.ศ. 1995 (พ.ศ. 2538) และ 2005 (พ.ศ. 2548) “ในข้อ 10 สิทธิในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ ในข้อ 25 ระบุรับรองสิทธิของมนุษย์ทุกคน ที่จะมีความมาตรฐานการดำรงชีพอย่างเหมาะสม ในด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตัวเองและสมาชิกครอบครัว อีกทั้งยังมีการระบุไว้อย่างชัดเจนใน ปฏิญญาขององค์การอนามัยโลกเช่นกัน ถึงการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี การปฏิเสธหรือยุติการรักษาทางการแพทย์ การไม่สามารถแสดงเจตจำนงของตนเองได้ และการบำบัดรักษาทาง การแพทย์

3) ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในยุโรปขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2537

(A Declaration on the Promotion of Patients' in Europe World Health Organization, 1994)

ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในยุโรปขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2537 (A Declaration on the Promotion of Patients' in Europe World Health Organization, 1994) มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวนโยบายร่วมกันของประเทศสมาชิกในยุโรป เพราะในแต่ละประเทศจะมีความหลากหลาย ทั้งทางด้านระบบสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ กฎหมาย คุณค่าทางจริยธรรม มีหลักการพื้นฐานที่จะใช้ร่วมกันในเรื่องสิทธิผู้ป่วย โดยมี 5 ข้อหลักสรุปได้ดังนี้

- (1) สิทธิมนุษยชน และคุณค่าของการดูแลสุขภาพผู้ป่วย
- (2) ข้อมูลทางเวชระเบียน ที่ถือว่าเป็นเอกสารสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- (3) ความยินยอม ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ใดๆ จะต้องมีการลงนามในเอกสารที่เรียกว่า หนังสือให้ความยินยอม หรือ (Informed Consent)
- (4) ข้อมูลที่เป็นความลับและความเป็นส่วนตัวข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ภาวะการเจ็บป่วย
- (5) การดูแลรักษา ทุกคนมีสิทธิได้รับบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมรวมถึงการป้องกันสุขภาพ ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีศักดิ์ศรี

4) ปฏิญญาเรื่อง ยูธานาเซียของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2562 (The World Medical Association Declaration on Euthanasia, 2019)

สิทธิขอตายแบบการุณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) ที่กระทำโดยการให้สารหรือ วัตถุใด ๆ อันเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย นั้นเป็นการกระทำที่จงใจยุติชีวิตของผู้ป่วยอย่างจงใจ แม้จะเป็นตามคำร้องขอของผู้ป่วยเอง หรือตามคำร้องขอของญาติสนิท จะอ้างอิงจากการประชุม 39th World Medical Assembly, Madrid, Spain, October 1987 (พ.ศ. 2530) เป็นสิ่งที่ผิดจรรยาบรรณ

แพทย์จะไม่ได้ป้องกันจากการเคารพความปรารถนาของผู้ป่วยนอกจากกระบวนการตายทางธรรมชาติตามรูปแบบและระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย แม้สิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย แต่แพทย์จะไม่กระทำการใด ๆ ที่ผิดจรรยาบรรณ ภายใต้การประชุมที่ 44th World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 (พ.ศ. 2535)

5) คำแถลงเรื่อง เอกสารเจตนาล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2546 (The World Medical Association Statement on Advance Directives, 2003 (“Living Will”))

ในปี ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2546) แพทยสมาคมโลกได้ออกนโยบายเกี่ยวกับ “เอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้า” (Advance Directive หรือ Living Will) โดยมีใจความสำคัญว่า ผู้ที่ประสงค์จะทำเอกสารดังกล่าวมักจะกังวลถึงการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกิดขึ้น ไม่มีประสิทธิผลหรือยืดระยะเวลาการรักษาออกไป เอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าเป็นเอกสารที่ต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมลายมือชื่อต่อหน้าบุคคลอื่นที่เป็นพยาน เพื่อบันทึกความปรารถนาเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ที่ประสงค์ หรือไม่ประสงค์จะรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกิดขึ้น ไม่มีประสิทธิผลหรือยืดระยะเวลาออกไป กรณีที่แพทย์ไม่มั่นใจในข้อความหรือส่วนหนึ่งส่วนใดในเอกสาร ในคำแถลงเรื่องเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลกระบุให้แพทย์ควรปรึกษากับสมาชิกครอบครัวหรืออำนาจตามกฎหมายของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง และขอคำแนะนำจากแพทย์อย่างน้อย 1 คน หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยตามกฎหมาย แพทย์ควรทำการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศกับคำแถลงของแพทยสมาคมโลกดังกล่าวมานั้น ย่อมเป็นการยืนยันได้ว่ามนุษย์ชนย่อมมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในทุกสถานะที่จะได้รับการคุ้มครองสิทธิที่ถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน หากอยู่ในสภาพของการเป็นผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตที่ไม่สามารถรักษาได้ และต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยนั้นการจะยืดชีวิตด้วยวิธีการต่าง ๆ ทางทางการแพทย์ย่อมเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยหากผู้ป่วยนั้นมีเจตนาที่จะปฏิเสธการรักษา และประสงค์ที่จะขอยุติชีวิตด้วยการตายอย่างสงบที่เรียกว่าตายดี ก็ย่อมจะต้องได้รับการคุ้มครองด้วยการให้สิทธินั้น

ความเห็นตามที่กล่าวมาข้างต้นได้รับการยืนยันอย่างชัดเจนในสาธารณรัฐอินเดีย ใช้กฎหมาย Common Law ที่คำพิพากษาของศาลสูงจะมีสถานะเป็นกฎหมาย และในปัญหาสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น ได้มีคำพิพากษาฎีกา (9 มีนาคม พ.ศ. 2561) in Aruna Ramchandra Shanbaug vs Union Of India & Ors (2011) and Gian Kaur vs State of Punjab (1996) ศาลฎีกามีคำตัดสินที่สำคัญเกี่ยวกับวิธีทำกรณขมาตแบบ Passive หรือที่เรียกอีกอย่างว่า Physician Assisted Suicide (PAS) โดยมีคำวินิจฉัยว่า “สิทธิที่จะเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามที่ศาลรัฐธรรมนูญได้วาง

บรรทัดฐานไว้ เช่นเดียวกับคดี Gain Kaur ที่เคยวางบรรทัดฐานไว้ว่า “.....มีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลรวมถึงการยุติการรักษาด้วยการถอดอุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยชีวิต (คำพิพากษาคดีเลขที่ 215/2548) นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2548 องค์การพัฒนาเอกชน Common Cause ได้ยื่นคำร้องต่อศาลฎีกาเพื่อขอให้ประกาศว่า “สิทธิขั้นพื้นฐานในการอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี” ตามมาตรา 21 ของรัฐธรรมนูญครอบคลุมถึง “สิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี” และแนวทางในการรับเอาความเหมาะสม ขั้นตอนการดำเนินการ “Living will” ในขณะที่สุขภาพร่างกายและจิตใจที่ยังปกติดี อาจทำบันทึกแสดงความปรารถนาที่จะไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ด้วยอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยหายใจในช่วงใด ๆ ของชีวิตที่แพทย์มีความเห็นว่า บุคคลนั้นจะไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หากไม่มีระบบช่วยชีวิต ซึ่งคำพิพากษานี้ได้เป็นแนวทางให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถขอตายผ่านการการุณยฆาตได้ในแบบ passive ภายใต living will (Supreme court observer, Euthanasia, Living Wills, and the Right to Die with Dignity, 2021)

3.2 กฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในทางกฎหมายของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต

การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตถือว่ามีความสำคัญที่จะสะท้อนให้เห็นถึงการมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่จะได้รับการคุ้มครองตามหลักสิทธิมนุษยชนซึ่งเป็นกฎหมายสากลที่เป็นจารีตประเพณีระหว่างประเทศที่ประเทศภาคีสหประชาชาติถือปฏิบัติตาม ดังนั้น ในหลายประเทศจึงได้มีกฎหมายคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการวิจัยนำรูปแบบการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของบางประเทศเพื่อเป็นแนวทางสำหรับประเทศไทยในการเลือกรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตจะได้ใช้เป็นทางเลือก โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) สหรัฐอเมริกา (United States of America) โดยรัฐออริกอน (Oregon State)

รัฐออริกอน สหรัฐอเมริกา เป็นรัฐแรกที่จะประกาศใช้การรับรองสิทธิขอตายด้วยความการุณย์ ผ่านองค์กร Death with Dignity ภายใต้อกฎหมายชื่อ Oregon’s Death With Dignity Act, 1997 (พ.ศ. 2540) การใช้สิทธิการขอตายด้วยความการุณย์ในแบบการุณยฆาตทั้งแบบเชิงรุก (Active Euthanasia) และแบบการช่วยเหลือการตายทางด้านการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS) โดยผู้แสดงเจตนาทำคำขอจะต้องบรรลุนิติภาวะ และปฏิบัติตามแบบฟอร์มคำขอเป็นลายลักษณ์อักษร เรื่องที่กฎหมายรัฐออริกอนให้ความสำคัญมาก คือ พยานต้องเป็นบุคคลที่ไม่ได้เป็น

- (1) ญาติของผู้ป่วยโดยธรรมชาติ การแต่งงาน หรือ การรับบุตรบุญธรรม หรือ
- (2) บุคคลที่ในเวลาทีลงนามคำขอจะได้รับสิทธิในส่วนของขวัญสินของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเมื่อใดก็ตามที่เสียชีวิตภายใต้พันธกรรมหรือตามกฎหมาย หรือ

(3) เจ้าของผู้ประกอบการหรือพนักงานของสถานบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมได้รับการรักษาพยาบาลหรือเป็นผู้อยู่อาศัย หรือ

(4) แพทย์ที่เข้าร่วมรับไว้ในเวลาที่ลงนามคำขอจะไม่เป็นพยาน หรือ

(5) หากผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในสถานดูแลระยะยาวในเวลาที่มีการร้องขอ หรือ

(6) พยานที่ต้องไม่มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับทรัพย์สิน หรือ

(7) พยานที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่ไม่ใช่เจ้าของไข้

สำหรับการประกันชีวิตนั้นวิธีการขอตายยังคงมีความขัดแย้งระหว่างการตายตามธรรมชาติ หรืออุบัติเหตุ หรือ ฆ่าตัวตายซึ่งจะมีผลต่อเงินประกันที่จะได้รับอันจะมีผลต่อบริษัทประกันชีวิตที่จะถือเป็นข้ออ้างที่จะไม่จ่ายเงินประกัน โดยอ้างว่าขัดต่อนโยบายของประกัน และเข้าข่ายเป็นการฆ่าตัวตายโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายทำให้บริษัทใช้เหตุในการเลิกสัญญาประกันชีวิตและส่งผลให้ผู้เอาประกันนั้นไม่สามารถได้รับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันชีวิตได้ ดังนั้น รัฐออริกอนจึงได้มีข้อกำหนดในกฎหมายกำหนดไว้ว่า บริษัทประกันจะปฏิเสธด้วยเหตุที่ผู้เอาประกันใช้สิทธิขอตายด้วยความการุณย์ไม่ได้ และยังได้บัญญัติไว้ด้วยการตายด้วยความการุณย์ไม่ถือว่าเป็นฆ่าตัวตาย

กฎหมายรัฐออริกอนบัญญัติยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมายทั้งทางแพ่ง ทางอาญา และทางด้านวินัยด้วยเช่นกัน อีกทั้งยังขยายความไปถึงบุคคลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการุณฆาต

ถึงแม้รัฐออริกอนจะเป็นรัฐแรกของสหรัฐอเมริกาในการยอมรับและรับรองสิทธิขอตายด้วยความการุณย์ แต่ก็ไม่ได้มีการจัดตั้งสถาบันหรือองค์กร โดยเฉพาะในการจัดการการุณฆาตเป็นการเฉพาะ โดยมีรูปแบบการใช้สิทธิในชีวิตของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของรัฐออริกอนนี้สามารถสรุปตามตารางที่ 4.1 ดังนี้

ตารางที่ 4.1 รูปแบบสิทธิขอตายด้วยความการุณของรัฐออริกอน

หลัก	รัฐออริกอน
การุณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)	✓
การยุติด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS)	✓
การปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า (Living Will)	✓
หนังสือแสดงเจตนา ที่เป็น แบบตามกฎหมาย	✓
ผู้แสดงเจตนาต้องบรรลุนิติภาวะ	✗
พยานที่ต้องไม่มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับทรัพย์สิน	✓

หลัก	รัฐออริกอน
พยานที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่ไม่ใช่เจ้าของใจ	✓
การยอมรับ ไม่ถือเป็นการฆ่าตัวตาย สำหรับกรรมกรรม	✓
ยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย	✓
ยกเว้นความรับผิดชอบทางจริยธรรม	✓
สถาบัน/องค์กร จัดการการรณฆฆฆฆฆฆฆฆฆฆ	✗
การรณฆฆฆฆฆฆฆฆฆฆ (Active Euthanasia)	✓
การยุติด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS)	✓
การปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า (Living Will)	✓

2) ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ (Kingdom of the Netherlands)

ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกในยุโรปที่มีกฎหมายรับรองการทำการรณฆฆฆฆฆฆฆฆฆฆ ถูกต้องตามกฎหมาย โดยย้อนกลับไปที่คดี มีคดีชุนไฮม์ (Schoonheim) ในปี ค.ศ. 1984 (พ.ศ. 2527) แพทย์ถูกฟ้องว่าเจตนาฆ่าผู้ป่วยที่มีอายุ 93 ปี ในขณะนั้น โดยได้รับความทุกข์ทรมานมากและใกล้ตาย ต่อมาผู้ป่วยได้ทำการร้องขอให้หมอทำการรณฆฆฆฆฆฆฆฆฆฆ แพทย์ได้ดำเนินการทำและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลง แพทย์ท่านนั้นถูกดำเนินคดีและศาลตัดสินว่า การกระทำของแพทย์ไม่มีความผิดฐานฆ่าคนตาย เพราะหนึ่งในหน้าที่ของแพทย์นั้นคือ การปกป้องผู้ป่วยจากความทุกข์ทรมาน โดยใช้ข้อกฎหมายว่าด้วยความจำเป็น (Defense of Necessity) เป็นแนวทางการเริ่มต้นและส่งผลให้ต่อมาในปี ค.ศ. 2001 (พ.ศ. 2544) รัฐสภาได้มีมติเห็นชอบกฎหมายที่เรียกว่า “The Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act” ซึ่งเป็นการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายอาญา โดยที่อนุญาตให้การฆ่าคนตายตามคำขอหรือขอตายด้วยความการุณย์ของผู้ตาย ซึ่งเป็นแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยตายทางด้านการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS) ไม่เป็นความผิด ภายใต้เงื่อนไขตามกฎหมายที่แพทย์จะต้องปฏิบัติตามดังนี้

- (1) หลักฐานจากผู้ป่วย
- (2) หลักฐานว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานที่ทนไม่ได้
- (3) แพทย์ได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานะของผู้ป่วยที่เป็นอยู่และการคาดการณ์

ในอนาคต

- (4) ผู้ป่วยต้องแสดงหลักฐานว่าไม่มีวิธีการใดอีกแล้วที่จะแก้ไขสถานการณ์ของผู้ป่วยจากที่เป็นอยู่

(5) ปรีกษาแพทย์อีกอย่างน้อย 1 คน ที่เคยตรวจผู้ป่วยและแสดงความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษร

(6) กระทำการให้ชีวิตผู้ป่วยจบลงหรือช่วยให้ผู้ป่วยกระทำอัตวินิบาตกรรมตามกฎหมาย อย่างไรก็ดี ถึงแม้จะเข้าเงื่อนไขทางกฎหมายแล้ว แต่ก่อนดำเนินการดังกล่าวจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

(6.1) แจ้งการตายต่อเจ้าหน้าที่ชันสูตรศพ (Coroner) ท้องถิ่น พร้อมรายงาน

(6.2) แจ้งต่อคณะกรรมการท้องถิ่น

(6.3) แจ้งพนักงานอัยการ

(6.4) เมื่อมีการทำฉาปนกิจผู้ป่วย คณะกรรมการประกอบด้วยนักกฎหมายอาวุโส 1 คนเป็นประธานแพทย์ 1 คน และนักจริยศาสตร์ (Ethicist) 1 คน

หลังจากปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ.2545) ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ก็มีกฎหมายให้สิทธิผู้ป่วยตายแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) โดยมีการอนุญาตให้บุคคลผู้ทำคำขอตายอายุได้ตั้งแต่สิบสองปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน ดังนี้

(1) อายุระหว่างสิบสองถึงสิบหกปีผู้ป่วยต้องมีสติสัมปชัญญะในการขอร้องแพทย์ให้มีการทำการุณยฆาตและจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองทุกครั้ง

(2) แต่หากผู้ป่วยมีอายุครบสิบหกถึงสิบแปดปีและมีความเข้าใจที่สมเหตุสมผลของผลประโยชน์ของเขา แพทย์ไม่สามารถทำตามคำร้องขอของผู้ป่วยสำหรับการยุติชีวิตหรือช่วยฆ่าตัวตาย ถ้าหลังจากผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของเขาได้รับรู้ และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ให้ปฏิบัติตามแบบฟอร์มคำขอเป็นลายลักษณ์อักษร แต่ไม่ได้มีข้อกำหนดเกี่ยวกับพยาน แต่กำหนดให้ปรึกษากับแพทย์อิสระอย่างน้อยหนึ่งคนที่ได้เห็นผู้ป่วยและได้ให้ความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษร ทุกคนสามารถเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพของราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์และรับประกันการประกันเต็มรูปแบบครอบคลุมผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง แม้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพสูงสุดก็ยิ่งถือว่าทุกข์ทรมาน และวอนขอให้แพทย์ช่วยทำการยุติชีวิตได้

ในเรื่องของประกันชีวิตนั้น กฎหมายไม่ได้กำหนดไว้ เพียงแต่ใช้ระบบอัยการโดยมีนักพยาธิวิทยารวบรวมรายงานที่ระบุว่า การเสียชีวิตของผู้ป่วยเกิดจากสาเหตุที่ไม่เป็นธรรมชาติส่งไปยังอัยการซึ่งต้องยินยอมให้ฝังศพและเมื่อถูกต้องเช่นนั้น ก็ไม่ถือว่าเป็นฆ่าตัวตาย

เมื่อได้ดำเนินการการุณฆาตแบบที่เหมาะสม (Due Care) แล้วกฎหมายของราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ก็ถือว่าเข้าองค์ประกอบยกเว้นตามกฎหมายอาญาในความฐานฆ่าตัวตาย หรือสนับสนุนให้มีการฆ่าตัวตาย ถึงแม้ว่าราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์จะเป็นประเทศแรกในโลกที่มีกฎหมายเช่นนี้ แต่ก็ไม่ได้มีการจัดตั้งเป็นสถาบันดำเนินการ เพียงมีคณะกรรมการกำกับดูแลเรื่องนี้ (ดูตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 รูปแบบสิทธิขอตายด้วยความการุณของราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์

หลัก	เนเธอร์แลนด์
การุณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)	✓
การยุติด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ (Physician Assisted Suicide (PAS))	✓
การปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า (Living Will)	✓
หนังสือแสดงเจตนา ที่เป็น แบบตามกฎหมาย	✓
ผู้แสดงเจตนาต้องบรรลุนิติภาวะ	✗
พยานที่ต้องไม่มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับทรัพย์สิน	✓
พยานที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่ไม่ใช่เจ้าของไข้	✓
การยอมรับ ไม่ถือเป็นการฆ่าตัวตาย สำหรับกรรมกรรม	✓
ยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย	✓
ยกเว้นความรับผิดชอบทางจริยธรรม	-
สถาบัน/องค์กร จัดการการุณฆาตโดยเฉพาะ	✗

3) ราชอาณาจักรเบลเยียม (Kingdom of Belgium)

ราชอาณาจักรเบลเยียมเป็นประเทศที่สองในแถบยุโรปที่ให้การรับรองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย รับรองการทำการุณฆาตอย่างถูกกฎหมายตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) กฎหมายเรียกว่า “The Belgian Act on Euthanasia, 2002” ให้การยอมรับหลักการตายดี โดยวิธีขอตายด้วยความการุณย์ การุณฆาตทั้งแบบเชิงรุก (Active Euthanasia) และแบบการช่วยเหลือการตายทางการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS) โดยในปี พ.ศ. 2561 มีการรายงานจาก Federal Control Commission for Evaluating Euthanasia (CFCEE) ว่าราชอาณาจักรเบลเยียมเป็นประเทศที่มีเด็กอายุน้อยที่สุดในโลกที่ได้รับการทำการุณฆาต โดยในช่วงปี พ.ศ. 2559 มีการทำการุณฆาตในผู้ป่วยอายุ 9 ขวบ ที่ป่วยเป็น โรคเนื้องอกในสมอง และผู้ป่วยที่ป่วยเป็น โรคซิสติกไฟโบรซิส Cystic fibrosis (CF) มีอายุเพียง อายุ 11 ขวบ ซึ่งเป็นผลจากออกกฎหมายในช่วงปี พ.ศ. 2557

ซึ่งอนุญาตให้ทำการุณยฆาตได้ โดยไม่จำกัดอายุ จนถึงปัจจุบัน ราชอาณาจักรเบลเยียมเป็นประเทศเดียวในโลก ที่อนุญาตให้ผู้เยาว์เข้ารับการทำการุณยฆาตได้โดยไม่จำกัดอายุ อย่างไรก็ตาม กฎหมายการทำการุณยฆาตของผู้เยาว์ในราชอาณาจักรเบลเยียมมีข้อบังคับที่เข้มงวด โดยมีเงื่อนไขที่สำคัญว่า

- (1) ผู้เยาว์จะต้องป่วยระยะสุดท้าย และ
- (2) ต้องร้องขอทำการุณยฆาตแล้วหลายครั้ง และ
- (3) ต้องผ่านการประเมินจากแพทย์ 2 คน และนักจิตแพทย์ และ
- (4) ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครอง

ทั้งนี้ ต้องสามารถเข้าใจในความแตกต่างระหว่างชีวิตและความตายได้ อย่างไรก็ตาม กุมารแพทย์ในราชอาณาจักรเบลเยียมบางกลุ่มมองว่า เด็กไม่มีความสามารถตัดสินใจเรื่องการทำการุณยฆาตด้วยตนเอง

กฎหมายเบลเยียมมีแบบคำขอตามกฎหมายให้ปฏิบัติตาม มีข้อกำหนดเกี่ยวกับพยานที่เป็นผู้ใหญ่ บรรลุนิติภาวะและอย่างน้อยหนึ่งคนไม่มีผลประโยชน์สำคัญต่อการเสียชีวิต ในเรื่องประกันชีวิตนั้น กฎหมายได้กำหนดไว้ชัดเจนว่าให้ถือว่า “เสียชีวิตเนื่องจากสาเหตุตามธรรมชาติ” และได้มีบทบัญญัติยกเว้นความรับผิดชอบทางอาญา และมีกลไกของคณะกรรมการที่มากำกับควบคุมและประเมินผล (ดูตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 รูปแบบสิทธิขอตายด้วยความการุณของราชอาณาจักรเบลเยียม

หลัก	เบลเยียม
การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)	✓
การยุติด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS)	✓
การปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า (Living Will)	✓
หนังสือแสดงเจตนา ที่เป็น แบบตามกฎหมาย	✓
ผู้แสดงเจตนาต้องบรรลุนิติภาวะ	✗
พยานที่ต้องไม่มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับทรัพย์สิน	✓
พยานที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่ไม่ใช่เจ้าของไข้	✓
การยอมรับ ไม่ถือเป็นการฆ่าตัวตาย สำหรับกรรมกรรม	-
ยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย	✓
ยกเว้นความรับผิดชอบทางจริยธรรม	-
สถาบัน/องค์กร จัดการการุณยฆาตโดยเฉพาะ	✗

4) สมาพันธรัฐสวิส (Swiss Confederation) หรือ สวิตเซอร์แลนด์ (Switzerland)

สมาพันธรัฐสวิส (Swiss Confederation) หรือ สวิตเซอร์แลนด์ (Switzerland) มีกฎหมายยอมให้การช่วยเหลือการฆ่าตัวตายเมื่อผู้ป่วยกระทำการเอง โดยผู้ช่วยไม่มีส่วนได้เสียในการเสียชีวิตของผู้ป่วย ที่จริงการช่วยฆ่าตัวตายเป็นเรื่องถูกกฎหมายในสมาพันธรัฐสวิส ตั้งแต่ประมาณช่วงทศวรรษที่ 1940 เพราะมีกฎหมายอนุญาตให้ผู้ป่วยยุติชีวิตด้วยวิธีการช่วยเหลือจากการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS) ซึ่งในความเป็นจริงการฆ่าตัวตายหรือการช่วย สนับสนุนให้มีการฆ่าตัวตายนั้นเป็นความคิดตามกฎหมายอาญา ชื่อ Swiss Criminal Code มาตรา 114-115 แต่เหตุที่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยยุติชีวิตด้วยวิธีการช่วยเหลือจากการแพทย์ (Physician Assisted Suicide) ไม่ผิดตามกฎหมายอาญาเพราะองค์ประกอบของกฎหมายอาญาในฐานะความผิดฐานฆ่าตัวตายจะมีองค์ประกอบหนึ่งคือ “เฉพาะในกรณีที่แรงจูงใจคือความเห็นแก่ตัว” โดยแปลมาจากภาษาอังกฤษว่า (Only if the Motive is Selfish) จุดเด่นและที่แตกต่างในการใช้สิทธิขอตายด้วยการรณขมาตในประเทศ มี 2 เรื่องหลัก

(1) การเป็นประเทศที่มีคนต่างประเทศเดินทางไปเข้ารับการทำารณขมาตจำนวนมาก เพราะเนื่องจากกฎหมายอนุญาตให้ทำได้แม้ไม่ใช่คนท้องถิ่น และ

(2) สมาพันธรัฐสวิส หรือ สวิตเซอร์แลนด์ ได้มีการจัดตั้งสถาบันด้านการทำยุติชีวิตที่เรียกว่า “Dignitas Suicide Clinic” “โดยมีกระบวนการให้ผู้เข้ารับบริการดื่มโซเดียมเพนโทบาร์บิทอล เป็นยากล่อมประสาทที่หากใช้ในปริมาณมากจะมีผลทำให้หัวใจหยุดเต้น จากนั้นแพทย์จะเตรียมเข็มฉีดยาบรรจุน้ำเกลือผสมเข้ากับยา Barbiturate ฉีดเข้าไปในหลอดเลือดดำ” โดยองค์กรที่ให้บริการความตายตามความประสงค์นั้นมีทั้งหมดอยู่สามแห่ง ได้แก่ EXIT A.D.M.D. Suisse romande (Exit) ก่อตั้งปี ค.ศ. 1982 (พ.ศ. 2525), Dignitas ก่อตั้งปี ค.ศ. 1998 (พ.ศ. 2541) และ Life Circle ก่อตั้งปี ค.ศ. 2011 (พ.ศ. 2554) ซึ่งทั้งหมดดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์ (ดูตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 รูปแบบสิทธิขอตายด้วยความการณขมาตของสมาพันธรัฐสวิส

หลัก	สมาพันธรัฐสวิส
การรณขมาตเชิงรุก (Active Euthanasia)	✓
การยุติด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS)	✓
การปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า (Living Will)	✓
หนังสือแสดงเจตนา ที่เป็น แบบตามกฎหมาย	✓
ผู้แสดงเจตนาต้องบรรลุนิติภาวะ	✗

หลัก	สมาพันธ์รัฐสวิส
พยานที่ต้องไม่มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับทรัพย์สิน	✗
พยานที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่เจ้าของไข้	✓
การยอมรับ ไม่ถือเป็นการฆ่าตัวตาย สำหรับกรรมกรรม	-
ยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย	✓
ยกเว้นความรับผิดชอบทางจริยธรรม	✓
สถาบัน/องค์กร จัดการการุณฆฆาตโดยเฉพาะ	✓

5) สาธารณรัฐสิงคโปร์ (Republic of Singapore)

สาธารณรัฐสิงคโปร์ มีกฎหมายรับรองสิทธิการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา ล่วงหน้า (The Patient's Right to Refuse Treatment) ที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตายของชีวิต หมายถึง “พินัยกรรมชีวิต” เท่านั้น ภายใต้กฎหมายที่เรียกว่า “Advance Medical Directive Act, 1996 of Singapore” (พ.ศ. 2539) โดยกฎหมายสิงคโปร์ไม่อนุญาตให้มีการทำการุณฆฆาตเชิงรุกไม่ว่าจะเป็นแบบ (Active Euthanasia) หรือแบบการยุติด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS)

สาธารณรัฐสิงคโปร์ ใ้หนังสือแสดงเจตนา โดยเรียกว่า “AMD” (Advance Medical Directives) เป็นแบบตามกฎหมาย จะต้องจดทะเบียนต่อนายทะเบียนตามกฎหมายนี้ ณ ที่ทำการของสำนักทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุขสิงคโปร์ “The Registry of Advance Medical Directives, Ministry of Health” เมื่อยังไม่นำเอกสาร AMD ไปจดทะเบียนก็ยังไม่มผลตามกฎหมาย โดยมีรายละเอียดที่กำหนดไว้ชัดเจนเพื่อให้ผู้ประสงค์ที่จะแสดงเจตนาได้ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและเป็นไปตามขั้นตอน โดยเฉพาะพยานในเอกสาร กฎหมายได้กำหนดไว้อย่างละเอียดว่าคุณสมบัติและลักษณะพยานที่ต้องห้าม โดยหลักนั้นพยานก็ต้องบรรลุนิติภาวะ และต้องห้ามมีผลประโยชน์ใด ๆ ที่เกี่ยวกับการมีชีวิตของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ดังนั้น พยานต้องเป็นบุคคลที่มีอายุ 21 ปีบริบูรณ์ และพยานจะต้อง

- (1) ไม่ได้รับผลประโยชน์ของประกันชีวิต หรือ
- (2) จะไม่มีสิทธิได้รับผลประโยชน์ในอสังหาริมทรัพย์ของผู้ป่วย หรือ
- (3) จะไม่มีสิทธิได้รับผลประโยชน์ในเงินของผู้ป่วยในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

กลางหรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพอื่น ๆ

ในเรื่องประกันนั้นก็ได้มีการกำหนดคุ้มครองไว้อย่างชัดเจนเพื่อป้องกันการตีความ โดยมีข้อความระบุว่า “พระราชบัญญัติอนุญาตให้มีการตายตามธรรมชาติเท่านั้นและไม่ใช่ว่าการ

การุณฆาตหรือการสนับสนุนของการฆ่าตัวตาย” และมีการยกเว้นความรับผิดชอบให้กับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะไม่ถูกดำเนินคดีทางแพ่งหรือความรับผิดทางอาญาหรือวินัยสำหรับการประพฤติผิดทางวิชาชีพสำหรับการตัดสินใจของเขาโดยสุจริตและโดยไม่ประมาท อย่างไรก็ตาม องค์กรที่ตีความหมายได้มีการเจาะจงการกระทำที่ผิดบางอย่างที่เกิดจากการกระทำที่ไม่สุจริต เช่น หนีโกง การปลอมคำสั่งหรือปกปิดการเพิก การปลอมแปลงหรือปลอมแปลงคำสั่งของบุคคลอื่น หรือ การจงใจปกปิดหรือระงับความรู้ส่วนบุคคลของการเพิกถอนคำสั่ง (ดูตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 รูปแบบสิทธิขอตายด้วยความการุณของสาธารณรัฐสิงคโปร์

หลัก	สิงคโปร์
การุณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)	✗
การยุติด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS)	✗
การปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า (Living Will)	✓
หนังสือแสดงเจตนา ที่เป็น แบบตามกฎหมาย	✓
ผู้แสดงเจตนาต้องบรรลุนิติภาวะ	✓
พยานที่ต้องไม่มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับทรัพย์สิน	✓
พยานที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่ไม่ใช่เจ้าของไข้	✗
การยอมรับ ไม่ถือเป็นการฆ่าตัวตาย สำหรับกรรมธรรม์	✓
ยกเว้นความรับผิดตามกฎหมาย	✓
ยกเว้นความรับผิดทางจริยธรรม	✓
สถาบัน/องค์กร จัดการการุณฆาตโดยเฉพาะ	✗

จากหลักการ เชนิตีปรัชญามาประกอบการหาคำตอบรวมทั้งการนำเอารูปแบบการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อการยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยในการปฏิเสธการรักษาและเลือกวิธีการสิ้นสุดของชีวิตของรัฐออริกอน สหรัฐอเมริกา ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ราชอาณาจักรเบลเยียม สมาพันธรัฐสวิส และ สาธารณรัฐสิงคโปร์ มาวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ เพื่อให้ได้รูปแบบ วิธีการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตสรุปสาระสำคัญ (ดูตารางที่ 4.6) ดังนี้

การขอตายแบบการุณย์ โดยวิธีการการุณฆาตเชิงรุก และแบบการยุติด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ มีรัฐออริกอน สหรัฐอเมริกา ราชอาณาจักร

เนเธอร์แลนด์ ราชอาณาจักรเบลเยียม สมาพันธรัฐสวิส ที่รับรองสิทธิและอนุญาตให้ทำได้ แต่สาธารณรัฐสิงคโปร์ นั้นไม่อนุญาตให้ทำ

ส่วนการปฏิเสศการรักษาไว้ล่วงหน้าหรือพินัยกรรมชีวิตนั้น ทั้ง 5 ประเทศรับรองและอนุญาตให้ทำได้ เพียงแต่มีความเหมือนหรือแตกต่างกันในรายละเอียดทั้งรูปแบบการแสดงเจตนา คุณสมบัติผู้แสดงเจตนา และพยานต้องห้าม โดยมีรายละเอียดที่เหมือนกัน คือ ทั้ง 5 ประเทศได้กำหนดรูปแบบหนังสือแสดงเจตนาไว้เป็นแบบตามกฎหมายโดยชัดแจ้ง ในส่วนของผู้แสดงเจตนามีเพียงสาธารณรัฐสิงคโปร์เท่านั้น ที่กำหนดให้ผู้แสดงเจตนาต้องบรรลุนิติภาวะ ซึ่งอีก 4 ประเทศกฎหมายไม่ได้กำหนดว่าต้องบรรลุนิติภาวะ

ในส่วนของพยานในเอกสารนั้นมีประเด็นว่า

1) ถ้าเป็นพยานทั่วไป จะมีความเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินหรือรับผลประโยชน์ใด ๆ จากการเสียชีวิตของผู้แสดงเจตนาได้หรือไม่ สรุปว่า มี 4 ประเทศที่กำหนดให้พยานต้องไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับทรัพย์สิน เช่น เป็นทายาทรับทรัพย์มรดก เป็นผู้รับผลประโยชน์จากกรมธรรม์ ยกเว้นสมาพันธรัฐสวิส

2) พยานที่เป็นแพทย์ จะเป็นแพทย์เจ้าของไข้ได้หรือไม่ ในประเด็นนี้ทั้ง 4 ประเทศอนุญาต ยกเว้นสาธารณรัฐสิงคโปร์ที่ไม่อนุญาต

สำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตมีความสำคัญเพราะอาจถูกตีความว่าเป็นการฆ่าตัวตาย ซึ่งบริษัทประกันอาจไม่จ่ายเงิน โดยมีประเทศที่ได้ระบุเรื่องนี้ไว้อย่างชัดเจนว่าไม่ถือเป็นการฆ่าตัวตาย และจะไม่ผิดสัญญาต่อกรมธรรม์ ประเทศที่บทบัญญัติจัดการในเรื่องนี้มี 3 ประเทศ คือ รัฐออริกอน สหรัฐอเมริกา ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ และสาธารณรัฐสิงคโปร์

ในส่วนของกรยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมายและความรับผิดชอบตามจริยธรรมนั้น ทั้ง 5 ประเทศได้ยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมายให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ที่ปฏิบัติตามกฎหมายก็จะพ้นจากความรับผิดชอบ ส่วนความรับผิดชอบด้านจริยธรรมนั้น มีเพียง 3 ประเทศ รัฐออริกอน สหรัฐอเมริกา สมาพันธรัฐสวิส และ สาธารณรัฐสิงคโปร์ ที่ยกเว้นความรับผิดชอบ แต่อีก 2 ประเทศ ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ และราชอาณาจักรเบลเยียม ไม่ได้มีข้อยกเว้นความรับผิดชอบในส่วนนี้ไว้ ในเรื่องการจัดตั้งสถาบันหรือองค์กรที่เข้ามาจัดการการขอตายแบบการุณย์ หรือการุณยฆาต โดยเฉพาะนั้นมีเพียงสมาพันธรัฐสวิส เท่านั้นที่ได้จัดตั้งเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่นี้โดยเฉพาะ

ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบรูปแบบสิทธิขอตายด้วยความกรุณ

หลัก	รัฐออริกอน	เนเธอร์แลนด์	เบลเยียม	สมาพันธรัฐสวิส	สิงคโปร์
การุณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)	✓	✓	✓	✓	✗
การยุติด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS)	✓	✓	✓	✓	✗
การปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า (Living Will)	✓	✓	✓	✓	✓
หนังสือแสดงเจตนา ที่เป็น แบบตามกฎหมาย	✓	✓	✓	✓	✓
ผู้แสดงเจตนาต้องบรรลุนิติภาวะ	✗	✗	✗	✗	✓
พยานที่ต้องไม่มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับทรัพย์สิน	✓	✓	✓	✗	✓
พยานที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่เจ้าของไข้	✓	✓	✓	✓	✗
การยอมรับไม่ถือเป็นการฆ่าตัวตายสำหรับกรรมธรรม	✓	✓	-	-	✓
ยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย	✓	✓	✓	✓	✓
ยกเว้นความรับผิดชอบทางจริยธรรม	✓	-	-	✓	✓
สถาบัน/องค์กร จัดการการุณฆาตโดยเฉพาะ	✗	✗	✗	✓	✗

4. โครงสร้างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิขอตายด้วยความการุณย์ผู้ป่วยวาระสุดท้ายแห่งชีวิต

นับแต่ในอดีตจนปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และผู้ป่วยที่ทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ คงได้แต่เพียงดูแลแบบประคับประคอง หรือการยืดชีวิตไปเท่านั้น ซึ่งคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ให้ความหมาย “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Stage)” หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่าง ๆ ลูกหลานจรรยาไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้น ๆ อีกต่อไป นอกจากรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการจวบจนเสียชีวิต (คาริน จตุรภัทรพร, 2564) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้ ก่อนปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทยยังไม่มีมารับรองสิทธิและอนุญาตในการใช้สิทธิขอตายทั้งแบบ การุณฆฆฆฆฆฆฆ (Active Euthanasia) และการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ (Physician - Assisted Suicide: PAS) และการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าในการไม่ประสงค์รับการรักษา ที่เป็นเพียงยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือการยุติทรมานจากการเจ็บป่วยตามกฎหมาย (Advance Directive) แต่ในทางปฏิบัติพบว่าการปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปเอง (Letting the Patient Go) เป็นวิธีที่ปฏิบัติกันทั่วไปในสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้รหัส “90” (เก้าศูนย์) เขียนไว้ในบันทึกการรักษา มีความหมายว่าผู้ป่วยคนนี้ไม่ต้องให้การรักษาอีกต่อไป และไม่ต้องช่วยยืดชีวิตในวาระสุดท้ายอีก ปล่อยให้ผู้นอนตายสบาย ซึ่งก็คือการุณฆฆฆฆฆฆฆแบบหนึ่ง เป็นแบบการตัดการรักษา (Passive Euthanasia หรือ Negative Euthanasia) ต่อมาหลังปี พ.ศ. 2550 ผู้ป่วยได้สิทธิและอนุญาตในการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า (Living Will) ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และในปี พ.ศ. 2553 มีกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ในการไม่ประสงค์รับการรักษา ที่เป็นเพียงยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือการยุติทรมานจากการเจ็บป่วยตามกฎหมาย แต่ก็เฉพาะสิทธินี้เท่านั้น

แต่หลังจากที่มีกฎหมายอนุญาตให้บุคคลทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมาน

จากการเจ็บป่วย ก็ยังพบว่ายังมีปัญหาต่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย สักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยังมีช่องว่าง และอุปสรรคต่อการที่ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และการทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย โดยกฎหมายไทยยังขาดการรับรองและคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการใช้สิทธิขอตายด้วยความการุณย์ แบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) และแบบการยุติด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS) (ดูตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 การใช้สิทธิในชีวิตของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของไทย

หลัก	ประเทศไทย
การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)	✗
การยุติด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS)	✗
การปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า (Living Will)	✓
หนังสือแสดงเจตนา ที่เป็น แบบตามกฎหมาย	✗
ผู้แสดงเจตนาต้องบรรลุนิติภาวะ	✗
พยานที่ต้องไม่มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับทรัพย์สิน	✗
พยานที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่ไม่ใช่เจ้าของไข้	✓
การยอมรับ ไม่ถือเป็นการฆ่าตัวตาย สำหรับกรรมกรรม	-
ยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย	✓
ยกเว้นความรับผิดชอบทางจริยธรรม	-
สถาบัน/องค์กร จัดการการุณยฆาตโดยเฉพาะ	-

อย่างไรก็ตาม แม้ในปัจจุบันจะมีกฎหมายบัญญัติให้สิทธิแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่จะปฏิเสธการรักษาดังที่ได้กล่าวมาแล้วก็ตาม แต่การวิจัยวิเคราะห์แล้วว่ากฎหมายฉบับนี้และกฎกระทรวงที่ตราออกมานั้นก็ยังไม่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ที่จะทำให้สิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่จะเลือกวิถีชีวิตของตนเองได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ดังนั้น การวิจัยจึงมีแนวคิดในการจัดทำกฎหมายใหม่เป็นกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายโดยการยกเลิกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงาน

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ในการไม่ประสงค์รับการรักษาที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือการยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และจัดทำกฎหมายต้นแบบในระดับพระราชบัญญัติและกฎกระทรวง โดยมีประเด็นที่เป็นสาระสำคัญของกฎหมาย ดังต่อไปนี้

4.1 สิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้าย

ผู้ป่วยวาระสุดท้ายถือว่าเป็นมนุษย์ที่มีสถานะของการเจ็บป่วยโดยไม่สามารถจะรักษาให้หายได้ ดังนั้น หากพิจารณาถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ย่อมถือได้ว่าเป็นมนุษย์เหมือนมนุษย์ทั่วไป แต่อยู่ในสถานะที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยจึงย่อมจะมีสิทธิที่จะเลือกวิถีชีวิตของตนเองที่จะชะลอหรือยืดอายุแต่ก็ต้องทนทุกข์จากการเจ็บป่วย หรือเลือกที่จะยุติชีวิตของตนเองด้วยการขอตาย ซึ่งกฎหมายก็จำเป็นต้องกำหนดสิทธิให้แก่ผู้ป่วยวาระสุดท้าย

4.2 รูปแบบการใช้สิทธิในการขอตาย

จากการเปรียบเทียบรูปแบบการใช้สิทธิขอตายของรัฐออริกอน สหรัฐอเมริกา ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ราชอาณาจักรเบลเยียม สมาพันธรัฐสวิส และ สาธารณรัฐสิงคโปร์ มีทั้งหมด 3 วิธี คือ การุณฆมาตเชิงรุก (Active Euthanasia) การยุติด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ (Physician Assisted Suicide (PAS)) และการปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า (Living Will) ซึ่งในปัจจุบันมีวิธีเดียว คือ การปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า (Living Will) หรือที่เรียกว่า “พินัยกรรมชีวิต” ซึ่งการวิจัยเห็นว่ายังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ควรจะมีทั้ง 3 วิธี เพราะถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนที่พึงจะได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเลือกชีวิตของตนเอง และทั้ง 3 วิธีนั้นถือได้ว่าเป็นหลักการตายดี เนื่องจากเป็นหลักการที่มาจาก การคิดล่วงหน้า อย่างมีสติสัมปชัญญะ และหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ซึ่งวิธีการทั้ง 3 วิธีนี้ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย แต่หากจะขึ้นยึดชีวิตต่อไปก็เท่ากับเป็นการไม่คิดถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยที่จะต้องอดทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยโดยไม่มีทางจะรักษาให้หายได้

สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายเป็นคำสั้น ๆ แต่มีความหมายมากมาย และมีหลายแง่มุมที่บ่อยครั้งยากที่จะขีดเส้นวัดไว้ได้ว่ามีความหมายว่าอย่างไร แท้จริงแล้วนั้น คำว่า “วาระสุดท้าย” มาจากคำว่า “Terminal Illness” ซึ่งมีการนิยามเอาไว้ภายใต้คำจำกัดความสองคำ คือคำว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” และ “การทรมานจากการเจ็บป่วย” ซึ่งทั้งสองคำนี้มีความหมาย ดังนี้

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา ได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวรโดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมาณจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

เมื่อเป็นเช่นนั้น “สิทธิผู้ป่วย” ในงานวิจัยนี้คงมีความหมายเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับสิทธิขอตายด้วยความกรุณา ซึ่งก็ยังคงมีความสับสนว่าสิทธิขอตายด้วยความกรุณา คือการฆ่าตัวตายหรือไม่ แล้วจะมีวิธีการและใครเกี่ยวข้องบ้าง ดังนั้น “สิทธิขอตายด้วยความกรุณา” หมายความว่า การขอให้แพทย์ให้ยาโดยวิธีการฉีดหรือการกินเพื่อให้หัวใจหยุดเต้นถาวรหรือการเตรียมยาอุปกรณ์จากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยทานหรือฉีดยาด้วยตนเอง ซึ่งก็จะตรงกับ การุณฆฆฆฆฆฆฆ (Active Euthanasia) การยุติด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ (Physician Assisted Suicide (PAS)) ส่วนคำว่า “ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อปฏิเสธการรักษา หรือที่เรารู้จักกัน (“Advance Directives” Living Will) “การุณฆฆฆฆ” เป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างมีสติ ต้องได้รับการประเมินอาการของคนไข้จากทั้งแพทย์และจิตแพทย์ว่าโรคร้ายนี้ไม่มีทางรักษา และไม่ควรยื้อชีวิตคนไข้ต่อไปอีก ส่วนการ “ฆ่าตัวตาย” นั้นตรงกันข้าม เพราะเกิดจากความคิดเชิงลบชั่วขณะที่มีอาการเครียดจัดจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ และทรมาณร่างกายด้วยวิธีการต่าง ๆ อย่างโหดร้าย

ในยามปกติทั่วไป ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจในร่างกายของตนเองว่าจะรักษาหรือปฏิเสธการรักษาแม้ว่าการปฏิเสธนั้นอาจทำให้อาการป่วยนั้นแย่ลง ถึงขนาดมีนัยยะสำคัญจนทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิต แม้กระนั้นก็ยังถือว่าต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย เพราะภายใต้การดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นเกิดจากการให้ความยินยอม หรือที่เรียกว่า “Consent Form” เมื่อเป็นเช่นนี้ก็ไม่ควรมีเหตุผลใดหรือเงื่อนไขใดที่จะมาไม่เคารพสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจในร่างกายของตนเองทั้งที่ได้มีบทบัญญัติรับรองตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ แท้จริงแล้วผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ใช้สิทธิขอตายด้วยความกรุณา เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ ที่จะตัดสินใจไม่ว่าเหตุผลนั้นจะมีพื้นฐานจากอะไรก็ตาม การตัดสินใจว่าตนเองไม่ประสงค์จะมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องช่วยยืดชีวิต (Prolong Life) ก็เพราะเห็นว่าการมีชีวิตอยู่ต่อไปทำให้ลดคุณค่าความเป็นมนุษย์

ของตน (Dehumanization) และบั่นทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในทางกลับกันหากผู้ป่วยเลือกที่จะตายแล้วมีการเรียกฟื้นคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของตนขึ้นมาได้ (Dehumanization of the Dying Process)

บุคคลที่มีสิทธิทำคำสั่งขอตายด้วยความกรุณา ต้องเป็นบุคคลที่

1) บรรลุนิติภาวะซึ่งตามกฎหมายไทย คือ 20 ปีบริบูรณ์ ถ้าผู้เยาว์มีเหตุที่ทำให้ต้องเข้าสู่วัยบรรลุนิติภาวะซึ่งตามกฎหมายไทย ก็จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม และได้ผ่านการตรวจสอบจากกระบวนการทางศาล

2) บุคคลที่ทำคำขอตายด้วยความกรุณา ต้องมีสัญชาติไทย เพื่อป้องกันการใช้ประเทศไทยเป็นที่ขอตาย แต่อย่างไรก็ดี อาจต้องมีข้อยกเว้นบางกรณีให้กับชาวต่างชาติ เช่น ชาวต่างชาติที่มีคู่สมรสเป็นคนไทย หรือมีที่พำนักในราชอาณาจักรภายใต้การทำงาน โดยชอบด้วยกฎหมายว่าด้วยกฎหมายคนเข้าเมือง หรือได้รับอนุญาตศึกษาต่อในประเทศไทย

3) ไม่เป็นคนวิกลจริต ผู้ไร้ความสามารถ หรือผู้เสมือนไร้ความสามารถ

4) ไม่อยู่ในภาวะซึมเศร้าหรือขาดสติสัมปชัญญะ ดังนั้น บุคคลที่จะทำคำขอสิทธิขอตายด้วยความกรุณาแบบเชิงรุก จะมีกระบวนการพบจิตแพทย์ เพื่อได้รับการยืนยันก่อนที่จะดำเนินการได้

4.3 กระบวนการใช้สิทธิการขอตาย

นอกจากจะใช้รูปแบบทั้ง 3 วิธีแล้ว การวิจัยยังเห็นว่าวิธีการแสดงเจตนาโดยทำเป็นหนังสือที่เรียกว่าพินัยกรรมชีวิตนั้น จะต้องมีแบบตามกฎหมายที่มีการกำหนดรูปแบบพินัยกรรมคุณสมบัติของผู้ทำพินัยกรรมชีวิต พยาน และเงื่อนไขการเป็นพยาน ซึ่งในต่างประเทศที่วิเคราะห์มีกำหนดไว้ตั้งแต่กระบวนการยื่นคำขอ กระบวนการแสดงเจตนาโดยการยื่นขอทะเบียน และกระบวนการเก็บบันทึก เมื่อผู้ป่วยประสงค์ที่จะยื่นคำขอตายด้วยความกรุณา หรือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อปฏิเสธการรักษา จากการอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย หลักเกณฑ์ขั้นตอน และกระบวนการทั้งสองแบบมีดังนี้

1) หลักเกณฑ์ ขั้นตอน และกระบวนการคำขอการุณยฆาตด้วยความกรุณา

บุคคลมีสิทธิทำคำสั่งขอตายด้วยความกรุณา ต้องผ่านการตรวจทางการแพทย์ พร้อมทั้งมีเอกสารยืนยันความถูกต้องเพื่อประกอบการยื่นคำขอตายด้วยความกรุณา ดังนี้

- (1) มีใบรับรองแพทย์แสดงว่าผู้ทำคำสั่งยื่นคำขอเป็นผู้ป่วยหนัก
- (2) มีใบรับรองแพทย์จากจิตแพทย์
- (3) เอกสารคำสั่งตามแบบฟอร์มที่กฎหมายกำหนด
- (4) มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ

หลังจากนั้นผู้ป่วยที่ประสงค์ทำคำสั่งให้นำเอกสารไปยื่นต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองที่สำนักงานเขตหรืออำเภอ ทำการจดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อเป็นหลักฐานและตรวจสอบความถูกต้องก่อนการดำเนินการตามคำสั่งในเอกสาร และให้เจ้าหน้าที่บันทึกรายการลงในระบบทะเบียนบัตรประชาชนผู้ยื่นคำขอแบบออนไลน์

2) หลักเกณฑ์ ขั้นตอน และกระบวนการคำขอแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อปฏิเสธการรักษา

คำขอแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อปฏิเสธการรักษาจะแตกต่างจากการทำคำสั่งการุณฆมาต เพราะบุคคลผู้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้เป็นการล่วงหน้านั้น อาจจะมีสุขภาพปกติหรืออาจจะเป็นผู้ป่วยแล้วก็ได้ เพียงแต่ได้แสดงเจตนาไว้ว่า ถ้าตนเองได้อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ผู้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะให้ทำการรักษา การแสดงเจตนาดังกล่าวสามารถทำได้โดยที่ไม่จำเป็นต้องมีการตรวจสุขภาพใด ๆ โดยเพียงทำตามแบบของกฎหมายที่ให้ทำเป็นหนังสือและจดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อเป็นการตรวจสอบและบันทึก ว่าถ้าไม่ทำตามแบบก็จะมีผลเป็นโมฆะ ทั้งนี้ หนังสือจดทะเบียนจะต้องให้เจ้าหน้าที่บันทึกรายการลงในระบบทะเบียนบัตรประชาชนผู้ยื่นคำขอแบบออนไลน์ เพื่อให้ผู้ให้บริการทางสาธารณสุขสามารถรู้ได้ว่า ผู้ป่วยคนใดมีหนังสือแสดงเจตนาหรือไม่ จากฐานข้อมูลระบบบัตรประชาชน

การเพิกถอนการจดทะเบียน บุคคลผู้ทำคำสั่งมีสิทธิ ยกเลิก แก้ไข เปลี่ยนแปลง ทั้งหมดหรือบางส่วนในรายละเอียดที่ได้จดทะเบียนไว้โดยต้องมีพยานรับรองยืนยันอย่างน้อยสองคน เว้นแต่กรณีฉุกเฉินให้กระทำด้วยวาจาได้ และให้ไปจดทะเบียนเพิกถอนภายใน 24 ชั่วโมง โดยจะต้องมีพยานอย่างน้อยสองคนยืนยันและไปรับรองการจดทะเบียนเพิกถอน โดยพยานจะต้องเป็นไปตาม

3) หลักเกณฑ์ ขั้นตอน และกระบวนการทั่วไป

แบบการคำขอการุณฆมาตด้วยความการุณ หรือการคำขอแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อปฏิเสธการรักษา ผู้ทำคำสั่ง หรือผู้ที่แสดงเจตนาสามารถระบุเพื่อแต่งตั้งตัวแทนที่ถูกระบุไว้ในเอกสาร มีสิทธิ แก้ไข เปลี่ยนแปลง ลงนามในเอกสาร เฉพาะเจาะจงที่มีระบุอำนาจไว้ในทะเบียน แต่จะยกเลิกคำสั่งไม่ได้

การจดทะเบียนจะเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้กับบุคคลใด ๆ ยกเว้นบุคคลที่เขียนตามคำสั่ง นายทะเบียนและบุคคลอื่นที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดูแลและจัดการจดทะเบียน ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่รับผิดชอบในการรักษาบุคคลที่ทำตามคำสั่ง และศาล

ในกรณีบุคคลผู้ทำคำสั่ง หรือผู้แสดงเจตนาอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ปฏิบัติตามคำสั่งได้ เมื่อทารกคลอดออกจากครรภ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เว้นแต่ ผู้ทำคำสั่งจะได้ระบุไว้โดยชัดแจ้งในทะเบียนว่าไม่ประสงค์จะคงการตั้งครรภ์ไว้

คุณสมบัติพยาน และพยานต้องห้าม เป็นเรื่องสำคัญ ที่กฎหมายต่างประเทศกำหนดไว้ อย่างละเอียด ในแบบคำสั่งขอตายด้วยความการุณ และหนังสือแสดงเจตนา โดยหลักพยานจะต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในทรัพย์สินของผู้ทำคำสั่ง หรือผู้แสดงเจตนา พยานจะต้องมีคุณสมบัติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- (1) จะต้องมียังน้อยสองคน บุคคลทั่วไปและนายทะเบียน
- (2) อายุครบ 20 ปีบริบูรณ์
- (3) ไม่เป็นคนวิกลจริต คนไร้ความสามารถ คนเสมือนไร้ความสามารถ
- (4) ไม่เป็นผู้มีสิทธิรับทรัพย์มรดกจากผู้ทำคำสั่งในการเสียชีวิตของผู้ทำคำสั่ง หรือผู้แสดงเจตนา

(5) ไม่ได้รับผลประโยชน์ภายใต้เจตจำนงของผู้ทำคำสั่งหรือผู้แสดงเจตนาหรือนโยบายใด ๆ ของประกันภัย

(6) ไม่มีสิทธิได้รับผลประโยชน์ในเงินของผู้ทำคำสั่งหรือผู้แสดงเจตนาในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลางหรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพอื่น ๆ เมื่อเสียชีวิตของผู้ทำคำสั่งรายนั้น

สำหรับกรณีการประกันชีวิตนั้นเพื่อป้องกันการสับสนหรืออาชญากรรมความไปในทางอื่น กฎหมายจึงควรบัญญัติไว้ให้ชัดแจ้งว่า การใช้สิทธิขอตายด้วยความการุณ หรือกระบวนการคำขอแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อปฏิเสธการรักษาไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย เว้นแต่มีการทำประกันชีวิตภายในหกเดือนก่อนการยื่นคำขอ และไม่ถือว่ามีผู้กระทำให้ผู้ทำให้ตาย เพราะมีประเด็นเรื่องการถูกจำกัดมิให้รับมรดกฐานเป็นผู้ไม่สมควร ในกรณีนี้รู้ว่าใครเป็นผู้ฆ่าเจ้ามรดกแล้วไม่ดำเนินคดีตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1606 “บุคคลดังต่อไปนี้ต้องถูกจำกัดมิให้รับมรดกฐานเป็นผู้ไม่สมควร คือ

(1) ผู้ที่ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่าได้เจตนากระทำ หรือพยายามกระทำให้เจ้ามรดก หรือผู้มีสิทธิได้รับมรดกก่อนตนถึงแก่ความตายโดยมิชอบด้วยกฎหมาย

(2) ผู้ที่ได้ฟ้องเจ้ามรดกหาว่าทำความผิดโทษประหารชีวิตและตนเองกลับต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่า มีความผิดฐานฟ้องเท็จหรือทำพยานเท็จ

(3) ผู้ที่รู้แล้วว่า เจ้ามรดกถูกฆ่าโดยเจตนา แต่มิได้นำข้อความนั้นขึ้นร้องเรียนเพื่อเป็นทางที่จะเอาตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษ แต่ข้อนี้มิให้ใช้บังคับถ้าบุคคลนั้นมีอายุยังไม่ครบสิบหกปีบริบูรณ์ หรือเป็นคนวิกลจริตไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือถ้าผู้ที่ฆ่านั้นเป็นสามีภริยา

หรือผู้บุพการีหรือผู้สืบสันดานของตนโดยตรง...” โดยกฎหมายควรกำหนดให้ถือว่าเป็นการ “ตายโดยธรรมชาติ”

ถึงแม้จะมีกฎหมายที่รับรองสิทธิขอตายด้วยความกรุณา แต่กฎหมายก็ยังเคารพและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐานแบบประคับประคองและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิ อำนาจ หรือหน้าที่ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือบุคคลอื่นใดมีความสัมพันธ์กับการดูแลแบบประคับประคอง อีกด้วย

4) ความรับผิดชอบทางกฎหมายและทางวินัย เป็นประเด็นสำคัญที่ควรจะมีบัญญัติไว้ในกฎหมาย

ในกฎหมาย

เนื่องจากกระบวนการใช้สิทธิขอตายนั้นมีผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการที่จะต้องมีการกำหนดความรับผิดชอบและการยกเว้นความรับผิดชอบไว้อย่างชัดเจน เนื่องการเป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและทรัพย์สินของผู้ป่วยวาระสุดท้าย เนื่องจากการปฏิบัติตามคำสั่งขอตายด้วยความกรุณา หรือการปฏิเสธการรักษาล่วงหน้า นั้น มีผลคือความตายเกิดขึ้น และผู้ที่เกี่ยวข้องนั้น ไม่ใช่เพียงบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ยังมีบุคคลที่เป็นคู่สมรส ญาติพี่น้อง เพื่อน และรวมถึงบุคคลทั่วไปที่อาจมีการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนให้เกิดการกระทำดังกล่าวจนสำเร็จ การยกเว้นความรับผิดชอบทางกฎหมาย และทางวินัยจึงเป็นเรื่องสำคัญ อีกทั้งการกำหนดโทษกับบุคคลที่มีการกระทำที่ไม่สุจริต ก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยกฎหมายปัจจุบัน ยกเว้นความรับผิดชอบแต่บุคลากรทางการแพทย์ และยกเว้นความรับผิดชอบทางกฎหมายเท่านั้น โดยมีแนวทางการยกเว้น และความรับผิดชอบคือ บุคลากรทางการแพทย์ถ้ากระทำการโดยสุจริต และปฏิบัติตามคำสั่งจดทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา จะได้ยกเว้นความรับผิดชอบทางแพ่ง ทางอาญา หรือทางวินัยทั้งปวง รวมถึงบุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์โดยสุจริต ปฏิบัติหรือสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามคำสั่งจดทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา ได้ยกเว้นความรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญา

ในทางกลับกัน ในกรณีที่บุคลากรทางการแพทย์กระทำการโดยสุจริตไม่กระทำการหรืองดเว้นกระทำการตามหน้าที่ทางวิชาชีพตามคำสั่งจดทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนาต้องรับโทษ โดยมีโทษจำคุกและชดใช้ค่าเสียหาย หรือในกรณีที่บุคคลใดแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือขัดขวางการดำเนินการตามคำสั่งจดทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา หรือจงใจทำลาย เปลี่ยนแปลงจัดการ โดยไม่ได้รับอนุญาตในการลงทะเบียนคำสั่งจดทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา ต้องรับโทษ โดยมีโทษจำคุกและชดใช้ค่าเสียหาย

จากการวิเคราะห์สาระสำคัญของการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายดังกล่าวมานั้น การวิจัยจึงได้กำหนดเป็นประเด็นสำหรับการให้ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ได้ร่วมกันออกแบบคำตอบตามประเด็นที่กำหนดไว้โดยใช้วิธีการมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ (Participatory

Design, Co- Design) ตามวิธีวิทยาการวิจัยที่กำหนดไว้ในบทที่ 3 เพื่อเป็นการยืนยันคำตอบของการวิจัย โดยประเด็นที่กำหนดไว้ คือ

(1) สิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยมีสิทธิในการขอตายด้วยความกรุณา

(2) ผู้ขอใช้สิทธิ เฉพาะคนไทย/คนต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยหรืออยู่ต่างประเทศ ประเด็นที่กำหนดไว้นี้ได้นำมาจากรูปแบบสิทธิการขอตายด้วยความกรุณาของต่างประเทศ และการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ได้รับการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิมนุษยชนที่จะเลือกวิถีชีวิตของตนเองตามหลักกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศที่ได้วิเคราะห์มาแล้ว ซึ่งจะเป็นประเด็นที่นำไปสู่การจัดทำการมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-Design) เพื่อให้ประชากรที่มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ได้ร่วมกันออกแบบ ประเด็นอันจะเป็นสาระสำคัญในการนำไปสู่การจัดทำเป็นกฎหมายรองรับต่อไป

บทที่ 5

กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

สิทธิของบุคคลมีตั้งแต่เมื่อคลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารกและสิ้นสุดลงเมื่อตาย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 15 เมื่อมีสภาพบุคคลแล้วย่อมมีสิทธิของบุคคลธรรมดาตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ซึ่งสิทธิที่ได้ตามกฎหมายนั้นจะเป็นสิทธิของบุคคลธรรมดาที่อยู่ในสภาวะปกติ แต่หากกลายสภาพมาเป็นผู้ป่วยหนักที่แพทย์มีความเห็นว่าไม่สามารถจะรักษาให้หายได้ ต้องทนใช้วิธีการรักษาต่าง ๆ เพียงเพื่อชะลอให้มีชีวิตอยู่ได้นานที่สุดเท่าที่จะยื้อได้เท่านั้น โดยไม่ได้คิดถึงผู้ป่วยเลยว่าจะมีความทุกข์ทรมานเพียงใดและมีความต้องการที่จะให้ยื้อชีวิตหรือต้องการจะตาย และแม้ว่าปัญหานี้ทางการแพทย์ของไทยเองจะได้ตระหนักและรับรู้ถึงปัญหาโดยการยอมรับเป็นกฎหมายให้สิทธิแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตที่จะปฏิเสธไม่รับการรักษาก็ตาม แต่ปัญหาก็ยังคงมีอยู่ เนื่องจากขาดรูปแบบและวิธีดำเนินการที่ชัดเจน รวมทั้งการกำหนดสิทธิในการดำเนินการและปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการแสดงเจตนาในสภาวะของการเจ็บป่วย ซึ่งมีความหนักเบาของอาการเจ็บป่วยแตกต่างกันซึ่งบางกรณีอาจเจ็บป่วยเรื้อรัง จนยากต่อการรักษาให้หายเป็นปกติได้ หรือมีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด หรือป่วยหนักจนเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต (Last State of Life)” การเจ็บป่วยนี้หากเป็นอาการที่พอจะรักษาให้หายขาดได้ย่อมเป็นธรรมดาของการรักษาพยาบาลและความต้องการของครอบครัวที่ประสงค์จะให้มีการรักษาพยาบาล แต่หากเจ็บป่วยถึงขนาดทางการแพทย์ก็ไม่รับรองว่าจะรักษาพยาบาลได้ คงใช้วิธีการชะลอชีวิตไว้จนกว่าจะสิ้นชีวิต ซึ่งในกรณีเช่นนี้ ย่อมเป็นปัญหาในการดำเนินการของผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะตัดสินใจยื้อชีวิตให้อยู่ต่อไปหรือจะยกเลิกหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล

ปัญหาดังกล่าวนี้เกี่ยวข้องกับสิทธิต่าง ๆ ที่พึงมีของผู้ป่วยเอง ครอบครัวของผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ที่จะดำเนินการได้ ทั้งนี้ เพราะหากมีการดำเนินการใด ๆ เกิดขึ้นแล้วอาจจะกระทบต่อสิทธิของทุกฝ่ายด้วยข้อจำกัดบางประการ ดังได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 4 ดังนี้ การวิจัยจึงได้นำเอาการสร้างกลไกทางกฎหมายที่ชัดเจนที่มีโครงสร้างของกฎหมายที่ประกอบไปด้วยการรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยและการอนุญาตให้บุคคลใช้สิทธิในการขอตายด้วยความกรุณา การกำหนดและวิธีการในการ โอนและแต่งตั้งบุคคลเพื่อทำการแทนและตัดสินใจแทนผู้ป่วยหลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนาเพื่อให้เป็นแบบตามกฎหมาย และองค์ประกอบและ

เงื่อนไขการยกเว้นความรับผิดชอบทางกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุข จะทำให้เกิดความชัดเจนในการคุ้มครองสิทธิรวมถึงส่งผลต่อการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบของกฎหมายที่รับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยรวมทั้งความรับผิดชอบและการยกเว้นความรับผิดชอบทางกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุขนั้น การวิจัยได้วิเคราะห์มาแล้วจนกระทั่งได้โครงสร้างของกฎหมายตามที่ได้วิเคราะห์มาในบทที่ 4 มาเป็นประเด็นนำไปสู่การจัดทำการมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-Design) ซึ่งเป็นวิธีวิทยาการวิจัยที่กำหนดไว้ในบทที่ 3 เพื่อให้ประชากรผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ได้ร่วมกันออกแบบประเด็น โครงสร้างสาระสำคัญของกฎหมาย และเพื่อที่จะยืนยันว่าโครงสร้างกฎหมายที่ได้มาจากการวิจัยนั้นมีความถูกต้องมากน้อยเพียงใดเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เป็นโครงสร้างกฎหมายที่มีประเด็นนำไปสู่การจัดทำเป็นกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co –Design)

“กฎหมายที่ดีควรคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสามารถบังคับใช้ได้จริง” (สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ และ พราวพรรณราย มัลลิกะมาลย์ (2555) กับ สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ และคณะ (2555)) ศาสตราจารย์ ดร. สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ ได้นำเอาแนวคิดการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีนี้ไปประยุกต์ใช้กับงานวิจัย ทำให้ได้คำตอบที่เกิดจากความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย รวมถึงการปรับปรุงแก้ไขหรือจัดทำร่างกฎหมาย ตลอดจนการมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-Design) เป็นวิธีการวิธีวิทยาการวิจัยที่กำหนดไว้ในบทที่ 3 วิธีวิทยาการวิจัยที่กำหนดให้ประชากรผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ได้มีส่วนร่วมกันออกแบบประเด็นที่จะนำไปปรับปรุงแก้ไข ซึ่งการวิจัยได้คำตอบเป็นประเด็นกฎหมายที่เป็นแบบโครงสร้างและสาระสำคัญของบทบัญญัติกฎหมายที่จะพัฒนาเป็นกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมาแล้วดังวิเคราะห์ไว้ในบทที่ 4 โดยการมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-Design) มีกระบวนการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 ขั้นตอนการเตรียมการ

เป็นขั้นตอนของการเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินการจัดทำ Co-Design ประกอบด้วย

1) การกำหนดประชากรร่วมออกแบบ เป็นกลุ่มประชากรผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการมีส่วนร่วมในการออกแบบ โครงสร้างกฎหมาย ว่าด้วยกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งเป็นประชากรกลุ่ม Co-Design รวมทั้งสิ้น จำนวน 16 คน แยกออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มนักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ จำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ดูแลและญาติ จำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 4 กลุ่มนักจิตวิทยา จำนวน 4 คน



ภาพประกอบที่ 5.1 การจัดทำ Co-Design

ประชากรผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มเฉพาะทั้ง 4 กลุ่ม แยกออกเป็นประชากรผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มเฉพาะ กับ ประชากรผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มผสม

ประชากรผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มเฉพาะ หมายถึง ประชากรผู้มีส่วนได้เสียที่มีประสบการณ์หรือมีหน้าที่เฉพาะในแต่ละด้านที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต มีทั้งหมด 4 กลุ่ม กลุ่มละ 4 คน ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มนักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ดูแลและญาติ

กลุ่มที่ 3 กลุ่มประชาชนทั่วไปและผู้สูงวัย
 กลุ่มที่ 4 กลุ่มนักจิตวิทยา



ภาพประกอบที่ 5.2 การจัดทำ Co-Design (ประชากรกลุ่มเฉพาะ)

ประชากรผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มผสม คือ ประชากรผู้มีส่วนได้เสียที่มาจากกลุ่มเฉพาะ
 แยกมากลุ่มละ 1 คน เพื่อผสมรวมเป็น 4 คน ต่อ 1 กลุ่ม ดังนั้น แต่ละกลุ่มผสม จึงประกอบด้วย
 นักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ กลุ่มผู้ดูแลและญาติ กลุ่มประชาชนทั่วไปและผู้สูงวัย
 และ กลุ่มนักจิตวิทยา



ภาพประกอบที่ 5.3 การจัดทำ Co-Design (ประชากรกลุ่มผสม)

การจัดให้มีประชากรผู้มีส่วนได้เสียในกลุ่มเฉพาะที่มีตำแหน่ง ประสบการณ์ และ การปฏิบัติงานในระดับ เดียวกัน ได้มีการอภิปรายร่วมกันในหัวข้อประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ โครงสร้างกฎหมายว่าด้วยกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ใน โครงสร้างกฎหมายจึงมีความคิดเห็นที่ไม่แตกต่างกันนัก ส่วนประชากรผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มผสม มี ตำแหน่ง ประสบการณ์ และการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันเมื่อได้ร่วมกันอภิปรายอาจจะมีความคิดเห็นที่ แตกต่างกันตามแต่ประสบการณ์ของแต่ละคนแต่ก็ต้องมีข้อสรุปของกลุ่มผสม

2) การจัดเตรียมสถานที่จัดทำ Co-Design

โดยเหตุที่กำหนดประชากรออกเป็น 4 กลุ่ม สถานที่จึงต้องแยกเป็น 4 โต๊ะห่างจากกัน เพื่อไม่ให้การร่วมแสดงความคิดเห็นของแต่ละกลุ่มรบกวนกัน แต่อยู่ในห้องเดียวกัน จึงจำเป็นที่ จะเป็นห้องขนาดใหญ่ ซึ่งการวิจัยนี้ได้ใช้ ห้องคอนเวนชัน ชั้น 1 ชั้น 4 อาคาร 11 (40 ปี ศรีปทุม) เลขที่ 2410/2 ถนนพหลโยธิน แขวงเสนานิคม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900 เนื่องจากเป็นพื้นที่ ในกรุงเทพมหานครที่มีโรงพยาบาลจำนวนมาก และประชากรผู้มีส่วนได้เสียทั้งกลุ่มเฉพาะและ กลุ่มผสมร่วมจัดทำ Co-Design มีความสะดวกในการเดินทาง

3) การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดทำ Co-Design

ผู้วิจัยจัดเตรียมกระดาษแผ่นใหญ่และเครื่องเขียนสำหรับเขียนคำตอบจากมติของแต่ละกลุ่ม พร้อมแท่นที่ตั้งเพื่อใช้ในการจดประเด็นคำตอบของแต่ละกลุ่มเพื่อนำเสนอต่อที่ ประชุมกลุ่มรวม

4) การจัดเตรียมเลขานุการกลุ่ม เพื่อทำหน้าที่ในการบันทึกมติของที่ประชุมกลุ่ม



ภาพประกอบที่ 5.4 เลขานุการกลุ่มประชากรเฉพาะและประชากรผสม

1.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

การดำเนินการแบ่งเป็น 2 ช่วง

ช่วงเช้าเป็นการจัดทำ Co-Design กลุ่มเฉพาะ การวิจัยใช้เวลาดำเนินการประมาณ 2 ชั่วโมง มีการดำเนินการ ดังนี้

- กลุ่มเฉพาะทั้ง 4 กลุ่มเลือกผู้แทนกลุ่มที่จะทำหน้าที่รายงานผลจากข้อตกลงของกลุ่มต่อกลุ่มอื่น ๆ เมื่อเสร็จสิ้นการร่วมทำ Co-Design

- ผู้วิจัยนำเสนอวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการจัดทำ Co-Design ประเด็นในการอภิปรายของประชากร Co-Design ที่เป็นประเด็นจากการวิเคราะห์ในบทที่ 4 เพื่อเป็นแนวทางการ อภิปราย แต่ไม่จำกัดว่าในการอภิปรายจะต้องยึดตามประเด็นเหล่านั้น ประชากรกลุ่มเฉพาะสามารถที่จะนำประเด็นอื่น ๆ ที่คิดว่าเหมาะสมมาอภิปรายได้

คำตอบที่ได้มาจากการอภิปรายในกลุ่มเฉพาะแต่ละกลุ่มเมื่อมีการนำเสนอต่อที่ประชุม แล้วถือว่าเป็นการเสร็จสิ้นการดำเนินการมีส่วนร่วมออกแบบของประชากรกลุ่มเฉพาะซึ่งจะเป็นข้อมูลเพื่อการวิจัยซึ่งได้นำไปสู่การวิเคราะห์ต่อไป (ดูภาพประกอบที่ 5.5)



ภาพประกอบที่ 5.5 การนำเสนอผลจากการทำ Co-Design กลุ่มเฉพาะ

ช่วงบ่าย เป็นการจัดทำ Co-Design กลุ่มผสม การวิจัยใช้เวลาดำเนินการประมาณ 2 ชั่วโมง มีการดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มเฉพาะ

1.3 ประเด็นการทำ Co-Design โครงสร้างกฎหมายเพื่อจัดทำเป็นกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

จากการวิเคราะห์ในบทที่ 4 ได้คำตอบของโครงสร้างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบกฎหมายในการรับรองและคุ้มครองสิทธิขอตายแบบการุณฆมาตเชิงรุก (Active Euthanasia) และแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) ที่เป็นไปเพียงยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เพื่อให้เป็นแนวทางสำหรับประชากรทั้งกลุ่มเฉพาะและกลุ่มผสมได้ร่วมกันอภิปราย ซึ่งอาจจะยึดหรือไม่ยึด ตามประเด็นเหล่านี้ก็ได้ หรืออาจมีการเพิ่มเติมบางประเด็นก็ได้

จากโครงสร้างกฎหมายดังกล่าวนี้ การวิจัยได้นำเอาประเด็น โครงสร้างกฎหมายไปสู่การจัดทำการมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ โดยกำหนดเป็นประเด็น 8 ประเด็น ดังนี้

สิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย มีสิทธิในการขอตายด้วยความกรุณา

1) ถ้ามีสิทธิกฎหมายควรรับรองสิทธิการขอตายด้วยความกรุณา สิทธิขอตายด้วยความกรุณาควรมีแบบใด

- แบบการุณฆมาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือ
- แบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) หรือ

- แบบการปฏิเสธการรักษา (Refuse Treatment) หรือ
- ทั้งหมดทุกแบบ

2) ผู้ขอใช้สิทธิ เฉพาะคนไทย/คนต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยหรืออยู่ต่างประเทศ

3) หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนา

- หลักเกณฑ์ในเรื่องอายุของผู้ป่วยที่ต้องการแสดงเจตนา
- ผู้ที่ตัดสินใจในเรื่องความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย

4) แบบแห่งพินัยกรรมชีวิต

- เป็นเอกสารราชการ
- จดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่
- หน่วยงานรับจดทะเบียน

- จดทะเบียนในขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

5) พยานพินัยกรรมชีวิต

- พยานต้องบรรลุนิติภาวะ

- จำนวนพยาน

- ผู้เป็นพยาน (เช่น แพทย์ที่ไม่ได้ทำการรักษาพยาน)

6) พยานต้องห้าม

- เป็น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย

- เป็นผู้รับมรดกในฐานะทายาทโดยธรรม

- เป็นผู้รับผลประโยชน์จากประกันของผู้ป่วย

- มีผลประโยชน์ในเงินของผู้ป่วยที่อยู่ในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือกองทุนอื่น

ของผู้ป่วย

- แพทย์เจ้าของไข้

- พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย

7) กรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต

- อยู่ในสภาวะวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และไม่มีสติสัมปชัญญะในการตัดสินใจได้เอง

- ผู้ตัดสินใจแทน เป็น

(1) คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย

(2) แพทย์ที่รักษาพยาบาล กรณีที่ไม่พบคู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้

เสีย โดยคำนึงถึง จรรยาบรรณแพทย์ และประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

โดยมีคณะกรรมการจริยธรรม พิจารณาก่อนดำเนินการตามคำขอสิทธิการขอตาย

8) ข้อยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย

1.4 ผลการทำ Co-Design ประชากรกลุ่มเฉพาะ

ประชากรกลุ่มเฉพาะทั้ง 4 กลุ่มได้อภิปรายร่วมกันในประเด็นที่กำหนดไว้เพื่อหาคำตอบที่จะเป็นรูปแบบของโครงสร้างกฎหมายว่าด้วยกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อนำคำตอบที่ได้ไปวิเคราะห์และจัดทำเป็นกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และได้คำตอบแยกตามประเด็น ดังนี้

**ประเด็นที่ 1 สิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย
มีสิทธิในการขอตายด้วยความกรุณา**

คำตอบที่ได้มา มีดังนี้

กลุ่มเฉพาะ 1 นักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ

ประชากรกลุ่มเฉพาะนี้ให้คำตอบว่าประชากรกลุ่มนี้มีความเห็นว่าเป็นไม่เห็นด้วยแบบเชิงรุก แต่เห็นด้วยกับรูปแบบที่ 2 และ 3 (การตายโดยธรรมชาติ) ซึ่งประชากรกลุ่มนี้เห็นว่าการตายโดยธรรมชาติเป็นวิธีการที่สามารถทำให้ผู้ป่วยไปด้วยความสงบไม่เป็นการฝืนธรรมชาติ ดังนั้นกลุ่มเฉพาะนี้จึงมีความเห็นให้ใช้วิธีการตายโดยธรรมชาติแบบการฆ่าตัวตาย ภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) และ/หรือ แบบการปฏิเสธการรักษา (Refuse Treatment)

กลุ่มเฉพาะ 2 ผู้ดูแลและญาติ

ประชากรกลุ่มเฉพาะนี้เห็นด้วยเกี่ยวกับสิทธิที่มีทั้งหมด 3 รูปแบบ แต่ส่วนใหญ่กลุ่มผู้ดูแลและญาติเลือกแบบที่สอง คือ แบบฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) ซึ่งในกลุ่มนี้มองว่าเป็นการใช้สิทธิในลักษณะปานกลาง ซึ่งตัวผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจได้เอง แต่ว่าการตัดสินใจและตรงนี้มันจะต้องมีคนมากลั่นกรองอีกทีหนึ่ง ซึ่งคนกลั่นกรองภายใต้การช่วยเหลือของแพทย์ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ว่าเป็นการแตกต่างจากการตัดสินใจฆ่าตัวตาย ในกรณีทั่วไป ซึ่งอย่างน้อยก็ยังมีวิทยาการทางการแพทย์มาเป็นตัวช่วยกำกับอีกชั้นหนึ่ง

กลุ่มเฉพาะ 3 ประชาชนทั่วไปและผู้สูงวัย

ประชากรกลุ่มเฉพาะนี้เห็นด้วยในการขอตายตามกฎหมายใน 3 รูปแบบการการุณยฆาต คือ การการุณยฆาตเชิงรุก หรือการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ หรือ จะเป็นเรื่องของการปฏิเสธการรักษา

กลุ่มเฉพาะ 4 นักจิตวิทยา

ประชากรกลุ่มนี้ เห็นด้วยกับสิทธิทุกรูปแบบ โดยแต่ละรูปแบบต้องมีเงื่อนไขเฉพาะเจาะจงลงไป โดยใช้ผลการประเมิน “ผลกระทบทางด้านจิตใจ” ทั้งนี้ หมายถึงสภาพจิตใจของผู้ตัดสินใจและสภาพจิตใจของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจครั้งนี้

สรุปในข้อนี้คือ มีได้ทุกรูปแบบ แต่ควรที่จะมีเกณฑ์ประเมินแต่ละรูปแบบลงไป ในเบื้องต้นจำกัดเฉพาะคนไทยก่อน แต่ในอนาคตถ้ากฎหมายประเทศไทยมีเสถียรภาพมากเพียงพอ อาจเปิดโอกาสให้คนต่างประเทศเข้ามาได้ (ในแง่ธุรกิจหรืออื่น ๆ)

สำหรับประเด็นสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย มีสิทธิในการขอตายของกลุ่มประชากรกลุ่มเฉพาะทั้ง 4 กลุ่ม นี้ สรุปได้ว่า ทั้ง 4 กลุ่ม เห็นสอดคล้อง

ต้องกันกับรูปแบบที่ 2 คือ รูปแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ มีประชากรกลุ่มนักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ และประชากรกลุ่มประชาชนทั่วไปและผู้สูงวัย ที่เห็นด้วยกับรูปแบบที่ 3 คือ รูปแบบการปฏิเสธการรักษา และมีเพียงประชากรกลุ่มนักจิตวิทยา ที่เห็นด้วยทั้ง 3 รูปแบบ

ประเด็นที่ 2 ผู้ขอใช้สิทธิ (เฉพาะคนไทย คนต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยหรืออยู่ต่างประเทศ)

คำตอบที่ได้มา มีดังนี้

กลุ่มเฉพาะ 1 นักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ

ประชากรกลุ่มเฉพาะนี้ให้คำตอบว่า เห็นว่าควรเป็นเฉพาะสัญชาติไทยเท่านั้น แต่หากจะให้คนต่างชาติ ก็ควรมีกฎหมายระหว่างประเทศรองรับ

กลุ่มเฉพาะ 2 ผู้ดูแลและญาติ

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับกรณีผู้ขอใช้สิทธิ คือ มองตามหลักกฎหมายทั่วไป ถ้าเกิดร่างกฎหมายสามารถบังคับใช้ กฎหมายไทยจะบังคับใช้ภายใต้ราชอาณาจักรอยู่แล้ว คนไทยสามารถใช้สิทธิในการการุณฆาตได้ แต่ในขณะเดียวกันหากพิจารณาไปถึงคนต่างชาติด้วย โดยคนต่างชาติที่จะเข้ามาใช้สิทธิมองเป็น 2 กรณี คือ คนต่างชาติที่มีภูมิลำเนาในราชอาณาจักรไทย ไม่น้อยกว่าห้าปีและมีคู่สมรสโดยชอบด้วยกฎหมาย

และกรณีให้ระยะเวลา 5 ปี เพื่อป้องกันการที่ชาวต่างชาติ อย่างกรณีที่คนออสเตรเลียบินไปที่สนามบินรัฐสวิต เพื่อที่จะมาใช้สิทธิการการุณฆาต กรณีเช่นนี้ทางกลุ่มนี้ไม่เห็นด้วยกับการที่ชาวต่างชาติคนอื่นมาใช้สิทธิการการุณฆาตในประเทศไทย เพราะเป็นการสร้างภาระให้กับประเทศ แต่ถ้าจะไม่ให้คนต่างชาติมาเลยก็ไม่ได้ ดังนั้น การเปิดโอกาสให้คนต่างชาติเข้ามา ก็ต้องเข้าเงื่อนไข ก็คือมีภูมิลำเนาอยู่ในประเทศ 5 ปี และมีคู่สมรส โดยคู่สมรสจะต้องชอบด้วยกฎหมายด้วยเพื่อป้องกันพวกประเภท One Night Stand หรือ กรณีมาเพื่อต้องการใช้สิทธินี้โดยเฉพาะ

กลุ่มเฉพาะ 3 ประชาชนทั่วไปและผู้สูงวัย

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับผู้ขอใช้สิทธิแต่ต้องอยู่ภายใต้กฎหมายไทย และกรณีชาวต่างชาติที่ไม่ใช่คนไทยก็น่าจะได้เพราะถือว่าเป็นสิทธิสากลที่ทุกคนย่อมมีสิทธิใช้หลักนี้ เพราะฉะนั้นเมื่อ สมพันธ์รัฐสวิต เปิดโอกาสให้คนไทยเข้าไปตายที่นั่นได้ ประเทศไทยควรจะอนุญาตเช่นกันเพราะหลักเกณฑ์ดังกล่าวควรจะเป็นหลักสากล

กลุ่มเฉพาะ 4 นักจิตวิทยา

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยให้ในเบื้องต้นจำกัดเฉพาะคนไทยก่อน แต่ในอนาคตถ้ากฎหมายประเทศไทยมีเสถียรภาพมากเพียงพอ อาจเปิดโอกาสให้คนต่างประเทศเข้ามาได้ (ในแง่ธุรกิจหรืออื่น ๆ)

สำหรับประเด็นผู้ขอใช้สิทธิประชากรทั้ง 4 กลุ่มเห็นตรงกันว่าในช่วงแรกควรให้สิทธิคนไทยก่อน เมื่อมีกฎหมายมีความชัดเจนและใช้หลักสากลรองรับก็สามารถให้ผู้ใช้สิทธิเป็นชาวต่างชาติได้

ประเด็นที่ 3 หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนา

คำตอบที่ได้มา มีดังนี้

กลุ่มเฉพาะ 1 นักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับหลักเกณฑ์ในเรื่องอายุของผู้ป่วยที่ต้องการแสดงเจตนา ควรบรรลุนิติภาวะทั้งการสมรสและโดยอายุ จึงสามารถทำได้ ผู้ตัดสินใจเรื่องความรุนแรงของการเจ็บป่วย ควรกำหนดเป็นกฎหมายเพื่อเป็นกรอบสำหรับการใช้ดุลยพินิจ อาจมีการเขียนกฎหมายกำหนดปลายเปิดไว้สำหรับ โรคใหม่ หรืออุบัติเหตุ จากคณะกรรมการหรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์วินิจฉัย

กลุ่มเฉพาะ 2 ผู้ดูแลและญาติ

ประชากรกลุ่มนี้ เห็นด้วยกับการมี แต่ยังคงถกเถียงกันใน 3 กลุ่มอายุ คือ 15 ปี 18 ปี และ 20 ปี ซึ่งภายในกลุ่มมีมติว่า ใช้กับเกณฑ์ตามการแสดงถึงการทำพินัยกรรมกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ คือ 15 ปีบริบูรณ์และไม่มีข้อยกเว้น

กลุ่มเฉพาะ 3 ประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุ

ประชากรกลุ่มนี้ไม่เห็นด้วยกับการกำหนดหลักเกณฑ์ในเรื่องอายุของผู้ป่วยที่ต้องการแสดงเจตนา

ส่วนประเด็นเรื่องของผู้ตัดสินใจเรื่องความรุนแรงของทางเจ็บป่วย ทางกลุ่มเห็นด้วยกับการให้หมอเป็นผู้ตัดสินใจแต่ต้องไม่ใช่หมอกคนเดียวในการตัดสินใจ ควรเป็นเป็นองค์คณะทางการแพทย์

กลุ่มเฉพาะ 4 นักจิตวิทยา

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับการกำหนดหลักเกณฑ์ กรณี อายุ (ตามกฎหมาย) ผู้ป่วยที่สามารถแสดงเจตนาควรมีอายุ 18 ปีขึ้นไป แต่ควรมีการประเมินความพร้อมในการตัดสินใจด้วย เพราะบางรายพัฒนาการ หรือการตัดสินใจอาจไม่ได้เป็นไปตามอายุที่แท้จริง และผู้ประเมินความพร้อม ควรเป็นสหวิชาชีพที่ผ่านการฝึกสำหรับการประเมินผลเรื่องนี้โดยตรง ซึ่งในการทำงานด้านจิตวิทยาโดยเฉพาะนักจิตบำบัดจะมีเกณฑ์การเรียน การสอน และการสอบในการประเมินต่าง ๆ เหมือนกัน ไม่ใช่ว่านักจิตวิทยาทุกคนจะสามารถประเมินได้ ซึ่งแบบประเมินควรมีการออกแบบเพื่อประเมินความพร้อมโดยตรง

นอกจากนี้ ควรมีการประเมินผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจ ยุติกรรมมาจาก ความเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตอีกด้วย

ประชากรทั้ง 4 กลุ่มเห็นสอดคล้องกันในประเด็นการกำหนดหลักเกณฑ์และรูปแบบ วิธีการแสดงเจตนาให้มีการกำหนดอายุของผู้ป่วยที่ต้องการแสดงเจตนา และให้กำหนดอายุ ของผู้ที่ตัดสินใจในเรื่องความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย

ประเด็นที่ 4 แบบแห่งพินัยกรรมชีวิต

คำตอบที่ได้มา มีดังนี้

กลุ่มเฉพาะ 1 นักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับการเสนอเป็นแบบการแสดงเจตนาการุณยฆาต ไม่ให้ใช้ คำว่าพินัยกรรม เพราะอาจเกิดความทับซ้อนและเข้าใจผิดได้ กรณีมีสติสัมปชัญญะหรือไม่ป่วย ควรจดทะเบียนต่อเจ้าพนักงาน อาจเป็นหน่วยงานองค์กร เช่น เขต หรือ อำเภอ

กรณีมีอาการของโรคหรือเข้าเงื่อนไข

การสิ้นสุดสภาพบุคคลแบบมีชีวิต ให้ร้องต่อศาลวินิจฉัยสภาพบุคคล โดยมีเงื่อนไข คือ ผู้ร้อง ตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด และผู้มีส่วนได้เสีย ซึ่งในการร้องล้มละลาย ศาลที่มีอำนาจตรวจสอบ ควรเป็นศาลเฉพาะ มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกันกรอง

กลุ่มเฉพาะ 2 ผู้ดูแลและญาติ

ประชาชนกลุ่มนี้ เห็นด้วยกับแบบแห่งนิติกรรมที่เทียบเคียงกับแบบประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ที่จะมีแบบธรรมดา แบบลับ แบบเอกสารเฉพาะ และแบบเอกสารฝ่ายเมือง กลุ่มนี้เห็นว่าควรใช้แบบพินัยกรรมเอกสารฝ่ายเมืองเท่านั้น และต้องมีเอกสารประเมิน ความรุนแรงของโรคที่เป็นผู้ดูแลและผู้ตัดสินใจเรื่องโรค หรือหากยังไม่ได้เป็นผู้ป่วย ไม่มีโรคประจำตัว ต้องการแสดงเจตนาในการทำพินัยกรรมชีวิต สามารถทำได้ให้เจ้าหน้าที่รับรอง มีพยาน 2 คน เป็นผู้ดูแล ให้เรียบร้อย ทำได้เช่นเดียวกับการแสดงเจตนาบริจากร่างกายเมื่อเราตายไปแล้วให้กับ โรงพยาบาลเป็นต้น

กลุ่มเฉพาะ 3 ประชาชนทั่วไปและผู้สูงวัย

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับการประเด็นแบบพินัยกรรมชีวิต คือ ทำตามแบบทางการ และไม่เป็นทางการ แบบทางการควรเป็นเอกสารลายลักษณ์อักษร ใช้ตามแบบประมวลกฎหมายแพ่ง ทั่วไปและควรมีพยานบรรลุนิติภาวะ

กลุ่มเฉพาะ 4 นักจิตวิทยา

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับการทำเป็นเอกสารราชการ โดยจดทะเบียนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง และเห็นควรให้มีการสร้างกระทรวงขึ้นมา “กระทรวงแห่งความตาย”

ในการดูแลรับผิดชอบเรื่องนี้โดยเฉพาะเป็นองค์กรที่รับผิดชอบเรื่องการการุณยฆาตโดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านกฎหมาย แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เข้ามาทำงานร่วมกัน

การสร้างองค์กร เพื่อไม่ให้โยนความรับผิดชอบไปหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ประชากรทั้ง 4 กลุ่มเห็นสอดคล้องกันให้ทำเป็นแบบแห่งพันธกรรมชีวิตให้เป็นเอกสารราชการจดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ มีหน่วยงานรับจดทะเบียน และจดทะเบียนในขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ประเด็นที่ 5 พยานพันธกรรมชีวิต

คำตอบที่ได้มา มีดังนี้

กลุ่มเฉพาะ 1 นักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับเหตุผลจาก ข้อ 4

กลุ่มเฉพาะ 2 ผู้ดูแลและญาติ

ประชาชนกลุ่มนี้เห็นด้วยในเรื่องของพยานควรมีพยานอย่างน้อย 2 คน แต่ควรมีคนที่สามที่เป็นแพทย์เพื่อเป็นการยืนยันว่าคุณทำพันธกรรมนี้ในขณะที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน จึงนำแพทย์มาเป็นคนที่ 3 ทำให้พันธกรรมมีความสมบูรณ์แบบมากขึ้น

กลุ่มเฉพาะ 3 ประชาชนทั่วไปและผู้สูงวัย

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับการจำนวนพยานควรเป็นสองคนเพื่อเป็นพยานเป็นใครก็ได้ที่ไม่ใช่แพทย์ กลุ่มต้องการให้เป็นบุคคลภายนอกเพื่อมาถ่วงดุลการทำสัญญาเท่านั้น

กลุ่มเฉพาะ 4 นักจิตวิทยา

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับการมีเจ้าหน้าที่ที่รับหน้าที่เรื่องนี้โดยตรง จากองค์กรที่รับผิดชอบข้อ 4 อาจเป็นนักจิตวิทยา แพทย์ที่อยู่ในองค์กร และต้องมีพระราชบัญญัติคุ้มครองความรับผิดชอบละเมิดของเจ้าหน้าที่มารับรองด้วย จำนวนพยานเป็นไปตามกฎหมาย

จากคำตอบของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้ง 4 กลุ่มมีความเห็นตรงกันในพยานพันธกรรมชีวิต พยานต้องบรรลุนิติภาวะ จำนวนพยานควรมีอย่างน้อย 2 คน จะมีในบางกรณีหากมีพยาน 3 คน ควรเป็นแพทย์

ประเด็นที่ 6 พยานต้องห้าม

คำตอบที่ได้มา มีดังนี้

กลุ่มเฉพาะ 1 นักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยเหตุผลจาก ข้อ 4 คือ พยานต้องห้ามต้องเป็นพยานที่ไม่มีผลประโยชน์ในเงินของผู้ป่วยที่อยู่ในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือกองทุนอื่นของผู้ป่วย

กลุ่มเฉพาะ 2 ผู้ดูแลและญาติ

ประชากรกลุ่มนี้เห็นว่าพยานต้องห้ามไม่ควรเป็นญาติผู้ใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นผู้สมรส ผู้มีส่วนได้เสีย เพราะว่าขนาดพินัยกรรมธรรมดาในเรื่องทรัพย์สินยังต้องห้ามในเรื่องของผู้รับมรดก หรือผู้สมรสของผู้รับในการมาเป็นพยานในพินัยกรรม เพราะฉะนั้นพินัยกรรมชีวิตก็ไม่ควรนำมา แต่สุดท้ายทางกลุ่มได้ข้อสรุปว่าพินัยกรรมชีวิตที่จัดทำนั้น บางคนไม่ได้ป่วย บางคนก็มีสุขภาพที่แข็งแรง ก็ยังไม่รู้ด้วยซ้ำว่าใครจะไปก่อนใคร เพราะฉะนั้นคนที่ดูแลและคนที่คอยเตือนสติ เราได้ดีที่สุดก็คือคนที่อยู่ใกล้ชิด คนดูแล เพราะฉะนั้นบุคคลตามข้อหนึ่ง คือ ผู้สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย ก็ไม่ควรที่จะต้องห้ามที่จะให้เขามาเป็นพยาน เช่น ถ้าเกิดเราจะทำพินัยกรรมชีวิตเราต้องการให้แม่เป็นพยานโดยไปทำพินัยกรรมที่อำเภอคนที่ให้ข้อคิดและเตือนสติได้มากที่สุด ก็จะเป็นญาติผู้สมรสผู้ใกล้ชิดจึงเห็นว่าในเรื่องของพยานต้องห้ามไม่ควรต้องห้าม

ในส่วนบิดามารดา ผู้สมรส ผู้ดูแลผู้ป่วยจากที่กล่าวไปตอนต้นแล้วว่าจะสามารถทำพินัยกรรมชีวิตได้ไม่ใช่เฉพาะคนป่วยเท่านั้น คนที่ร่างกายแข็งแรงก็สามารถทำได้ เพราะฉะนั้นถ้าเราแข็งแรงอยู่เราจะมีแพทย์เจ้าของไข้ได้อย่างไร ดูแลเราได้อย่างไร มันก็จะเป็นเพียงแค่ว่าคุณหมอที่คอยให้คำปรึกษาเฉพาะเท่านั้นหากเราต้องการคุณหมอที่จะมาเป็นพยานว่า เพียงแค่ว่าในการลงลายมือชื่อทำพินัยกรรมแล้ว มีสติสัมปชัญญะเท่านั้น

กลุ่มเฉพาะ 3 ประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุ

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับพยานต้องห้ามตามที่ผู้วิจัยเสนอ

กลุ่มเฉพาะ 4 นักจิตวิทยา

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับพยานต้องห้ามตามที่ผู้วิจัยเสนอ

จากคำตอบของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้ง 4 กลุ่มมีความเห็นตรงกันในพยานต้องห้ามไม่ควรเป็นพยานที่เป็นผู้สมรส ลูก หลาน ญาติ และผู้มีส่วนได้เสีย

ประเด็นที่ 7 กรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต

คำตอบที่ได้มา มีดังนี้

กลุ่มเฉพาะ 1 นักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับการไม่ได้ทำพินัยกรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งพาณิชย์ จึงไม่มีปัญหาในหัวข้อนี้

กลุ่มเฉพาะ 2 ผู้ดูแลและญาติ

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับกรณีที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตเนื่องจากพินัยกรรมชีวิตควรจะมีความสำคัญมากกว่าพินัยกรรมในเรื่องของทรัพย์สิน เพราะถือเป็นนิติกรรมที่ชี้เป็นชี้ตาย

เพราะฉะนั้น คนที่ตัดสินใจในนาที่นั้นในการทำพินัยกรรมชีวิตควรจะเป็นแค่เจ้าของสิทธิคือตัวเราเองที่แท้จริงเพียงเท่านั้นในการตัดสินใจตาย

กลุ่มเฉพาะ 3 ประชาชนทั่วไปและผู้สูงวัย

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับผู้วิจัยเสนอเพิ่มเติมแพทย์ที่ตัดสินใจควรเป็นองค์คณะไม่ควรให้สิทธิการตัดสินใจเพียงคนเดียว

กลุ่มเฉพาะ 4 นักจิตวิทยา

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับการให้ทายาทตามกฎหมาย เป็นผู้ตัดสินใจแทนและต้องมีการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์และสังคมด้วย และมีความเห็นเพิ่มเติมว่าในฐานะที่ทำงานในโรงพยาบาลกับผู้ป่วยระยะประคับประคอง มันจะมีเอกสาร NR ในการเซ็น (เอกสารไม่พินินชีพ) แต่เอกสารนี้ไม่ได้หมายความว่าหมอจะไม่ทำการรักษา หรือปล่อยให้คนไข้เสียชีวิต ในหลาย ๆ ครั้ง คนไข้จะลงนามในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ หรือญาติคนไข้หลังจากนั้นไปแล้ว กรณีนี้ไม่ใช่การการุณฆมาต แต่เป็นการรับทราบไว้ว่า หากเกิดเหตุการณ์นี้ คนไข้ ญาติคนไข้ ต้องการให้หมอทำอะไร กรณีที่คนไข้มีภาวะต้องเจาะคอ คนไข้ยอมให้หม้อทำหรือไม่ หรือกรณีหม้อให้ยาที่มีฤทธิ์ต่อการหายใจ คนไข้ยอมรับหรือไม่

จากคำตอบของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้ง 4 กลุ่มมีความเห็นตรงกันในกรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตหากต้องตกอยู่ในสภาวะวาระสุดท้ายของชีวิตผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนเป็นคู่สมรส ลูก หลาน ญาติ คณะแพทย์ มีเพียงกลุ่มผู้ดูแลและญาติเท่านั้นที่ให้การตัดสินใจอยู่กับผู้ป่วย

ประเด็นที่ 8 ข้อยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย

คำตอบที่ได้มา มีดังนี้

กลุ่มเฉพาะ 1 นักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยในประเด็นการยกเว้นความรับผิดชอบมีการออกแบบให้มีการจดทะเบียนต่อเจ้าพนักงานและการร้องขอต่อศาล ข้อยกเว้นความรับผิดชอบต้องเป็นไปตามกฎหมาย หากทำตามที่เป็นกฎหมายกำหนด ถือว่าไม่มีความผิด

กลุ่มเฉพาะ 2 ผู้ดูแลและญาติ

ประชากรกลุ่มนี้ เห็นด้วยกับการมีข้อยกเว้นความรับผิดชอบซึ่งเป็นเรื่องเล็กน้อยก่อนการการุณฆมาตสามารถนำมาใช้ในเรื่องความรับผิดชอบตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 ได้ มาตรา 59 วรรคท้าย อาจมีความสูญเสียในกรณีกฎหมายอาญา มาตรา 59 วรรคท้าย ในเงื่อนไขตรงนี้ควรจะระวังในเรื่องของความรับผิดชอบทางแพทย์ ควรร่างข้อความเงื่อนไขในส่วนพินัยกรรมชีวิตเพื่อให้มาคานในเรื่องของความรับผิดชอบมาตรานี้

กรณีพินัยกรรมที่ทำโดยสุจริต จะต้องมีความรับผิดชอบตามกฎหมายในทุกกรณีพินัยกรรมชีวิตมีสภาพตามกฎหมาย ดังนั้น บริษัทประกันจึงต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนตามปกติเพราะไม่ใช่การฆ่าตัวตาย

กลุ่มเฉพาะ 3 ประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุ

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วยกับผู้วิจัย เนื่องจากการที่เราไปตัดสินชีวิตคนอื่นก็เหมือนกัน สิ่งมาควรจะได้รับยกเว้นในกฎหมายและมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็นคือ (1) หลักไปก่อนตาย (2) หลักสากล (3) หลักกฎหมายในเรื่องของการทำพินัยกรรม (4) ข้อยกเว้นอื่น ๆ ในเรื่องกรณีฉุกเฉิน ในเรื่องของบุคคลภายนอก (Third Party) เข้ามาเป็นองค์ประกอบ

กลุ่มเฉพาะ 4 นักจิตวิทยา

ประชากรกลุ่มนี้เห็นด้วย 2 ประเด็น โดยเสนอแนะเพิ่มเติมให้

- มีกฎหมายรับรองทางกฎหมายให้กับแพทย์ผู้ปฏิบัติหน้าที่ ในเรื่องความเต็มใจของแพทย์ในการการุณยฆาต แพทย์ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรได้รับการคุ้มครองหรือไม่ หรือแพทย์มีสิทธิปฏิเสธได้หรือไม่ ความคุ้มครองที่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่ในองค์กรควรได้รับอะไรบ้าง

- ในส่วนประกันชีวิต ทางกลุ่มมีความเห็นว่า หากกรณีกฎหมายการุณยฆาตผ่านแล้ว อาจมีกฎหมายเงื่อนไขข้อยกเว้น ให้บริษัทประกันสร้างเงื่อนไข หรือปรับเปลี่ยนได้

จากคำตอบของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้ง 4 กลุ่มมีความเห็นตรงกันคือ เห็นด้วยกับผู้วิจัย การวิจัยเสนอแนะให้ยกเลิกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ในการไม่ประสงค์รับการรักษาที่เป็นเพียงยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือการยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และนำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตตราเป็นพระราชบัญญัติ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต และทุกขั้ทรมานจากการเจ็บป่วย ผู้มีส่วนได้เสีย และระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นมาตรการแก้ไขปัญหากการตัดสินใจของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และการตัดสินใจของผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ครอบครัวผู้มีส่วนได้เสียกับผู้ป่วยโดยให้การตัดสินใจ

ใช้สิทธิในการขอตายด้วยความกรุณา จำเป็นต้องมีฐานกฎหมายที่จะรองรับการตัดสินใจ การกำหนด และวิธีการการดำเนินการ การโอนและแต่งตั้งบุคคลเพื่อทำการแทนและตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนาเพื่อให้เป็นแบบตามกฎหมายและองค์ประกอบเงื่อนไข การยกเว้นความรับผิดชอบทางกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุข จึงมีบทบัญญัติที่เป็นคำตอบของปัญหาดังกล่าวในการจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิ ของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นความสำคัญจะต้องปฏิบัติตามดังที่ได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 4 นั้น โดยกลุ่มประชากรทั้งหมดมีความเห็นว่าหากจะให้มีการบังคับใช้กฎหมายแล้วก็จะต้องใช้วิธีการ ตรากฎหมายขึ้นมาใหม่ทั้งฉบับ “กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต” เป็นฐานกฎหมายเพื่อรองรับการยกเลิกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และ นำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตตราเป็นพระราชบัญญัติ ดังกล่าวข้างต้น

สำหรับคำตอบของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้ง 4 กลุ่มในประเด็นทั้ง 8 ประเด็นนั้นเมื่อนำมา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเฉพาะทั้ง 4 กลุ่มแล้วจะเห็นได้ว่าในทุกประเด็นทั้ง 4 กลุ่มมีความเห็น ที่สอดคล้องกัน และมีข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย คือ การจัดตั้งสถาบันเฉพาะให้ทำหน้าที่ ดำเนินการในทุกขั้นตอนของการขอใช้สิทธิขอตายตามรูปแบบที่จะมีกฎหมายกำหนดไว้ เพื่อที่แพทย์ ผู้ทำการรักษาจะได้ไม่ต้องดำเนินการเอง และเสนอแนะให้กำหนดเงื่อนไขสำหรับชาวต่างชาติ ที่จะขอใช้สิทธิขอตายในประเทศไทยหากภายหลังมีการพัฒนารูปแบบที่ชัดเจนและมีกฎหมายที่ดี เปิดช่องไว้ให้ (ดูตารางที่ 5.1)

ตารางที่ 5.1 การเปรียบเทียบคำตอบจากการทำ Co-Design ของกลุ่มเฉพาะ

โครงสร้างกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิ ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต	กลุ่ม 1*	กลุ่ม 2*	กลุ่ม 3*	กลุ่ม 4*
1. สิทธิ ของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการ ทรมานจากการเจ็บป่วย มีสิทธิในการขอตาย	✓	✓	✓	✓
2. ผู้ขอใช้สิทธิ (เฉพาะคนไทย/คนต่างชาติที่อยู่ใน ประเทศไทยหรืออยู่ต่างประเทศ	✓	✓	✓	✓
3. หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนา	✓	✓	✓	✓
4. แบบแห่งพินัยกรรมชีวิต	✓	✓	✓	✓
5. พยานพินัยกรรมชีวิต	✓	✓	✓	✓
6. พยานต้องห้าม	✓	✓	✓	✓

โครงสร้างกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิ ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต	กลุ่ม 1*	กลุ่ม 2*	กลุ่ม 3*	กลุ่ม 4*
7. กรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต	✓	✓	✓	✓
8. ข้อยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย	✓	✓	✓	✓

* กลุ่ม 1 กลุ่มนักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ

* กลุ่ม 2 กลุ่มผู้ดูแลและญาติ

* กลุ่ม 3 กลุ่มประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุ

* กลุ่ม 4 กลุ่มนักจิตวิทยา

1.5 ผลการทำ Co-Design ประชากรกลุ่มผสม

ประชากรกลุ่มผสมที่มาจาก การนำเอาประชากรกลุ่มเฉพาะกลุ่มละ 1 คนมารวมกันเป็น 1 กลุ่ม รวมทั้งหมด 4 กลุ่ม ทำให้เกิดความหลากหลาย หากนำเอาประเด็นในการทำ Co-Design เดียวกับประชากรกลุ่มเฉพาะจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนตามประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจจะมีความคิดเห็นที่คล้อยตามกันหรือ ขัดแย้งกันก็ได้แต่ก็ต้องมีคำตอบที่เป็นมิตรร่วมกันของกลุ่มผสมนั้น

ประเด็นที่ 1 สิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย มีสิทธิในการขอตาย

1) ถ้ามีสิทธิ กฎหมายควรรับรองสิทธิการขอตาย สิทธิขอตายควรมีแบบใด

- สิทธิขอตายแบบการุณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือ

- แบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) หรือ

หรือ

- แบบการปฏิเสธการรักษา (Refuse Treatment) หรือ

- ทั้งหมดทุกแบบ

กลุ่มผสม 1

คำตอบที่ได้มาประชากรกลุ่มผสมนี้เห็นด้วยกับทุกแบบ โดยแต่ละแบบต้องมีการประเมินที่แตกต่างกันไป

กลุ่มผสม 2

กรณีมีสติสัมปชัญญะ มีสิทธิทำได้ทุกรูปแบบ เพราะเป็นเจตจำนงของผู้ที่แสดงสิทธินั้น แต่ในแต่ละรูปแบบต้องมีรายละเอียดแตกต่างกันไป เช่น แบบเชิงรุก ควรมีการให้คำนิยามให้ชัดเจน เพื่อทราบกระบวนการ ซึ่งอาจต้องแยกพิจารณาไปแต่ละรูปแบบ

ในประเด็นผู้ใช้สิทธิ (เฉพาะคนไทย/คนต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยหรืออยู่ต่างประเทศ
ทุกกลุ่มผสมมีความคิดเห็นตรงกันว่าควรให้สิทธิเฉพาะคนสัญชาติไทยก่อน

ประเด็นที่ 3 หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนา

- หลักเกณฑ์ในเรื่องอายุของผู้ป่วยที่ต้องการแสดงเจตนา
- ผู้ที่ตัดสินใจในเรื่องความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย

คำตอบที่ได้มา มีดังนี้

กลุ่มผสม 1 เห็นด้วยกับการกำหนดหลักเกณฑ์ของอายุของผู้ป่วยที่ต้องการแสดงเจตนา
อยู่ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป แต่มีเงื่อนไขว่าผู้ปกครองควรได้รับการประเมินด้วย โดยทีมสหวิชาชีพ

กลุ่มผสม 2 เห็นด้วยกับผู้วิจัยที่จะมีการถกเถียงกันใน 3 กลุ่มอายุ คือ 15 ปี 18 ปี และ
20 ปี ซึ่งภายในกลุ่มมีมติว่า ใช้กับเกณฑ์ตามการแสดงถึงการทำพินัยกรรมกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ คือ
15 ปีบริบูรณ์และไม่มีข้อยกเว้นแต่เราจะมาเฉลยว่าทำไมเราถึงไม่มีข้อยกเว้นว่าทำไมเด็ก 9 ขวบ
อยากทำพินัยกรรมได้ไหมแสดงกิจกรรมอย่างที่เราคิดจะได้ไหมทำไมเราถึงไม่ให้เขาอายุ 15 ปีบริบูรณ์
เป็นข้อจำกัดสุดท้ายภายนอกที่ไม่ใช่เป็นข้อกฎหมายที่ไม่มีข้อยกเว้นจากการแสดงเจตนา
เราทำเป็นแบบหนังสือในรูปแบบใดข้อ 4 ซึ่งเราใช้ผู้ประเมินความรุนแรงทางด้านร่างกายเราใช้
กลุ่มเราซึ่งเป็นผู้ดูแลคนป่วยอย่างใกล้ชิด ที่จะสามารถตัดสินใจในระดับความรุนแรงของเกี่ยวกับ
โรคได้

กลุ่มผสม 3 เห็นด้วยกับผู้วิจัยในดังนี้

- เรื่องอายุ มีความเห็น 2 ทิศทาง คือ 18 ปี และ 20 ปีขึ้นไป
- ผู้ตัดสินใจเรื่องความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย เริ่มต้นจากผู้ป่วย รู้สึกเจ็บป่วยและ
ทุกข์ทรมานใจ และคณะแพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้ตัดสินใจ ทั้งนี้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย
ควรมีบทนิยามว่าควรจะเป็นอย่างไร

กลุ่มผสม 4 เห็นด้วยกับผู้วิจัยในเรื่องของอายุไม่มีการกำหนดเกณฑ์อายุ ตามที่ได้ดูคลิป
เมื่อเช้า เด็กก็ยังมีปัญหาตรงนี้ได้ หากจะรออายุ 18 หรือ 20 แล้วค่อยตัดสินใจอาจเป็นปัญหาต่อ
ชีวิตได้ ควรพิจารณาจากความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย โดยคณะกรรมการมาตัดสินใจเกี่ยวกับ
ความรุนแรงแทน อาจประกอบด้วย คณะกรรมการทางการแพทย์ ทางจิตวิทยา ทางสังคมสงเคราะห์
ผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือญาติ

ในประเด็นหลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนา กลุ่มผสมที่ 2 ถึง 3 เห็นด้วยกับ
ผู้วิจัยให้กำหนดหลักเกณฑ์ในเรื่องอายุของผู้ป่วยที่ต้องการแสดงเจตนา และผู้ที่ตัดสินใจในเรื่อง
ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยให้อยู่ในเกณฑ์อายุที่บรรลุนิติภาวะแล้ว ส่วนกลุ่มผสม 1 ให้อยู่ใน
เกณฑ์อายุ 15 ปีขึ้นไป แต่มีเงื่อนไขว่าผู้ปกครองควรได้รับการประเมินด้วย โดยทีมสหวิชาชีพ

ประเด็นที่ 4 แบบแห่งพินัยกรรมชีวิต

เป็นเอกสารราชการ

- จดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่
- หน่วยงานรับจดทะเบียน
- จดทะเบียนในขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

คำตอบที่ได้มา มีดังนี้

กลุ่มผสม 1 เห็นด้วยกับผู้วิจัยที่จะให้มีแบบจดทะเบียนต่อฝ่ายปกครอง อำเภอ หรือเขต
เงื่อนไขใช้คล้ายกับการจดทะเบียนสมรส

กลุ่มผสม 2 ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบเฉพาะ โดยจัดทำเป็นเอกสารราชการ บังคับใช้
และรับรองสิทธิตามกฎหมาย และให้มีเจ้าพนักงานเป็นพยาน จำนวนแล้วแต่ข้อกำหนด
ซึ่งหากสามารถทำออกมาเป็นกิจจะลักษณะแล้ว ต้องบังคับใช้ได้จริง ปฏิบัติตามความต้องการ
ต้องเคารพไม่ว่าญาติจะเห็นด้วยหรือไม่ก็ตาม ไม่เหมือนการแสดงความจำนงค์การบริจาคร่างกาย

กลุ่มผสม 3 เห็นด้วยกับผู้วิจัยที่ควรทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาและจดทะเบียนต่อพนักงาน
เจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน และก่อนทำหนังสือแสดงเจตนาควรมีการกลั่นกรอง ทดสอบสภาพจิตใจ
จากนักจิตวิทยาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการแสดงเจตนาสามารถเพิกถอนได้ด้วยตัวผู้แสดง
เจตนา ตามหลักการแสดงเจตนาทั่วไป

กลุ่มผสม 4 เห็นด้วยกับผู้วิจัยทุกข้อ

ในประเด็นแบบแห่งพินัยกรรมชีวิตกลุ่มผสมทั้ง 4 กลุ่มมีความเห็นตรงกันให้จัดทำเป็น
เอกสารราชการมีการจดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ให้มีหน่วยงานรับจดทะเบียนโดยเฉพาะ
และผู้จดทะเบียนต้องจดในขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ประเด็นที่ 5 พยานพินัยกรรมชีวิต

- พยานต้องบรรลุนิติภาวะ
- จำนวนพยาน
- ผู้เป็นพยาน (เช่น แพทย์ที่ไม่ได้ทำการรักษาพยาน)

กลุ่มผสม 1 มีความเห็นตรงกับผู้วิจัยโดยกำหนด ดังนี้

- พยานต้องบรรลุนิติภาวะ
- จำนวนพยานตามประมวลแพ่งและพาณิชย์ จำนวน 2 คน
- ผู้เป็นพยานตามที่ผู้วิจัยเสนอมา

กลุ่มผสม 2 มีความเห็นตรงกับผู้วิจัยให้เป็นเจ้าพนักงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบเฉพาะ
อาจจะมีแพทย์ นักจิตวิทยา และอื่น ๆ

กลุ่มผสม 3 มีความเห็นตรงกับผู้วิจัยให้มีการกำหนดพยานที่ต้องบรรลุนิติภาวะมีจำนวนพยานตามที่ผู้วิจัยกำหนด และผู้ที่จะมาเป็นพยานก็ให้เป็นไปตามผู้วิจัยกำหนด

กลุ่มผสม 4 กลุ่มนี้เห็นด้วยกับผู้วิจัย ดังนี้

- พยานต้องบรรลุนิติภาวะ คือ 20 ปีบริบูรณ์
- จำนวนพยานตามประมวลแพ่งและพาณิชย์ จำนวน 2 คน
- ผู้เป็นพยานต้องเป็นแพทย์ที่ไม่ได้ทำการรักษา

ประเด็นที่ 6 พยานต้องห้าม

- เป็น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย
- เป็นผู้รับมรดกในฐานะทายาทโดยธรรม
- เป็นผู้รับผลประโยชน์จากประกันของผู้ป่วย
- มีผลประโยชน์ในเงินที่อยู่ในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือกองทุนอื่นของผู้ป่วย
- แพทย์เจ้าของไข้
- พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย

คำตอบที่ได้มา มีดังนี้

กลุ่มผสม 1 เห็นด้วยกับผู้วิจัยทุกพยานที่ต้องห้าม แต่มีความเห็นแตกต่างว่าไม่ควรเป็นบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

กลุ่มผสม 2 เห็นด้วยกับผู้วิจัยพยานต้องห้ามต้องเป็นไปตามที่ผู้วิจัยกำหนดด้วยเหตุจากข้อ 5 คือ แพทย์เจ้าของไข้

กลุ่มผสม 3 เห็นด้วยกับผู้วิจัยทั้งหมดที่กำหนดมา

กลุ่มผสม 4 กลุ่มผสมนี้เห็นด้วยกับผู้วิจัยเสนอมา คือมีพยานต้องห้ามจำนวน 6 กรณี แต่ทางกลุ่ม 4 วิเคราะห์แล้วเห็นควรว่า พยานควรเป็นบุคคลภายนอกที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

ในประเด็นพยานต้องห้ามกลุ่มผสมทั้ง 4 กลุ่มมีความเห็นตรงกันทั้งหมดว่าให้มีการกำหนดพยานตามที่ผู้วิจัยเสนอ มีเพียงกลุ่มผสม 1 ที่เห็นว่าไม่ควรเป็นบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

ประเด็นที่ 7 กรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต

- อยู่ในสภาวะวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และไม่มีสติสัมปชัญญะ ในการตัดสินใจได้เอง

- ผู้ตัดสินใจแทน เป็น

- 1) คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย

2) แพทย์ที่รักษาพยาบาล กรณีที่ไม่พบคู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย โดยคำนึงถึง จรรยาบรรณแพทย์ และประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

โดยมีคณะกรรมการจริยธรรม พิจารณาก่อนดำเนินการตามคำขอสิทธิการขอตาย
คำตอบที่ได้มา มีดังนี้

กลุ่มผสม 1 มีความเห็นไม่ตรงกับผู้วิจัยโดยเสนอว่ากลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้ว จึงให้เป็นที่ผู้วิจัยเสนอ

กลุ่มผสม 2 กลุ่มผสมนี้เห็นด้วยกับผู้วิจัยเสนอและเห็นว่า

- กรณีมีสติสัมปชัญญะ อาจต้องมีการประชุมพูดคุยจากคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ในความต้องการของผู้ป่วย

- กรณีไม่มีสติสัมปชัญญะ ต้องมีการเข้ามาวินิจฉัย จากคณะกรรมการทางจริยธรรม เป็นผู้ประเมินอาการความรุนแรงของโรค

กลุ่มผสม 3 กลุ่มผสมนี้เห็นว่าผู้ตัดสินใจแทน ในกรณีที่ยังมีผู้มีส่วนได้เสีย เช่น พ่อแม่ ญาติ หลักการตัดสินใจแทนควรเป็นไปตามลำดับสายโลหิต แต่กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติ ควรเป็น คณะแพทย์ตัดสินใจ

กลุ่มผสม 4 กลุ่มผสมนี้เห็นด้วยกับผู้วิจัยเสนอมา และทางกลุ่มเห็นว่าผู้ตัดสินใจ แทนเป็นไปตามที่ผู้วิจัยเสนอแต่กรณีที่มิมีคณะกรรมการจริยธรรมเข้ามาคลั่งกรองต้องเป็น คณะเดียวกันกับคณะกรรมการที่อยู่ในหัวข้อที่ 3

ในประเด็นกรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต กลุ่มผสมทั้ง 4 กลุ่มมีความเห็นตรงกัน 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม 2 ถึงกลุ่ม 4 คือ กรณีที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ และตกอยู่ในสภาวะวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และไม่มีสติสัมปชัญญะในการตัดสินใจ ได้เองให้มี ผู้ตัดสินใจแทนได้นั้นต้องเป็น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย และแพทย์ที่รักษาพยาบาล กรณีที่ไม่พบคู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย โดยคำนึงถึง จรรยาบรรณแพทย์ และ ประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย โดยมีคณะกรรมการจริยธรรม พิจารณาก่อนดำเนินการตามคำขอสิทธิ การขอตาย

ประเด็นที่ 8 ข้อยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย

คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้ที่ตัดสินใจแทนกรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตและผู้ป่วยอยู่ใน วาระสุดท้าย หรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

แพทย์เจ้าของไข้

พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย

ผลของการปฏิบัติตามสิทธิขอตายของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย จะไม่มีผลกระทบต่อกรรมธรรม์ประกันชีวิต

คำตอบที่ได้มี ดังนี้

กลุ่มผสม 1 มีความเห็นตรงกับผู้วิจัย แต่ในส่วนของการทำงานกรรมธรรม์ประกันชีวิต ต้องมีการจ่าย เพราะเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยเลือกแล้ว

กลุ่มผสม 2 มีความเห็นตรงกับผู้วิจัย และเสนอว่า

- ทางแพ่ง พระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่รัฐ
- ทางอาญา หลักความยินยอม ทำโดยคำนึงผู้ป่วยเป็นหลัก

กลุ่มผสม 3 มีความเห็นตรงกับผู้วิจัยว่า

- ถ้ากฎหมายออกแบบให้สามารถแสดงเจตนาได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ภารกิจของบุคลากรทางการแพทย์ ญาติผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ ต้องถูกตัดออกไปโดยอัตโนมัติ เพราะเป็นสิทธิที่ชอบด้วยกฎหมาย

- ถ้ากฎหมายรับรองให้สิทธิของการการุณฆาตเป็นสิทธิที่ชอบด้วยกฎหมาย เรื่องของกรรมธรรม์ประกันชีวิตต้องจ่ายไม่มีการยกเว้น

กลุ่มผสม 4 มีความเห็นตรงกับผู้วิจัยเสนอ และมีความเห็นเพิ่มเติมของทางกลุ่มได้แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น และข้อสังเกต 1 ข้อ คือ

- ในทางอาญา การยกเว้นความรับผิดชอบ หากเรากำหนดให้ผู้ที่เป็นผู้แทนตัดสินใจให้กับบุคคลดังกล่าวต้องตาย หรือจบชีวิตลง แม้ว่ามิกฎหมายยกเว้นความรับผิดชอบก็ตาม แต่ก็มีประเด็นที่ขึ้นสู่ศาลได้ การยกเว้นความรับผิดชอบก็เป็นการนำมาสู่คดี ซึ่งทางกลุ่มเห็นด้วยว่าการยกเว้นความรับผิดชอบ ควรยกเว้นให้กับ แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย

- ในกรณีกรรมธรรม์ ทางกลุ่มเห็นว่าถ้าไม่ได้มีการกำหนดกรรมธรรม์ตั้งแต่แรกว่า การปฏิบัติตามสิทธิขอตายของผู้ป่วยวาระสุดท้ายมีการเขียนไว้ ก็ไม่ให้มีการจ่ายประกันชีวิต กรณีดังกล่าวควรจะมีการแก้ไขภายหลังจากที่มีกฎหมายออกมาแล้วว่า ใครบ้างที่ประสงค์จะทำกรรมธรรม์ประกันชีวิตแบบผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตและมีข้อสังเกตคือ กรณีคดีแพ่งที่เกี่ยวกับมรดก ตามมาตรา 1606 โดยมาตรานี้จะระบุว่า ผู้ที่รู้แล้วว่าเจ้ามรดกถูกฆ่าตายโดยเจตนา จึงเป็นประเด็นว่ากรณีที่ทำหายโดยธรรมรู้ว่าแพทย์เป็นคนยื่นเรื่องให้บุคคลดังกล่าวถึงแก่ความตาย ในกรณีที่ไม่มีคู่สมรส บุตร บุพการีรับรู้ กรณีดังกล่าวอาจจะเป็นเหตุให้ทำหายโดยธรรมจะต้องถูกจำกัดไม่ให้รับมรดกในภายหลังและอาจเกิดการฟ้องร้องขึ้นได้ เพราะฉะนั้น ข้อสังเกตนี้ ควรที่จะสอดคล้องกับกฎหมายอาญาที่คุ้มครอง การยกเว้นความรับผิดชอบกรณีที่เป็นเรื่องการขอใช้สิทธิวาระสุดท้ายเช่นเดียวกับกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ในประเด็น ข้อยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย กลุ่มผสม 2 กลุ่มผสม 3 และกลุ่มผสม 4 มีความเห็นตรงกับผู้วิจัยคือข้อยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมายให้ทุกกรณีตามนี้ได้รับการยกเว้นกรณีที่เป็นคู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้ที่ตัดสินใจแทนกรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตและผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย หรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

แพทย์เจ้าของไข้

พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย

ผลของการปฏิบัติตามสิทธิขอตายของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ เพื่อยุติการทรมานจากการ เจ็บป่วย จะไม่มีผลกระทบต่อกรรมธรรม์ประกันชีวิต

มีเพียงกลุ่มผสมที่ 1 เท่านั้นที่ไม่ยกเว้นให้กับการทำกรรมธรรม์ประกันชีวิต ต้องมีการจ่าย เพราะเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยเลือกแล้ว

การจัดทำกฎหมายต้นแบบเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นมาตรการแก้ไขปัญหาการตัดสินใจในช่วงที่มีอาการเจ็บป่วยที่ทรมานของผู้ป่วยจากอาการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถควบคุมได้และมีการรักษาที่เป็นระยะเวลานาน จำเป็นต้องมีฐานกฎหมายที่จะรองรับการจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นจึงเป็นความสำคัญจะต้องปฏิบัติตามดังที่ได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 4 นั้น กลุ่มนักวิชาการและนักกฎหมายมีความเห็นเสนอหากจะให้มีการบังคับใช้กฎหมายแล้วก็ต้องใช้วิธีการตรากฎหมายขึ้นมาใหม่ทั้งหมด “กฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต” เป็นฐานกฎหมายเพื่อรองรับการจัดทำกฎหมายต้นแบบในการทำหน้าที่ดังกล่าวข้างต้น (ดูตารางที่ 5.2)

ตารางที่ 5.2 การเปรียบเทียบคำตอบจากการทำ Co-Design ของกลุ่มผสม

โครงสร้างกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	กลุ่ม 4
1. สิทธิ ของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย มีสิทธิในการขอตาย	✓	✓	✓	✓
2. ผู้ขอใช้สิทธิ (เฉพาะคนไทย/คนต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยหรืออยู่ต่างประเทศ	✓	✓	✓	✓
3. หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนา	✓	✓	✓	✓
4. แบบแห่งพินัยกรรมชีวิต	✓	✓	✓	✓
5. พยานพินัยกรรมชีวิต	✓	✓	✓	✓
6. พยานต้องห้าม	✓	✓	✓	✓

โครงสร้างกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิ ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	กลุ่ม 4
7. กรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต	✓	✓	✓	✓
8. ข้อยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย	✓	✓	✓	✓

2. การเปรียบเทียบผลการทำ Co-Design ระหว่างกลุ่มเฉพาะกับกลุ่มผสม

จากผลของการวิเคราะห์รูปแบบโครงสร้างกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตตามประเด็นที่กำหนดไว้เพื่อการจัดทำเป็นกฎหมายว่าด้วยกฎหมายต้นแบบกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของประชากรผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มเฉพาะกับกลุ่มผสมตามที่ได้นำเสนอไปแล้วนั้นเมื่อนำเอาคำตอบที่ได้มาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเฉพาะและกลุ่มผสม พบว่าประเด็นส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันเลยยกเว้น บางประเด็นที่มีคำตอบแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 สิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย มีสิทธิในการขอตาย

ถ้ามีสิทธิ กฎหมายควรรับรองสิทธิการขอตาย สิทธิขอตายควรมีแบบใด

- สิทธิขอตายแบบการุณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือ
- แบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) หรือ
- แบบการปฏิเสธการรักษา (Refuse Treatment) หรือ
- ทั้งหมดทุกแบบ

การกำหนดการขอสิทธิตายให้สิทธิขอตายแบบการุณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) หรือ แบบการปฏิเสธการรักษา (Refuse Treatment) ส่วนประชากรผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มเฉพาะและกลุ่มผสมมีกลุ่มนักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ มีความเห็นแตกต่างให้มีเพียงแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) หรือแบบการปฏิเสธการรักษา (Refuse Treatment) ด้วยเหตุและผล คือ การตัดสินใจควรมีแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญในการรักษาร่วมในการดำเนินการช่วยเหลือทางการแพทย์ให้ถึงที่สุดก่อนก่อนที่จะให้สิทธิในการขอตายตามสิทธิของผู้ป่วยควรได้รับ

ประเด็นที่ 2 พยานพินัยกรรมชีวิต

- พยานต้องบรรลุนิติภาวะ
- จำนวนพยาน
- ผู้เป็นพยาน (เช่น แพทย์ที่ไม่ได้ทำการรักษาพยาน)

ประชากรกลุ่มผู้ดูแลและญาติและกลุ่มผสม 1 มีการกำหนดในเรื่องของพยานควรมีพยานอย่างน้อย 2 คน แต่ควรมีคนที่ควรเป็นสามที่เป็นแพทย์ ด้วยเหตุและผล คือ เพื่อเป็นการยืนยันว่าคุณทำพินัยกรรมนี้ในขณะที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน จึงนำมาซึ่งการกำหนดจำนวนพยาน (ดูตารางที่ 5.3)

ตารางที่ 5.3 การเปรียบเทียบคำตอบจากการทำ Co-Design ของกลุ่มเฉพาะกับกลุ่มผสม

โครงสร้างกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ในวาระสุดท้ายของชีวิต	กลุ่มเฉพาะ	กลุ่มผสม
1. สิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย มีสิทธิในการขอตาย	3	3
2. ผู้ขอใช้สิทธิ (เฉพาะคนไทย/คนต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทย หรืออยู่ต่างประเทศ)	4	4
3. หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนา	4	4
4. แบบแห่งพินัยกรรมชีวิต	4	4
5. พยานพินัยกรรมชีวิต	3	3
6. พยานต้องห้าม	4	4
7. กรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต	4	4
8. ข้อยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย	4	4

3. การจัดทำร่างกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

ปัญหาการตัดสินใจในการขอใช้สิทธิขอตายด้วยความกรุณาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายในการรับรองให้ใช้สิทธิได้ แต่จากผลการวิจัยพบว่ายังมีอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตสามารถดำเนินการไปได้และเป็นไปตามหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ก็คือการจัดให้มีกฎหมายคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อช่วยบรรเทาการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยไม่อยากจะทนทุกข์ทรมานกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการจะให้สิทธิแก่ผู้ป่วยวาระ

สุดท้ายของชีวิตในการขออนุญาตตายได้นั้นจะต้องมีกฎหมายรองรับการให้สิทธินี้ ดังนั้น การวิจัยจึงได้หาคำตอบถึงความจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์เพื่อให้การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตที่จะตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตของตนเองโดยตนเอง ซึ่งเมื่อได้นำเอาสาระสำคัญของบทบัญญัติกฎหมายที่จะจัดทำขึ้นมาเป็นประเด็นนำไปสู่การมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ ตามที่ได้ดำเนินการไปแล้วนั้นทำให้ได้คำตอบที่เป็นความชัดเจนขององค์ประกอบบทบัญญัติที่จะจัดทำเพื่อนำไปสู่การรับฟังความคิดเห็น (Hearing) อีกครั้งจะทำให้ได้ข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะสำหรับการจัดทำเป็นกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต

แนวคิดวิจัยนี้ก็คือการจัดทำ “กฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต” เพื่อให้เป็นกฎหมายที่ให้การคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตในการมีสิทธิตัดสินใจดำเนินการต่อชีวิตเมื่ออยู่ในสภาพของการเป็นผู้เจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ว่าจะเลือกที่จะมีชีวิตต่อไปและยอมรับสภาพของความทุกข์ทรมาน หรือจะปฏิเสธการรักษาพยาบาลและขออนุญาตตายด้วยวิธีที่สงบ และให้การคุ้มครองผู้ที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจขอใช้สิทธิขอตายด้วยความกรุณาในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายที่ให้ สามารถใช้สิทธิขอตาย ดังนั้นกฎหมายจึงมีความสำคัญที่จะรองรับการคุ้มครองสิทธินี้ และคุ้มครองบุคลากรทางการแพทย์ที่รักษา รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวาระสุดท้าย เช่น บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตหากได้ดำเนินการตามสิทธิของผู้ป่วยอย่างสุจริตไม่มีเจตนาแสวงหาประโยชน์จากการขออนุญาตยุติชีวิตของผู้ป่วยวาระสุดท้ายนั้นที่จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย จึงน่าจะเป็นกฎหมายที่จัดทำขึ้นมาเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการให้สิทธิขอตายโดยไม่ถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย นอกจากนี้ เป็นการเปิดโอกาสให้กับผู้ป่วยที่มีความต้องการจะพ้นจากการทรมานจากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ดังนั้น ทุกหน่วยงานทางการแพทย์ คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสียต้องร่วมมือร่วมใจกัน ในการให้สิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อมอบศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มอบชีวิตที่เขามีสิทธิตั้งแต่เกิดจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และการจัดทำกฎหมายที่ให้สิทธิคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายขึ้นได้นั้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องและรูปแบบการคุ้มครองสิทธิขอตายของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของต่างประเทศรวมทั้งกฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของมนุษย์ดังที่ได้วิเคราะห์ไว้แล้ว และการนำเอาผลจากการทำ Co-Design มาประกอบการวิเคราะห์จนกระทั่งได้ต้นแบบของกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้เป็นกฎหมายที่กำหนดหลักเกณฑ์ขั้นตอน วิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการ และมีระบบการควบคุม กำกับดูแลที่มีความเหมาะสมในการ

บริหารจัดการอยู่ในบทบัญญัติของร่างพระราชบัญญัติการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

โครงสร้างของกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 22 มาตรา แยกเป็น 4 หมวด

หมวด 1 บททั่วไป (มาตรา 1-มาตรา 5)

หมวด 2 สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้าย (มาตรา 6 ถึง มาตรา 7)

หมวด 3 การทำคำสั่งขอตายและหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธ (มาตรา 8 ถึง มาตรา 17)

หมวด 4 ความรับผิดชอบทางกฎหมายและทางวินัย (มาตรา 18 ถึง มาตรา 22)

ตารางที่ 5.4 ร่าง พระราชบัญญัติ “การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.” และเหตุผลประกอบ สำหรับนำเสนอสมมนำรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

มาตรา	บทบัญญัติ	เหตุผล
มาตรา 1	พระราชบัญญัติ นี้เรียกว่า “การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.”	เป็นการจัดทำกฎหมายใหม่เป็นต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต - ปรัชญากฎหมายธรรมชาติ - หลักสิทธิมนุษยชน - หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย
มาตรา 2	พระราชบัญญัติ การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. ให้มีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสองร้อยสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา	เป็นการกำหนดเวลาสำหรับการใช้บังคับกฎหมาย
มาตรา 3	ให้ยกเลิกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการ	เป็นการยกเลิกกฎหมายเพื่อจัดทำเป็นกฎหมายใหม่

มาตรา	บทบัญญัติ	เหตุผล
	<p>สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553</p>	
มาตรา 4	<p>ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้</p>	<p>เป็นการกำหนดผู้รักษาการกฎหมาย</p>
<p>หมวด 1 หมวดทั่วไป</p>		
มาตรา 5	<p>ในพระราชบัญญัตินี้</p> <p>“ขอตายด้วยความกรุณา” หมายความว่า การขอให้แพทย์ให้ยาโดยวิธีการฉีดหรือการกินเพื่อให้หัวใจหยุดเต้นถาวรหรือการเตรียมยาอุปกรณ์จากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยทานหรือฉีดยาด้วยตนเอง</p> <p>“ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อปฏิเสธการรักษา</p> <p>“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาวินิจฉัยได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการ</p>	<p>เป็นการให้คำนิยามคำเฉพาะในกฎหมายเพื่อให้มีความชัดเจนในการตีความกฎหมายเป็นการบัญญัติถึงสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้าย ที่กำหนดคุณสมบัติของผู้ทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลักสิทธิผู้ป่วย - หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย - หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย - หลักการตายดี - หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ - ปรัชญากฎหมายธรรมชาติ - หลักสิทธิมนุษยชน

มาตรา	บทบัญญัติ	เหตุผล
	<p>สูญเสียหน้าที่อย่างถาวร ของเปลือกสมองใหญ่ ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจาก พฤติกรรม การตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น</p> <p>“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้</p> <p>“พินัยกรรมชีวิต” หมายความว่า หนังสือแสดงเจตนาขอตายด้วยความกรุณาหรือการไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข</p> <p>“ผู้ป่วยหนัก” หมายความว่า บุคคลที่รักษาเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยืดการทรมานจากการเจ็บป่วย</p> <p>“แพทย์” หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์</p> <p>“จิตแพทย์” หมายความว่า จิตแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์</p> <p>“ผู้บรรลุนิติภาวะ” หมายความว่า บุคคลที่มีอายุยี่สิบปีขึ้นไป</p> <p>“คำสั่งจดทะเบียน” หมายความว่า คำสั่งขอตายด้วยความการุณย์</p> <p>“การดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน” หมายความว่า การดูแลแบบประคับประคอง เฉพาะการดูแลร่างกายขั้นพื้นฐาน การดูแลจิตใจ และการเคารพทางศาสนาที่มีมนุษยธรรมและสง่างาม</p>	

มาตรา	บทบัญญัติ	เหตุผล
	<p>“บุคลากรทางการแพทย์” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล</p> <p>“นายทะเบียน” หมายความว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองทะเบียนราษฎรตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎร</p>	
หมวด 2 สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้าย		
มาตรา 6	<p>บุคคลมีสิทธิทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ ต้องเป็นบุคคลที่เป็น</p> <p>(1) สัญชาติไทย</p> <p>(2) คนต่างชาดที่มีสิทธิพำนักในราชอาณาจักรไทยว่าด้วยการทำงานหรือการศึกษา ตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง</p> <p>(3) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ในกรณีที่เป็นผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้เยาว์และผู้แทนโดยชอบธรรมและคำสั่งศาล</p> <p>(4) ไม่เป็นคนวิกลจริต ผู้ไร้ความสามารถ หรือผู้เสมือนไร้ความสามารถ</p> <p>(5) ได้ทำคำสั่งโดยสมัครใจและไม่มีการชักชวนหรือการบังคับ</p> <p>(6) ไม่อยู่ในภาวะหรืออยู่ระหว่างการรักษาโรคซึมเศร้าหรือขาดสติสัมปชัญญะ</p>	<p>เป็นการกำหนดสิทธิ และคุณสมบัติแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายในการขอใช้สิทธิขอตายและมีการยืนยันเป็นลายลักษณ์ ก่อนดำเนินการยื่นทำคำสั่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา - หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา - หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย
มาตรา 7	<p>บุคคลไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยืดการทรมาณจากการเจ็บป่วยได้ ต้องเป็นบุคคลที่</p>	<p>เนื่องด้วยการปฏิเสธการรักษา (Refuse of Treatment) แบบพินัยกรรมชีวิต (Living Will) เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ โดยแสดงเจตนาปฏิเสธการดูแลรักษาไว้เป็นการล่วงหน้า</p>

มาตรา	บทบัญญัติ	เหตุผล
	<p>(1) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ในกรณีที่เป็นผู้เยาว์ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้เยาว์และผู้แทนโดยชอบธรรม</p> <p>(2) ไม่อยู่ในภาวะหรืออยู่ระหว่างการรักษาโรคซึมเศร้าหรือขาดสติสัมปชัญญะ</p> <p>(3) ไม่เป็นคนวิกลจริต ผู้ไร้ความสามารถ หรือผู้เสมือนไร้ความสามารถ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย - หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย - หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย - ทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา - หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา
หมวด 3 การทำคำสั่งขอตายและหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธ		
มาตรา 8	<p>บุคคลมีสิทธิทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ โดยผู้ยื่นทำคำสั่งจดทะเบียนต้องผ่านการตรวจทางการแพทย์พร้อมทั้งมีเอกสารยืนยันความถูกต้องดังนี้</p> <p>(1) มีใบรับรองแพทย์แสดงว่าผู้ทำคำสั่งยื่นคำขอเป็นผู้ป่วยหนัก</p> <p>(2) มีใบรับรองแพทย์แสดงการตรวจที่ได้รับอนุมัติจากจิตแพทย์</p> <p>(3) เอกสารคำสั่งตามแบบฟอร์มที่กฎหมายกำหนด</p> <p>(4) มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ</p>	<p>กฎหมายมาตรานี้ต้องการควบคุมการทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ ให้เป็นแบบตามกฎหมาย เพื่อให้ทุกขั้นตอนมีการยืนยันจากบุคลากรทางวิชาชีพ และตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่รัฐ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม
มาตรา 9	<p>บุคคลที่ประสงค์ทำคำสั่งให้นำเอกสารตามมาตรา 8 ไปยื่นต่อนายทะเบียนที่สำนักงานเขตหรืออำเภอ เพื่อทำการจดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ มิฉะนั้นเป็นโมฆะ</p>	<p>เป็นการกำหนดกระบวนการดำเนินการใช้สิทธิขอตายล่วงหน้า ที่เป็น “แบบ” ตามกฎหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม
มาตรา 10	<p>บุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ต้องทำเป็นหนังสือและจดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ มิฉะนั้นเป็นโมฆะ</p>	<p>เป็นการกำหนดแบบการแสดงเจตนาของตาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม

มาตรา	บทบัญญัติ	เหตุผล
มาตรา 11	หนังสือจดทะเบียนมาตรา 9 และมาตรา 10 ให้นายทะเบียนบันทึกการลงในระบบทะเบียนบัตรประชาชนผู้ยื่นคำขอแบบออนไลน์	เป็นการกำหนดรูปแบบการจัดเก็บเอกสารการใช้สิทธิขอตาย - ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม
มาตรา 12	การเพิกถอนการจดทะเบียน บุคคลผู้ทำคำสั่งมีสิทธิ ยกเลิก แก้ไข เปลี่ยนแปลง ทั้งหมด หรือ บางส่วนในรายละเอียดที่ได้จดทะเบียนไว้และต้องมีพยานรับรองยืนยันอย่างน้อยสองคน โดยพยานจะต้องเป็นไปตามมาตรา 15 เว้นแต่กรณีฉุกเฉินให้กระทำด้วยวาจาได้ และจดทะเบียนเพิกถอนภายใน 24 ชั่วโมง โดยจะต้องมีพยานอย่างน้อยสองคนยืนยันการรับรองการจดทะเบียนเพิกถอน โดยมีพยานตามมาตรา 15 บุคคลที่เป็นตัวแทนที่ถูกระบุไว้ในเอกสารมีสิทธิ แก้ไข เปลี่ยนแปลง ลงนามในเอกสารเฉพาะเจาะจงที่ระบุอำนาจไว้ในทะเบียน แต่จะยกเลิกคำสั่งไม่ได้	เป็นการกำหนดแบบการตัดสินใจในการใช้สิทธิขอตาย - ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม
มาตรา 13	การจดทะเบียนจะต้องเก็บเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้กับบุคคลใด ๆ ยกเว้นต่อไปนี้ (1) บุคคลที่เขียนตามคำสั่ง (2) นายทะเบียนและบุคคลอื่นที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดูแลและจัดการจดทะเบียน (3) บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบในการรักษาบุคคลที่ทำตามคำสั่ง (4) ศาล พนักงานอัยการ	เนื่องจากเป็นข้อมูลส่วนบุคคลและเป็นสิทธิของผู้ป่วยโดยตรง อีกทั้งเพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลจึงระบุให้ชัดเจน - หลักสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมาย
มาตรา 14	ก่อนจะดำเนินการตามคำสั่งจดทะเบียน ให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยหนัก พนักงานอัยการ หรือผู้มีส่วนได้เสียยื่นคำร้อง	เป็นการตรวจสอบความชอบของเอกสารขอตาย - ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม - หลักสุจริต

มาตรา	บทบัญญัติ	เหตุผล
	<p>ขอต่อศาล เพื่อตรวจสอบและพิจารณาตามหนังสือจดทะเบียนตามมาตรา 9</p> <p>ผู้ดำเนินการจะต้องยื่นคำร้องขอต่อศาลในภูมิลำเนาของผู้ป่วยก่อน</p> <p>ในกรณีบุคคลผู้ทำคำสั่งตามวรรคหนึ่งอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ทำคำสั่งที่จดทะเบียนไว้ได้เมื่อทารกคลอดออกจากครรภ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เว้นแต่ผู้ทำคำสั่งจดทะเบียนหรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข จะได้ระบุไว้โดยชัดแจ้งในทะเบียนว่าไม่ประสงค์จะคงการตั้งครรภ์ไว้</p>	<p>- หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา</p> <p>- หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย</p> <p>- หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย</p>
มาตรา 15	<p>พยานในแบบคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ และหนังสือแสดงเจตนาจะต้องมีอย่างน้อยสองคน บุคคลทั่วไปและนายทะเบียน โดยพยานจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ (2) ไม่เป็นคนวิกลจริต คนไร้ความสามารถ คนเสมือนไร้ความสามารถ (3) ไม่เป็นผู้มีสิทธิรับทรัพย์มรดกหรือทรัพย์อื่นของผู้ทำคำสั่งในการเสียชีวิตของผู้ป่วย (4) ไม่ได้รับผลประโยชน์ภายใต้เจตจำนงของผู้ทำคำสั่งหรือนโยบายใด ๆ ของประกันภัย (5) ไม่มีสิทธิได้รับผลประโยชน์ของผู้ทำคำสั่งในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลางหรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพอื่น ๆ เมื่อเสียชีวิตของผู้ทำคำสั่งรายนั้น 	<p>เป็นการกำหนดให้มีพยาน และคุณสมบัติพยานในการแสดงสิทธิขอตายเป็นหนังสือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา - ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม - หลักสุจริต
มาตรา 16	พระราชบัญญัตินี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อนโยบายการประกันชีวิต	<p>เป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายจากการประกันชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลักการตายดี

มาตรา	บทบัญญัติ	เหตุผล
	<p>(1) การกระทำใด ๆ ภายใต้พระราช บัญญัตินี้ ไม่อาจถูกตีความได้ว่าเป็นการฆ่าตัวตาย และถือ ว่าเป็นการตายโดยธรรมชาติ</p> <p>(2) บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลที่ เกี่ยวข้องไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ไม่ถือว่ ว่าเป็นการกระทำ ช่วย หรือสนับสนุนให้ผู้ทำคำสั่ง จดทะเบียน หรือผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการ สาธารณสุขถึงแก่ความตาย</p> <p>(3) การกระทำใด ๆ ภายใต้พระราช บัญญัตินี้ ไม่กระทบต่อการกรมธรรม์ประกันทุกชนิด เว้น แต่ยังทำประกันภายในหกเดือนก่อนการยื่นคำขอ หรือรู้ หรือ ควรจะ ได้รู้ที่จะ ใช้สิทธิ ตาม พระราชบัญญัตินี้</p>	<p>- หลักสุจริต</p>
มาตรา 17	พระราชบัญญัตินี้ไม่ใช่บังคับกับการดูแล ผู้ป่วยขั้นพื้นฐานแบบประคับประคองและไม่มี ผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิ อำนาจหรือหน้าที่ซึ่ง บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลอื่น ใดมี ความสัมพันธ์กับการดูแลแบบประคับประคอง	<p>เป็นการยกเว้นความรับผิดชอบของ บุคลากรทางการแพทย์</p> <p>- หลักการตายดี</p> <p>- หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย</p> <p>- หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย</p>
หมวด 4 ความรับผิดทางกฎหมายและทางวินัย		
มาตรา 18	<p>บุคลากรทางการแพทย์โดยสุจริต ปฏิบัติ ตามคำสั่งจดทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา จะไม่ถูกดำเนินคดีทางแพ่งหรือความรับผิดทาง อาญาหรือวินัยทั้งปวง</p> <p>ผู้ใด โดยสุจริต ปฏิบัติหรือสนับสนุนให้มี การดำเนินการตามคำสั่งจดทะเบียนหรือ หนังสือแสดงเจตนา ให้พ้นจากความรับผิดทั้ง ทางแพ่งและทางอาญาทั้งปวง</p>	<p>เป็นการยกเว้นความรับผิดแก่ บุคลากรทางการแพทย์ และ บุคคลทั่วไป โดยสุจริต</p> <p>- ทฤษฎีทางความรับผิดทางแพ่ง</p> <p>- ทฤษฎีความรับผิดทางอาญา</p>

มาตรา	บทบัญญัติ	เหตุผล
มาตรา 19	บุคลากรทางการแพทย์เจตนาไม่กระทำการหรืองดเว้นกระทำการตามหน้าที่ทางวิชาชีพตามคำสั่งจดทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนาต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	เป็นการกำหนดความรับผิดชอบในกรณีไม่กระทำการหรืองดเว้นกระทำการของบุคลากรทางการแพทย์โดยทุจริต - ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา - หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
มาตรา 20	ผู้ใดแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือขัดขวางการดำเนินการตามคำสั่งจดทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	เป็นการกำหนดความรับผิดชอบในกรณีข้อความเท็จหรือขัดขวาง - ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา
มาตรา 21	บุคคลใด เจตนาทำลาย เปลี่ยนแปลงจัดการโดยไม่ได้รับอนุญาตในการลงทะเบียนคำสั่งจดทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือจำคุกไม่เกินสามปีหรือทั้งจำทั้งปรับ	เป็นการกำหนดความรับผิดชอบในกรณีทำลายหรือเปลี่ยนแปลงหรือจัดการโดยไม่ได้รับอนุญาต - ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา
มาตรา 22	ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออกกฎกระทรวง กำหนดแบบคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ และหนังสือแสดงเจตนา	รัฐมนตรีที่กำกับดูแล - ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม

สิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตที่ได้รับการคุ้มครองตามร่างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่ได้จัดทำขึ้นมานั้นจะมีวิธีการออกคำสั่งขอตายล่วงหน้าซึ่งเรียกว่าพินัยกรรมชีวิตซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการออกกฎกระทรวงกำหนดรูปแบบของพินัยกรรม ดังนั้นการวิจัยจึงได้จัดทำเป็นกฎกระทรวงต้นแบบ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการจัดทำเป็นกฎกระทรวงในรูปแบบพินัยกรรมต่อไป

ตารางที่ 5.5 รูปแบบกฎกระทรวงต้นแบบว่าด้วยแบบแห่งพินัยกรรมชีวิตสำหรับนำเสนอสัมมนา
รับฟังความคิดเห็น (Hearing)

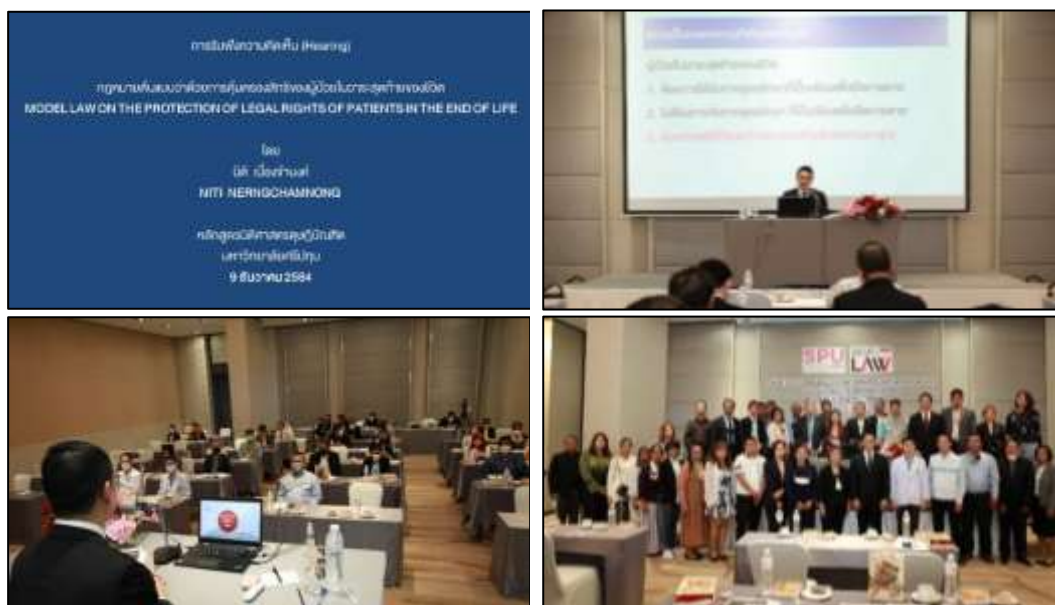
มาตรา	บทบัญญัติ	เหตุผล
	<p>อาศัยอำนาจตามความแห่งพระราชบัญญัติกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. ประกอบกับมาตรา 4 มาตรา และมาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้</p> <p>คำขอให้ปฏิบัติด้วยมนุษยธรรมและสง่างามเพื่อดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ด้วยหลักการตายดี เพื่อยุติชีวิตของข้าพเจ้าในมนุษย์ให้ทำตามแบบคำสั่ง ขอดายด้วยความกรุณา ตามกฎกระทรวง นาย/นาง/นางสาว..... เลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่..... วัน เดือน ปีเกิด.....เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติ</p> <p>ข้าพเจ้าได้รับความทุกข์ทรมานและสูญเสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จากโรค.....ซึ่งแพทย์ที่ได้ทำการตรวจดูแลรักษาข้าพเจ้าพร้อมทั้งจิตแพทย์ได้ระบุว่าข้าพเจ้าเป็นบุคคลที่รักษาที่เป็นไปเพียงยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยึดการทรมานจากการเจ็บป่วย</p> <p>ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับการวินิจฉัยการพยากรณ์โรคลักษณะและยาที่จะใช้ในการทำให้ชีวิตฉันสิ้นสุดลง</p> <p>ข้าพเจ้าได้ทำคำสั่งเพื่อขอให้แพทย์กำหนดยาและดำเนินการขอดายด้วยความกรุณาที่ทำให้ข้าพเจ้า</p>	<p>เป็นการจัดทำกฎกระทรวงต้นแบบว่าด้วยแบบคำสั่งขอดายด้วยความกรุณา และ หนังสือแสดงเจตนา</p>

มาตรา	บทบัญญัติ	เหตุผล
	<p>สิ้นสุดชีวิตในลักษณะที่ข้าพเจ้าเป็นผู้เต็มใจเลือกเพื่อ ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และที่มีมนุษยธรรม และสง่างาม</p> <p>.....ข้าพเจ้าได้แจ้งครอบครัวของข้าพเจ้าเกี่ยวกับ การตัดสินใจของข้าพเจ้าและนำความคิดเห็นมา พิจารณา</p> <p>.....ข้าพเจ้าตัดสินใจไม่แจ้งครอบครัวของข้าพเจ้าถึง การตัดสินใจของข้าพเจ้า</p> <p>.....ข้าพเจ้าไม่มีครอบครัวที่จะแจ้งการตัดสินใจของ ข้าพเจ้า</p> <p>ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะยกเลิกคำขอนี้ เมื่อใดก็ได้</p> <p>ข้าพเจ้าเข้าใจการนำเข้าทั้งหมดของคำขอนี้และ ข้าพเจ้าคาดว่าจะตายเมื่อข้าพเจ้าใช้ยาที่กำหนด ข้าพเจ้า เข้าใจเพิ่มเติมว่าแม้ว่าความตายส่วนใหญ่จะเกิดขึ้น ภายในสามชั่วโมง แต่ความตายของข้าพเจ้าอาจใช้ เวลานานขึ้นและข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เรียบร้อยแล้ว</p> <p>ข้าพเจ้าขอทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ โดยเต็มใจ และยินยอมให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ดำเนินการให้ยาพร้อมทั้งทำทุกอย่างตามความจำเป็น เพื่อให้ข้าพเจ้าสิ้นสุดชีวิตลง</p> <p>ลงนาม</p> <p>ลงวันที่</p> <p>คำประกาศของพยาน</p> <p>พยานยินดีที่จะลงนามเพื่อเป็นการยืนยันว่าข้าพเจ้าได้ ลงนามด้วยความมีสติสัมปชัญญะและเต็มใจที่จะได้รับ ยาเพื่อสิ้นสุดชีวิตตามคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์</p>	

มาตรา	บทบัญญัติ	เหตุผล
	(เจ้าหน้าที่) พิมพ์ชื่อพยาน 1..... ลายเซ็นของพยาน 1..... / วันที่..... (บุคคลทั่วไป) พิมพ์ชื่อพยาน 2..... ลายเซ็นของพยาน 2..... / วันที่.....	

4. การสัมมนารับฟังความคิดเห็น (Hearing)

เมื่อการวิจัยได้คำตอบจากผลของการวิเคราะห์และนำคำตอบที่ได้มาจัดทำเป็นร่างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และร่างกฎกระทรวงว่าด้วยแบบพินัยกรรมชีวิต แล้วจึงได้นำไปสู่การรับฟังความคิดเห็น (Hearing) ในวันพฤหัสบดีที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ณ ห้องลาเวนเดอร์ 1 ชั้น 3 อาคาร TK3 โรงแรม ที เค พาเลส แอนด์ คอนเวนชัน ถนนแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร 12000 โดยมีประชากรที่เกี่ยวข้อง คือกลุ่มนักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ กลุ่มผู้ดูแลและญาติ กลุ่มประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุ กลุ่มนักจิตวิทยา จำนวน 48 คนเข้าร่วมให้การวิพากษ์ และเสนอแนะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (รูปภาพประกอบที่ 5.6)



ภาพประกอบที่ 5.6 การสัมมนารับฟังความคิดเห็น (Hearing)

กระบวนการจัดทำ Hearing มีขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนการนำเสนอผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตาม Power point (คูภาคผนวก ง.) โดยมีสาระสำคัญ คือ ความเป็นมาของปัญหาที่นำไปสู่การทำวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วัตถุประสงค์การทำ Hearing วิธีวิทยาการวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เนื้อหาที่วิจัยประกอบด้วย กฎหมายระหว่างประเทศ และ กฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ ได้แก่ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 (The Universal Declaration of Human Right, 1948) ปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2524 (The World Medical Association declaration on the Rights of the Patient, 1981) ปฏิญญาเรื่อง ยูธานาเซียของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2562 (The World Medical Association Declaration on Euthanasia, 2019) คำแถลงเรื่อง เอกสารเจตนาล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก พ.ศ. 2546 (The World medical Association Statement on Advance Directives, 2003 (“Living Wills”) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของยุโรป พ.ศ. 2496 (European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms, 1953 “ECHR”) ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในยุโรปขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2537 (A declaration on the Promotion of Patients’ in Europe World Health Organization, 1994)

กฎหมายต่างประเทศ ได้แก่ รัฐออริกอน สหรัฐอเมริกา (Unites State, Oregon) กฎหมายที่รองรับคือ Oregon Death with Dignity Act, 1997 (พ.ศ. 2540) ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ (Kingdom of the Netherlands) กฎหมายที่รองรับคือ The Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act, 2002 (พ.ศ. 2545) ราชอาณาจักรเบลเยียม (Kingdom of Belgium) กฎหมายที่รองรับคือ Belgian Act on Euthanasia of May 28, 2002 (พ.ศ. 2545) สมาพันธรัฐสวิส (Swiss Confederation) หรือ สวิตเซอร์แลนด์ (Switzerland) กฎหมายที่รองรับคือ Swiss Criminal Code 114-115 และ EXIT A.D.M.D. Suisse romande และ สาธารณรัฐสิงคโปร์ (Republic of Singapore) กฎหมายที่รองรับคือ Advance Medical Directive Act, 1996 (พ.ศ. 2539)

กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 พุทธศักราช 2550 และ พุทธศักราช 2560 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ประมวลกฎหมายอาญา พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และ ประกาศสำนักงานคณะกรรมการ

สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

ข้อค้นพบผลการวิจัยที่นำเสนอเป็น โครงร่างกฎหมายว่าด้วยกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อนำไปจัดทำเป็น พระราชบัญญัติกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.ต่อไป

2) ขั้นตอนการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วม (Hearing)

ผู้เข้าร่วม Hearing เห็นด้วยในการนำเสนอกฎหมายเพื่อจัดทำร่างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและมีข้อเสนอแนะเพื่อจัดทำร่างกฎหมายต้นแบบให้ชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ดังนี้

- การกำหนดมาตรา 9 เกี่ยวกับเอกสารในการยื่นจะต้องทำเป็นแบบตามร่างพระราชบัญญัติฯ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยในประเด็นดังกล่าวแต่ต้องเพิ่มความรัดกุมและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน ผู้ป่วยเข้าใจ และจัดการทำให้แพร่หลาย เข้าถึงได้ง่าย เพราะจากกฎหมายฉบับเดิมพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 ถึงแม้มีการกำหนดใช้การแสดงเจตนา Living will แต่ในทางปฏิบัติของแพทย์ผู้ปฏิบัติ เมื่อเจอเคส (Case) แบบนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ามันยังจะทำให้โอกาสเกิดยากมากขึ้น ตัวอย่างการปฏิบัติทางการแพทย์ เช่น การทำ Passive Euthanasia กับผู้ป่วย ในการปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจที่แพทย์สามารถแจ้งคนไข้ได้เลย ไม่มีการทำ Living will เพราะคนไข้ไม่รู้จัก Living will เจตนาของ Living will ควรจะทำตอนที่ตัวเองยังมีภาวะปกติดี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมองว่าประเทศไทยอาจจะยังไม่มีตรงนี้มากนัก จะรู้วิธีก็ตอนที่ตัวเองเป็นโรคร้ายแล้ว ดังนั้น การกำหนดให้ทำตามแบบตามมาตรา 9 ครบถ้วนแล้วแต่ต้องเพิ่มในส่วนการประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงของบุคคลทั่วไป

- ข้อเสนอแนะจากนักจิตวิทยา เห็นว่า มาตรา 8 มาตรา 9 มาตรา 11 มาตรา 12 และ มาตรา 16 การเข้าถึงนิติกรรมดังกล่าวจะต้องเข้าถึงง่าย ไม่ยุ่งยากและมีการตรวจสอบถึงเจตนาที่ผู้ป่วยต้องการอย่างชัดเจน การเข้าถึงของญาติผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิดในนิติกรรมฉบับดังกล่าวควรรัดกุมไม่หลากหลายจนเกินไป

ผู้วิจัยได้ตอบข้อซักถามถึงร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ ว่าได้ทำขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาของหน่วยงานที่เคยเกิดขึ้นจริง ตามหลักกฎหมายปัจจุบันยึดตามทฤษฎีโดยธรรมที่เป็นลูกหลานหรือคู่สมรส เพราะฉะนั้นการตัดสินใจเป็นเรื่องเฉพาะ ซึ่งต้องการให้มีความชัดเจน สามารถระบุเกิน 1 คน ได้ ซึ่งผู้วิจัยจะนำมาทบทวนเฉพาะ Passive Euthanasia ในรูปแบบของการจดทะเบียน

เพราะเหตุผลที่ให้อัตโนมัติคือ คาดหวังว่าในอนาคตระบบออนไลน์จะง่าย คือทำที่โรงพยาบาล แบบ อัตโนมัติ (Auto) โดยไม่ต้องเซ็นเอกสาร และสามารถเก็บข้อมูลทั่วประเทศ

- นักวิชาการทางกฎหมาย เห็นว่า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ถึงแม้ว่าจะถูกใช้มาระยะหนึ่ง แต่ประชาชนยังรู้สึกกลัวไกลตัว ไม่มีรายละเอียดมากนัก เป็นภาพกว้าง ๆ การที่ผู้วิจัยนำเรื่องนี้มาเข้าสู่ประเด็นการแก้ไข ย่อมเป็นประโยชน์ และผู้ฟังเห็นว่ามี ประเด็นเพิ่มเติม ดังนี้

มาตรา 9 คือ บุคคลที่ประสงค์ทำคำสั่งให้นำเอกสารตามมาตรา 8 ไปยื่นต่อ นายทะเบียนที่สำนักงานเขตหรืออำเภอเพื่อทำการจดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ควรระบุนิยามของคำว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ กับ นายทะเบียน ให้ชัดเจนว่าเป็นคนเดียวกันหรือไม่ เพื่อความชัดเจนในการใช้

มาตรา 16 ในแง่ของการปฏิบัติงาน พระราชบัญญัตินี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อ นโยบาย ประกันชีวิตท่านได้ป้องกันไว้อย่างดี แต่ใน (3) อาจจะต้องมีการตีความ และอาจจะเกิดการขัดแย้งได้ คือการประกันภัยต้องใส่คำว่ากรรมธรรม์ประกันภัยทุกชนิด ประกันภัยนั้นมีอยู่ 2 อย่าง คือประกันชีวิต และ ประกันวินาศภัย เพราะฉะนั้นในมาตรา 16 ก็ได้เขียนไว้ชัดแล้วว่าการทำงานแบบนี้ ไม่อาจถูกตีความว่าเป็นการฆ่าตัวตาย และถือว่าเป็นการตายโดยธรรมชาติ แต่ในวงเล็บ (3) อนุ 3 เว้นแต่การทำประกันภายใน 6 เดือน ก่อนการยื่นคำขอ กรณีกรรมธรรม์เป็นวินาศภัย เช่น ประกันรถ ประกันบ้าน ประกันทรัพย์สิน ประกันสุขภาพ ก็อยู่ในวินาศภัยนี้ด้วย หากร่างพระราชบัญญัตินี้ กำหนดไว้ 6 เดือน เห็นด้วย แต่ในกรณีของประกันชีวิตถ้าเขียนไว้ว่าภายใน 6 เดือน ดังนั้น เดือนที่ 7 เดือนที่ 8 เดือนที่ 9 จะเป็นปัญหาต่อการปฏิบัติว่าในสัญญาประกันชีวิตในสัญญาบางที่เขามี ระยะเวลารอคอยเช่น 1 ปี 2 ปี บางกรรมธรรม์กำหนดไว้ถึง 5 ปี ดังนั้น ถ้าเขียนตรงนี้อาจจะให้เพิ่ม คำว่า “ภายใน 6 เดือนก่อนการยื่นคำขอ หรือเป็นไปตามที่กำหนดไว้” ในกรรมธรรม์ประกันภัย

- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เห็นว่าประเด็นนี้ ยากและมีประเด็นค่อนข้างมากเกิดใน สังคมไทย กระทบกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หากเรายึดหลักการนี้นั้นถูกต้องแต่วิธีปฏิบัตินั้นจะ ทำอย่างไรให้คงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เอาไว้ ซึ่งก็มีหลาย ๆ ด้าน ผู้ฟังขอให้ความเห็น ดังนี้

มาตรา 2 การบังคับกฎหมายภายใน 180 วัน สำหรับคนไทยต้องใช้เวลามากกว่านี้ เพราะบางคนก็ยังไม่ยอมรับ เพราะฉะนั้น 180 วันกับเรื่องใหม่และคิดว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ ควรจะอย่างต่ำต้องใช้เวลา 1-2 ปี

มาตรา 5 ขอตายโดยให้แพทย์ให้ยา ประเด็นคือ แพทย์เป็นทั้งผู้ตัดสินใจและเป็นคนลงมือ เพราะฉะนั้นกระบวนการทุกอย่างถ้ามีแพทย์ 1 คนทำทั้งสองอย่าง มันจะเกิดปัญหา

ตรงนี้พูดถึงมนุษย์คนหนึ่งซึ่งอาจจะมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ควรที่จะระบุน้ำที่แยกจากกันเพื่อไม่ให้ เกิดข้อครหา หรือการทุจริตต่อชีวิตของผู้ป่วยได้

มาตรา 6 ไม่อยู่ในภาวะหรืออยู่ในระหว่างรักษาภาวะ โรคซึมเศร้า แต่ประเด็นคือ ถ้าตัดสินใจโดยผู้ป่วยมาตรวจเพียงครั้งเดียวแล้วตัดสินใจเลยว่ามีหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า ความเห็น ทางด้านการแพทย์มองว่าลำบากอาจจะต้องมีการทิ้งระยะเวลา เช่น ผู้ที่อยู่ในกระบวนการนี้อาจจะต้อง มีการตรวจ 3 รอบ อาจจะเป็น 1 เดือน 3 เดือนหรือ 6 เดือน ไม่ใช่ตัดสินใจแล้วภายใน 1 อาทิตย์สามารถ ทำการอนุญาตได้เลย จะดีกว่า

มาตรา 8 คำว่าผู้ป่วยหนัก นักของเรา กับหนักของแพทย์แต่ละคนมันไม่เท่ากัน หรือบางคนไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ แต่สามารถเดินได้ทำอะไรได้ทุกอย่างแต่อาการ โรคหนัก ในกรณีแบบนี้ควรระบุว่าจะต้องมีการระบุว่าหนักระดับไหนหรือถ้าไม่หนักจะเข้าเกณฑ์เมื่อไหร่

มาตรา 15 ประเด็น คือทั้งหมดจะเน้นเกี่ยวกับประโยชน์เรื่องทรัพย์สิน เพราะฉะนั้นอยากจะให้เน้นในส่วนของการประโยชน์ทั้งปวง ผู้ป่วยมาทำที่เอกชน เอกชนก็ต้องมี รายได้ต้องมีค่าจ้างเพราะฉะนั้นอยากให้เน้นของรัฐบาล เท่านั้น เพื่อให้ทุกอย่างไม่มีผลประโยชน์ เกิดขึ้นในกระบวนการนี้เพราะในนี้ไม่มีกำหนดไว้ว่าในส่วนของการเกิดมาภาคเอกชนจะต้องจ่าย ค่ายาเพราะฉะนั้นถ้าปราศจากประโยชน์ทั้งปวงจะมีส่วนสำคัญต่อไป

มาตรา 19 ว่าจะทุจริตหรือไม่ทุจริต ซึ่งพอมียกข้อนี้ทุกคนทุกกรณีสามารถตีความ ได้ต้องไปพิสูจน์กันทุก Case เพราะฉะนั้นมองอีกมุมหนึ่งว่าตรงนี้ก็มีความสำคัญ

ผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะไว้และได้แก้ไขภายหลังจากได้รับฟังประเด็นดังกล่าว ในส่วน คำนิยามผู้ป่วยหนัก ได้ลงรายละเอียดในร่างกฎหมาย และจะพิจารณาในส่วน มาตรา 15 อีกครั้ง ตลอดจนโรงพยาบาลเอกชน หมายความว่า เรามุ่งไปที่ทรัพย์สินมรดก ว่ากรรมธรรม์ประกันชีวิต ระบุไว้ว่าผู้ได้รับผลประโยชน์คือใคร ถ้าเกิดเขียนเป็นแพทย์ก็ไม่ได้หรือได้รับเงินจากกองทุนเลี้ยงชีพ เพราะฉะนั้นโดยหลักก็จะเป็นคนในครอบครัว คนที่เกี่ยวข้องกับผู้ทำคำสั่งนั้น และจะกลับไปดูในส่วน ของเอกชนอีกครั้ง

- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าในส่วนของการ Passive Euthanasia อยากจะให้ เพิ่มในเรื่อง เช่น บางคนบริจาคอวัยวะ บริจาคร่างกาย ให้แข็งแรงเตือนเลย เพราะทุกวันนี้การบริจาค อวัยวะเขาก็จะรู้แค่ตัวเอง แล้วมันก็ไม่ได้เกิดขึ้นจริง

- ประเด็นในเรื่อง ผู้เสียหายในคดีอาญา คำว่า ผู้เสียหาย หมายถึง ผู้ได้รับความ เสียหายจากการกระทำความผิด แล้วถ้าเกิดว่าตัวเขาเป็นผู้มีส่วนร่วมหรือยินยอมก็ไม่ใช่ผู้เสียหาย โดยนิยามนี้ กฎหมายอาญาระบุไว้เรื่องสิทธิหรือผู้เสียหายในกรณีที่ผู้ถูกกระทำไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้ อยากถามว่ากฎหมายปัจจุบันทั้งแพ่งและอาญาครอบคลุมทั้งหมดหรือยัง

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องร่างกฎหมายที่มีความละเอียดอ่อนออกมา เพราะว่าการตัดสินใจในการกระทำวิบากกรรม ถ้าจะบอกว่าขณะนั้นเป็นภาวะจิตใจที่ไม่มีสติสัมปชัญญะ มันน่าจะไม่ค่อยดีเท่าไร อย่างที่คุณหมอบอกว่าอาจจะต้องตรวจภาวะทางจิต จำนวน 3 ครั้ง เพราะคนที่เจ็บป่วยขนาดนั้นต้องมีปัญหาทางจิต แต่วันหนึ่งอาจจะเปลี่ยนใจซึ่งคนป่วยหนักจริง ๆ จะเปลี่ยนแปลงไปมากก็อาจจะลำบากและยุ่งยากในทางการแพทย์ได้

ผู้วิจัยเห็นว่า ควรจะมีด้านเดียวคือผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ ถามว่ากฎหมายที่มีอยู่จะครอบคลุมไหม ก็ไม่ครอบคลุม เหตุผลเพราะอันนี้เป็นเรื่องการตัดสินใจในร่างกายตนเอง ซึ่งประเทศไทยไม่มีกฎหมายอาญาโดยตรงว่าการฆ่าตัวตายผิดไหม ก็ต้องตีความว่าไม่ผิดกฎหมาย บางประเทศจะเขียนไว้ชัดว่าการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่ผิด แปลว่า ผู้ที่ได้เข้าไปช่วยเหลือหรือสนับสนุน หรือเกี่ยวข้องกับการตายของคน ๆ นั้น ก็จะต้องมีความผิด เรื่องนี้ทั้งหมดไม่ใช่เรื่องของการที่จะมีบทบัญญัติเพื่อให้คนตาย แต่มีบทบัญญัติเพื่อให้คนสามารถใช้สิทธิของตนเองได้ถ้าเกิดอยู่ในข่ายของวาระสุดท้ายของชีวิต และถ้าเลือกที่จะอยู่ต่อก็รักษาไปเขาก็ยังมีสิทธิอยู่หรือจะไปทางเลือกอื่นก็สามารถทำได้เพราะฉะนั้นจะเป็นตัวเปิดช่องที่สามารถทำได้

- ประเด็นในเรื่องผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การจำกัดในกฎหมายว่าต้องไม่อยู่ในภาวะโรคซึมเศร้า หรือสติสัมปชัญญะที่ขาด แสดงว่าคนที่ทำตรงนี้ต้องเป็นคนที่มีความสุขจิตใจที่เพียบพร้อมและพร้อมที่จะทำอะไรสักอย่าง ๆ ในส่วนของ Living will คือ ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ก่อน แต่ประเด็นคนไข้กลุ่มหนึ่งที่เจอ เขาควรมีสิทธิเหมือนกันแต่เขาไม่สามารถแสดงสิทธิได้แต่ว่าคนที่เกิดปัญหาแล้วหรือว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ และเรารู้ว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้และพยายามยื้อไปเรื่อย ๆ เราไม่สามารถหยุดได้อันนี้จะเป็นทั้งทางการแพทย์ ทั้งทางด้านจิตใจ ทั้งทางญาติ เราไม่รู้ว่าเขาอยากอยู่หรือไม่อยากอยู่ แต่กฎหมายก็ไม่มี การเปิดช่องให้เลย ไม่มีกฎหมายใด ๆ ให้เราหยุดได้ แต่ในชีวิตจริงอันนี้ถือว่าเป็นพื้นที่ปลอดภัย บางโรงพยาบาลตกลงกับญาติ ตกลงกับเจ้าหน้าที่ ตกลงกับผู้ที่เกี่ยวข้องว่าจะขอไม่หยุดการรักษา แต่บางครั้งเกิดการปัมหัวใจซึ่งเป็นการรักษาอย่างหนึ่ง เมื่อถึงเวลานั้นอาจจะให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ในปัจจุบันได้มีกระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างญาติกับทางแพทย์ อยากได้ตรงนี้มาช่วยและให้เกิดขึ้นจริง

ผู้วิจัยเห็นว่า ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่สำคัญมาก นั่นคือเหตุผลที่คุณหมอบอก ตั้งแต่แรกว่าคนไทยยังรู้น้อยและก็ไม่มีการเตรียม ไม่มีใครทำ มาดูอีกทีก็ป่วยหนักและหมอเป็นคนบอกเอง คาดหวังว่าในอนาคตข้างหน้าเราจะต้องให้ความรู้ประชาชนว่านี่คือทางเลือกหนึ่งของการใช้ชีวิต ต้องวางแผนชีวิต ซึ่งในเรื่อง Living will คนไทยจะไม่เข้าใจเพราะไม่เคยให้ความรู้ในเรื่องพวกนี้เลย ควรไปเติมตรงนี้ให้ชัดเจน เพราะยังงั้นปัญหานี้ก็ยังเกิด ยกตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยหนักไม่ได้วางแผนและไม่มีสติแล้วคำถามคือก็ต้องการไปถามญาติ ญาติคนหนึ่งบอกให้พ่อตาย อีกคนหนึ่งบอกให้พ่ออยู่ แล้วจะเอาอย่างไร แต่สุดท้ายเขาก็ต้องถามหมอว่าถ้าหมอรักษาก็ต้องจ่ายค่า หมอ ถ้าทุกคนบอกว่าไม่รักษา หมอต้องติดคุก ก็ต้องเอามาโยงกับผู้แทนเพื่อเอามาปิดช่องว่างนี้ เพิ่มและเป็นมาตรการระบุให้ชัดเจน ถ้าเกิดทำแบบนี้แล้วหลังจากนี้ใครจะตัดสินใจอย่างไรได้บ้าง เพราะทุกวันนี้ชีวิตจริงเราทำอยู่แล้วแต่โดยวิชาชีพและจริยธรรมมันถูกต้อง แต่มันถูกต้องบน บรรทัดฐานว่ามันใช่เจตนาของเขาหรือเปล่า คนเราไม่เหมือนกันเพราะฉะนั้นมันทำให้ตรงนี้เกิด คำถามได้และก็เป็น การเชื่อมโยงไปถึงคนในครอบครัวที่ขัดแย้งกันมาก ๆ ถึงขนาดทะเลาะกันจน ไม่คุยกันได้ ผู้วิจัยจะไปพิจารณาและวิเคราะห์ในส่วนนี้

- ขอเพิ่มประเด็นผู้แทน จากการปฏิบัติงานหน้างานมีหลายครั้งที่มีการเซ็นเอกสาร ขอยุติไม่รับการรักษา โดยที่ผู้แทนเป็นผู้เซ็นลงนามทั้ง 2 รายชื่อ แต่พอถึงวันเขากลับเปลี่ยนตรงนั้น หน้างานด้วยความที่ยังไม่มีกฎหมายรองรับ ในฐานะที่เราเป็นผู้รักษาเราก็จำเป็นต้องยื้อชีวิตขึ้นมา มีการปั๊มชีวิตขึ้นมา แม้ว่าจะมีการเซ็นเอกสารไปแล้ว ด้วยสภาวะจิตใจของผู้แทนที่ไม่ได้เตรียมพร้อม มาจริง ๆ ในประเด็นนี้ก็น่าสนใจในการตัดสินใจวินาทีสุดท้าย

ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้แทนควรเซ็นยอมรับเพราะถ้าคุณจะทำก็ควรที่จะปฏิเสธ เพราะว่าไม่เช่นนั้นเขาก็มีโอกาสปฏิเสธ

- อยากให้เพิ่มเติมในแง่ของการขัดขวางการบอกสิทธิของผู้ป่วย เป็นการถูกห้าม โดยญาติซึ่งเป็นผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยอีกที ซึ่งตรงนี้อาจให้มีกฎหมายรองรับ

ผู้วิจัยเห็นด้วยที่จะใส่ในประเด็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วย เพราะส่วนนี้ได้มีอยู่ ตลอดเวลา ถ้าพูดกันตรง ๆ คือ ถ้าประเมินผู้ป่วยแล้วบอกญาติ ญาติไม่ให้บอกผู้ป่วย เพราะให้ญาติ ตัดสินใจเอง ซึ่งขบวนการมันผิดเพราะเราไม่ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วย เพียงแต่ว่าถ้าเราพูดอย่างนี้ ภาษาก็จะขัดกับชีวิตจริง

จากการสัมภาษณ์รับฟังความคิดเห็น (Hearing) ในประเด็นดังกล่าวนี้ ศาสตราจารย์ ดร.สุณีย์ มัลลิกะมาลย์ ผู้อำนวยการหลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ กล่าวสรุปผล การรับฟังความคิดเห็นจากการรับฟังครั้งนี้ว่า เรื่องนี้ถือว่าละเอียดอ่อนมากเพราะเกี่ยวกับชีวิตคน คือตัวของคนที่เป็นเจ้าของชีวิต ก็คือตัวเราเองที่จะเป็นคนตัดสินใจ เท่าที่ฟังพยายามที่จะมองเป็น ภาพรวมของงานทั้งหมด อาจจะเป็นประโยชน์ สำหรับเอามาดูว่าในโครงสร้างของกฎหมาย จะเป็นอย่างไรนั้น ในเวลาที่จะเอาไปใช้บังคับได้จริงจะต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน

ประเด็นทั้งหมดสามารถสรุปได้ว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จะต้องมีสิทธิที่จะตัดสินใจชีวิต คือตัดสินใจชีวิตของตัวเองว่ามีสิทธิอะไรบ้าง สิทธิแรกสำหรับผู้ป่วยจะต้องรู้สถานะของอาการป่วยเขา เมื่อรู้สถานะอาการป่วยเขาก็จะมีสิทธิจะตัดสินใจว่าเขาจะยื้อชีวิตต่อไปหรือยุติชีวิต

สิ่งนี้คือศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย หลังจากนั้นจะคิดว่าถ้าเขาจะขอใช้สิทธิมันต้องมีเหตุแห่งการใช้สิทธิ นั่นคือการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ และทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยนั้น ทำให้เขาตัดสินใจว่าจะอยู่ต่อหรือจะไป และทำอย่างไรที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ตายดี และมองไปถึงอีกภาพที่เป็นภาพลบ (Negative) จริง ๆ แล้วตรงนี้ถ้าเขาอยู่ในสภาพอย่างนั้นหรือสภาวะอย่างนั้น จะทำอย่างไรให้เขาไปอย่างสบาย โดยที่เขาตัดสินใจเอง คนอื่นไม่ต้องตัดสินใจแทนเขา เพราะเป็นชีวิตของเขา และหลังจากนั้น ก็จะเป็นรูปแบบของการดำเนินการขอสิทธิยุติชีวิตของตัวเอง ก็จะใช้สิทธิการรักษา ใช้การุณยฆาต และใช้สิทธิในการทำพินัยกรรมชีวิต เพราะฉะนั้นทำพินัยกรรมชีวิตของเขาจะมีแบบแห่งพินัยกรรมซึ่งแบบแห่งพินัยกรรมจะเป็นรายละเอียดที่ต้องออกมาเป็นกฎกระทรวง ซึ่งผู้ที่มีสิทธิทำก็คือผู้ป่วย ผู้ทำการแทน หรือว่าผู้เยาว์ ผู้ไร้ความสามารถ หรือผู้เสมือนไร้ความสามารถ ต้องมีคนทำแทนต้องขอคำสั่งศาลให้ศาลช่วยตัดสินใจว่าจะให้คนนี้เป็นคนตัดสินใจแทน และพยานจะนำมาซึ่งคุณสมบัติของข้อห้ามต่าง ๆ จากนั้นจะเป็นเรื่องความรับผิดชอบกับการยกเว้นความรับผิดชอบ ซึ่งความรับผิดชอบในที่นี้คือบุคลากรทางการแพทย์และญาติ มันก็จะมีในเรื่องของการเจตนาเพราะนี่เป็นเรื่องอาญา

เพราะฉะนั้นเจตนาทุจริต ในกฎหมายนี้ให้เปลี่ยนมาเป็นเจตนา และคำว่าทุจริตไม่กระทำคือเจตนากระทำ จะอยู่ในความหมายคือเจตนาไม่กระทำเหมือนกัน และในเรื่องของประกันชีวิตเราให้มองถึงทรัพย์สินอื่นด้วยที่ไม่ใช่เรื่องของมรดกอย่างเดียว ตัวผลประโยชน์ในกรมธรรม์ และมีอีกเรื่องหนึ่งพูดกันในทางปฏิบัติว่าจะต้องทำอย่างไร ซึ่งสามารถแก้ปัญหาได้คือ การจัดตั้งสถาบันให้เขารับผิดชอบทั้งหมดและเป็นสถาบันของรัฐ เพราะเอกชนเขาก็ต้องกลัวเพราะจะเข้ากระบวนการของสถาบันแต่เรื่องสถาบันจะเป็นเรื่องใหญ่ ในส่วนที่พิจารณานี้จะเป็นกฎหมายต้นแบบแต่จะเปิดช่องสำหรับการจัดทำสถาบันขึ้น ในกฎหมายต้นแบบนี้ว่าให้มีการจัดตั้งสถาบันคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย และหลังจากนั้นจะเป็นฐานที่จะนำไปออกเป็นกฎหมาย เพราะฉะนั้น กฎหมายต้นแบบของร่างพระราชบัญญัตินี้ กับร่างกฎกระทรวงอันนี้ยังไม่ได้ครอบคลุมทั้งหมด เพราะยังมีรายละเอียดอีกมาก ก็หลักไปเป็นกฎกระทรวงและเน้นในเรื่องของการทำพินัยกรรมชีวิต จะมีการทำล่วงหน้าก็ได้ในกรณีที่ยังไม่มีอาการป่วย ยังแข็งแรงอยู่แต่เราไม่รู้ว่าจะอนาคตจะเป็นอย่างไรหรือว่าทำล่วงหน้าเมื่อมีสภาพป่วยแล้วแต่ยังรู้สึกตัว และให้หมอเป็นคนให้ข้อมูลแนะนำ ซึ่งจริง ๆ แล้วให้เซ็นผ่าตัดมันก็เหมือนกับพินัยกรรมชีวิตแล้ว ในส่วนรายละเอียดของขั้นตอนและวิธีการดำเนินการให้ยกออกไปเป็นกฎกระทรวงและการตัดสินใจของแพทย์ก็เห็นด้วยว่าคนเดียวไม่ได้เพราะเขาก็หนักใจ เพราะฉะนั้นก็ควรที่จะคุยกันเป็นองค์คณะสัก 3 คน และพอตัดสินใจมีมติว่าอย่าชื้อ ก็ต้องทิ้งเวลาเพื่อคนไข้เปลี่ยนใจหรือมีปฏิหาริย์ ซึ่งทางแพทย์ก็อาจจะแนะนำได้ว่าควรทิ้งเวลาเท่าไร อันนี้คือทั้งหมดในการจัดทำ Hearing

ในวันนี้ แต่เป็นเพียงโมเดลกฎหมายไม่ได้เป็นอะไรที่ครบถ้วนสมบูรณ์แต่จะมีประเด็นที่จะทำให้เอาไปทำต่อได้อย่างเช่นในเรื่องของการจัดตั้งสถาบันจะต้องเป็นงานอีกชิ้นหนึ่งตรงนี้เป็นข้อเสนอแนะทั้งหมดในวันนี้

จากการรับฟังการสัมมนาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นมาปรับแก้ร่างกฎหมาย ซึ่งจะปรากฏในหัวข้อถัดไป

5. ร่างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.

5.1 ประเด็นสำหรับการปรับปรุงแก้ไขตามผลการรับฟังความคิดเห็น

จากผลของการรับฟังความคิดเห็นนี้การวิจัยได้นำเอาข้อวิพากษ์และข้อแนะนำมาวิเคราะห์ และได้ปรับกฎหมายอีกครั้งในประเด็น ดังต่อไปนี้

- วันที่กฎหมายมีผลบังคับใช้เป็น 360 วันนับจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา
- คุณสมบัติของผู้ขอตายด้วยความกรุณาและบุคคล ไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขในเรื่องคนที่อยู่ในภาวะโรคซึมเศร้าจะต้องได้รับการยืนยันตามหลักวิชาชีพ 2 ครั้งและให้ห่างกันครั้งละ 3 เดือน
- เอกสารประกอบการจดทะเบียนเพื่อทำคำสั่งขอตายด้วยความกรุณา การตรวจจะต้องมีใบรับรองแพทย์ 2 คนยืนยันว่าผู้ทำคำขอเป็นผู้ป่วยหนัก
- นิยามคำว่า “นายทะเบียนเจ้าหน้าที่” แก้ไขเป็น “นายทะเบียน
- นิยามคำว่า “ผู้ป่วยหนัก” บุคคลในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือการทรมานจากการเจ็บป่วย ตามที่แพทย์วินิจฉัย
- การบันทึกการลงนามในทะเบียนบัตรประชาชนอนุญาตให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถตรวจสอบความถูกต้องได้ด้วยระบบออนไลน์ (Online)
- การแต่งตั้งตัวแทนสามารถระบุได้มากกว่า 1 คนแต่ไม่เกิน 3 คนโดยให้ตัวแทนลงนามยินยอมการเป็นตัวแทนไว้ในทะเบียน
- ในกรณีผู้ขอตายด้วยความกรุณาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์และประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์นั้นจะต้องไม่เกิน 20 สัปดาห์
- การรักษาความลับให้ยกเว้นกับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยหนัก
- คุณสมบัติของพยาน เป็นพยาน 2 คน คือ นายทะเบียน กับ บุคคลทั่วไป
- ในเรื่องทรัพย์สินของผู้ป่วยวาระสุดท้ายให้รวมถึงทรัพย์สินอื่นนอกจากทรัพย์มรดก

- กฎหมายฉบับนี้ไม่จัดขวางให้บุคลากรทางการแพทย์ดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐานแบบ
 ปรคับปรคอง

- โทษทางกฎหมายให้เปลี่ยนจากคำว เจตนา เป็นการกระทำหรืองดเว้นกระทำ

- ให้รัฐมนตรีว่าการสาธารณสุขออกกฎหมายลำดับรองในการจัดตั้งสถาบันคุ้มครอง
 สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้าย

การวิจัยได้นำประเด็นดังกล่าวไปปรับแก้ไข

5.2 การตรวจสอบหลักเกณฑ์ในการจัดทำกฎหมาย

ในกรณีที่จะจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย
 ของชีวิตนั้นเนื่องจากการจัดทำกฎหมายใหม่ทั้งฉบับ ดังนั้นจึงต้องยกเลิกบทบัญญัติ
 ในกฎหมายเดิม คือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ก่อน และการจัดทำเป็น
 กฎหมายก็ต้องตรวจสอบหลักเกณฑ์ในการจัดทำกฎหมาย ดังนี้

1) ตรวจสอบความชอบด้วยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ
 มาตรา 77 “รัฐพึงจัดให้มีกฎหมายเพิงเท่าที่จำเป็น และยกเลิกหรือปรับปรุงกฎหมายที่หมด
 ความจำเป็นหรือไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์ หรือที่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตหรือ
 การประกอบอาชีพโดยไม่ชักช้าเพื่อไม่ให้เป็นการระแแก่ประชาชน และดำเนินการให้ประชาชน
 เข้าถึงตัวบทกฎหมายต่าง ๆ ได้โดยสะดวกและสามารถเข้าใจกฎหมายได้ง่ายเพื่อปฏิบัติตาม
 กฎหมายได้อย่างถูกต้อง”

ก่อนการตรากฎหมายทุกฉบับ รัฐพึงจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง
 วิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากกฎหมายอย่างรอบด้านและเป็นระบบรวมทั้งเปิดเผยผลการ
 รับฟังความคิดเห็นและการวิเคราะห์นั้นต่อประชาชน และนำมาประกอบการพิจารณาในกระบวนการ
 ตรากฎหมายทุกชั้นตอน เมื่อกฎหมายมีผลใช้บังคับแล้ว รัฐพึงจัดให้มีการประเมินผลสัมฤทธิ์
 ของกฎหมายทุกรอบระยะเวลาที่กำหนด โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย
 เพื่อพัฒนา กฎหมายทุกฉบับให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทต่าง ๆ ที่ เปลี่ยนแปลงไป”

การจัดทำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายเป็นการจัดทำกฎหมาย
 ใหม่ทั้งฉบับซึ่งเป็นกฎหมายที่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560
 มาตรา 4 ที่ให้การคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต
 ถือได้ว่าเป็นการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยที่จะมีสิทธิตัดสินใจของตนเองว่าจะ
 ขอยุ่ต่อไปหรือขอตาย ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยก็มีบทบัญญัติมาตรา 28 “บุคคล
 ย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย...” และ มาตรา 25 “สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย

นอกจากที่บัญญัติคุ้มครองไว้เป็นการเฉพาะในรัฐธรรมนูญแล้ว การใดที่มีได้ห้าม หรือจำกัดไว้ในรัฐธรรมนูญหรือในกฎหมายอื่น บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพที่จะกระทำการนั้นได้ และได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ ตราบเท่าที่การใช้สิทธิหรือเสรีภาพเช่นว่านั้นไม่กระทบกระเทือนหรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐ ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และไม่ละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลอื่น.....”

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายเป็นการให้สิทธิเฉพาะผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตที่จะเลือกวิถีชีวิตของตนเองจึงไม่ขัดกับรัฐธรรมนูญดังกล่าว

2) ตรวจสอบความชอบด้วยยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กำหนดในประเด็นที่ 22 มุ่งเน้นกฎหมายให้มีเท่าที่จำเป็น สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาในทุกมิติ รวมทั้งมีกระบวนการยุติธรรมที่เคารพสิทธิของมนุษยชน และปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาค เป็นการนำเชื่อถือ โปร่งใส และตรวจสอบได้ ซึ่งร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายเป็นกฎหมายที่มีความจำเป็นต่อการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิมนุษยชน จึงเป็นกระบวนการยุติธรรมที่ให้การเคารพต่อสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตจึงสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีในข้อนี้

3) การตรวจสอบกับพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562

พระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 โดยมีเหตุผลในการประกาศใช้ คือ “โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมาย การตรวจสอบความจำเป็นในการตรากฎหมาย การรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากกฎหมายเพื่อประกอบการจัดทำร่างกฎหมาย การเปิดเผยผลการรับฟังความคิดเห็นและการวิเคราะห์นั้นต่อประชาชน หลักเกณฑ์การตรวจสอบเนื้อหาของร่างกฎหมายที่เกี่ยวกับระบบอนุญาต ระบบคณะกรรมการ การใช้ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ระยะเวลาในการดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ และการกำหนดโทษทางอาญา เพื่อให้การตรากฎหมายเป็นไปโดยละเอียดรอบคอบ ไม่สร้างภาระแก่ประชาชนเกินความจำเป็น ตลอดจน กำหนดหลักเกณฑ์การประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายภายหลังเมื่อกฎหมายมีผลบังคับแล้ว เพื่อพัฒนากฎหมายให้ทันสมัยและสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป และการเข้าถึงบทบัญญัติของกฎหมายของประชาชน ทั้งนี้ ตามนัยมาตรา 77 ประกอบกับมาตรา 258 ด้านกฎหมาย (1) และ (3) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้”

เมื่อได้ตรวจสอบความจำเป็นในการตรากฎหมายตามหมวด 3 การตรวจสอบเนื้อหาของร่างกฎหมาย มาตรา 21 ได้บัญญัติให้หน่วยงานของรัฐต้องตรวจสอบและพิจารณาจัดทำร่างกฎหมายให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ 9 ด้าน ดังต่อไปนี้

(1) สอดคล้องและไม่ขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญ โดยในกรณีที่เป็นการจัดทำร่างพระราชบัญญัติหรือประมวลกฎหมายต้องสอดคล้องและไม่ขัดหรือแย้งต่อพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญด้วย

การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต มีเนื้อหาสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 และไม่ขัดหรือแย้งต่อพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

(2) สอดคล้องและไม่ขัดหรือแย้งกับยุทธศาสตร์ชาติ ข้อ 22 ในด้านการพัฒนาประเทศ ซึ่งการจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายไม่มีความขัดแย้งกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีตามที่ได้กล่าวไว้แล้ว

(3) ต้องสอดคล้องกับหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นการกำหนดกระบวนการใช้สิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษาและเลือกที่จะขอตายซึ่งจะไม่กระทบต่อสิทธิของประชาชนคนอื่นและไม่กระทบต่อการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

(4) การยกเลิกหรือปรับปรุงกฎหมายที่หมดความจำเป็นหรือไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์หรือที่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตหรือการประกอบอาชีพเพื่อไม่ให้เป็นการก่อกวนประชาชน

การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมีการยกเลิกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 เนื่องจากเป็นบทบัญญัติที่มีความไม่ชัดเจนและเป็นปัญหาในทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่จะขอใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาและขอตายตามวิธีที่กฎหมายที่จัดทำขึ้นใหม่กำหนดไว้ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการสร้างภาวะให้แก่ประชาชน

(5) ไม่ใช่ระบบอนุญาตเว้นแต่มีเหตุจำเป็นเพื่อรักษาประโยชน์ของประเทศชาติหรือประชาชนหรือมีกรณีจำเป็นไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้ ในกรณีที่จำเป็นต้องมีระบบอนุญาต การกำหนดระยะเวลาหรือขั้นตอนในการพิจารณายื่นคำขออนุญาตดำเนินการต่าง ๆ ต้องคำนึงถึงหลักการและสาระสำคัญของกฎหมายเกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ

การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยที่จะขออนุญาตตายด้วยวิธีที่กฎหมายกำหนดไว้ อันเป็นกระบวนการที่ชัดเจนภายใต้การดูแลของแพทย์ที่รักษาจึงไม่ขัดกับหลักการข้อนี้

(6) ไม่ใช้ระบบคณะกรรมการ เว้นแต่ เพื่อกำหนดนโยบาย หรือกำกับ หรือกำหนด หลักเกณฑ์หรือเพื่อการอื่นที่จำเป็น ทั้งนี้ ในกรณีที่น่าระบบคณะกรรมการมาใช้ ให้ระบุให้ชัดเจน ด้วยว่ามติของคณะกรรมการผูกพันหน่วยงานที่มีผู้แทนเป็นกรรมการ โดยตำแหน่งด้วย

การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่มีการใช้ระบบคณะกรรมการ แต่เป็นการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตที่จะตัดสินใจชีวิตของตนเองจึงไม่ขัดกับหลักการข้อนี้

(7) การมีบทบัญญัติให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมีดุลยพินิจในการออกคำสั่งทางปกครอง หรือดำเนินกิจการทางปกครอง ให้กระทำได้เท่าที่จำเป็น ทั้งนี้ ในกรณีที่กำหนดให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ มีดุลยพินิจให้กำหนดหลักเกณฑ์การใช้ดุลยพินิจและระยะเวลาในการดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ที่เป็นสาระสำคัญไว้ในร่างกฎหมายให้ชัดเจน

การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการใช้ดุลยพินิจในการออกคำสั่งทางปกครอง หรือดำเนินกิจการทางปกครองจึงไม่ขัดกับหลักการข้อนี้

(8) การกำหนดโทษทางอาญาสำหรับการกระทำความผิดใด ให้คำนึงถึงหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(8.1) การกระทำนั้นต้องกระทบต่อความมั่นคงหรือความปลอดภัยของประเทศ ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนอย่างร้ายแรง หรือมีผลกระทบต่อส่วนรวม

(8.2) เป็นกรณีไม่สามารถใช้มาตรการอื่นใดเพื่อบังคับใช้กฎหมายอย่างได้ผล และมี ประสิทธิภาพเพียงพอที่จะให้ประชาชนปฏิบัติตามกฎหมาย

การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต มีการกำหนดโทษทางอาญากรณีบุคลากรทางการแพทย์โดยทุจริตกระทำหรือไม่กระทำตามคำสั่งของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งไม่กระทบต่อสิทธิของผู้อื่นหรือความมั่นคงหรือความปลอดภัยของประเทศ ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนอย่างร้ายแรง หรือมีผลกระทบต่อส่วนรวม

(9) หลักเกณฑ์อื่นตามที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

ยังไม่ปรากฏถึงหลักเกณฑ์ตามกฎหมายอื่นที่คณะรัฐมนตรีได้กำหนด

การตรวจสอบเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พบว่าไม่ได้ขัดแย้งตามหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายเพื่อตรวจสอบความจำเป็นในการตรากฎหมายทั้ง 9 ข้อ แต่อย่างไร

การวิจัยได้ตรวจสอบหลักเกณฑ์ในการจัดทำกฎหมายแล้ว และมีการนำประเด็นที่ได้จากการวิพากษ์และข้อเสนอแนะโดยผู้เข้าร่วมรับฟังความคิดเห็นในประเด็นที่ได้กล่าวมาแล้วมาปรับแก้ ร่างกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. โดยสาระสำคัญของบทบัญญัติกฎหมายที่ร่างไว้นั้นยังคงเดิมเพียงปรับปรุงถ้อยความและเพิ่มอีก 2 มาตรา จากเดิม 22 มาตรา เป็น 24 มาตรา และจัดทำร่างกฎกระทรวงหนึ่งฉบับ

5.3 โครงสร้างร่างพระราชบัญญัติต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.

มี 24 มาตรา ประกอบด้วย

หมวด 1 บททั่วไป (มาตรา 5)

หมวด 2 สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้าย (มาตรา 6 ถึง มาตรา 7)

หมวด 3 การทำคำสั่งขอตายและหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธ(มาตรา 8 ถึง มาตรา 18)

หมวด 4 ความรับผิดชอบทางกฎหมายและทางวินัย (มาตรา 19 ถึง มาตรา 24)

ตารางที่ 5.6 ร่าง พระราชบัญญัติ “การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.”

และเหตุผลประกอบ เปรียบเทียบก่อนและหลังนำเสนอสมมนำรับฟังความคิดเห็น

(Hearing)

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
มาตรา 1	พระราชบัญญัติ นี้เรียกว่า “การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.”	พระราชบัญญัติ นี้เรียกว่า “การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.”	เป็น การ จัด ทำ กฎหมายใหม่เป็น ต้นแบบว่าด้วยการ คุ้มครองสิทธิของ ผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ของชีวิต - ปรัชญากฎหมาย ธรรมชาติ

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
			<ul style="list-style-type: none"> - ทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา - หลักสิทธิมนุษยชน - หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ - หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย - หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย - หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา - หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม - หลักการตายดี
มาตรา 2	พระราชบัญญัติ การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. ให้ มี ผล ใช้ บัง คับ เมื่ อ พ้น กำหนดสองร้อยสิบวัน นับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา	พระราชบัญญัติ การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. ให้มีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสามร้อยหกสิบวัน นับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา	เป็นการกำหนดเวลาสำหรับการใช้บังคับกฎหมาย
มาตรา 3	ให้ยกเลิกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของ	ให้ยกเลิกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระ	เป็นการยกเลิกกฎหมายเพื่อจัดทำเป็นกฎหมายใหม่

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
	ชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553	สุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553	
มาตรา 4	ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้	ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ บรรดา กฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พระราชกำหนด หรือประกาศ ที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่	เป็นการกำหนดผู้รักษาการกฎหมาย

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
		พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับให้ยังคงใช้บังคับได้ต่อไป เพียงเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับพระราชบัญญัตินี้ หรือจนกว่าจะมีกฎกระทรวงระเบียบ หรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ	
หมวด 1 หมวดทั่วไป			
มาตรา 5	<p>ในพระราชบัญญัตินี้ “ขอตายด้วยความกรุณา” หมายความว่า การขอให้แพทย์ให้ยาโดยวิธีการฉีดหรือการกินเพื่อให้หัวใจหยุดเต้นถาวร หรือการเตรียมยาอุปกรณ์จากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยทาน หรือฉีดยาด้วยตนเอง</p> <p>“ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อปฏิเสธการรักษา</p> <p>“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบ</p>	<p>ในพระราชบัญญัตินี้ “ผู้ขอตายด้วยความกรุณา” หมายความว่า การขอให้แพทย์ให้ยาโดยวิธีการฉีดหรือการกินเพื่อให้หัวใจหยุดเต้นถาวรหรือการเตรียมยาอุปกรณ์จากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยทาน หรือฉีดยาด้วยตนเอง</p> <p>“ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อปฏิเสธการรักษา</p> <p>“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ขอตายด้วยความการุณย์ หรือผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข อันเกิด</p>	<p>เป็นการให้คำนิยามคำเฉพาะ ในกฎหมาย เพื่อให้มีความชัดเจน ใน การ ตี ความ กฎหมายเป็นการบัญญัติถึงสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่กำหนดคุณสมบัติของผู้ทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลักสิทธิผู้ป่วย - หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย - หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย - หลักการตายดี - หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ - ปรัชญากฎหมายธรรมชาติ

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
	<p>วิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาวินิจฉัย ได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่าภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร ของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวรโดยปราศจาก พฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น</p> <p>“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหน้าที่แสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้</p>	<p>จากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และ<u>ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาวินิจฉัยและแพทย์อีกคน</u> ได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่าภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร ของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น</p> <p>“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ขอตายด้วย<u>ความ गरุณั</u> หรือผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข อันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่</p>	- หลักสิทธิมนุษยชน

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
	<p>“ <u>พินัยกรรมชีวิต</u>” หมายความว่า หนังสือแสดงเจตนาขอตายด้วยความกรุณา หรือการไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข</p> <p>“ <u>ผู้ป่วยหนัก</u>” หมายความว่า บุคคลที่รักษาเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยืดการทรมานจากการเจ็บป่วย</p> <p>“ <u>แพทย์</u>” หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์</p> <p>“ <u>จิตแพทย์</u>” หมายความว่า จิตแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์</p> <p>“ <u>ผู้บรรลุนิติภาวะ</u>” หมายความว่า บุคคลที่มีอายุยี่สิบปีขึ้นไป</p>	<p>อาจรักษาให้หายได้และ<u>ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้รับผิดชอบการรักษา วินิจฉัยและแพทย์อีกคนได้ วินิจฉัย</u></p> <p>“ <u>ผู้ป่วยหนัก</u>” หมายความว่า บุคคลวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือการทรมานจากการเจ็บป่วย ตามที่ <u>แพทย์วินิจฉัย</u></p> <p>“ <u>แพทย์</u>” หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์</p> <p>“ <u>จิตแพทย์</u>” หมายความว่า จิตแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์</p> <p>“ <u>ผู้บรรลุนิติภาวะ</u>” หมายความว่า บุคคลที่มีอายุยี่สิบปี <u>บริบูรณ์</u></p>	

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
	<p>“คำสั่งจดทะเบียน” หมายความว่า คำสั่งขอตายด้วย ความการุณย์</p> <p>“การดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน” หมายความว่า การดูแลแบบ ประคับประคอง เฉพาะการ ดูแลร่างกายขั้นพื้นฐาน การ ดูแลจิตใจ และการเคารพทาง ศาสนาที่มีมนุษยธรรมและ สง่างาม</p> <p>“บุคลากรทางการแพทย์” หมายความว่า ผู้ประกอบ วิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วย สถานพยาบาล</p> <p>นายทะเบียน หมายความว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ทะเบียนราษฎรตามกฎหมายว่า ด้วยการทะเบียนราษฎร</p>	<p>“การดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน” หมายความว่า การดูแล แบบประคับ ประคอง เฉพาะ การดูแลร่างกายขั้นพื้นฐาน การดูแลจิตใจ และ การเคารพ ทางศาสนาที่มีมนุษยธรรม และสง่างาม</p> <p>“บุคลากรทางการแพทย์” หมายความว่า ผู้ประกอบ วิชาชีพ ตามกฎหมายว่าด้วย สถานพยาบาล</p> <p>“นายทะเบียน” หมายความว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ทะเบียนราษฎรตามกฎหมาย ว่าด้วยการทะเบียนราษฎร</p>	
หมวด 2 สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้าย			
มาตรา 6	<p>บุคคลมีสิทธิทำคำสั่งขอ ตายด้วยความการุณย์ ต้องเป็น บุคคลที่เป็น</p> <p>(1) สัญชาติไทย</p> <p>(2) คนต่างชาตินที่มีสิทธิ พำนักในราชอาณาจักรไทยว่า ด้วยการทำงานหรือการศึกษา ตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง</p>	<p>บุคคลผู้ขอตายด้วยความ การุณย์ ต้องเป็นบุคคลที่</p> <p>(1) มีสัญชาติไทย</p> <p>(2) เป็นคนต่างด้าวที่มีถิ่น ที่อยู่ที่มีสิทธิพำนักใน ราชอาณาจักรไทยว่าด้วยการ</p>	<p>เป็นการกำหนดสิทธิ และ คุณ สม บัติ แก่ ผู้ป่วยวาระสุดท้ายใน การขอใช้สิทธิขอตาย</p> <p>- ปรัชญากฎหมาย ธรรมชาติ</p> <p>- ทฤษฎีว่าด้วยการ แสดงเจตนา</p>

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
	<p>(3) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ในกรณีที่เป็นผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้เยาว์และผู้แทนโดยชอบธรรมและคำสั่งศาล</p> <p>(4) ไม่เป็นคนวิกลจริต ผู้ไร้ความสามารถ หรือ ผู้เสมือนไร้ความสามารถ</p> <p>(5) ได้ทำคำสั่งโดยสมัคร ใจและไม่มีการชักชวนหรือการ บังคับ</p> <p>(6) ไม่อยู่ในภาวะหรืออยู่ ระหว่างการรักษาโรคมึนตราหรือ ขาดสติสัมปชัญญะ</p>	<p><u>ทำงานหรือการศึกษาตาม</u> <u>กฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง</u></p> <p>(3) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ในกรณีที่เป็นผู้เยาว์ต้อง ได้รับความยินยอมจากผู้เยาว์ และผู้แทน โดยชอบธรรม และคำสั่งศาล</p> <p>(4) ไม่เป็นคนวิกลจริต ผู้ไร้ความสามารถ หรือ ผู้เสมือนไร้ความสามารถ</p> <p>(5) ได้ทำคำสั่งโดยสมัคร ใจและไม่มีการชักชวนหรือ การบังคับ</p> <p>(6) ไม่อยู่ในภาวะหรืออยู่ ระหว่างการรักษาโรคมึนตรา <u>ทั้งนี้ ได้รับการตรวจยืนยัน</u> <u>ตามหลักวิชาชีพสองครั้ง</u> <u>โดยห่างกันครั้งละสามเดือน</u></p>	<p>- หลักสิทธิมนุษยชน - หลักศักดิ์ศรีความเป็น มนุษย์ - หลักสิทธิและเสรีภาพ ในร่างกาย - หลักการตัดสินใจของ ผู้ป่วย - หลักความศักดิ์สิทธิ์ แห่งการแสดงเจตนา - หลักเสรีภาพในการทำ นิติกรรม - หลักการตายดี</p>
มาตรา 7	บุคคลไม่ประสงค์จะรับ บริการสาธารณสุขมีสิทธิทำ หนังสือแสดงเจตนาไม่ ประสงค์จะรับบริการ สาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อ ยืดการตายในวาระสุดท้ายของ ชีวิตตน หรือเพื่อยืดการทรมาน จากการเจ็บป่วยได้ ต้องเป็นบุคคล ที่	บุคคลไม่ประสงค์จะรับ บริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพียงเพื่อยืดการตายในวาระ สุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อ ยืดการทรมานจากการ เจ็บป่วยได้ ต้องเป็นบุคคลที่	เนื่องด้วยการปฏิเสธ การรักษา (Refuse of Treatment) แ บ บ บ พิ นั ย ก ร ร ม ชี วิ ต (Living Will) เป็นสิทธิ ที่ผู้ป่วยสามารถกระทำ ได้ โดยแสดงเจตนา ปฏิเสธการดูแลรักษา ไว้เป็นการล่วงหน้า

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
	<p>(1) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ในกรณีที่เป็นผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้เยาว์และผู้แทนโดยชอบธรรม</p> <p>(2) ไม่อยู่ในภาวะหรืออยู่ระหว่างการรักษาโรคซึมเศร้าหรือขาดสติสัมปชัญญะ</p> <p>(3) ไม่เป็นคนวิกลจริต ผู้ไร้ความสามารถ หรือผู้เสมือนไร้ความสามารถ</p>	<p>(1) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ในกรณีที่เป็นผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้เยาว์และผู้แทนโดยชอบธรรม</p> <p>(2) ไม่อยู่ในภาวะหรืออยู่ระหว่างการรักษาโรคซึมเศร้า <u>ทั้งนี้ ได้รับการตรวจยืนยันตามหลักวิชาชีพสองครั้ง โดยห่างกันครั้งละสามเดือน</u></p> <p>(3) ไม่เป็นคนวิกลจริต ผู้ไร้ความสามารถ หรือผู้เสมือนไร้ความสามารถ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ปรัชญากฎหมายธรรมชาติ - ทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา - หลักสิทธิมนุษยชน - หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ - หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย - หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย - หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา - หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม - หลักการตายดี
หมวด 3 การทำคำสั่งขอตายและหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธ			
มาตรา 8	<p>บุคคลมีสิทธิทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ โดยผู้ยื่นทำคำสั่งจดทะเบียนต้องผ่านการตรวจทางการแพทย์พร้อมทั้งมีเอกสารยืนยันความถูกต้องดังนี้</p> <p>(1) มีใบรับรองแพทย์แสดงว่าผู้ทำคำสั่งยื่นคำขอเป็นผู้ป่วยหนัก</p>	<p>บุคคลมีสิทธิทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ โดยผู้ยื่นทำคำสั่งจดทะเบียนต้องผ่านการตรวจทางการแพทย์พร้อมทั้งมีเอกสารยืนยันความถูกต้องดังนี้</p> <p>(1) มีใบรับรองแพทย์สองคนแสดงว่าผู้ทำคำสั่งยื่นคำขอเป็นผู้ป่วยหนัก</p>	<p>กฎหมายมาตรานี้ต้องการควบคุมการทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ ให้เป็นแบบตามกฎหมาย เพื่อให้ทุกขั้นตอนมีการยืนยันจากบุคลากรทางวิชาชีพ และตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่รัฐ</p>

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
	<p>(2) มีใบรับรองแพทย์แสดงการตรวจที่ได้รับอนุมัติจากจิตแพทย์</p> <p>(3) เอกสารคำสั่งตามแบบฟอร์ม ที่กฎหมายกำหนด</p> <p>(4) มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ</p>	<p>(2) มีใบรับรองแพทย์แสดงการตรวจที่ได้รับอนุมัติจากจิตแพทย์</p> <p>(3) เอกสารคำสั่งตามแบบฟอร์ม ที่กฎหมายกำหนด</p>	<p>- ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม</p> <p>- หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา</p> <p>- หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม</p>
มาตรา 9	บุคคลที่ประสงค์ทำคำสั่งให้นำเอกสารตามมาตรา 8 ไปยื่นต่อ นายทะเบียนที่สำนักงานเขตหรืออำเภอ เพื่อทำการจดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ มิฉะนั้นเป็นโมฆะ	บุคคลที่ประสงค์ทำคำสั่งให้นำเอกสารตามมาตรา 8 ไปยื่นต่อ นายทะเบียนที่สำนักงานเขตหรืออำเภอ เพื่อทำการจดทะเบียน ต่อ <u>นายทะเบียน</u> มิฉะนั้นเป็นโมฆะ	เป็นการกำหนดกระบวนการดำเนินการใช้สิทธิขอตายล่วงหน้าที่เป็น “แบบ” ตามกฎหมาย
มาตรา 10	บุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ต้องทำเป็นหนังสือและจดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ มิฉะนั้นเป็นโมฆะ	บุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ต้องทำเป็นหนังสือและจดทะเบียนต่อ <u>นายทะเบียน</u> มิฉะนั้นเป็นโมฆะ	เป็นการกำหนดแบบการแสดงเจตนาขอตาย

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
มาตรา 11	หนังสือจดทะเบียนมาตรา 9 และมาตรา 10 ให้นายทะเบียนบันทึกการลงในระบบทะเบียนบัตรประชาชนผู้ยื่นคำขอแบบออนไลน์	หนังสือจดทะเบียนมาตรา 9 และมาตรา 10 ให้นายทะเบียนบันทึกการลงในระบบทะเบียนบัตรประชาชนผู้ยื่นคำขอแบบออนไลน์ และบุคลากรทางการแพทย์ สามารถตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือนี้ด้วยระบบออนไลน์	เป็นการกำหนดรูปแบบการจัดเก็บเอกสารการใช้สิทธิขอตาย - ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม - หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา - หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม
มาตรา 12	การเพิกถอนการจดทะเบียน บุคคลผู้ทำคำสั่งมีสิทธิ ยกเลิก แก้ไข เปลี่ยนแปลง ทั้งหมด หรือ บางส่วนในรายละเอียดที่ได้จดทะเบียนไว้และต้องมีพยานรับรองยืนยันอย่างน้อยสองคน โดยพยานจะต้องเป็นไปตามมาตรา 15 เว้นแต่ กรณีฉุกเฉินให้กระทำด้วยวาจาได้ และจดทะเบียนเพิกถอนภายใน 24 ชั่วโมง โดยจะต้องมีพยานอย่างน้อยสองคนยืนยันการรับรองการจดทะเบียนเพิกถอน โดยมีพยานตามมาตรา 15 บุคคลที่เป็นตัวแทนที่ถูกระบุไว้ในเอกสาร มีสิทธิ แก้ไข เปลี่ยนแปลง ลงนามในเอกสารเฉพาะเจาะจงที่ ระบุอำนาจไว้	การเพิกถอนการจดทะเบียน บุคคลผู้ทำคำสั่งมีสิทธิ ยกเลิก แก้ไข เปลี่ยนแปลง ทั้งหมด หรือ บางส่วนในรายละเอียดที่ได้จดทะเบียนไว้และต้องมีพยานรับรองยืนยันอย่างน้อยสองคน โดยพยานจะต้องเป็นไปตาม <u>มาตรา 16</u> เว้นแต่ กรณีฉุกเฉินให้กระทำด้วยวาจาได้ และจดทะเบียนเพิกถอนภายใน <u>ยี่สิบสี่ชั่วโมง</u> โดยจะต้องมีพยานอย่างน้อยสองคนยืนยันการรับรองการจดทะเบียนเพิกถอน โดยมีพยานตาม <u>มาตรา 16</u>	เป็นการกำหนดแบบการตัดสินใจในการใช้สิทธิขอตาย - ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม - หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา - หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
	ในทะเบียน แต่จะยกเลิกคำสั่งไม่ได้		
มาตรา 13	<p>การจดทะเบียนจะต้องเก็บเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้กับบุคคลใด ๆ ยกเว้นต่อไปนี้</p> <p>(1) บุคคลที่เขียนตามคำสั่ง</p> <p>(2) นายทะเบียนและบุคคลอื่นที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดูแลและจัดการจดทะเบียน</p> <p>(3) บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบในการรักษาบุคคลที่ทำตามคำสั่ง</p> <p>(4) ศาล พนักงานอัยการ</p> <p>แก้ไขและย้ายไปมาตรา 15</p>	<p><u>ผู้ขอตายด้วยความกรุณย์หรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ประสงค์จะมีตัวแทนได้ไม่เกินสามคน โดยให้เรียงตามลำดับ</u></p> <p><u>บุคคลที่ได้รับแต่งตั้งตามเอกสารตามมาตรา 9 และมาตรา 10 และยอมรับเป็นตัวแทนให้ลงนามบันทึกไว้</u></p> <p><u>ตัวแทนตามวรรคสองมีสิทธิ ให้ข้อมูล ตัดสินใจตามที่ระบุนกรอบอำนาจไว้ในทะเบียน แต่จะยกเลิกคำสั่งไม่ได้</u></p>	<p>การตั้งตัวแทนในการตัดสินใจ</p> <p>- หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย</p> <p>- หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา</p>
มาตรา 14	<p>ก่อนจะดำเนินการตามคำสั่งจดทะเบียน ให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยหนัก พนักงานอัยการ หรือผู้มีส่วนได้เสียยื่นคำร้องขอต่อศาล เพื่อตรวจสอบและพิจารณาตามหนังสือจดทะเบียนตามมาตรา 9</p> <p>ผู้ดำเนินการจะต้องยื่นคำร้องขอต่อศาลในภูมิลำเนาของผู้ป่วยก่อน</p>	<p>ก่อนจะดำเนินการตามคำสั่งจดทะเบียนตามมาตรา 9 ให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยหนัก พนักงานอัยการ หรือผู้มีส่วนได้เสียยื่นคำร้องขอต่อศาล เพื่อตรวจสอบและพิจารณาตามหนังสือจดทะเบียน</p> <p>ผู้ดำเนินการจะต้องยื่นคำร้องขอต่อศาลในภูมิลำเนาของผู้ป่วยก่อน</p>	<p>เป็นการตรวจสอบความชอบของเอกสารขอตาย</p> <p>- ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม</p> <p>- หลักสุจริต</p> <p>- หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา</p> <p>- หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย</p> <p>- หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย</p>

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
	<p>ในกรณีบุคคลผู้ทำคำสั่งตามวรรคหนึ่งอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ทำคำสั่งที่จดทะเบียนไว้ได้เมื่อทารกคลอดออกจากครรภ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เว้นแต่ผู้ทำคำสั่งจดทะเบียนหรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข จะได้รับรู้ไว้โดยชัดแจ้งในทะเบียนว่าไม่ประสงค์จะคงการตั้งครรภ์ไว้</p>	<p>ในกรณีผู้ขอตายด้วยความกรุณาตามวรรคหนึ่งอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ทำคำสั่งที่จดทะเบียนไว้ได้เมื่อทารกคลอดออกจากครรภ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เว้นแต่ผู้ขอตายด้วยความกรุณาหรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีอายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ จะได้รับรู้ไว้โดยชัดแจ้งในทะเบียนว่าไม่ประสงค์จะคงการตั้งครรภ์ไว้</p>	
มาตรา 15	<p>พยานในแบบคำสั่งขอตายด้วยความกรุณา และหนังสือแสดงเจตนาจะต้องมีอย่างน้อยสองคน บุคคลทั่วไปและนายทะเบียน โดยพยานจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>— (1) มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์</p> <p>— (2) ไม่เป็นคนวิกลจริต คนไร้ความสามารถ คนเสมือนไร้ความสามารถ</p> <p>— (3) ไม่เป็นผู้มีสิทธิรับทรัพย์สินมรดกหรือทรัพย์สินของผู้ทำคำสั่งในการเสียชีวิตของผู้ป่วย</p>	<p>การจดทะเบียนจะต้องเก็บเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้กับบุคคลใด ๆ ยกเว้นต่อไปนี้</p> <p>(1) บุคลากรทางการแพทย์ ที่มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยหนัก</p> <p>(2) ศาล พนักงานอัยการ</p>	<p>เนื่องจากเป็นข้อมูลส่วนบุคคลและเป็นสิทธิของผู้ป่วยโดยตรง อีกทั้งเพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล จึงระบุให้ชัดแจ้ง</p> <p>- สิทธิผู้ป่วยตามกฎหมาย</p>

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
	<p>— (4) ไม่ได้รับผลประโยชน์ภายใต้เจตจำนงของผู้ทำคำสั่งหรือนโยบายใดๆ ของประกันภัย</p> <p>— (5) ไม่มีสิทธิได้รับผลประโยชน์ของผู้ทำคำสั่งในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลางหรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพอื่น ๆ เมื่อเสียชีวิตของผู้ทำคำสั่งรายนั้น</p> <p>แก้ไขและย้ายไปมาตรา 16</p>		
มาตรา 16	<p>พระราชบัญญัตินี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อนโยบายการประกันชีวิต</p> <p>— (1) การกระทำใดๆ ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ ไม่อาจถูกตีความได้ว่าเป็นการฆ่าตัวตายและถือว่าเป็นการตายโดยธรรมชาติ</p> <p>— (2) บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ไม่ถือว่าเป็นการกระทำ ช่วย หรือสนับสนุนให้ผู้ทำคำสั่งจัดทะเบียน หรือผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขถึงแก่ความตาย</p> <p>— (3) การกระทำใดๆ ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ ไม่กระทบ</p>	<p>พยานในแบบคำสั่งขอตายด้วยความกรุณา และหนังสือแสดงเจตนาจะต้องมีอย่างน้อยนายทะเบียนหนึ่งคนและบุคคลทั่วไปหนึ่งคน โดยพยานจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>(1) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์</p> <p>(2) ไม่เป็นคนวิกลจริต คนไร้ความสามารถ คนเสมือนไร้ความสามารถ</p> <p>(3) ไม่เป็นผู้มีสิทธิรับทรัพย์สินมรดกหรือทรัพย์สินอื่นของผู้ขอตายด้วยความกรุณาหรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข</p>	<p>เป็นการกำหนดให้มีพยาน และคุณสมบัติพยานในการแสดงสิทธิขอตายเป็นหนังสือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กฎหมายทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา - ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม - หลักสุจริต

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
	<p>ต่อกรรมการธรรม์ประกันทุกชนิด เว้นแต่ยังทำประกันภายในหกเดือนก่อนการยื่นคำขอ หรือรู้หรือควรจะได้รู้ที่จะใช้สิทธิตามพระราชบัญญัตินี้</p> <p>แก้ไขและย้ายไปมาตรา 17</p>	<p>(4) ไม่ได้รับผลประโยชน์ภายใต้เจตจำนงของผู้ขอตายด้วยความกรุณาหรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หรือนโยบายใด ๆ ของประกันชีวิตไม่มีสิทธิได้รับผล ประโยชน์ของผู้ขอตายด้วยความกรุณาหรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการ สาธารณ สุข ในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลางหรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพอื่น ๆ เมื่อเสียชีวิตของรายนั้น</p>	
มาตรา 17	<p>พระราชบัญญัตินี้ไม่ใช่บังคับกับการดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐานแบบประคับประคอง และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิ อำนาจหรือหน้าที่ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลอื่นใดมีความสัมพันธ์กับการดูแลแบบประคับ ประคอง</p> <p>แก้ไขและย้ายไปมาตรา 18</p>	<p>พระราชบัญญัตินี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อนโยบายการประกันชีวิต</p> <p>(1) การกระทำใด ๆ ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ ไม่อาจถูกตีความได้ว่าเป็นการฆ่าตัวตายและถือว่าเป็นการตายโดยธรรมชาติ</p> <p>(2) บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ไม่ถือว่ามี การกระทำที่เป็นการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนให้ผู้ขอตายด้วยความกรุณาหรือ</p>	<p>เป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายจากการประกันชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - กฎหมายทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา - หลักการตายดี - หลักสุจริต

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
		<p>บุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขถึงแก่ความตาย</p> <p>(3) การกระทำใด ๆ ภายใต้อำนาจพระราชบัญญัตินี้ ไม่กระทบต่อการกรมธรรม์ประกันชีวิต เว้นแต่ ได้ทำประกันภายในหกเดือนก่อนการยื่นคำขอ หรือรู้หรือควรจะได้รู้ที่จะใช้สิทธิตามพระราชบัญญัตินี้</p>	
หมวด 4 ความรับผิดชอบทางกฎหมายและทางวินัย			
มาตรา 18	<p>— บุคลากรทางการแพทย์ โดยสุจริต ปฏิบัติตามคำสั่ง จดทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา จะไม่ถูกดำเนินคดีทางแพ่งหรือความรับผิดชอบทางอาญาหรือวินัยทั้งปวง</p> <p>— ผู้ใด โดยสุจริต ปฏิบัติหรือสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามคำสั่ง จดทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา ให้พ้นจากความรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญาทั้งปวง</p> <p style="text-align: center;"><i>แก้ไขและย้ายไปมาตรา 19</i></p>	<p>พระราชบัญญัตินี้ไม่เป็น <u>การห้ามหรือขัดขวางการดูแลผู้ป่วยขึ้นพื้นฐานแบบประคับประคอง และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิหรือหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์หรือนุคคลอื่นใด</u> มีความสัมพันธ์กับการดูแลแบบประคับประคอง</p>	<p>เป็นการสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลักการตายดี - หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย - หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
หมวด 4 ความรับผิดทางกฎหมายและทางวินัย			
มาตรา 19	<p>บุคลากรทางการแพทย์ เจตนาไม่กระทำการหรือดเว้นกระทำการตามหน้าที่ทางวิชาชีพตามคำสั่งจดทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ</p> <p style="text-align: center;">แก้ไขและย้ายไปมาตรา 20</p>	<p>บุคลากรทางการแพทย์ โดยสุจริต ปฏิบัติตามคำสั่งจดทะเบียน มาตรา 9 หรือหนังสือแสดงเจตนา มาตรา 10 จะไม่ถูกดำเนินคดีทางแพ่งหรือความรับผิดทางอาญาหรือวินัยทั้งปวง</p> <p>ผู้ใดโดยสุจริต ปฏิบัติหรือสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามคำสั่งจดทะเบียนมาตรา 9 หรือหนังสือแสดงเจตนา มาตรา 10 ให้พ้นจากความรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญาทั้งปวง</p>	<p>เป็นการยกเว้นความรับผิดแก่บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลทั่วไป โดยสุจริต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทฤษฎีทางความรับผิดทางแพ่ง - ทฤษฎีความรับผิดทางอาญา - หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
มาตรา 20	<p>ผู้ใดแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือขัดขวางการดำเนินการตามคำสั่งจดทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ</p> <p style="text-align: center;">แก้ไขและย้ายไปมาตรา 21</p>	<p>บุคลากรทางการแพทย์ไม่กระทำการ หรือดเว้นกระทำการ โดยทุจริตตามหน้าที่ทางวิชาชีพตามคำสั่งจดทะเบียนมาตรา 9 หรือหนังสือแสดงเจตนา มาตรา 10 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ถ้านี้ไม่รวมถึงการปฏิบัติราชการรักษาตามวิชาชีพ</p>	<p>เป็นการกำหนดความรับผิดในกรณีไม่กระทำการหรือดเว้นกระทำของบุคลากรทางการแพทย์ โดยทุจริต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทฤษฎีทางความรับผิดทางแพ่ง - ทฤษฎีความรับผิดทางอาญา - หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
มาตรา 21	<p>บุคคลใด เจตนาทำลาย เปลี่ยนแปลง จัดการ โดยไม่ได้ รับอนุญาตในการลงทะเบียน คำสั่งจดทะเบียนหรือหนังสือ แสดงเจตนา ต้องระวางโทษ ปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือ จำคุกไม่เกินสามปีหรือทั้งจำทั้ง ปรับ</p> <p><i>แก้ไขและย้ายไปมาตรา 22</i></p>	<p>ผู้ใดแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือขัดขวางการ ดำเนินการตามคำสั่ง จดทะเบียน มาตรา 9 หรือ หนังสือแสดงเจตนา <u>มาตรา 10</u> ต้องระวางโทษจำคุกไม่ เกินสิบปี หรือปรับไม่เกิน สองแสนบาท หรือทั้งจำทั้ง ปรับ</p>	<p>เป็นการกำหนดความ รับผิดชอบในกรณีข้อความ เท็จหรือขัดขวาง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทฤษฎีทางความรับ ผิดทางแพ่ง - ทฤษฎีความรับผิดชอบ อาญา - หลักไม่ก่อให้เกิด อันตรายต่อผู้ป่วย
มาตรา 22	<p>ให้รัฐมนตรีว่าการ กระทรวง สาธารณสุขออก กฎกระทรวง กำหนดแบบคำสั่ง ขอตายด้วยความกรุณา และ หนังสือแสดงเจตนา</p> <p><i>แก้ไขและย้ายไปมาตรา 23</i></p>	<p>บุคคลใด เจตนาทำลาย เปลี่ยนแปลง จัดการ โดย ไม่ได้ รับอนุญาตในการ ลงทะเบียนคำสั่งจดทะเบียน <u>มาตรา 9</u> หรือหนังสือแสดง เจตนา <u>มาตรา 10</u> ต้องระวาง โทษปรับไม่เกินหกหมื่น บาท หรือจำคุกไม่เกินสามปี หรือทั้งจำทั้งปรับ</p>	<p>เป็นการกำหนดความ รับผิดชอบในกรณีทำลาย หรือเปลี่ยนแปลงหรือ จัดการไม่ได้ รับอนุญาต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทฤษฎีทางความรับ ผิดทางแพ่ง - ทฤษฎีความรับผิดชอบ อาญา - หลักไม่ก่อให้เกิด อันตรายต่อผู้ป่วย
มาตรา 23		<p>ให้รัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุขออก กฎกระทรวง กำหนดแบบ คำสั่งขอตายด้วยความ กรุณา และหนังสือแสดง เจตนา</p>	<p>รัฐมนตรีที่กำกับดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทฤษฎีว่าด้วยแบบของ นิติกรรม
มาตรา 24		<p>ให้รัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุขออก กฎกระทรวง เกี่ยวกับการ</p>	<p>รัฐมนตรีที่กำกับดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปรัชญากฎหมาย ชรรถชาติ

มาตรา	บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
		จัดตั้งสถาบันคุ้มครองสิทธิ ของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของ ชีวิต	- ปรัชญากฎหมาย บ้านเมือง

เหตุผลในการร่าง มาตรา 1 เป็นการจัดทำกฎหมายใหม่เป็นต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นปรัชญา ทฤษฎี และหลักการที่สำคัญที่ก่อให้เกิดสิทธิในการตัดสินใจของร่างกายตนเอง เป็นสิ่งที่มีอยู่โดยธรรมชาติ และได้รับการรับรองถึงการเป็นมนุษย์ที่ต้องดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ภายใต้สิทธิปัจเจกบุคคลในการแสดงเจตนาตัดสินใจ และหลักการตายดี ที่ต้องมีสติ และคิดดี และมาตรา 6 เป็นการกำหนดสิทธิ และคุณสมบัติแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายในการขอใช้สิทธิขอตาย และมาตรา 7 เนื่องด้วยการปฏิเสธการรักษา (Refuse of Treatment) แบบพินัยกรรมชีวิต (Living Will) เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ โดยแสดงเจตนาปฏิเสธการดูแลรักษาไว้เป็นการล่วงหน้า โดยมี แนวคิด ทฤษฎี และหลักกฎหมายประกอบ ดังนี้

- 1) ปรัชญากฎหมายธรรมชาติ
- 2) ทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา
- 3) หลักสิทธิมนุษยชน
- 4) หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- 5) หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย
- 6) หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย
- 7) หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา
- 8) หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม
- 9) หลักการตายดี
 - (3) หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนา
 - (4) แบบแห่งพินัยกรรมชีวิต
 - (5) พยานพินัยกรรมชีวิต
 - (6) พยานต้องห้าม

เหตุผลในการร่าง มาตรา 8-12 และกฎกระทรวงเพื่อให้กฎหมายมาตรานี้ต้องการควบคุมการทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ การกำหนดกระบวนการดำเนินการใช้สิทธิขอตายล่วงหน้าให้เป็นแบบตามกฎหมาย เพื่อให้ทุกขั้นตอนมีการยืนยันจากบุคลากรทางวิชาชีพ รวมถึงการกำหนด

รูปแบบการจัดเก็บเอกสารการใช้สิทธิขอตาย และตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่รัฐ โดยมี แนวคิด ทฤษฎี และหลักกฎหมายประกอบ ดังนี้

- 1) ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม
- 2) หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา
- 3) หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม

(7) กรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต

เหตุผลในการร่าง มาตรา 13 เป็นการการตั้งตัวแทนในการตัดสินใจ โดยมี แนวคิด ทฤษฎี และหลักกฎหมายประกอบ ดังนี้

- 1) หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย
- 2) หลักความศักดิ์สิทธิ์แห่งการแสดงเจตนา

(8) ข้อยกเว้นความรับผิดตามกฎหมาย

เหตุผลในการร่าง มาตรา 19-22 เป็นการยกเว้นความรับผิดแก่ บุคลากรทาง การแพทย์ และบุคคลทั่วไป โดยสุจริต การกำหนดความรับผิดในกรณีไม่กระทำการหรืองดเว้นกระทำการของ บุคลากรทางการแพทย์โดยสุจริต การกำหนดความรับผิดในกรณีข้อความเท็จหรือ ขัดขวาง กำหนด ความรับผิดในกรณีทำลายหรือเปลี่ยนแปลงหรือจัดการไม่ได้รับอนุญาต แนวคิด ทฤษฎี และหลัก กฎหมายประกอบ ดังนี้

- 1) ทฤษฎีทางความรับผิดทางแพ่ง
- 2) ทฤษฎีความรับผิดทางอาญา
- 3) หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

ตารางที่ 5.7 รูปแบบกฎกระทรวงต้นแบบว่าด้วยแบบแห่งพินัยกรรมชีวิตเปรียบเทียบก่อนและหลัง นำเสนอสัมมนารับฟังความคิดเห็น (Hearing)

บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
อาศัยอำนาจตามความแห่งพระราชบัญญัติกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. ประกอบกับมาตรา 4 มาตรา และ มาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร	อาศัยอำนาจตามความแห่งพระราชบัญญัติกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. ประกอบกับมาตรา 4 มาตรา และ มาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร	เป็นการจัดทำกฎกระทรวงต้นแบบว่าด้วยแบบคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ และ หนังสือแสดงเจตนา - หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
<p>อาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้ โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้</p> <p>คำขอให้ปฏิบัติด้วยมนุษยธรรม และสง่างามเพื่อดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ด้วยหลักการตายดี เพื่อยุติชีวิตของข้าพเจ้าในมนุษยให้ทำตามแบบคำสั่ง ขอดายด้วยความกรุณ <u>ตามกฎกระทรวง</u></p> <p>นาย/นาง/นางสาว.....</p> <p>เลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง เลขที่.....</p> <p>วัน เดือน ปีเกิด.....</p> <p>เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ</p> <p>ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติ</p> <p>ข้าพเจ้าได้รับความทุกข์ทรมานและสูญเสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จากโรค.....ซึ่งแพทย์ที่ได้ทำการตรวจดูแลรักษา</p>	<p>อาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้ โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้</p> <p>คำขอให้ปฏิบัติด้วยมนุษยธรรม และสง่างามเพื่อดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ด้วยหลักการตายดี เพื่อยุติชีวิตของข้าพเจ้าในมนุษยให้ทำตามแบบคำสั่งขอดายด้วยความกรุณ <u>หรือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข</u></p> <p>นาย/นาง/นางสาว.....</p> <p>เลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง เลขที่.....</p> <p>วัน เดือน ปีเกิด.....</p> <p>เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ</p> <p>ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติ..... (ในกรณีชาวต่างชาติ).....</p> <p><u>มีถิ่นพำนักอยู่ในราชอาณาจักรด้วยเหตุ.....</u></p> <p><u>ข้าพเจ้าได้ทราบสถานการณ์เจ็บป่วยว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต หรือการทรมานจากการเจ็บป่วย จนได้รับความทุกข์</u></p>	<p>- หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย</p> <p>- หลักสิทธิผู้ป่วย</p> <p>- หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย</p> <p>- ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม</p> <p>- ทฤษฎีว่าด้วยการแสดงเจตนา</p>

บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
<p>ข้าพเจ้าพร้อมทั้งจิตแพทย์ได้ระบุว่าข้าพเจ้าเป็นบุคคลที่รักษาที่เป็นไปเพียงยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยึดการทรมานจากการเจ็บป่วย</p> <p>ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับการวินิจฉัยการพยากรณ์โรคลักษณะและยาที่จะใช้ในการทำให้ชีวิตนั้นสิ้นสุดลง</p> <p>ข้าพเจ้าได้ทำคำสั่งเพื่อขอให้แพทย์กำหนดยาและดำเนินการขอตายด้วยความกรุณาที่ทำให้ข้าพเจ้าสิ้นสุดชีวิตในลักษณะที่ข้าพเจ้าเป็นผู้เต็มใจเลือกเพื่อดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และที่มีมนุษยธรรมและสง่างาม</p> <p>.....ข้าพเจ้าได้แจ้งครอบครัวของข้าพเจ้าเกี่ยวกับการตัดสินใจของข้าพเจ้าและนำความคิดเห็นมาพิจารณา</p>	<p>ทรมานและสูญเสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จากโรค.....ซึ่งแพทย์และจิตแพทย์ได้ทำการตรวจข้าพเจ้าพร้อมทั้งยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยหนัก ข้าพเจ้าเป็นบุคคลที่รักษาที่เป็นไปเพียงยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยึดการทรมานจากการเจ็บป่วย</p> <p>ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับการวินิจฉัยการพยากรณ์โรคลักษณะและยาที่จะใช้ในการทำให้ชีวิตนั้นสิ้นสุดลง</p> <p><u>ข้าพเจ้ารู้สึกขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนที่ได้ดำเนินการตามความประสงค์ของข้าพเจ้า</u></p> <p>ข้าพเจ้าได้ทำคำสั่งเพื่อขอให้แพทย์กำหนดยาและดำเนินการขอตายด้วยความกรุณาที่ทำให้ข้าพเจ้าสิ้นสุดชีวิตในลักษณะที่ข้าพเจ้าเป็นผู้เต็มใจเลือกเพื่อดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และที่มีมนุษยธรรมและสง่างาม</p> <p>.....ข้าพเจ้าได้แจ้งครอบครัวของข้าพเจ้านี้ <u>และนำความคิดเห็นมาพิจารณาเกี่ยวกับการตัดสินใจของข้าพเจ้าตามหนังสือฉบับนี้</u></p>	

บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
<p>.....ข้าพเจ้าตัดสินใจไม่แจ้ง ครอบครัวของข้าพเจ้าถึงการ ตัดสินใจของข้าพเจ้า</p> <p>.....ข้าพเจ้าไม่มีครอบครัวที่ จะแจ้งการตัดสินใจของข้าพเจ้า</p>	<p>.....ข้าพเจ้าตัดสินใจไม่แจ้ง ครอบครัวของข้าพเจ้าถึงการ ตัดสินใจของข้าพเจ้า</p> <p>.....ข้าพเจ้าไม่มีครอบครัวที่ จะแจ้งการตัดสินใจของข้าพเจ้า</p> <p><u>ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่มีสติ</u> <u>สัมปชัญญะ หรือไม่สามารถรับรู้</u> <u>เข้าใจได้เพียงพอต่อการตัดสินใจ</u> <u>ข้าพเจ้าขอแต่งตั้งตัวแทนของ</u> <u>ข้าพเจ้าคือ (จะต้องตัวแทนได้ไม่</u> <u>เกิน 3 คน)</u></p> <p><u>ลำดับที่ 1 นาย/นาง/นางสาว.....</u> <u>เลขบัตรประชาชน/หนังสือ</u> <u>เดินทางเลขที่.....</u></p> <p><u>ลำดับที่ 2 นาย/นาง/นางสาว.....</u> <u>เลขบัตรประชาชน/หนังสือ</u> <u>เดินทางเลขที่.....</u></p> <p><u>ลำดับที่ 3 นาย/นาง/นางสาว.....</u> <u>เลขบัตรประชาชน/หนังสือ</u> <u>เดินทางเลขที่.....</u></p> <p><u>บุคคลมีสิทธิทำคำสั่งขอตาย</u> <u>ด้วยความการุญย์ หรือบุคคลผู้ไม่</u> <u>ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข</u></p> <p><u>บุคคลที่ได้รับแต่งตั้งตาม</u> <u>เอกสารตาม มาตรา 9 และ มาตรา 10</u> <u>และยอมรับเป็นตัวแทนให้ลงนาม</u> <u>บันทึกไว้ตัวแทนตามวรรคสองมี</u> <u>สิทธิ ให้ข้อมูลตัดสินใจตามที่ระบุ</u></p>	

บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
<p>ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะยกเลิกคำขอนี้เมื่อใดก็ได้</p> <p>ข้าพเจ้าเข้าใจการนำเข้าทั้งหมดของคำขอนี้และข้าพเจ้าคาดว่า จะตายเมื่อข้าพเจ้าใช้ยาที่กำหนด</p> <p>ข้าพเจ้าเข้าใจเพิ่มเติมว่าแม้ว่าความตายส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายในสาม ชั่วโมง แต่ความตายของข้าพเจ้าอาจใช้เวลานานขึ้นและข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว</p> <p>ข้าพเจ้าขอทำคำสั่งขอตายด้วยความกรุณา โดยเต็มใจและยินยอมให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ดำเนินการให้ยาพร้อมทั้งทำทุกอย่างตามความจำเป็นเพื่อให้ข้าพเจ้าสิ้นสุดชีวิตลง</p> <p>ลงนาม</p> <p>ลงวันที่</p> <p>คำประกาศของพยาน</p> <p>พยานยินดีที่จะลงนามเพื่อเป็นการยืนยันว่าข้าพเจ้าได้ลงนามด้วยความมีสติสัมปชัญญะและเต็มใจที่จะได้รับยาเพื่อสิ้นสุดชีวิตตามคำสั่งขอตายด้วยความกรุณา</p> <p>(เจ้าหน้าที่)</p>	<p><u>กรอบอำนาจไว้ในทะเบียน แต่จะยกเลิกคำสั่งไม่ได้</u></p> <p>ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะยกเลิกคำขอนี้เมื่อใดก็ได้</p> <p>ข้าพเจ้าเข้าใจการนำเข้าทั้งหมดของคำขอนี้และข้าพเจ้าคาดว่า จะตายเมื่อข้าพเจ้าใช้ยาที่กำหนด</p> <p>ข้าพเจ้าเข้าใจเพิ่มเติมว่าแม้ว่าความตายส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายในสาม ชั่วโมง แต่ความตายของข้าพเจ้าอาจใช้เวลานานขึ้นและข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว</p> <p>ข้าพเจ้าขอทำคำสั่งขอตายด้วยความกรุณา โดยเต็มใจและยินยอมให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ดำเนินการให้ยาพร้อมทั้งทำทุกอย่างตามความจำเป็นเพื่อให้ข้าพเจ้าสิ้นสุดชีวิตลง</p> <p>ลงนาม (ข้าพเจ้า)</p> <p>ลงวันที่</p> <p>ลงนาม (ตัวแทน)</p> <p>ลงวันที่</p> <p>ลงนาม (ตัวแทน)</p> <p>ลงวันที่</p> <p>ลงนาม (ตัวแทน)</p> <p>ลงวันที่</p>	

บทบัญญัติ (ก่อนนำเสนอ Hearing)	บทบัญญัติ (หลังนำเสนอ Hearing)	เหตุผล
พิมพ์ชื่อพยาน 1..... ลายเซ็นของพยาน 1..... วันที่..... (บุคคลทั่วไป) พิมพ์ชื่อพยาน 2..... ลายเซ็นของพยาน 2..... วันที่.....	ลงนาม (พยาน) ลงวันที่ ลงนาม (พยาน) ลงวันที่	

ร่าง

พระราชบัญญัติกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิ

ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.

.....

.....พระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การใช้สิทธิขอตายด้วยความการุณย์ของบุคคลที่เป็นไปเพื่อยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย จึงเห็นควรมีกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.

อาศัยอำนาจตามความในรัฐธรรมนูญมาตรา 4 มาตรา 26 และมาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย จึงได้ตราพระราชบัญญัติไว้ดังต่อไปนี้

มาตรา 1 พระราชบัญญัติ นี้เรียกว่า “การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.”

มาตรา 2 พระราชบัญญัติ การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. ให้มีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสามร้อยหกสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา 3 ให้ยกเลิกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

มาตรา 4 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้
บรรดา กฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศ ที่ออกตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พระราชกำหนด หรือประกาศ ที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้ยังคงใช้บังคับได้ต่อไป เพียงเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับพระราชบัญญัตินี้ หรือจนกว่าจะมี กฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศ ที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

หมวด 1

หมวดทั่วไป

มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้

“ผู้ขอตายด้วยความกรุณา” หมายความว่า การขอให้แพทย์ให้ยาโดยวิธีการฉีดหรือ การกินเพื่อให้หัวใจหยุดเต้นถาวรหรือการเตรียมยาอุกฤษ์จากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วย ตานหรือฉีดยาด้วยตนเอง

“ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อ ปฏิเสธการรักษา

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ขอตายด้วยความกรุณา หรือผู้ไม่ ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข อันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาวินิจฉัยและแพทย์อีกคน ได้วินิจฉัยจากการ พยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ใน ระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร ของเปลือก สมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจาก พฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของ ผู้ขอตายด้วยความกรุณา หรือผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือ จากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาวินิจฉัยและ แพทย์อีกคนได้วินิจฉัย

“ผู้ป่วยหนัก” หมายความว่า บุคคลในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือการทรมานจากการเจ็บป่วย ตามที่แพทย์วินิจฉัย

“แพทย์” หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์

“จิตแพทย์” หมายความว่า จิตแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์

“ผู้บรรลุนิติภาวะ” หมายความว่า บุคคลที่มีอายุสิบปีบริบูรณ์

“การดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน” หมายความว่า การดูแลแบบประคับประคอง เฉพาะการดูแลร่างกายขั้นพื้นฐาน การดูแลจิตใจ และการเคารพทางศาสนาที่มีมนุษยธรรมและสง่างาม

“บุคลากรทางการแพทย์” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“นายทะเบียน” หมายความว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองทะเบียนราษฎรตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎร

หมวด 2

สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้าย

มาตรา 6 บุคคลผู้ขอตายด้วยความการุณย์ ต้องเป็นบุคคลที่

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) เป็นคนต่างด้าวที่มีถิ่นที่อยู่ที่มีสิทธิพำนักในราชอาณาจักรไทยว่าด้วยการทำงานหรือการศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง
- (3) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ในกรณีที่เป็นผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้เยาว์และผู้แทนโดยชอบธรรมและคำสั่งศาล
- (4) ไม่เป็นคนวิกลจริต ผู้ไร้ความสามารถ หรือผู้เสมือนไร้ความสามารถ
- (5) ได้ทำคำสั่งโดยสมัครใจและไม่มีการชักชวนหรือการบังคับ
- (6) ไม่อยู่ในภาวะหรืออยู่ระหว่างการรักษาโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ได้รับการการตรวจยืนยันตามหลักวิชาชีพสองครั้ง โดยห่างกันครั้งละสามเดือน

มาตรา 7 บุคคลไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยืดการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ ต้องเป็นบุคคลที่

- (1) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ในกรณีที่เป็นผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้เยาว์และผู้แทนโดยชอบธรรม
- (2) ไม่อยู่ในภาวะหรืออยู่ระหว่างการรักษาโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ได้รับการการตรวจยืนยันตามหลักวิชาชีพสองครั้ง โดยห่างกันครั้งละสามเดือน
- (3) ไม่เป็นคนวิกลจริต ผู้ไร้ความสามารถ หรือผู้เสมือนไร้ความสามารถ

หมวด 3

การทำคำสั่งขอตายและหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธ

มาตรา 8 บุคคลมีสิทธิทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ โดยผู้ยื่นทำคำสั่งจดทะเบียนต้องผ่านการตรวจทางการแพทย์พร้อมทั้งมีเอกสารยืนยันความถูกต้องดังนี้

- (1) มีใบรับรองแพทย์สองคนแสดงว่าผู้ทำคำสั่งยื่นคำขอเป็นผู้ป่วยหนัก
- (2) มีใบรับรองแพทย์แสดงการตรวจที่ได้รับอนุมัติจากจิตแพทย์
- (3) เอกสารคำสั่งตามแบบฟอร์มที่กฎหมายกำหนด

มาตรา 9 บุคคลที่ประสงค์ทำคำสั่งให้นำเอกสารตามมาตรา 8 ไปยื่นต่อนายทะเบียนที่สำนักงานเขตหรืออำเภอ เพื่อทำการจดทะเบียนต่อนายทะเบียน มิฉะนั้นเป็นโมฆะ

มาตรา 10 บุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ต้องทำเป็นหนังสือและจดทะเบียนต่อนายทะเบียน มิฉะนั้นเป็นโมฆะ

มาตรา 11 หนังสือจดทะเบียนมาตรา 9 และมาตรา 10 ให้นายทะเบียนบันทึกการกลางในระบบทะเบียนบัตรประชาชนผู้ยื่นคำขอแบบออนไลน์ และบุคลากรทางการแพทย์สามารถตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือนี้ด้วยระบบออนไลน์

มาตรา 12 การเพิกถอนการจดทะเบียน บุคคลผู้ทำคำสั่งมีสิทธิ ยกเลิก แก้ไข เปลี่ยนแปลง ทั้งหมด หรือ บางส่วนในรายละเอียดที่ได้จดทะเบียนไว้และต้องมีพยานรับรองยืนยันอย่างน้อยสองคน โดยพยานจะต้องเป็นไปตามมาตรา 16 เว้นแต่กรณีฉุกเฉินให้กระทำด้วยวาจาได้ และจดทะเบียนเพิกถอนภายใน ยี่สิบสี่ชั่วโมง โดยจะต้องมีพยานอย่างน้อยสองคนยืนยันการรับรองการจดทะเบียนเพิกถอน โดยมีพยานตามมาตรา 16

มาตรา 13 ผู้ขอตายด้วยความการุณย์ หรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ประสงค์จะมีตัวแทนได้ไม่เกินสามคน โดยให้เรียงตามลำดับ

บุคคลที่ได้รับแต่งตั้งตามเอกสารตามมาตรา 9 และ มาตรา 10 และยอมรับเป็นตัวแทนให้ลงนามบันทึกไว้

ตัวแทนตามวรรคสองมีสิทธิ ให้ข้อมูล ตัดสินใจ ตามที่ระบุกรอบอำนาจไว้ในทะเบียน แต่จะยกเลิกคำสั่งไม่ได้

มาตรา 14 ก่อนจะดำเนินการตามคำสั่งจดทะเบียนตามมาตรา 9 ให้บุคลากรทางการแพทย์ ที่ดูแลผู้ป่วยหนัก พนักงานอัยการ หรือผู้มีส่วนได้เสียยื่นคำร้องขอต่อศาล เพื่อตรวจสอบและพิจารณาตามหนังสือจดทะเบียน

ผู้ดำเนินการจะต้องยื่นคำร้องขอต่อศาลในภูมิลำเนาของผู้ป่วยก่อน

ในกรณีผู้ขอตายด้วยความกรุณาตามวรรคหนึ่งอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ทำคำสั่งที่จดทะเบียนไว้ได้เมื่อทารกคลอดออกจากครรภ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เว้นแต่ ผู้ขอตายด้วยความกรุณาหรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีอายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ จะได้ระบุไว้โดยชัดแจ้งในทะเบียนว่าไม่ประสงค์จะคงการตั้งครรภ์ไว้

มาตรา 15 การจดทะเบียนจะต้องเก็บเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้กับบุคคลใด ๆ ยกเว้นต่อไปนี้

- (1) บุคลากรทางการแพทย์ที่หน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยหนัก
- (2) ศาล พนักงานอัยการ

มาตรา 16 พยานในแบบคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ และหนังสือแสดงเจตนาจะต้องมีอย่างน้อยนายทะเบียนหนึ่งคนและบุคคลทั่วไปหนึ่งคน โดยพยานจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

- (1) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- (2) ไม่เป็นคนวิกลจริต คนไร้ความสามารถ คนเสมือนไร้ความสามารถ
- (3) ไม่เป็นผู้มีสิทธิรับทรัพย์สินมรดกหรือทรัพย์สินอื่นของผู้ขอตายด้วยความกรุณาหรือ

บุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

(4) ไม่ได้รับผลประโยชน์ภายใต้เจตจำนงของผู้ขอตายด้วยความกรุณาหรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หรือนโยบายใด ๆ ของประกันชีวิต ไม่มีสิทธิได้รับผลประโยชน์ของผู้ขอตายด้วยความกรุณาหรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลางหรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพอื่น ๆ เมื่อเสียชีวิตของรายนั้น

มาตรา 17 พระราชบัญญัตินี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อนโยบายการประกันชีวิต

(1) การกระทำใด ๆ ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ ไม่อาจถูกตีความได้ว่าเป็นการฆ่าตัวตาย และถือว่าเป็นการตายโดยธรรมชาติ

(2) บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ไม่ถือว่ามี การกระทำที่เป็นการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนให้ ผู้ขอตายด้วยความกรุณาหรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุขถึงแก่ความตาย

(3) การกระทำใด ๆ ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ ไม่กระทบต่อกรมธรรม์ประกันชีวิต เว้น แต่ ได้ทำประกันภายในหกเดือนก่อนการยื่นคำขอ หรือรู้หรือควรจะได้รู้ที่จะใช้สิทธิตาม พระราชบัญญัตินี้

มาตรา 18 พระราชบัญญัตินี้ไม่เป็นการห้ามหรือขัดขวางการดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐานแบบ ประคับประคอง และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิ หรือหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคล อื่นใดมีความสัมพันธ์กับการดูแลแบบประคับประคอง

หมวด 4

ความรับผิดทางกฎหมายและทางวินัย

มาตรา 19 บุคลากรทางการแพทย์โดยสุจริต ปฏิบัติตามคำสั่งจดทะเบียนมาตรา 9 หรือหนังสือแสดงเจตนา มาตรา 10 จะไม่ถูกดำเนินคดีทางแพ่งหรือความรับผิดทางอาญาหรือวินัยทั้งปวง

ผู้ใดโดยสุจริต ปฏิบัติหรือสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามคำสั่งจดทะเบียน มาตรา 9 หรือหนังสือแสดงเจตนา มาตรา 10 ให้พ้นจากความรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญาทั้งปวง

มาตรา 20 บุคลากรทางการแพทย์ไม่กระทำการหรือละเว้นกระทำการ โดยทุจริตตามหน้าที่ทางวิชาชีพตามคำสั่งจดทะเบียนมาตรา 9 หรือหนังสือแสดงเจตนามาตรา 10 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ถ้าไม่รวมถึงการปฏิเสธการรับการรักษาตามวิชาชีพ

มาตรา 21 ผู้ใดแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือขัดขวางการดำเนินการตามคำสั่งจดทะเบียนมาตรา 9 หรือหนังสือแสดงเจตนา มาตรา 10 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 22 บุคคลใด เจตนาทำลาย เปลี่ยนแปลง จัดการ โดยไม่ได้รับอนุญาตในการลงทะเบียนคำสั่งจดทะเบียน มาตรา 9 หรือหนังสือแสดงเจตนา มาตรา 10 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือจำคุกไม่เกินสามปีหรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 23 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวง กำหนดแบบคำสั่งขอตายด้วยความกรุณฯ และหนังสือแสดงเจตนา

มาตรา 24 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวง เกี่ยวกับการจัดตั้งสถาบันคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

.....

นายกรัฐมนตรี

.....

หมายเหตุ : เหตุผลในการตราพระราชบัญญัตินี้ คือ ถึงแม้ว่าพัฒนาการทางการแพทย์มีการพัฒนาเป็นอย่างมาก แต่ก็ยังมีผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และผู้ป่วยที่ทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ คงได้แต่เพียงเป็นการยืดการตายไปเท่านั้น การที่เพียงยืดการตายนั้นอาจเป็นการลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และอาจขัดต่อความประสงค์ของผู้ป่วยในการตัดสินใจในร่างกายของตนเอง ดังนั้นจึงเห็นควรรให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจในร่างกายของตนเอง ตามที่รัฐธรรมนูญรับรองสิทธิและคุ้มครอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีสิทธิขอตายด้วยความกรุณา หรือผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข และดำรงไว้ในความมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จึงจำเป็น ต้องตรา
บัญญัตินี้

ร่าง

กฎกระทรวง

ว่าด้วยแบบคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์และหนังสือแสดงเจตนา พ.ศ.

อาศัยอำนาจตามความแห่งพระราชบัญญัติกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. ประกอบกับมาตรา 4 มาตรา และมาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

คำขอให้ปฏิบัติด้วยมนุษยธรรมและสง่างามเพื่อดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ด้วยหลักการตายดี เพื่อยุติชีวิตของข้าพเจ้าในมนุษย์ให้ทำตามแบบคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์หรือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่.....

วัน เดือน ปีเกิด..... เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติ..... (ในกรณีชาวต่างชาติ)..... มีถิ่นพำนัก

อยู่ในราชอาณาจักรด้วยเหตุ.....

ข้าพเจ้าได้ทราบสถานการณ์เจ็บป่วยว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต หรือการทรมานจากการเจ็บป่วย จนได้รับความทุกข์ทรมานและสูญเสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จากโรค.....ซึ่งแพทย์และจิตแพทย์ได้ทำการตรวจข้าพเจ้าพร้อมทั้งยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยหนัก ข้าพเจ้าเป็นบุคคลที่รักษาที่เป็นไปเพียงยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยึดการทรมานจากการเจ็บป่วย

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับการวินิจฉัยการพยากรณ์โรคลักษณะและยาที่จะใช้ในการทำให้ชีวิตสั้นที่สุดลง ข้าพเจ้ารู้สึกขอบคุนบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนที่ได้ดำเนินการตามความประสงค์ของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้ทำคำสั่งเพื่อขอให้แพทย์กำหนดยาและดำเนินการขอตายด้วยความการุณย์ที่ทำให้ข้าพเจ้าสั้นสุดชีวิตในลักษณะที่ข้าพเจ้าเป็นผู้เต็มใจเลือกเพื่อดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และที่มีมนุษยธรรมและสง่างาม

.....ข้าพเจ้าได้แจ้งครอบครัวของข้าพเจ้านี้ และนำความคิดเห็นมาพิจารณาเกี่ยวกับการตัดสินใจของข้าพเจ้าตามหนังสือฉบับ

.....ข้าพเจ้าตัดสินใจไม่แจ้งครอบครัวของข้าพเจ้าถึงการตัดสินใจของข้าพเจ้า

.....ข้าพเจ้าไม่มีครอบครัวที่จะแจ้งการตัดสินใจของข้าพเจ้า

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่มีสติสัมปชัญญะ หรือไม่สามารถรับรู้ เข้าใจได้เพียงพอต่อการตัดสินใจ ข้าพเจ้าขอแต่งตั้งตัวแทนของข้าพเจ้า คือ (จะต้องตัวแทนได้ไม่เกิน 3 คน)

ลำดับที่ 1 นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่.....

ลำดับที่ 2 นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่.....

ลำดับที่ 3 นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่.....

บุคคลมีสิทธิทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ หรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข บุคคลที่ได้รับแต่งตั้งตามเอกสารตาม มาตรา 9 และ มาตรา 10 และยอมรับเป็นตัวแทนให้ลงนามบันทึกไว้ตัวแทนตามวรรคสองมีสิทธิให้ข้อมูล ตัดสินใจ ตามที่ระบุกรอบอำนาจไว้ในทะเบียน แต่จะยกเลิกคำสั่งไม่ได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะยกเลิกคำขอนี้เมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้าเข้าใจการนำเข้าทั้งหมดของคำขอนี้และข้าพเจ้าคาดว่าจะตายเมื่อข้าพเจ้าใช้ยาที่กำหนด ข้าพเจ้าเข้าใจเพิ่มเติมว่าแม้ว่าความตายส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายในสามชั่วโมง แต่ความตายของข้าพเจ้าอาจใช้เวลานานขึ้นและข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณย์ โดยเต็มใจและยินยอมให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ดำเนินการให้ยาพร้อมทั้งทำทุกอย่างตามความจำเป็นเพื่อให้ข้าพเจ้าสิ้นชีวิตลง

ลงนาม (ข้าพเจ้า)

ลงวันที่

ลงนาม (ตัวแทน)

ลงวันที่

ลงนาม (ตัวแทน)

ลงวันที่

ลงนาม (ตัวแทน)

ลงวันที่

ลงนาม (พยาน)

ลงวันที่

ลงนาม (พยาน)

ลงวันที่

ให้ไว้ ณ วันที่ พ.ศ.

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 6

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การรักษาสิทธิของผู้ป่วยระยะสุดท้ายหากจะมุ่งให้ได้รับสิทธิที่ถูกต้องแล้วก็ต้องมีการรับรองทางด้านกฎหมายไม่ให้ขาดความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ซึ่งเป็นสิทธิโดยทั่วไปของบุคคลธรรมดาอันจะได้รับการรับรองและคุ้มครองตามกฎหมายเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของตนเองโดยสามารถเรียกร้องให้บุคคลอื่นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งหรืองดเว้นการทำการหรือใช้ยันต่อบุคคลอื่นและลักษณะของสิทธินั้น ๆ แต่ปัญหาที่พบแม้บุคคลบางคนหรือบางกลุ่มจะมีสภาพบุคคลตามกฎหมายแต่อาจจะมีปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการแสดงเจตนาในบางสภาวะ กล่าวคือ บุคคลที่อยู่ในสภาวะของการเจ็บป่วยซึ่งมีความหนักเบาของอาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน กล่าวคือ บางคนอาจเจ็บป่วยธรรมดา แต่บางคนอาจเจ็บป่วยหนัก หรือบางกรณีอาจเจ็บป่วยเรื้อรังจนยากต่อการรักษาให้หายเป็นปกติได้ หรือมีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด เช่น บาดเจ็บ พิการ ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถยับหรือช่วยเหลือตนเองได้ หรือไม่สามารถแสดงอาการรับรู้ใด ๆ ที่เรียกว่า “เจ้าชายเจ้าหญิงนิทรา หรือเป็นผักเป็นปลา (Vegetable Stage)” หรือป่วยหนักจนเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต (Last Stage of Life)” การเจ็บป่วยนี้หากเป็นอาการที่พอจะรักษาให้หายขาดได้ย่อมเป็นธรรมดาของการรักษาพยาบาลและความต้องการของครอบครัวที่ประสงค์จะให้มีการรักษาพยาบาล แต่หากเจ็บป่วยถึงขนาดทางการแพทย์ก็ไม่รับรองว่าจะรักษาพยาบาลได้ คงใช้วิธีการชะลอชีวิตไว้จนกว่าจะสิ้นชีวิต ซึ่งในกรณีเช่นนี้ ย่อมเป็นปัญหาในการดำเนินการของผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะตัดสินใจยื้อชีวิตให้ยื้อต่อไปหรือจะยกเลิกหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล จึงเป็นปัญหาในเรื่องสิทธิต่าง ๆ ที่พึงมีของผู้ป่วยเอง ครอบครัวของผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ที่จะดำเนินการได้ ทั้งนี้ หากมีการดำเนินการใด ๆ เกิดขึ้นแล้วอาจจะกระทบต่อสิทธิของทุกฝ่ายดังกล่าวได้

จากปัญหาดังกล่าว การวิจัยนี้จึงได้วิจัยเพื่อหาคำตอบถึงวิธีการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ไม่สามารถจะรักษาพยาบาลได้ในการตัดสินใจชีวิตของตนเองว่าจะประสงค์ทนทุกข์ทรมานต่อไปเพื่อชะลอหรือยื้อชีวิตให้ได้อยู่ยาวนานเท่าที่ร่างกายจะรับไหว หรือเพื่ออยู่ตามที่คนในครอบครัวต้องการซึ่งสิทธินี้ถือได้ว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยเนื่องจากหากพิจารณาว่าผู้ป่วยย่อมมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไม่แตกต่างกันไปจากมนุษย์อื่น โดยทั่วไป และมีสิทธิที่จะเลือกชีวิตของตนเองก็ไม่น่าจะกระทบต่อสิทธิของผู้อื่น แต่โดยเหตุที่การจะได้รับสิทธิเช่นนี้จะต้องมีกฎหมาย

รองรับ และต้องมีรูปแบบและวิธีการที่ชอบด้วยกฎหมายและไม่สร้างความเดือดร้อนให้แก่ผู้เกี่ยวข้องอื่น

ในการวิเคราะห์ได้ใช้วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การวิจัยเอกสาร ที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี และหลักการที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ หลายฉบับมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน สิทธิของผู้ป่วย ตามที่ปรากฏในตราสารระหว่างประเทศปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลกไว้ กฎหมายต่างประเทศ คือ รัฐอริกอน สหรัฐอเมริกา ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ราชอาณาจักรเบลเยียม สมาพันธรัฐสวิส หรือ สวิตเซอร์แลนด์ และ สาธารณรัฐสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีกฎหมายคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่สำคัญหลายประการ และกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึกตามประเด็นสัมภาษณ์ที่กำหนดไว้โดยมีประชากรสัมภาษณ์ คือ กลุ่มนักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ กลุ่มผู้ดูแลและญาติ กลุ่มประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุ กลุ่มนักจิตวิทยารวมประชากรสัมภาษณ์ 9 คน การมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ เป็นวิธีวิทยาการวิจัยใหม่ที่กำหนดให้ประชากรผู้มีส่วนได้เสียจำนวน 16 คน มาร่วมออกแบบกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เป็นต้นแบบสำหรับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามกระบวนการวิธีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตามที่กำหนดไว้ในบทที่ 3 เพื่อให้ได้คำตอบที่นำไปสู่การจัดทำเป็นกฎหมายเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ไม่สามารถจะรักษาพยาบาลได้ และเมื่อได้ร่างกฎหมายแล้วการวิจัยได้นำร่างกฎหมายที่จัดทำขึ้นมานั้นไปรับฟังความคิดเห็น ที่เรียกว่า Hearing เพื่อนำข้อวิพากษ์ที่ได้มานั้นไปปรับปรุงแก้ไขจนกระทั่งเป็นพระราชบัญญัติต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต

ผลการวิจัย สรุป อภิปรายผลได้ ดังนี้

1. สรุป

การวิจัยสรุปได้ว่า ความเป็นผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้แต่ต้องทนอยู่อย่างทุกข์ทรมานนั้นมีสภาพเป็นมนุษย์เหมือนมนุษย์ปกติโดยทั่วไป ดังนั้น ย่อมมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่จะได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 4 และ มาตรา 28 ในการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ชอบด้วยกฎหมาย และสิทธิที่ผู้ป่วย สถานะนี้พึงมีก็คือ สิทธิที่จะขอปฏิเสธการรักษา และสิทธิที่จะขอตายในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่การจะคุ้มครองหรือให้สิทธิเช่นนี้ย่อมต้องมีกฎหมายรองรับเพื่อเป็นกลไกการดำเนินการที่มีความเหมาะสมที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ชอบด้วยกฎหมาย

จากการวิจัยที่นำเอาแนวคิด ทฤษฎี และหลักการ เจริญนิติปรัชญามาประกอบการหาคำตอบ รวมทั้งการนำเอากฎหมายมหาชนระหว่างประเทศหลายฉบับมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน สิทธิของผู้ป่วย ตามที่ปรากฏในตราสารระหว่างประเทศปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก ไว้ และรูปแบบการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตในการปฏิเสธการรักษาและเลือกวิธีการสิ้นสุดของชีวิตของสหรัฐอเมริกา รัฐออริกอน ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ราชอาณาจักรเบลเยียม สมาพันธรัฐสวิส และ สาธารณรัฐสิงคโปร์ รวมทั้งกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้อง มาใช้สำหรับการวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลภาคสนามจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำให้ได้คำตอบของการวิจัยที่นำไปสู่การจัดทำเป็นกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้เป็นกฎหมายที่ไม่มีการจำกัดสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและยึดหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยซึ่งถือเป็นหนึ่งในหลักจริยธรรมกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ที่จะมุงคั้นว่าการรักษาโดยอาศัยเครื่องมือยึดชีวิต ประกอบกับกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศหลายฉบับมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน สิทธิของผู้ป่วย ตามที่ปรากฏในตราสารระหว่างประเทศปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลกไว้ และในกฎหมายต่างประเทศที่มีกฎหมายคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่สำคัญไว้

ผลการวิจัยพบหลักแนวทางที่เหมาะสมกับสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย คือ

- 1) แบบฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS)
- 2) ผู้ขอใช้สิทธิ ให้สิทธิเฉพาะสัญชาติไทย เท่านั้น ไม่ห้ามต่างชาติ
- 3) หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนาเห็นควรกำหนดเป็นกฎหมายเพื่อเป็นกรอบสำหรับการใช้ดุลยพินิจ อาจมีการเขียนกฎหมายกำหนดปลายเปิดไว้ สำหรับโรคใหม่ หรืออุบัติเหตุจากคณะกรรมการหรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์วินิจฉัย และกำหนดเกณฑ์อายุในช่วง 18 ปีขึ้นไป และ ผู้ประเมินความพร้อม ควรเป็นสหวิชาชีพที่ผ่านการฝึกสำหรับการประเมินผลเรื่องนี้โดยตรง
- 4) แบบแห่งพินัยกรรมชีวิต ควรทำเป็นเอกสารราชการจดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบจดทะเบียนและต้องจดในขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 5) พยานพินัยกรรมชีวิต ให้มีพยานที่บรรลุนิติภาวะจำนวนพยานให้มี 2 คน และควรเป็นแพทย์ที่ไม่ได้ทำการรักษาพยาน
- 6) พยานต้องห้าม ทั้งคู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย เป็นผู้รับมรดกในฐานะทายาทโดยธรรม เป็นผู้รับผลประโยชน์จากประกันของผู้ป่วย และมีผลประโยชน์ในเงินของผู้ป่วยที่อยู่ในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือกองทุนอื่นของผู้ป่วยไม่ควรต้องห้ามเป็นพยาน
- 7) กรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต ถ้าตกอยู่ในภาวะวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และไม่มีสติสัมปชัญญะในการตัดสินใจได้เองผู้ตัดสินใจแทนควรเป็น

คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย หรือควรเป็นแพทย์ที่รักษาพยาบาล กรณีที่ไม่พบคู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสียโดยค้ำถึงจรรยาบรรณแพทย์ และประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยซึ่งต้องมีคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาก่อนดำเนินการตามคำขอสิทธิการขอตาย

8) ข้อยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย ให้มีข้อยกเว้นความรับผิดชอบต้องเป็นไปตามกฎหมาย

คำตอบทั้ง 8 ประเด็นนี้เป็นสาระสำคัญของกฎหมายต้นแบบที่จัดทำขึ้นมาตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 77 ประกอบกับยุทธศาสตร์ชาติ ข้อ 6 ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ แผนปฏิรูปประเทศ ข้อ 3 กำหนดให้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย และพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 อันเป็นพื้นฐานแห่งสิทธิของผู้ป่วย และสอดคล้องกับหลักกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่ขัดต่อรัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุด นอกจากนี้ได้ค้ำถึงผลกระทบของผู้มีส่วนได้เสีย เช่น เครือญาติและผู้มีส่วนได้เสียที่ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุขเพื่อให้ได้รับความคุ้มครองในทางกฎหมายด้วยเช่นกัน

สรุปประเด็นสำคัญที่มีอยู่ในกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. ที่ได้จัดทำขึ้นมีโครงสร้างร่างพระราชบัญญัติกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตประกอบด้วยบทบัญญัติทั้งหมด 24 มาตรา แบ่งเป็น 4 หมวด บทเฉพาะกาล ดังนี้

หมวด 1 บททั่วไป (มาตรา 1 ถึง มาตรา 5)

หมวด 2 สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้าย (มาตรา 6 ถึง มาตรา 7)

หมวด 3 การทำคำสั่งขอตายและหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธ (มาตรา 8 ถึง มาตรา 18)

หมวด 4 ความรับผิดชอบทางกฎหมายและทางวินัย (มาตรา 19 ถึง มาตรา 24)

ข้อสรุปของคำตอบการวิจัยที่ได้นำมาสู่การจัดทำเป็นกฎหมายต้นแบบตามประเด็นคำตอบ ดังนี้

1) แบบฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) สิทธิขอตายเชิงรุก ด้วยความ गरุณจะปรากฏการให้ค้ำนิยามในมาตรา 5 และมีการรับรองสิทธิในมาตรา 8

2) ผู้ขอใช้สิทธิ ให้สิทธิเฉพาะสัญชาติไทยเท่านั้น ไม่ห้ามต่างชาติ มีการกำหนดคุณสมบัติและเงื่อนไขไว้ในมาตรา 6

3) หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนาเห็นควรกำหนดเป็นกฎหมายเพื่อเป็นกรอบสำหรับการใช้ดุลยพินิจ สำหรับบุคคลมีสิทธิทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณมีการกำหนดไว้ในมาตรา 8

4) แบบแห่งพินัยกรรมชีวิต ควรทำเป็นเอกสารราชการจดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบจดทะเบียนและต้องจดในขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ได้มีการกำหนดทั้งแบบทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณ มาตรา 9 และแบบประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มาตรา 10

5) พยานพินัยกรรมชีวิต ให้มีพยานที่บรรลุนิติภาวะจำนวนพยานให้มี 2 คน ควรเป็นแพทย์ที่ไม่ได้ทำการรักษาพยาน ไม่กำหนดว่าพยานต้องเป็นแพทย์หรือไม่ เพราะด้วยเหตุที่การวินิจฉัยจะต้องมีแพทย์สองคน กล่าวคือ แพทย์เจ้าของไข้ และแพทย์อีกคนหนึ่งได้ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยหนัก อีกทั้งยังต้องมีจิตแพทย์ยืนยันอีกต่างหาก ตามมาตรา 8

6) พยานต้องห้าม ทั้งคู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย เป็นผู้รับมรดกในฐานะทายาทโดยธรรม เป็นผู้รับผลประโยชน์จากประกันของผู้ป่วย และมีผลประโยชน์ในเงินของผู้ป่วยที่อยู่ในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือกองทุนอื่นของผู้ป่วย ไม่ควรต้องห้ามเป็นพยาน ได้มีกำหนดเกี่ยวกับพยานในแบบคำสั่งขอตายด้วยความการุณ และหนังสือแสดงเจตนาไว้อย่างละเอียดในมาตรา 16 ว่าพยานต้องห้าม ไม่เป็นผู้มีสิทธิรับทรัพย์มรดกหรือทรัพย์อื่นของผู้ขอตายด้วยความการุณ หรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หรือไม่ได้รับผลประโยชน์ภายใต้เจตจำนงของผู้ขอตายด้วยความการุณหรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หรือนโยบายใด ๆ ของประกันชีวิตไม่มีสิทธิได้รับผลประโยชน์ของผู้ขอตายด้วยความการุณหรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลางหรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพอื่น ๆ เมื่อเสียชีวิตของรายนั้น

7) กรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต ถ้าตกอยู่ในภาวะวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และไม่มีสติสัมปชัญญะในการตัดสินใจได้เองผู้ตัดสินใจแทนควรเป็นคู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย หรือควรเป็นแพทย์ที่รักษาพยาบาล กรณีที่ไม่พบคู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณแพทย์ และประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยซึ่งต้องมีคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาก่อนดำเนินการตามคำขอสิทธิการขอตาย หากเกิดกรณีดังกล่าวได้มีการกำหนดให้บุคคลมีสิทธิทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณ หรือบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข สามารถมีตัวแทนได้ไม่เกิน 3 คน โดยให้เรียงลำดับที่ละคน ซึ่งต้องระบุไว้ในบันทึก ทั้งกำหนดสิทธิตัวแทนว่ามีสิทธิ ให้ข้อมูล ตัดสินใจ ตามที่ระบุกรอบอำนาจไว้ในทะเบียน แต่จะยกเลิกคำสั่งไม่ได้ ตามมาตรา 13

8) ข้อยกเว้นความรับผิดตามกฎหมาย ให้มีข้อยกเว้นความรับผิดต้องเป็นไปตามกฎหมาย แบ่งได้ 2 กรณี กรณีบุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลทั่วไป

สำหรับกรณีบุคลากรทางการแพทย์ มีข้อยกเว้นความรับผิดในกรณีที่ บุคลากรทางการแพทย์ โดยสุจริต โดยที่ปฏิบัติตามคำสั่งจัตหะเบียน หรือหนังสือแสดงเจตนา ตามมาตรา 19 และจะได้ ยกเว้นความรับผิดทั้งทางแพ่ง ทางอาญาหรือวินัย กรณีรับผิดถ้าบุคลากรทางการแพทย์ไม่กระทำการ หรืองดเว้นกระทำการ โดยทุจริตตามหน้าที่ทางวิชาชีพตามคำสั่งจัตหะเบียน หรือหนังสือแสดงเจตนา ตามมาตรา 20

สำหรับกรณีบุคคลทั่วไป มีข้อยกเว้นความรับผิดในกรณีที่ผู้ใด โดยสุจริต ปฏิบัติหรือ สนับสนุนให้มีการดำเนินการตามคำสั่งจัตหะเบียน หรือหนังสือแสดงเจตนาและในกรณีที่ต้อง รับผิดนั้น ได้มีข้อกำหนดไว้ในฐานความผิด แสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือขัดขวางการดำเนินการ ตามคำสั่งจัตหะเบียน หรือหนังสือแสดงเจตนา ตามมาตรา 21 หรือเจตนาทำลาย เปลี่ยนแปลง จัดการโดยไม่ได้รับอนุญาต ตามมาตรา 22

คำตอบทั้ง 8 ประเด็นนี้เป็นสาระสำคัญของกฎหมายต้นแบบที่จัดทำขึ้นมาตาม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 77 ประกอบกับยุทธศาสตร์ชาติ ข้อ 6 ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ แผนปฏิรูปประเทศ ข้อ 3 กำหนดให้ มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย และพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและประเมินผล สัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562

2. อภิปรายผล

คำตอบที่ได้จากการวิจัย คือ การใช้กฎหมายเป็นกลไกหรือเครื่องมือในการคุ้มครองสิทธิ ของผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ไม่สามารถจะรักษาได้ในการใช้สิทธิตัดสินใจทางของชีวิตที่จะเลือก ขอยุติการรักษาพยาบาลที่จะเป็นการชะลอหรือยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นแต่ก็ต้องทนต่อความทุกข์ทรมาน ที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจที่มีแต่ความเจ็บปวดซึ่งบางครั้งเป็นเพียงเพื่อสนองความต้องการ ของบุคคลในครอบครัวทั้ง ๆ ที่ในความต้องการของผู้ป่วยวาระสุดท้ายอาจมีความคิดว่าการยืดชีวิต ให้อยู่ต่อไปนั้นมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้แก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านสุขภาพจิต และ ด้านเศรษฐกิจที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทั้ง ๆ ที่ไม่สามารถจะหายได้ โดยมิได้คิดถึง สภาพของจิตใจของผู้ป่วยเลยว่ามีความต้องการให้ยื้อชีวิตต่อไปหรือไม่ ซึ่งวิธีการที่มักจะนิยมใช้กัน ก็คือการใช้เครื่องมือต่าง ๆ เพื่อให้คงมีชีวิตอยู่ได้ เช่นการใช้เครื่องปั๊มหัวใจ การใช้ท่อสำหรับให้อาหาร การใช้เครื่องช่วยหายใจ ฯลฯ เหล่านี้ย่อมไม่สามารถจะทำให้ความทรมานและความเจ็บปวดหายไปได้ หรือแม้แต่ผู้สูงวัยที่มีอายุสูงมากได้สังเกตเห็นถึงปัญหาที่จะติดตามมาหากยังคงมีชีวิตอยู่ที่ต้องสร้าง

ภาระให้แก่บุคคลในครอบครัวก็ไม่อยากให้มีภาระเช่นนี้เกิดขึ้นคงต้องการที่จะยุติชีวิต ปัญหาเหล่านี้ย่อมสร้างความขัดแย้งให้เกิดขึ้นกับหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นต้นว่า ความทรามของผู้ป่วยวาระสุดท้าย บุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแล และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นโดยไม่มีความหวังใด ๆ เพียงการรอคอยเวลาแห่งการสิ้นสุดของชีวิต บุคลากรทางการแพทย์ ที่มีจรรยาบรรณแพทย์ที่ต้องรักษาให้มีชีวิตอยู่ก็ไม่สามารถทำอะไรได้ ความขัดแย้งของประเพณีวัฒนธรรมที่ต้องดูแลรับผิชอบคนในครอบครัวที่เป็นพ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่ ฯลฯ เหล่านี้ย่อมเป็นปัญหาที่คนในสังคมทุกชนชั้นและทุกประเทศมีโอกาสที่จะต้องเผชิญ ซึ่งหากพิจารณาเฉพาะตัวผู้ป่วยเองเมื่อนำเอาหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มาใช้แล้วถือว่าผู้ป่วยวาระสุดท้ายก็มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่จะได้รับการคุ้มครองสิทธิในชีวิตของตนเองในการเลือกวิถีชีวิตไม่ว่าจะอยู่ในสภาวะปกติ หรือสภาวะเป็นผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่รู้ตัวว่าไม่สามารถจะรักษาได้ ที่จะเลือกชีวิตของตนเองในการอยู่ต่อไปหรือการยุติชีวิตของตนเอง โดยมีเหตุปัจจัยที่ทำให้ต้องตัดสินใจ และหากจะขอยุติชีวิตของตนเอง จะถือว่าเป็นการฆ่าตัวตายหรือไม่ซึ่งก็ไม่มีกฎหมายห้ามไว้และถือว่าเป็นความผิดหากทำโดยตนเอง ปัญหาหากพิจารณาเฉพาะกรณีของผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาได้แล้วและต้องการจะยุติหรือสิ้นสุดชีวิตของตนเองแล้วในหลายประเทศมีการตราเป็นกฎหมายรองรับ ดังที่การวิจัยได้วิเคราะห์ไว้แล้วนั้นก็เท่ากับเป็นการยืนยันได้ว่าแนวคิดของการคุ้มครองสิทธิให้แก่ ผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตมิใช่เป็นเรื่องใหม่แต่มีการใช้กฎหมายคุ้มครองในบางประเทศที่ยินยอมให้ผู้ป่วยวาระสุดท้ายได้ขอใช้สิทธิในการเลือกวิธีขอตาย โดยมีแพทย์เป็นผู้ดำเนินการ ทั้งนี้ รวมถึงการให้สิทธิแก่ทุกคนแม้จะอยู่ในยามปกติที่มีได้เป็นผู้ป่วยที่จะทำคำสั่งขออนุเคราะห์การรักษา และขอตายหากในภายหลังต้องเผชิญกับสภาวะของการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ โดยคำสั่งนั้นเรียกว่าพินัยกรรมชีวิต (Living Will)

สำหรับประเทศไทยนั้นตระหนักในปัญหาการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยวาระสุดท้ายจึงได้มีการตรากฎหมายให้การคุ้มครองสิทธิการปฏิเสธการรักษาไว้ ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 12 ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดง เจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง” และมีรายละเอียดในการดำเนินการในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมาน

จากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ซึ่งการวิจัยสรุปว่า ไม่สามารถจะให้การคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างครบถ้วนทุกวงจรของการดำเนินการ และการคุ้มครองความชอบด้วยการทำคำสั่งขอตาย รวมทั้งการคุ้มครองบุคลากรทางการแพทย์ที่กระทำโดยสุจริตกับการลงโทษผู้ที่เกี่ยวข้องหากมีไม่สุจริตต่อการดำเนินการในกระบวนการของคำสั่งขอตาย ซึ่งข้อสรุปนี้เป็นที่มาของการจัดทำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.

กฎหมายต้นแบบฉบับนี้หากมีการตราออกมาใช้บังคับจริงย่อมคุ้มครองสิทธิในการขอปฏิเสธการรักษาเพื่อไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ต้องทนอยู่จนถึงวันสิ้นใจ จะได้รับสิทธิที่จะเลือกการมีชีวิตต่อหรือสิ้นสุดของชีวิตซึ่งก็จะได้รับสิทธิที่จะเลือกวิธีการสิ้นสุดของชีวิตที่ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานต่อไปว่าจะเลือกวิธีแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) รวมถึงการทำการุณยฆาตแบบเชิงรับ (Passive Euthanasia) และเป็นวิธีที่เป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่จะเลือกเองหรือหากไม่สามารถเลือกเองได้ อีกทั้งยังกำหนดอายุผู้มีสิทธิในการขอปฏิเสธการรักษาเป็นบุคคลที่บรรลุนิติภาวะอยู่ที่ 20 ปีบริบูรณ์ เหตุที่ไม่กำหนดเกณฑ์บรรลุนิติภาวะตามกฎหมายแพ่งเพราะกฎหมายแพ่งจะมีเกณฑ์อายุหลายระดับสำหรับการทำนิติกรรมแตกต่างกัน ดังนั้น กฎหมายต้นแบบที่ร่างนี้จึงกำหนดอายุให้ชัดเจนสำหรับการทำนิติกรรมการแสดงเจตนาขอตายด้วยความการุณย์ หรือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตลอดจน กฎหมายก็ให้สิทธิแก่คู่สมรส บุตร หรือญาติที่จะตัดสินใจแทนภายใต้แพทย์ที่ทำการรักษา มีรูปแบบการแสดงเจตนาของผู้ป่วยวาระสุดท้ายในลักษณะของการทำเป็นพินัยกรรม (Living Will) หลักเกณฑ์และวิธีการในการโอนและแต่งตั้งบุคคลให้ตัดสินใจแทน และความรับผิดชอบหรือเงื่อนไขการยกเว้นความรับผิดชอบทางแพ่ง ทางอาญาและทางวินัยแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลรักษา ซึ่งการได้มีกฎหมายให้สิทธิแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่จะเลือกความคงอยู่ของชีวิตอย่างทรมานหรือจะเลือกยุติชีวิตของตนเองโดยมีกระบวนการวิธีการที่ทำโดยแพทย์ซึ่งย่อมจะไม่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและสามารถจะยุติชีวิตได้อย่างสงบ และให้สิทธิแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่จะเลือกวิธีการสิ้นสุดของชีวิตของตนเองด้วยตนเองซึ่งถือได้ว่าเป็นการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้แก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างเป็นรูปธรรม

นอกจากนี้ การที่จะให้สิทธิแก่มนุษย์ที่จะมีสถานะของตนปกติหรือในสถานะของการเป็นผู้ป่วยวาระสุดท้ายได้ตัดสินใจในล่วงหน้าเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมหากเข้าสู่การเป็นผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่แพทย์แจ้งว่าไม่สามารถรักษาพยาบาลให้หายได้ โดยการให้มีกฎหมายยอมให้ใช้วิธีการทำคำสั่งก่อนเป็นการล่วงหน้าเหมือนเช่นการทำพินัยกรรมของเจ้าของทรัพย์สินแต่กลับเป็นการทำพินัยกรรมชีวิตของตนเองเพื่อกำหนดวิธีการที่จะใช้หากตกอยู่ในสถานะของการเป็นผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตที่จะเลือกไม่ขอมีชีวิตอยู่ต่อไปนั้นการวิจัยได้หาคำตอบถึงรูปแบบของพินัยกรรมชีวิต ที่เรียกว่า “Living Will” ที่มีกรนำมาใช้ในต่างประเทศดังที่ได้วิเคราะห์มาแล้ว จึงเป็นการยืนยันได้ว่า การทำพินัยกรรมชีวิตที่มีรูปแบบที่ชัดเจน มีแนวทางการป้องกันปัญหาของการแสวงหาประโยชน์ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเช่น แพทย์ หรือคนในครอบครัว และมีแบบแผนนิติกรรมที่ชัดเจนตามที่การวิจัยได้ระบุไว้ในร่างกฎหมายต้นแบบ ย่อมสร้างความชัดเจนในการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายได้ชัดเจน

กฎหมายต้นแบบที่จัดทำขึ้นมานี้จะเป็นต้นแบบของกฎหมาย ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งฝ่ายนิติบัญญัติสามารถจะนำไปใช้เพื่อการจัดทำเป็นกฎหมายตามกระบวนการทางนิติบัญญัติได้อันจะทำให้เกิดการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยการรับรองถึงสิทธิและอนุญาตให้บุคคลใช้สิทธิในการขอตายด้วยความกรุณา (Mercy Killing) และการรับรองถึงสิทธิและอนุญาตให้บุคคลใช้สิทธิในการขอตายด้วยความกรุณา

อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่าคำว่า “Mercy Killing” นั้นแม้จะเป็นคำภาษาอังกฤษที่ถือว่าเป็นคำเฉพาะ แต่เมื่อมีคำว่า Killing ย่อมทำให้เกิดความคิดกันว่าเป็นการทำ ฆาตกรรม ซึ่งเป็นทั้งบาป ทางศาสนา กับ ผิดกฎหมายอาญารฐานฆ่าคนตาย ทั้ง ๆ ที่ในความเป็นจริงแล้วไม่ใช่แต่เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ใช้สิทธิตัดสินใจเองว่าจะขอตายโดยมีแพทย์ช่วยเหลือที่ถูกต้องตามหลักวิชาการแพทย์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะปรับ คำว่า “ขอตายด้วยความกรุณา” หรือ “การุณฆาต” หรือ “Mercy Killing” เป็น “ความเมตตาในวาระสุดท้ายของชีวิต” หรือ “Mercy to the End of Life”

ข้อค้นพบของการวิจัยจึงสรุปและอภิปรายผลได้ว่าแนวคิดการวิจัยมาจากปัญหาการที่ยังไม่มีการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการเจ็บป่วยแม้ต้องการให้แพทย์ผู้ทำการรักษาช่วยเหลือให้จบชีวิตลงด้วยความสงบเพื่อให้พ้นจากความเจ็บปวดจากอาการป่วยซึ่งยังไม่สามารถแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะในการร่วมตัดสินใจของแพทย์ผู้ทำการรักษา ในส่วนของคู่สมรส ลูก หลาน ผู้ดูแล หรือผู้มีส่วนได้เสียเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ภาวะที่ต้องตัดสินใจยากที่จะตัดสินใจอย่างไรให้ถูกต้อง ตัดสินใจให้ไม่ต้องรับผิดชอบในทางกฎหมายซึ่งความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยยากที่จะอดทนได้แต่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยก็ยากที่จะ

ตัดสินใจให้เกิดการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งกับผู้ป่วย ดังนั้น การมีกฎหมายที่รองรับการตัดสินใจจัดการปัญหาดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์ผู้ทำการรักษา คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้ดูแล และผู้มีส่วนได้เสียได้ปฏิบัติตาม ในการดำเนินการจัดการกับปัญหาดังกล่าวมานี้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้แพทย์ที่ทำการรักษาได้มีส่วนร่วมในการจัดการกฎหมายให้ครอบคลุม และเพื่อให้เป็นกฎหมายต้นแบบด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและเป็นกฎหมายที่ไม่มีการจำกัดสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและยึดหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยซึ่งถือเป็นหนึ่งในหลักจริยธรรมกับการดูแลผู้ป่วยที่ทำการรักษาโดยอาศัยเครื่องมือยึดชีวิต นอกจากนี้ กฎหมายที่จัดทำเป็นต้นแบบฉบับนี้ถือได้ว่ามีความเป็นสากลได้ระดับหนึ่งเนื่องจากมีสาระสำคัญที่นำมาจากแนวทางปฏิบัติของต่างประเทศ และได้รับความเห็นชอบอย่างน้อยจากประชากรที่มีส่วนได้เสียมาร่วมออกแบบสาระสำคัญของกฎหมายกับร่วมวิพากษ์ตัวร่างกฎหมายนี้

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตไปใช้บังคับ

1) ให้ยกเลิกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวงกับประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

2)ให้นำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตเสนอต่อรัฐบาล หรือฝ่ายการเมืองที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการสาธารณสุข หรือ พรรคการเมือง หรือสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร หรือพิจารณานำเอากฎหมายต้นแบบนี้ไปสังเคราะห์เพื่อนำไปเสนอต่อรัฐสภาเพื่อตราเป็นกฎหมาย

3)ให้นำกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขเพื่อศึกษารายละเอียดของต้นแบบกฎหมายฉบับนี้เพื่อการปรับปรุงเพิ่มเติมให้เป็นกฎหมายที่สามารถจะนำไปใช้บังคับให้เกิดผลต่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตได้จริงและมีความเป็นสากลมากขึ้น

4) ให้ทำการศึกษาและวิจัยเพื่อหาคำตอบในรูปแบบสถาบันคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต ที่จะมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการคุ้มครองตามผลการวิจัยฉบับนี้

3.2 ข้อเสนอแนะเรื่องวิจัยต่อ

ข้อเสนอแนะหัวข้อในการศึกษาและวิจัยต่อ คือ “กฎกระทรวงต้นแบบว่าด้วยการจัดตั้งสถาบันคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต” เพื่อให้ได้รูปแบบองค์กรที่มีขอบเขตแห่งอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการขอใช้สิทธิการขอตายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจะทำให้รูปแบบ

การคุ้มครองที่มีความชัดเจน และมีความเป็นสากลในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต ที่มีกฎหมายและองค์กรที่ชัดเจน และที่เสนอแนะให้มีการจัดตั้งสถาบันคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นกฎหมายระดับกฎกระทรวงก็เพราะ มาตรา 24 ของกฎหมายต้นแบบที่จัดทำขึ้นมาี้กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของรัฐมนตรีในการตราเป็นกฎกระทรวงจัดตั้งสถาบันนี้

4. สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัย

4.1 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัย ไว้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อ 1 เพื่อศึกษาและวิจัย ประชญา ทฤษฎีและหลักการ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย มีคำตอบของการวิจัย ในบทที่ 2

วัตถุประสงค์ข้อ 2 เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สภาพการณ์แห่งปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยของไทย ในปัจจุบัน มีคำตอบของการวิจัยในบทที่ 4

วัตถุประสงค์ข้อ 3 เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ และกฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยมีคำตอบของการวิจัยในบทที่ 4

วัตถุประสงค์ข้อ 4 เพื่อศึกษาและวิเคราะห์องค์ประกอบของโครงสร้างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยมีคำตอบของการวิจัย ในบทที่ 4

วัตถุประสงค์ข้อ 5 เพื่อจัดทำกฎหมายต้นแบบเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยมีคำตอบของการวิจัย ในบทที่ 5

สรุปคำตอบที่ได้มาตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ว่า มีคำตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัยครบทุกข้อ

4.2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัย ว่า

“สิทธิของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ก็เป็นเพียงให้สิทธิบุคคลในการแสดงเจตนาเมื่อตายไว้ล่วงหน้าหรือพินัยกรรมชีวิต (Living Will) เท่านั้น แต่ยังไม่มีการรับรองสิทธิและอนุญาตให้บุคคลมีสิทธิในการใช้สิทธิขอตายด้วยความกรุณา

(Mercy Killing) ทั้งในแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) หรือในแบบการุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) ในกรณีบุคคลนั้นอยู่เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งในทางกฎหมายของหลาย ๆ ประเทศได้มีการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยแล้ว การมีกฎหมายเฉพาะคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตโดยมีสาระสำคัญของกฎหมายประกอบด้วย การรับรองสิทธิขอตายด้วยความกรุณาแบบการุณยฆาตเชิงรุก คุณสมบัติผู้ทำหน้าที่สื่อแสดงเจตจำนงขอตาย หลักเกณฑ์ทางเอกสารประกอบการยื่นคำขอตาย คุณสมบัติพยาน แบบพินัยกรรมชีวิตตามกฎหมาย ความรับผิดชอบและการยกเว้นความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง”

การวิจัยพบว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

บรรณานุกรม

กฎหมายไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ประมวลกฎหมายอาญา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

กฎหมายต่างประเทศ

Advance Medical Directive Act, 1996

ASEAN Human Rights Declaration

Colorado - End of Life Options Act, 2016

D.C. Death with Dignity Act; 2016/2017

Death with Dignity Act, 1997

End of Life Option Act; approved in 2015, in effect from 2016

Natural Death Act, 1981

New Jersey- Aid in Dying for the Terminally Ill Act, 2019

Our Care, Our Choice Act; 2018/2019

Patient Choice and Control at the End of Life Act, 2013

Swiss Criminal Code 114 – 115

Tennessee Health Care Decision Act, 2004

Tennessee Right to Natural Death Act, 1985

The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002

The Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act, 2002

Uniform Determination of Death Act, 1981

Washington Death with Dignity Act, 2008

กฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ

A declaration on the Promotion of Patients' in Europe World Health Organization, 1994

European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms, 1953 "ECHR"

The Universal Declaration of Human Right, 1948

The World Medical Association declaration on the Rights of the Patient, 1981

The World Medical Association Declaration on Euthanasia, 2019

The World medical Association Statement on Advance Directives, 2003 ("Living Wills")

หนังสือ

กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต* พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ออเรนจ์ มีเดีย.

เกรียงไกร เจริญนาวัฒน์. (2561). *หลักพื้นฐานกฎหมายมหาชน* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
_____. (2561). *หลักพื้นฐานกฎหมายมหาชนว่าด้วยรัฐ รัฐธรรมนูญและกฎหมาย* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. (2542). *คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จรัญ โฆษณานันท์. (2532). *นิติปรัชญา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

_____. (2554). *สิทธิมนุษยชนไร้พรมแดน ปรัชญา กฎหมาย และความเป็นจริงทางสังคม*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

จิตติ ติงศภัทย์. (2546). *คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญาภาค 1*. กรุงเทพฯ: จีรัชการการพิมพ์.

- จิต เศรษฐบุตร แก้ไขเพิ่มเติมโดย คาราวร ธีระวัฒน์. (2533). *หลักกฎหมายแพ่งลักษณะนิติกรรมและสัญญา* (พิมพ์ครั้งที่ 6). โครงการตำราและเอกสารประกอบการเรียนคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____. (2555). *หลักกฎหมายแพ่งลักษณะนิติกรรมและหนี้*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- _____. (2556). *หลักกฎหมายแพ่งลักษณะหนี้* (พิมพ์ครั้งที่ 21). กรุงเทพฯ: เดือนตุลา.
- _____. (2558). *หลักกฎหมายแพ่งลักษณะนิติกรรมและหนี้*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- ไชยยศ เหมรัชตะ. (2550). *กฎหมายว่าด้วยนิติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไชยยศ เหมรัชตะ. (2561). *หลักกฎหมายนิติกรรม-สัญญา*. กรุงเทพฯ: นิติธรรม.
- ดวงจิตต์ กำประเสริฐ. (2528). *กฎหมายแอลกอฮอล์อเมริกันเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: ฝ่ายตำราและอุปกรณ์การศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ. (2552). *มุมมองใหม่ในกฎหมายอาญา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- บรรเจิด สิงคะเนติ. (2555). *หลักพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. (2538). *กฎหมายมหาชน เล่ม 3: ที่มาและนิติวิธี*. กรุงเทพฯ: นิติธรรม.
- บุญมี แทนแก้ว. (2539). *จริยศาสตร์ (ETHICS)* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- บุญศรี มีวงศ์อุโฆษ. (2549). *กฎหมายรัฐธรรมนูญ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปรีดี เกษมทรัพย์. (2560). *นิติปรัชญา*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิชัย นิลทองคำ. *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- ไพโรจน์ วายุภาพ. (2555). *คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วย หนี้* (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ: สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา.
- ไพศาล ลีเมสธิตย์ และคณะ. (2552). *ก่อนวันผลัดใบ: หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- รติกร กุลวรรกุลพิทักษ์. (2557). *ความรับผิดชอบแพ่งของแพทย์จากการฝ่าฝืนเจตนาปฏิเสธการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต*. กรุงเทพฯ: คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- รองพล เจริญพันธุ์. (2529). *นิติปรัชญา*. กรุงเทพฯ: กิ่งจันทร์การพิมพ์.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2540). *การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- _____. (2541). *สิทธิที่จะตาย*. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2552). *สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา สิทธิที่จะตาย*. บทความในหนังสือก่อนวันผลัดใบ. กรุงเทพฯ: เอมี เอ็นเตอร์ไพรส์.
- วิษณุ เครืองาม. (2526). *กฎหมายรัฐธรรมนูญ*. กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ.
- ศันันท์กรณ โสคติพันธุ์. (2544). *คำอธิบายกฎหมายลักษณะหนี้ (ผลแห่งหนี้)*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- สถิตย์ เล็งไธสง. (2551). *คู่มือกฎหมายแพ่ง เล่ม 1 ว่าด้วย นิติกรรม สัญญา*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). ม.ป.ท.
- สุจิต ปัญญาพฤษย์. (2553). *หลักแพ่งและพาณิชย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: ต้นไม้.
- สุจิตตรา ลิ้มอำนวยลาภ และคณะ. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต Critical Care Nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- สุนีย์ มัลลิกะมาลัย. (2555). *วิทยาการวิจัยทางนิติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี นิมนานิตย์ และคณะ. (2552). *ก่อนวันผลัดใบ: หนังสือแสดงเจตนาจากไปในวาระสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอมี เอ็นเตอร์ไพรส์.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2564). *สิทธิปฏิเสธการรักษาเพื่อสร้างสุขปลายทาง เนื่องในโอกาสครบรอบ 90 ปี* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____. (2552). *หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต*. บทความในหนังสือก่อนวันผลัดใบ. กรุงเทพฯ: เอมี เอ็นเตอร์ไพรส์.
- _____. (2557). *ปลายทางชีวิตขอลิขิตการรักษา*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- _____. (2551). *กฎหมายและข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ พยาบาล*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- อัศววิทย์ สุมาวงศ์. (2554). *คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วย นิติกรรม สัญญา* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: พลสยามพรีนติ้ง (ประเทศไทย).

วารสาร บทความ

เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์. (2562). คุณค่าของความเป็นมนุษย์ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์.

รัฐธรรมนูญ 60 ปี สมคิด เลิศไพฑูรย์ รวมบทความวิชาการ เนื่องในโอกาสครบรอบ 60 ปี ศาสตราจารย์ ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะนิติศาสตร์.

ธนารักษ์ เนาวรัตน์. (2551). การดำเนินคดีแบบกลุ่ม (Class Actions) ประสบการณ์ของประเทศอเมริกา. **วารสารศาลยุติธรรมปริทัศน์**, 3 (1).

ภูมิ โชคเหมาะ และคณะ. (2559). แนวทางการพิจารณาคดีความผิดทางแพ่งและทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะ: ศักยภาพวิชาชีพทนายความและวิชาชีพแพทย์. **วารสารรวมคำแห่ง ฉบับนิติศาสตร์**, 5 (2).

ขงยุทธ ภู่ประดับกฤต. (2563). การตายดี: สิทธิ ซึ่งทุกคนพึงได้รับกับปัญหาในทางปฏิบัติ. **บทความทางกฎหมายสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.**

อัศวิน อาชาไนย. (2550). พ.ร.บ. ความรับผิดชอบเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์. **กฎหมายใหม่**, 5 (85).

วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์

กริช มกริช. (2559). **การนำหลักสัญญาที่มีผลเป็นการให้ความคุ้มครองบุคคลภายนอกมาปรับใช้ในหลักกฎหมายไทยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.** วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากฎหมายมหาชน, คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภัส คำนวน. (2558). **ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย.** วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปริทัศน์ พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

ศิริชัย สมศรี. (2558). **อำนาจตุลาการกับการวินิจฉัยสถานะทางรัฐธรรมนูญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์.** วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากฎหมายมหาชน, คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอกสารอื่นๆ

เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์. (ม.ป.ป.). **สรุปคำบรรยาย “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์”.** คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ปรัชญา แซ่มซ้อย และ ศุภลักษณ์ พิณีภูวคณ. (2555) *การนำกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินมาใช้ ทำให้เกิดผลตามเจตนารมณ์ในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการ*. เอกสารประกอบการบรรยาย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ไพศาล ลิ้มสถิต. (ม.ป.ป.). *สิทธิพิเศษการรักษาตามมาตรา 10 แห่งร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดของต่างประเทศ*. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- ไพศาล ลิ้มสถิต. (2559). *Living will & palliative care: ethical and legal issues*. โครงการอบรมบุคลากรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย วันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2559. ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภูมิ โชคเหมาะ และคณะ. (2557). *แนวทางการพิจารณาตีความผิดทางแพ่งและทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะ: ศึกษากรณีวิชาชีพทนายความและวิชาชีพแพทย์*. โครงการวิจัยสถาบันวิจัยรพีพัฒนศักดิ์ สำนักงานศาลยุติธรรม.

เอกสารภาษาต่างประเทศ

- Stackhouse. Max L. (1984). *Creeds Society and Human Rights*. Grand Rapid, Michigan: William B.Eerdmans Publishing Company.
- John Locke. (1937). *Treatise of Civil Government and A Letter Concerning Toleration*. New York: Appleton Century Company, Inc.
- _____. (1969). *Two Treatises of Government*. New York: Hafner Publishing Company.
- Dagger Richard. (1989). *Rights in Political Innovation and Conceptual Change* (ed. et al Terence Ball). Cambridge: Cambridge University Press.
- Forrester Kim and Griffiths and Debra. (2005). *Essentials of Law for Health Professionals* (2nd edition). New South Wales: Elsevier.

ฐานข้อมูลออนไลน์

- กองบรรณาธิการ HD. (2560). *“สิทธิของผู้ป่วย” ก็เป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกคนควรทราบ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <https://www.honestdocs.co/thailand-patient-medical-rights>.
- แพทยสภา. (2558). *คำประกาศสิทธิ และข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยคำประกาศ “สิทธิ” และ “ข้อพึงปฏิบัติ” ของผู้ป่วยฉบับใหม่ออกและรับรองโดย 6 สาขาวิชาชีพ ในวันแม่แห่งชาติ 12*

สิงหาคม 2558. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <https://tmc.or.th/index.php/News/News-and-Activities/157>

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2564). **หลักนิติธรรม.** (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <https://th.wikipedia.org>.

_____. (2564). **พระราชบัญญัติธรรมนุญการปกครองแผ่นดินสยามชั่วคราว พุทธศักราช 2475.** (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <https://th.wikipedia.org>.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2564). **หลักการมาตรา 12 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติคือ สิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ.** (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/27592>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

**พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และ กฎกระทรวงที่กำหนด
หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ
สาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ
เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553**



พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๕๐

มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง



กฎกระทรวง

กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา
ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต
หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

พ.ศ. ๒๕๕๓

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ และมาตรา ๑๒ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ กฎกระทรวงนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสองร้อยสี่สิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในกฎกระทรวงนี้

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และคิดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมกรครอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

“ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ ๓ หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

(๑) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

(๒) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๓) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๔) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

(๕) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจะบุรุษละเยียดอื่น ๆ เช่น ความประสงคในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงคที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

ข้อ ๔ หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงคจะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

ข้อ ๕ เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาดัวในสถานบริการสาธารณสุขให้นำหนังสือแสดงเจตนาขึ้นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้น โดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต โภคจะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๒) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๓) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

เล่ม ๑๒๗ ตอนที่ ๖๕ ก หน้า ๒๑ ราชกิจจานุเบกษา ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓

(๔) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครุฑ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครุฑ

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออกประกาศกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายนี้ พร้อมทั้งตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ให้ไว้ ณ วันที่ ๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ

นายกรัฐมนตรี

จรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

เล่ม ๑๒๗ ตอนที่ ๖๕ ก หน้า ๒๒ ราชกิจจานุเบกษา ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ บัญญัติให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตคน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ โดยการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้

ภาคผนวก ข.

รายชื่อและภาพการสัมภาษณ์เชิงลึกในกระบวนการวิจัย
การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

ประเด็นคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

กฎหมายต้นแบบว่าด้วยว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

คำถามประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึก

คำถาม ข้อที่ 1 ท่านคิดว่า การขอใช้สิทธิการตายแบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) และการขอใช้สิทธิในการตายแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) สามารถทำได้ หรือ ทำไม่ได้ หากมีกฎหมายรองรับ

คำถาม ข้อที่ 2 ท่านมีมุมมองและความคิดเห็นอย่างไร กับหลักสิทธิมนุษยชนกับสิทธิการตัดสินใจในร่างกายของตนเอง

คำถาม ข้อที่ 3 การทำหนังสือแสดงเจตนา ควรมีเป็นการจดทะเบียนหรือเพียงทำเป็นลายลักษณ์อักษร หรือโดยวาจา

คำถาม ข้อที่ 4 เอกสารทางการแพทย์ที่คนไข้แสดงเจตนาในสิทธิขอตายไว้และได้รับรองโดยกฎหมายแล้ว ถ้าถึงวินาทีสุดท้ายคนไข้เปลี่ยนใจกระทันหัน จะสามารถยกเลิกเอกสารนั้นโดยวาจาก่อนได้หรือไม่

คำถาม ข้อที่ 5 คุณสมบัติของบุคคลที่แสดงเจตนา ควรมีคุณสมบัติที่จำกัด หรือต้องห้าม ใดๆ หรือไม่

คำถาม ข้อที่ 6 กรณีผู้เยาว์อายุต่ำกว่า 20 ปีซึ่งตามหลักพ่อแม่ต้องเป็นผู้ตัดสินใจแทน แต่ถ้าเกิดพ่อแม่ขัดแย้งกัน จะถือว่าใครมีสิทธิ์ในการตัดสินใจ หรือต้องให้ความยินยอมพร้อมกันเท่านั้น

คำถาม ข้อที่ 7 พยานทั่วไป ควรมีลักษณะหรือคุณสมบัติต้องห้ามหรือไม่อย่างไร เช่นต้องบรรลุนิติภาวะหรือไม่ ต้องไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินของผู้แสดงเจตนาหรือไม่ หรือไม่ควรมีชื่อเป็นผู้รับผลประโยชน์ในกรรมธรรม์หรือไม่

คำถาม ข้อที่ 8 ถ้าเป็นพยานในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ ควรเป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ หรือเป็นแพทย์บุคคลที่สาม หรือใครควรเป็นคนเซ็นต์พยาน

ประเด็นคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

กฎหมายต้นแบบว่าด้วยว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

คำถามข้อที่ 9 เอกสารที่รับรอง โดยกฎหมาย ควรมีการระบุหรือไม่ว่า คนไข้ควรมีตัวแทนหรือผู้ตัดสินใจแทน เพื่อลดปัญหาญาติเข้ามาเปลี่ยนแปลงคำสั่งต่างๆ ซึ่งจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องฟังตัวแทนหรือผู้ตัดสินใจแทนเท่านั้น

คำถามข้อที่ 10 ในเรื่องการยกเว้นความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ ท่านมีความคิดเห็นในเรื่องนี้อย่างไร ควรมีเงื่อนไขการยกเว้นความรับผิดชอบหรือไม่

คำถามข้อที่ 11 ถ้ากฎหมายจะบัญญัติเพิ่มเติมยกเว้นความรับผิดชอบด้านจริยธรรม วินัยต่อสภาวิชาชีพ ท่านมีความคิดเห็นในเรื่องนี้อย่างไร

คำถามข้อที่ 12 ท่านเห็นด้วยกับการออกกฎหมาย การขอใช้สิทธิการตายแบบการุณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือไม่และ ท่านเห็นด้วยกับการออกกฎหมาย การขอใช้สิทธิในการตายแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) หรือไม่

คำถามข้อที่ 13 ในอนาคตท่านเห็นว่าควรตั้งคณะกรรมการ หรือสถาบัน เพื่อขึ้นทะเบียนบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อรองรับการบริการการใช้สิทธิการตายทั้งแบบการุณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) และแบบการขอใช้สิทธิในการตายแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) หรือไม่

คำถามข้อที่ 14 การใช้สิทธิในการตายแบบการุณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) และ การใช้สิทธิในการตายแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (Physician -Assisted Suicide: PAS) ท่านเห็นว่าควรจะอนุญาตให้คนต่างชาติ ทำในประเทศไทยได้ไหม

รายชื่อและภาพการสัมภาษณ์เชิงลึกในกระบวนการวิจัย การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

1. ผู้ที่มีความรู้ทางวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิขั้นสูงและผู้แทนจากหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลในเชิงนโยบาย ประกอบด้วย แพทย์ที่เป็นนักวิชาการในระดับโรงเรียนแพทย์ จำนวน 1 คน

- ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาย อมร โยธิน	อาจารย์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
---------------------------------------	---

2. นักวิชาการในระดับโรงเรียนแพทย์ จำนวน 2 คน

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ	ที่ปรึกษาสภาการพยาบาล ด้านวิเทศสัมพันธ์ สภาการพยาบาล และ อดีตคณบดีคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์กัญพชร เศรษฐ์โชฎีก	อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

3. แพทย์ จำนวน 2 คน

- นายแพทย์พรเทพ สิตลกาญจน์	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกอก 8
- นายแพทย์พิธาน วงศ์ธนพรเลิศ	แพทย์เวชปฏิบัติ ผอ.ฝ่ายสนับสนุนทางการแพทย์ โรงพยาบาลบางปะกอก 8

รายชื่อและภาพการสัมภาษณ์เชิงลึกในกระบวนการวิจัย
การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

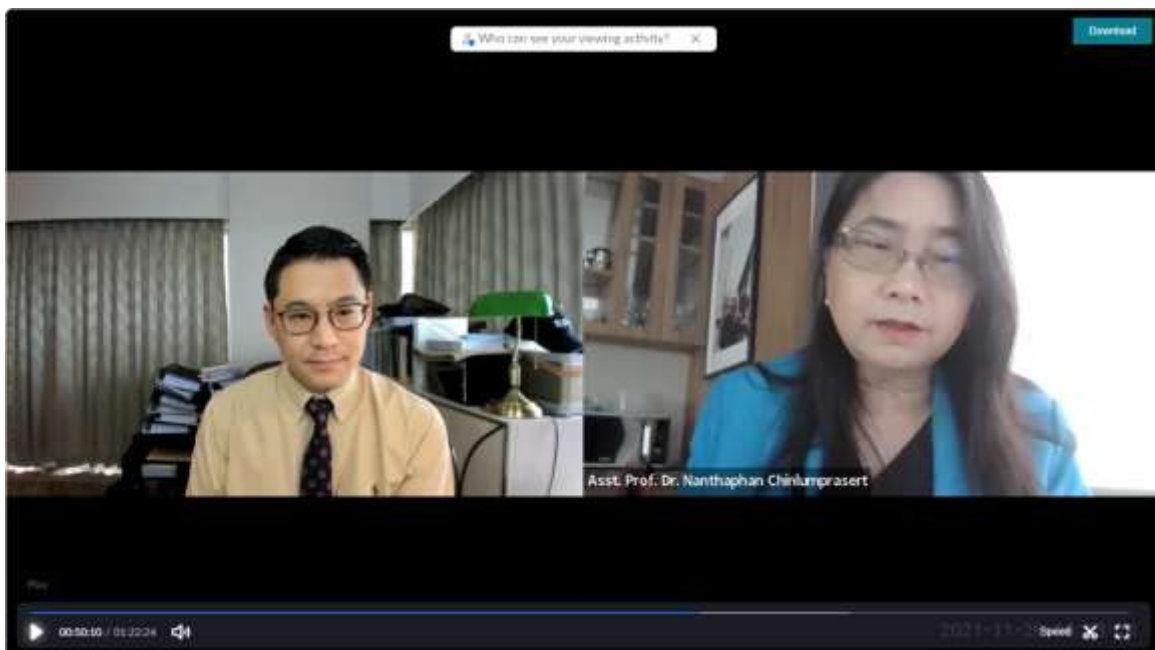
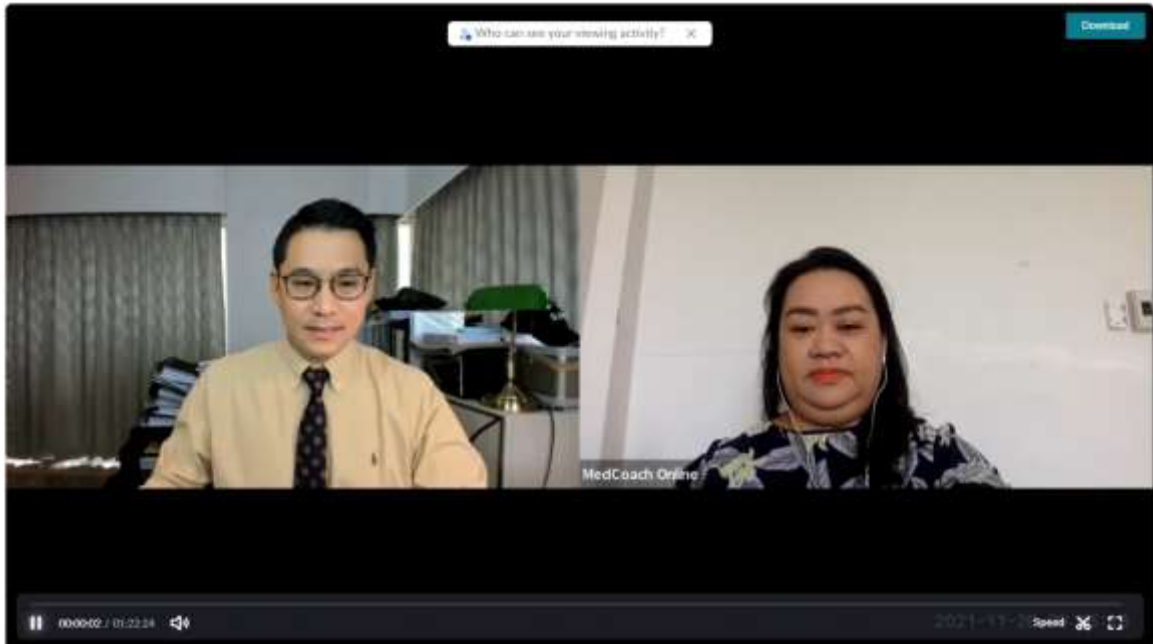
4. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน

- | | |
|----------------------|--|
| - คุณจันทร์สม นกเกิด | ผู้จัดการพยาบาลวอร์ด 2/1
โรงพยาบาลบางประกอก 8 |
| - คุณเย็นฤดี ใจใหญ่ | พยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลบางประกอก 8 |

5. นักกฎหมายมหาชน จำนวน 2 คน

- | | |
|----------------------|---|
| - คุณแทนภพ ปราบณรงค์ | ปลัดอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา |
| - คุณวสันต์ ชมภูศรี | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
กองความมั่นคงจังหวัดชายแดนภาคใต้และ
ชนทางวัฒนธรรม
สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ |

ภาพการสัมภาษณ์เชิงลึกในกระบวนการวิจัย



ภาคผนวก ค.

รายชื่อและภาพกิจกรรมในกระบวนการวิจัย

การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-Design)

รายชื่อการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-Design)

กลุ่มประชากรเฉพาะ

1. กลุ่มที่ 1 นักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ จำนวน 4 คน

- 1.1 ดร.ณรงค์ พลมาตร์
- 1.2 ดร.อานิตยา มาบัว
- 1.3 ว่าที่ พ.ต. ดร.อดิศักดิ์ น้อยสุวรรณ
- 1.4 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปิณณวิช ทักภวิมล
- 1.5 ดร.จุฬารัตน์ กิริติภูมิธรรม

2. กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลและญาติ จำนวน 4 คน

- 2.1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัญชัญ ยุติธรรม
- 2.2. คุณณัฐนันรี ศรีสมบูรณ์
- 2.3 คุณวรรณชัย พรหมรักษ์
- 2.4 คุณสิรินทิพย์ แจ่มเจนกล

3. กลุ่มที่ 3 ประชาชนทั่วไปและผู้สูงวัย

- 3.1 คุณยุทธนา สุวรรณประดิษฐ์
- 3.2 คุณสหพล สังข์เมฆส
- 3.3 พระมงคลวชิรากร (สมบัติ ญาณวโร)
- 3.4 พันโท ดร.จิระศักดิ์ หนูกิจ

4. กลุ่มที่ 4 นักจิตวิทยาและสังคมสงเคราะห์ จำนวน 4 คน

- 4.1 ดร.เอื้อนุช ถนอมวงษ์
- 4.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรีรินทร์ พาคสิงห์
- 4.3 คุณเนตรชนก สิงห์เห
- 4.4 คุณกาญจนก กงามแป้น

รายชื่อการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-Design)

กลุ่มประชากรผสม

1. กลุ่มที่ 1

- 1.1 ดร.ณรงค์ พลมาตร์
- 1.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัญชัญ ยุติธรรม
- 1.3 คุณยุทธนา สุวรรณประดิษฐ์
- 1.4 ดร.เอื้อนุช ถนอมวงษ์
- 1.5 ว่าที่ พ.ต.ดร.อดิศักดิ์ น้อยสุวรรณs

2. กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลและญาติ จำนวน 4 คน

- 2.1. ดร.อานิตยา มาบัว
- 2.2. คุณณัฏฐ์นรี ศรีสมบูรณ์
- 2.3 คุณสหพล สังข์เมฆ
- 2.4 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปุรินทร์ พาคสิงห์

3. กลุ่มที่ 3 ประชาชนทั่วไปและผู้สูงวัย

- 3.1 คุณวรรณชัย พรหมรักษ์
- 3.2 พระมงคลวชิรากร (สมบัติ ญาณวโร)
- 3.3 คุณเนตรชนก สิงห์เห
- 3.4 ดร.จุฬารัตน์ กิริติภูมิธรรม

4. กลุ่มที่ 4 นักจิตวิทยาและสังคมสงเคราะห์ จำนวน 4 คน

- 4.1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปิ่นณวิช ทัพภวิมล
- 4.2 คุณสิรินทิพย์ แจ่มเจนกล
- 4.3 พันโท ดร.จิระศักดิ์ หนูกิจ
- 4.4 คุณกาญจนก กามแป้น

เอกสารลงลายมือชื่อ รายชื่อการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design) การรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

เรื่อง “กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต”

หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีปทุม

วันเสาร์ที่ 11 ธันวาคม 2564 เวลา 09.00 - 12.00 น.

ณ ห้อง Convention ชั้น 4 อาคาร 40 ปีศรีปทุม

มหาวิทยาลัยศรีปทุม บางเขน กรุงเทพมหานคร



การรับฟัง Co-Design เรื่อง “กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต”
หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีปทุม
ณ ห้อง Convention ชั้น 4 อาคาร 40 ปีศรีปทุม
วันเสาร์ที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 09.00 - 12.00 น.
มหาวิทยาลัยศรีปทุม บางเขน

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	E-MAIL	ลายเซ็น
กลุ่มที่ 1 ฝ่ายวิชาการจากภายนอกสหประชาชาติ					
1	ดร. นรงค์ ทองขาว	กรม	0902832217		
2	ดร. อรุณดา มาลี	ปสว	0875509977		
3	ว.ที พ.ศ. ดร. สิริวิไล นีตสุวรรณ	ปสว	081-0271213		
4	ดร. อธิชา อธิชา	ปสว	0957395745		
5	ดร. สุภาภรณ์ นีตสุวรรณ	ปสว	083 821 1935		
กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลและญาติ					
1	ดร. อัญญา อธิชา	วท. วิไลนิตสุวรรณ	095-392240		
2	คุณหญิงปวี ศรีสมบูรณ์	คุณ อธิ	095 568 4821		
3	คุณ รามณี พรหมรักษ์	ปสว	0955699866		
4	คุณ อธิชา อธิชา	ปสว	08-912111		

เอกสารลงลายมือชื่อ รายชื่อการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design) การรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

เรื่อง “กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต”

หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีปทุม

วันเสาร์ที่ 11 ธันวาคม 2564 เวลา 09.00 - 12.00 น.

ณ ห้อง Convention ชั้น 4 อาคาร 40 ปีศรีปทุม

มหาวิทยาลัยศรีปทุม บางเขน กรุงเทพมหานคร

SPU
SRIPATUM
UNIVERSITY

ใบลงทะเบียน

การจัดทำ Co-Design เรื่อง “กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต”

หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะนิติศาสตร์

ณ ห้อง Convention ชั้น 4 อาคาร 40 ปีศรีปทุม

วันเสาร์ที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 09.00 - 12.00 น.

มหาวิทยาลัยศรีปทุม บางเขน

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	E-MAIL	ลายเซ็น
กลุ่มที่ 3 ประชาชนทั่วไปและผู้สูงวัย					
1	คุณอุทมา สุวรรณประดิษฐ์		061-651679		<i>eth</i>
2	คุณสมพร สังข์ฉนวน		098-252-9888		<i>1 คัดค้าน</i>
3	พระเมตตาภิรากร (สมบัติ สุขาวโร)		081-144-4689		<i>ไม่คัดค้าน</i>
4	พันโท ดร.อิสระศักดิ์ หนูกิจ				<i>ไม่คัดค้าน</i>
กลุ่มที่ 4 นักจิตวิทยา					
1	ดร.เกตุพร ฉนวนวงษ์		089-441-1529		<i>St</i>
2	ศศ.ดร.รุรินทร์ นาคสิงห์		081-2511521		<i>St</i>
3	คุณเนตรชนก สิงห์เท		062-465 6295	noyhin.narsy@gmail.com	<i>ไม่คัดค้าน</i>
4	นางสาวกัญญาณก งามเป็น		082 415555		<i>ไม่คัดค้าน</i>

เอกสารลงลายมือชื่อ รายชื่อการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design) การรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

เรื่อง “กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต”

หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีปทุม

วันเสาร์ที่ 11 ธันวาคม 2564 เวลา 09.00 - 12.00 น.

ณ ห้อง Convention ชั้น 4 อาคาร 40 ปี่ศรีปทุม



ใบลงทะเบียน

การจัดทำ Co-Design เรื่อง “กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต”

หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะนิติศาสตร์

ณ ห้อง Convention ชั้น 4 อาคาร 40 ปี่ศรีปทุม

วันเสาร์ที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 - 12.00 น.

มหาวิทยาลัยศรีปทุม บางเขน

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	E-MAIL	ลายเซ็น
กลุ่มผสม กลุ่มที่ 1					
1	ดร. ณรงค์ พลมาตร		090524442		
2	ดร.จุฬารัตน์ ใจดีภูมิธรรม				
3	ผศ.อัญชัญ อุดิธรรม		095-3922960		
4	คุณอุทธนา สุวรรณประสิทธิ์				
5	ดร.เอื้อนุช ธนอมวงษ์		0896116505		
	อากี พ.ศ. ณ. อดิศักดิ์ น้อยสุวรรณ		081-877 60		
กลุ่มผสม กลุ่มที่ 2					
1	ดร. อานิตา มาแก้ว	DSI	0835809909		
2	คุณณัฐนรี ศรีสมบูรณ์	กม. ศ.ก.บ.ส.ป.บ.	0876-276220		
3	คุณสหพร สังข์เมฆ				
4	ผศ.ดร.ปริมาพร นาคสิงห์				

เอกสารลงลายมือชื่อ รายชื่อการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design) การรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

เรื่อง “กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต”

หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีปทุม

วันเสาร์ที่ 11 ธันวาคม 2564 เวลา 09.00 - 12.00 น.

ณ ห้อง Convention ชั้น 4 อาคาร 40 ปรีศรีปทุม



การจัดทำ Co-Design เรื่อง “กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต”

หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะนิติศาสตร์

ณ ห้อง Convention ชั้น 4 อาคาร 40 ปรีศรีปทุม

วันเสาร์ที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 - 12.00 น.

มหาวิทยาลัยศรีปทุม บางเขน

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	E-MAIL	ลายเซ็น
กลุ่มผสม กลุ่มที่ 3					
1	ว.ว. พ.ศ. ดร.อดิศักดิ์ น้อยสุวรรณ				
2	คุณวรรณชัช พรหมรัตน์				
3	พระมงคลวชิรากร (สมบัติ ญาณวโร)				
4	คุณเนตรชนก สิงห์เน				
1.	ดร. สุภาวดี นิลศิริ				
กลุ่มผสม กลุ่มที่ 4					
1	ศส.ปิณณวิช ทัพทวีมล				
2	คุณสิรินทิพย์ แจ่มเจนกอล				
3	พันโท ดร.จิระศักดิ์ หนูกิจ				
4	นางสาวกาญจกนก จามเป็น				

พาวเวอร์พอย การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)

การมีส่วนร่วมออกแบบ – ร่วมออกแบบ
(Participatory, Co-Design)

กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต
MODEL LAW ON THE PROTECTION OF LEGAL RIGHTS OF PATIENTS IN THE END OF LIFE

โดย
นิตี เนีงจันงค์
NITI NERNGCHAMNONG

หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัยศรีปทุม
11 กรกฎาคม 2563

Clip

รอบโลก

พาวเวอร์พอย การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)



Clip

ปาร์ตี้ครั้งสุดท้ายก่อนการุณยฆาต

พาวเวอร์พอย การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)



Clip

เดวิด กูดอลล์

พาวเวอร์พอย การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)



Clip

คุณท๊อป เจ้าองเพชรบุ๊ค Vis Arshanakh

พาวเวอร์พอย การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)



Clip

การให้ยาผิด

พาวเวอร์พอย การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)



ไม่บ่อยนักที่เราในฐานะเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน จะได้ยินว่า

- ดีใจที่มีโอกาสตายวันนี้
- ผมรู้สึกมีความสุขมากในตอนนี่...
- หอบคุณมากๆ
- เสียดายที่เราะ

จากคนที่กำลังจะตาย จากการหอบตาย และ ความตายกำลังจากมาถึง

พาวเวอร์พอย การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)



นายปานรวิฐ กิตติกรเจริญ หรือ บิ๊ก ตีทูบี (D2B)

เจ้าชายนิทรา 3 ปี "บิ๊ก ตีทูบี" ขอนี้ปาฏิหาริย์อีกครั้ง!!

วันที่ 22 กรกฎาคม เป็นวันครบรอบการเกิดอุบัติเหตุของนักร้องหนุ่มบอยแบนด์ ที่ดังที่สุดแห่งยุค...ปานรวิฐ กิตติกรเจริญ หรือ "บิ๊ก ตีทูบี" ไม่น่าเชื่อว่าวันนี้ จะครบรอบ 3 ปี นับจากเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝัน...

นันทพร ไวศยะสุวรรณ จากวันที่หอม บอกว่า บิ๊กมีโอกาสรอดเพียง 0.01 เปอร์เซ็นต์ ในวันนั้นทุกคนอธิษฐาน ขอให้เขาตื่นฟื้น และเหมือนปาฏิหาริย์ บิ๊ก สืบตจัน แม้ร่างกายไม่อาจเคลื่อนไหว เพราะสมองถูกทำลายจากเจ้าเชื้อโรคร้าย

คณะแพทย์ได้พยายามช่วยชีวิตบิ๊กด้วยการให้ยาและผ่าตัดอยู่หลายครั้ง แต่ก็ทำได้เพียงช่วยไม่ให้เสียชีวิต **เท่านั้น** แต่สมองก็ยังไม่รับรู้ใด ๆ ทั้งสิ้น ได้ย้ายที่รักษาไปหลายแห่ง และต้องนอนรักษาตัวอยู่นานถึง 4 ปี

จนกระทั่งเวลา 09.00 น. ของวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2550 บิ๊กก็ได้เสียชีวิตลงในที่สุด ที่โรงพยาบาลศิริราช ด้วยอาการติดเชื้อในปอด รวมอายุ 25 ปี กับ 1 สัปดาห์

พาวเวอร์พอย การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-Design)

สิทธิที่จะตาย (Right to Die)

- สภาวะโกลีตาย รู้จักกันในคำเรียกว่า "เมตตามรณะ" หรือ "ยูทานาเซีย" (Euthanasia) ซึ่งมาจากรากศัพท์ภาษากรีกหมายถึง การตายที่ดี (Good Death)
- สิทธิที่จะตายเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ประการหนึ่ง เป็นสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาประเภทหนึ่ง เป็นสิทธิที่มนุษย์คนหนึ่งมีอำนาจที่จะแสดงตนว่าตนเองไม่ประสงค์จะมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องช่วยยืดชีวิต (Prolong Life) เพราะเห็นว่าการมีชีวิตอยู่ต่อไปทำให้ลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ของตน (Dehumanization) หากตนเองเลือกที่จะตายแล้วเป็นการเรียกฟื้นคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของตนขึ้นมาได้ (Dehumanization of the Dying Process)

แม้จะต้องตายก็เป็นการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Death with Dignity)

“การุณยฆาต” แตกต่างจากการ “ฆ่าตัวตาย”

“การุณยฆาต” เป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างมีสติ ต้องได้รับการประเมินอาการของคนไข้จากทั้งแพทย์และจิตแพทย์ว่าโรคร้ายนี้ไม่มีทางรักษา และไม่ควรรื้อชีวิตคนไข้ต่อไปอีก เพื่อให้ความทุกข์ทรมานต่อไปอีก

“ฆ่าตัวตาย” เกิดจากความคิดเชิงลบช่วงขณะที่มีอาการเครียดจัดจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ และทรมาณร่างกายด้วยวิธีการต่างๆ อย่างโหดร้าย นอกจากนี้ อาการป่วยโรคมะเร็งแบบรุนแรงก็ส่งผลทำให้สารสื่อประสาทในสมองแปรปรวนจนคิดสั้นฆ่าตัวตายได้ ทั้งที่ความจริงไม่ได้อยากตายแต่อย่างใด

พาวเวอร์พอย การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)



ประเด็นปัญหาของการขาดสิทธิการขอตาย

- การขาดสิทธิในการตัดสินใจในร่างกายของตนเองเพื่อขอตาย
- ความขัดแย้งกันภายในครอบครัวและเครือญาติ
- ปัญหาทางการเงิน ทั้งเงินออมและอาจนำไปสู่หนี้ยืมสิน
- ปัญหาความขัดแย้งกับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์
- ปัญหาสังคม ทั้งเป็นการะ และปัญหาด้านอื่นๆอีกมากมาย

เพียงเผื่อยึดชีวิตเท่านั้น หรือ การเคารพสิทธิการตัดสินใจชีวิต

พาวเวอร์พอย การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)

ประเด็นการทำ Co-Design

1. สิทธิ ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายหรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย มีสิทธิในการขอตาย
 - ถ้ามีสิทธิ กฎหมายควรรับรองสิทธิการขอตาย สิทธิขอตายควรมีแบบใด
 - สิทธิขอตายแบบการรุกรณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือ
 - แบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) หรือ
 - แบบการปฏิเสธการรักษา (Refuse Treatment) หรือ
 - ทั้งหมดทุกแบบ
2. ผู้ขอใช้สิทธิ (เฉพาะคนไทย/คนต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยหรืออยู่ต่างประเทศ)

ประเด็นการทำ Co-Design

3. หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนา
 - หลักเกณฑ์ในเรื่องอายุของผู้ป่วยที่ต้องการแสดงเจตนา
 - ผู้ที่ตัดสินใจในเรื่องความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย

พาวเวอร์พอย การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)

ประเด็นการทำ Co-Design

- 4. แบบแห่งพินัยกรรมชีวิต
 - เป็นเอกสารราชการ
 - จดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่
 - หน่วยงานรับจดทะเบียน
 - จดทะเบียนในขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ประเด็นการทำ Co-Design

- 5. พยานพินัยกรรมชีวิต
 - พยานต้องบรรลุนิติภาวะ
 - จำนวนพยาน
 - ผู้เป็นพยาน (เช่น แพทย์ที่ไม่ได้ทำการรักษาพยาน)

พาวเวอร์พอย การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)

ประเด็นการทำ Co-Design

6. พยานต้องห้าม

- เป็น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย
- เป็นผู้รับมรดกในฐานะทายาทโดยธรรม
- เป็นผู้รับผลประโยชน์จากประกันของผู้ป่วย
- มีผลประโยชน์ในเงินของผู้ป่วยที่อยู่ในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือกองทุนอื่นของผู้ป่วย
- แพทย์เจ้าของไข้
- พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย

ประเด็นการทำ Co-Design

7. กรณีไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต

- อยู่ในสภาวะวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และไม่มีสติสัมปชัญญะ ในการตัดสินใจได้เอง
- ผู้ตัดสินใจแทน เป็น
 - คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย
 - แพทย์ที่รักษาพยาบาล กรณีที่ไม่พบคู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้มีส่วนได้เสีย โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณแพทย์ และประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย
- มีคณะกรรมการจริยธรรม พิจารณาก่อนดำเนินการตามคำขอสิทธิการขอตาย

พาวเวอร์พอย การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)

ประเด็นการทำ Co-Design

8. จ้อยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย

- คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ ผู้ที่ตัดสินใจแทนกรณีไม่ได้ทำพิธีกรรมชีวิตและผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย หรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย
- แพทย์เจ้าของไข้
- พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย
- ผลของการปฏิบัติตามสิทธิขอตายของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย จะไม่มีผลกระทบต่อกรรมธรรม์ประกันชีวิต

ขอบคุณครับ

ภาพกิจกรรมการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)

ภาพกิจกรรมที่ 1



ภาพกิจกรรมที่ 2



**ภาพกิจกรรมการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)**

ภาพกิจกรรมที่ 3 กลุ่มที่ 1 นักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความ



ภาพกิจกรรมที่ 4 กลุ่มที่ 2 กลุ่มนักจิตวิทยา



**ภาพกิจกรรมการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)**

ภาพกิจกรรมที่ 5 กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้ดูแลและญาติ



ภาพกิจกรรมที่ 6 กลุ่มที่ 4 กลุ่มประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุ



ภาพกิจกรรมการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)

ภาพกิจกรรมที่ 7 กลุ่มที่ 1 นักวิชาการด้านกฎหมายและทนายความนำเสนอ



ภาพกิจกรรมที่ 8 กลุ่มที่ 2 กลุ่มนักจิตวิทยานำเสนอ



ภาพกิจกรรมการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)

ภาพกิจกรรมที่ 9 กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้ดูแลและญาตินำเสนอ



ภาพกิจกรรมที่ 10 กลุ่มที่ 4 กลุ่มประชาชนทั่วไปและผู้สูงวัย



ภาพกิจกรรมการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)

ภาพกิจกรรมที่ 11 กลุ่มผสมที่ 1



ภาพกิจกรรมที่ 12 กลุ่มผสมที่ 2



ภาพกิจกรรมการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)

ภาพกิจกรรมที่ 13 กลุ่มผสมที่ 3



ภาพกิจกรรมที่ 14 กลุ่มผสมที่ 4



ภาพกิจกรรมการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)

ภาพกิจกรรมที่ 15 กลุ่มผสมที่ 1 นำเสนอ



ภาพกิจกรรมที่ 16 กลุ่มผสมที่ 2 นำเสนอ



ภาพกิจกรรมการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ
(Participatory Design, Co-Design)

ภาพกิจกรรมที่ 17 กลุ่มผสมที่ 3 นำเสนอ



ภาพกิจกรรมที่ 18 กลุ่มผสมที่ 4 นำเสนอ



ภาคผนวก ง.

รายชื่อและภาพกิจกรรมในกระบวนการวิจัย
การรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

รายชื่อการรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

1. พระมหาประยูร คำมา
2. ดร.อานิตยา มาบัว
3. ดร.จุฬาพัฒน์ กิรติภูมิธรรม
4. นายแพทย์พิธาน วงศ์ชนพรเลิศ
5. นายแพทย์พรเทพ สีสลกาญจน์
6. คุณจันทร์สม นกเกิด
7. คุณอาทิตยา ร่วมอร่าม
8. คุณณัฐนรี ศรีสมบูรณ์
9. คุณสุขุม แก้วกลม
10. คุณไชยยันต์ มิ่งวรกุล
11. คุณสหพล สังข์เมฆ
12. คุณพรพิมล เอี่ยมลออ
13. คุณนิโลบล ทองขำ
14. คุณเกรียงศักดิ์ พึ่งภูมิ
15. คุณชิตพล มิ่งวรกุล
16. คุณเนตรชนก สิงห์เห
17. คุณหยาดพิรุณ อ่อนเฉวียง
18. คุณสุวัฒน์ อัมพันธ์
19. คุณมงคล ราชพลี
20. คุณบอย แซ่หลี่
21. พ.อ.อ.อภิรักษ์ เนียมกล้า
22. คุณประสิทธิ์ ประวรรณะ
23. คุณสัญญา แก้วอนันต์
24. คุณรังสรรค์ คงทอง
25. คุณชยพัทธ์ ทิพย์โพธิ์
26. คุณสุขชาติ เลิศวุฒิรักษ์

27. คุณอภิชาติ เสี่ยงกล้า
28. คุณพรเทพ อ่อนรัตน์
29. คุณมัทธิดา กรงเด็น
30. คุณสิษฐ์ปณัฐช์ สบายดี
31. คุณสมศักดิ์ ไชยลูน
32. คุณปญฺญวี ศรีวิชา
33. คุณวิไลลักษณ์ พลชัยทา
34. คุณกฤติยา ปณิษฐาภรณ์
35. คุณอุไร พิมทา
36. คุณไกรสร บุญรักษา
37. คุณสุรพล สติรเมธินทร์
38. คุณศรันย์ ทองบำ
39. คุณวารุณี อัมพันธ์
40. คุณอุบล คัจฉานุช
41. คุณประพันธ์ สันติวิทองยศ
42. คุณชิตารัตน์ เพชรไกร
43. พ.ต.ท.หญิง ชัชชลัยย์ ด้วงเอียด
44. ดร.ณรงค์ พลมาตร
45. คุณแสงนวล บุญศรี
46. คุณธรรมศักดิ์ เสนามิตร
47. คุณบดินทร์ภัทร สายบุตร
48. คุณกาญจนก กามแป้น

เอกสารลงลายมือชื่อ การรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

รายชื่อผู้เข้าร่วมรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

เรื่อง “กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต”

หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีปทุม

วันพฤหัสบดี ที่ 9 ธันวาคม 2564 เวลา 09.00 - 12.00 น.

ณ ห้องลาเวนเดอร์ 1 อาคาร 3 ชั้น 3 โรงแรมทีเค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชัน หลักสี่

กรุงเทพมหานคร

SPU
SRIPATUM
UNIVERSITY

ใบลงทะเบียน

การจัดทำ Hearing เรื่อง กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

ณ ห้องลาเวนเดอร์ 2 อาคาร 3 ชั้น 3 โรงแรมทีเค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชัน หลักสี่ กรุงเทพมหานคร

วันพฤหัสบดี ที่ 9 ธันวาคม 2564 เวลา 09.00 - 12.00 น.

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	E-Mail	ลายเซ็น
1	พระมหาประจักษ์ คำนา	วัด	085-246426		
2	ดร.ลาภิดา นาวี	DSI	085570777		
3	ดร.สุชาติพันธ์ วัฒนศิริธรรม		083-4314936		
4	นพ. ศิธาณ วงศ์นพพรเลิศ	รพ. ปทุมธานี	056-600477	dr.pithanon@pstu.ac.th	
5	นพ.พรเทพ สัตถกานุรักษ์	โรงพยาบาลปทุมธานี	0866094105	thepu@pstu.ac.th	
6	คุณจันทร์สม นกเกิด	รพ. ปทุมธานี	092 4587685	jantron@gmail.com	คุณนวล
7	คุณกานติลา จันทร์งาม	-	-	-	-
8	คุณณัฐพร ศรีสมบูรณ์	-	-	-	-
9	คุณสุชน แก้วกลม		0659291191	it-mod@hotmail.com	
10	คุณไพฑูริย์ อีวรรณกุล	ทนาย	0833343231		
11	คุณศุภผล สังข์งาม		098-854-9269	s-hope@hotmail.co	คุณนวล
12	คุณพรพิณ เข็มมอกล	พรพิณ เข็มมอกล	084-0536196		
13	คุณนิโอบน ทงสง่า	นิโอบน ทงสง่า	095,9356878		
14	คุณเกิ่งศักดิ์ สิงห์ภูมิ				
15	คุณชัชพล นิ่ง วรฤกษ์		0820618271		

รายชื่อผู้เข้าร่วมรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

เรื่อง “กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต”

หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีปทุม

วันพฤหัสบดี ที่ 9 ธันวาคม 2564 เวลา 09.00 - 12.00 น.

ณ ห้องลาเวนเดอร์ 1 อาคาร 3 ชั้น 3 โรงแรมทีเค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชัน หลักสี่

กรุงเทพมหานคร



ใบอนุญาตเรียน

การจัดทำ Hearing เรื่อง กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

ณ ห้องลาเวนเดอร์ 1 อาคาร 3 ชั้น 3 โรงแรมทีเค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชัน หลักสี่ กรุงเทพมหานคร

วันพฤหัสบดี ที่ 9 ธันวาคม 2564 เวลา 09.00 - 12.00 น.

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	E-Mail	ลายเซ็น
16	คุณเนตรชนก สิงห์เทพ	บริษัท สยามทราเวล จำกัด	082-4636996	netaronk.singh@ndel.co.th	
17	คุณชธาตติคุณ ช่ออนเรือง	รพ. ปทุมธานี	082-055-6145	-	
18	คุณสุวิมล คุ้มพันธ์	ป.ร. ๓๖	0839698128	-	
19	คุณมงคล วาซหิ	ป.ร. ๓๖	088-4762072	-	
20	คุณชยธรรมา	ป.ร. ๓๖	0916605009	-	
21	พ.อ.อ.อภิสิทธิ์ วัฒนากำ	ส.ร. ๓๖	083029949	-	
22	คุณประสิทธิ์ ประวาวณะ	-	-	-	-
23	คุณศุภฤกษ์ แก้วอนันต์	-	-	-	-
24	คุณวิมลวรรณ กงทอง	รพ. ปทุมธานี	091-942486	winatlegal696@gmail.com	
25	คุณชอพันธ์ ทัพย์โพธิ์	-	088-285-2894	-	
26	คุณสุชาดา ภัทรวชิรวิทย์	-	081-844 2783	-	
27	คุณกฤษณี เสือสง่า	-	094-5227909	-	
28	คุณพรเทพ ช่ออนรัมย์	ส.ร. ๓๖	081-6020412	-	
29	คุณฉวีมา วรรณ	ป.ร. ๓๖	082588999	wasuwa@hotmail.co	
30	คุณกมลวิมล วัฒนากำ	ป.ร. ๓๖	095-6398656	-	

รายชื่อผู้เข้าร่วมรับฟังความคิดเห็น (Hearing)
เรื่อง “กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต”
หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีปทุม
วันพฤหัสบดี ที่ 9 ธันวาคม 2564 เวลา 09.00 - 12.00 น.
ณ ห้องลาเวนเดอร์ 1 อาคาร 3 ชั้น 3 โรงแรมทีเค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชั่น หลักสี่
กรุงเทพมหานคร



ใบอนุญาตเรียน

การจัดทำ Hearing เรื่อง กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

ณ ห้องลาเวนเดอร์ 2 อาคาร 3 ชั้น 3 โรงแรมทีเค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชั่น หลักสี่ กรุงเทพมหานคร

วันพฤหัสบดี ที่ 9 ธันวาคม 2564 เวลา 09.00 - 12.00 น.

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	E-Mail	ลายเซ็น
31	คุณศรศักดิ์ ไชยสุน	DSI	081-082-1115		
32	คุณบุษวี ศรีวิธา	ผู้ประสานงาน	075-194235		
33	คุณวิภาวดี วัฒนชัย	วิภาวดี วัฒนชัย	099-0938899		
34	คุณกฤติภา ปณิษฐภรณ์	กฤติภา ปณิษฐภรณ์	064-260-1554		
35	คุณอุไร นิคมทา	อุไร นิคมทา	0937037929		
36	คุณไกรสร บุญวิกรม	ไกรสร บุญวิกรม	093-313134		
37	คุณสุรพล สอนวิเชียร	สุรพล สอนวิเชียร	091-513071		
38	คุณศรินทร์ ทองคำ	ศรินทร์ ทองคำ	0832554737		
39	คุณวราณี อิ่มพันธ์	วราณี อิ่มพันธ์	0985566055		
40	คุณอุบล คีตบุษ	อุบล คีตบุษ	0259252560		
41	นาง อรุณพร สอนวิเชียร	อรุณพร สอนวิเชียร	089-762846		
42	ธีรวิทย์ เสงวีกร	ธีรวิทย์ เสงวีกร	088-0942566		
43	นายทศพร ใสสะอาด	ทศพร ใสสะอาด	0919401548		
44	นางนงนุช วัฒนชัย	นงนุช วัฒนชัย			
45	นางวันฉวี นุชรัตน์	-	094-2434004		

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

การรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

MODEL LAW ON THE PROTECTION OF LEGAL RIGHTS OF PATIENTS IN THE END OF LIFE

โดย
บิต เนื่องจําวงศ์
NITI NERNGCHAMNONG

หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัยศรีปทุม
9 ธันวาคม 2564



พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

- สิทธิ
- เสรีภาพ
- ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์



ความต้องการ
ครั้งสุดท้าย
ในชีวิต

- วาระสุดท้ายของชีวิต
- ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วาระสุดท้ายของชีวิต และการทรมานจากการเจ็บป่วย จำแนกผู้ป่วยใน 3 กรณี

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยขั้นรุนแรงและไม่อาจรักษาให้หายได้ได้เพียงแต่บรรเทา และดูแลแบบประคับประคองทั้งตั้งแต่นำมาเกิด หรือภายหลังการเกิด

กรณีที่ 2 แบบไม่รู้สึกรู้หาย ไม่สามารถยับยั้งหรือช่วยเหลือตนเองได้ หรือหลับอยู่เฉยๆ ที่เรียกว่า เจ้าชายเจ้าหญิงนิทรา หรือเป็นผักเป็นปลา (Vegetable Stage)

กรณีที่ 3 ผู้ป่วยหนักจนเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า วาระสุดท้ายของชีวิต (Last Stage of Life, End of Life) เพียงแค่นิดเดียวเท่านั้น

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

1. ต้องการได้รับการดูแลรักษาที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตาย
2. ไม่ต้องการรับการดูแลรักษา ที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตาย
3. ต้องการยุติชีวิตลง ด้วยการขอตายด้วยความการุณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิธีการยุติชีวิตด้วยความการุณมี 2 แบบดังนี้

- แบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) ที่กระทำโดยการให้สารหรือวัตถุใด ๆ อันเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย
- การฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือใดๆ ที่ทำให้การฆ่าตัวตายนั้นเกิดขึ้น การสั่งจ่ายยาที่ทำให้ถึงแก่ความตาย การจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ โดยผู้ร้องขอจะเป็นผู้ลงมือปลิดชีวิตด้วยตนเอง

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

“การุณยฆาต” แตกต่างจากการ “ฆ่าตัวตาย”

“การุณยฆาต” เป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างมีสติ ต้องได้รับการประเมินอาการของคนไข้จากทั้งแพทย์และจิตแพทย์ว่าโรคร้ายนี้ไม่มีทางรักษา และไม่ควรยืดชีวิตคนไข้ต่อไปอีก เพื่อให้รับความทุกข์ทรมานต่อไปอีก

“ฆ่าตัวตาย” เกิดจากความคิดเชิงลบช่วงเวลาที่มียาอาการเครียดจัดจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่และทรมานร่างกายด้วยวิธีการต่าง ๆ อย่างโหดร้าย นอกจากนี้อาการป่วยโรคซึมเศร้าแบบรุนแรงก็ส่งผลทำให้สื่อสารสื่อสารประสาทในสมองแปรปรวนจนคิดสั้นฆ่าตัวตายได้ ทั้งที่ความจริงไม่ได้อยากตายแต่อย่างใด

สิทธิที่จะตาย (Right to Die)

- สภาวะใกล้ตาย รู้จักกันในคำเรียกว่า “เมตตามรณะ” หรือ “ยูทามาเซีย” (Euthanasia) ซึ่งมาจากรากศัพท์ภาษากรีกหมายถึง การตายที่ดี (Good Death)
- สิทธิที่จะตายเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ประการหนึ่ง เป็นสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาประเภทหนึ่ง เป็นสิทธิที่มนุษย์คนหนึ่งมีอำนาจที่จะแสดงตนว่าตนเองไม่ประสงค์จะมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องช่วยยืดชีวิต (Prolong Life) เพราะเห็นว่าการมีชีวิตอยู่ต่อไปทำให้ลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ของตน (Dehumanization) หากตนเองเลือกที่จะตายแล้วเป็นการเรียกฟื้นคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของตนขึ้นมาได้ (Dehumanization of the Dying Process)
- เป็นสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองการมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามรัฐธรรมนูญไทย

แม้จะต้องตายก็เป็นการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Death with Dignity)

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1. ปัญหาการขาดการรับรองสิทธิขอตายด้วยความการุณ ใน แบบการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) และแบบการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide: PAS)
2. คุณสมบัติที่ต้องมี และที่ต้องห้ามของ บุคคลมีสิทธิทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณ
3. การขาดการควบคุมการจดทะเบียนและการตรวจสอบการทำคำสั่งขอตายและหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธ
4. ปัญหาคุณสมบัติและประเภทพยานที่ต้องมีและต้องห้าม ในแบบคำสั่งขอตายด้วยความการุณ และแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา
5. ผลกระทบต่อนโยบายการประกันชีวิต
6. ความรับผิดชอบกฎหมายทั้งทางแพ่ง ทางอาญา และทางวินัย



ภาพประกอบเกี่ยวกับก่อนการุณยฆาต

For academic use only

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)



พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)



พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)



การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ

- วิจัยเอกสาร ไทย และต่างประเทศ
- กฎหมายต่างประเทศ สหรัฐอเมริกา ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ (Kingdom of the Netherlands) ราชอาณาจักรเบลเยียม (Kingdom of Belgium) สวิตเซอร์แลนด์ (Federal of Switzerland) สาธารณรัฐสิงคโปร์ (Republic of Singapore)
- กฎหมายไทย
 - พระราชบัญญัติสุภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550
 - กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553
 - ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

- ใช้ทฤษฎี
 - ปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติ (Philosophy of School Natural Law)
 - ปรัชญาสำนักกฎหมายบ้านเมือง (Philosophy of School of Legal Positivism)
 - ทฤษฎีว่าด้วยแบบของนิติกรรม (Theory of Form of Juristic)
 - ทฤษฎีว่าการแสดงเจตนา (Theory of Declaration of Intention)

การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

- หลักการ
 - หลักสิทธิมนุษยชน (Human Right Principle)
 - **หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity Principle)**
 - หลักสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย (Principle of Right and Liberty of Personal Autonomy)
 - หลักสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมาย (Patient's Right Principle)
 - **หลักการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient's Right to Self-Determination Principle)**
 - หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence Principle)
 - หลักเสรีภาพในการทำนิติกรรม (Freedom of Juristic Contract Principle)
 - **หลักการตายดี (Principle of a Good Death)**

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ประชากร ได้แก่ ผู้ที่มีความรู้ทางวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิชั้นสูงและผู้แทนจากหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลในเชิงนโยบาย ประกอบด้วย

- แพทย์ที่เป็นนักวิชาการในระดับโรงเรียนแพทย์ จำนวน 1 คน
- แพทย์ที่เป็นผู้แทนภาครัฐ และ เอกชน จำนวน 2 คน
- พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน
- นักกฎหมายมหาชน 2 คน

การมีส่วนร่วมออกแบบ (Participatory design, Co-design)

ประชากร ได้แก่ ผู้มีส่วนได้เสียโดยตรง (Stakeholders) กับประเด็นการวิจัย ที่เลือกโดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 16 คน ประกอบด้วย

- กลุ่มที่ 1 นักวิชาการด้านกฎหมายและนโยบายความ จำนวน 4 คน
- กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลและญาติ จำนวน 4 คน
- กลุ่มที่ 3 ประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน
- กลุ่มที่ 4 นักจิตวิทยา จำนวน 4 คน

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

การมีส่วนร่วมออกแบบ (Participatory design, Co-design)

กิจกรรม : Co-design



ผู้วิจัยนำเสนอ



การมีส่วนร่วมออกแบบ



ประชากรกลุ่มนำเสนอ



ผู้เข้าร่วมการCo-design

สิทธิการขอตายด้วยความการุณ ตามกฎหมายต่างประเทศ

หลัก	รัฐออริกอน	เนเธอร์แลนด์	เบลเยียม	สวิตเซอร์แลนด์	สิงคโปร์
การุณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)	✓	✓	✓	✓	×
การยุติด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยการช่วยเหลือการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ Physician Assisted Suicide (PAS)	✓	✓	✓	✓	×
การปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า (Living Will)	✓	✓	✓	✓	✓
หนังสือแสดงเจตนา ที่เป็น แบบตามกฎหมาย	✓	✓	✓	✓	✓
ผู้แสดงเจตนาต้องบรรลุนิติภาวะ:					
พยานที่ต้องไม่ส่วนได้เสียเกี่ยวกับทรัพย์สิน	✓	✓	✓	×	✓
พยานที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่ไม่ใช่เจ้าของใจ	✓	✓	✓	✓	×
การยอมรับ ไม่ถือเป็นการฆ่าตัวตาย สำหรับกรณี	✓	✓	-	-	✓
ยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย	✓	✓	✓	✓	✓
ยกเว้นความรับผิดชอบทางจริยธรรม	✓	-	-	✓	✓
สถานี/องค์กร จัดการการุณฆาตโดยเฉพาะ:	×	×	×	✓	×

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

จากผลการศึกษาและวิจัยทำให้ได้กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วย
ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจะเป็นประโยชน์และแก้ปัญหาดังต่อไปนี้

1. ประโยชน์ต่อผู้ป่วยวาระสุดท้าย

เนื่องจากมีหลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่ชัดเจนในการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่จะใช้สิทธิในการขอตาย
ได้แก่ สิทธิในการขอตาย หลักเกณฑ์และรูปแบบวิธีการแสดงเจตนาเพื่อให้เป็นแบบตามกฎหมาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

2. ประโยชน์ต่อวงการแพทย์

เนื่องจากมีหลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่ชัดเจนที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทาง
การแพทย์ เพื่อให้เป็นไปตามความประสงค์อันแท้จริงของผู้ป่วยและเป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วย รวมถึงมี
หลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่คุ้มครองผู้ประกอบการวิชาชีพทางสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติหน้าที่โดย
สุจริตทั้งในทางแพ่ง ทางอาญา และทางวินัย

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

3. ประโยชน์ต่อครอบครัว

เนื่องจากมีหลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่ชัดเจนที่ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีอำนาจตามกฎหมายที่จะดำเนินการในทางใด ๆ เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายซึ่งเป็นอำนาจที่เกิดจากการแสดงเจตนาโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ป่วย รวมถึงการโอนและแต่งตั้งบุคคลเพื่อทำการแทนและตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการใช้สิทธิในการขอตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

4. ความชอบด้วยรัฐธรรมนูญ มาตรา 4 และ มาตรา 28

การตรวจสอบความชอบของกฎหมายที่จัดทำ

ยุทธศาสตร์ชาติ จัดทำยุทธศาสตร์ชาติ มาตรา 7 กำหนดให้การจัดทำยุทธศาสตร์ชาติต้องคำนึงถึงผลประโยชน์แห่งชาติ ความต้องการ และความจำเป็นในการพัฒนาประเทศให้สอดคล้องกับหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและการพัฒนาที่ยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล มาตรา 7 กำหนดให้แผนการปฏิรูปประเทศต้องประกอบด้วย แผน ขั้นตอน กำหนดระยะเวลา การกำหนดหน่วยงานของรัฐหรือบุคคลที่รับผิดชอบ ผลสัมฤทธิ์ การเสนอให้มีหรือแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย มาตรา 8 กำหนดให้จัดทำแผนการปฏิรูปประเทศในด้าน (3) ด้านกฎหมาย มาตรา 11 กำหนดให้การจัดทำร่างแผนปฏิรูปประเทศให้ดำเนินการตามขั้นตอน และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ฉบับวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2560

พ.ร.บ.หลักเกณฑ์ ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขที่มีบทบัญญัติที่สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

การพัฒนานโยบายว่าด้วยรูปแบบสิทธิขอตายด้วยความการุณ

ประเด็นกึ่งกติกากฎหมาย ประกอบด้วย

1. ให้ออกกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และ
2. กฎกระทรวง และ
3. ประกาศกระทรวง

และให้นำกฎหมายต้นแบบว่าด้วย การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต ตราเป็นพระราชบัญญัติ พร้อมทั้งประกาศกฎกระทรวง ร่างกฎกระทรวงว่าด้วยแบบคำร้องขอตายด้วยความการุณ และหนังสือแสดงเจตนา ซึ่งจะเป็นโยบายต่อผู้ป่วยวาระสุดท้าย ผู้มีส่วนได้เสีย และระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

การพัฒนานโยบายว่าด้วยรูปแบบสิทธิขอตายด้วยความการุณ

โครงสร้างของกฎหมายต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.....

มี 4 หมวด 22 มาตรา ประกอบด้วย

- หมวด 1 บททั่วไป (มาตรา 5)
- หมวด 2 สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้าย (มาตรา 6 ถึง มาตรา 7)
- หมวด 3 การทำคำร้องขอตายและหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธ (มาตรา 8 ถึง มาตรา 17)
- หมวด 4 ความรับผิดชอบทางกฎหมายและทางวินัย (มาตรา 18 ถึง มาตรา 22)

กฎกระทรวงว่าด้วย แบบคำร้องขอตายด้วยความการุณ และหนังสือแสดงเจตนา พ.ศ.

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

ตารางกฎหมายต้นแบบ ว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.		
มาตรา	บทบัญญัติ	เหตุผล
มาตรา 1	พระราชบัญญัติ นี้เรียกว่า “การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.”	เป็นการจัดทำกฎหมายใหม่เป็นต้นแบบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต
มาตรา 2	พระราชบัญญัติ การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. ให้มีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสองร้อยสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา	เป็นการกำหนดเวลาสำหรับการใช้บังคับกฎหมาย

มาตรา 3	ให้ยกเลิกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553	เป็นการยกเลิกกฎหมายเพื่อจัดทำเป็นกฎหมายใหม่
มาตรา 4	ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้	เป็นการกำหนดผู้รักษาการกฎหมาย

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

	<p style="text-align: center;">หมวด 1 หมวดทั่วไป</p> <p>มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้</p> <p>ขอตายด้วยความกรุณา หมายความว่า การขอให้แพทย์ให้ยาโดยวิธีการฉีดยาหรือการกินเพื่อให้หัวใจหยุดเต้นถาวรหรือการเตรียมยาอุปกรณ์จากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยทานหรือฉีดยาด้วยตนเอง</p> <p>ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หมายความว่า การแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อปฏิเสธการรักษา</p> <p>วาระสุดท้ายของชีวิต หมายความว่า กาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ป่วยประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาวินิจฉัยได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า กาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงกาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร</p>	<p>เป็นการให้คำนิยามคำเฉพาะในกฎหมายเพื่อให้มีความชัดเจนในการตีความกฎหมายเป็นการบัญญัติถึงสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่กำหนดคุณสมบัติของผู้ทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณ</p>	
--	---	--	--

	<p>โดยปราศจาก พฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น</p> <p>การกรมานจากการเจ็บป่วย หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้</p> <p>พินัยกรรมชีวิต หมายความว่า หนังสือแสดงเจตนาขอตายด้วยความกรุณาหรือการไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข</p> <p>ผู้ป่วยหนัก หมายความว่า บุคคลที่รักษาเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยืดการกรมานจากการเจ็บป่วย</p> <p>แพทย์หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์</p> <p>จิตแพทย์ หมายความว่า จิตแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์</p> <p>ผู้บรรลุนิติภาวะ หมายความว่า บุคคลที่มีอายุยี่สิบปีขึ้นไป</p> <p>คำสั่งจดทะเบียน หมายความว่า คำสั่งขอตายด้วยความการุณ</p>		
--	---	--	--

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

	<p>การดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน หมายความว่า การดูแลแบบ ประคับประคอง เฉพาะการดูแลร่างกายขั้นพื้นฐาน การดูแลจิตใจ และ การเคารพทางศาสนาที่มีนุชยธรรมและสง่างาม บุคลากรทางการแพทย์ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตาม กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล นายทะเบียน หมายความว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองทะเบียนราษฎร ตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎร</p>		
มาตรา 6	<p>หมวด 2 สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้าย บุคคลมีสิทธิทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณ ต้องเป็นบุคคลที่เป็น (1) สัญชาติไทย (2) คนต่างชาตที่มีสิทธิพำนักในราชอาณาจักรไทยว่าด้วยการ ทำงานหรือการศึกษา ตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง (3) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ในกรณีที่เป็นผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอม จากผู้เยาว์และผู้แทนโดยชอบธรรมและคำสั่งศาล</p>	<p>เป็นการกำหนดสิทธิ และ คุณสมบัติแก่ผู้ป่วยวาระ สุดท้ายในการขอใช้สิทธิขอ ตาย</p>	

	<p>(4) ไม่เป็นคนวิกลจริต ผู้ไร้ความสามารถ หรือผู้เสมือนไร้ ความสามารถ (5) ได้ทำคำสั่งโดยสมัครใจและไม่มีการชักชวนหรือการบังคับ (6) ไม่อยู่ในภาวะหรืออยู่ระหว่างการรักษาโรคซึมเศร้าหรือขาด สติสัมปชัญญะ</p>	<p>และมีการยืนยันเป็นลายลักษณ์ ก่อนดำเนินการยื่นทำคำสั่ง</p>	
มาตรา 7	<p>บุคคลไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่มีสิทธิทำหนังสือแสดง เจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย ในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยืดการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ ต้องเป็นบุคคลที่ (1) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ในกรณีที่เป็นผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอม จากผู้เยาว์และผู้แทนโดยชอบธรรม (2) ไม่อยู่ในภาวะหรืออยู่ระหว่างการรักษาโรคซึมเศร้าหรือขาด สติสัมปชัญญะ (3) ไม่เป็นคนวิกลจริต ผู้ไร้ความสามารถ หรือผู้เสมือนไร้ ความสามารถ</p>	<p>เนื่องด้วยการปฏิเสธการรักษา (Refuse of Treatment) แบบ พินัยกรรมชีวิต (Living Will) เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถ กระทำได้โดยแสดงเจตนา ปฏิเสธการดูแลรักษาไว้เป็น การล่วงหน้า</p>	

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

มาตรา 8	<p>หมวด 3 การทำคำสั่งขอตายและหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธ</p> <p>บุคคลมีสิทธิทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณ โดยผู้ยื่นคำคำสั่ง จดทะเบียนต้องผ่านการตรวจทางการแพทย์พร้อมทั้งมีเอกสารยืนยัน ความถูกต้องดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) มีใบรับรองแพทย์แสดงว่าผู้ทำคำสั่งยื่นคำขอเป็นผู้ป่วยหนัก (2) มีใบรับรองแพทย์แสดงการตรวจที่ได้รับอนุมัติจากจิตแพทย์ (3) เอกสารคำสั่งตามแบบฟอร์มที่กฎหมายกำหนด (4) มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ 	<p>กฎหมายมาตรานี้ต้องการ ควบคุม การทำคำสั่งขอตาย ด้วยความการุณ ให้เป็นแบบ ตามกฎหมาย เพื่อให้ทุก จັบตอนมีการยืนยันจาก บุคลากรทางวิชาชีพ และ ตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่รัฐ</p>	
มาตรา 9	<p>บุคคลที่ประสงค์ทำคำสั่งให้นำเอกสารตามมาตรา 8 ไปยื่นต่อ นายทะเบียนที่สำนักงานเขตหรืออำเภอ เพื่อทำการจดทะเบียนต่อ พนักงานเจ้าหน้าที่มีฉะนั้นเป็นโมฆะ</p>	<p>เป็นการกำหนดกระบวนการ ดำเนินการใช้สิทธิขอตาย ล่วงหน้าที่เป็น "แบบ" ตามกฎหมาย</p>	

มาตรา 10	<p>บุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ต้องทำเป็นหนังสือและ จดทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่มีฉะนั้นเป็นโมฆะ</p>	<p>เป็นการกำหนดแบบการ แสดง เจตนาขอตาย</p>	
มาตรา 11	<p>หนังสือจดทะเบียนมาตรา 9 และมาตรา 10 ให้นายทะเบียนบันทึก รายการลงในระบบทะเบียนบัตรประชาชนผู้ยื่นคำขอแบบออนไลน์</p>	<p>เป็นการกำหนดรูปแบบการ จัดเก็บเอกสารการใช้สิทธิขอ ตาย</p>	

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

มาตรา 12	<p>การเพิกถอนการจดทะเบียน บุคคลผู้ทำคำสั่งมีสิทธิ ยกเลิก แก้ไข เปลี่ยนแปลง ทั้งหมด หรือ บางส่วนในรายละเอียดที่ได้จดทะเบียนไว้ และต้องมีพยานรับรองยืนยันอย่างน้อยสองคน โดยพยานจะต้องเป็นไปตามมาตรา 15 เว้นแต่กรณีฉุกเฉินให้กระทำด้วยวาจาได้ และจดทะเบียนเพิกถอนภายใน 24 ชั่วโมง โดยจะต้องมีพยานอย่างน้อยสองคนยืนยันการรับรองการจดทะเบียนเพิกถอน โดยมีพยานตามมาตรา 15</p> <p>บุคคลที่เป็นตัวแทนที่ถูกระบุไว้ในเอกสาร มีสิทธิ แก้ไข เปลี่ยนแปลง ลงนามในเอกสารเฉพาะเจาะจงที่ ระบุอำนาจไว้ในทะเบียน แต่จะยกเลิก คำสั่งไม่ได้</p>	เป็นการกำหนดแบบการตัดสินใจในการใช้สิทธิของตาย	
มาตรา 13	<p>การจดทะเบียนจะต้องเก็บเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้กับบุคคลใดๆ ยกเว้นต่อไปนี้</p> <p>(1) บุคคลที่เขียนตามคำสั่ง</p> <p>(2) นายทะเบียนและบุคคลอื่นที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดูแลและจัดการจดทะเบียน</p>	เนื่องจากเป็นข้อมูลส่วนบุคคล และเป็นสิทธิของผู้ป่วยโดยตรง อีกทั้งเพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล จึงระบุให้ชัดเจน	

	<p>(3) บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบในการรักษาบุคคลที่ทำตามคำสั่ง</p> <p>(4) ศาล พนักงานอัยการ</p>		
มาตรา 14	<p>ก่อนจะดำเนินการตามคำสั่งจดทะเบียน ให้บุคลากรทางการแพทย์ ที่ดูแลผู้ป่วยหนัก พนักงานอัยการ หรือผู้มีส่วนได้เสียยื่นคำร้องขอต่อศาล เพื่อตรวจสอบและพิจารณาตามหนังสือจดทะเบียนตาม มาตรา 9</p> <p>ผู้ดำเนินการจะต้องยื่นคำร้องขอต่อศาลในภูมิภาคของผู้ป่วยก่อน ในกรณีบุคคลผู้ทำคำสั่งตามวรรคหนึ่งอยู่ระหว่างการตั้งครุฑ ให้ทำคำสั่งที่จดทะเบียนไว้ได้เมื่อการกวดออกจากครุฑเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เว้นแต่ผู้ทำคำสั่งจดทะเบียนหรือบุคคลผู้ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข จะได้ระบุไว้โดยชัดเจนในทะเบียนว่าไม่ประสงค์จะคงการตั้งครุฑไว้</p>	เป็นการตรวจสอบความชอบของเอกสารของตาย	

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

มาตรา 15	<p>พยานในแบบคำสั่งพอตายด้วยความการุณ และหนังสือแสดงเจตนาจะต้องมีอย่างน้อยสองคนบุคคลทั่วไปและนายทะเบียน โดยพยานจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ (2) ไม่เป็นคนวิกลจริต คนไร้ความสามารถ คนเสมือนไร้ความสามารถ (3) ไม่เป็นผู้มีสิทธิรับทรัพย์มรดกหรือทรัพย์อื่นของผู้ทำคำสั่งในการเสียชีวิตของผู้ป่วย (4) ไม่ได้รับผลประโยชน์ภายใต้เจตจำนงของผู้ทำคำสั่งหรือมโยบายใดๆ ของประกันภัย (5) ไม่มีสิทธิได้รับผลประโยชน์ของผู้ทำคำสั่งในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลางหรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพอื่น ๆ เมื่อเสียชีวิตของผู้ทำคำสั่งรายนั้น 	<p>เป็นการกำหนดให้มีพยาน และคุณสมบัติพยานในการแสดงสิทธิพอตายเป็นหนังสือ</p>	
----------	---	---	--

มาตรา 16	<p>พระราชบัญญัตินี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อมโยบายการประกันชีวิต</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) การกระทำใดๆ ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ไม่อาจถูกตีความได้ว่าเป็นการฆ่าตัวตาย และถือว่าการตายโดยธรรมชาติ (2) บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ไม่ถือว่าการกระทำ ช่วย หรือสนับสนุนให้ผู้ทำคำสั่งจดทะเบียน หรือผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขถึงแก่ความตาย (3) การกระทำใดๆ ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ ไม่กระทบต่อการกรมธรรม์ประกันทุกชนิด เว้นแต่ยังทำประกันภายในหกเดือนก่อนการยื่นคำขอ หรือรู้หรือควรจะได้รู้ที่จะใช้สิทธิตามพระราชบัญญัตินี้ 	<p>เป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยวาระสุดท้ายจากการประกันชีวิต</p>	
----------	--	---	--

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

มาตรา 17	พระราชบัญญัตินี้มิใช้บังคับกับการดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐานแบบ ประคับประคองและไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิ อำนาจหรือหน้าที่ซึ่ง บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลอื่นใดมีความสัมพันธ์กับการดูแล แบบประคับประคอง	เป็นการยกเว้นความรับผิดชอบของ บุคลากรทางการแพทย์	
----------	--	--	--

มาตรา 18	<p>หมวด 4 ความรับผิดชอบทางกฎหมายและทางวินัย</p> <p>บุคลากรทางการแพทย์โดยสุจริต ปฏิบัติตามคำสั่งจกทะเบียนหรือ หนังสือแสดงเจตนา จะไม่ถูกดำเนินคดีทางแพ่งหรือความรับผิดทาง อาญาหรือวินัยทั้งปวง</p> <p>ผู้ใด โดยสุจริต ปฏิบัติหรือสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามคำสั่ง จกทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา ให้พ้นจากความรับผิดทั้งทาง แพ่งและทางอาญาทั้งปวง</p>	เป็นการยกเว้นความรับผิดแก่ บุคลากรทางการแพทย์ และ บุคคลทั่วไป โดยสุจริต	
มาตรา 19	บุคลากรทางการแพทย์เจตนาไม่กระทำการหรืองดเว้นกระทำการ ตามหน้าที่ทางวิชาชีพตามคำสั่งจกทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปีหรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้ง จำทั้งปรับ	เป็นการกำหนดความรับผิดใน กรณีไม่กระทำการหรืองดเว้น กระทำการของบุคลากรทาง การแพทย์โดยสุจริต	
มาตรา 20	ผู้ใดแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือจัดขบวนการดำเนินการตาม คำสั่งจกทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน สิบปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	เป็นการกำหนดความรับผิดใน กรณีข้อความเท็จหรือจัดขวาง	

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

มาตรา 21	บุคคลใดเจตนาทำลายเปลี่ยนแปลง จัดการโดยไม่ได้รับอนุญาตในการลงทะเบียนคำสั่งจดทะเบียนหรือหนังสือแสดงเจตนา ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือจำคุกไม่เกินสามปีหรือทั้งจำทั้งปรับ	เป็นการกำหนดความรับผิดชอบกรณีทำลายหรือเปลี่ยนแปลงหรือจัดการไม่ได้รับอนุญาต
มาตรา 22	ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวง กำหนดแบบคำสั่งขอตายด้วยความการุณ และหนังสือแสดงเจตนา	รัฐมนตรีที่กำกับดูแล

ตาราง กฎกระทรวง ว่าด้วยแบบคำสั่งขอตายด้วยความการุณ และหนังสือแสดงเจตนา พ.ศ.		
มาตรา	บทบัญญัติ	เหตุผล
	<p>ร่างกฎกระทรวงว่าด้วยแบบคำสั่งขอตายด้วยความการุณ และหนังสือแสดงเจตนา พ.ศ.</p> <p>คำขอให้ปฏิบัติด้วยมนุษยธรรมและสง่างามเพื่อดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ด้วยหลักการตายดี เพื่อยุติชีวิตของข้าพเจ้าในมนุษย์ให้ทำตามแบบคำสั่ง ขอตายด้วยความการุณ ตามกฎกระทรวง</p> <p>นาย/นาง/นางสาว.....</p> <p>เลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่.....</p> <p>วัน เดือน ปีเกิด.....เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ</p> <p>ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติ</p>	<p>เป็นการจัดทำกฎกระทรวงต้นแบบว่าด้วยแบบคำสั่งขอตายด้วยความการุณ และหนังสือแสดงเจตนา</p>

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

	<p>ข้าพเจ้าได้รับความทุกข์ทรมานและสูญเสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จากโรค.....ซึ่งแพทย์ก็ได้ทำการตรวจดูแลรักษาข้าพเจ้าพร้อมทั้งจิตแพทย์ได้ระบุว่าข้าพเจ้าเป็นบุคคลที่รักษาที่เป็นไปเพียงยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตคน หรือเพื่อยึดการทรมานจากการเจ็บป่วย</p> <p>ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับการวินิจฉัยการพยากรณ์โรคลักษณะและยาที่จะใช้ในการทำให้ชีวิตฉันสั้นสุดลง</p> <p>ข้าพเจ้าได้ทำคำสั่งเพื่อขอให้แพทย์กำหนดยาและดำเนินการขอตายด้วยความการุณที่ทำให้ข้าพเจ้าสิ้นสุดชีวิตในลักษณะที่ข้าพเจ้าเป็นผู้เต็มใจเลือกเพื่อดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และมีมนุษยธรรมและสง่างาม</p> <p>.....ข้าพเจ้าได้แจ้งครอบครัวของข้าพเจ้าเกี่ยวกับการตัดสินใจของข้าพเจ้าและนำความคิดเห็นมาพิจารณา</p>		
--	---	--	--

	<p>.....ข้าพเจ้าตัดสินใจไม่แจ้งครอบครัวของข้าพเจ้าถึงการตัดสินใจของข้าพเจ้า</p> <p>.....ข้าพเจ้าไม่มีครอบครัวที่จะแจ้งการตัดสินใจของข้าพเจ้า</p> <p>ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะยกเลิกคำขอนี้เมื่อใดก็ได้</p> <p>ข้าพเจ้าเข้าใจการนำข้าพเจ้าทั้งหมดของคำขอนี้และข้าพเจ้าคาดว่า จะตายเมื่อข้าพเจ้าใช้ยาที่กำหนด ข้าพเจ้าเข้าใจเพิ่มเติมว่าแม้ว่า ความตายส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายในสามชั่วโมง แต่ความตายของข้าพเจ้าอาจใช้เวลานานขึ้นและข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว</p> <p>ข้าพเจ้าขอทำคำสั่งขอตายด้วยความการุณ โดยเต็มใจและยินยอมให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ดำเนินการให้ยาพร้อมทั้งทำทุกอย่างตามความจำเป็นเพื่อให้ข้าพเจ้าสิ้นสุดชีวิตลง</p>		
--	--	--	--

พาวเวอร์พอยรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

		<p>ลงนาม</p> <p>ลงวันที่</p> <p>คำประกาศของพยาน</p> <p>พยานยินดีที่จะลงนามเพื่อเป็นการยืนยันว่าข้าพเจ้าได้ลงนามด้วยความมีสติสัมปชัญญะและเต็มใจที่จะได้รับยาเพื่อสิ้นสุดชีวิตตามคำสั่งขอตายด้วยความการุณ</p> <p>(เจ้าหน้าที่) พิมพ์ชื่อพยาน 1</p> <p>ลายเซ็นของพยาน 1 / วันที่</p> <p>(บุคคลทั่วไป) พิมพ์ชื่อพยาน 2</p> <p>ลายเซ็นของพยาน 2 / วันที่</p>		
--	--	---	--	--

Thank You

ภาพกิจกรรม
การรับฟังความคิดเห็น (Hearing)



ภาพกิจกรรม
การรับฟังความคิดเห็น (Hearing)



ภาพกิจกรรม

การรับฟังความคิดเห็น (Hearing)



ภาพกิจกรรม

การรับฟังความคิดเห็น (Hearing)



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายนิติ เนื่องจำนงค์
วันเดือนปีเกิด	9 มกราคม 2524
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 27/117 สาทรพาร์คเพลส ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2548	นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยอีสต์ัมซิง in collaboration with Indiana University
พ.ศ. 2546	นิติศาสตรบัณฑิต (Academic Excellence) มหาวิทยาลัยอีสต์ัมซิง
พ.ศ. 2542	Diploma High School Diploma The Winchendon School บอสตัน สหรัฐอเมริกา
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ.2564 - ปัจจุบัน	อาจารย์ประจำหลักสูตรนิติศาสตรบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตขอนแก่น
พ.ศ.2556 - ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการศูนย์กฎหมายศรีปทุม คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม บางเขน
พ.ศ.2564 - ปัจจุบัน	กรรมการ สมาคมสถาบันอนุญาโตตุลาการ Chartered Institute of Arbitrators “CIArb”
พ.ศ.2564 - ปัจจุบัน	คณะอนุญาโตตุลาการของสถาบันอนุญาโตตุลาการ Thailand Arbitration Center (THAC)
พ.ศ. 2560	คณะทำงานพัฒนาการรับรองคุณภาพมาตรฐาน หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)
พ.ศ. 2560	คณะทำงานพัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยของ บุคลากรสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

- พ.ศ. 2560 คณะทำงานวิชาการด้านการแพทย์รีเจนเนอเรทีฟ
และเซลล์บำบัด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- พ.ศ.2557 ที่ปรึกษาด้านกฎหมาย รักษาการอธิการบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
- พ.ศ.2557 กรรมการจัดทำและพัฒนาหลักสูตรกฎหมายการแพทย์
และสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากร
การแพทย์และสาธารณสุข กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

ผลงานวิชาการ

- พ.ศ. 2564 “The Gap of Medical Mediation under Dispute
Mediation Act” งานประชุมเชิงวิชาการผลงานวิจัย
บัณฑิตศึกษาระดับภูมิภาค ครั้งที่ 7 ประจำปี 2564
มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตขอนแก่น
- พ.ศ. 2564 กมธ.สาธารณสุขฯ ตามกรมบัญชีกลางออกเกณฑ์เบิกจ่ายตรง
ผู้ป่วยมะเร็ง ลิดรอนสิทธิหรือไม่ หนังสือพิมพ์มติชน
21 สิงหาคม 2561
- พ.ศ. 2561 “OCA” จำกัดสิทธิ! ยามะเร็ง อย่า! นุ้ครั้งวงการแพทย์ไทย!
อย่าโยน! ภาระให้คนป่วย หนังสือพิมพ์สยามรัฐ
16 สิงหาคม 2561
- พ.ศ. 2559 อนาคตธุรกิจร้านขายยา กับ ยาแพง ต่อ
ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ.
SMART SME 16 พฤศจิกายน 2559
- พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ.
ผลกระทบที่อาจเกิดต่อประเทศและข้อเสนอแนะ
- พ.ศ. 2554 “วาระสุดท้ายของชีวิต vs ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต
Living Will” รพ.54 มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ