

บทที่ 3

มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิพิเศษการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ของประเทศไทยและกฎหมายต่างประเทศ

สิทธิพิเศษการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อขอตายอย่างสงบ มีวิวัฒนาการมาจากสิทธิทางธรรมชาติ จนกลายมาเป็นสิทธิทางกฎหมาย ที่เป็นการรับรองสิทธิการตายโดยรัฐ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งแต่ละประเทศมีการรับรองและคุ้มครองสิทธิดังกล่าวแตกต่างกันออกไป สิทธิพิเศษการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต มีมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ดังนั้น ในบทนี้ผู้เขียนจะขอก้าวถึง มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการรับรองสิทธิพิเศษการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ของประเทศไทย สหรัฐอเมริกา อังกฤษ สาธารณรัฐฝรั่งเศส เครือรัฐออสเตรเลีย และประเทศญี่ปุ่น

3.1 มาตรการทางกฎหมาย เกี่ยวกับสิทธิพิเศษการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ของประเทศไทย

3.1.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550¹

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไว้อย่างกว้างขวาง ได้แก่ ประเด็นเรื่องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ความเสมอภาคของบุคคล สิทธิของผู้ต้องหา เสรีภาพในการนับถือศาสนา เสรีภาพทางการศึกษา สิทธิในทรัพย์สิน สิทธิในบริการสาธารณสุขและสวัสดิการสิทธิของผู้สูงอายุ สิทธิของคนพิการ หรือทุพพลภาพ สิทธิของผู้บริโภค สิทธิของชุมชนท้องถิ่น เสรีภาพในการรวมกลุ่มและการชุมนุม สิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการมีส่วนร่วม สิทธิในการร้องทุกข์และฟ้องคดี ซึ่งสิทธิต่าง ๆ เหล่านี้ รัฐธรรมนูญรับรองเป็นหลักประกันที่สำคัญ ซึ่งแสดงถึงการคำนึงถึงสิทธิของประชาชนไว้อย่างครอบคลุม

¹ ปัจจุบันรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวถูกยกเลิกโดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ หรือ คสช. (National Council for Peace and Order) และปัจจุบันมีการยกร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ซึ่งรัฐธรรมนูญฉบับใหม่กำลังเข้าสู่การพิจารณาของสภาปฏิรูปแห่งชาติ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้บัญญัติรับรองเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไว้ในมาตรา 4 ว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง

คำว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ตามรัฐธรรมนูญไม่ได้ให้คำนิยามศัพท์ว่าความหมายอย่างไรและมีขอบเขตเพียงใด แต่อย่างไรก็ตาม คำว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Human Dignity และมีข้อความลักษณะเดียวกับรัฐธรรมนูญสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ค.ศ.1949 มาตรา 1(1) ที่บัญญัติว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จะถูกละเมิดมิได้ ศาสตราจารย์ ดร.เอิร์นดิเทอร์เบนด้า เห็นว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ เป็นการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพปัจเจกชนตามรัฐธรรมนูญ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มาจากสิทธิและเสรีภาพของปัจเจกชน อันเป็นศักดิ์ศรีที่มนุษย์ได้มาโดยการเกิด (Inherent Dignity) คิดตัวมาจนเป็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเป็นพื้นฐานที่มาของสิทธิมนุษยชน จึงเห็นได้ว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิอย่างหนึ่งอันเป็นสิทธิธรรมชาติ ตามแนวคิดของนักปรัชญาสำนักกฎหมายธรรมชาติมองว่าศักดิ์ศรีที่มนุษย์ได้มาโดยการเกิด ต่อมาภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้กลายเป็นพื้นฐานความคิดของคำประกาศสิทธิมนุษยชนสากลในปี ค.ศ.1948²

การที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุด ได้บัญญัติรับรองและคุ้มครองหลักเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ เป็นการรับรองมิให้มีการกระทำในลักษณะที่เป็นการทำลายชื่อเสียง การเลือกปฏิบัติ การเหยียดหยาม การตัดสิทธิอันไม่สมควร และการลงโทษทางอาญาที่มีลักษณะทารุณโหดร้ายจนเกินไป ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หมายถึง คุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่มีอยู่ในตัวของบุคคลทุกคน ซึ่งรัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองและคุ้มครองไว้ และรัฐจะปฏิบัติต่อประชาชนเสมือนหนึ่งว่าประชาชนไม่ใช่มนุษย์ไม่ได้³

การกำหนดทิศทางของรัฐเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้น มีผลในการกำหนดกฎเกณฑ์ที่จะต้องทำให้บรรลุเป้าหมายต่อคุณค่าดังกล่าว สำหรับการกระทำของรัฐทั้งหลาย เพราะศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้นเป็นตัวกำหนดและจำกัดวัตถุประสงค์และภาระหน้าที่ของรัฐ นอกจากนี้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยังเป็นตัวกำหนดและจำกัดความชอบธรรมของรัฐ และของกฎหมายที่มีต่อคุณค่า

² จาก ปัญหาทางกฎหมายในการควบคุมบรรทัดฐาน ในเชิงรูปธรรมเพื่อการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพพลเมือง ตามรัฐธรรมนูญ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) (น. 77-80), โดย ปัญญา จิตตานุ, 2550, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

³ แหล่งเดิม.

ในทางส่วนบุคคล จากพื้นฐานดังกล่าวนี้เอง ย่อมมีความหมายต่อการใช้สิทธิและเสรีภาพอื่น ๆ ดังนี้

1) เรื่องของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับปัจเจกบุคคลนั้น ก่อให้เกิดบทสันนิษฐานที่เป็นคุณต่อปัจเจกบุคคล ในกรณีที่สัมพันธ์กับอำนาจรัฐ

2) เรื่องของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้น ถือว่าเป็นสาระสำคัญของสิทธิและเสรีภาพ ซึ่งภายในขอบเขตดังกล่าว รัฐไม่อาจเข้าไปแทรกแซงได้ในกรณีที่สัมพันธ์กับอำนาจรัฐ

การบัญญัติรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ในรัฐธรรมนูญนั้น ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดสิทธิในทางมหาชนที่มุ่งหมายต่อการกระทำของรัฐเท่านั้น แต่ยังบังคับให้รัฐต้องกำหนดเป็นหลักกฎหมายทั่วไปว่าอำนาจอื่น ๆ นอกเหนือจากอำนาจรัฐ ไม่อาจที่จะละเมิดต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้ ถึงแม้จะไม่ก่อให้เกิดสิทธิในทางมหาชนในการเรียกร้องให้บัญญัติกฎหมายเพื่อการคุ้มครองก็ตาม แต่จากบทบัญญัติของกฎหมายที่มีอยู่ ต้องตีความให้สอดคล้องกับหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้รัฐยังต้องปกป้องคุ้มครอง เพื่อมิให้มีการละเมิดในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้บัญญัติให้การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคลไว้ในหมวด 1 ว่าด้วยบททั่วไป มาตรา 4 ซึ่งบัญญัติให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไว้โดยชัดแจ้ง โดยผูกพันองค์กรผู้ใช้อำนาจนิติบัญญัติ อำนาจบริหารและอำนาจตุลาการ และมาตรา 27 ได้บัญญัติว่าต้องเคารพและให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญ สิทธิต่าง ๆ ที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้เรียกรวม ๆ ว่าสิทธิขั้นพื้นฐาน (Fundamental Right) ซึ่งคำประกาศสิทธิมนุษยชนสากล ค.ศ.1948 เรียกว่าสิทธิมนุษยชน หมายถึง สิทธิและเสรีภาพทุกประเภท สิทธิขั้นพื้นฐานที่เป็นทั้งสิทธิที่รัฐกระทำมิได้และสิทธิที่รัฐต้องกระทำ

นอกจากนี้ยังได้บัญญัติรับรองและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพไว้ในหมวดที่ 3 ได้แก่ การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กร ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์สิทธิเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ ย่อมได้รับความคุ้มครอง บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น

สิทธิในชีวิตและร่างกาย ถือเป็นรากฐานอันสำคัญประการหนึ่งของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่บัญญัติไว้ในมาตรา 32 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 โดยบัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย” สิทธิในชีวิตและร่างกายเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่ได้รับการรับรองและคุ้มครองตามกฎหมาย มิให้ผู้ใดมาล่วงละเมิด เป็นสิทธิของบุคคลที่จะมีชีวิตอยู่โดยปราศจากการรบกวนของบุคคลอื่นหรือรัฐ และสามารถใช้อำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ ซึ่งสิทธิส่วนบุคคลนี้ครอบคลุมถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลด้วย

แม้ว่าสิทธิเสรีภาพเป็นสิทธิตามธรรมชาติที่ทุกคนมีติดตัวมาตั้งแต่เกิด และรัฐธรรมนูญให้การรับรองไว้ แต่อย่างไรก็ตามการรับรองของรัฐธรรมนูญมิใช่สิทธิเด็ดขาด เพราะหากสิทธินั้นขัดต่อส่วนได้ส่วนเสียของมหาชน หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อย ความปลอดภัยสาธารณะ หรือเกี่ยวกับการดำรงชีพความเป็นอยู่ของประชาชน พละนาถมายิ่ง สิ่งแวดล้อม เป็นต้น สิทธิและเสรีภาพนั้นอาจถูกจำกัดได้ นักกฎหมายรัฐธรรมนูญได้แบ่งสิทธิตามรัฐธรรมนูญออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ⁴

1) ประเภทสิทธิเด็ดขาด (Absolute Rights) สิทธิประเภทนี้เป็นสิทธิเด็ดขาดที่อาจจะถูกจำกัดได้ เช่น ความเสมอภาคในทางกฎหมาย และการห้ามเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม การนับถือศาสนา การสันนิษฐานในคดีอาญาว่าเป็นผู้ไม่มีความผิด จนกว่าศาลจะมีคำพิพากษาว่าบุคคลนั้นมีความผิด

2) ประเภทสิทธิมีเงื่อนไข (Qualified Rights) เป็นสิทธิและเสรีภาพที่ไม่เด็ดขาด แต่อยู่ภายใต้เงื่อนไขที่รัฐธรรมนูญบัญญัติไว้ เช่น เสรีภาพของบุคคลในการเดินทาง เสรีภาพในการสื่อสาร สิทธิบุคคลเหนืออสังหาริมทรัพย์ เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น การพูด การเขียน การพิมพ์ การโฆษณา และการสื่อความหมายโดยวิธีอื่น เป็นต้น

3) ประเภทสิทธิอาจถูกจำกัดได้ (Restricted Rights) เป็นสิทธิที่อาจถูกจำกัดได้โดยกฎหมาย เช่น สิทธิในเคหสถาน สิทธิในทรัพย์สิน การใช้ทรัพยากรสื่อสารของชาติ เป็นต้น

สิทธิและเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ มิใช่สิทธิเด็ดขาด อาจถูกจำกัดได้ แต่การจำกัดสิทธิที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้จะทำได้เท่าที่จำเป็น และต้องไม่กระทบกระเทือนถึงสาระสำคัญที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ โดยต้องตราเป็นพระราชบัญญัติเฉพาะที่รัฐธรรมนูญให้อำนาจไว้เท่านั้น ทั้งนี้เพื่อป้องกันองค์กรของรัฐใช้อำนาจมหาชนมิให้อำนาจเกินขอบเขต โดยอาศัยเสียงข้างมากในรัฐสภา ด้วยการตรากฎหมายที่ทำลายสิทธิและเสรีภาพโดยบิดเบือนการใช้อำนาจ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ยังมีบทบัญญัติรับรองเรื่องสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ โดยมาตรา 51 บัญญัติว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ประกอบกับบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐ ซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

⁴ แหล่งเดิม.

ดังนั้น สิทธิได้รับบริการด้านสาธารณสุข เป็นอำนาจอันชอบธรรมที่ประชาชนจะได้รับ ตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับการรักษาพยาบาล ตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ เป็นสิทธิผู้ป่วยประการหนึ่งที่จะได้รับการปฏิบัติและได้รับการรับรอง และคุ้มครองตามกฎหมาย การปฏิบัติที่แตกต่างไปจากมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ไม่ว่าจะโดยความตั้งใจ หรือประมาทเลินเล่อ ย่อมถือได้ว่าเป็นการกระทำที่ผิดต่อกฎหมายและข้อบังคับของแพทยสภา รวมทั้งสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพโดยเท่าเทียมกันอย่างมีคุณภาพ โดยควรเสียค่าบริการ อย่างเหมาะสม หมายความว่า เสียค่าบริการตามฐานะอย่างยุติธรรม คือ คนมีมากควรเสียแพงกว่า คนมีน้อย คนยากจน ที่ไม่มีก็ไม่ต้องเสียเงิน และไม่มีทางเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่าง ด้านฐานะเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิทางการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย สิทธินี้ทำให้เกิดหน้าที่ซึ่งรัฐต้องจัดบริการสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ที่จำเป็นแก่ประชาชน กล่าวคือ รัฐต้องวางนโยบายด้านบริการสาธารณสุข (Health Policy) ให้ชัดเจนและครอบคลุมการใช้ทรัพยากรอย่างยุติธรรม นอกจากนี้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตราย ถึงชีวิตหรือผู้ป่วยโรคร้ายแรง มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสาธารณสุขตามความจำเป็นแก่กรณี โดยที่ไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ ดังนั้น ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพในมาตรฐานที่ดีที่สุดตามฐานานุกรม โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ⁵

3.1.2 ประมวลกฎหมายอาญา

กฎหมายอาญาเป็นกฎหมายมหาชน เป็นกฎหมายที่ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างรัฐ กับเอกชน⁶ กฎหมายอาญาและศีลธรรมนั้นมีความเกี่ยวพันกัน ความผิดอาญาที่ร้ายแรง เช่น การฆ่าผู้อื่น การข่มขืนกระทำชำเรา ล้วนแต่เป็นเรื่องผิดศีลธรรม อย่างไรก็ตามศีลธรรมก็ไม่ใช่เครื่อง กำหนดว่าการกระทำหรือการไม่กระทำอย่างใดเป็นความผิดอาญา อาจมีบางกรณีที่ผิดศีลธรรม แต่ไม่ผิดกฎหมายอาญา เช่น การพูดโกหก เว้นแต่เป็นแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงานหรือนอโกง⁷

กฎหมายทางอาญา คือ กฎหมายที่บัญญัติว่า การกระทำหรือไม่กระทำการอย่างใด เป็นความผิด และกำหนดโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำผิด ซึ่งโดยหลักแล้วบุคคลจะต้องรับผิดชอบ

⁵ จาก ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณิ การณษมาต (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) (น.51), โดย ผดุงพล อรรถกิจไพฑูริย์, 2555, ชลบุรี: มหาวิทยาลัย ศรีปทุมวิทยาเขตชลบุรี.

⁶ จาก คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1 (น. 8), โดย เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, 2551, กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์ พลสยาม พรินติ้ง (ประเทศไทย).

⁷ แหล่งเดิม.

ก็ต่อเมื่อการกระทำของค้ประกอบที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด การกระทำนั้น ไม่มีกฎหมาย ยกเว้นความรับผิด และการกระทำนั้น ไม่มีกฎหมายยกเว้นโทษ

การกระทำที่ประกอบค้ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ แยกพิจารณาได้ ดังนี้

- 1) มีการกระทำ
- 2) การกระทำนั้นประกอบค้ประกอบภายนอกของความผิด
- 3) การกระทำประกอบค้ประกอบภายในของความผิด
- 4) ผลของการกระทำสัมพันธ์กับการกระทำ⁸

หลักเกณฑ์ประการแรกของความรับผิดในทางอาญาของบุคคล คือ “การกระทำ” ซึ่งการกระทำ หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยรู้สึกรู้สีก กกล่าวคือ อยู่ภายใต้บังคับของจิตใจ

สำหรับการกระทำโดยไม่เคลื่อนไหวร่างกาย แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การกระทำโดย งดเว้น และการกระทำโดยละเว้น

ทั้งนี้มาตรา 59 บัญญัติไว้ว่า บุคคลจะต้องรับผิดในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดย เจตนา เว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาท ในกรณีที่ถูกกฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิด...” และวรรคท้าย บัญญัติว่า “การกระทำ ให้หมายรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้น โดยงดเว้น การที่จักต้อง กระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย”

การงดเว้นการจักต้องกระทำตามมาตรา 59 วรรคท้าย หมายถึง งดเว้นไม่กระทำในสิ่งที่ ตนที่หน้าที่ต้องกระทำ หน้าที่นี้ไม่ใช่หน้าที่โดยทั่ว ๆ ไป แต่ต้องเป็นหน้าที่โดยเฉพาะที่ต้องกระทำ เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลขึ้น หน้าที่ที่ต้องกระทำนั้น เกิดได้หลายกรณี คือ หน้าที่ตามกฎหมายบัญญัติ หน้าที่อันเกิดจากการยอมรับโดยเจาะจง หน้าที่อันเกิดจากการกระทำครั้งก่อน ๆ ของตน และหน้าที่ อันเกิดจากความสัมพันธ์เป็นพิเศษเฉพาะเรื่อง⁹

การงดเว้น (Omissions) เป็นการกระทำอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจเรียกได้ว่ากระทำงดเว้น การกระทำ¹⁰ ผู้งดเว้นจึงต้องรับผลเท่ากับมีการกระทำโดยการเคลื่อนไหวร่างกาย ทั้งที่ความจริงแล้ว ผู้กระทำเพียงแต่อยู่เฉย ๆ อย่งไรก็ตาม มิใช่ว่าหากบุคคลงดเว้นแล้วจะต้องรับผิดทางอาญาเสมอไป แต่การกระทำโดยงดเว้นตามกฎหมายอาญา จำกัดเฉพาะบุคคลที่มีหน้าที่ที่ต้องกระทำเพื่อป้องกัน

⁷ แหล่งเดิม.

⁸ แหล่งเดิม.

⁹ จาก มุมมองใหม่ในกฎหมายอาญา (น. 56), โดย ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, 2556, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

ผลเท่านั้น กล่าวคือ ผู้กระทำจะต้องมีหน้าที่ตามที่กล่าวในข้างต้น แต่กลับงดเว้น ไม่กระทำตามหน้าที่จนเกิดผลขึ้นจึงต้องรับผิดชอบ เช่น มารดาอยู่เฉย ๆ ปล่อยให้บุตรของตนมจตาย พฤติการณ์ของมารดาถือเป็นการกระทำโดยงดเว้น เพราะประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1564 บัญญัติให้บิดามารดา จำต้องอุปการเลี้ยงดูและให้การศึกษาตามสมควรแก่บุตรในระหว่างที่เป็นผู้เยาว์ อย่างไรก็ตาม มารดาจะต้องรับผิดชอบทางอาญาหรือไม่ ต้องพิจารณาโครงสร้างอื่น ๆ ประกอบด้วย เช่น เจตนาหรือประมาทหรือไม่

ส่วนการกระทำโดยการละเว้น เป็นการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งกฎหมายอาญาบางมาตราได้บัญญัติบังคับให้บุคคลกระทำการบางอย่าง หากไม่กระทำถือเป็นความผิด โดยถือว่าเป็นการกระทำผิดโดยการละเว้น เช่น มาตรา 374 ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในอันตรายแห่งชีวิต ซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ” การไม่ช่วยถือเป็น การละเว้น ไม่กระทำการ

หลักเกณฑ์ประการที่ 2 ของความรับผิดในทางอาญาของบุคคล คือ “การกระทำนั้นครบองค์ประกอบภายนอกของความผิด” ซึ่งองค์ประกอบภายนอกของความผิด ประกอบด้วย

- 1) ผู้กระทำ
- 2) การกระทำ
- 3) วัตถุประสงค์แห่งการกระทำ

การกระทำของผู้กระทำนั้น ต้องถึงขั้นที่มีกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด การกระทำต้องถึงขั้นลงมือตามมาตรา 80 เว้นแต่บางกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดในทางอาญา แม้ยังไม่ถึงขั้นลงมือ เช่น การเตรียมวางเพลิงเผาทรัพย์ เป็นต้น

สำหรับวัตถุประสงค์แห่งการกระทำ หมายถึง สิ่งที่ผู้กระทำมุ่งหมายกระทำ เช่น ความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา วัตถุประสงค์แห่งการกระทำ คือ ผู้อื่น

หลักเกณฑ์ประการที่ 3 ของความรับผิดในทางอาญาของบุคคล คือ “การกระทำครบองค์ประกอบภายในของความผิด” องค์ประกอบภายในของความผิดคือ “เจตนา”ซึ่งมาตรา 59 ได้บัญญัติเกี่ยวกับเจตนาไว้ว่า เป็นการกระทำโดยรู้สำนึก และผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือยอมเสี่ยงเห็นผลของการกระทำนั้น โดยหลักการสำคัญที่จะถือว่าผู้กระทำมีเจตนา คือ ผู้กระทำต้องรู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบภายนอกของความผิด หากไม่รู้ก็ถือว่าไม่มีเจตนา อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้กระทำจะไม่รู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบภายนอกของความผิด แต่การไม่รู้นั้นเกิดจากความประมาท ผู้กระทำอาจต้องรับผิดชอบฐานกระทำโดยประมาท หากการกระทำโดยประมาทนั้น

มีกฎหมายบัญญัติเป็นความผิดไว้¹¹

หลักเกณฑ์ประการที่ 4 ของความรับผิดชอบในทางอาญาของบุคคล คือ “ผลของการกระทำสัมพันธ์กับการกระทำ” การพิจารณาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลของการกระทำนั้นมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

หากเป็น “ผลโดยตรง” ผู้กระทำได้รับผิดชอบในผลนั้น หากไม่ใช่ผลโดยตรงไม่ต้องรับผิดชอบ แต่หากผลนั้นทำให้ผู้กระทำได้รับโทษหนักขึ้น ผู้กระทำได้ต้องรับผิดชอบในผลนั้น ก็ต่อเมื่อเป็น “ผลโดยตรง” และเป็นผลธรรมดา หากไม่ใช่ผลธรรมดาก็ไม่ต้องรับผิดชอบ¹²

การประกอบวิชาชีพของแพทย์นั้น หากการกระทำของแพทย์เข้าข่ายการกระทำ ความผิดตามมาตราต่าง ๆ ที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา แพทย์ก็ไม่สามารถปฏิเสธความรับผิดชอบได้ แม้ว่าแพทย์มิได้มีเจตนาก็ตาม เช่น ในเรื่องของความผิดต่อชีวิต กฎหมายอาญาได้บัญญัติเรื่องความผิดต่อชีวิตไว้ตามมาตราที่ 288 ว่า “ผู้ใดฆ่าผู้อื่นต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี” และหากเป็นการฆ่าผู้อื่นด้วยเหตุอุกฉกรรจ์ตามมาตรา 289 เช่น ฆ่าผู้อื่นด้วยโดยไตร่ตรองไว้ก่อน ก็จะมีควมผิดต้องระวางโทษหนักยิ่งขึ้นคือ ประหารชีวิต ดังนั้น เมื่อมีการกระทำและเกิดผลคือความตายของบุคคลขึ้น ต้องพิจารณาว่าการกระทำนั้นครบองค์ประกอบความผิดที่กฎหมายบัญญัติหรือไม่ เพราะโดยหลักแล้วบุคคลจะต้องรับผิดชอบทางอาญาก็ต่อเมื่อการกระทำครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด

องค์ประกอบภายนอกของความผิดตามมาตรา 288 คือ การฆ่าผู้อื่นจนถึงแก่ความตาย โดยผู้อื่นต้องมีสภาพบุคคลขณะถูกฆ่า และการฆ่าไม่ได้จำกัดวิธี ไม่ว่าจะทำด้วยประการใด ๆ รวมทั้งกระทำโดยการงดเว้นตามมาตรา 59 วรรคท้ายด้วย เมื่อเกิดผล คือความตาย ก็เป็นความผิดสำเร็จ

สำหรับองค์ประกอบภายในของความผิด คือ เจตนา โดยผู้กระทำเจตนาฆ่าให้ตาย เจตนาเป็นสาระสำคัญที่จะต้องนำมาพิจารณาในความผิดอาญา

กรณีของแพทย์ที่ทำตามหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย โดยการยุติการรักษา หรืองดเว้นการช่วยชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความทรมานและตายอย่างสงบ แม้การยุติการช่วยชีวิตผู้ป่วยโดยการถอดเครื่องมือต่าง ๆ ออก มิใช่เป็นการลงมือฆ่าโดยตรง แต่แพทย์ก็ยังเสี่ยงต่อการถูกกล่าวหาว่าฆ่าผู้อื่นโดยการงดเว้นการกระทำตามมาตรา 59 วรรคท้าย

¹¹ คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1 (น.127-151). เล่มเดิม.

¹² แหล่งเดิม.

แห่งประมวลกฎหมายอาญา เนื่องจากบุคคลทั่วไปยังมีความคิดว่าแพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วย หากแพทย์ยุติการช่วยชีวิต เพื่อป้องกันการตายก็อาจถือว่าเป็นการกระทำความผิดฐานฆ่าผู้อื่น โดยการงดเว้นการกระทำได้เช่นกัน

3.1.3 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ได้สนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการ ในประเด็นสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ โดยเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามา มีส่วนร่วมเข้าชื่อเสนอร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2543 ในช่วงต้นปี พ.ศ.2544 ได้มีการจัดทำ “ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น เพื่อเป็นเอกสารตั้งต้นในการระดม ความคิดเห็นต่อการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ต่อมาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้ผ่านการตรวจพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาคณะพิเศษ ซึ่งมีนายมีชัย ฤชุพันธ์ เป็นประธาน เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2548 ได้บรรจุเรื่องสิทธิพิเศษการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตในหมวด 1 ว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพมาตรา 10 โดยนายมีชัย ฤชุพันธ์ ได้เสนอในที่ประชุมให้แก้ไขเนื้อหาในวรรค 2 โดยตัดเรื่องแบบพิธีในการแสดงเจตนาหรือ Living Will ออกไป เช่น คุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยานที่รับรองการทำหนังสือดังกล่าว คงไว้เฉพาะการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ซึ่งจะกำหนดรายละเอียดไว้ในกฎกระทรวง

หลังจากที่ร่างกฎหมายนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2548 สมัยรัฐบาลของอดีตนายกรัฐมนตรีพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ได้เสนอให้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จนในที่สุดสภานิติบัญญัติแห่งชาติมีมติเห็นชอบพระราชบัญญัตินี้ ในวาระ 2 และวาระ 3 เมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2550 โดยคงเนื้อหาเรื่องการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วย ในวาระสุดท้ายตามร่างเดิมที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีบทบัญญัติให้สิทธิแก่บุคคลในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 12 ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข ได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายที่รับรองสิทธิแก่บุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ล่วงหน้าได้ ตาม

ความสมัครใจ เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะแสดงเจตนาของตนกับผู้อื่นได้ จึงต้องใช้หนังสือนี้เป็นแนวทางการดูแลรักษา ตามความประสงค์ของผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีและสามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ ก็ให้ถือความประสงค์ของผู้ป่วยในขณะปัจจุบัน โดยกฎหมายดังกล่าวบัญญัติให้บุคคลมีสิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นบริการที่รัฐต้องจัดหาให้แก่ประชาชนตามรัฐธรรมนูญ โดยการให้สิทธิดังกล่าวมีเจตนารมณ์เพื่อให้ทุกคนสามารถตัดสินใจ และกำหนดทางเลือกสุดท้ายเพื่อให้ตนเองตายอย่างสงบ ไม่ต้องทรมานจากการเจ็บป่วย และตายไปโดยปราศจากเครื่องมือทางการแพทย์เป็นจำนวนมากในการช่วยชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่หลายคนเห็นว่าเป็นการตายอย่างไร้ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทำให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ลดลง กฎหมายจึงบัญญัติรับรองสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง เพื่อให้แต่ละคนตายอย่างสงบตามธรรมชาติและเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ

สิทธิปฏิเสธการรักษาดังกล่าว เป็นการปฏิเสธการรักษาที่มีลักษณะเพื่อยืดการตายของผู้ป่วยออกไป เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจะรักษาให้หายจากการเจ็บป่วย และสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างคนปกติ แต่การปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังคงมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยในลักษณะประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยนั้น

3.1.4 พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525

การประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ของประเทศไทยตั้งแต่อดีต เป็นการประกอบวิชาชีพในลักษณะแพทย์แผนโบราณ ซึ่งอาศัยการเล่าเรียนโดยการอบรมสั่งสอนจากครูอาจารย์และตำราสืบทอดกันมา ไม่มีกฎเกณฑ์แน่นอนที่จะใช้ควบคุมผู้เรียนรู้การประกอบวิชาชีพเป็นแพทย์ ในอดีตนั้นทางฝ่ายรัฐเองก็ไม่มีกฎหมายออกมาควบคุม ดังนั้น การควบคุมการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ของไทย จึงเป็นการควบคุมระหว่างครูกับลูกศิษย์โดยใช้พิธีการไหว้ครู และการอบรมสั่งสอนให้ยึดมั่นในศีลธรรมจรรยาของอาชีพ จนกระทั่งปี พ.ศ.2430 การแพทย์แผนปัจจุบันเริ่มก่อกำเนิดขึ้นในประเทศไทย โดยอิทธิพลจากคณะมิชชันนารี หรือหมอสอนศาสนาของสาธารณรัฐฝรั่งเศสที่เข้ามาเผยแพร่ในประเทศไทย พร้อมกับได้นำเอาการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาเผยแพร่ด้วยและในปี พ.ศ.2432 ได้มีการเริ่มก่อตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นในประเทศไทย เมื่อการแพทย์ของไทยเริ่มเจริญขึ้น ทำให้เกิดแนวคิดถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพ โดยระยะเริ่มแรก กลุ่มผู้ประกอบอาชีพด้วยตนเองได้มีการกำหนดกฎเกณฑ์ที่เป็นแนวทาง

การประพฤติปฏิบัติของผู้ประกอบอาชีพทางการแพทย์ที่เรียกว่า “จรรยาแพทย์” ต่อมาได้มีการนำจรรยาแพทย์ ต่อมาได้มีการนำจรรยาแพทย์มาสอนใน โรงเรียนแพทย์ในปี พ.ศ. 2450 ตั้งแต่สมัยโรงเรียนราชแพทยาลัย และยังได้มีการพิมพ์คำสอนจรรยาแพทย์เป็นตำราขึ้นเล่มหนึ่งชื่อว่า “จรรยาแพทย์” แต่งโดยพระยาวิสุทธสุริยศักดิ์

ในส่วนของ การควบคุมการประกอบอาชีพเกี่ยวกับการแพทย์โดยรัฐนั้น ในปี พ.ศ. 2466 ได้มีการออกกฎหมายวิชาชีพมาควบคุมการประกอบอาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ขึ้น โดยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช 2466 ซึ่งเป็นกฎหมายทางการแพทย์ของไทยฉบับแรก ที่ใช้ควบคุมการประกอบอาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ พระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดให้มีองค์กรวิชาชีพทางการแพทย์ขึ้นเรียกว่า “สภาการแพทย์” และกำหนดให้สภาการแพทย์ทำหน้าที่ร่างกฎเสนาบดี ออกเป็นกฎข้อบังคับสำหรับมรรยาทในการประกอบอาชีพทางการแพทย์

ต่อมาพระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช 2466 ได้ถูกยกเลิกโดยพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 มีการออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัติดังกล่าว กำหนดมรรยาทแห่งวิชาชีพแพทย์ขึ้นใหม่ และในกฎกระทรวงได้กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ หรือผู้ประกอบโรคศิลปะจะต้องรักษามรรยาทแห่งวิชาชีพ และต่อมาได้มีกฎหมายวิชาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ประกาศใช้บังคับเพิ่มขึ้น ได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 พระราชบัญญัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม เป็นต้น¹³

ในวงการแพทย์ไทย คำปฏิญาณของเวชบัณฑิตรุ่นแรกน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นของการรับรองหลักการรักษาความลับของผู้ป่วย แต่คำปฏิญาณที่เป็นเสมือนจรรยาแพทย์ ก็ยังมีได้ถือเป็นกฎข้อบังคับที่แพทย์ทุกคนต้องยึดถือปฏิบัติ คงมีลักษณะเป็นเพียงคำสาบานต่อการประกอบอาชีพเป็นแพทย์ หรือเป็นเพียงแนวทางการประพฤติปฏิบัติของผู้ประกอบอาชีพเป็นแพทย์เท่านั้น ไม่ได้มีสภาพบังคับจริงจังต่อผู้ฝ่าฝืน แนวความคิดของการรักษาความลับของผู้ป่วยทางจรรยาวิชาชีพของไทยในอดีต ในระยะเริ่มแรกจึงมีความเป็นมาจากความคิดในเรื่องการรักษาศีลธรรมจรรยาวิชาชีพที่ดีในอาชีพ โดยเป็นเพียงแนวทางการประพฤติปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 เป็นกฎหมายที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชน พระราชบัญญัตินี้ได้ให้คำนิยามคำว่า “วิชาชีพเวชกรรม” ไว้ว่า เป็นวิชาชีพที่กระทำต่อร่างกายของมนุษย์ เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรค

¹³ จาก การเปิดเผยความลับผู้ป่วย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) (น. 18), โดย ทรงชัย รัตนปริณญาณนท์, 2540, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

การป้องกันโรค...” และผู้ที่กระทำได้ต้องเป็นบุคคลที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามมาตรา 4¹⁴

การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามคำจำกัดความของกฎหมาย ได้แก่ การกระทำที่มีองค์ประกอบ 2 ประการคือ¹⁵

1) เป็นการกระทำต่อมนุษย์ หมายถึง การกระทำที่เกี่ยวกับมนุษย์เท่านั้น และไม่ได้ระบุเจาะจงว่าเป็นการกระทำโดยตรงต่อร่างกายกับการกระทำต่อผู้อื่นเท่านั้น แต่รวมถึงการกระทำไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม และไม่ว่ากระทำต่อตนเองหรือผู้อื่น ก็ถือเป็นการกระทำต่อมนุษย์ทั้งสิ้น เช่น การที่แพทย์ตรวจวินิจฉัยเนื้อที่ตัดไปจากร่างกายมนุษย์ก็ถือเป็นการกระทำต่อมนุษย์

2) การกระทำนั้นต้องเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งดังต่อไปนี้

2.1) การตรวจโรค

2.2) การวินิจฉัยโรค

2.3) การบำบัดโรค

2.4) การป้องกันโรค

2.5) การผดุงครรภ์

2.6) การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส

2.7) การแทงเข็มหรือฝังเข็ม เพื่อบำบัดโรค หรือเพื่อระงับความรู้สึก

2.8) การคุมกำเนิด ซึ่งต้องเป็นการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยา หรือสสาร หรือโดยการสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย

2.9) การเสริมสวยที่มีการกระทำในลักษณะเดียวกับการคุมกำเนิด

2.10) การบำรุงร่างกายที่มีการกระทำในลักษณะเดียวกับการคุมกำเนิด

¹⁴ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 4

“วิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็ม เพื่อบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสีการฉีดยาหรือสสาร การสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้ เพื่อการคุมกำเนิดการเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา

¹⁵ จาก คำอธิบาย พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 (น.18), โดย วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2551, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

การวินิจฉัยโรคนั้น เป็นส่วนสำคัญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพราะเป็น ความเห็นของแพทย์ที่เกิดจากการรวบรวมข้อมูลจากประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่น ๆ เพื่อนำมาวินิจฉัยโรค¹⁶

คำว่า “วิชาชีพเวชกรรม” อาจแบ่งการกระทำตามลักษณะของผู้มารับบริการได้ 2 ลักษณะคือ

- 1) กระทำต่อบุคคลที่เป็นโรคหรือผู้ป่วย ได้แก่ การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การ ปรับสภาพด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือฝังเข็มเพื่อบำบัดโรค หรือเพื่อระงับความรู้สึก
- 2) กระทำต่อบุคคลที่ไม่เป็นโรค ได้แก่ การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การคุมกำเนิด การเสริมสวย การบำรุงร่างกาย¹⁷

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มีการแบ่งออกเป็นหมวด ๆ คือ

หมวด 1 แพทยสภา ตั้งแต่มาตรา 6-10

หมวด 2 สมาชิก ตั้งแต่มาตรา 11-13

หมวด 3 คณะกรรมการแพทยสภา ตั้งแต่มาตรา 14-22

หมวด 4 การดำเนินงานของคณะกรรมการ ตั้งแต่มาตรา 23-25

หมวด 5 การควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตั้งแต่มาตรา 26-44

บทเฉพาะกาล ตั้งแต่มาตรา 45-50 ตั้งแต่มาตรา 11-13

โดยมาตรา 6 กำหนดให้มีแพทยสภาให้มีฐานะเป็นนิติบุคคล เป็นองค์กรวิชาชีพ (Professional Organization) อิสระ เพื่อทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์¹⁸ และ มาตรา 7 ข้อ 1 บัญญัติให้แพทยสภาทำหน้าที่ควบคุมการประพฤติกของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

ในหมวดที่ 3 เป็นหมวดคณะกรรมการแพทยสภา กฎหมายได้กำหนดให้มีคณะกรรมการ แพทยสภาขึ้น ประกอบด้วยคณะกรรมการ 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นคณะกรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ในมหาวิทยาลัย เป็นต้น ส่วนที่สองเป็นคณะกรรมการที่ได้รับการเลือกตั้งจากสมาชิกอีกจำนวน เท่ากับคณะกรรมการโดยตำแหน่ง โดยคณะกรรมการแพทยสภามีหน้าที่ที่สำคัญ ได้แก่ การออก ข้อบังคับต่าง ๆ เช่น การรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพ กำหนดหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติหรือ

¹⁶ แหล่งเดิม.

¹⁷ แหล่งเดิม.

¹⁸ แหล่งเดิม.

วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่าง ๆ และหนังสือแสดงวุฒิอื่น ๆ ในวิชาชีพเวชกรรม การกำหนดคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 21

การควบคุมการประกอบวิชาชีพ

พระราชบัญญัติดังกล่าวได้บัญญัติเรื่องการควบคุมการประกอบวิชาชีพ ไว้ในหมวดที่ 5 โดยมีหลักการสำคัญที่ปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัตินี้ ดังต่อไปนี้

มาตรา 31 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของแพทยสภา¹⁹

มาตรา 32 บุคคลใดได้รับความเสียหาย เพราะการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม มีสิทธิกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ โดยยื่นเรื่องต่อแพทยสภา²⁰

3.1.5 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการ ตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

ตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 วรรคสอง บัญญัติให้มีการออกกฎกระทรวง เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการปฏิบัติในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตคน

¹⁹ มาตรา 31 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของแพทยสภา

²⁰ มาตรา 32 บุคคลผู้ได้รับความเสียหาย เพราะการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใด มีสิทธิกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้นั้น โดยทำเรื่องยื่นต่อแพทยสภา

บุคคลอื่นมีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ว่าประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม โดยทำเรื่องยื่นต่อแพทยสภา

คณะกรรมการมีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้มีพฤติการณ์ที่สมควรให้มีการสืบสวนหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

สิทธิการกล่าวหาและสิทธิการกล่าวโทษ สิ้นสุดลงเมื่อพ้นหนึ่งปีนับแต่วันที่ผู้ได้รับความเสียหายหรือผู้กล่าวโทษรู้เรื่องการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมดังกล่าวและรู้ตัวผู้ประพฤติผิด ทั้งนี้ไม่เกินสามปีนับแต่วันที่มีการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

การถอนเรื่องการกล่าวหาหรือการกล่าวโทษที่ได้ยื่นไว้แล้วนั้น ไม่เป็นเหตุให้ระงับการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จึงได้ร่วมกันจัดกระบวนการยกร่างกฎกระทรวงตั้งแต่กลางปี 2551 และได้ดำเนินการสร้างความรู้ความเข้าใจ ในการใช้สิทธิดังกล่าว มีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้แทนหน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุข สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้ององค์กรต่าง ๆ รวมถึงผู้แทนฝ่ายผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในวาระสุดท้าย และจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นสาธารณะต่อร่างกฎกระทรวงและแนวทางปฏิบัติ โดยเชิญผู้แทนสถานพยาบาล แพทย์ พยาบาลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และประชาชนผู้สนใจ ทำความเข้าใจกับการตายในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิทธิในการปฏิเสธการรักษา ทั้ง 4 ภาค เพื่อพัฒนาปรับปรุงร่างกฎกระทรวงดังกล่าวให้รอบด้าน หลังจากนั้นจึงส่งร่างกฎกระทรวงไปยังสภาวิชาชีพ ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน คณะแพทยศาสตร์ทุกแห่ง วิทยาลัยพยาบาล สถาบันการศึกษา หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง นักกฎหมาย นักวิชาการ และประชาชนที่สนใจ จนกระทั่งในปี 2553 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ออกกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 โดยได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2553 และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2554

เนื่องจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 มิได้กำหนดแบบของหนังสือแสดงเจตนาไว้ ดังนั้นกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 จึงกำหนดรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการเพื่อให้เกิดความชัดเจน โดยมีการกำหนดคำนิยามสำคัญไว้ในกฎกระทรวงข้อ 2 ดังนี้

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายถึง หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

หนังสือแสดงเจตนาเป็นหนังสือที่ระบุความประสงค์ล่วงหน้าของผู้ทำหนังสือ ที่ไม่ต้องการรับบริการสาธารณสุข หรือวิธีการรักษาบางอย่างในขณะที่ตนไม่อาจแสดงเจตนา โดยวิธีการสื่อสารกับผู้อื่นตามปกติได้ เช่น ขณะที่หมดสติ อากาทรุดหนัก หรือขณะที่อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถให้ความยินยอมเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยตนเองได้

ผู้ทำหนังสือสามารถระบุเนื้อหาของการแสดงเจตนาในกรณีใดกรณีหนึ่งหรือทั้งสองกรณี ดังต่อไปนี้ได้²¹

กรณีที่หนึ่ง ผู้ทำหนังสือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน กล่าวคือผู้ทำหนังสือที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย ไม่ต้องการได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่เกินความจำเป็น ไม่ต้องการถูกยื้อชีวิตด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ แต่ต้องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ

กรณีที่สอง ผู้ทำหนังสือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อร่างกาย เช่น การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การใช้เคมีบำบัดการเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ฯ

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม นำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตาย หรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ทำหนังสือปฏิเสธไว้ได้แก่การรักษาที่เกินความจำเป็น (Futile Treatment) หรือไม่เป็นประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาในระยะยาว แต่อาจมีผลเพียงช่วยยืดการตายออกไปเท่านั้น

การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้ทำให้ผู้ทำหนังสือถูกละทิ้งหรือไม่ได้รับการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขแต่อย่างใด ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care)²²

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่าภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา ได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ ว่าภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่

²¹ แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553

²² แหล่งเดิม.

อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ มีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

วาระสุดท้ายของชีวิต เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่มีลักษณะทรุดลงตามลำดับ อย่างมีอาจหลีกเลี่ยงได้ (Inevitably Progressive) หรือเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้มีอาการฟื้นคืนดีได้ แต่อาจช่วยบรรเทาอาการของโรคเพียงชั่วคราวเท่านั้น ภาวะดังกล่าวจะนำไปสู่ความตายภายในเวลาไม่นานนัก เช่น จะเสียชีวิตภายในเวลาไม่กี่วัน สัปดาห์ หรือไม่กี่เดือน แล้วแต่ความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับผิดชอบการรักษาสามารถพยากรณ์โรคได้ แต่ในบางกรณีอาจต้องขอความเห็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นด้วย จึงไม่อาจกำหนดเกณฑ์การพิจารณาวาระสุดท้ายของชีวิตที่ชัดเจนลงไปได้ต้องพิจารณาเป็นกรณี ๆ ไป

นอกจากนี้กฎกระทรวงยังให้ถือว่าสภาพผักถาวร (Persistent/Permanent Vegetative State –PVS) หรือที่คนทั่วไปเรียกว่าเจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทรา เป็นวาระสุดท้ายของชีวิตด้วย เนื่องจากกฎหมายเห็นว่าสภาพผักถาวรนี้ผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตัวเอง ต้องพึ่งพาเครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีวิตไว้²³

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บ หรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ตัวอย่างของภาวะความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หาย หรือบรรเทาลดน้อยลงพอที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่น การเป็นอัมพาตสิ้นเชิงตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางพันธุกรรม โรคมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เป็นต้น²⁴

คำนิยามตามกฎกระทรวงดังกล่าว เป็นการขยายความหมายของถ้อยคำในมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน นอกจากนี้กฎกระทรวงยังได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ดังนี้

กฎกระทรวง ข้อ 3 ระบุว่าหนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอ ที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือดังต่อไปนี้

²³ แหล่งเดิม.

²⁴ แหล่งเดิม.

1) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่ หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

2) วันเดือนปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

3) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

การทำหนังสือแสดงเจตนา ควรมีพยานรู้เห็นด้วยเพื่อประโยชน์ในการพิสูจน์หรือยืนยันเนื้อหาในหนังสือดังกล่าว ในกรณีที่มีข้อสงสัยเรื่องความถูกต้อง

4) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

ตัวอย่างบริการสาธารณสุข ที่ผู้ทำหนังสือสามารถเลือกปฏิเสธได้ เช่นการผ่าตัด การใช้เคมีบำบัด การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การกู้ชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การนำเข้าหอผู้ป่วยหนัก/หอผู้ป่วยวิกฤต เมื่ออยู่ในวาระสุดท้าย การถ่ายเลือดและการล้างไต เป็นต้น

ในการทำหนังสือแสดงเจตนาทำได้ 2 วิธี คือ

วิธีการแรก ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหรือพิมพ์ด้วยตัวเองและลงลายมือชื่อ

วิธีการที่สอง กรณีที่ผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถเขียนหนังสือเองได้ แต่ยังสามารถพูดคุยได้ มีสติสัมปชัญญะคืออยู่ ก็ให้ผู้อื่นช่วยเขียนแทนหรือพิมพ์ข้อความแทนได้และควรระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย และลงชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ(หรือนิ้วมืออื่น) ของผู้แสดงเจตนาในกรณีพิมพ์ลายนิ้วมือให้มีพยานลงนามรับรองลายนิ้วมือสองคน

นอกจากนี้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่น ๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณี และความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

กฎกระทรวงข้อ 4 ระบุว่าหนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้ ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุขให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ ซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

กฎกระทรวงข้อ 5 ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิก หรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

เป็นหน้าที่ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาซึ่งจะต้องแจ้งและอธิบายความประสงค์และเจตนาของตนเองต่อบุคคลในครอบครัวของตนเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขเป็นครั้งแรก ให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติที่ได้รับมอบหมาย นำหนังสือแสดงเจตนามาแสดงต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรขอสำเนาหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อเก็บไว้ในเวชระเบียนและส่งคืนหนังสือแสดงเจตนาฉบับจริงให้ผู้ยื่น เนื่องจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นในอนาคต

การตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนา

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา สามารถตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนาได้ โดยพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนังสือที่ระบุในกฎกระทรวงข้อ 3 หรือสอบถามผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติที่นำผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับรักษาตัวเพิ่มเติม หรือสอบถามพยาน หรือผู้ที่มีชื่อระบุในหนังสือ²⁵

กฎกระทรวงข้อ 6 ระบุเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึง หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา อธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้น เพื่อขอคำยืนยัน หรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว (กฎกระทรวงข้อ 6 (1))

2) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลซึ่งผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุชื่อบุคคล เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจนหรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้

²⁵ แหล่งเดิม.

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา อธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรค ให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว (กฎกระทรวงข้อ 6 (2))

3) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา ประเมินกับบุคคลที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุชื่อบุคคล เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ซึ่งระบุไว้ไม่ชัดเจนหรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา (กฎกระทรวงข้อ 6 (3))

4) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์ (กฎกระทรวงข้อ 6 (4))

จะเห็นได้ว่าตามกฎกระทรวง บุคคลใด ๆ ก็สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาได้ไม่จำเป็นจะต้องเป็นผู้ป่วยใกล้ตายหรือผู้ป่วยในวาระสุดท้ายเท่านั้น เพียงแต่หนังสือต้องแสดงความชัดเจนถึงตัวบุคคลผู้ทำหนังสือ และการบริการสาธารณสุขที่ผู้ทำหนังสือไม่ต้องการเมื่อผู้นั้นอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจและการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา โดยให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร สำหรับกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ จะต้องรอให้บุคคลนั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์ก่อน บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข จึงจะสามารถดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้

3.1.6 ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549 นั้นได้บัญญัติไว้เป็นหมวด ๆ ดังนี้

- 1) บทนิยาม
- 2) หลักทั่วไป
- 3) การโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- 4) การประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- 5) การปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ
- 6) การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน
- 7) การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาล
- 8) การปฏิบัติตนในกรณีที่มีความสัมพันธ์กับผู้ประกอบธุรกิจ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์

สุขภาพ

9) การศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์

10) การประกอบวิชาชีพเวชกรรม เกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะ

11) การประกอบวิชาชีพเวชกรรม เกี่ยวกับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจาก

ผู้บริจาค

ข้อบังคับแพทยสภาได้ให้บทนิยามศัพท์คำว่า “วิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็ม เพื่อบำบัดโรค หรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสาร การสอดใส่วัสดุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวยหรือการบำรุงร่างกายด้วย

“โรค” หมายความว่า ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความผิดปกติของร่างกายหรือจิตใจ และหมายความรวมถึงอาการที่เกิดจากภาวะดังกล่าวด้วย

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา

ในหลักการโดยทั่วไปนั้นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ประพฤดิหรือกระทำการใด ๆ อันอาจเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ (ข้อ 6) ต้องประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง (ข้อ 7)

ในส่วนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมกับผู้ป่วยนั้น ทางแพทยสภาได้ออกข้อบังคับซึ่งบัญญัติไว้ในหมวดที่ 4 ว่าด้วยเรื่องการประกอบวิชาชีพเวชกรรมไว้ดังนี้

ข้อ 15 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในระดับที่ดีที่สุดสถานการณ์นั้นๆ ภายใต้อำนาจและความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มีอยู่

ข้อ 16 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เรียกร้อยสินจ้างรางวัลพิเศษนอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับ

ข้อ 17 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่จงใจหรือชักชวนผู้ป่วยให้มารับบริการทางวิชาชีพเวชกรรมเพื่อผลประโยชน์ของตน

ข้อ 18 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ให้หรือรับผลประโยชน์เป็นค่าตอบแทน เนื่องจากการรับหรือส่งผู้ป่วย เพื่อรับบริการทางวิชาชีพเวชกรรมหรือเพื่อการอื่นใด

ข้อ 19 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยสุภาพ

ข้อ 20 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยปราศจากการบังคับขู่เข็ญ

ข้อ 21 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยให้หลงเข้าใจผิด เพื่อประโยชน์ของตน

ข้อ 22 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ประกอบวิชาชีพ โดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อ 23 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ประกอบวิชาชีพ โดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยเปลี่ยนของผู้ป่วย

ข้อ 24 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่สั่งใช้หรือสนับสนุนการใช้ยาตำรับลับ รวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์อันไม่เปิดเผยส่วนประกอบ

ข้อ 25 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เจตนาทุจริตในการออกใบรับรองแพทย์

ข้อ 26 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ให้ความเห็น โดยไม่สุจริตอันเกี่ยวกับวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ 27 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว ซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ได้รับความยินยอม โดยชอบด้วยกฎหมายหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่

ข้อ 28 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับคำขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ เว้นแต่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสถานะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วน และเป็นอันตรายต่อชีวิตโดยต้องให้คำแนะนำที่เหมาะสม

ข้อ 29 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ใช้หรือสนับสนุนให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือวิชาชีพใด ๆ ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขหรือการประกอบโรคศิลปะโดยผิดกฎหมาย

โดยที่ทางแพทยสภาได้กำหนดให้เป็นหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการกระทำต่อผู้ป่วยว่าอย่างไรถือว่าอยู่ในกรณีประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งก็หมายความว่าเมื่อประกอบวิชาชีพและกระทำต่อผู้ป่วยภายใต้ข้อบังคับของแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพแล้วก็เสมือนหนึ่งว่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้นได้กระทำการภายใต้จริยธรรมแห่งวิชาชีพแล้ว

3.1.7 คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย (ลงวันที่ 6 เมษายน พ.ศ.2541)

สิทธิผู้ป่วย หมายถึง ความชอบธรรมที่ผู้ป่วยรวมถึงผู้ซึ่งไปรับบริการด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ พึงได้รับ เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของตนเอง โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น แม้ว่าที่ผ่านมามีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเกื้อกูลมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน แต่ความสลับซับซ้อนทางสังคม และกระแสของ

วัฒนธรรมทางธุรกิจได้เพิ่มขยายความขัดแย้งทางจริยธรรมมากขึ้น ทำให้ต้องมีบทบัญญัติของกฎหมายไม่ว่ากฎหมายอาญา กฎหมายแพ่ง กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค และข้อบังคับทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพสาขาต่าง ๆ เพื่อจัดระเบียบเรื่องการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสาขาต่างๆ ให้มีความเข้าใจที่ชัดเจนยิ่งขึ้นหลายประเทศได้มีการประกาศสิทธิผู้ป่วยหรือกฎบัตรผู้ป่วยขึ้น เพื่อรับรองให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติ สำหรับประเทศไทย องค์กรสภาวิชาชีพด้านสุขภาพได้เล็งเห็นประโยชน์ที่จะรวบรวมสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ตลอดจนธรรมเนียมปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีไทย โดยแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาก่อตั้งกรรม ทันตแพทยสภา กระทรวงสาธารณสุขร่วมกันประกาศสิทธิผู้ป่วยเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 โดยรวบรวมสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย จากแนวคิดสิทธิผู้ป่วยทางจรรยาวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แนวคิดสิทธิผู้ป่วยขององค์กรระหว่างประเทศ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และแนวคิดสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมายตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญที่สอดคล้องกับสังคมไทย โดยคำประกาศสิทธิผู้ป่วยมีจำนวน 10 ข้อ ประกาศเพื่อให้รู้ทั่วกันทั้งประชาชน ผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพสาขาต่าง ๆ ทั้งแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร โดยมุ่งหวังที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจอันดีลดความขัดแย้งและนำไปสู่ความไว้วางใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่ผลการรักษาพยาบาลที่ดี²⁶ เนื่องจากการรักษาพยาบาลเป็นการกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้อื่น ดังนั้น ผู้กระทำจะต้องคำนึงถึงสิทธิที่เขาจะได้รับด้วย การประกาศสิทธิผู้ป่วยมิใช่เพียงประกาศให้ประชาชนที่เจ็บป่วยได้รับรู้สิทธิของตนเองเท่านั้น แต่เป็นการย้ำเตือนให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วย การประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นการแสดงให้เห็นว่าองค์กรวิชาชีพตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยมีดังนี้

ข้อ 1 ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

รัฐธรรมนูญได้บัญญัติให้บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

รัฐธรรมนูญให้สิทธิบริการด้านสุขภาพ ดังนี้

1) ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ ทุกคนไม่ว่ายากดีมีจนแค่ไหน สิ่งเหล่านี้ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

²⁶ Thailand Medical Clinic online. (2557). *สิทธิผู้ป่วย*. สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2557, จาก <http://www.thaiClinic.com>

2) สถานบริการสุขภาพต้องมีมาตรฐาน

3) บริการด้านสุขภาพฟรีสำหรับคนยากไร้และคนที่ควรอาทร อย่างเด็ก คนพิการ คนชรา

4) เปิดโอกาสสำหรับการมีส่วนร่วม ทั้งจากเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5) รัฐมีหน้าที่สำคัญในการป้องกันโรคติดต่อร้ายแรง โดยไม่คิดมูลค่า²⁷

ข้อ 2 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ลัทธิการเมือง เพศ อายุและ ลักษณะของความเจ็บป่วย

หลักการข้อนี้เป็นหลักการที่แพทย์ทั่วโลกยอมรับและถือปฏิบัติ แพทยสมาคมโลก ได้ประชุมและรวมไว้ในปฏิญญาแห่งกรุงเจนีวา (Declaration of Geneva) ไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ.1948 ซึ่งข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549 หมวด 2 ข้อ 7 ระบุว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม และลัทธิการเมือง” และในหมวด 4 ข้อ 15 ระบุว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด ในสถานการณ์นั้น ๆ ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัย และพฤติการณ์ที่มีอยู่”

รัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองว่าบุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองจะกระทำไม่ได้ ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพในมาตรฐานที่ดีที่สุดตามฐานานุกรม โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ

ข้อ 3 ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

²⁷ จาก สิทธิผู้ป่วย (น.18), โดย ทศนีย์ แน่นอุดร, 2544, นนทบุรี: บริษัทพิมพ์ดีจำกัด.

สิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารและตัดสินใจในการทำการบำบัดรักษาโรคร้ายที่เกิดขึ้น นับเป็นสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีหน้าที่ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง อาการ การดำเนินของโรค วิธีการรักษา ความยินยอมของผู้ป่วยนั้นจึงจะมีผลตามกฎหมาย ซึ่งเรียกว่า “ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed Consent)” ยกเว้นการช่วยเหลือในกรณี รับผิดชอบต่อคนพิการซึ่งจำเป็นต้องกระทำเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย

ข้อ 4 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือ รับผิดชอบต่อคนพิการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วย จะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต ถือเป็นจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ขั้นพื้นฐานซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะต้องรับผิดชอบ โดยทันที เมื่อตนอยู่ในฐานะที่จะ ให้ความช่วยเหลือได้ การช่วยเหลือในลักษณะเช่นนี้นับเป็นความจำเป็นในการช่วยชีวิต แม้ว่าจะ ไม่ได้ได้รับการร้องขอจากผู้ป่วย ซึ่งบ่อยครั้งก็ไม่อยู่ในสภาพมีสติพอที่จะร้องขอได้ ถือว่าเป็นการ กระทำโดยความจำเป็นไม่มีความผิด การปฏิเสธไม่ให้ความช่วยเหลือนับว่าเป็นการละเมิดข้อบังคับ แพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549 และอาจผิดกฎหมายอาญาด้วย

ข้อ 5 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

ในสถานพยาบาลต่าง ๆ จะมีผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหลายสาขาปฏิบัติงาน ร่วมกันในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งบ่อยครั้งก่อให้เกิดความไม่แน่ใจและความไม่เข้าใจแก่ผู้ป่วยและ ประชาชนทั่วไป ดังนั้น การกำหนดให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะสอบถามชื่อและ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเภท ของผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการแก่ตน จึงช่วยให้ผู้ป่วยกล้าที่จะสอบถามข้อมูล เพื่อให้เกิดความ เข้าใจและสามารถตัดสินใจเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของตนเอง

ข้อ 6 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็น ผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย (The Right to Safety) สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร (The Right to be Informed) สิทธิที่จะเลือก (The Right to Choose) นับเป็นสิทธิที่สำคัญของผู้บริโภค สินค้าซึ่งรวมทั้งสินค้าสุขภาพ ในวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยยังมีความเกรงใจและไม่ตระหนักถึงสิทธินี้ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจและความขัดแย้ง ในขณะเดียวกันผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจำนวนมาก ยังมีความรู้สึกไม่พอใจ เมื่อผู้ป่วยขอความเห็นจากผู้ให้บริการสุขภาพผู้อื่น หรือไม่ให้ความร่วมมือ ในการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานบริการ การกำหนดสิทธิผู้ป่วยในประเด็นนี้ให้ชัดเจน จึงมีประโยชน์ เพื่อลดความขัดแย้งและเป็นการรับรองสิทธิผู้ป่วยที่จะเลือกตัดสินใจด้วยตนเอง

ข้อ 7 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย สิทธิส่วนบุคคลที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ เป็นสิทธิผู้ป่วยได้รับการรับรองมาตั้งแต่คำสาบานของ Hippocratis และประเทศต่าง ๆ ก็ได้รับรองสิทธินี้ สำหรับประเทศไทยมีกฎหมายรับรองไว้เช่นกัน ดังปรากฏในประมวลกฎหมายอาญา พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540 ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 หมวด 4 ข้อ 27 จึงเห็นได้ว่าสังคมไทยให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้มาก เพราะถือว่าเป็นรากฐานที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจต่อแพทย์ เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตนเองอย่างไรก็ตามก็มีข้อยกเว้น ในกรณีที่มีเหตุผลและความจำเป็นที่เหนือกว่า เช่น การปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย หรือการคุ้มครองประโยชน์สาธารณะ เพื่อความสงบเรียบร้อยและความมั่นคงของประชาชน หรือในกรณีคุ้มครองอันตรายร้ายแรงของบุคคลอื่น การเปิดเผยข้อมูลต่อศาล การแจ้งข้อมูลต่อบุคคลที่สาม เพื่อคุ้มครองอันตรายร้ายแรงของบุคคลอื่น เป็นต้น

ข้อ 8 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ปัจจุบันความจำเป็นในการทดลองในมนุษย์เพื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์มีมากขึ้น ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมพ.ศ.2549 หมวด 9 ข้อ 47 ระบุว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลองและต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทดลองนั้น” การรับรองสิทธิผู้ป่วยด้านนี้เป็นการขยายความข้อบังคับแพทยสภาให้ชัดเจนขึ้นเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติว่าความยินยอมจะต้องเป็นความยินยอมภายหลังจากที่ได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ อย่างครบถ้วนแล้ว (Informed Consent) เช่นเดียวกับความยินยอมให้การรักษาพยาบาลและแม้ว่าจะตัดสินใจยินยอมแล้วก็มีสิทธิที่จะเลิกได้เพื่อคุ้มครองผู้ถูกทดลองให้ได้รับความปลอดภัย

ข้อ 9 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ซึ่งปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลอื่น

การที่แพทย์บันทึกประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาต่าง ๆ ของผู้ป่วยในเวชระเบียนอย่างละเอียด นับเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ นับเป็นมาตรฐานของการประกอบเวชกรรมสากล ข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียนถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเจ้าของประวัติมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลนั้นได้ ซึ่งสิทธินี้ได้รับการรับรองตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540 อย่างไรก็ตามเนื่องจากข้อมูลในเวชระเบียนอาจมี

บางส่วนซึ่งเป็นการแสดงความเห็นของแพทย์ในการรักษาพยาบาล และอาจกระทบต่อบุคคลอื่น ๆ ดังนั้นการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบ จะต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น ๆ ทั้งนี้รวมถึงกรณีผู้ป่วยยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลของตนต่อบุคคลที่ 3 เช่นในกรณีที่มีการประกันชีวิต

ข้อ 10 บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยซึ่งเป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้ซึ่งบกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

การกำหนดให้บิดา มารดา ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกิน 18 ปี เนื่องจากในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กกำหนดไว้ว่า เด็ก หมายถึงทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เว้นแต่จะบรรลุนิติภาวะก่อนหน้านั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับแก่เด็กนั้น ดังนั้น จึงได้กำหนดไว้ให้บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ สำหรับผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิตนั้นต้องถึงขนาดไม่สามารถเข้าใจหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะผักถาวร (Persistent vegetative state) วิกฤตจิต หรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ผู้แทนโดยชอบธรรมที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหรือมีอำนาจปกครองผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา กรณีผู้ป่วยไม่มีบิดา มารดา ผู้ดูแล หรือผู้ปกครอง อาจเป็นญาติพี่น้องย่อมสามารถใช้สิทธิต่าง ๆ แทนผู้ป่วยได้²⁸

3.2 มาตรการทางกฎหมาย ที่เกี่ยวกับเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตของกฎหมายต่างประเทศ

3.2.1 สหรัฐอเมริกา

ระบบการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกานั้น สิทธิการตายมิได้บัญญัติไว้เป็นกฎหมายโดยตรงในรัฐธรรมนูญ แม้กฎหมายรัฐธรรมนูญจะไม่กำหนดสิทธิจะตายไว้โดยตรง แต่ก็ได้มีความพยายามที่จะใช้สิทธิโดยขอให้ศาลสั่งยอมรับสิทธิที่จะตายคดีประเภทนี้เกิดขึ้นมากมายในสหรัฐอเมริกา จากคำพิพากษาของศาลต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกา มีผู้เห็นว่าสิทธิที่จะตายเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งมีรากฐานมาจากสิทธิส่วนตัว (The Right of Privacy) ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ. 1974 ศาลสูงได้พิพากษายกสิทธิส่วนตัวนี้ออกไปอีก โดยอธิบายว่าสิทธิส่วนตัวนั้นได้ปรากฏอยู่ในแนวคิดของบทแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญบทที่ 14 ซึ่งกำหนดเรื่องเสรีภาพของบุคคลและข้อจำกัดการปฏิบัติของรัฐ เสรีภาพทั้งหลายซึ่งตามจารีตประเพณีนั้นจะอยู่ร่วมกันกับสิทธิส่วนตัว แต่แยกออกเพื่อเป็นหลักประกันขั้นพื้นฐานของการใช้ชีวิตส่วนตัว สิทธิส่วนตัวได้ขยายออกไปครอบคลุมถึงสิทธิปฏิเสธการรักษา (Right to Refuse Treatment) และสิทธิ

²⁸ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (ม.ป.ป.). *สิทธิผู้ป่วย*. สืบค้น 10 เมษายน 2557, จาก

ที่จะตาย สิทธิปฏิเสธการรักษาดังกล่าวยังรวมไปถึงการปฏิเสธการรักษาเนื่องจากเหตุผลความเชื่อในทางศาสนาด้วย เช่น การไม่ยอมรับเลือดเข้าสู่ร่างกายเพราะข้อห้ามทางศาสนา²⁹ แต่สิทธิดังกล่าวก็มีใช้สิทธิที่สมบูรณ์เด็ดขาดที่ทุกคนจะสามารถใช้สิทธิได้เสมอไป ในสหรัฐอเมริกาจึงมีคดีต่าง ๆ ที่นำมาสู่การวินิจฉัยในการใช้สิทธิดังกล่าวมากมาย คดีที่ศาลสูงของสหรัฐอเมริกาได้รับรองว่าสิทธิการตายเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญ คือคดีของผู้หญิงคนหนึ่งชื่อ “แนนซีครุซัน” ซึ่งประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ส่งผลให้สมองบางส่วนของเธอไม่สามารถทำงานได้ เธอตกอยู่ในสภาวะที่ไม่รู้สึกตัว แต่เนื่องจากแกนสมองยังคงทำงานตามปกติ เธอจึงสามารถหายใจได้ตามธรรมชาติโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ไม่สามารถกลืนอาหารด้วยตนเอง แพทย์จึงต้องให้อาหารผ่านทางสายยางเวลาผ่านไปนานหลายปีอาการของเธอยังคงไม่ดีขึ้น บิดามารดา รวมทั้งญาติสนิทของเธอได้ขอให้แพทย์ยุติการให้อาหารเธอทางสายยางอีกต่อไป โดยศาลสูงของมลรัฐมิสซูรีได้วินิจฉัยว่าสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่เป็นสิทธิของบุคคล ซึ่งควรจะได้รับ การรักษาเพื่อยืดชีวิตออกไปในทุกกรณี เว้นแต่ผู้นั้นจะได้ปฏิเสธการรักษาชนิดใด ๆ ไว้แล้ว กรณีนี้ไม่ปรากฏหลักฐานที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยได้แสดงเจตนาที่จะปฏิเสธการรักษาไว้ โดยศาลสูงสุดของมลรัฐมิสซูรีเห็นว่าศาลอาจออนุญาตให้ยุติการบำบัดรักษาได้ต่อเมื่อมีพยานหลักฐานอันชัดเจนแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะได้รับการบำบัดรักษาเมื่อไม่มีหลักฐานเช่นนี้ปรากฏต่อศาล รัฐจึงมีหน้าที่ต้องรักษาชีวิตของผู้ป่วยเอาไว้ ศาลสูงของสหรัฐอเมริกามีมติ 5 ต่อ 4 พิพากษาขึ้นตามคำพิพากษาของศาลสูงมลรัฐมิสซูรี โดยวินิจฉัยว่า “สิทธิการตายนั้นมีอยู่จริง และสิทธินี้ไม่เพียงแต่เป็นสิทธิที่มาจากรัฐธรรมนูญที่ประกันความเป็นส่วนตัวของบุคคลเท่านั้น ยังมาจากข้อยกเว้นบทแก้ไขรัฐธรรมนูญ” ศาลตัดสินโดยยืนยันว่าบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ย่อมมีสิทธิที่จะปฏิเสธการบำบัดรักษา แต่เมื่อแนนซีไม่อยู่ในสภาพที่จะแสดงเจตนาของตนเองได้ มลรัฐต่าง ๆ ย่อมมีสิทธิที่จะไม่ยินยอมให้มีการยุติการบำบัดรักษานั้น จากคำวินิจฉัยของศาลสูงเห็นได้ว่าศาลสูงของสหรัฐอเมริกาลดข้อให้เป็นที่ของแต่ละมลรัฐในการออกกฎหมายเกี่ยวกับกรณีดังกล่าวเอง หลังจากศาลสูงของสหรัฐอเมริกาคัดสินคดีได้ไม่นาน บิดามารดาของแนนซีได้ยื่นคำร้องต่อศาลชั้นต้นใหม่ โดยได้นำเอาพยานคือเพื่อนคนหนึ่งของแนนซีมาสืบเพิ่มเติมว่าก่อนที่แนนซีจะประสบอุบัติเหตุ เธอเคยบอกว่าเธอไม่ต้องการบำบัดรักษาใด ๆ หากอยู่ในสภาพที่ไม่อาจเยียวยารักษาได้อีกต่อไป ในที่สุดมลรัฐมิสซูรีจึงอนุญาตให้ยุติการบำบัดรักษาเธอได้

²⁹ จาก *นิติเวชศาสตร์ฉบับสิทธิผู้ป่วย* (น. 134), โดย วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537, กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คปไฟ.

นอกจากนี้ยังมีคดีของลาร์รี่ แม็คอะฟี (Larry McAfee) แห่งมลรัฐจอร์เจีย เขาเป็นคนชอบใช้ชีวิตกลางแจ้ง ชอบการตกปลาเป็นชีวิตจิตใจเมื่อปี ค.ศ.1985 เขาประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ทำให้เขาเป็นอัมพาตตั้งแต่คอลงมา ชีวิตที่เคยสนุกสนานของเขาจึงสิ้นสุดลง ต่อมาเขาได้ยื่นคำร้องต่อศาลขออนุญาตปิดเครื่องช่วยหายใจที่ทำให้เขามีชีวิตอยู่ได้ เขาให้การต่อศาลว่าเขาตื่นนอนขึ้นมาทุกเช้าด้วยความหวาดกลัววันใหม่ เขาไม่พบสิ่งใดหรือไม่อาจนึกถึงสิ่งใดที่จะทำให้เขารื่นเริงได้อย่างแท้จริงเลย ผู้พิพากษาศาลสูงเอ็ดเวิร์ดจอห์นสันแห่งฟุลตัน (Edward Johnson of Fulton County, Ga) พิพากษาว่าสิทธิของแม็คอะฟีที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อช่วยชีวิตเขาไว้ อยู่เหนือผลประโยชน์ของรัฐ เครื่องช่วยหายใจที่ติดอยู่ไม่ได้เป็นการยืดชีวิตให้แม็คอะฟี หากแต่เป็นการยืดการตายของเขาออกไปมากกว่า ศาลยอมให้มีการปิดเครื่องช่วยหายใจ โดยถือว่าคนที่ช่วยเหลือเขานั้นไม่ต้องถูกกล่าวหาใด ๆ และได้มีการย้ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านของเพื่อนของเขา ภายหลังที่แพทย์ให้ยานอนหลับแก่เขาแล้วเขาจบชีวิตลงโดยสงบ โดยใช้ปากของเขาตั้งเวลาปิดเครื่องช่วยหายใจ³⁰

สำหรับสิทธิที่จะตายของผู้ป่วยซึ่งไม่มีความสามารถทางกฎหมาย เช่น ผู้ป่วยซึ่งนอนสลบอยู่ในสภาพที่เรียกว่ามีชีวิตอย่างผัก (Vegetative State) อย่างคดีของคาเรนแอนน์ควินแลน (Karen Ann Quinlan) คดีนี้ผู้ป่วยนอนสลบไม่รู้สติตัวเนื่องจากสมองบางส่วนขาดอากาศอยู่นานแต่ไม่อยู่ในเกณฑ์ของสมองตาย บิดาของเธอได้ขอให้ศาลตั้งให้เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมและมีสิทธิที่จะแสดงความประสงค์ให้แพทย์หยุดเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่พิเศษกว่าปกติ ศาลสูงแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ได้ตั้งนายควินแลนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม และระบุว่า การจะหยุดเครื่องช่วยชีวิตหรือไม่ นั้นย่อมไม่มีความผิด โดยให้ผู้แทนโดยชอบธรรมและครอบครัวของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ซึ่งรับผิดชอบดูแลอยู่หาข้อสรุปตามเหตุผลทางวิชาการว่าผู้ป่วยไม่อาจฟื้นจนรู้สติตัวมาใหม่ได้อีก และถ้าคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยอยู่นั้นรับรอง ก็ควรหยุดการใช้เครื่องช่วยชีวิตได้

คำวินิจฉัยของศาลในคดีนี้ อาศัยหลักเรื่องสิทธิส่วนตัวตามรัฐธรรมนูญและได้ขยายสิทธิส่วนตัวออกไปว่าเป็นสิทธิของปัจเจกชนที่จะเลือกตัดสินใจได้โดยเสรี และยังเป็นสิทธิเด็ดขาดที่จะเลือกการตายอย่างธรรมชาติในภาวะที่ไม่รู้สติและไร้สติ แต่เมื่อมีการปิดเครื่องช่วยหายใจแล้วคาเรนกลับสามารถหายใจได้อีก บิดามารดาของคาเรนเกิดความรู้สึกทางจริยธรรม

³⁰ จาก *ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย* (น.68-69), โดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ, 2552, กรุงเทพฯ: บริษัทเอมีเอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.

ที่ไม่อาจเอาสายยางให้อาหารออกไปได้ คาเรนจึงต้องนอนสลบต่อมาอีกถึง 10 ปีจึงถึงแก่กรรมด้วยโรคปอดบวมเพราะไม่ได้ให้ยาปฏิชีวนะรักษา³¹

กรณีของแคธลีนฟาร์เรล (Kathleen Farrel) เป็นผู้ป่วย ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) ตั้งแต่ปี ค.ศ.1982 โรคนี้เป็นโรคของระบบประสาทที่ทำให้กล้ามเนื้อทั่วตัวค่อย ๆ ฝ่อลีบไปเรื่อย ๆ แต่จิตใจของผู้ป่วยยังปกติ โรคนี้เป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุและไม่มีทางรักษา ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ระหว่าง 1-3 ปี ฟาร์เรลเข้ารับการรักษาตัวได้รับการเจาะคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่เธอปฏิเสธที่จะใส่สายยางให้อาหารทางจมูก เธอออกจากโรงพยาบาลในปี ค.ศ.1983 มาอยู่ที่บ้านกับสามีและลูก เธอเดินไม่ได้และต้องนอนอยู่ตลอดเวลา ในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ.1985 เธอบอกกับครอบครัวว่าต้องการให้ปิดเครื่องช่วยหายใจ สามีของเธอจึงร้องขออำนาจศาลเพื่อจะปิดเครื่องช่วยหายใจ ในระหว่างการพิจารณาคดี ซึ่งมีการเผชิญสื่อบที่บ้านผู้ป่วย ฟาร์เรลบอกว่าเธอต้องการที่จะให้ธรรมชาติดำเนินไปตามวิถีทางของมัน เพราะเธอเบื่อหน่ายต่อการที่ต้องทนทุกข์ทรมานอย่างมาก จิตแพทย์สองคนเป็นพยานต่อศาลว่าผู้ป่วยมีสภาพจิตสมบูรณ์ในการตัดสินใจ ศาลพิจารณาให้ปิดเครื่องช่วยหายใจได้ แต่ให้รอการปฏิบัติระหว่างการพิจารณาของศาลอุทธรณ์ และในวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ.1987 ฟาร์เรลก็ถึงแก่กรรมทั้ง ๆ ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ แต่ปัญหานี้เป็นปัญหาสำคัญศาลสูงแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซีย์จึงทำคำพิพากษาคดีนี้ตามมา โดยวินิจฉัยว่า “สิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษา ซึ่งทำให้เขาต้องเสี่ยงกับอันตรายหรือความตายนั้น ได้รับความคุ้มครองอยู่แล้วตามหลักการพื้นฐานของคอมมอนลอว์ แต่อย่างไรก็ตาม สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วยนั้นมิใช่สิทธิที่สมบูรณ์เด็ดขาด ยังต้องคำนึงถึงประโยชน์ของการยืดชีวิตของบุคคลออกไปอีก ซึ่งมีอยู่ 4 ประการมาพิจารณาประกอบด้วย คือ การคุ้มครองการรักษาชีวิต การป้องกันการฆ่าตัวตาย การปกป้องจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์และการคุ้มครองบุคคลที่ 3 ที่ไม่มีส่วนรู้เรื่องด้วย ในกรณีนี้ประโยชน์ทั้ง 4 ประการมีน้ำหนักน้อยกว่าสิทธิในการตัดสินใจของฟาร์เรส และเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความสามารถบริบูรณ์ในการตัดสินใจปัญหาสำคัญเช่นนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการอธิบายให้ทราบ³²

หลายมลรัฐในสหรัฐอเมริกา มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องสิทธิของบุคคลที่จะตายอย่างสงบ โดยแสดงเจตจำนงในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น รัฐบัญญัติว่าด้วยการตายโดยธรรมชาติแห่งแคลิฟอร์เนีย (The California National Death Act)

³¹ แผลงเดิม.

³² นิเวศสาธกฉบับสิทธิผู้ป่วย (น. 135-136). เล่มเดิม.

ใช้บังคับเมื่อปี ค.ศ.1976 ถือเป็นกฎหมายว่าด้วยสิทธิการตายฉบับแรก而出ในสหรัฐอเมริกา รัฐบัญญัตินี้ได้บัญญัติถึงสิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษาในสถานการณต่าง ๆ กฎหมายฉบับนี้คุ้มครองบุคคลหลายประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยหมดสติ ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในที่คุมขัง ผู้ป่วยร่างกายพิการ ผู้ป่วยซึ่งร้องขอให้หยุดกระบวนการรักษาเพื่อช่วยชีวิต ผู้ป่วยซึ่งแพทย์เห็นว่าความเห็นของแพทย์ไม่ตรงกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่ตรงกับนโยบายของโรงพยาบาล หรือไม่ตรงกับเพื่อนแพทย์ด้วยกัน เป็นต้น ศาลถือว่าแพทย์ไม่อาจนำความคิดเห็นของตนเข้าไปแทนความเห็นของผู้ป่วยได้ รัฐบัญญัติดังกล่าวยอมให้แพทย์ซึ่งไม่เห็นด้วยกับคำขอของผู้ป่วยซึ่งต้องการให้หยุดการรักษาให้ถอนตัวออกไปจากความรับผิดชอบได้ โดยให้แพทย์ผู้อื่นเข้ามาทำหน้าที่แทน

ในมลรัฐโอเรกอน ได้ออกรัฐธรรมนูญติการตายอย่างมีศักดิ์ศรีแห่งมลรัฐโอเรกอน³³ ซึ่งรัฐบัญญัติดังกล่าวได้บัญญัติเกี่ยวกับการใช้สิทธิที่จะยุติการรักษาไว้ โดยให้ผู้ที่บรรลุนิติภาวะเท่านั้นที่สามารถใช้สิทธิตามกฎหมายนี้ได้ ผู้บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย หมายถึง ผู้ซึ่งมีอายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป³⁴ แต่การใช้สิทธิดังกล่าวต้องได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าบุคคลนั้นเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย (A Terminal Disease) และบุคคลดังกล่าวต้องแสดงเจตนาด้วยใจสมัครว่ามีความประสงค์หรือปรารถนาที่จะตาย (Wish to Die)³⁵ โดยมีการเรียกร้องด้วยวาจาหรือทำเป็นหนังสือเพื่อใช้ในการจบชีวิตของตนเองอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การแสดงเจตนาที่จะตายเป็นหนังสือหรือพินัยกรรมชีวิต (Living Will) นั้น ต้องมีการระบุนวันที่ทำพินัยกรรมชีวิต โดยผู้ป่วยต้องลงลายมือชื่อและมีพยานอย่างน้อย 2 คนลงลายมือชื่อต่อหน้าผู้ป่วย พยานต้องเข้าใจและเชื่อว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีความสามารถทำพินัยกรรมชีวิตโดยสมัครใจ และไม่ได้ถูกบังคับให้ทำพินัยกรรมชีวิต นอกจากนี้หนึ่งในพยานจะต้องไม่เป็นบุคคลซึ่งมีความเกี่ยวพันทางสายเลือด คู่สมรส หรือเป็นบุตรบุญธรรม ไม่เป็นบุคคลซึ่งมีสิทธิในส่วนของกองมรดกของผู้ป่วย ภายใตพินัยกรรมหรือผลบังคับตามกฎหมาย ไม่เป็นเจ้าของ ผู้บริหารหรือลูกจ้างของศูนย์บริการทางสุขภาพที่ผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาทางการแพทย์หรือพัศักษา ไม่เป็นแพทย์เจ้าของไข้และถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเป็นเวลานานแล้วเรียกร้องให้มีการทำพินัยกรรมชีวิต หนึ่งในพยานควรจะเป็นบุคคลซึ่งระบุคุณสมบัติพิเศษไว้โดยระเบียบของกรม

³³ Death with Dignity Act.

³⁴ 127.805.S.1.01, Wdefinition, Oregon'sDeath with Dignity Act.

³⁵ 127.805.S.2.01(1), Definition, Oregon'sDeath with Dignity Act.

ทรัพยากรมนุษย์³⁶ แพทย์เจ้าของไข้จะต้องเป็นผู้รับรองว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย และขณะแสดงเจตนา นั้นผู้ป่วยยังคงมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดี นอกจากนี้แพทย์ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงการวินิจฉัยโรค อาการของโรคโดยละเอียด ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการรักษาพยาบาล ทางเลือกอื่นที่อาจเป็นไปได้ในการรักษาพยาบาล และแพทย์เจ้าของไข้ควรขอให้ผู้ป่วยแจ้งญาติสนิททราบถึงการแสดงเจตนาดังกล่าว

รัฐบัญญัติฉบับนี้ กำหนดให้แพทย์เจ้าของไข้ต้องส่งเรื่องของผู้ป่วยไปให้แพทย์ที่ปรึกษาเพื่อรับรองการวินิจฉัยโรคของตน และให้การรับรองอีกชั้นหนึ่งว่าผู้ป่วยมีความสามารถ และแสดงเจตนาโดยความสมัครใจ ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยทางจิต เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวแล้ว แพทย์ต้องเก็บรักษาหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยซึ่งแสดงเจตนาให้แพทย์ยุติการรักษาพยาบาลอย่างมีศักดิ์ศรีและมีมนุษยธรรม ผู้ป่วยมีสิทธิในการเพิกถอนคำร้องได้ทุกเวลา และการเพิกถอนจะกระทำด้วยวิธีใดก็ได้ไม่ว่าจะโดยลายลักษณ์อักษร วาจา หรือกริยา³⁷

รัฐบัญญัติการแสดงเจตนาที่จะยุติการรักษาพยาบาลแห่งมลรัฐอิลลินอยส์ (Illinois Living will Act)³⁸ กฎหมายฉบับนี้ ให้สิทธิแก่ประชาชนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตลอดจนถึงสิทธิที่จะตายของผู้ป่วย โดยการแสดงเจตนาต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อยุติการรักษาพยาบาล ซึ่งจะมีผลให้ตนเองถึงแก่กรรมลง โดยปฏิเสธกระบวนการรักษา ทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วย แต่บุคคลดังกล่าวต้องอยู่ในสภาพเหมือนผัก เอกสารดังกล่าวต้องทำขึ้นด้วยความสมัครใจ และมีอิสระจากการถูกบุคคลอื่นครอบงำ จูงใจ โดยกำหนดให้บุคคลสามารถมีสิทธิและใช้สิทธิได้ เมื่อบุคคลมีอายุครบ 18 ปีขึ้นไป³⁹ โดยลงนามต่อหน้าพยานรับรองสองคน และผู้ป่วยจะต้องได้รับการรับรองว่ามีคุณสมบัติ (qualified) ก่อน เช่น ไม่ได้ตั้งครรภ์จนอาจมีผลต่อทารกในครรภ์⁴⁰ เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยที่แสดงเจตนา ยังคงมีความสามารถ ผู้ป่วยต้องยืนยันถึงความสมบูรณ์ของหนังสือแสดงเจตนาที่ตนกระทำไว้ต่อแพทย์เจ้าของไข้ หนังสือแสดงเจตนาต้องระบุ

³⁶ จาก สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) (น.74), โดย ดารณี มังกรทอง, 2548, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

³⁷ จาก หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) (น.58-59), โดย สุจิตรา วงศ์คำแหง, 2546, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

³⁸ 755 ILCS, by Illinois compiled statutes, Retrieved April 2, 2014, from <http://www.legis.state.il.us/legislation/ilcs/ch755/ch755>

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

วันที่ สถานที่ คำรับรองว่าได้กระทำด้วยความสมัครใจโดยปราศจากการขู่เข็ญ หลอกลวง สำคัญผิด ความประสงค์ปฏิเสธการยืดชีวิตด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ เวลา เช่น ทุกเวลาหากข้าพเจ้าได้รับบาดเจ็บ เจ็บนอนไปการบาดเจ็บนั้นต้องถึงขนาดได้รับการวินิจฉัยว่าจะถึงแก่กรรมในเวลาอันใกล้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่อาจตัดสินใจได้เพราะขาดความสามารถให้ครอบครัวและแพทย์ยืนยันสิทธินี้ แทนข้าพเจ้า ที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล ลายมือชื่อและพยานที่รู้เห็นถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว⁴¹ ทั้งนี้ ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนหนังสือแสดงเจตนาได้ทุกขณะ การแสดงเจตนาอาจตกเป็นโมฆะได้ หากหนังสือแสดงเจตนาไม่ปรากฏลายมือชื่อของผู้ป่วย หรือลายมือชื่อของพยาน หรือไม่ได้รับการรับรองว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นสุดท้าย หรือแพทย์ไม่รับรองความมีอยู่ของหนังสือแสดงเจตนาหรือหากปรากฏว่ามีกรยินยอมให้การรักษาพยาบาล

แพทย์ซึ่งกระทำหรือควั่นตามกฎหมายนี้ ได้รับความคุ้มครองไม่ให้ได้รับโทษ ทั้งทางแพ่งและทางอาญา⁴² ทั้งนี้ แพทย์ต้องให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยซึ่งประสงค์จะแสดงเจตนายุติการรักษาอย่างรอบคอบและเคารพสิทธิผู้ป่วย โดยแพทย์ต้องชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการรักษาและโอกาสในการมีชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

อย่างไรก็ตามกฎหมายฉบับนี้ ได้กำหนดบทลงโทษทั้งทางแพ่งและทางอาญากรณีบุคคล ซึ่งมีเจตนาทุจริต ฉ้อฉล จนทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือเสียหาย⁴³

แม้ว่ากฎหมายรัฐธรรมนูญของสหรัฐอเมริกา จะยอมรับรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษา โดยถือว่าเป็นเรื่องของสิทธิส่วนตัวหรือสิทธิในความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยก็ตาม แต่รัฐจะเข้าแทรกแซงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยได้ หากผลประโยชน์ของรัฐมีความสำคัญหรือมีน้ำหนักมากกว่าสิทธิส่วนตัว หรือสิทธิในความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยดังนี้⁴⁴

ผู้ป่วยเป็นหญิงมีครรภ์

ชีวิตของทารกในครรภ์มารดาถือว่ามีความสำคัญ และเกี่ยวข้องกับชีวิตของมารดาอย่างแยกจากกันไม่ออก หากมารดาเสียชีวิตเพราะปฏิเสธไม่ยอมรับการรักษาที่ข่มทำให้ทารกในครรภ์

⁴¹ หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต. (น. 56). เล่มเดิม.

⁴² 755 ILCS, by Illinois compiled statutes, Retrieved April 2, 2014, from <http://www.legis.state.il.us/legislation/ilcs/ch755/ch755>

⁴³ From *A Physician's guide to advance directive: living will, Information and guidance for physician provided*, (p. 2), by the Illinois state medical society.

⁴⁴ ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการณษมาต. (น. 39). เล่มเดิม.

ต้องเสียชีวิตลงไปด้วย รัฐจึงมีหน้าที่และมีผลประโยชน์ในการเข้าแทรกแซงให้มีการรักษาทางการแพทย์ เพื่อรักษาชีวิตของมารดาเอาไว้ เพื่อให้ทารกสามารถมีชีวิตอยู่ได้ต่อไปรอคอยเวลาที่จะคลอดออกมา

ผู้ป่วยมีบุตรที่ยังเล็กอยู่ซึ่งต้องการความดูแลและการเลี้ยงดู

รัฐจะเข้าไปแทรกแซง โดยถือว่าเป็นการรักษาผลประโยชน์ของรัฐและสังคม ในการที่จะหลีกเลี่ยงภาระทางด้านเศรษฐกิจที่รัฐจะต้องเข้าไปดูแลบุตรผู้เยาว์ เพื่อปกป้องความรู้สึกที่ดีของผู้เยาว์เอาไว้ และให้ผู้เยาว์มีความอบอุ่นในการที่จะได้อยู่กับบุพการีของตนต่อไป

ผู้ป่วยยังเป็นผู้เยาว์ (Minor)

รัฐจะถือว่ายังเป็นกรณีที่ไม้อาจสันนิษฐานได้ว่าผู้เยาว์ปรารถนาที่จะตาย แม้ว่าผู้เยาว์จะได้แจ้งให้ทราบว่าต้องการตายก็ตาม ผู้เยาว์ก็จะถูกบังคับให้รับการรักษา เพื่อผู้เยาว์นั้นจะได้มีชีวิตอยู่ต่อไปจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถจะตัดสินใจในการปฏิเสธการรักษาด้วยตนเองได้

ผู้ป่วยเป็นบุคคลในสภาวะไร้ความสามารถ (Unconscious)

กรณีนี้หากญาติผู้ป่วยไม่อนุญาตให้แพทย์ทำการรักษา รัฐมักจะเข้าแทรกแซงการตัดสินใจของญาติและผู้ปกครองตามกฎหมายของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การสันนิษฐานว่าหากผู้ป่วยมีความสามารถเป็นปกติแล้ว ผู้ป่วยจะไม่ตัดสินใจที่จะตาย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความเชื่อทางศาสนาที่มีข้อห้ามรับการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าวก็ตาม⁴⁵

เห็นได้ว่ารัฐจะยอมรับสิทธิการปฏิเสธการรักษา แม้ว่าจะเป็นผลให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิต หากเห็นว่าเป็นการถูกต้องตามหลักความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย หรือเห็นว่าการรักษาพยาบาลมีขีดจำกัดเพียงแค่นั้น แต่รัฐจะเข้าแทรกแซงสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษา หากการปฏิเสธนั้นอาจมีผลกระทบต่อสิทธิของบุคคลอื่น หรือทำให้บุคคลอื่นที่ต้องพึ่งตนได้รับความเดือดร้อน หรือเห็นว่าหากการตัดสินใจที่จะปฏิเสธการรักษาไม่ได้เกิดขึ้นอย่างอิสระ⁴⁶

ในสหรัฐอเมริกาองค์กรที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับ Living Will อยู่หลายอยู่องค์กร ส่วนใหญ่เป็นองค์กรสาธารณกุศล เช่น A national Non-profit Information and Registration center, Florida Registry & Living Will Registry of America เป็นต้น⁴⁷ A national Non - profit Information and Registration center เริ่มก่อตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1988 มีหน้าที่ในการให้บริการแก่

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ จาก สิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ. 2550: ศึกษากรณีปัญหาสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) (น.77), โดย ชัชวาล มีเมตตา, 2550, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ประชาชนและดำเนินการเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยอธิบายเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ว่า

หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล หมายถึง เอกสารสำคัญทางกฎหมายที่บุคคลทำกับทางการแพทย์ เพื่อแสดงความประสงค์หรือความปรารถนาของตนเกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการชีวิตของตน⁴⁸

หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องกระทำเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น หนังสือดังกล่าวอาจกำหนดให้สมาชิกในครอบครัวมีอำนาจตัดสินใจแทนได้ หากปรากฏอย่างชัดเจนว่าผู้แสดงเจตนาสามารถให้ความยินยอมได้ ทางสำนักทะเบียนหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลให้เหตุผลว่าเป็นการให้สิทธิแก่พลเมืองในการตัดสินใจยุติการมีชีวิตอยู่ของตนได้ เป็นการกระทำที่สอดคล้องกับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ โดยถือว่าสิทธิดังกล่าวเป็นสิทธิส่วนบุคคลอย่างแท้จริงในการกำหนดชะตาชีวิตของตน อันเป็นการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

เห็นได้ว่าสหรัฐอเมริกา ให้การยอมรับถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษา โดยมีการยอมรับผลทางกฎหมายเกี่ยวกับคำสั่งล่วงหน้า (Advance Directives)⁴⁹ ที่เป็นเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล โดยมีรายละเอียดและหลักเกณฑ์ที่แตกต่างกันไป ตามกฎหมายของแต่ละมลรัฐ อย่างไรก็ตามแม้ว่าบุคคลทุกคนจะมีสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาล แต่บุคคลที่มีสิทธิที่จะให้ผู้อื่นฆ่าตนเอง การทำให้ผู้ป่วยตายเป็นความผิดตามกฎหมายในทุกมลรัฐ ส่วนการช่วยเหลือของแพทย์ในการฆ่าตัวตายของบุคคลอื่นนั้น ศาลของสหรัฐยังคงให้สิทธิแก่มลรัฐต่าง ๆ ในการออกกฎหมายของมลรัฐว่าจะอนุญาตให้มีการช่วยเหลือของแพทย์แก่บุคคลที่ประสงค์จะฆ่าตัวตายหรือไม่ ปัจจุบันมีเพียงมลรัฐโอเรกอนเท่านั้นที่มีกฎหมายอนุญาตให้แพทย์ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้

3.2.2 อังกฤษ

กฎหมายเกี่ยวกับสิทธิการตายของอังกฤษไม่ค่อยมีการพัฒนา เพราะกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law) ที่เกี่ยวกับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นนั้นไม่ว่าจะเป็นฆาตกรรม (Murder) หรือฆ่าผู้อื่นโดยประมาท (Manslaughter) ล้วนเป็นความผิดทางอาญาทั้งสิ้น เพราะกฎหมายอังกฤษ

⁴⁸ แหล่งเดิม.

⁴⁹ แหล่งเดิม.

ยังไม่ยอมรับการกระทำการุณฆาตโดยตรงไม่ว่าจะสมัครใจหรือไม่ ส่วนการุณฆาตโดยอ้อมที่เกิดโดยสมัครใจ อาจทำได้ในบางกรณี บางเงื่อนไข ซึ่งก็เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องและถูกลงโทษจากศาลอยู่ไม่น้อย ต่อมาได้มีความพยายามจะเสนอร่างกฎหมายการสมัครใจตายอย่างสงบ (Voluntary Euthanasia Bills) ในรัฐสภาถึง 3 ครั้งในปี ค.ศ.1936, 1969 และ 1973 แต่ก็ไม่สามารถผ่านสภาออกมาได้

ศาลสูงของอังกฤษ (House of Lords) ได้วางหลักเรื่องสิทธิที่จะตาย โดยการยุติการใช้เครื่องช่วยชีวิตของผู้ป่วยในอังกฤษเป็นครั้งแรก โดยคดีดังกล่าวชื่อ Airedale National Health Service Trust V. Bland หรือที่เรียกโดยทั่วไปว่า“แบลนด์”⁵⁰ คดีนี้สืบเนื่องมาจากโศกนาฏกรรมที่สนามฮิลโบ โรห์ ในเมืองเซฟฟิลด์ ซึ่งมีการแข่งขันฟุตบอลเอฟเอคัพรอบรองชนะเลิศระหว่างทีมลิเวอร์พูลกับทีมนอตติงแฮมฟอร์เรสต์ ก่อนที่การแข่งขันจะเริ่ม ปรากฏว่าแฟนบอลทั้งสองทีมต่างก็พยายามเข้าไปเชียร์ทีมของตนอย่างเนืองแน่น จนสนามไม่อาจรองรับผู้ชมได้ ทำให้ผู้ชมแฟนบอลส่วนหนึ่งถูกเบียดเข้าไปติดแวงกันสนามบนอัฒจันทร์ เหตุการณ์ครั้งนี้ทำให้ผู้ชมหลายสิบคนซึ่งส่วนใหญ่เป็นแฟนของทีมลิเวอร์พูลถึงแก่ความตาย โทนี่แบลนด์เป็นเด็กคนหนึ่งที่อยู่ในสนามขณะเกิดเหตุ โทนี่มีอายุ 17 ปี จากสภาพความเบียดเสียดในสนาม ทำให้ปอดของโทนี่ถูกกระแทกอย่างรุนแรงและไม่มียาไปหล่อเลี้ยงสมอง ในที่สุดสมองส่วนบนของโทนี่ก็ไม่ทำงาน ทำให้เขาคอยอยู่ในสภาวะผัก แม้ว่าแกนสมองของโทนี่ยังคงทำงานอยู่ก็ตาม การที่โทนี่อยู่ในสภาวะเช่นนี้ทำให้เขาไม่มีความรู้สึก ไม่สามารถสื่อสารกับคนรอบข้างได้ ไม่รู้รส ไม่ได้กลิ่น และไม่ได้ยินเสียงใด ๆ ทั้งสิ้น แต่ดวงตาของโทนี่ยังคงเปิดอยู่ตลอดเวลา และสามารถหายใจด้วยตนเองตามปกติ คณะแพทย์ได้ให้ความช่วยเหลือโทนี่ด้วยการให้อาหารผ่านทางสายยาง ตามกฎหมายคอมมอนลอว์ของอังกฤษ เมื่อแกนสมอง (Brainstem) ยังคงทำงานอยู่ กฎหมายจะถือว่าบุคคลนั้นมีชีวิตอยู่⁵¹ โทนี่จึงมีสภาพบุคคลตามกฎหมาย⁵² หลังจากเวลาผ่านไปกว่า 3 ปี ครอบครัวของโทนี่และคณะแพทย์ต่างเห็นว่าความช่วยเหลือเขาต่อไปจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ คณะแพทย์จึงได้แจ้งไปยังเจ้าหน้าที่ชั้นสูงถึงความประสงค์ที่จะยุติการช่วยชีวิตของโทนี่อีกต่อไป แต่เจ้าหน้าที่ชั้นสูงได้เตือนคณะแพทย์ว่าการกระทำเช่นนี้เป็นการเสี่ยงต่อการถูกดำเนินคดีฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา สถานพยาบาลที่บำบัดรักษาโทนี่จึงได้ยื่นคำร้องต่อศาล ขอให้มีการสั่งอนุญาตให้คณะแพทย์

⁵⁰ นันทน อินทนนท์.(2544). บทบัญญัติปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการตายอย่างสงบ. สืบค้น 2 เมษายน 2557, จาก <http://people.su.se/~nain4031/euthanasiaTHAI.htm>.

⁵¹ แหล่งเดิม.

⁵² แหล่งเดิม.

ยุติการช่วยชีวิต โดยถอดสายยางที่ให้อาหารแก่โทนี่ คดีได้ขึ้นสู่การพิจารณาของศาลสูงของอังกฤษ (House of Lords) ศาลได้พิจารณาปัญหาทางกฎหมายที่สำคัญคือ

ประการแรก ศาลอังกฤษเห็นว่าบุคคลซึ่งมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ย่อมมีสิทธิที่จะปฏิเสธการบำบัดรักษาได้ ประการที่สองศาลยอมรับหลักการเกี่ยวกับคำสั่งล่วงหน้า หรือพินัยกรรมชีวิต (Advance Directive หรือ Living Will) บางประการ กล่าวคือศาลยอมรับว่าบุคคลดังกล่าว ย่อมมีสิทธิที่จะตัดสินใจล่วงหน้าเกี่ยวกับชีวิตของตนเองได้ หากในขณะที่แสดงเจตนา นั้นบุคคลดังกล่าวมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ (Competence) และทราบว่าคำสั่งนั้นจะต้องถูกนำไปใช้ในสถานการณ์เช่นใด (Anticipated Scope) รวมทั้งการตัดสินใจเช่นนั้น จะต้องไม่มีอิทธิพลอื่นมาครอบงำ (Undue Instruction Directive) โดยศาลไม่ยอมรับให้บุคคลนั้นแต่งตั้งบุคคลอื่นมาตัดสินใจแทน (Proxy Directive) ทั้งนี้เพราะศาลอังกฤษยึดถือทฤษฎีประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย โดยเคร่งครัด การตัดสินใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษา จึงไม่อาจกระทำโดยบุคคลภายนอกได้ เว้นแต่จะเป็นการตัดสินใจของแพทย์เท่านั้น หลักเกณฑ์ที่สำคัญประการต่อมาก็คือ ศาลอังกฤษเห็นว่าการยุติการบำบัดรักษาไม่ว่าโดยเพิกถอน (Withdraw) หรือการยับยั้ง (Withhold) ต่างก็ไม่มีผลทางกฎหมายที่แตกต่างกันและศาลยังพิจารณาต่อไปด้วยว่า การให้อาหารทางสายยาง (Artificial Feeding) ถือเป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยอย่างหนึ่งเช่นกัน มิใช่เป็นเพียงความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต (Basic Necessity of Life) เท่านั้น หลักกฎหมายที่สำคัญประการสุดท้ายก็คือ ศาลอังกฤษไม่ถือว่าการยุติการใช้เครื่องช่วยชีวิตเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่น โดยเจตนา เพราะศาลเห็นว่าการยุติการช่วยชีวิตไม่ใช่การกระทำ (Action) แต่เป็นการละเว้นการกระทำ (Omission) และการละเว้นนี้ก็มีได้เป็นไปโดยฝ่าฝืนต่อหน้าที่ของแพทย์ เพราะแพทย์ไม่มีหน้าที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังต่อไป

เมื่อศาลอังกฤษได้พิจารณาข้อเท็จจริงในคดีของโทนี่แล้ว จึงเห็นว่าการช่วยชีวิตของโทนี่ให้ยืนยาวอีกต่อไปจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ที่สูงสุดแก่ผู้ป่วยต่อไป จึงอนุญาตให้แพทย์ยุติการช่วยชีวิต โดยให้โทนี่ตายอย่างสงบปราศจากความเจ็บปวดและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์⁵³ คดีนี้ศาลสูงได้วางหลักสำคัญไว้คือ

ประการแรก แพทย์ไม่มีความผูกพันถึงที่สุดที่จะต้องต่ออายุคนไข้ไว้ การที่แพทย์หยุดเครื่องช่วยชีวิตเพื่อปล่อยให้ผู้ป่วยตายเป็นเพียงการละเว้น

ประการที่ 2 ประเด็นที่ว่าจะต้องรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ต่อไปหรือไม่ ต้องพิจารณาจากหลักฐานอ้างอิง เพื่อประโยชน์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงการรักษาตามหลักวิชาแพทย์

ประการที่ 3 การรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้เป็นเรื่องไม่เป็นประโยชน์อีกต่อไป ท่าน Lord Keith

⁵³ แหล่งเดิม.

กล่าวไว้ในคำพิพากษาตอนหนึ่งว่า การปล่อยให้ผู้ป่วยในภาวะแบบพืชผักถาวร (Persistent Vegetative State) (PVS) อยู่ต่อไปไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเลย และไม่เป็นการฝ่าฝืนหลักกฎหมายที่ว่าการยุติการรักษาผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะ PVS นานกว่า 3 ปี เป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมาย

ประการที่ 4 แพทย์ต้องปฏิบัติด้วยความรับผิดชอบ และเป็นที่ยอมรับในวงการ สอดคล้องกับจริยธรรม

ประการสุดท้าย คือ กรณีเช่นนี้ต้องเสนอคำร้องต่อศาลและต้องพิจารณาโดยศาลสูงแผนก คดีครอบครัว⁵⁴ คำพิพากษาของศาลทำให้เรื่องนี้นำไปสู่การพิจารณาของสภานิติบัญญัติ และสภา ขุนนาง โดยมีการเลือกคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์เข้าร่วมพิจารณาและได้ถูกตีพิมพ์ ในปี ค.ศ.1994 โดยใจความสำคัญได้กล่าวถึงประโยชน์ของคำสั่งล่วงหน้า (Advance Directives) และวิธีการพัฒนาคำสั่งล่วงหน้า รายงานดังกล่าวได้เน้นว่าหากผู้ป่วยมีความสามารถที่จะให้ความ ยินยอมเกี่ยวกับการรักษาได้ คำสั่งล่วงหน้าที่แสดงการปฏิเสธการรักษาหรือวิธีการใด ๆ ก็ไม่สามารถนำมาใช้ได้

อย่างไรก็ตาม ไม่ควรอนุญาตให้แพทย์ผู้ทำการรักษาอย่างไม่เหมาะสม หรือมีข้อบกพร่อง ทางกฎหมาย ส่วนการร่างกฎหมายเกี่ยวกับคำสั่งล่วงหน้า ไม่จำเป็นต้องเลือกตามที่คณะกรรมการ ร่างกฎหมาย แต่ควรปรับปรุงประมวลกฎหมายประกอบบันทึกหลักการและเหตุผลเกี่ยวกับ วิธีปฏิบัติ โดยวิทยาลัยและคณะผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพทางการแพทย์ทั้งหลาย⁵⁵

หลักการของการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล มีหลักการด้าน จริยธรรมและกฎหมายรวมอยู่ด้วย รายละเอียดต่าง ๆ ในประมวลกฎหมายเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติ ต้อง แยกชัดเจนระหว่างการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบกับการฆ่าตัวตายโดยได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์

กรณีมีปัญหาว่าจะถือความยินยอมจากผู้ป่วยได้อย่างไร หากผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่ สามารถรับรู้และตอบคำถามได้ ศาลอังกฤษได้วางหลักให้ถือตามกฎเกณฑ์ที่คณะกรรมการ จริยธรรมแพทย์แห่งสมาคมแพทย์อังกฤษ (Medical Ethics Committee of the British Medical Association) ซึ่งได้วางไว้เมื่อเดือนสิงหาคม ค.ศ.1992 คือ⁵⁶ ได้มีการพยายามฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือนนับแต่เกิดเหตุ การวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพ PVS ต้องกระทำหลังเกิดเหตุแล้วอย่างน้อย 12 เดือน การลงความเห็นวินิจฉัยต้องมีแพทย์อิสระอย่างน้อย 2 คน และความต้องการของคน

⁵⁴ หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล ในวาระสุดท้ายของชีวิต (น.61-62). เล่มเดิม.

⁵⁵ แหล่งเดิม.

⁵⁶ สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ (น.91-92). เล่มเดิม.

ในครอบครัวผู้ป่วยเป็นเหตุผลที่มีน้ำหนักดีที่สุด

นอกจากนี้สมาคมการุณยฆาตแบบสมัครใจแห่งอังกฤษ ได้เสนอหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการุณยฆาตว่า หากประกอบด้วยเงื่อนไขต่อไปนี้ สมควรที่รัฐจะอนุญาตให้ทำได้โดยไม่ผิดกฎหมายคือ

- 1) คนไข้สมัครใจ
- 2) มีแพทย์รับรองตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่มีทางรักษาและโรคนั้นสร้างความเจ็บปวดทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างรุนแรง
- 3) ผู้ป่วยต้องยื่นหนังสือแสดงความจำนง ก่อนวันกำหนดทำการุณยฆาตอย่างน้อย 30 วัน และการทำการุณยฆาตต้องทำต่อหน้าพยานซึ่งไม่มีความเกี่ยวข้องใด ๆ กับผู้ป่วยอย่างน้อย 2 คน
- 4) ระหว่างที่อยู่ในช่วงรอเวลาทำการุณยฆาตนี้ ผู้ป่วยสามารถยกเลิกคำร้องได้ทุกเวลา
- 5) การุณยฆาตต้องกระทำโดยแพทย์เท่านั้น

ในอังกฤษ การฆ่าด้วยความสงสาร (Mercy Killing or Euthanasia) ซึ่งกระทำโดยญาติ มักได้รับการผ่อนผันไม่ลงโทษ หรือลงโทษเพียงสถานเบา ในปี ค.ศ. 1936 ค.ศ.1969 และ ค.ศ.1973 มีการเสนอร่างกฎหมายการสมัครใจตายอย่างสงบ (Voluntary Euthanasia Bills) แต่ไม่สามารถผ่านสภาออกมาเป็นกฎหมายได้⁵⁷

ปี ค.ศ.1999 ได้มีการกล่าวหาโดยเสนอเรื่องต่อคณะกรรมการเกี่ยวกับพฤติกรรมของรัฐบาล ว่ายอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปล่อยมีการการตายอย่างสงบด้วยความสมัครใจของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้เตียงของโรงพยาบาลว่างลง ผู้สูงอายุได้กล่าวหาสถานพยาบาลสุขภาพแห่งชาติว่าประสังคร้ายต่อผู้สูงอายุและขอให้รัฐบาลแก้ปัญหา ข้อกล่าวหาดังกล่าวเป็นเรื่องที่ปล่อยให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับอาหารและน้ำ อย่างไรก็ตามกฎหมายต่อต้านการปล่อยให้มีการตายอย่างสงบนี้ ได้ถูกวุฒิสภาลงมติไม่ยอมรับ ในเดือนเมษายน ค.ศ.2000 นักอนุรักษนิยมได้แสดงให้เห็นถึงจุดอันตรายของการที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ โดยไม่ให้มีการช่วยเหลือที่เกิดในอังกฤษ โดยเฉพาะมีการตั้งข้อสังเกตว่าผู้ป่วยสูงอายุอย่างน้อยจำนวน 50 คน ได้ถูกปล่อยให้ตายโดยไม่มีการช่วยเหลือเมื่อหมดลมหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น⁵⁸

⁵⁷ แหล่งเดิม.

⁵⁸ แหล่งเดิม.

หลังจากคดีของ Anthony Bland มีผู้ป่วย 8 คน ได้รับอนุญาตให้ตาย ในอังกฤษมีผู้ป่วยในสถานะ PVS รวบรวม 1,500 คน และมีข้อโต้แย้งว่าการวินิจฉัยลงความเห็นว่ามีผู้ป่วยอยู่ในสถานะ PVS บางรายแพทย์วินิจฉัยผิดพลาด เพราะมีผู้ป่วยบางรายสามารถฟื้นฟูเรียกความรู้สึกกลับมาได้

สมาคมแพทย์อังกฤษ (The British Medical Association) ได้สนับสนุนหลักการของคำสั่งล่วงหน้าว่าบุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล ต้องเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และต้องได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นในการปฏิเสธการรักษา รวมทั้งความจริงที่ว่าจะทำให้ตนเสียชีวิตเร็วขึ้น การแสดงความจำนงนี้จะต้องไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของบุคคลอื่น และต้องมีความชัดเจน คำสั่งล่วงหน้าไม่นำมาใช้กับกรณีดังนี้

- 1) ปฏิเสธการให้ความดูแลขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการอำนวยความสะดวกสบาย เช่น การชักล้าง การอาบน้ำ การดูแลช่องปาก
- 2) ปฏิเสธการให้อาหารและน้ำดื่มทางปาก
- 3) ปฏิเสธการใช้เครื่องมือที่มีวัตถุประสงค์ในการอำนวยความสะดวกสบายเท่านั้น เช่น สิ่งที่บรรเทาความเจ็บปวด
- 4) เรียกร้องให้บุคคลผู้ดูแลสุขภาพ ละเว้นกระทำสิ่งที่ไม่เหมาะสม
- 5) ขอร้องให้ละเว้นกระทำการใด ๆ ที่ผิดกฎหมาย เช่น ทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบ (Euthanasia) หรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย⁵⁹

ในปี ค.ศ. 2005 อังกฤษ มีกฎหมายชื่อ Mental Capacity Act 2005 กำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์และมีความสามารถตามกฎหมายสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาในการปฏิเสธรักษาพยาบาลได้ (Advance decisions to refuse treatment) โดยเนื้อหาในหนังสือจะระบุวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยปฏิเสธในกรณีต่าง ๆ ผู้ที่เป็นพยานอาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใดก็ได้ที่ผู้ทำหนังสือไว้วางใจ การตัดสินใจทางการแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยใกล้อยู่ในความเสี่ยงที่จะเสียชีวิต

สรุปได้ว่าในอังกฤษให้สิทธิปฏิเสธการรักษาโดยการใช้หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ที่เรียกว่า “Advance Directives” เพื่อปฏิเสธการรักษาพยาบาล โดยต้องอยู่บนพื้นฐานของความยินยอมและความเป็นอิสระของตน และรวมถึงการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในอนาคตโดยอาศัยคำตัดสินใจของผู้พิพากษาตามกฎหมายเป็นหลักในการพิจารณา

3.2.3 สาธารณรัฐฝรั่งเศส

สาธารณรัฐฝรั่งเศสมีการเสนอกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิที่จะช่วยชีวิตคนตาย (Right to live one's death) ใน ค.ศ.1979 แต่กฎหมายไม่ผ่านสภา ศาลอุทธรณ์ฝรั่งเศสได้วินิจฉัยเมื่อวันที่ 3

⁵⁹ แหล่งเดิม.

มกราคม ค.ศ.1973 ว่ากรณีของผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาตามความเหมาะสมอย่างเด็ดขาด การไม่รักษาของแพทย์ย่อมไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น (Voluntary homicide) หรือความผิดฐานไม่ช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างอันตรายเพราะขาดองค์ประกอบของความผิด⁶⁰

ในสาธารณรัฐฝรั่งเศส มีเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยขอใช้สิทธิการตาย (Droit à la mort) คือกรณีของนายเว็งซ็องต์อัมแบร์ (Vincent Humbert) ซึ่งประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์เมื่อวันที่ 24 กันยายน ค.ศ.2000 จนกลายเป็นผู้ป่วยขั้นโคม่า ร่างกายหลายส่วนใช้การไม่ได้ นายอัมแบร์ได้เขียนจดหมายเพื่อร้องขอสิทธิในการตายจากประธานาธิบดีฌาคส์ ชีรัค (Jacques Chirac) ด้วยการให้สัตยาบันทางกายสิทธิ์ให้เพื่อนเขียนจดหมายให้ และส่งจดหมายดังกล่าวไปถึงประธานาธิบดีฌาคส์ ชีรัค เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน ค.ศ.2002 ซึ่งประธานาธิบดีฌาคส์ ชีรัคได้ตอบจดหมายกลับมาในวันที่ 17 ธันวาคม ค.ศ.2002 ว่าตนเข้าใจตัวนายอัมแบร์ดี แต่ให้เหตุผลว่าระบบกฎหมายฝรั่งเศสไม่เอื้ออำนวยให้ทำเช่นนั้นได้ โดยเนื้อความในจดหมายตอนหนึ่งได้กล่าวว่า “ผมเองก็ไม่สามารถที่จะให้ในสิ่งที่คุณร้องขอได้ เนื่องจากประธานาธิบดีแห่งสาธารณรัฐเองก็ไม่มีสิทธิที่จะทำ” ในท้ายที่สุดแพทย์และแม่ของนายอัมแบร์ก็ตัดสินใจหยุดการรักษา นายอัมแบร์เสียชีวิตในวันที่ 26 กันยายน ค.ศ.2003 ส่วนแพทย์และแม่ของอัมแบร์ถูกตั้งข้อหาฆ่าคนตาย⁶¹ การตายของนายอัมแบร์ส่งผลอย่างกว้างขวาง เกิดประเด็นถกเถียงกันว่าถึงเวลาหรือยังที่สาธารณรัฐฝรั่งเศสสมควรจะมีกฎหมายรับรองเรื่องการุณขมาต (L'euthanasie) หลังจากเหตุการณ์ดังกล่าว รัฐสภาได้ตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจขึ้นมาชุดหนึ่ง เพื่อทำการศึกษาแนวทางแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับการตาย คณะกรรมการชุดนี้มีทั้งที่เป็นฝ่ายขวาและฝ่ายซ้ายมีนายฌ็องลีโอเน็ตติ (Jean Leonetti) สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจากพรรค UMP เป็นประธานคณะกรรมการได้จัดทำข้อเสนอให้ออกรัฐบัญญัติว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการสิ้นชีวิต (La proposition de loi relative aux droits des maladies et à la fin de vie) เพื่อแก้ไขบทบัญญัติในประมวลกฎหมายสาธารณสุขและประมวลกฎหมายจรรยาบรรณทางการแพทย์⁶² ร่างรัฐบัญญัตินี้อนุญาตให้แพทย์จำกัดหรือหยุดการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้ หากผู้ป่วยนั้นร้องขอในกรณีที่ผู้ป่วยนั้นไม่รู้สึกรู้ตัว ให้เป็นการตัดสินใจของบุคคลซึ่งผู้ป่วยไว้วางใจ (La personne de confiance) หรือปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยซึ่งได้ทำไว้ล่วงหน้า (Directives anticipées) อย่างไรก็ตามข้อเสนอดังกล่าวไม่ใช้การรับรองการุณขมาตให้ชอบด้วยกฎหมาย เป็นเพียงแต่ทางเลือกที่ 3 ระหว่างการไม่ให้มีการุณขมาตเลยกับ

⁶⁰ ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการุณขมาต (น.43-44). เล่มเดิม.

⁶¹ แหล่งเดิม.

⁶² แหล่งเดิม.

การอนุญาตให้มีการุณฆาตได้เท่านั้น คณะกรรมการไม่ได้ตอบคำถามว่าสมควรจะมีการกระทำ การุณฆาตในฝรั่งเศสหรือไม่ แต่กลับมุ่งไปที่ผู้ป่วยชั้น โคม่าดังเช่นกรณีของอัมแบร์เท่านั้น เพราะว่าถ้าคณะกรรมการเลือกการออกกฎหมายรับรองให้มีการฉีดยาให้ตาย (L'euthanasie active) ได้ก็จะถูกพวกอนุรักษนิยมและเคร่งศาสนาคริสต์ต่อต้าน แต่ถ้าเพิกเฉยและปล่อยให้แบบเดิมต่อไป บรรดากลุ่มสมาคมภาคประชาชนและแพทย์บางส่วนก็ไม่ยอม การแก้ปัญหาของ คณะกรรมการจึงทำได้โดยการเลือกทางที่ 3 โดยพิจารณาจากบริบททางสังคมและการแพทย์ ในฝรั่งเศสเป็นสำคัญ⁶³ เมื่อข้อเสนอนี้ออกสู่สาธารณชน บรรดาสมาคมที่สนับสนุนการกระทำ การุณฆาตทั้งหลายยังคงไม่เห็นด้วยในหลาย ๆ ประการ สมาคมเพื่อสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Association pour le droit de mourir dans la dignité: ADMD) โดยนายแพทย์ฌ็องโกเฮน (Jean Cohen) ประธานสมาคมออกมากล่าววาทรัฐบัญญัติที่เสนอ โดยคณะกรรมการชุดนายลีโอเน็ตตินี้ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ โดยให้เหตุผลว่าชะตากรรมของผู้ป่วยยังคงขึ้นกับการตัดสินใจของแพทย์ อยู่ดี ไม่ได้หมายความว่าแพทย์จะต้องทำตามเจตนาของผู้ป่วยเสมอไป แพทย์ยังคงมีดุลพินิจในการ ตัดสินใจว่าจะหยุดการรักษาหรือไม่ก็ได้ โดยมองว่าการแสดงเจตจำนงขอสิ้นชีวิตของผู้ป่วยนั้นควรมีผลบังคับผูกมัดแพทย์อย่างเด็ดขาด ภายใต้แนวคิดที่ว่าชีวิตของแต่ละคนต้องให้เจ้าของชีวิต ตัดสินใจเอง แพทย์ผู้พิพากษาหรือบุคคลใดก็ตามไม่มีสิทธิมากำหนดชะตาชีวิตของเขา จุดที่ แตกต่างกันก็คือ ข้อเสนอของคณะกรรมการเป็นการปล่อยให้ตายไปเองด้วยการหยุดการรักษา แต่ข้อเสนอของสมาคมเป็นการช่วยเหลือหรือทำให้ตายหรือที่เรียกว่า L'aide active à mourir นายลีโอเน็ตตินี ประธานคณะกรรมการ เน้นว่ามีความแตกต่างกันระหว่าง “การปล่อยให้ตาย” กับ “การทำให้ตาย” เขายังบอกอีกว่าคงเป็นเรื่องที่กระทบกับศีลธรรมและกฎหมายอย่างมาก หากมี ผู้ป่วยคนหนึ่งกลับไปบ้านอาบน้ำกินข้าวพร้อมหน้าพร้อมตา แล้วนัดหมอมานัดยาตัวเองให้ตายไป ตอน 6 โมงเช้าของวันรุ่งขึ้น สอดคล้องกับฝ่ายศาสนจักรที่ออกมาประกาศว่าพวกเขาพอจะยอมรับ ได้กับการปล่อยให้ตายไปเอง แต่การทำให้ผู้ป่วยตายด้วยการฉีดยาให้ นั้นขัดกับหลักการของศาสนา คริสต์ซึ่งยอมรับได้⁶⁴

สรุปได้ว่าการปล่อยให้ตายไปเองในสาธารณรัฐฝรั่งเศส เดิมแพทย์จะมีความผิดฐาน ฆ่าคนตาย แม้ว่าตัวแพทย์เองจะไม่ได้กระทำอะไรก็ตาม แต่การละเว้นการกระทำ ซึ่งหมายถึง การละเว้นไม่ยอมรับรักษาคนไข้ ถือเป็นกรกระทำด้วยอย่างหนึ่งจึงเสนอให้มีการออกกฎหมายอนุญาต

⁶³ แหล่งเดิม.

⁶⁴ แหล่งเดิม.

ให้แพทย์สามารถหยุดการรักษาได้ ตามแนวทางของคณะกรรมการชุนดาโยลีโอเน็ตติ ซึ่งมีผู้เห็นว่าจุดประสงค์หลักคือมุ่งคุ้มครองแพทย์ให้พ้นจากความผิดทางอาญา แต่ไม่ได้คุ้มครองผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยต้องทนทรมานจนกว่าจะตายไปเองอยู่ดี อีกแนวทางหนึ่งคือการให้แพทย์ช่วยทำให้ผู้ป่วยตาย อาจเป็นการฉีดยาให้ผู้ป่วยตายไปอย่างสงบ แนวทางนี้จะมุ่งไปที่สิทธิของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แพทย์เป็นเพียงผู้ที่เข้ามาช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายสมดังเจตนาของตนเท่านั้น แต่ก็เป็นที่ถกเถียงกันในแง่กฎหมายและศีลธรรมว่าเป็นการไปเร่งให้ตาย ดังนั้นการกระทำรณฆาตโดยอ้อมก็เริ่มเป็นที่ยอมรับได้ในสังคมฝรั่งเศส ส่วนการกระทำรณฆาตโดยตรงนั้นยังไม่สามารถเป็นที่ยอมรับได้ เพราะเหตุผลในเรื่องของความเป็นอนุรักษนิยมของสังคม หรือบทบาทของศาสนาคริสต์⁶⁵

ทั้งนี้เมื่อเดือนมีนาคม ค.ศ. 2007 ศาลในสาธารณรัฐฝรั่งเศสได้พิพากษาจำคุกแพทย์หญิงลอเรน ตรามัวส์ อายุ 35 ปี ฐานสั่งให้พยาบาลฉีดยาพิษให้กับคนไข้ อายุ 65 ปี ซึ่งเป็นโรคมะเร็งตับอ่อนระยะสุดท้ายเพื่อยุติชีวิตตามคำขอร้องของคนไข้และญาติคนไข้เพื่อมีต่อทรมาณต่อไป ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2003 โดยศาลได้พิพากษาจำคุกแพทย์ถึง 30 ปี ซึ่งแพทย์และพยาบาลทั่วประเทศประมาณ 2,000 คน ได้ลงชื่อสนับสนุนการกระทำของแพทย์หญิงลอเรน ตรามัวส์ ก่อนที่ศาลจะเริ่มพิจารณา⁶⁵

3.2.4 เครือรัฐออสเตรเลีย

ในปี ค.ศ. 1995 เครือรัฐออสเตรเลียได้ตราพระราชบัญญัติโดยรัฐสภาของรัฐ Northern Territory ซึ่งรองรับให้แพทย์สามารถกระทำรณฆาตและช่วยเหลือผู้ป่วยในการฆ่าตัวตาย (Assisted suicide) ได้ โดยกฎหมายฉบับนี้มีผลใช้บังคับในเดือนกรกฎาคม 1996 แต่ต่อมาเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 1997 กฎหมายดังกล่าวก็ถูกยกเลิกโดยรัฐบาลกลาง หลังจากประกาศใช้ไม่ถึงปี เนื่องจากมีผู้ใช้สิทธิตามกฎหมาย 4 คน ฆ่าตัวตายด้วยอุปกรณ์ที่ติดตั้งโดยแพทย์ หลังจากมีการยกเลิกส่งผลให้การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบด้วยความสมัครใจของผู้ป่วย และการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์เป็นความผิดตามกฎหมายในทุกรัฐของเครือรัฐออสเตรเลีย แต่ยังคงไว้ซึ่งกรณีการยับยั้งหรือการเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตว่าเป็นสิ่งที่ชอบด้วยกฎหมายในทุกรัฐหากเข้าเงื่อนไขดังนี้

1) เป็นการแสดงความจำนงของผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ซึ่งมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ แสดงความจำนงด้วยความสมัครใจ

⁶⁵ แหล่งเดิม.

⁶⁶ กุลพล พลวัน.(ม.ป.ป.). *พินัยกรรมชีวิต*. สืบค้น 5 มิถุนายน 2557, จาก <http://www.stat.ago.go.th/>

2) มีหนังสือรับรองการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาอย่างชัดเจน หรือมีคำสั่งล่วงหน้าจากผู้ป่วยทำขึ้นในขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

3) ขณะที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ได้แต่งตั้งตัวแทนให้แสดงเจตนาแทน หากต่อมาตนเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์⁶⁷

บทบัญญัติของกฎหมายในการจัดทำคำสั่งล่วงหน้าในเครือรัฐออสเตรเลีย⁶⁸

รัฐ Victoria ได้ตราพระราชบัญญัติว่าด้วยการรักษาทางการแพทย์ ค.ศ.1988 (Medical Treatment Act 1988) กำหนดให้มีหนังสือรับรองการปฏิเสธการรักษา (Refusal of treatment Certificate) บุคคลซึ่งมีสิทธิแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลต้องมีอายุเกินกว่า 18 ปี เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ต้องได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับอาการป่วยของตน และมีแพทย์และบุคคลอีกคนหนึ่งลงชื่อเป็นพยานในการแสดงความจำนงครั้งนี้ ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนคำสั่งล่วงหน้าได้ โดยการแสดงเจตนาต่อบุคคลอื่น หนังสือรับรองการปฏิเสธการรักษานี้ไม่ครอบคลุมถึงการปฏิเสธการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์ที่ปฏิบัติตามหนังสือรับรองการปฏิเสธการรักษา ย่อมหลุดพ้นจากความรับผิดทางแพ่งและทางอาญา รวมทั้งการร้องเรียนว่าประพฤติดังกล่าวผิดหลักวิชาชีพ⁶⁹

รัฐ South Australia ได้ตราพระราชบัญญัติว่าด้วยการให้ความยินยอมในการรักษาทางการแพทย์และการดูแลแบบประคับประคอง ค.ศ.1995 (Consent to Medical Treatment and Palliative Act 1995) กำหนดให้มีคำสั่งล่วงหน้าที่มีผลใช้บังคับกับผู้ป่วยซึ่งมีอาการป่วยในระยะสุดท้าย หรือผู้ซึ่งอยู่ในภาวะผัก ซึ่งไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องการรักษาพยาบาลได้ บุคคลซึ่งมีสิทธิแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลต้องมีอายุเกินกว่า 18 ปี เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ผู้ป่วยต้องลงลายมือชื่อพร้อมกับมีพยานรับรองลายมือชื่อ 1 คน พยานนั้นต้องไม่ใช่แพทย์ ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนคำสั่งล่วงหน้าได้โดยการแสดงเจตนาด้วยลายลักษณ์อักษร หรือด้วยวาจา แพทย์ที่ทำตามคำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วยย่อมหลุดพ้นจากความรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญาหากแพทย์กระทำโดยไม่ประมาทเลินเล่อและสอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติทางวิชาชีพ⁷⁰

รัฐ Queensland ได้ตราพระราชบัญญัติว่าด้วยอำนาจของผู้รับมอบอำนาจ ค.ศ.1998 (Power of Attorney Act 1998) กำหนดให้มีคำสั่งล่วงหน้าทางสุขภาพ (Advance Health Directive) คำสั่งในการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตนี้จะไม่ได้รับการปฏิบัติ เว้นแต่

⁶⁷ สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ. (น. 99). เล่มเดิม.

⁶⁸ แหล่งเดิม.

⁶⁹ แหล่งเดิม.

⁷⁰ แหล่งเดิม.

ผู้ป่วยต้องมื่อการป่วยในระยะสุดท้าย หรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และไม่มีคามหวังว่าจะมีชีวิตอยู่เกินกว่า 1 ปี หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพัก หรือไม่รู้สึกรู้สึกร่างกาย หรือมีความเจ็บป่วยรุนแรง โดยไม่มีคามหวังว่าจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ โดยปราศจากการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต และการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตนั้นขัดกับการบำบัดรักษาทางการแพทย์ที่ดี และผู้ป่วยไม่มีคามหวังว่าสุขภาพทางกายจะกลับฟื้นคืนดี

คำสั่งล่วงหน้าทางสุขภาพนี้ ต้องลงลายมือชื่อผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีคำสั่งไว้ และต้องมีพยานลงลายมือชื่อ 2 คน พยานคนหนึ่งต้องไม่ใช่แพทย์ และพยานต้องรับรองว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ในเวลาที่ทำคำสั่งล่วงหน้าทางสุขภาพ ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนคำสั่งล่วงหน้าทางสุขภาพ โดยแสดงเจตนาด้วยลายลักษณ์อักษร แพทย์ที่กระทำตามคำสั่งล่วงหน้าทางสุขภาพของผู้ป่วยด้วยความสุจริตใจย่อมหลุดพ้นจากความรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญา⁷¹

รัฐ Australian Capital Territory ได้ตราพระราชบัญญัติว่าด้วยการรักษาทางการแพทย์ ค.ศ.1994 (Medical Treatment Act 1994) กำหนดให้บุคคลซึ่งมีสิทธิแสดงคามจําางที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลต้องมีอายุเกินกว่า 18 ปี เป็นผู้มืสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ คำสั่งล่วงหน้าต้องลงลายมือชื่อผู้ป่วยหรือบุคคลที่ผู้ป่วยมีคำสั่งไว้ และต้องมีพยานลงลายมือชื่อ 2 คน พยานต้องไม่ใช่แพทย์ ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนคำสั่งล่วงหน้าได้โดยการแสดงเจตนาอย่างชัดแจ้งแก่อีกบุคคลหนึ่ง คำสั่งล่วงหน้านี้ไม่ครอบคลุมถึงการปฏิเสธการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์ที่กระทำตามคำสั่งล่วงหน้าย่อมหลุดพ้นจากความรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญา รวมทั้งการร้องเรียนว่าประพฤติผิดหลักวิชาชีพ⁷²

รัฐ Northern Territory ได้ตราพระราชบัญญัติว่าด้วยการตายโดยธรรมชาติ ค.ศ.1988 (Natural Death Act 1988) กำหนดให้คำสั่งปฏิเสธการรักษามีผลใช้บังคับกับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเท่านั้น บุคคลที่มีสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลต้องมีอายุเกินกว่า 18 ปี เป็นผู้มืสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ผู้ป่วยต้องลงลายมือชื่อพร้อมพยาน 2 คน พยานต้องไม่ใช่แพทย์ ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนคำสั่งล่วงหน้าได้ โดยการแสดงเจตนาด้วยลายลักษณ์อักษรหรือด้วยวาจา คำสั่งล่วงหน้านี้ไม่ครอบคลุมถึงการปฏิเสธการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์ซึ่งกระทำตามคำสั่งล่วงหน้าย่อมหลุดพ้นจากความรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญา⁷³

⁷¹ แหล่งเดิม.

⁷² แหล่งเดิม.

⁷³ แหล่งเดิม.

3.2.5 ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่น ยังไม่มีกฎหมายรับรองหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า แต่มีองค์กรอาสาสมัครหลายแห่ง ออกเอกสารหลายประเภทที่เกี่ยวกับคำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วย ซึ่งไม่มีผลบังคับใช้ได้ตามกฎหมาย

สมาชิกของสมาคมการุณยฆาตของญี่ปุ่น (The Japanese Euthanasia Society) ซึ่งก่อตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1976 และได้ตั้งชื่อใหม่ว่าสมาคมแห่งการตายอย่างมีศักดิ์ศรีของชาวญี่ปุ่น (The Japanese Society of Dying with Dignity) มีจำนวนสมาชิกเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ยังไม่สามารถทำให้เกิดผลอันใดจากประกาศเรื่องการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Dying with Dignity Declaration) หรือแม้แต่หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษา (Living Will) ซึ่งองค์กรต่างๆ กำลังหาวิธีเพื่อกำหนดและป้องกันการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

เนื่องจากวัฒนธรรม จารีตประเพณี ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ที่มีพื้นฐานมาจากความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ โดยผู้ป่วยไม่เคยตั้งคำถามใด ๆ และแพทย์จะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจในการวินิจฉัยและให้การดูแลรักษา หากผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์จะแจ้งครอบครัวของผู้ป่วยว่าไม่สามารถรักษาผู้ป่วยได้แล้ว แต่ผู้ป่วยมักไม่ได้รับการบอกกล่าวถึงการวินิจฉัยในวาระสุดท้าย ผู้ป่วยจึงไม่มีข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าตามที่ผู้ป่วยต้องการ ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยควรมีโอกาส สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตนเอง ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันเหมือนประเทศอื่น ๆ หลักกฎหมายเรื่องสิทธิการตัดสินใจของผู้ป่วย เริ่มปรากฏในกรณีที่ศาลญี่ปุ่นมีการตัดสินว่าแพทย์ที่ให้เลือดกับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพระเยซู โดยฝ่าฝืนความต้องการของผู้ป่วย ถือว่าแพทย์ได้กระทำการอันละเมิดสิทธิส่วนบุคคล แพทย์ต้องรับผิดชอบใช้ค่าเสียหายแก่ผู้ป่วย⁷⁴

ด้วยความเชื่อของชาวญี่ปุ่นที่ผสมผสานระหว่างลัทธิขงจื้อ ชินโต และพุทธศาสนา ที่ว่าความตายไม่ควรเร่งรีบและควรหลีกเลี่ยงการรบกวน เพราะเป็นความกลมเกลียวของจักรวาล ที่ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว จารีตประเพณีทางด้านจิตใจของชาวญี่ปุ่นเป็นความรู้สึกระหว่างความผูกพันที่ปรับเปลี่ยนความคิดจากปัจเจกชน ไปเป็นความคิดแบบครอบครัวหรือสังคม มีบทบาทในการจำกัดแนวคิดเรื่องคำสั่งล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษา แม้แต่การตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ ก็เป็นความเห็นของคนในครอบครัวเป็นหลัก ประชาชนบางส่วนเห็นว่าเป็นเรื่องยาก ที่จะมียกเว้น

⁷⁴ จาก ปัญหาทางกฎหมาย เกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) (น.102), โดย จุฑามาศ บุญบาล, 2556, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

เกี่ยวกับการสั้นชีวิต โดยเห็นว่าสถานการณ์ที่ตั้งเครียดของการตาย ควรเป็นไปในทางที่กลมกลืน เป็นไปอย่างสงบ ปราศจากถ้อยคำสำหรับทุกฝ่ายที่กำลังเผชิญ

เจน โอ ไฮอิ (Gen Ohi) กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้จากการสำรวจ ในประเด็นความตายว่า คนส่วนใหญ่เห็นว่าการแสดงความคิดเห็นหรือความต้องการเกี่ยวกับ ความตาย ในรูปแบบเอกสารเป็นเรื่องที่ยาก และประชาชนยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความยุ่งยาก ทางกฎหมายที่จะเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเห็นว่าเรื่องของจิตใจเป็นเรื่องที่สำคัญมากในสังคมและ วัฒนธรรม ซึ่งจะทำให้ขัดขวางการมีคำสั่งล่วงหน้า แม้จะรู้ว่าเอกสารนี้เป็นสิ่งจำเป็นมากในอนาคต

ประมวลกฎหมายอาญาของญี่ปุ่น ได้บัญญัติเกี่ยวกับการทำอวัยวะบริจาคกรรม โดยการ ขอร้องและฆ่าโดยความยินยอม ในประมวลกฎหมายอาญาได้บัญญัติเกี่ยวกับความผิดในเรื่องนี้ไว้ ตามมาตรา 202 ว่า “ ผู้ใดขู่ยง ส่งเสริม หรือช่วยเหลือในการทำอวัยวะบริจาคกรรม หรือฆ่าผู้อื่น โดย เขาขอร้องขอ หรือด้วยความยินยอมของผู้นั้น ต้องได้รับโทษจำคุกโดยทำงานหนัก หรือจำคุก ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน แต่ไม่เกิน 7 ปี”⁷⁵

จากประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 202 ของญี่ปุ่น ทำให้แพทย์ปฏิเสธความต้องการ ของผู้ป่วยซึ่งขอให้แพทย์ยุติการรักษาในวาระสุดท้าย เพื่อจบชีวิตของเขาตามธรรมชาติ มาตรา นี้ บัญญัติให้อำนาจแก่แพทย์ในการยืดชีวิตของผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้ แพทย์ได้รับการพิจารณาว่าเป็น ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วย และโดยปกติแล้วแพทย์จะไม่เคารพความต้องการของผู้ป่วย แต่แพทย์ทั้งหลายจะเคารพทบทบัญญัติของกฎหมาย โดยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป เช่น หญิงอายุ 85 ปี กำลังจะตายด้วยโรคมะเร็งลำไส้และทรมาณจากความเจ็บป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยแนะนำแพทย์ เจ้าของไข้ว่าให้หยุดการรักษา แต่คำแนะนำได้รับการปฏิเสธจากแพทย์ โดยแพทย์กล่าวว่า ด้วย จรรยาบรรณของแพทย์ไม่สามารถยอมรับข้อเสนอนี้ได้ อย่างไรก็ตาม หากแพทย์ตัดสินใจโดยใช้ พื้นฐานทางการแพทย์ว่าการรักษาต่อไปไร้ประโยชน์ แพทย์ก็สามารถที่จะหยุดรักษาได้ โดยอาศัย บทบัญญัติตามมาตรา 35 ของประมวลกฎหมายอาญาญี่ปุ่น ซึ่งบัญญัติไว้ว่า “ไม่มีผู้ใดที่จะต้อง ได้รับโทษ หากกระทำโดยอำนาจของกฎหมาย หรือกฎ หรือกระทำลงโดยชอบด้วยกฎหมาย”

อย่างไรก็ตาม โอไฮอิ คิดว่าประมวลกฎหมายอาญามาตรา 202 มีความแตกต่างกันของ กฎหมายระหว่าง “ความยินยอมบนพื้นฐานการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วย” และ “การช่วยเหลือการทำ อวัยวะบริจาคกรรม” และเห็นว่าควรมีการรับรองให้ชัดเจน หากมีการตีความและนำมาตรา 202 มาบังคับ ใช้โดยเคร่งครัดทั้ง 2 สถานการณ์ บุคคลผู้กระทำก็จะต้องถูกฟ้องร้อง อย่างไรก็ตามในส่วนของ

⁷⁵ แหล่งเดิม.

การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย รูปแบบคดีควรได้รับการทำความเข้าใจและสามารถแสดงเหตุผลความจำเป็นได้ เนื่องจากการช่วยบรรเทาความเจ็บป่วย และเป็นการเคารพเจตจำนงของผู้ป่วยที่ต้องการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย ซึ่งสถานการณ์เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายกำลังเปลี่ยนแปลงไป

หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในประเทศญี่ปุ่น เป็นเพียงเอกสารของบุคคลซึ่งแสดงความต้องการในการรักษาและดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งยังไม่สามารถบังคับใช้ได้ตามกฎหมาย แต่บุคคลและองค์กรที่จัดทำหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้ายังมีความพยายามที่จะสนับสนุนการใช้เอกสารดังกล่าวต่อไป โดยลักษณะของเอกสารคล้ายกับพัฒนามาจากบางประเทศในยุโรปและสหรัฐอเมริกา โดยประเทศญี่ปุ่นแบ่งประเภทของคำสั่งล่วงหน้าหรือเจตจำนงที่จะตายเป็น 3 ประเภท คือ

1) ประกาศแห่งการตายอย่างมีศักดิ์ศรี - หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (Declaration Document of Death with Dignity – living Will) ซึ่งบัญญัติโดยสมาคมการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (The Japanese Society of Dying with Dignity)

2) ประกาศสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Declaration for the end of life stage) ซึ่งบัญญัติโดยกลุ่มความคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพลเมือง (The Citizen's Group in Thinking of End of Life Stage)

3) โครงร่างหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living Will Proposal) โดยมหาวิทยาลัยสตรีแห่งเกียวโต (Kyoto Women's University)⁷⁶

ในปี ค.ศ. 1976 สมาคมแห่งการตายอย่างมีศักดิ์ศรีของชาวญี่ปุ่น ทำรูปแบบทั่วไปที่ให้แต่ละบุคคลแสดงความต้องการที่ให้หยุดทำการรักษา โดยประกาศแห่งการตายอย่างมีศักดิ์ศรี เรียกร้องว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่ควรนำมาใช้ในการยืดชีวิตผู้ป่วย และร้องขอว่าวิธีการที่จะลดความเจ็บปวดทรมานควรนำมาใช้ แม้ว่าจะทำให้ผู้ป่วยตายในฉับพลันและอนุญาตให้ถอดเครื่องช่วยหายใจได้ในกรณีที่มีสภาพคล้ายฝักอย่างถาวรเป็นเวลาหลายเดือน⁷⁷

⁷⁶ หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต. (น. 72). เล่มเดิม.

⁷⁷ ปัญหาทางกฎหมาย เกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ปัญหาทางกฎหมาย เกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต. (น. 104). เล่มเดิม.

ต่อมาในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ.1995 ในญี่ปุ่นมีการตื่นตัวของประชาชนเกี่ยวกับการตายอย่างมีศักดิ์ศรีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์กรอื่น เช่น กลุ่มความคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพลเมืองกลายเป็นแรงกระตุ้นอย่างมาก มีการออกรูปแบบการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าแบบอื่น ๆ โดยพยายามประยุกต์ให้เห็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การกล่าวถึงความจริงในสภาพผู้ป่วยที่มีสภาพเหมือนผักและผู้ป่วยภาวะสมองตาย และความต้องการของแต่ละบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับภาวะต่าง ๆ ที่เป็นความทรมาน รวมถึงการกล่าวถึงโอกาสที่แสดงความต้องการของคนหนึ่งในการบริจาคอวัยวะ ในที่สุดเอกสารเหล่านี้ก็เป็นการแสดงออกถึงการตัดสินใจ โดยมีการลงนามโดยผู้บันทึก วิธีการดังกล่าวของเอกสารจะรวมเอาลักษณะของหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษา และหลักการมอบอำนาจทางกฎหมายไว้ในเอกสารเดียวกัน อย่างไรก็ตาม เอกสารนั้นก็ไม่มีผลทางกฎหมายไม่ว่าทางใด และประชาชนยังคงไม่ต้องการให้แพทย์ถูกตั้งข้อหา แต่โดยธรรมชาติแล้ว เห็นว่าการแสดงออกในเรื่องของเอกสารและความต้องการเหล่านี้ อาจมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำการรักษาของแพทย์⁷⁸

สรุปได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นมีการใช้เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าอยู่บ้าง แต่ยังไม่มีการใช้เอกสารที่รับรองทางกฎหมายอย่างชัดเจน รูปแบบที่องค์กรต่าง ๆ เริ่มใช้ เป็นลักษณะเดียวกับสหรัฐอเมริกา คือมีการผสมผสานระหว่างหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล และหลักการมอบอำนาจให้ตัวแทนเพื่อดูแลสุขภาพ ซึ่งแม้ไม่มีผลตามกฎหมาย แต่ก็มีความหวังว่าแพทย์จะเข้าใจ และด้วยลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม ทำให้ญี่ปุ่นไม่ค่อยมีการพัฒนา เนื่องจากมีความนับถือแพทย์และให้ถือตามการตัดสินใจของแพทย์เป็นสำคัญ

⁷⁸ หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (น. 72-73). เล่มเดิม.