

การใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ: ศึกษาเปรียบเทียบ
ประเทศไทยและไต้หวัน

สุณิษฐา อีรโรจน์วิทย์

การใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ:
ศึกษาเปรียบเทียบประเทศไทยและไต้หวัน*

The Exercise of the Refuse Treatment Right of the Terminally-ill Patient
under the National Health Laws:
A Comparative Study of Thailand and Taiwan

สุนิษฐา อธิโรจน์วิทย์**

Sunichaya Dhirarotwit

บทคัดย่อ

สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Right to refuse medical treatment) เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาเพื่อยืดชีวิตในวาระสุดท้ายหรือการปฏิเสธการรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิตผ่านพินัยกรรมชีวิต (Living will) ประเทศไทยได้รับรองสิทธิปฏิเสธการรักษาและอนุญาตให้ปล่อยผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบเองตามธรรมชาติ (passive euthanasia) ไว้ในมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในปัจจุบันแม้สิทธิดังกล่าวตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติได้พัฒนาก้าวหน้าขึ้นอย่างมาก แต่อย่างไรก็ดี ยังมีปัญหาทางกฎหมายที่สำคัญสองประการ กล่าวคือ ปัญหาผู้มีอำนาจตามกฎหมายในการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายไว้ล่วงหน้า และปัญหา

*บทความวิชาการนี้ เป็นส่วนหนึ่งของวิชา น.599 สัมมนาคุชชินีพนธ์ แห่งหลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2563.

This article is a part of LA599, Dissertation Seminar, in Doctor of Laws Program, Faculty of Law, Thammasat University, 2020.

**นักศึกษาในหลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. E-mail: s.dhirarotwit@gmail.com

Student in Doctor of Laws Program, Faculty of Law, Thammasat University.

วันที่รับบทความ (received) 26 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไขบทความ (revised) 18 มีนาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ (accepted) 21 มีนาคม 2565.

การไม่มีหลักเกณฑ์กำหนดชัดเจนกรณีการดูแลประคับประคองโดยการลดระดับการรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต (Palliative Sedation) บทความนี้จึงมุ่งศึกษาปัญหาดังกล่าวของประเทศไทยโดยวิเคราะห์เปรียบเทียบกับมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของไทยวันนี้ ทั้งนี้ บทความนี้เสนอให้แก้ไขเพิ่มเติมกฎกระทรวง หรือออกประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติฉบับใหม่เพื่อกำหนดลำดับญาติใกล้ชิดผู้มีอำนาจแสดงเจตนาตามกฎหมายแทนผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเสนอแนะให้ออกกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการกำหนดการดูแลประคับประคองโดยการลดระดับการรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต

คำสำคัญ: สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย, พินัยกรรมชีวิตหรือหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต, การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

The right to refuse medical treatment of a terminally ill patient is the patient's fundamental human right to refuse medical treatment that would prolong his/her terminal stage of life or to refuse any treatment that would cause unbearable pain and suffering via a living will. In Thailand, the right to refuse medical treatment and passive euthanasia are recognized under section 12 of the National Health Act B.E. 2550. At present, even such right under the national health laws has been increasingly developed in Thailand, there are two important problems. The first problem is who will be a legitimate authorized person to express intention on behalf of patient in case the patient has not made the living will. Another problem is none of clear guideline of the palliative sedation. This essay aims to study aforementioned important problems in Thailand, comparing with laws of Taiwan in such areas. This article proposes to amend the ministerial regulations or issue a new notification of National Health Commission Office in order to set forth the order of close relatives with the authority to express the intention on behalf of patient. Additionally, the clear rules and guidelines for palliative sedation needed to be legislated.

Keywords: right to refuse medical treatment of the terminally-ill patient, living will or advance directive regarding to caring the terminally-ill patient, palliative care

1. บทนำ

สิทธิการตายโดยสงบของผู้ป่วยเป็นสิทธิมนุษยชน¹ ในเชิงสิทธิที่คาบเกี่ยวกับศีลธรรมจริยธรรม² เป็นเรื่องที่มีมุมมองแนวความคิดด้านบาปบุญคุณโทษ ความหวาดกลัวต่อความผิดพลาดเข้ามาเป็นปัจจัยสำคัญ ทำให้เกิดข้อถกเถียงถึงความสมควรและระดับที่เหมาะสมในการให้ความคุ้มครองสิทธิประเภทนี้ ส่งผลให้พัฒนาการการให้ความคุ้มครองสิทธิการตายโดยสงบเป็นไปด้วยความล่าช้าไม่ว่าจะเป็นการออกกฎหมายเพื่อสนับสนุนการปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเองตามธรรมชาติ (passive euthanasia) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ประเทศส่วนใหญ่รวมถึงประเทศไทย³ มีการบัญญัติกฎหมายอนุญาตให้กระทำได้ หรือโดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกฎหมายเพื่อรองรับการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือการุณยฆาต (active euthanasia) และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำใหัตนเองเสียชีวิตทางการแพทย์ (physician-assisted suicide) อันเป็นรูปแบบที่ยังมีประเทศส่วนน้อยเท่านั้นที่มีกฎหมายรองรับให้กระทำได้ในปัจจุบัน⁴

กรณีประเทศไทย นักกฎหมายการแพทย์ส่วนใหญ่⁵ เห็นว่ากฎหมายของประเทศไทยในปัจจุบัน คือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (“พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ”) มาตรา 12 อนุญาตให้ปล่อยให้อายุผู้ป่วย

¹อย่างไรก็ตาม นักกฎหมายบางส่วนมีมุมมองว่าการใช้สิทธิการตายโดยการช่วยเหลือการฆ่าตัวตายทางการแพทย์และการุณยฆาต ไม่ควรที่จะถือเป็นสิทธิมนุษยชน โปรตดู นันทน์ อินทนนท์, “ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ,” **บทบัณฑิตย** 57, 4 (ธันวาคม 2544): 129-157.

²ตัวอย่างสิทธิมนุษยชนในเชิงศีลธรรม ได้แก่ สิทธิในการทำแท้ง สิทธิในการสมรสของเพศเดียวกัน การตัดต่อพันธุกรรมในมนุษย์ การโคลนนิ่งตัวอ่อนของมนุษย์.

³พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, มาตรา 12 บัญญัติว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ” และโปรดดู กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553.

⁴จากสถิติในช่วงระยะเวลา 5-6 ปี หลังจะเห็นได้ว่ามีประเทศที่ออกกฎหมายรองรับการที่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสงบ (active euthanasia) และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำใหัตนเองเสียชีวิต (assisted suicide) หายต่อเนื่องกันในเกือบทุกปี นับตั้งแต่ปี 2015-2021 ได้แก่ ประเทศโคลัมเบีย แคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และสองประเทศล่าสุด คือ สเปน และโปรตุเกส.

⁵นักกฎหมายบางส่วนเห็นว่าการเสียชีวิตตามธรรมชาติ ไม่ใช่กรณี passive euthanasia โปรตดู นันทน์ อินทนนท์, เรื่องเดิม และ ความเห็นของ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, “สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต กับปัญหาในทางปฏิบัติ,” ในงานวิชาการรำลึกศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์ ครั้งที่ 24, จัดโดยคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพมหานคร, 2562, หน้า 49.

เสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติ (passive euthanasia) โดยผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการรักษาเพื่อยืดชีวิตในวาระสุดท้ายหรือการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต (Non-Treatment Decisions)⁶ ซึ่งหมายถึง การที่ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะงดหรือระงับการรักษาเพื่อยืดชีวิต (Withholding Life-Sustaining Treatment) และการถอนการรักษาเพื่อยืดชีวิต (Withdrawing Life-Sustaining Treatment) ผ่านพินัยกรรมชีวิต (Living will) หรือหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้กระทำขึ้นไว้ล่วงหน้าก่อนที่ผู้ป่วยจะไม่สามารถแสดงเจตนาใด ๆ ด้วยตนเองได้อีก

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 อันเป็นปีแรกที่ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติเริ่มใช้บังคับจนกระทั่งปัจจุบัน แม้จะเป็นการแสดงให้เห็นว่าสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (“สิทธิปฏิเสธการรักษา”) ตามกฎหมายไทยได้ก้าวหน้าขึ้นอย่างมากแล้วก็ตาม⁷ กรณียังมีปัญหาในการตีความและการบังคับใช้เกี่ยวกับสิทธิดังกล่าวบางประการทำให้การใช้สิทธิการตายโดยสงบในกรณีการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษายังเป็นไปโดยไม่สมบูรณ์

บทความนี้ในส่วนแรกได้กล่าวถึงแนวความคิดเกี่ยวกับการใช้สิทธิการตายโดยสงบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในส่วนที่สองจะกล่าวถึงกฎหมายการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาตามกฎหมายสุขภาพของประเทศไทยตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และกฎหมายลำดับรองอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษา (รวมเรียกว่า “กฎหมายสุขภาพแห่งชาติ”) รวมถึงการนำเสนอกฎหมายสิทธิการปฏิเสธ

⁶ นพพล วิทย์วรพงศ์, การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตกับสังคมไทย: บทเรียนจากประสบการณ์ของต่างประเทศ (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ, 2563), หน้า 26-27.

⁷ ปัจจุบันมีกฎหมายลำดับรองต่าง ๆ ออกตามมาในภายหลังเพื่ออธิบายขยายความและกำหนดแนวปฏิบัติของผู้มีวิชาชีพเกี่ยวข้อง บุคคลผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ทั้งกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ฯ พ.ศ. 2553 ที่ออกตามความในมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติดังกล่าว รวมถึงประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563.

การรักษาและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของไต้หวันที่กฎหมายและระบบรองรับในเรื่องนี้ได้พัฒนาไปอย่างโดดเด่น^๘ ตลอดจนมีประเพณีวัฒนธรรมและทัศนคติให้ความสำคัญต่อครอบครัว รวมทั้งนับถือพุทธศาสนาเป็นศาสนาหลักคล้ายคลึงกับประเทศไทย^๙ ในลำดับถัดมาเป็นการกล่าวถึงปัญหาและข้อเสนอแนะ ตลอดจนบทส่งท้ายการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นแนวทางแก้ไขปัญหา ตลอดจนปรับปรุงการใช้บังคับกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาตามกฎหมายฉบับนี้ได้ปลดปล่อยพันธนาการทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างสงบได้แท้จริง

2. แนวความคิดเกี่ยวกับการใช้สิทธิการตายโดยสงบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบันได้ถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่องและก้าวหน้าถึงขนาดที่จะดึงรั้งชีวิตมนุษย์จากวาระการตายตามธรรมชาติได้ แต่ผู้ป่วยที่ถูกยื้อชีวิตนั้นกลับไม่อาจกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ อีกทั้งยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และมีชีวิตอยู่ได้โดยอาศัยเครื่องพยุงชีพต่าง ๆ อันเป็นสิ่งที่ทำให้สภาพความเป็นมนุษย์ลดน้อยถอยลง ซึ่งเป็นการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์และทำลายศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human dignity)¹⁰ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของสิทธิมนุษยชนอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน

^๘ไต้หวันได้รับการจัดลำดับดัชนีคุณภาพการตาย (Quality of Death Index) ที่พัฒนาเพื่อใช้ประเมินคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองกว่า 80 ประเทศ โดย the Economist Intelligence Unit ในปี 2015 ให้เป็นอันดับ 1 ในทวีปเอเชียและเป็นอันดับที่ 6 ของโลก ในขณะที่คุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยอยู่ที่ลำดับที่ 44 โปรดดู Shao-Yi Cheng, Ching-Yu Chen, and Tai-Yuan Chiu, “Advances of Hospice Palliative Care in Taiwan,” *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care* 19, 4 (December 2016): 292 และโปรดดู Chun-Ying Cho, “From cure to care: the development of hospice care in Taiwan,” *Hospice & Palliative Medicine International Journal* 2, 5 (2018): 286-287.

^๙ปัจจุบันมีหลายประเทศที่มีความก้าวหน้าและมาตรการทางกฎหมายรองรับสิทธิการตายโดยสงบ เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์ เบลเยียม ลักเซมเบิร์ก สวิสเซอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา แคนาดา นิวซีแลนด์ สเปน เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่เป็นประเทศทางตะวันตก ซึ่งมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อทางศาสนา และมีความเป็นปัจเจกนิยมสูงกว่าบริบทของประเทศเอเชีย การหยิบยกไต้หวันมาเป็นกรณีศึกษา แม้ว่าพัฒนาการเรื่องสิทธิการตายโดยสงบของประเทศทางตะวันตกจะพัฒนาและมีความก้าวหน้ามากกว่า เพราะบริบททางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ประชากร และระบบกฎหมายของไต้หวันมีความใกล้เคียงกับประเทศไทย.

¹⁰ปิตร จันทรรัตน์ ณ อุธยา, *ตายอย่างมีศักดิ์ศรี* (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546), หน้า 3.

ของความเป็นมนุษย์¹¹ มนุษย์ในฐานะประธานแห่งสิทธิจึงควรมีสิทธิในการกำหนดเจตจำนงของตนเอง (the right to self determination) สามารถที่จะตัดสินใจอย่างอิสระด้วยตนเอง (autonomy)ว่าจะอนุญาตให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อร่างกายของตนอย่างไร¹² รวมถึงการเลือกด้วยตนเองว่าจะใช้สิทธิที่จะตาย (the right to die) หรือ สิทธิที่จะมีชีวิต (the right to life)¹³

อย่างไรก็ตาม การใช้สิทธิการตายโดยสงบนั้นหากเป็นการทำให้ผู้ป่วยตาย ไม่ว่าจะเป็นกรณีการุณฆาต (active euthanasia) หรือ ในกรณีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำให้ตนเองเสียชีวิตทางการแพทย์ (physician-assisted suicide) ประเทศส่วนใหญ่มักเห็นว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความสงบและศีลธรรมอันดีของประชาชน (public order and good morals) รวมทั้งเป็นเรื่องทางจริยธรรมซึ่งต้องห้ามตามกฎหมาย แต่หากเป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบเองตามธรรมชาติ หรือการให้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (passive euthanasia) นั้น หลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยได้มีการออกกฎหมายเพื่อรองรับให้ใช้สิทธิดังกล่าวได้ แต่กระบวนการและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา ตลอดจนวิธีการปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอาจแตกต่างกันตามกฎหมายของแต่ละประเทศ¹⁴

สำหรับสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิในชีวิตร่างกาย สิทธิในการกำหนดเจตจำนงของตนเอง สิทธิในความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ซึ่งเป็นสิทธิตามแนวคิดของสิทธิธรรมชาติที่มีมาแต่ดั้งเดิม อันถือว่าเป็นสิทธิที่ติดตัวกับความเป็นมนุษย์ ไม่ได้เป็นสิทธิที่เกิดจากรัฐบัญญัติหรือกำหนดขึ้นแต่อย่างใด¹⁵ แนวความคิดสิทธิดังกล่าวเริ่มเป็นที่รับรู้จากการรับรองในประเทศตะวันตก จากนั้นจึงได้รับการคุ้มครองในกฎหมายภายในจากอีกหลายประเทศส่วนใหญ่ในโลก¹⁶ นอกจากนี้สิทธิดังกล่าวยังได้รับการรับรองในกฎหมายระหว่างประเทศหลายฉบับ ทั้งในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งบัญญัติรับรองการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างมีอิสระ

¹¹ จริญ โฆษณานันท์, *สิทธิมนุษยชนไร้พรมแดน*, พิมพ์ครั้งที่ 3 (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติธรรม, 2559), หน้า 57-58.

¹² นันทน อินทนนท์, *เรื่องเดิม*.

¹³ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, *กฎหมายการแพทย์สมัยใหม่* (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2561), หน้า 54-55.

¹⁴ นิรมัย พิศแข มั่นจิตร์, *กฎหมายว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการทางด้านสุขภาพ* (กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2561), หน้า 122.

¹⁵ บัณฑิต บุญกระต้อม, “มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพชาติ พ.ศ. 2550 ในมุมมองทางมหาชน,” *วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์*, 2557), หน้า 2.

¹⁶ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, “สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา-สิทธิที่จะตาย,” *ดุลพາห* 56, 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2552): 56-58.

และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในข้อ 1 “มนุษย์ทั้งปวงเกิดมามีอิสระและเสมอภาคกันในศักดิ์ศรีและสิทธิ...” รวมถึงกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองได้บัญญัติรับรองสิทธิในการกำหนดตนเอง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิในความเป็นส่วนตัว ในภาค 1 ข้อ 1 “ประชาชนทั้งปวงมีสิทธิในการกำหนดเจตจำนงของตนเอง” และในข้อ 10 (1) บัญญัติว่า “บุคคลทั้งหลายที่ถูกลิดรอนเสรีภาพต้องได้รับการปฏิบัติอย่างมีมนุษยธรรม และได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์” รวมถึงในข้อ 17 กำหนดถึงสิทธิของบุคคลที่จะไม่ถูกสอดแทรกในความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้ยังได้รับการรับรองจากแพทยสมาคมโลก (World Medical Association) ซึ่งให้การรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ในปฏิญญาลิสบอน (World Medical Association Declaration of Lisbon on The Rights of The Patient) ค.ศ. 1981 แก้ไขเพิ่มเติมใน ค.ศ. 2005 ทั้งนี้ สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาล (Right to refuse medical treatment) ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยตามข้อ 3 (b)¹⁷ ว่าด้วยสิทธิในการกำหนดเจตจำนงของตนเองที่กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์มีสิทธิในการให้หรือถอนความยินยอมในวินิจฉัยโรคและการรักษาทุกกระบวนการ โดยผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจ ผู้ป่วยต้องเข้าใจชัดเจนในจุดประสงค์การรักษาผลของการรักษาและผลที่จะเกิดขึ้นกรณีที่ผู้ป่วยถอนหรือปฏิเสธความยินยอมในการรักษา อีกทั้งในข้อที่ 10 อันเป็นข้อสุดท้ายในปฏิญญานี้ บัญญัติรับรองสิทธิในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยว่า “ศักดิ์ศรีและสิทธิในความเป็นส่วนตัวต้องได้รับความเคารพตลอดเวลาในการรักษา โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมและคุณค่าของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานตามสถานการณ์ความรู้ในปัจจุบัน และมีสิทธิได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายอย่างมีมนุษยธรรม ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือในทุกวิถีทางเพื่อให้เสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและสงบเท่าที่จะเป็นไปได้”¹⁸ จึงเป็นความมุ่งหมายให้ผู้ป่วยตายดี คือ ไม่ถูกเทคโนโลยีทางการแพทย์ใด ๆ ที่เกินจำเป็นและไม่สมควรมายืดการตายไว้¹⁹

¹⁷World Medical Association Declaration of Lisbon on The Rights of The Patient ค.ศ. 2005, ข้อ 3 (b) โปรดดู World Medical Association, **WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient** [Online], available URL: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>, 2020 (June, 3).

¹⁸World Medical Association Declaration of Lisbon on The Rights of The Patient ค.ศ. 2005, ข้อที่ 10 โปรดดู World Medical Association, Ibid.

¹⁹เอกสารแนบท้าย ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553.

3. กฎหมายเกี่ยวกับการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยและไต้หวัน

3.1 กฎหมายเกี่ยวกับการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติมาตรา 12²⁰ ได้รับรองสิทธิให้บุคคลที่มีความสามารถตามกฎหมาย มีสิทธิสัมปชัญญะครบถ้วนบริบูรณ์แสดงเจตนาเป็นหนังสือเพื่อแจ้งความจำนงค์ที่จะไม่รับบริการสาธารณสุข ในกรณีหนึ่งกรณีใดหรือทั้งสองกรณี คือ

1) ไม่ประสงค์จะรับบริการในการบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต

2) ไม่ประสงค์จะรับบริการในการบริการสาธารณสุขหรือการรักษาพยาบาลที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อร่างกายตนเอง

ผู้แสดงเจตนาอาจแสดงความประสงค์ไว้ก่อนล่วงหน้าในช่วงเวลาที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยไม่จำเป็นต้องรอแสดงเจตนาเมื่อเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยโรคร้ายใด ๆ ผ่านการทำพินัยกรรมชีวิต (living will) หรือ หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (advance directive)²¹ เพื่อให้หนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวมีผลเมื่อผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัวหรือป่วยหนักจนไม่มีสติสัมปชัญญะหรือความสามารถที่จะแสดงเจตนาใด ๆ ต่อแพทย์ผู้ให้การรักษาได้

บริการสาธารณสุขที่ประสงค์จะไม่รับบริการตามมาตรา 12 นี้หมายความว่าถึงการรักษาใด ๆ ที่ไม่จำเป็น (Futile Treatment) และการใช้เครื่องพยุงชีพทั้งหมด²² เช่น การฝายปอดกึ่งชีพ การนวดหัวใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ยากระตุ้นหัวใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้สารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำ การล้างไต การให้เลือด เป็นต้น²³ รวมถึงการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิต

²⁰พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, มาตรา 12 บัญญัติว่า “ให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง.”

²¹รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, “การทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (advance directives) และการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care),” ใน นิติเวชศาสตร์และกฎหมายการแพทย์ (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2555), หน้า 187.

²²นพพล วิทย์วรพงศ์, เรื่องเดิม.

²³ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563, ข้อ 36.

ของผู้ป่วยในระยะยาว แต่มีผลเพียงช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไปเท่านั้น²⁴ นอกจากนี้ สิทธิของผู้ป่วย ผู้ทำพินัยกรรมชีวิตที่จะไม่รับบริการสาธารณสุขกรณีนี้ หมายถึงเฉพาะกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้น ดังนั้น จึงไม่รวมถึงผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ หรือโรคอื่นใดที่หมดสติ ไม่รู้สึกตัว แต่ไม่ได้อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งในกรณีดังกล่าว ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการบริการสาธารณสุขในการช่วยชีวิตจากแพทย์อย่างเต็มที่²⁵ ทั้งนี้ เมื่อการทำพินัยกรรมชีวิตมีผลสมบูรณ์ตามกฎหมายแล้ว ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยย่อมไม่มีความรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญาทั้งปวง²⁶ โดยวิธีการดำเนินการและรายละเอียดต่างๆ ของการทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 (“กฎกระทรวง พ.ศ. 2553”) โดยกฎกระทรวง พ.ศ. 2553 ได้กำหนดเนื้อความสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเขียนหนังสือแสดงเจตนา²⁷ ตัวอย่างเช่น การระบุข้อมูลส่วนตัวของผู้ทำหนังสือ วันเดือนปีที่ทำหนังสือ ชื่อ-นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน ผู้เขียน (กรณีให้บุคคลอื่นเขียน) และ บุคคลผู้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือกรณีที่ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ชัดเจน นอกจากนี้ ควรระบุประเภทของบริการ

²⁴เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553.

²⁵แสวงบุญเฉลิมวิภาส, **หลักการมาตรา 12 ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติคือสิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ** [Online], available URL: file:///C:/Users/Administrator/Downloads/%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%B2%2012%20%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%20%E0%B8%9E.%E0%B8%A3.%E0%B8%9A.%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%204%20%E0%B8%A1.%E0%B8%84.59.pdf, 2563 (มิถุนายน, 3).

²⁶พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, มาตรา 12 วรรคสาม บัญญัติว่า “เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง.”

²⁷โปรดดู กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, ข้อ 3.

สาธารณสุขที่ไม่ประสงค์จะได้รับ เช่น การผ่าตัด การใช้เคมีบำบัด การกู้ชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การล้างไต การถ่ายเลือด รวมถึงรายละเอียดอื่น ๆ อาทิ สถานที่ที่ต้องการเสียชีวิต เป็นต้น และลงลายมือชื่อของบุคคลผู้ทำหนังสือตลอดจนผู้เกี่ยวข้องในการทำหนังสือฉบับดังกล่าวไว้ รวมถึงการระบุสถานที่ทำหนังสือแสดงเจตนา²⁸ ตลอดจนกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายใกล้จะมาถึง²⁹

นอกจากนี้กฎกระทรวง พ.ศ. 2553 ยังได้กำหนดนิยามความหมายของคำว่า “บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย”³⁰ ไว้อีกด้วย เมื่อผู้ป่วยที่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาตามมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ไว้แล้ว ผู้ป่วยจะถูกลงมือไม่ได้รับการรักษาเพื่อพยุงชีพ (Withholding Life-Sustaining Treatment) หรือถูกระงับการรักษาหรือถูกถอดถอนการรักษาพยุงชีพ (Withdrawing Life-Sustaining Treatment) ซึ่งหมายถึง การไม่นำเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ใด ๆ เข้าไปดำเนินการช่วยชีวิตผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มแรก รวมถึงการหยุดการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เคยใช้เพื่อพยุงชีพผู้ป่วย และปล่อยให้อาการของโรคเป็นไปตามธรรมชาติ การดำเนินการของแพทย์ไม่มุ่งหวังการรักษาให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหายขาดจากโรค หรือมุ่งหวังให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีชีวิตยืนนานที่สุด หากแต่มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสงบตามธรรมชาติ อย่างไรก็ตาม การปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเองตามธรรมชาตินั้น ไม่ได้หมายความว่า เป็นการปล่อยปละละทิ้ง หรือ ไม่ให้การดูแลใด ๆ ต่อผู้ป่วย เนื่องจากกฎหมายบัญญัติให้ผู้ป่วยยังคงมีสิทธิได้รับการดูแลแบบประคับประคอง³¹

²⁸โปรดดู กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, ข้อ 4.

²⁹โปรดดู กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, ข้อ 6.

³⁰“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง.

³¹โปรดดู ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563.

ในส่วนนิยาม คำว่า วาระสุดท้ายของชีวิต³² หรือการเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น แม้ไม่อาจกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาได้อย่างชัดเจนเนื่องจากต้องเป็นการพิจารณาผู้ป่วยเป็นรายๆ ไปก็ตาม แต่โดยทั่วไปแล้วคำว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาให้มีอาการฟื้นคืนดีได้ วิทยาการทางการแพทย์ช่วยได้เพียงบรรเทาความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพหรืออาการของโรคที่ดำเนินอยู่เพียงชั่วคราว แต่ไม่อาจยับยั้งการลุกลามของโรคหรือสภาวะการทำงานของร่างกายที่น้อยลงไปเรื่อย ๆ และภาวะดังกล่าวกำลังนำไปสู่การเสียชีวิตในเวลาอีกไม่นาน เช่น ไม่กี่สัปดาห์ หรือไม่กี่เดือน เป็นต้น นอกจากนี้ ยังรวมถึงสภาพผักถาวร (persistent vegetative state หรือ (PVS)) เพราะเป็นสภาพที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาเครื่องมือ และวิทยาการทางการแพทย์ในการพยุงชีพ ไม่ว่าจะเป็นการให้สารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือด การใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยที่ผู้ป่วยไม่อาจดำรงชีพอยู่ได้หากปราศจากเครื่องมือทางการแพทย์ดังกล่าว³³

ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ออกประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเรื่องแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 (“ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553”) เพื่ออธิบายและกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข เช่น หมอ พยาบาล และโรงพยาบาล ในการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา โดยมีสาระสำคัญหลายประการ ยกตัวอย่างเช่น ในเบื้องต้นได้ระบุอย่างชัดเจนว่าการทำ

³² “วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น.

³³ เอกสารแนบท้าย ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553.

หนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไม่ใช่การทำการุณยฆาต (Mercy killing) แต่อย่างใด³⁴ นอกจากนี้ได้ให้คำแนะนำคุณสมบัติเรื่องอายุผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ให้ใช้เกณฑ์ 18 ปีบริบูรณ์ แต่หากเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองโดยชอบธรรม³⁵ อีกทั้งในส่วนคำแนะนำการจัดเก็บข้อมูลหนังสือแสดงเจตนา เพื่อให้หนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยไม่เสียเปล่าและได้ถูกรับทราบจากแพทย์ผู้ให้การรักษาในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยควรเก็บรักษาต้นฉบับหนังสือแสดงเจตนาไว้เอง และเมื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้รับหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย ให้ถ่ายสำเนาและให้ผู้ป่วยรับรองความถูกต้องของสำเนาหนังสือแสดงเจตนาเพื่อเก็บไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย หรือบันทึกไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล³⁶

สิทธิตามมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และกฎกระทรวง พ.ศ. 2553 ให้สิทธิแก่ผู้ป่วยที่แม้ว่าจะปฏิเสธการรักษาแล้ว ยังคงต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองทางการแพทย์ แต่เดิมกฎหมายทั้งสองฉบับข้างต้นก็ได้กำหนดความหมาย คำว่า “การดูแลรักษาแบบประคับประคอง” ไว้ทำให้กระหนการกำหนดงานด้านการดูแลรักษาแบบประคับประคองให้เป็นภารกิจของสถานพยาบาลของรัฐ และการจัดสรรงบประมาณของรัฐ ต่อมาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงได้ออกประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 (“ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563”) เพื่อรับรองสิทธิของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

³⁴โปรดดู คำแนะนำเบื้องต้น ในเอกสารแนบท้าย ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553.

³⁵โปรดดู คำอธิบายและแนวทางปฏิบัติงาน กฎกระทรวงข้อ 3 ในเอกสารแนบท้าย ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553.

³⁶โปรดดู คำอธิบายและแนวทางปฏิบัติงาน กฎกระทรวงข้อ 5 ในเอกสารแนบท้าย ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553.

และรองรับมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ อีกทั้งเพื่อขยายความกฎกระทรวง พ.ศ. 2553 โดยในข้อ 19 ของเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563 ฉบับนี้ อธิบาย การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือ

“การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัดเยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนกระทั่งเสียชีวิตโดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้ อาจจัดบริการ ทั้งในและนอกสถานบริการ...หมายรวมถึง การดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่า เป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถ รักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือน หรือหลายปีก่อน จะเสียชีวิต โดยไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต”

นอกจากนี้ ในข้อ 43 ของเอกสารดังกล่าว³⁷ ได้อธิบายถึงการลดระดับความรู้สึกตัวในระยะ ใกล้เสียชีวิต (Palliative Sedation) ซึ่งเป็นการดูแลแบบประคับประคองรูปแบบหนึ่งที่มักใช้กับผู้ป่วย ที่ใกล้เสียชีวิตโดยการให้ยานอนหลับเพื่อลดระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย มักใช้เมื่อการใช้ยาแก้ปวด รุนแรงไม่เป็นผล หรือไม่มีทางอื่นที่จะลดความทรมานของผู้ป่วยได้แล้ว โดยแพทย์จะให้ยานอนหลับ อย่างเข้มข้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเจ็บปวดทรมานและลดความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผลทางอ้อมที่เกิดขึ้น คือ เมื่อการลดระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยถึงจุดหนึ่ง ผู้ป่วยอาจจะขาดน้ำและ อาหาร และส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด

กฎกระทรวง พ.ศ.2553 ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ของผู้ป่วยเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยไว้ว่า ในกรณีที่ผู้ป่วย ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้า เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการ เจ็บป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารใด ๆ ได้ ให้แพทย์อธิบายถึงภาวะความเป็นไปของโรค และรายละเอียด ของหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยให้แก่บุคคลที่ผู้ป่วยระบุชื่อในหนังสือแสดงเจตนาให้ทำหน้าที่ อธิบายความประสงค์แท้จริงกรณีหนังสือแสดงเจตนามีความไม่ชัดเจน หรืออธิบายแก้แค้นของผู้ทำ หนังสือแสดงเจตนา ก่อนที่แพทย์จะดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาต่อไป และหากมีปัญหาใด ๆ ในการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาปรึกษากับบุคคลข้างต้น โดยให้คำนึงถึง

³⁷การลดระดับความรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต (Palliative Sedation) “การบำบัดโดยการให้ยาลดระดับ ความรู้สึกตัว หรือทำให้ไม่รู้สึกตัว แก่ผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่มีความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรงหรือจัดการลำบาก และจัดการด้วยวิธีการอื่นไม่สำเร็จ.”

เจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นสำคัญ³⁸ อย่างไรก็ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และกฎกระทรวง พ.ศ. 2553 หรือกฎหมายลำดับรองฉบับอื่น ๆ ไม่ได้มีบทบัญญัติถึงกรณีว่าบุคคลใดจะเป็นผู้มีอำนาจในการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า

ในกรณีที่มิมีปัญหาการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเนื่องจากแพทย์ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาในขณะที่ผู้แสดงเจตนาไม่สามารถให้ความยินยอมเนื่องจากไม่สามารถสื่อสารได้แล้ว ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 กำหนดว่า ให้แพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับผู้ที่ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา แต่หากผู้แสดงเจตนาไม่ได้รับรู้ผู้ที่ทำหน้าที่ดังกล่าวไว้ในหนังสือแสดงเจตนา ให้แพทย์ปรึกษากับญาติใกล้ชิด หากไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันได้ ให้แพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาคำนึงถึงเจตนาของผู้ป่วย³⁹ และหลักการดูแลแบบประคับประคองเป็นสำคัญ⁴⁰ หากแพทย์ได้ดูแลรักษาผู้แสดงเจตนาตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งได้ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยตามหนังสือแสดงเจตนาในการปฏิเสธการรักษาแล้ว แพทย์ย่อมไม่มีความผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา⁴¹ นอกจากนี้ การที่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้าย แพทย์ที่ไม่ยินยอมปฏิบัติตามหนังสือดังกล่าว

³⁸โปรดดู กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, ข้อ 6.

³⁹โปรดดู กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, ข้อ 6 (3).

⁴⁰โปรดดู คำอธิบายและแนวทางปฏิบัติงาน กฎกระทรวงข้อ 5 ในเอกสารแนบท้าย ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553.

⁴¹โปรดดู คำอธิบายและแนวทางปฏิบัติงาน กฎกระทรวงข้อ 6 (3) และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา ในเอกสารแนบท้าย ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553.

ก็ไม่ถือว่ามีความผิดตามกฎหมายเช่นเดียวกัน หากได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาแล้ว อย่างไรก็ตามแพทย์ยังมีหน้าที่แจ้งให้ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลที่ไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา⁴² ในกรณีนี้โรงพยาบาลอาจมีการพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อให้ความเห็นทางวิชาการและให้คำแนะนำในกรณีที่แพทย์ผู้ทำการรักษาและญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีความเห็นไม่ตรงกันในเรื่องดังกล่าว⁴³ โดยคณะกรรมการจริยธรรมอาจมีองค์ประกอบจากบุคคลสามฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย ฝ่ายญาติผู้ป่วย และฝ่ายคนกลางซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นักกฎหมาย นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น⁴⁴

3.2 กฎหมายเกี่ยวกับการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติของไต้หวัน

ไต้หวันมีการบัญญัติกฎหมาย⁴⁵ เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาในกรณีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้เป็นการเฉพาะ คือ กฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Hospice Palliative Care Act 2000) (“กฎหมายเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง”) ซึ่งได้ให้ความหมายของ “การดูแลแบบประคับประคอง” หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในทางการแพทย์เพื่อลดและกำจัดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁴⁶

⁴²โปรดดู คำอธิบายและแนวทางปฏิบัติงานประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาในเอกสารแนบท้าย ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553.

⁴³โปรดดู คำอธิบายและแนวทางปฏิบัติงาน กฎกระทรวงข้อ 6 (3) ในเอกสารแนบท้าย ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553.

⁴⁴ยงยุทธ ภูประดับกฤต, การตายดี: สิทธิซึ่งทุกคนพึงได้รับกับปัญหาในทางปฏิบัติ [Online], available URL: <https://www.krisdika.go.th/data/activity/act13459.pdf>, 2563 (มิถุนายน, 3).

⁴⁵ระบบกฎหมายของไต้หวัน เป็นระบบประมวลกฎหมาย (Civil Law Legal System) เช่นเดียวกับประเทศไทย ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ Xiaomeng Zhang, Taiwan Legal Research Guide [Online], available URL: <https://www.nyulawglobal.org/globalex/Taiwan.html#iii3>, 2021 (May, 17).

⁴⁶Hospice Palliative Care Act, Article 3.

ตามกฎหมายฉบับนี้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจเขียนหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองหรือการรักษาเพื่อยืดชีวิต⁴⁷ โดยหนังสือแสดงเจตนาต้องระบุชื่อ⁴⁸ เลขประจำตัวประชาชน และภูมิลำเนาหรือที่อยู่ เจตนาเกี่ยวกับการเลือกการดูแลแบบประคับประคอง หรือการรักษาเพื่อยืดชีวิต และเนื้อหาที่ประสงค์จะระบุ วันที่เขียนหนังสือแสดงเจตนา และลงนามโดยผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา⁴⁹ นอกจากนี้ ผู้ทำหนังสืออาจกำหนดตัวผู้แทนทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้าโดยระบุรายละเอียดไว้ในหนังสือแสดงเจตนา⁵⁰ ทั้งนี้ ผู้แทนดังกล่าวอาจลงนามในการแสดงเจตนาแทนผู้ทำหนังสือกรณีที่ผู้ทำหนังสือไม่สามารถลงนามด้วยตนเองได้⁵¹ โดยทั่วไปแล้วหนังสือแสดงเจตนาสามารถทำขึ้นโดยบุคคลบรรลุนิติภาวะและมีความสามารถทางกฎหมาย โดยอาจเขียนหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า⁵² แต่ในกรณีของหนังสือแสดงเจตนาที่ทำโดยผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม (legal representative) ในกรณีที่ผู้เยาว์ไม่สามารถแสดงเจตนาได้ ผู้แทนโดยชอบธรรมจะเป็นผู้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนา⁵³

สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกไม่รับการกู้ชีพโดยการทำให้หัวใจเต้นอีกครั้ง⁵⁴ หรือการรักษาเพื่อยืดชีวิต⁵⁵ (เลือกการดูแลแบบประคับประคอง) แพทย์อาจยุติหรือถอนการกู้ชีพหรือการรักษาเพื่อยืดชีวิตที่ได้ดำเนินการไปแล้วออกไป อย่างไรก็ดี บุคคลดังกล่าวจะต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2 คน และต้องมีหนังสือแสดงเจตนาที่ได้ลงนามแล้ว⁵⁶

⁴⁷Hospice Palliative Care Act, Article 4 paragraph 1.

⁴⁸Hospice Palliative Care Act, Article 4 paragraph 2.

⁴⁹Hospice Palliative Care Act, Article 3 “ผู้ตัดสินใจ” คือ บุคคลผู้เขียนหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกการดูแลแบบประคับประคอง หรือการรักษาเพื่อยืดชีวิต.

⁵⁰Hospice Palliative Care Act, Article 5 paragraph 2.

⁵¹Hospice Palliative Care Act, Article 5 last paragraph.

⁵²Hospice Palliative Care Act, Article 5.

⁵³Hospice Palliative Care Act, Article 7 paragraph 1, 2.

⁵⁴Hospice Palliative Care Act, Article 3 “การกู้ชีพโดยการทำให้หัวใจเต้นอีกครั้ง” หมายถึง การนำกระบวนกรปฐมพยาบาลตามหลักมาตรฐานหรือวิธีการรักษาฉุกเฉินอื่น ๆ มาใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยซึ่งทราบกำหนดการมีชีวิตอยู่ของตนเองหรือผู้ป่วยที่ปราศจากสัญญาณชีพแล้ว ซึ่งรวมถึงการใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal intubation) การปั๊มหัวใจ (chest compression) การฉีดยากู้ชีพ (injection of resuscitation drugs) การกระตุกหัวใจโดยใช้ไฟฟ้า (external defibrillation) การใช้เครื่องช่วยหัวใจเทียม (artificial cardiac pacing) การเป่าลมเข้าปาก (mouth-to-mouth ventilation) และการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator) ฯลฯ.

⁵⁵Hospice Palliative Care Act, Article 3 “การรักษาเพื่อยืดชีวิต” Life-sustaining treatment (LST) หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์เพื่อรักษาสัญญาณชีพของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อยืดการตายโดยไม่มีผลในการรักษาโรค.

⁵⁶Hospice Palliative Care Act, Article 7 paragraph 1, 2.

ในประเด็นผู้มีอำนาจตามกฎหมายได้หวั่นในการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า กฎหมายได้กำหนดว่า ในกรณีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งไม่ได้สติหรือไม่อาจแสดงเจตนาอย่างชัดเจนที่ยังไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวไว้ ญาติใกล้ชิดอาจลงนามให้ความยินยอมแทนได้ โดยความยินยอมของญาติใกล้ชิดต้องไม่ขัดแย้งกับการแสดงเจตนาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้สึกตัว หรือไม่สามารถแสดงเจตนาได้⁵⁷ ทั้งนี้ ความยินยอมของญาติใกล้ชิดอาจทำได้โดยบุคคลเพียงคนเดียว ในกรณีที่ไม่มีความเห็นเป็นเอกฉันท์ในหมู่ญาติใกล้ชิด โดยให้ยึดลำดับความสำคัญตามลำดับญาติ โดยกฎหมายได้หวั่นได้กำหนดลำดับความสำคัญของญาติใกล้ชิดไว้ดังนี้

- 1) คู่สมรส
- 2) บุตรและหลานที่บรรลุนิติภาวะแล้ว
- 3) บิดามารดา
- 4) พี่น้อง
- 5) ปู่ย่าตายาย
- 6) ทวด, เหลน หรือญาติลำดับชั้นที่สามที่ร่วมสายเลือดเดียวกัน (third-degree collateral relative by blood)

7) ญาติโดยการสมรสโดยตรงในลำดับชั้นแรก (first-degree direct relation by marriage)⁵⁸ โดยหากความยินยอมของญาติใกล้ชิดในลำดับต่ำกว่าขัดกับเจตนาของญาติใกล้ชิดในลำดับสูงกว่า ญาติใกล้ชิดในลำดับสูงกว่าต้องแสดงเจตนาเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนการไม่ใช้ การยุติ หรือการถอน การกู้ชีพโดยการทำให้หัวใจเต้นอีกครั้ง⁵⁹ หรือการรักษาเพื่อยืดชีวิต⁶⁰ สำหรับผู้ที่ไม่มียุติญาติใกล้ชิด

⁵⁷Hospice Palliative Care Act, Article 7 paragraph 3.

⁵⁸Hospice Palliative Care Act, Article 7 paragraph 4.

⁵⁹“การกู้ชีพโดยการทำให้หัวใจเต้นอีกครั้ง” (Cardiopulmonary resuscitation (CPR)) หมายถึง การนำ กระบวนการปฐมพยาบาลตามหลักมาตรฐานหรือวิธีการรักษาฉุกเฉินอื่น ๆ มาใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วย ซึ่งทราบกำหนดการมีชีวิตอยู่ของตัวเองหรือผู้ป่วยที่ปราศจากสัญญาณชีพแล้ว ซึ่งรวมถึงการใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal intubation) การปั๊มหัวใจ (chest compression) การฉีดยากู้ชีพ (injection of resuscitation drugs) การกระตุก หัวใจโดยใช้ไฟฟ้า (external defibrillation) การใช้เครื่องช่วยหัวใจเทียม (artificial cardiac pacing) การเป่าลม เข้าปาก (mouth-to-mouth ventilation) และการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator) ฯลฯ.

⁶⁰Hospice Palliative Care Act, Article 3 “การตัดสินใจรับการรักษาเพื่อยืดชีวิต” หมายถึง ทางเลือก ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการรับการกู้ชีพโดยการทำให้หัวใจเต้นอีกครั้ง หรือการรักษาเพื่อยืดชีวิต และ Hospice Palliative Care Act, Article 7 paragraph 4.

ให้ความยินยอม คณะผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะเป็นผู้พิจารณา และจะมีการออกคำแนะนำของแพทย์⁶¹ โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้แทน⁶²

ต่อมาในปี ค.ศ. 2015 ได้ผ่านกฎหมาย “Patient Autonomy Act” ซึ่งมีผลใช้บังคับในปี ค.ศ. 2018 โดยมีบทบัญญัติให้ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการรักษาตามความประสงค์ของตนได้โดยคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill), ผู้ป่วยในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวที่ไม่สามารถกลับคืนภาวะปกติได้ (irreversibly comatose), ผู้ป่วยสภาพผักถาวร (permanent vegetative state), ผู้ป่วยที่ทรมาณจากสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (suffering from terminal dementia) หรือ ผู้ป่วยที่เผชิญกับอาการและความเจ็บปวดจากโรคอื่นใดที่ยากจะรักษา (intractable symptoms and suffering)⁶³ ในการตัดสินใจโดยอิสระ และให้การรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการแจ้งข้อมูล, การมีเสรีภาพในการเลือกและตัดสินใจในการวินิจฉัยโรคและทางเลือกในการรักษาพยาบาลของตนเองผ่านการวางแผนการรักษาล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล หากผู้แสดงเจตนากลายเป็นผู้ป่วยประเภทใดในห้าประการดังกล่าวในภายหลัง⁶⁴ กฎหมายฉบับนี้ขยายความคุ้มครองจาก Hospice Palliative Care Act 2000 ที่ให้ความคุ้มครองกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) เท่านั้น แต่ Patient Autonomy Act มีผลใช้บังคับทั้งผู้ป่วยในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวที่ไม่สามารถกลับคืนภาวะปกติได้, ผู้ป่วยสภาพผักถาวร, ผู้ป่วยที่ทรมาณจากสมองเสื่อมระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่เผชิญกับอาการและความเจ็บปวดจากโรคอื่นใดที่ยากจะรักษาด้วย

ในไต้หวัน ประเด็นเรื่องการรณุญาต (euthanasia) เริ่มเป็นที่ถกเถียงและได้รับความสนใจอย่างมากเนื่องมาจากกรณีของ Wang Xiao min นักเรียนมัธยมปลายและวาทกรของวงโยธวาทิตของโรงเรียน วัย 17 ปี ถูกแท็กชีนระหว่างทางไปโรงเรียนทำให้ต้องตกอยู่ในสภาพผักถาวรและมีชีวิตอยู่ยาวนานครึ่งศตวรรษ และในที่สุดถึงแก่กรรมในปี ค.ศ. 2010 เมื่ออายุ 64 ปี เหตุการณ์นี้เป็นกรณีแรกที่ได้มีการยื่นขอการรณุญาตในไต้หวัน ด้วยภาระที่ต้องดูแลเธอจนตาย มารดาของ Wang เมื่อยังมีชีวิตอยู่ จึงขอให้ไต้หวันให้ความสนใจในประเด็นการรณุญาตมากขึ้น ส่งผลให้มีการตรา the Hospice Palliative Care Act อันเป็นก้าวแรกในการทำให้กฎหมายเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธการรักษา (passive euthanasia) ได้เกิดขึ้น⁶⁵

⁶¹Hospice Palliative Care Act, Article 7 paragraph 3.

⁶²Hospice Palliative Care Act, Article 7 last paragraph.

⁶³Shao-Yi Cheng, Ching-Yu Chen, and Tai-Yuan Chiu, เรื่องเดิม, หน้า 293.

⁶⁴Chun-Ying Cho, เรื่องเดิม, หน้า 286-287.

⁶⁵Med Crave, Hospice & Palliative Medicine International Journal [Online], available URL: <https://medcraveonline.com/HPMIJ/HPMIJ-02-00108,2020> (June, 3).

นอกจากนี้ ในปี ค.ศ. 2016 Fu Da-jen อดีตโฆษกกีฬาชื่อดังวัย 84 ปีป่วยเป็นมะเร็งตับอ่อนได้เขียนจดหมายถึงประธานาธิบดีไต้หวันเพื่อสนับสนุนกฎหมายการุณยฆาต (active euthanasia) โดยกล่าวว่า “การออกกฎหมายเท่านั้นที่สามารถลดจำนวนคนที่ตายทั้งเป็น (living dead) จำนวนมากในไต้หวันได้” อย่างไรก็ตาม ในวันที่ 7 มิถุนายน 2018 เขาได้รับการช่วยเหลือการฆ่าตัวตายทางการแพทย์ (physician-assisted suicide) ในสวิตเซอร์แลนด์ โดยถือเป็นชาวไต้หวันคนแรกที่ตัดสินใจใช้สิทธิการตายกรณีนี้ และการตัดสินใจของเขาทำให้เกิดกระแสทั้งในไต้หวันและประเทศจีน⁶⁶ ทั้งนี้ในปี ค.ศ. 2016 จำนวนคนไต้หวันที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองในปีก่อนที่จะเสียชีวิตนั้นเพิ่มขึ้นมากกว่า 30,000 รายเป็นครั้งแรก แนวโน้มดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนโดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยสถิติเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับห้าปีก่อนหน้า⁶⁷

4. ปัญหาการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติและข้อเสนอแนะ

จากการเปรียบเทียบกฎหมายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยและไต้หวัน ผู้เขียนพบว่า มีหลักการที่คล้ายคลึงกันหลายประการ เช่น การกำหนดหลักเกณฑ์ความสามารถ และรายละเอียดในการทำหนังสือแสดงเจตนา อย่างไรก็ตาม กฎหมายสุขภาพแห่งชาติของไทยนั้น ยังคงมีปัญหาบางประการที่ควรได้รับการแก้ไขโดยอาจใช้วิธีการเทียบเคียงกับกฎหมายไต้หวันได้ในบางส่วน โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับผู้มีอำนาจตามกฎหมายในการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วย

⁶⁶Zhang Di, *Why China Should Start Planning for Legal Euthanasia* [Online], available URL: <https://www.sixthtone.com/news/1003690/why-china-should-start-planning-for-legal-euthanasia>, 2020 (June, 3) และในปัจจุบันไต้หวันยังคงยอมรับเฉพาะกฎหมายเรื่องสิทธิในการปฏิเสธการรักษา (Right to refuse medical treatment) หรือ (passive euthanasia) เท่านั้น.

⁶⁷แม้ว่า Patient Autonomy Act จะประสบความสำเร็จในการส่งเสริมให้คนไต้หวันทำพินัยกรรมชีวิตหรือการวางแผนตัดสินใจทางการแพทย์ล่วงหน้า แต่ปัญหาที่ยังคงเกิดขึ้น คือ สมาชิกในครอบครัวฝ่าฝืนความประสงค์ผู้ป่วยที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองโดยเรียกร้องให้แพทย์ทำทุกทางเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ เนื่องจากกฎหมายไต้หวันไม่ได้กำหนดบทลงโทษใด ๆ กรณีการฝ่าฝืนเจตนาของผู้ป่วย และ Yiting Lin, *Asia's First 'Natural Death' Law, Will Taiwan be Ready?* [Online], available URL: <https://english.cw.com.tw/article/article.action?id=1975,2020> (June, 3).

4.1 ปัญหาเกี่ยวกับผู้มีอำนาจตามกฎหมายในการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า

กฎกระทรวง พ.ศ. 2553 กำหนดว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยทำพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้า เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ ให้แพทย์อธิบายภาวะความเป็นไปของโรค และรายละเอียดของหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยให้แก่บุคคลที่ผู้ป่วยระบุชื่อในหนังสือแสดงเจตนาให้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์แท้จริงหรือแก่ญาติของผู้ป่วย ก่อนที่แพทย์จะดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาต่อไป และหากมีปัญหาใด ๆ ในการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาปรึกษากับบุคคลดังกล่าว ในการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา

อย่างไรก็ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และกฎกระทรวง พ.ศ. 2553 ไม่ได้มีบทบัญญัติถึงกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต หรือหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า จึงเกิดปัญหาว่าเมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสถานะที่จะปฏิเสธการรักษาใด ๆ ด้วยตนเองได้แล้ว ในทางกฎหมาย บุคคลใดจะเป็นผู้ให้ความยินยอมในการปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วย โดยในทางปฏิบัติ⁶⁸ แพทย์จะสอบถามการตัดสินใจเพื่อขอความยินยอมจากญาติใกล้ชิด⁶⁹ แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ญาติใกล้ชิดมีความเห็นแตกต่างกันในการให้ความยินยอมในการปฏิเสธการรักษา โดยฝ่ายหนึ่งอยากให้ใช้เครื่องพยุงชีพผู้ป่วยต่อไปเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ยาวนานที่สุด แต่อีกฝ่ายอาจเห็นว่าการใช้เครื่องพยุงชีพพันธุนาการผู้ป่วยต่อไปเป็นการก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วย จึงเกิดเป็นปัญหาว่าในกรณีเช่นนี้นักบุคคลใดจะเป็นผู้มีอำนาจตามกฎหมายตัดสินใจแทนผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ในประเด็นปัญหานี้หากพิจารณากฎหมายของไต้หวันในกรณีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งไม่ได้สติหรือไม่อาจแสดงเจตนาอย่างชัดเจนที่ยังไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ญาติใกล้ชิดอาจลงนามให้ความยินยอมแทนได้ แต่ความยินยอมของญาติใกล้ชิดต้องไม่ขัดแย้งกับการแสดงเจตนาของผู้ป่วยระยะท้ายที่ให้ไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะไม่รู้สีกตัว หรือไม่สามารถแสดงเจตนาได้ โดยให้ยึดลำดับความสำคัญตามลำดับญาติ ได้แก่ คู่สมรส บุตรและหลานที่บรรลุนิติภาวะแล้ว บิดามารดา พี่น้อง ปู่ย่าตายาย ทวด, หลาน หรือญาติลำดับขั้นที่สามที่ร่วมสายเลือดเดียวกัน ญาติโดยการสมรสโดยตรงในลำดับขั้นแรก

⁶⁸แสวง บุญเฉลิมวิภาส และเอนก ยมจินดา, กฎหมายการแพทย์, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2546), หน้า 156. และโปรดดู ความเห็นของ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, เรื่องเดิม, หน้า 55-60.

⁶⁹นักกฎหมายบางส่วนเห็นว่าตามกฎหมายของประเทศไทย ญาติของผู้ป่วยไม่มีสิทธิในทางกฎหมายให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการรักษาผู้ป่วย เพราะอาจส่งผลเป็นประทุษร้ายกับผู้ป่วยได้ แต่ผู้มีอำนาจตัดสินใจ คือ แพทย์ โดยคำนึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย โปรดดู นันทน อินทนนท์, เรื่องเดิม.

ตามลำดับ กรณีผู้ที่ไม่มีญาติใกล้ชิดให้ความยินยอม แพทย์จะออกคำแนะนำให้แทน โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากกฎหมายของไต้หวัน เห็นได้ว่า มีการกำหนดลำดับความสำคัญของญาติเรียงตามลำดับตามความใกล้ชิดและความผูกพันทางสายเลือดเป็นผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยระยะสุดท้ายในขณะที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมเองได้ ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาการกำหนดอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยเพื่อมิให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ตลอดจนป้องกันการฟ้องร้องผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุขในกรณีที่ญาติของผู้ป่วยมีความเห็นต่างกันในเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้ไต้หวันและประเทศไทยต่างเป็นประเทศในเอเชียที่มีความเชื่อ ประเพณีวัฒนธรรม ให้ความสำคัญต่อคนใกล้ชิดในครอบครัว นับถือพุทธศาสนาเป็นศาสนาหลัก การนำเอาแนวทางการกำหนดบุคคลผู้มีอำนาจตัดสินใจ โดยยึดตามลำดับความใกล้ชิดต่อตัวผู้ป่วยและความผูกพันทางสายเลือด จึงน่าจะสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมและสังคมไทย และอาจลดข้อขัดแย้งระหว่างญาติของผู้ป่วยในกรณีที่เห็นแตกต่างกันให้ยุติลงได้นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในทางปฏิบัติของประเทศไทย ญาติใกล้ชิดหรือบุคคลในครอบครัวก็มักจะเป็นผู้ตัดสินใจเรื่องดังกล่าวแทนผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับบทบัญญัติในเรื่องนี้ของไต้หวัน ดังนั้น ผู้เขียนจึงเห็นควรเสนอให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย หรือออกประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติฉบับใหม่ เพื่อกำหนดลำดับญาติใกล้ชิดผู้มีอำนาจแสดงเจตนาตามกฎหมายแทนผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยอาจนำกฎหมายมรดกในเรื่องลำดับของทายาทโดยธรรมตามมาตรา 1629⁷⁰ แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาพิจารณาเทียบเคียง เนื่องจากหากพิจารณาการเรียงลำดับทายาทโดยธรรมตามมาตรา 1629 จะเห็นได้ว่า เป็นการเรียงลำดับตามความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดสะท้อนภาพความเป็นจริงโดยทั่วไปในครอบครัวของสังคมไทย

⁷⁰ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, มาตรา 1629 บัญญัติว่า “ทายาทโดยธรรมมีהלดับเท่ากัน และภายใต้บังคับแห่งมาตรา 1630 วรรค 2 แต่ละลำดับมีสิทธิได้รับมรดกก่อนหลังดังต่อไปนี้ คือ

- (1) ผู้สืบสันดาน
- (2) บิดามารดา
- (3) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
- (4) พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน
- (5) ปู่ ย่า ตา ยาย
- (6) ลุง ป้า น้า อา

คู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่นั้นก็เป็นทายาทโดยธรรมภายใต้บังคับของบทบัญญัติพิเศษแห่งมาตรา 1635.”

4.2 ปัญหาการไม่มีหลักเกณฑ์ที่กำหนดชัดเจนกรณีการดูแลรักษาแบบประคับประคองโดยการลดระดับการรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต (Palliative Sedation)

การลดระดับการรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต (Palliative Sedation) คือ “การบำบัดโดยการให้ยาลดระดับความรู้สึกตัว หรือทำให้ไม่รู้สึกตัวแก่ผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่มีความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรงหรือจัดการลำบาก และจัดการด้วยวิธีการอื่นไม่สำเร็จ”⁷¹ การลดระดับการรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิตด้วยเจตนาลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ถูกจริยธรรม⁷²

แม้ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563 จะยอมรับการลดระดับการรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต ด้วยเจตนาลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ถูกจริยธรรม และชอบด้วยกฎหมายก็ตาม แต่กฎหมายสุขภาพแห่งชาติก็ไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนเพื่อวางแนวทางการดูแลประคับประคองในรูปแบบนี้ ทั้ง ๆ ที่เป็นประเด็นที่มีความทับซ้อนทางจริยธรรม⁷³

การขาดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการกำหนดการดูแลประคับประคองรูปแบบนี้อาจนำมาสู่ข้อขัดแย้งว่า การลดระดับการรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต เป็นการดูแลแบบประคับประคองรูปแบบหนึ่งตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563 หรือเป็นการุณยฆาต (active euthanasia) รูปแบบหนึ่ง⁷⁴ ดังนั้น ควรออกกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์ในการกำหนดการดูแลประคับประคองรูปแบบนี้ให้ชัดเจนเพื่อป้องกันข้อขัดแย้งในอนาคต

⁷¹โปรดดู ข้อ 43 ในเอกสารแนบท้าย ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563.

⁷²โปรดดูเชิงอรรถที่ 19 และ 21 เอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563.

⁷³การลดระดับการรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิตยังคงเป็นเรื่องที่มีความขัดแย้งทางจริยธรรม การดูแลแบบประคับประคองในรูปแบบดังกล่าวมักใช้กับผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตที่ประสบความเจ็บปวดทรมานจากพยาธิสภาพและอาการของโรคอย่างรุนแรง และการให้ยาแก้ปวดชนิดรุนแรงไม่เป็นผล หรือไม่มีทางอื่นที่จะลดความทรมานของผู้ป่วยได้แล้วแพทย์ผู้ดูแลจึงให้ยานอนหลับชนิดเข้มข้นอย่างต่อเนื่องเพื่อลดระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลงลดความทุกข์ทรมานและช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้ การหยุดให้อาหารและน้ำจึงเป็นทางเลือกหนึ่ง ในการลดระดับความรู้สึกตัวอย่างไรก็ตาม ผลทางอ้อมที่เกิดขึ้น คือ เมื่อลดระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยถึงจุดหนึ่ง ผู้ป่วยจะขาดน้ำและอาหารและส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด โปรดดู นพพล วิทยวรพจน์, เรื่องเดิม, หน้า 26-27.

⁷⁴เนื่องจากเจตนาของแพทย์ในการให้การดูแล Palliative Sedation เป็นเรื่องที่พิสุจน์ได้ยาก หากแพทย์มีเจตนาทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย จะถือเป็นการุณยฆาตอย่างช้า (Slow Euthanasia) โปรดดู Bert Broeckert, “Palliative sedation, physician-assisted suicide, and euthanasia: “Same, same but different”?,” *The American Journal of Bioethics* 11, 6 (June 2011): 62-64 อ้างถึงใน นพพล วิทยวรพจน์, เรื่องเดียวกัน, หน้า 53-54.

5. บทส่งท้าย

แม้ว่าสิทธิปฏิเสธรักษาตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติของไทย จะมีพัฒนาการเติบโตจากเริ่มแรกที่มาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติได้เกิดขึ้นและถูกนำเสนอต่อสังคมในรูปแบบของการทำพินัยกรรมชีวิต สืบกว่าปีที่สิทธิการปฏิเสธการรักษาเป็นที่รู้จักในสังคมไทยจนกระทั่งพัฒนาการล่าสุด คือ การมีค่านิยมที่ชัดเจนของ “การดูแลแบบประคับประคอง” ซึ่งช่วยส่งเสริมการพัฒนาระบบสาธารณสุขและองค์ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้แพร่ขยายมากขึ้น โดยรองรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศ⁷⁵ อย่างไรก็ตาม สิทธิปฏิเสธรักษาตามมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ยังคงไม่เป็นที่รับรู้ในวงกว้างของสังคมไทยเท่าใดนัก ข้อท้าทายประการสำคัญของวงการสาธารณสุขไทยในเรื่องนี้ คือ การประชาสัมพันธ์ให้คนไทยรับรู้โดยกว้างขวางถึงสิทธิปฏิเสธรักษาและประโยชน์ของพินัยกรรมชีวิต รวมถึงพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวให้เป็นที่รับรู้ต่อผู้ให้บริการสาธารณสุข มิฉะนั้นหนังสือแสดงเจตนาที่ผู้ป่วยทำไว้ก็คงเสียเปล่า หากผู้ที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลไม่ทราบว่าผู้ป่วยได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการประชาสัมพันธ์ ตลอดจนการจัดเก็บและแสดงผลกรณีที่ผู้ป่วยได้ทำพินัยกรรมชีวิตเป็นอีกหนึ่งแนวทางของได้หวั่นที่อาจนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยได้หวั่นใช้วิธีการบันทึกข้อมูลหนังสือแสดงเจตนาไว้ในบัตรประจำตัวของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (IC Card)⁷⁶ ซึ่งมีขนาดเท่าบัตรประชาชน เมื่อผู้ป่วยเข้าใช้บริการต้องแสดงบัตรดังกล่าวนี้ต่อโรงพยาบาล ข้อมูลทางการแพทย์ทั้งหมดของผู้ป่วยรวมถึงข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนา ก็จะถูกรับทราบจากผู้ให้บริการสาธารณสุขได้โดยง่าย การนำเอาแนวทางการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเก็บข้อมูลสุขภาพดังกล่าวของได้หวั่น อาจนำมาใช้ร่วมกับแอปพลิเคชันที่มีข้อมูลสุขภาพที่แพร่หลายกับคนไทยโดยทั่วไป เช่น เป่าตัง หรือ หมอพร้อม จึงน่าจะเป็นอีกหนึ่งแนวทางที่ช่วยทำให้สิทธิปฏิเสธรักษาตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติของไทยเกิดการใช้งานในความเป็นจริงได้เพิ่มมากขึ้น

⁷⁵Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ, คกก.สุขภาพชาติเห็นชอบค่านิยม ‘การดูแลแบบประคับประคอง’ รองรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย [Online], available URL: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18113>, 2563 (มิถุนายน, 3).

⁷⁶Rong-Chi Chen, “The Spirit of Humanism in Terminal Care: Taiwan Experience,” *The Open Area Studies Journal* 2 (March 2009): 9.

บรรณานุกรม

- จรัญ โฆษณานันท์. **สิทธิมนุษยชนไร้พรมแดน**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติธรรม, 2559.
- นันทน อินทนนท์. “ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ.” *บทบัณฑิตย* 57, 4 (ธันวาคม 2544): 129-157.
- นพพล วิทย์วรพงศ์. **การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตกับสังคมไทย: บทเรียนจากประสบการณ์ของต่างประเทศ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ, 2563.
- นิรมัย พิเศษ มั่นจิตร์. **กฎหมายว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการทางด้านสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2561.
- บัณฑิต บุญกระตือ. “มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพชาติ พ.ศ. 2550 ในมุมมองทางมหาชน.” *วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์*, 2557.
- ปิติพร จันทรทัต ณ ออยุธยา. **ตายอย่างมีศักดิ์ศรี**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546.
- ยงยุทธ ภู่อดับกฤต. **การตายดี: สิทธิซึ่งทุกคนพึงได้รับกับปัญหาในทางปฏิบัติ** [Online]. Available URL: <https://www.krisdika.go.th/data/activity/act13459.pdf>, 2563 (มิถุนายน, 3).
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. “การทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (advance directives) และการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care).” ใน *นิติเวชศาสตร์และกฎหมายการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2555.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. **กฎหมายการแพทย์สมัยใหม่**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2561.
- _____. “สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา-สิทธิที่จะตาย.” *ศุลพาฬ* 56, 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2552): 56-58.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. “สิทธิปฏิเสธการรักษาในระยะท้ายของชีวิตกับปัญหาในทางปฏิบัติ.” ในงาน *วิชาการรำลึกศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์ ครั้งที่ 24. จัดโดยคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพมหานคร, 2562, หน้า 49.*
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส และเอนก ยมจินดา. **กฎหมายการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2546.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. **หลักการมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือ สิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ** [Online]. Available URL: <file:///C:/Users/Administrator/Downloads/%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%B2%2012%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%20%E0%B8%9E.%E0%B8%A3.%E0%B8%9A.%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%204%20%E0%B8%A1.%E0%B8%84.59.pdf>, 2563 (มิถุนายน, 3).

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.

กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553.

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563.

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563.

Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ, คกก.สุขภาพชาติเห็นชอบคำนิยาม ‘การดูแลแบบประคับประคอง’ รองรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย [Online]. Available URL: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18113>, 2563 (มิถุนายน, 3).

Broeckaert, Bert. “Palliative sedation, physician-assisted suicide, and euthanasia: “Same, same but different”?” **The American Journal of Bioethics** 11, 6 (June 2011): 62-64.

Chen, Rong-Chi. “The Spirit of Humanism in Terminal Care: Taiwan Experience.” **The Open Area Studies Journal** 2 (March 2009): 9.

Cheng, Shao-Yi, Ching-Yu Chen, and Tai-Yuan Chiu. “Advances of Hospice Palliative Care in Taiwan.” **The Korean Journal of Hospice and Palliative Care** 19, 4 (December 2016): 292.

Cho, Chun-Ying. “From cure to care: the development of hospice care in Taiwan.” **Hospice & Palliative Medicine International Journal** 2, 5 (2018): 286-287.

Di, Zhang. **Why China Should Start Planning for Legal Euthanasia** [Online]. Available URL: <https://www.sixthtone.com/news/1003690/why-china-should-start-planning-for-legal-euthanasia>, 2020 (June, 3).

Lin, Yiting. **Asia’s First ‘Natural Death’ Law, Will Taiwan be Ready?** [Online]. Available URL: <https://english.cw.com.tw/article/article.action?id=1975>, 2020 (June, 3).

Med Crave. **Hospice & Palliative Medicine International Journal** [Online]. Available URL: <https://medcraveonline.com/HPMIJ/HPMIJ-02-00108>, 2020 (June, 3).

- World Medical Association Declaration of Lisbon on The Rights of The Patient ค.ศ. 2005.
- World Medical Association. **WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient** [Online]. Available URL: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>, 2020 (June, 3).
- Zhang, Xiaomeng. **Taiwan Legal Research Guide** [Online]. Available URL: <https://www.nyulawglobal.org/globalex/Taiwan.html#iii3>, 2021 (May, 17).
- Hospice Palliative Care Act.

