

ปัญหาการทำารณษมาตโดยชอบด้วยกฎหมาย¹

ชนุตกรณ พิลาวรรณ²

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการทำารณษมาตโดยชอบด้วยกฎหมาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประวัติ ความเป็นมา แนวคิดทฤษฎี หลักเกณฑ์ในการทำารณษมาต และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำารณษมาตในประเทศต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้ศึกษาได้รับความรู้ความเข้าใจถึงรากฐานแห่งความคิดในเรื่องของสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยสิทธิที่จะได้รับการรักษา รวมไปถึงสิทธิในการปฏิเสธรักษา ซึ่งมาจากแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิในชีวิตและร่างกายของบุคคลที่นอกจากจะมีสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ (Right to life) แล้ว ก็ยังมีแนวคิดว่าคุณคนก็ควรมีสิทธิที่จะตาย (Right of die) ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่ได้รับความทรมานจากการมีชีวิตอยู่ เช่น ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือผู้ที่ประสบอุบัติเหตุอย่างหนัก ซึ่งเผชิญกับโรคหรือภาวะที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดเป็นปกติ เพียงแต่วิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าทำให้สามารถยื้อชีวิตได้ต่อไป ทำให้มีชีวิตอยู่ได้โดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์พยุงชีพเท่านั้น เพราะหากนำออกแล้วก็จะทำให้เสียชีวิต หรือในบางราย ถึงแม้จะได้การรักษาแบบบรรเทาอาการเจ็บป่วย แต่ก็ไม่สามารถทำให้อยู่ในระดับที่ทนได้ ทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมากไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จึงนำมาซึ่งแนวคิดของการทำให้ถึงแก่ความตายด้วยความสงสาร (Mercy killing) หรือในอีกชื่อหนึ่งคือการณษมาต (Euthanasia) มาเป็นทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยที่ต้องการยุติความทรมานโดยการจบชีวิตลงและเพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายของญาติผู้ป่วยโดยหลักแล้ว Euthanasia แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การณษมาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) คือ การที่แพทย์ไม่ทำการรักษาซึ่งเป็นการยื้อชีวิตผู้ป่วยออกไป แต่ให้การรักษาแบบดูแลประคับประคอง (Palliative care) โดยรักษาตามอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ แต่ไม่ทำการรักษาเพื่อจะให้ผู้ป่วยหายขาด และให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตจากโรคที่เป็นอยู่โดยไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยตาย หรือเร่งให้เกิดความตายเร็วขึ้น และในอีกประเภทคือ การณษมาตเชิงรุก (Active Euthanasia) คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด หรือทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ได้ขอให้แพทย์เป็นผู้ทำให้ถึงแก่ความตายในอีกกรณีหนึ่งคือการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตของตนเองโดยแพทย์ (Physician-assisted suicide) ซึ่งเป็นกรณีที่แพทย์ได้จัดเตรียมยาหรืออุปกรณ์สำหรับการปลิดชีพให้แก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยเป็นผู้ลงมือฆ่าตัวตายด้วยตนเอง

กฎหมายในประเทศไทยนั้นมีการรับรองเพียงแต่การรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งเป็น Passive euthanasia เท่านั้น โดยปรากฏอยู่ในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ซึ่งเป็นเพียงการบัญญัติเรื่องการใช้สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของ

¹ บทความนี้เรียบเรียงจากการศึกษาอิสระ เรื่อง ปัญหาการทำารณษมาตโดยชอบด้วยกฎหมาย โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษา คือ รองศาสตราจารย์ ดร.ปวิศร เลิศธรรมเทวี และคณะกรรมการสอบ คือ รองศาสตราจารย์ ดร.รัชช รัตนทอง และรองศาสตราจารย์พัฒนา เรือนใจดี

² นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาเขตบางนา) คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หรือที่เรียกว่า “Living Will” แต่ยังไม่รับรองไปจนถึงการทำ Active euthanasia ซึ่งยังมีปัญหาที่ถกเถียงกันในเรื่องของความชอบด้วยกฎหมาย เป็นเรื่องที่ขัดต่อจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เพราะแม้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยจะรับรองสิทธิให้ปฏิเสธการรักษาได้ แต่การทำ Active euthanasia ยังมีปัญหาว่าจะยังคงเป็นความผิดต่อกฎหมายอาญฐานฆ่าคนตายอยู่ ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยเรื้อรังหรืออยู่ในสถานะที่ไม่สามารถใช้ชีวิตเป็นปกติได้แต่ยังไม่ถึงขั้นอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต จะยังคงต้องมีชีวิตอยู่ต่อไปด้วยความทรมานจนกว่าจะถึงแก่ความตาย อย่างไรก็ตาม การอนุญาตให้ทำ Active euthanasia กล่าวคือ เป็นการอนุญาตให้ผู้ใดคนหนึ่งทำให้อีกคนหนึ่งถึงแก่ความตายโดยไม่มีโทษทางกฎหมายได้นั้น อาจกระทบถึงความรู้สึกของผู้คนในสังคม ผลกระทบจากความผิดพลาดที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เนื่องจากผลของการกระทำคือความตาย ที่ไม่สามารถนำเอาชีวิตกลับคืนมาดังเดิมได้อีก ดังนั้น จะเป็นการสมควรให้มีกฎหมายรับรองให้ทำ Active euthanasia ในประเทศไทยได้หรือไม่ ต้องพิจารณาจากแนวความคิดเรื่องสิทธิในชีวิตและร่างกาย หลักกฎหมายของประเทศไทยและกฎหมายของประเทศอื่นๆทั้งที่รับรองและไม่รับรอง Active euthanasia ประกอบกัน

จากการศึกษาทำให้ทราบว่า การทำการุณยฆาตโดยชอบด้วยกฎหมายในประเทศไทยยังไม่สามารถทำได้ โดยยังมีปัญหาหลายประการ ซึ่งสรุปได้ดังต่อไปนี้

จากการศึกษาประเด็นปัญหาเกี่ยวกับสิทธิในการเลือกที่จะตัดสินใจในการทำการุณยฆาตของผู้ป่วยเอง นอกเหนือไปจากสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาเพื่อยื้อชีวิตแล้ว สิทธิที่จะตาย (right to die) โดยได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์ยังไม่ได้รับการรับรองให้ปฏิบัติได้ เพราะแม้จะเป็นสิทธิของผู้ป่วยเอง แต่การที่จะทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายนั้นถูกมองว่าเป็นการขัดต่อศีลธรรมอันดีและความสงบเรียบร้อยต่อสังคม จากที่ในปัจจุบัน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 8 ได้รับรองสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย และมาตรา 12 ได้รับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (the right to self-determination) โดยทำเป็น “หนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา” อันเป็นการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าจะไม่ขอให้มีการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ หรือรับบริการทางสาธารณสุขใดๆ ที่ทำเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาได้ตายตามวิถีทางตามธรรมชาติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Passive euthanasia เท่านั้น ในขณะที่ Active euthanasia ซึ่งเป็นการที่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ไม่ครอบคลุมไปถึง จึงเป็นกรณีที่ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับให้ทำได้ และเมื่อพิจารณาว่าแม้ผู้ป่วยเองจะเป็นผู้ขอใช้สิทธิที่จะตาย โดยให้ความยินยอมในการที่แพทย์จะพาตนถึงแก่ความตายก็ตาม แต่เนื่องจากว่าการทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายนั้นเป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา การให้ความยินยอมเช่นนี้จึงเป็นเรื่องขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน จึงไม่สามารถที่จะยกเว้นความรับผิดชอบให้แก่แพทย์ผู้ทำ Active euthanasia ได้

ประเด็นปัญหาที่สอง ปัญหาเกี่ยวกับความรับผิดชอบของบุคคลที่เกี่ยวข้องในทำการุณยฆาต ในกรณีของแพทย์ โดยหากว่าเป็นการไม่ทำการรักษาโดยปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยแล้วนั้น ประเทศไทยมี

กฎหมาย มาตรา 12 วรรคสามแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้การรับรองไว้ว่าไม่มีความผิด นอกจากนี้อาจถือว่าเป็นความผิดฐานฆ่าคนตายตามประมวลกฎหมายอาญาหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาว่าการที่แพทย์ “ไม่กระทำ” การใดที่เป็นการรักษาเพื่อให้มีชีวิตต่อไป แต่ในกรณีของ Passive euthanasia นั้น เมื่อผู้ป่วยแสดงเจตนาใช้สิทธิในการปฏิเสธการรักษาแล้ว แพทย์ย่อมต้องเคารพถึงสิทธิของผู้ป่วยที่ไม่ต้องการรับบริการทางการแพทย์ใดๆที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดชีวิต หรือชะลอความตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นจึงถือว่าแพทย์มีหน้าที่ที่จะต้องกระทำเพื่อป้องกันผลคือความตายของผู้ป่วยไม่ให้เกิดขึ้นอีกต่อไปไม่ได้ ดังนั้นจึงขาดองค์ประกอบภายนอกฐานฆ่าผู้อื่นในส่วนของกรกระทำ จึงไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น ตามมาตรา 288 หรือมาตรา 289 แล้วแต่กรณี

ในส่วนของ Active euthanasia จะเห็นว่าประเทศไทยไม่มีกฎหมายรับรองให้กระทำได้ อีกทั้งมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติยังไม่ได้ครอบคลุมความรับผิดชอบของแพทย์ในกรณีนี้ไว้ด้วย ดังที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น และยังคงเป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 หรือ 289 แล้วแต่กรณี โดยแพทย์ผู้ทำไม่สามารถอ้างหลักความยินยอมเพื่อยกเว้นความรับผิดชอบได้ จึงยังต้องรับผิดชอบตามกฎหมายอยู่ จากการศึกษพบว่า ประเทศเยอรมนีไม่มีกฎหมายที่รับรอง euthanasia และการทำ euthanasia เป็นความผิดทางอาญา อย่างไรก็ตามกฎหมายอาญาของเยอรมนีได้กำหนดความรับผิดไว้ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นที่ผู้ถูกฆ่ายินยอมให้ฆ่าอย่างแท้จริงตามมาตรา 216 ซึ่งสอดคล้องกับกรณี active euthanasia ที่ผู้ป่วยขอให้แพทย์ทำตนถึงแก่ความตาย โดยเป็นฐานที่แตกต่างหากออกไปจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา มาตรา 212 และมีบทลงโทษที่เบาว่ามาก อย่างไรก็ตาม ก็แพทย์ผู้กระทำก็ยังคงมีความผิดและต้องรับโทษอยู่ ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่ยุติธรรมสำหรับแพทย์ที่ได้ปฏิบัติตามหน้าที่ด้วยความสุจริต ดังนั้น หากจะรองรับการทำ active euthanasia อย่างแท้จริง ควรเป็นกรณีที่มีกฎหมายเฉพาะเจาะจงที่คุ้มครองความรับผิดชอบของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่ให้อำนาจความรับผิดใดๆเลย หากได้กระทำอย่างถูกต้องตามหลักเกณฑ์ทางกฎหมายและวิชาชีพทางการแพทย์

ประเด็นปัญหาที่สาม ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิของบุคคลที่เกี่ยวข้องในทำการุณยฆาต ในกรณีของญาติผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่จะต้องเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยว่าจะยุติการรักษาหรือไม่ ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและไม่มีสติสัมปชัญญะ โดยหากว่าผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาว่าจะไม่ขอรับการรักษาเพื่อเป็นการยื้อชีวิตไว้ก่อนหน้าแล้ว กรณีเช่นนี้ย่อมสามารถปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยได้ ไม่เกิดความสับสน อีกทั้งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องก็ได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติอีกด้วย แต่กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้หนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้นั้น แม้ว่าในกฎกระทรวงจะได้กำหนดให้แพทย์หารือกับญาติใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร ฯลฯ ก็ตาม แต่ปรากฏว่าในกฎกระทรวงไม่ได้กำหนดว่าใครมีอำนาจตัดสินใจได้ในลำดับอย่างไรหรือให้ตัดสินใจโดยเน้นที่เสียงของใครมีน้ำหนักมากที่สุด ทั้งนี้ในทางปฏิบัติก็มักเป็นกรณีหาข้อยุติร่วมกัน และหากหาข้อยุติร่วมกันไม่ได้ก็จะเป็นการยืดเวลาในการยื้อชีวิตผู้ป่วยออกไปโดยอาจไม่ตรงตามเจตนารมณ์ที่แท้จริงของผู้ป่วยเอง จากการศึกษาในกรณีเช่นนี้นั้น พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา มีหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวกับ

กรณีที่บุคคลอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจด้วยตนเองไม่ได้และไม่ได้กำหนดเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ให้ผู้ใดเป็นผู้มีหน้าที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตน (health care decision-maker หรือ surrogate) หรือผู้มีหน้าที่ตัดสินใจแทน เป็นแนวทางที่มีลำดับขั้นตอน ทำให้ลดความยุ่งยากในการเลือกแนวทางในการรักษาที่เหมาะสมที่ประเทศไทยจะได้นำมาปรับใช้

จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับปัญหาการทำการุณยฆาตโดยชอบด้วยกฎหมาย ผู้ศึกษาพบว่า มีข้อเสนอแนะ คือ

1. ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิในการเลือกที่จะตัดสินใจในการทำการุณยฆาต และปัญหาเกี่ยวกับความรับผิดชอบของบุคคลที่เกี่ยวข้องในทำการุณยฆาต ในกรณีของแพทย์ ผู้ศึกษาพบว่าข้อเสนอแนะ คือ

1.1 เสนอให้มีกฎหมายรับรองการทำการุณยฆาตเชิงรุก (active euthanasia) โดยเสนอกฎหมายที่ใช้ชื่อว่า “พระราชบัญญัติการตายด้วยความสงบโดยความสมัครใจ พ.ศ.....” โดยขอนำเสนอในประเด็นที่สำคัญ 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1.1.1 คุณสมบัติของผู้ที่สามารถขอตายด้วยความสงบโดยความสมัครใจ โดยเสนอให้มีบทบัญญัติ ดังนี้

“มาตรา.... บุคคลอาจขอตายด้วยความสงบโดยความสมัครใจได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

(1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และ
(2) มีสัญชาติไทย หรือเป็นผู้อยู่อาศัยในราชอาณาจักรมาติดต่อกันนับจนถึงวันยื่นคำขอครั้งแรกเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี และ

(3) บุคคลนั้นได้รับการประเมินโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจำนวน ไม่น้อยกว่า 2 คน ว่าเป็นโรคหรือมีความเจ็บป่วย หรือภาวะทางร่างกายที่

(ก) ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และ
(ข) มีการดำเนินไปของโรคที่เป็นเหตุให้เสียชีวิต และ
(ค) คาดว่าจะเสียชีวิตภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน และ
(ง) เป็นเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมานในขนาดที่ไม่สามารถบรรเทาให้อยู่ในระดับที่ถือว่าพองทนความเจ็บปวดได้”

1.1.2 หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการขอตายด้วยความสงบโดยความสมัครใจ โดยเสนอให้มีบทบัญญัติ ดังนี้

“มาตรา.... ในการขอตายด้วยความสงบโดยความสมัครใจ บุคคลตามมาตรา.... จะต้องได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

(1) ต้องได้แสดงเจตนาด้วยตนเองและโดยชัดแจ้ง โดยทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาขอตายด้วยความสงบโดยความสมัครใจ

(2) ต้องได้ทำคำขอครั้งแรกต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคนที่หนึ่ง

(3) ต้องได้ทำคำขอครั้งสุดท้ายต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคนที่สอง ในระยะเวลาที่ห่างจากการได้รับอนุมัติคำขอครั้งแรกเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 15 วัน แต่ไม่เกิน 12 เดือน”

1.1.3 คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำให้เกิดการตายด้วยความสงบโดยความสมัครใจ โดยเสนอให้มีบทบัญญัติ ดังนี้

“มาตรา.... แพทย์ผู้เชี่ยวชาญคนที่หนึ่งและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคนที่สอง ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

(1) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั่วไป

(2) จบหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อจากวิทยาลัยแพทยเฉพาะทางในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

(3) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญคนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ขึ้นทะเบียนมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี หลังจากสำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยแพทยเฉพาะทาง

(4) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญคนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนต้องมีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องในโรค ความเจ็บป่วย หรือภาวะทางการแพทย์ที่คาดว่าจะทำให้ผู้เข้ารับการประเมินถึงแก่ความตาย”

2. ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิของบุคคลที่เกี่ยวข้องในทำการรณฆมต ในกรณีของญาติผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่จะต้องเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยว่าจะยุติการรักษาหรือไม่ ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย และไม่มีสติสัมปชัญญะ ผู้ศึกษาพบว่าข้อเสนอแนะ คือ

2.1 แก้ไขเพิ่มเติมวรรคสี่ และวรรคห้าของมาตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ดังต่อไปนี้

“กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่มีสติสัมปชัญญะ และไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้ ให้ผู้มีหน้าที่ตัดสินใจแทนสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยได้

การดำเนินการตามวรรคสี่ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง”

2.2 เพิ่มเติมหลักเกณฑ์และวิธีการในการหนังสือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยโดยผู้มีหน้าที่ตัดสินใจแทนลงใน โดยเพิ่มเติมเป็น (5) ของข้อ 6 แห่งกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ดังนี้

“กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตไม่มีสติสัมปชัญญะ และไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้ ให้กำหนดผู้มีหน้าที่ตัดสินใจแทน และให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และให้ผู้มีหน้าที่ตัดสินใจแทนแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยในการขอรับการรักษาต่อไปหรือปฏิเสธการรักษาที่เพียงพอต่อการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยทำเป็นหนังสือแสดงเจตนา โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ”

2.3 เพิ่มเติมบทนิยาม โดยกำหนดความหมายของ “ผู้มีหน้าที่ตัดสินใจแทน” ไว้ในข้อ 2 ของกฎกระทรวงฯ ดังนี้

“ผู้มีหน้าที่ตัดสินใจแทน หมายความว่า ผู้ทำหน้าที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการในการรักษาหรือปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่มีสติสัมปชัญญะ และไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้ โดยให้มีอำนาจในการทำหนังสือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยได้

ในการเลือกผู้มีหน้าที่ตัดสินใจแทน ให้เลือกโดยพิจารณาตามลำดับความใกล้ชิดของญาติผู้ป่วย ในกรณีมีคู่สมรสหรือบุตร ให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้มีหน้าที่ตัดสินใจแทน ในกรณีมีทั้งคู่สมรสและบุตร หรือมีบุตรหลายคน ให้ทำหน้าที่เป็นผู้มีหน้าที่ตัดสินใจแทนร่วมกัน หรือเลือกคนใดคนหนึ่ง โดยอาศัยเสียงข้างมาก หากไม่มีทั้งคู่สมรสและบุตรให้พิจารณาตามลำดับความใกล้ชิดของญาติ ดังนี้ บิดามารดา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน ปู่ย่าตายาย ลุงป้าน้าอา

ในกรณีที่ไม่มีผู้ใดทำหน้าที่เป็นผู้มีหน้าที่ตัดสินใจแทนได้ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบเป็นผู้มีหน้าที่ตัดสินใจแทน โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์และประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ”

เอกสารอ้างอิง

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. กฎหมายการแพทย์สมัยใหม่. (กรุงเทพมหานคร: วิทยุชน, 2561).

ดวงพร เพชรคง. การดูแลชีวิต. บทความใช้เพื่อการนำออกอากาศทางสถานีวิทยุกระจายเสียงรัฐสภา รายการเจตนารมณ์กฎหมาย. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2550.

ภูมิภัทร ศาสตร์ศศิ. “อำนาจกระทำของแพทย์ในการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต.” (นิติศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2555).