

รายงานของ
คณะกรรมการการสาธารณสุข
สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

พิจารณาศึกษาเรื่อง

การปฏิเสธ

การรับการรักษาพยาบาล

ในวาระสุดท้ายของชีวิต



สำนักกรรมการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

(สำเนา)



ที่ สว (สนช)(กมธ๓)๐๐๑๙/ (ร๒๑)

สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ถนนอุทองโน กทม. ๑๐๓๐๖

๒๗ เมษายน ๒๕๕๐

เรื่อง รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง การปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

กราบเรียน ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการฯ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐/๒๕๔๙ วันพุธที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๔๙ ได้มีมติตั้งคณะกรรมการการสาธารณสุข ตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๙ ข้อ ๗๓ (๑๖) ซึ่งกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ๑. ท่านผู้หญิงปรีญา เกษมสันต์ ณ อยุธยา | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒. นายอัมมาร์ สยามวาลา | รองประธานคณะกรรมการ
คนที่หนึ่ง |
| ๓. พลเรือเอก ประเจตน์ คิริเดช | รองประธานคณะกรรมการ
คนที่สอง |
| ๔. นายปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ | รองประธานคณะกรรมการ
คนที่สาม |
| ๕. นายสุนนต์ สกลไชย | โฆษกคณะกรรมการ |
| ๖. พลตำรวจตรี วีระพงษ์ สุนทรวงกูร | กรรมการ |
| ๗. นายดิลก มหาดำรงกุล | กรรมการ |
| ๘. คุณหญิงนันทกา สุประภาตะนันท์ | กรรมการ |
| ๙. นายอำพล จินดาวัฒนะ | เลขานุการและผู้ช่วยโฆษก
คณะกรรมการ |

ในการนี้ คณะกรรมการฯ ได้มีการพิจารณาศึกษา เรื่อง การปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ โดยมีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเพื่อให้การบังคับใช้บทบัญญัติมาตราดังกล่าวเป็นไปตามเจตนารมณ์ในการออกกฎหมาย และเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

บัดนี้ คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาศึกษา เรื่อง การปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต เสร็จเรียบร้อยแล้ว

จึงกราบเรียนมา ...

สิ่งพิมพ์รัฐบาล
สมบัติห้องสมุดรัฐสภา

(๒)


จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอรายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการฯ
เรื่อง การปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ต่อที่ประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ
พิจารณาตามข้อบังคับการประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๙ ข้อ ๙๒ ต่อไป

ขอแสดงความนับถืออย่างยิ่ง

(ลงชื่อ) ปรีชา เกษมสันต์ ณ อยุธยา

(ท่านผู้หญิงปรีชา เกษมสันต์ ณ อยุธยา)
ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข
สมานิติบัญญัติแห่งชาติ

สำเนาถูกต้อง



(นายสมใบ มูลจันท์)

ผู้อำนวยการกลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข
สำนักกรรมการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสมานิติบัญญัติแห่งชาติ

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสมานิติบัญญัติแห่งชาติ
สำนักกรรมการ ๓

โทร. ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙ - ๒๐

โทรสาร. ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๐๗

ชนิดา พิมพ์
อาคาร / ณัฏฐา / ทวีศักดิ์ ทาน

รายงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ
พิจารณาศึกษา เรื่อง การปฏิเสธรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

.....

ตามที่ที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐/๒๕๕๙ วันพุธที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๕๙ ได้มีมติตั้งคณะกรรมการการสาธารณสุข ตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ ข้อ ๗๓ (๑๖) ซึ่ง คณะกรรมการการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่พิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาสอบสวน หรือศึกษาเรื่องใดๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัย ของประชาชนและชุมชน และคณะกรรมการฯ ได้พิจารณาศึกษา เรื่อง การปฏิเสธรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามอำนาจหน้าที่ดังกล่าวนี้

บัดนี้ คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาศึกษา เรื่อง “การปฏิเสธรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต” เสร็จเรียบร้อยแล้ว ซึ่ง คณะกรรมการฯ ได้มีการพิจารณาศึกษาโดยมีการดำเนินการ ดังนี้

๑. พิจารณาศึกษาข้อมูลจากผลงานทางวิชาการ งานวิจัยและบทความทางวิชาการ

๒. พิจารณาข้อมูลจากกระบวนการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ.

๓. จัดโครงการเวทีสาธารณะ เรื่อง “การปฏิเสธรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต” ในวันศุกร์ที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๕๐ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ นาฬิกา ณ ห้องประชุม คณะกรรมการ หมายเลข ๓๐๑ ชั้น ๓ อาคารรัฐสภา ๒

๔. บัดนี้ คณะกรรมการฯ ได้จัดทำรายงานการพิจารณาศึกษาดังกล่าวข้างต้น เสร็จเรียบร้อยแล้ว ซึ่งคณะกรรมการฯ ได้ให้ความเห็นชอบแล้ว จึงขอเสนอรายงานการพิจารณาศึกษาเรื่อง การปฏิเสธรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต พร้อมทั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ ตามรายงานท้ายนี้ ต่อที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เพื่อพิจารณา หากที่ประชุมได้พิจารณาและให้ความเห็นชอบ ขอให้โปรดแจ้งไปยังรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป



(นายอำพล จินตาวัฒนะ)

เลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข
สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

คณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ



ท่านผู้หญิงปรียา เกษมสันต์ ณ อยุธยา
ประธานคณะกรรมการ



นายอัมมาร์ สยามวาลา
รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง



พลเรือเอก ประเจตน์ ทิรเดช
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง



นายปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม



นายสุมนต์ สกลไชย
โฆษกคณะกรรมการ



นายอำพล จินดาวัฒนะ
เลขาธิการและผู้ช่วยโฆษกคณะกรรมการ



คุณหญิงนันทกา สุประภาตะนันท์
กรรมการ



นายติลก มหาดำรงกุล
กรรมการ



พลตำรวจตรี วีระพงษ์ สุนทรางกูร
กรรมการ

สารบัญ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐	๑
- ความเป็นมา	๑
- สาระสำคัญ	๑
การปฏิเสธรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต	๖
- ความหมาย	๖
- เจตนารมณ์	๕
- ประโยชน์ต่อสังคม	๕
สรุปกระบวนการดำเนินงานและความเป็นมาในแต่ละขั้นตอน	๙
การศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ	๑๑
วิธีการพิจารณาศึกษา	๑๓
สรุปผลการพิจารณาศึกษา	๑๓
ข้อเสนอแนะ	๑๖
ภาคผนวก	๑๗
ภาคผนวก ๑ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐	๑๙
ภาคผนวก ๒ โครงการและกำหนดการเวทีสาธารณะ”การปฏิเสธรักษา พยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต มาตรา ๑๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.”	๓๙
ภาคผนวก ๓ มุมมองต่อมาตรา ๑๐ ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ	๔๕
ภาคผนวก ๔ มาตรา ๑๐ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ไม่ใช่การุณยฆาต	๕๑
ภาคผนวก ๕ จากครุฑหลัง ปงกันมูล..ถึงร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.	๕๗
ภาคผนวก ๖ สิทธิปฏิเสธรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี : กฎหมายและแนวปฏิบัติระหว่างประเทศ	๖๓

รายงานการพิจารณาศึกษา

“การปฏิรูปการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต” ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

- **ความเป็นมาของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐**

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นธรรมนูญสุขภาพที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม จนกระทั่งผ่านการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ และประกาศในราชกิจจานุเบกษามีผลบังคับใช้เป็นกฎหมายแล้ว โดยที่มาของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาจากมติใหม่ที่มองว่าระบบสุขภาพไม่ใช่เพียงเรื่องการเจ็บป่วยหรือโรคเท่านั้น หรือรูปธรรม คือ เจ็บป่วยน้อย มีอยู่มีกินอย่างเพียงพอและปลอดภัย อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีชีวิตในสังคมที่ดีงาม ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านและพืชผักสมุนไพรในบ้านแทนการพึ่งพาหรือใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และยาจากต่างประเทศที่เกินความจำเป็น ดังนั้นระบบสุขภาพจึงหมายถึงระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับทุกคน ทุกฝ่ายในสังคม และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เป็นเครื่องมือการทำงานร่วมกันของคนในสังคม มุ่งสู่ระบบสุขภาพโดยรวมหรือสุขภาพะที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับระบบสังคมทั้งหมด โดยเปิดโอกาสให้สังคมได้มีการเคลื่อนไหว มีโอกาสถกแถลงและอภิปรายใช้เหตุผลในการจัดการทุกบริบทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะของตนเอง ครอบครัวและชุมชน เป็นการปฏิรูปความคิดและพฤติกรรมสุขภาพนำไปสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุข โดยมียุทธศาสตร์การทำงานเชื่อมโยง ๓ ประสาน คือระหว่างฝ่ายนโยบายทั้งรัฐบาลและราชการ ฝ่ายวิชาชีพและวิชาการ และฝ่ายประชาชนและสังคม

- **สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐**

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกอบด้วย ๖ หมวดหลัก รวม ๕๕ มาตรา กำหนดสาระสำคัญจำแนกได้เป็น ๕ ส่วน ดังนี้

๑. กำหนดนิยามความหมายของสุขภาพและระบบสุขภาพไว้อย่างกว้าง เป็นการเปิดกระบวนทัศน์ใหม่เรื่องสุขภาพ โดยที่สุขภาพหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล งานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงครอบคลุมเกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ใช่เฉพาะงานการแพทย์และสาธารณสุข และมีการกำหนดสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพเพิ่มเติม ๔ ประการ เช่น สิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สิทธิในการได้รับรู้ข้อมูลที่เพียงพอในการรับบริการสาธารณสุข สิทธิที่จะร้องขอให้มีการประเมินผลและมีสิทธิเข้าร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบ

ด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ สิทธิที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น

๒. กำหนดให้ตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน มีกรรมการจากฝ่ายการเมืองส่วนกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิ และตัวแทนประชาคมทั่วประเทศ รวมประมาณ ๓๙ คน ทำหน้าที่สำคัญหลายประการที่จะนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง เช่น จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการประเมินผลระบบสุขภาพ และผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ให้ข้อเสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ คสช.เป็นกลไกที่เน้นการทำงานแบบเชื่อมประสาน ทำหน้าที่เป็น “ตัวช่วย” การทำงานของกระทรวง ทบวง กรม และองค์กรต่าง ๆ ที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ และเป็นกลไกเชื่อมประสานพลังทุกฝ่ายในสังคมเข้าด้วยกัน เพื่อร่วมกันพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วม

๓. กำหนดให้ตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นนิติบุคคลซึ่งมีได้เป็นส่วนราชการในกำกับกับนายกรัฐมนตรีที่สามารถเชื่อมโยงประสานพลังกับทุกฝ่ายในสังคมอย่างคล่องตัว เพื่อทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการให้กับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) โดยมีคณะกรรมการบริหารกำกับดูแลการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด หน่วยงานนี้จะมีสำนักงานตั้งอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อที่จะสามารถประสานทำงานร่วมกันได้อย่างใกล้ชิด ในรูปขององค์กรภาคีตามแนวคิดและแนวทางการบริหารงานสมัยใหม่ที่เน้นการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเป็นกัลยาณมิตร

๔. กำหนดให้มีการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่วมกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพของประชาชน กระบวนการสาธารณะนี้จะเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถเข้ามาร่วมใช้เพื่อทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องได้

๕. กำหนดให้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศที่เน้นการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยมี คสช. เป็นผู้ดูแลและให้มีการทบทวนอย่างน้อยทุก ๕ ปี เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นเสมือนภาพอันพึงประสงค์ของระบบสุขภาพแห่งชาติที่คนไทยทุกฝ่ายมีส่วนร่วมกำหนด และเป็นกรอบที่ทุกภาคส่วนในสังคมสามารถใช้อ้างอิงสำหรับการทำงานด้านสุขภาพร่วมกัน ระบบภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จะเสริมซึ่งกันและกัน (synergy) กับภารกิจกระทรวงสาธารณสุข บนกระบวนทัศน์ที่มองเรื่องสุขภาพกว้างกว่างานการแพทย์และสาธารณสุข และมองสังคมแบบพหุลักษณะที่ทุกฝ่ายล้วนเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ และสุขภาพก็เป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายต้องเข้ามาช่วยรับผิดชอบร่วมกัน

จากบทบัญญัติดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าหลายเรื่องสอดคล้องกับ **ปฏิญญาว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient)** ซึ่งสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

หลักการสำคัญ

๑. สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพดี

ก. บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสมโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ

ข. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ ซึ่งต้องมีอิสระในการตัดสินใจทางคลินิกและทางจริยธรรมโดยปราศจากการแทรกแซงใดๆ

ค. ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเอง การรักษาพยาบาลดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามหลักวิชาทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่รับรองกันทั่วไป

ง. การรับรองคุณภาพควรถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ควรจะต้องรับผิดชอบต่อการรักษาคุณภาพของบริการทางการแพทย์

จ. ในกรณีจะต้องเลือกใช้วิธีการรักษาบางอย่างที่มีอยู่อย่างจำกัดแก่ผู้ป่วยบางราย ผู้ป่วยเหล่านั้นจะต้องได้รับการคัดเลือกอย่างเป็นธรรมในการได้รับวิธีการรักษานั้น และการคัดเลือกต้องทำโดยพื้นฐานข้อชี้บ่งทางการแพทย์เท่านั้นและต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติ

ฉ. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แพทย์มีหน้าที่จัดการให้มีการประสานงานทางการแพทย์กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น แพทย์ไม่อาจยุติการรักษาผู้ป่วยลงได้ ตราบเท่าที่มีข้อชี้บ่งทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องให้การรักษาต่อไป โดยปราศจากความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและให้โอกาสเพียงพอ ที่จำเป็นสำหรับการรักษาด้วยวิธีการอื่น

๒. สิทธิในการเลือกอย่างเสรี

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกและเปลี่ยนแพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลโดยอิสระ โดยไม่คำนึงว่าจะอยู่ในสังกัดของรัฐหรือเอกชน

ข. ผู้ป่วยมีสิทธิสอบถามความเห็นจากแพทย์อื่นเมื่อใดก็ได้

๓. สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น

ข. ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มีสิทธิที่จะให้หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตน ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจทดสอบหรือการบำบัดรักษาผลที่จะได้รับ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม

ค. ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในงานวิจัยหรือการเรียนการสอนทางการแพทย์

* วิจารณ์ อิงประพันธ์ และไพศาล กัมพลสิทธิ์ (๒๕๔๘) *กอธัมภ์หน้าค่างสุขภาพ* วารสาร “สหภาพนายาคความคิด” ฉบับที่ ๘๘ พฤศจิกายน ๒๕๔๘.

๔. ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว

ก. กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถแสดงเจตจำนงของตนเองได้ แพทย์จะต้องได้รับความยินยอมที่ได้รับการอธิบายให้เข้าใจจากผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมาย

ข. กรณีที่ไม่อาจมีผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมาย เมื่อมีความจำเป็นรีบด่วนที่จะต้องให้การรักษาทางการแพทย์ ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมแล้ว เว้นแต่เป็นที่ชัดเจนและปราศจากข้อสงสัยว่าจะขัดต่อการแสดงเจตนาหรือความคิดเห็นแต่เดิมของผู้ป่วย ซึ่งประสงค์จะไม่ให้ความยินยอมในสภาพการณ์เช่นนั้น

ค. อย่างไรก็ตาม แพทย์ควรจะพยายามช่วยชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวในทุกกรณีที่ผู้ป่วยพยายามจะฆ่าตัวตาย

๕. ผู้ป่วยที่เป็นผู้ไร้ความสามารถ

ก. กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์หรือผู้ที่ไม่สามารถใช้สิทธิตามกฎหมาย ในบางประเทศให้ใช้ความยินยอมของผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายแทน กระนั้นก็ดี ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเต็มที่เท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวยให้กระทำได้

ข. ถ้าผู้ที่ไม่สามารถใช้สิทธิตามกฎหมายยังสามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลได้อยู่ แพทย์จะต้องเคารพการตัดสินใจดังกล่าว และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะห้ามมิให้เปิดเผยข้อมูลนี้แก่ผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมาย

ค. กรณีผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายของผู้ป่วย หรือบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย ห้ามมิให้ดำเนินการบำบัดรักษาต่อไป ซึ่งตามความเห็นของแพทย์แล้วเห็นว่าการรักษานั้นจะเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเอง แพทย์พึงจะไม่ปฏิบัติตามคำสั่งนั้น ทั้งนี้ จะต้องไม่ขัดต่อกฎหมายหรือกฎเกณฑ์อื่น สำหรับกรณีฉุกเฉินแพทย์จะต้องดำเนินการเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

๖. วิธีการตรวจรักษาที่ขัดต่อเจตจำนงของผู้ป่วย

กระบวนการตรวจวินิจฉัยโรคหรือการบำบัดรักษาที่ขัดต่อเจตจำนงของผู้ป่วยสามารถทำได้เฉพาะในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น กล่าวคือจะต้องมีกฎหมายอนุญาตเป็นการเฉพาะ และเป็นไปตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์

๗. สิทธิที่จะได้รับข้อมูล

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองในวาระเบี่ยง และได้รับการแจ้งข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยทุกประการ รวมถึงข้อมูลการเจ็บป่วยทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่เป็นความลับของบุคคลอื่นที่ปรากฏในวาระเบี่ยงไม่ควรเปิดเผยให้ผู้ป่วยทราบ หากไม่ได้รับความยินยอมจากบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลนั้น

ข. ข้อยกเว้นที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วยคือ เมื่อมีเหตุผลอันดีที่เชื่อได้ว่าข้อมูลนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิตหรือสุขภาพของผู้ป่วย

ค. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยต้องเป็นไปอย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้โดยง่าย

ง. ผู้ป่วยมีสิทธิร้องขอให้เปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลอื่น ยกเว้นกรณีจำเป็นเพื่อปกป้องชีวิตของบุคคลอื่น

จ. ผู้ป่วยมีสิทธิจะเลือกบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่จะได้รับแจ้งข้อมูลแทนตน

๘. สิทธิที่จะได้รับการรักษาความลับ

ก. ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย อาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การฟื้นฟู และ การบำบัดรักษา รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ จะต้องถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ แม้กระทั่งหลังจาก ผู้ป่วยเสียชีวิตลง แต่ทายาทมีสิทธิที่จะขอข้อมูลซึ่งจะบ่งบอกถึงความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพของเขา

ข. ข้อมูลที่เป็นความลับจะเปิดเผยได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมโดยชัดแจ้ง หรือโดยอำนาจแห่งบทบัญญัติกฎหมาย ข้อมูลดังกล่าวจะเปิดเผยแก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นได้ ก็ต่อเมื่อเป็นความจำเป็นที่จะต้องรู้เท่านั้น เว้นแต่ผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมโดยชัดแจ้งแล้ว

ค. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยทุกประเภทจะได้รับความคุ้มครอง การคุ้มครองข้อมูล ส่วนตัวจะต้องจัดเก็บไว้อย่างเหมาะสม ชิ้นส่วนเนื้อเยื่อของมนุษย์ที่สามารถอ้างอิงข้อมูลส่วนตัวได้ จะ ได้รับความคุ้มครองเช่นกัน

๙. สิทธิได้รับสุขศึกษา

บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับสุขศึกษาที่มีส่วนช่วยตนเองในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตน เพื่อสุขภาพและการรับบริการด้านสุขภาพ การศึกษาดังกล่าวให้รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ วิธีการป้องกันและรู้จักสังเกตอาการของโรคในระยะเริ่มแรก ควรมีการเน้นให้ คนทุกคนต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองในเบื้องต้น โดยแพทย์ต้องกระตือรือร้นที่จะต้องถือเป็น หน้าที่ในการมีส่วนร่วมที่จะให้การศึกษานี้ด้วย

๑๐. สิทธิในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

ก. ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและสิทธิในความเป็นส่วนตัวจะต้องได้รับการเคารพ ตลอดเวลาที่มีการรักษาพยาบาลและการเรียนการสอน (ของนิสิตแพทย์) โดยคำนึงถึงคุณค่าและ วัฒนธรรมที่ผู้ป่วยยึดถือ

ข. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานของตนตามวิทยาการ ความรู้ในปัจจุบัน

ค. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีโดยสงบเท่าที่ จะทำได้

๑๑. สิทธิในการได้รับความช่วยเหลือทางศาสนา

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับหรือปฏิเสธการเยี่ยวยาทางจิตวิญญาณและศีลธรรม รวมถึง การช่วยเหลือของนักบวชในศาสนาที่ตนนับถือ

ดังนั้น จากสาระสำคัญในมาตราต่าง ๆ ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จะเห็นได้ว่าประเด็นในเรื่องของ “การปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต” หรือ ที่เรียกว่าเป็น “การตายอย่างมีศักดิ์ศรี” นั้น เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากประชาชนอย่าง กว้างขวาง เพราะเป็นการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยสองประการ คือ ประการแรก สิทธิที่จะแสดงความจำนง เกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล และประการที่สอง สิทธิที่จะปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาล ซึ่งทั้งสอง ประการควรเป็นสิทธิที่แต่ละบุคคลจะสามารถพึงกระทำได้ แต่ในความเป็นจริงกลับปรากฏว่าในสังคม

ได้มีการอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวอย่างกว้างขวาง ทั้งผู้ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ดังนั้น คณะกรรมการฯ จึงเห็นควรให้มีการพิจารณาศึกษาประเด็นดังกล่าว เพื่อนำไปสู่แนวทางในการนำ บทบัญญัติของมาตราดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

การปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือการตายอย่างมีศักดิ์ศรี

การปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ได้บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ ซึ่งมีสาระสำคัญ คือ

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และ วิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง แล้วมิให้ถือว่า การกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความผิดทั้งปวง”

• ความหมาย

การตายอย่างมีศักดิ์ศรีหรือการปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตมิใช่เรื่องของการบังคับ แต่เป็นสิทธิที่เปิดไว้ให้บุคคลสามารถเลือกไว้ล่วงหน้าในขณะที่มี สติสัมปชัญญะ หากประสงค์จะใช้สิทธิโดยแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรับการรักษาพยาบาล ในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต เพื่อจะได้ตายอย่างสงบหรือตามธรรมชาติ รวมทั้งใช้สิทธิในการปฏิเสธการรับ การรักษาพยาบาลด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีต่างๆ ที่กระทำไปเพียงเพื่อยืดความตาย ซึ่งมีได้ช่วยให้ ชีวิตฟื้นกลับคืนมา ทั้งนี้ในความเป็นจริงบุคคลมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะไม่รับการรักษาพยาบาลได้อยู่ แล้วในขณะที่มีสติสัมปชัญญะและสื่อสารได้ แต่ไม่สามารถรักษาสีตินี้ไว้ได้ในห้วงสุดท้ายของชีวิตที่ไร้ สติสัมปชัญญะแล้ว การกำหนดสิทธิในมาตรา ๑๒ นี้ จึงเป็นการรักษาสีติในส่วนของการปฏิเสธที่จะ ไม่รับการรักษาพยาบาลในห้วงสุดท้ายของชีวิตที่ไร้สติสัมปชัญญะแล้วเท่านั้นเอง และผู้ให้บริการ จะต้องยุติการรักษาพยาบาลตามที่ผู้ป่วยแสดงเจตนากรณีไว้ในหนังสือ แต่จะยังคงให้การรักษาที่ บรรเทาความเจ็บปวด หรือความทุกข์ทรมานเท่าที่จำเป็น และจะต้องเป็นไปตามแนวปฏิบัติที่สภา วิชาชีพด้านสาธารณสุขกำหนดขึ้นด้วย

โดยในกรณีนี้ไม่ถือว่าเป็นการขัดหลักจริยธรรมทางวิชาชีพ เพราะผู้ให้บริการมิใช่ ผู้กระทำให้ตาย หรืออนุญาตให้ฆ่าตัวตาย แต่เป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยได้จากไปโดยธรรมชาติ แม้ จรรยาบรรณผู้ให้บริการจะย้ำเรื่องการช่วยชีวิตให้ถึงที่สุด แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเลือกใช้สิทธินี้เมื่อถึงวาระ สุดท้ายแห่งชีวิต ซึ่งสภาวิชาชีพต้องกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติในการพิจารณาตัดสิน “วาระ สุดท้ายแห่งชาติ” ที่ชัดเจน นั้นหมายถึง แม้ผู้ให้บริการจะช่วยหรือไม่ช่วยชีวิต ผู้ป่วยก็จะต้องจากไป อย่างแน่นอนอยู่แล้ว รวมทั้งผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบใดๆ ต่อเรื่องดังกล่าว

นอกจากนี้ บทบัญญัติของกฎหมายดังกล่าวมิได้ครอบคลุมถึงกรณีการอนุญาตให้มีการฆ่าผู้ป่วยด้วยความกรุณา หรือการุณยฆาต (Mercy Killing) และการอนุญาตให้ถูกทำให้ตายเพื่อหนีความทรมาน (Active Euthanasia) หรือสิทธิที่จะฆ่าตัวตาย เพราะสิทธินี้ไม่อนุญาตให้มีการฆ่าตัวตายซึ่งผิดหลักทางศาสนา แต่เป็นการยินยอมให้ตายในสภาพธรรมชาติตามกาลเวลาอันสมควร ในขณะที่เดียวกัน หากญาติทราบผู้ป่วยเลือกใช้สิทธิตามกฎหมายนี้ ก็ย่อมมีช่วงเวลาเตรียมจิตใจยอมรับและทดแทนบุญคุณด้วยความใกล้ชิดจนถึงวาระสุดท้ายในสภาพที่ผู้ป่วยจากไปอย่างเป็นธรรมชาติ อันเป็นการแสดงความกตัญญูอย่างมีสติซึ่งผู้ป่วยเองก็ได้มีโอกาสรับรู้ แทนที่ลูกหลาน ญาติพี่น้องจะมัวแต่ร่ำรอน วิดกกังวลทุกครั้งที่อาการทรุดลงจนถึงวาระสุดท้าย และญาติยังต้องคอยหวังผลสำเร็จจากการซื้อชีวิตทุกวิถีทางว่าจะได้ผลหรือไม่

ดังนั้นสิทธินี้จึงเป็นสิทธิเฉพาะบุคคล โดยเจ้าของชีวิตต้องเป็นผู้แสดงเจตนาใช้สิทธิล่วงหน้าด้วยตนเอง กฎหมายไม่อนุญาตให้ญาติพี่น้องหรือคนอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการหรือใครก็ตามมาเป็นผู้เลือกใช้สิทธินี้แทน

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยชราถึงวาระสุดท้ายของชีวิต หัวใจหยุดเต้น ไม่สามารถหายใจด้วยตนเองได้ เมื่อถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาพยาบาล อาจได้รับการรักษาพยาบาลด้วยการให้ยาและใช้เครื่องมือกระตุ้นหัวใจ การเจาะคอใช้เครื่องช่วยหายใจ มีผลทำให้ต้องตกอยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลเช่นนั้นเป็นวัน เป็นสัปดาห์ เป็นเดือน โดยไม่สามารถฟื้นคืนชีวิตมาได้อีกแล้ว แต่หากมีการทำหนังสือแสดงเจตนาารมณไว้ล่วงหน้าว่าในสภาวะดังกล่าว เจ้าตัวขอไม่รับการรักษาพยาบาลด้วยการกระตุ้นหัวใจและช่วยหายใจ ตลอดจนใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เพื่อยืดความตายโดยขอตายตามวิถีธรรมชาติ ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า โดยแสดงเจตนาไว้ว่า ไม่ต้องการรับการรักษาพยาบาลด้วยวิธีดังกล่าว เจ้าตัวก็จะได้สิ้นชีวิตไปอย่างสงบและเป็นธรรมชาติ เป็นต้น

ในส่วนของแนวทางหรือวิธีในการปฏิบัตินั้น หากต้องการใช้สิทธิ ผู้ป่วยต้องทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร ตรวจพิสูจน์ได้ และต้องทำในขณะที่บรรลุนิติภาวะ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยสิทธินี้จะมีผลก็ต่อเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะที่เป็น “วาระสุดท้ายของชีวิต” คือ ผู้เลือกใช้สิทธินี้ต้องทำหนังสือเอาไว้ล่วงหน้าเพื่อบอกให้ผู้อื่นรู้ว่า ถ้าตนอยู่ในสภาพอย่างไรแล้วตนไม่ต้องการการรักษาพยาบาล หรือเมื่อหมดสติแล้ว ชีวิตจะสิ้นแล้ว ผู้ให้บริการจะได้หยุดการรักษาพยาบาลเพียงเท่านั้น แทนที่จะยืดความตายออกไปอีก

สำหรับหลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติในรายละเอียดต่าง ๆ ต้องมีการออกกฎกระทรวงเพื่อบังคับใช้ในภายหลัง โดยจะกำหนดรูปแบบและเงื่อนไขในการแสดงเจตนาของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปฏิบัติเกิดความถูกต้องและชัดเจน และจะกำหนดให้สภาวิชาชีพด้านสาธารณสุขจะต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์วิธีปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบอาชีพ ในกรณีที่ผู้ป่วยขอใช้สิทธินี้ด้วย

• ประโยชน์ต่อสังคม

บทบัญญัติของกฎหมายในเรื่องดังกล่าว ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและสังคม ดังนี้

๑. ทำให้บุคคลได้รับการคุ้มครองสิทธิในฐานะเจ้าของชีวิต และช่วยแก้ปัญหาการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในช่วงที่ไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเองแล้ว
๒. เป็นการป้องกันปัญหาความขัดแย้งที่อาจจะกลายเป็นคดีความระหว่างญาติผู้ป่วยและผู้ให้การรักษาพยาบาล ดังเช่น กรณีข่าว นางเทอร์รี่ เซอโว สตรีชาวอเมริกัน ที่เป็นคดีความระหว่างสามีกับพ่อแม่กว่า ๗ ปี กว่าที่ศาลรัฐฟลอริดาจะสั่งให้ดึงท่ออาหารและน้ำออกเมื่อวันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๔๔ เพื่อให้เธอตายไปตามธรรมชาติ หลังจากอยู่ในสภาพเหมือนผักมานานถึง ๑๕ ปี

สรุปกระบวนการดำเนินงานและความเป็นมาในแต่ละขั้นตอน

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ผ่านกระบวนการดำเนินงานในการผลักดันทั้งในส่วนของภาคประชาชนและรัฐบาลมาเป็นระยะเวลาหลายปี โดยสรุปความเป็นมาในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการจัดทำ (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ สำหรับใช้เป็นเอกสารตั้งต้นให้ภาคีต่าง ๆ และผู้สนใจได้ช่วยกันพิจารณาแสดงความคิดเห็น วิชาการวิจารณ์ เพื่อให้ได้กรอบความคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทย สำหรับนำไปเป็นกรอบการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ในขั้นต่อ ๆ ไป ซึ่งในร่างนี้มีสาระทั้งหมด ๑๓ หมวด โดยในหมวดที่ ๒ ว่าด้วยเรื่องสิทธิ ได้เขียนเรื่องสิทธิการตายไว้ด้วยว่า “ในบั้นปลายของชีวิต บุคคลพึงมีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ โดยมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และไม่เป็นการแสวงหาประโยชน์ทั้งแก่บุคคลและแก่สังคมโดยรวม” หลังจากนั้นได้มีการนำ (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ ออกเผยแพร่และรับฟังความคิดเห็น

ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการจัดทำเอกสาร “สาระสำคัญของการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.” เพื่อเป็นเอกสารประกอบการรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติม หลังจากนั้นจึงจัดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อร่างกรอบความคิดแล้วนำความคิดเห็นที่ได้จากเวทีต่าง ๆ มาปรับปรุงและจัดทำเป็นร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. (ฉบับปรับปรุง ๒๔ กันยายน ๒๕๔๕) โดยใช้ชื่ออีกชื่อว่า “ธรรมนูญสุขภาพคนไทย” ในร่างฯ นี้ได้เขียนเรื่องสิทธิการตายไว้ในหมวด ๒ ว่าด้วยสิทธิ หน้าที่และความมั่นคงด้านสุขภาพ มาตรา ๒๔ บัญญัติไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การแสดงความจำนงตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง”

ซึ่งจากการดำเนินการต่างๆ ที่ผ่านมา พบว่ากระแสสังคม สื่อต่างๆ นักวิชาการ ออกมาให้ความเห็นวิพากษ์ วิจาร์ณเรื่องนี้กันอย่างกว้างขวาง และแตกต่างกันหลายแง่มุม

ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ คณะกรรมการกฤษฎีกา คณะพิเศษ ได้พิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เสร็จสิ้นและผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีแล้ว โดยร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ มีการแก้ไขในมาตรา ๒๔ และปรับข้อความในมาตรานี้ใหม่เป็น มาตรา ๑๐

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง และเมื่อได้ปฏิบัติตามเจตนาดังกล่าวแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เข้าสู่การพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้เสนอ ซึ่งผลการพิจารณา ที่ประชุมได้พิจารณาและลงมติรับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. และแต่งตั้งคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. จำนวน ๓๓ คน และเมื่อคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. พิจารณาร่างกฎหมายดังกล่าวจนแล้วเสร็จ โดยในมาตรา ๑๐ คณะกรรมาธิการวิสามัญฯ ได้มีมติให้คงไว้ตามร่างเดิม

ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ซึ่งคณะกรรมการวิสามัญฯ พิจารณาเสร็จแล้ว เข้าสู่การพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ในวาระที่ ๒ และวาระที่ ๓ โดยที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ทั้งนี้ในมาตรา ๑๐ ที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติได้มีมติให้แก้ไขข้อความในมาตราดังกล่าว และเมื่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ได้ผ่านกระบวนการพิจารณาลงมติของสภานิติบัญญัติแห่งชาติแล้ว ได้มีการปรับแก้ไขร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว โดยสุดท้ายสาระสำคัญของการปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้เป็นบทบัญญัติในมาตรา ๑๒ ดังนี้

มาตรา ๑๒ “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

โดยเป็นเรื่องของการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าให้กระทำการอย่างไรเมื่อบุคคลอยู่ในวาระสุดท้ายซึ่งไม่สามารถตัดสินใจได้เองในเวลานั้น กล่าวคือ เป็นการใช้สิทธิหยุดการรักษาเพื่อให้ได้จากไปโดยสงบ อันเป็นการให้ความเคารพต่อเจตนาของผู้ที่เป็นเจ้าของชีวิตในวาระสุดท้าย

กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ*

หลายประเทศลงความเห็นว่า การระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ล่วงหน้าเอาไว้ไม่ใช่เรื่องเสียหาย และเป็นสิทธิที่ทุกคนควรจะสามารถเลือกได้ การระบุแนวทางการปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้าจึงเป็นเรื่องชอบธรรมและได้รับการยอมรับในหลายประเทศ โดยนำมาเขียนเป็นกฎหมายคุ้มครองแล้ว เช่น ฝรั่งเศส อังกฤษ แคนาดา นิวซีแลนด์ เดนมาร์ก และรัฐส่วนใหญ่ในสหรัฐอเมริกา

๑. ประเทศสหรัฐอเมริกา

ปัจจุบันมีมลรัฐต่าง ๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน ๒๕ มลรัฐที่มีกฎหมายว่าด้วยการกำหนดความประสงค์ในการรักษาพยาบาลในกรณีที่บุคคลนั้นไม่อาจให้ความยินยอมต่อการรักษาพยาบาลของตนในอนาคต โดยทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการรักษาสุขภาพ (health care advance directives) เรียกสั้น ๆ ว่า “advance directives” นอกจากนี้ศาลสหรัฐได้เคยมีการออกคำตัดสินเกี่ยวกับการรับรองสิทธิปฏิเสธการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยในหลายกรณี ทั้งในกรณีที่ยังไม่ได้ใช้ และสั่งให้ยุติการใช้ด้วย

๒. ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียยังไม่มียกกฎหมายของรัฐบาลกลางในเรื่องนี้ แต่ในทุกมลรัฐมีการรับรองเรื่องนี้เป็นกฎหมายหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน บางมลรัฐมีกฎหมายลายลักษณ์อักษรบัญญัติเรื่องการทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าที่เราเรียกว่า “advance directives” ไว้โดยเฉพาะ บางมลรัฐมีการจัดทำแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรับรองสิทธิดังกล่าว

๓. ประเทศสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ประเทศหนึ่งในเอเชีย จากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องพบว่ามียกกฎหมายชื่อ “Advance Medical Directive Act” เป็นกฎหมายว่าด้วยการแสดงเจตนาล่วงหน้าของบุคคล เมื่อเป็นผู้ที่เจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถใช้ “เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับวิธีการรักษาทางการแพทย์” เมื่อตนอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (terminal illness) ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์

๔. ประเทศเดนมาร์ก

ประเทศเดนมาร์กมีกฎหมายที่มีบทบัญญัติกล่าวถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย คือ กฎหมายว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย ค.ศ. ๑๙๙๘ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพ และรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและอำนาจที่จะ

* ไทศดล ลิมสติกข์ (๒๕๔๕) สิทธิปฏิเสธการรักษาตามมาตรา ๑๐ แห่งร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. : ศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดของต่างประเทศ

กำหนดความเป็นไปของตนเอง ทั้งโดยให้บุคคลจัดทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้ากำหนดวิธีการรักษาพยาบาลของตนไว้ในกรณีที่ดินไม่สามารถแสดงเจตนาได้ในอนาคต

๕. ประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษยังไม่มีกฎหมายลายลักษณ์อักษรในเรื่อง advance directives หรือ living will เป็นการเฉพาะ แต่การแสดงเจตนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนทั้งในกรณีเจ็บป่วยทั่วไปและในกรณีอยู่ในภาวะใกล้ตาย เป็นสิ่งที่ได้รับการยอมรับตามกฎหมายอังกฤษตามหลักกฎหมายคอมมอนลอว์ คือแนวคำตัดสินของศาลที่ถือเป็นบรรทัดฐาน นอกจากนี้ แพทยสมาคมอังกฤษยังได้ออกแนวปฏิบัติเรื่องการจัดทำเอกสารกำหนดเจตจำนงล่วงหน้าในการบำบัดรักษาทางการแพทย์ ซึ่งมีการกล่าวถึงสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมถึงการแต่งตั้งบุคคลที่จะทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยหรือช่วยบอกเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วยเพื่อประกอบการตัดสินใจของแพทย์ได้

๖. ประเทศฝรั่งเศส

แต่เดิมประเทศฝรั่งเศสไม่มีกฎหมายที่บัญญัติเรื่องนี้ไว้เป็นการเฉพาะ แต่ได้อาศัยกฎหมายรับรองสิทธิปฏิเสธการรักษาใน มาตรา ๑๖ (๓) แห่งประมวลกฎหมายแพ่งฝรั่งเศส ว่าด้วยเรื่องบุคคล ที่รับรองหลักการว่า มนุษย์ไม่อาจถูกละเมิดเนื้อตัวร่างกายได้ เว้นแต่กรณีการให้การรักษาทางการแพทย์ที่มีความจำเป็นต่อบุคคล ทั้งนี้จะต้องได้รับความยินยอมจากบุคคลนั้นเสียก่อน กรณีเช่นนี้ ศาลสูงสุดของฝรั่งเศสได้ยอมรับสิทธิการปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลว่าเป็นสิทธิที่แพทย์ต้องปฏิบัติตาม โดยศาลได้วางหลักให้แพทย์ต้องพิสูจน์ว่าตนเองได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย จึงจะถือว่าไม่มีความผิด

ต่อมา ในปี ๒๐๐๕ รัฐสภาฝรั่งเศสได้ลงมติเห็นชอบต่อร่างกฎหมายที่วางกรอบการตัดสินใจของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างเป็นทางการ มีการจัดทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า และหน้าที่ที่จะให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยดังกล่าวด้วย เพราะฝรั่งเศสเป็นประเทศที่เน้นระบบสวัสดิการสังคมแก่ประชาชนในเรื่องการรักษาพยาบาลที่ดี

กฎหมายฉบับใหม่นี้ได้วางหลักให้แพทย์สามารถยุติการรักษาที่ไม่มีผลใดๆ กับผู้ป่วยนอกจากจะช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปเท่านั้น นาย Philippe Douste-Blazy รัฐมนตรีว่าด้วยกระทรวงสาธารณสุขของฝรั่งเศส กล่าวว่า กฎหมายฉบับนี้ไม่ใช่กรณี Euthanasia เพราะมิใช่การเร่งให้ผู้ป่วยตายแต่อย่างใด แพทย์ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยตายตามคำขอร้องของผู้ป่วยได้

จากกรณีศึกษาประเทศต่าง ๆ ข้างต้น พบว่า สิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี ในสังคมตะวันตกได้มีการเรียกร้องสิทธิที่จะตายกันอย่างกว้างขวาง และในบางประเทศได้มีการออกกฎหมายรองรับสิทธิที่จะตายไว้ชัดเจน สำหรับในประเทศไทยไม่มีกฎหมายกำหนดความผิดกับผู้ฆ่าตัวตายหรือทำร้ายร่างกายตนเอง ซึ่งหมายความว่า มนุษย์สามารถเลือกที่จะยุติชีวิตของตนเองโดยบุคคลอื่นไม่สามารถเข้ามายุ่งเกี่ยวได้ เพราะเมื่อมีบุคคลอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องอาจมีความผิดโทษฐานที่ทำให้บุคคลอื่นเสียชีวิต ตามบทบัญญัติของกฎหมายที่ว่า ผู้ใดเห็นบุคคลอื่นซึ่งจะได้รับอันตรายถึงตายแล้วอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ แต่ไม่ช่วยคนนั้นมีความผิด ดังนั้นบทบัญญัติในมาตรา ๑๒ ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงมิใช่การเปลี่ยนแปลงแนวคิดในเรื่องชีวิตของคนตามความเห็นในแง่

กฎหมาย และไม่มี ความขัดแย้งกับกฎหมายเดิมที่มีอยู่ เพราะเมื่อถึงจุด ๆ หนึ่งของชีวิตซึ่งใกล้จะถึงวาระสุดท้าย บุคคลดังกล่าวไม่มีแม้สติสัมปชัญญะในการตัดสินใจใด ๆ แต่ในทางการแพทย์ยังหมายถึงการมีชีวิตอยู่ ดังนั้นบุคคลดังกล่าวย่อมมีสิทธิที่จะเลือกรักษาหรือปฏิเสธการรับการรักษาได้ เมื่อบุคคลดังกล่าวยังอยู่ในภาวะปกติ

วิธีการพิจารณาศึกษา

คณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการพิจารณาศึกษาในเรื่องดังกล่าว โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

๑. พิจารณาศึกษาข้อมูลจากเอกสารทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ผลงานทางวิชาการ รายงานการวิจัย บทความทางวิชาการ และอื่น ๆ
๒. จัดโครงการเวทีสาธารณะ เรื่อง “การปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต” ในวันศุกร์ที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๕๐ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ นาฬิกา ณ ห้องประชุมคณะกรรมการ หมายเลข ๓๐๑ ชั้น ๓ อาคารรัฐสภา ๒

สรุปผลการพิจารณาศึกษา

๑. สิทธินี้จะเกิดขึ้นได้ เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และต้องออกกฎกระทรวงรองรับ ซึ่งบุคคลที่มีความประสงค์ปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต จะต้องแสดงเจตนาโดยการทำหนังสือไว้ล่วงหน้า

๒. เรื่องสิทธิปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลกับการุณยฆาต เป็นคนละเรื่องกัน

๒.๑ โดยทั่วไป สิทธิที่จะปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิที่บุคคลมีอยู่แล้ว จะใช้หรือไม่ ก็ได้ มาตรา ๑๒ เป็นเรื่องของการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า หรือเรียกว่า advance directive หรือ living will คือ แสดงเจตนาไว้ในขณะที่มีสติสัมปชัญญะและสามารถสื่อสารได้ว่าในอนาคตเมื่อวาระสุดท้ายที่ร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษาใด ๆ แล้ว ขอให้ตายอย่างธรรมชาติอย่าได้ใช้เครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาเหนี่ยวรั้งไว้ ซึ่งใครจะสั่งไว้เช่นนี้ก็ได้ ใครจะไม่สั่งแต่จะปล่อยให้แพทย์หรือญาติรับภาระในการตัดสินใจ หรือใช้เครื่องมือต่าง ๆ มาเหนี่ยวรั้งไว้ให้เต็มที่ก็ได้ ถ้าในกรณีที่มีความต้องการเช่นนี้ ก็ไม่ต้องสนใจบทบัญญัติมาตรา ๑๒ หรือไม่ใช่สิทธิตามมาตรา ๑๒

๒.๒ การทำการุณยฆาตหรือการกระทำโดยจงใจเพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วย (mercy killing) เป็นเรื่องที่ไม่สามารถทำได้ ไม่ว่าโดยกฎหมายหรือจริยธรรมวิชาชีพของแพทย์ คำนี้มาจาก “euthanasia” โดยรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า “eu + thanatos” แปลตามรากศัพท์ว่า ตายดีตายอย่างสงบ (gentle and easy death) แต่ต่อมาใช้ว่า “mercy killing” ซึ่งไม่ตรงความหมายดั้งเดิม เพราะ euthanasia มิได้หมายความว่า “ฆ่า” หรือ “kill” หรือเป็นวิธีที่จะให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ ซึ่งวิธีดังกล่าวจะต้องสอดคล้องกับหลักกฎหมาย จริยธรรมแห่งวิชาชีพ และแง่มุม

ในทางศาสนา ในทางวิชาการได้แบ่ง euthanasia เป็น ๒ กรณี เพื่อให้เห็นว่ากรณีใดทำได้ กรณีใดทำไม่ได้

๒.๒.๑ ถ้าเป็นกรณี active euthanasia คือ ช่วยกระทำการบางอย่างให้บุคคลถึงแก่ความตายเร็วขึ้น เช่น การฉีดยาหรือสารอื่นใด การหยุดให้เครื่องช่วยหายใจ เหล่านี้ถือว่าทำไม่ได้ การกระทำดังกล่าวจะผิดทั้งกฎหมายบ้านเมืองและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ แม้บางครั้งทั้งแพทย์และญาติจะเห็นว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือช่วยจะทุกข์ทรมาน น่าเห็นใจ ก็ไม่สามารถกระทำการใดที่จะหยุดเครื่องมือเหล่านั้นได้ ทางออกในบางประเทศ ก็คือ ต้องไปขอคำสั่งศาลเพื่อหยุดเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งศาลเองก็คงต้องลำบากใจในการมีคำสั่งดังกล่าว

๒.๒.๒ ถ้าเป็นกรณี passive euthanasia คือ แพทย์จะมีการคุยกับผู้ป่วยหรือญาติ แล้วแต่กรณีว่า ถ้าหากไม่อาจรักษาให้หายจากโรคได้และต้องเสียชีวิตในเวลาต่อมานั้น จะให้การรักษาเท่าที่จะทำได้ คือ รักษาแบบประคับประคองตามอาการที่เกิดขึ้น บรรเทาความเจ็บป่วยให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยจากไปตามวิถีแห่งธรรมชาติ โดยไม่ใช่เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่ไปเหนี่ยวรั้ง แต่ถ้าใช้เครื่องมือแล้ว จะไปหยุดใช้ไม่ได้ เพราะหากมีการเสียชีวิตจะเป็นปัญหาทางด้านกฎหมายตามมา

๒.๓ เจตนาารมณ์ของมาตรานี้ เกิดจากความเข้าใจถึงความจำเป็นไปตามธรรมชาติที่เกิดขึ้น มีเกิดแล้วจะต้องดับไป ไม่มีประโยชน์ที่จะไปเหนี่ยวรั้งร่างที่ไม่รู้สึกตัวและไม่สามารถรักษาให้หายได้ ในหลายๆ ประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย เดนมาร์ก ฝรั่งเศส สิงคโปร์ ฯลฯ จึงเกิดความคิดเรื่อง advance directive หรือ living will มาก่อน เหล่านี้ คือ ที่มาของมาตรา ๑๒ ซึ่งในหลายๆ ประเทศ มีกฎหมายลักษณะนี้มานานแล้วในวรรคแรกของมาตรา ๑๒ จึงเป็นการบัญญัติหลักกฎหมายที่รองรับหลักการดังกล่าว

๓. ข้อเสนอแนะและข้อกังวลใจจากการจัดเวทีสาธารณะ ซึ่งผู้เข้าร่วมเสวนาส่วนใหญ่เห็นด้วยกับหลักการของมาตรา ๑๒ ว่าการตายนั้นเป็นธรรมชาติของชีวิตและมีความเห็นเพิ่มเติมดังนี้

๓.๑ ข้อเสนอแนะ

๓.๑.๑ มาตรา ๑๒ เป็นการลดความทรมานที่ไม่มีความจำเป็น และจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

๓.๑.๒ มาตรานี้ไม่ใช่ mercy killing แต่เป็นการยุติการช่วยชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต

๓.๑.๓ มาตรานี้เป็นกรอบปฏิบัติที่จะต้องดำเนินการเพื่อให้เป็นรูปธรรมต่อไป

๓.๑.๔ สิทธิในการแสดงเจตนาตามมาตรา ๑๒ เป็นนวัตกรรมใหม่ของสิทธิทางด้านสุขภาพที่ใครจะใช้หรือไม่ก็ได้

๓.๑.๕ การไปสู่สุดติเป็นการตายอย่างสงบ เป็นสิ่งที่ดีงามในสังคมไทย

๓.๒ ข้อกังวลใจ

๓.๒.๑ การปฏิบัติตามมาตรา ๑๒ ที่เป็นเพียงมาตราเดียวในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เกรงว่าจะไม่สามารถครอบคลุมเท่าต่างประเทศที่มีการออกเป็นพระราชบัญญัติต่างหาก

๓.๒.๒ มีความเป็นห่วงในขั้นตอนของการออกกฎกระทรวง เช่น ความชัดเจนในการนำไปใช้ อะไรคือวาระสุดท้าย อะไรคือการกระทำเพื่อยุติการทรมาน อายุเท่าไรถึงจะทำได้ รวมทั้งให้ระมัดระวังการถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดเพราะจะนำไปสู่การฟ้องร้องในอนาคตได้

๓.๒.๓ ประชาชนยังไม่มีความรู้ที่เพียงพอ ยังขาดข้อมูล อาจจะไปใช้ผิดเจตนารมณ์ของกฎหมายได้

๓.๒.๔ ในมิติทางวัฒนธรรมไทยอาจไม่เอื้อต่อการนำมาตรานี้มาใช้

๓.๒.๕ การตายในหลักศาสนาเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน

๓.๒.๖ ในทางปฏิบัติอาจเกิดข้อขัดแย้งระหว่างแพทย์และนักกฎหมาย เช่น กรณีของการไร้ชีวิต ในทางการแพทย์ถือเกณฑ์ว่าสมองตาย แต่ทางกฎหมายต้องถือว่าการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

๓.๒.๗ คำว่า “ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข” มีความหมายกว้างกว่า “การไม่ประสงค์จะรับการรักษา” เพราะอาจจะมีปัญหาในการตีความในทางปฏิบัติได้

๔. สรุปสาระสำคัญที่ได้จากข้อเสนอแนะในเวทีสาธารณะ

๔.๑ การออกกฎกระทรวงเพื่อรองรับมาตรานี้ต้องกระทำให้ชัดเจน กระบวนการกำหนดในกฎกระทรวงต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมให้มาก และควรพิจารณาให้รอบด้านโดยไม่ต้องเร่งรีบ

๔.๒ ต้องทำความเข้าใจกับสังคมให้ดี ให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเลือกว่าจะใช้หรือไม่ใช้มาตรา ๑๒

๔.๓ ควรมีการเตรียมป้องกันการนำมาตรการนี้ไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง

๔.๔ หลักสำคัญที่สุด คือ ต้องมีการสื่อสารระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ ให้เข้าใจตรงกันก่อนที่จะใช้สิทธิตามมาตรานี้

๔.๕ การทำหนังสือแสดงเจตนา ต้องให้ความสำคัญของที่มาของหนังสือ เจ้าของชีวิตต้องแสดงเจตนาในขณะที่มีสติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์เท่านั้น

๔.๖ ควรเปิดโอกาสให้เครือข่ายญาติใกล้ชิด ผู้รู้ทางกฎหมาย ผู้รู้ทางการแพทย์ ได้มีส่วนร่วมในการทำหนังสือด้วย

๔.๗ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา บุคลากรทางการแพทย์จะต้องตัดสินใจร่วมกับเครือข่ายญาติ โดยคำนึงถึงภาวะทางเศรษฐกิจ และอยู่บนสำนึกของความเป็นแพทย์ที่มีคุณธรรมและจริยธรรม

ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่ามาตรา ๑๒ เป็นการกำหนดให้บุคคลมีสิทธิเลือกตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในบั้นปลายของชีวิตโดยไม่ถูกยึดชีวิตหรือถูกแทรกแซงการตายเกินจำเป็น และเพื่อไม่ให้เป็นการละเมิดในทุก ๆ ด้าน โดยให้มีสิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้าได้ (Living will) ซึ่งควรจะต้องมีการดำเนินการดังนี้

๑. การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการปฏิบัติต้องชัดเจน ไม่ใช่เรื่องของข้อกำหนดสิทธิให้ยุติชีวิตของตนเอง ทั้งนี้ ประเด็นปัญหา ข้อสังเกต ข้อเสนอแนะ รวมทั้งข้อกังวลจากผู้เข้าร่วมเวทีสาธารณะในด้านที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขนั้น เห็นควรประสานกระทรวงสาธารณสุขรับไปพิจารณาดำเนินการหาแนวทางในการดำเนินการที่เหมาะสมและจัดทำกฎกระทรวง ซึ่งจะต้องมีกระบวนการรับฟังความเห็นอย่างกว้างขวาง เพื่อออกกฎกระทรวงให้ครอบคลุมที่สุด ป้องกันการนำไปปฏิบัติที่ผิดเจตนารมณ์ของมาตรานี้

๒. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จะต้องเตรียมความพร้อมในด้านองค์ความรู้เพื่อรองรับการใช้สิทธิของประชาชน โดยทำงานประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน องค์การวิชาชีพสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย นักสื่อสารมวลชน เป็นต้น

๓. สื่อสารมวลชนทุกสาขาควรเข้าร่วมในการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับประชาชน เนื่องจากมาตรา ๑๒ เป็นการกำหนดสิทธิสุขภาพใหม่ของประชาชน สิทธินี้มีความหมายว่าบุคคลมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะไม่รับการรักษาพยาบาลได้อยู่แล้วในขณะที่มีสติสัมปชัญญะและสื่อสารได้ แต่ไม่สามารถใช้สิทธินี้ได้ในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่ไร้สติสัมปชัญญะ การกำหนดสิทธิในมาตรา ๑๒ นี้ จึงเป็นการรักษาสิทธิในช่วงระยะเวลาอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถสื่อสารกับใครได้เท่านั้นเอง และสิทธิปฏิเสธการรักษากับการุณยฆาตนั้น ในมาตรา ๑๒ ให้สิทธิบุคคลแสดงเจตนารมณ์ล่วงหน้าว่าจะไม่ขอรับการรักษาพยาบาลชนิดใด เมื่อตนอยู่ในสภาพลักษณะใด เพื่อขอจากไปอย่างสงบและเป็นธรรมชาติ ไม่ต้องการถูกแทรกแซงการตายด้วยการรักษาหรือด้วยการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่เกินจำเป็น แต่ไม่ใช่อนุญาตให้แพทย์ทำให้ตาย หรือที่เรียกว่า การุณยฆาต ถ้าแพทย์ทำให้ผู้ป่วยตายก็จะไม่ได้รับความคุ้มครองตามวรรคสามของมาตรานี้ การปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลโดยการทำหนังสือแสดงเจตนารมณ์ไว้ล่วงหน้า เป็นเพียงเพื่อแสดงสิทธิในฐานะเจ้าของชีวิตเพื่อบอกแพทย์ บอกญาติว่าอย่าได้ให้การรักษาพยาบาลในส่วนที่บุคคลผู้นั้นไม่ประสงค์จะรับบริการ ไม่ใช่ใบอนุญาตให้ใครมาทำให้ตายแต่อย่างใด ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอยู่ก่อนแล้ว เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้น แพทย์ได้ปั๊มหัวใจกลับมาเต้นใหม่แล้ว ใส่เครื่องช่วยหายใจ และให้ยากระตุ้นหัวใจไว้แล้ว ต่อมาพบว่าผู้นั้นได้มีหนังสือแสดงเจตจำนงไม่รับการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดระยะเวลาตายในวาระสุดท้ายของชีวิต กรณีเช่นนี้แพทย์ก็ไม่สามารถหยุดเครื่องช่วยหายใจได้ เพราะอาจกลายเป็นการกระทำการุณยฆาต แพทย์ต้องดูแลรักษาประคับประคองต่อไป จนกว่าผู้ป่วยจะสิ้นชีวิต และการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา มาตรา ๑๒ กำหนดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ภาคผนวก

ภาคผนวก ๑

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

- ๒๑ -
สมบัตินิติห้องสมุดรัฐสภา

เล่ม ๑๒๔ ตอนที่ ๑๖ ก

หน้า ๑
ราชกิจจานุเบกษา

๑๕ มีนาคม ๒๕๕๐



พระราชบัญญัติ

สุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๕๐

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๐

เป็นปีที่ ๖๒ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ดังต่อไปนี้

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“ปัญญา” หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น

“ระบบสุขภาพ” หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

“บุคลากรด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่มีกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับ

“ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“สมัชชาสุขภาพ” หมายความว่า กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการสรรหา” หมายความว่า คณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการบริหาร” หมายความว่า คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“กรรมการบริหาร” หมายความว่า กรรมการในคณะกรรมการบริหาร

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์การควบคุมการประกอบวิชาชีพ องค์การมหาชนและหน่วยงานอื่นของรัฐ

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔ ให้นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจออกกฎกระทรวง เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ กฎกระทรวงนั้นเมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้

หมวด ๑
สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

มาตรา ๕ บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวรรคหนึ่ง

มาตรา ๖ สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะ ชับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริม และคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม

สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย

มาตรา ๗ ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่นเพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้

มาตรา ๘ ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

(๒) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

มาตรา ๘ ในกรณีที่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขประสงค์จะใช้ผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองในงานวิจัย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้า และต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้รับบริการก่อนจึงจะดำเนินการได้ ความยินยอมดังกล่าว ผู้รับบริการจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้

มาตรา ๑๐ เมื่อมีกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้น หน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว ต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นและวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลให้โดยเร็ว

การเปิดเผยข้อมูลตามวรรคหนึ่งต้องไม่มีลักษณะเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของบุคคลใดเป็นการเฉพาะ

มาตรา ๑๑ บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว

มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่ากระทำความผิดเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ

หมวด ๒

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๑๓ ให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า “คสช.” ประกอบด้วย

(๑) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ

- (๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ
- (๓) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงที่นายกรัฐมนตรีกำหนดจำนวนไม่เกินห้าคน เป็นกรรมการ
- (๔) ประธานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นกรรมการ
- (๕) ประธานกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เป็นกรรมการ
- (๖) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเลือกกันเองจำนวนสี่คน เป็นกรรมการ
- (๗) ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่มีกฎหมายจัดตั้งองค์กรละหนึ่งคน เป็นกรรมการ
- (๘) ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะซึ่งเลือกกันเองจำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ

(๙) ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านต่าง ๆ ซึ่งต้องไม่เป็นผู้นประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดยเลือกกันเองจำนวนหกคน เป็นกรรมการ

(๑๐) ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ไม่ว่าจะจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลหรือไม่ซึ่งเลือกกันเองจำนวนสิบสามคน เป็นกรรมการ

ให้เลขานุการเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้เลขานุการแต่งตั้งพนักงานของสำนักงานไม่เกินสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา ๑๔ กรรมการตามมาตรา ๑๓ (๖) (๗) (๘) (๙) และ (๑๐) ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- (๓) ไม่เป็นผู้มีความผิดทางจิตอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่
- (๔) ไม่ติดยาเสพติดให้โทษ
- (๕) ไม่เคยถูกลงโทษทางวินัยถึงไล่ออก ปลดออกหรือให้ออกจากหน่วยงานของรัฐ
- (๖) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

มาตรา ๑๕ การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๖) ให้ดำเนินการ ดังนี้

(๑) ให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร นายกเมืองพัทยาและหัวหน้าผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายจัดตั้งขึ้นเป็นการเฉพาะทำนองเดียวกัน ดำเนินการเลือกกันเองให้ได้กรรมการหนึ่งคน

- (๒) ให้นายกเทศมนตรีทุกแห่งเลือกกันเองให้ได้กรรมการหนึ่งคน
- (๓) ให้นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดทุกแห่งเลือกกันเองให้ได้กรรมการหนึ่งคน
- (๔) ให้นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งเลือกกันเองให้ได้กรรมการหนึ่งคน

การเลือกกรรมการตาม (๒) (๓) และ (๔) คณะกรรมการสรรหาจะจัดให้มีการประชุมเพื่อเลือกกันเอง หรือจะจัดให้มีการสมัครและให้ลงคะแนนเลือกกันเองทางไปรษณีย์หรือวิธีอื่นใดก็ได้ ทั้งนี้ ตามวิธีการที่คณะกรรมการสรรหาประกาศกำหนด

มาตรา ๑๖ การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๘) ให้เป็นไปตามวิธีการที่คณะกรรมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะกำหนด

มาตรา ๑๗ การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๙) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการสรรหาประกาศกำหนด

ในการกำหนดหลักเกณฑ์ตามวรรคหนึ่ง ให้คณะกรรมการสรรหาแยกกลุ่มของผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านต่าง ๆ เป็นหกกลุ่ม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิของแต่ละกลุ่มเลือกกันเองให้ได้กรรมการกลุ่มละหนึ่งคน

การจัดให้ผู้ทรงคุณวุฒิผู้ใดอยู่ในกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มใด ให้เป็นไปตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความจำนงต่อคณะกรรมการสรรหา และคณะกรรมการสรรหาจะเสนอชื่อนบุคคลเข้าอยู่ในบัญชีรายชื่อของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละกลุ่มตามที่เห็นสมควรด้วยก็ได้ แต่ต้องไม่เกินหนึ่งในสามของจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่แสดงความจำนงในแต่ละกลุ่ม เว้นแต่มีผู้แสดงความจำนงน้อยกว่าห้าคน ให้คณะกรรมการสรรหาเสนอได้ไม่เกินห้าคน

ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งแสดงความจำนงเพื่อเข้าอยู่ในกลุ่มใดตามวรรคสามต้องมีคุณสมบัติเฉพาะตามที่คณะกรรมการสรรหากำหนดสำหรับกลุ่มนั้น และจะแสดงความจำนงเข้าอยู่ในกลุ่มใดเกินหนึ่งกลุ่มมิได้

การแยกกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคสองให้ประกาศให้ประชาชนทราบเป็นการทั่วไปล่วงหน้าไม่น้อยกว่าหกสิบวันก่อนมีการเลือก และให้ประกาศแยกกลุ่มใหม่ทุกครั้งที่จะมีการเลือก

มาตรา ๑๘ การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๑๐) ให้คณะกรรมการสรรหาดำเนินการดังต่อไปนี้

- (๑) จัดกลุ่มขององค์กรภาคเอกชนตามลักษณะของกิจกรรมที่ดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ
- (๒) จัดให้องค์กรภาคเอกชนในแต่ละจังหวัดที่ประสงค์จะมีส่วนร่วมมาขึ้นทะเบียนในกลุ่มต่าง ๆ ตาม (๑)

(๓) จัดให้ผู้ซึ่งมีหนังสือมอบหมายให้เป็นผู้แทนขององค์กรภาคเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตาม (๒) ของแต่ละจังหวัดมาเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เลือกกลุ่มละหนึ่งคน

(๔) จัดให้ผู้ได้รับการเลือกเป็นผู้แทนของแต่ละกลุ่มในแต่ละจังหวัดตาม (๓) มาประชุมร่วมกันและเลือกกันเองให้เหลือผู้แทนจังหวัดละหนึ่งคน

(๕) ประกาศกำหนดพื้นที่ของประเทศออกเป็นสิบสามเขต โดยให้กรุงเทพมหานครเป็นหนึ่งเขต และให้ผู้แทนตาม (๔) ของแต่ละจังหวัดในแต่ละเขต ยกเว้นกรุงเทพมหานครมาประชุมร่วมกันและเลือกกันเองให้เหลือเขตละหนึ่งคน

การดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและระยะเวลาที่คณะกรรมการสรรหาประกาศกำหนด

มาตรา ๑๕ ให้มีคณะกรรมการสรรหาคณะหนึ่ง ซึ่ง คสช. แต่งตั้ง ประกอบด้วย

(๑) กรรมการตามมาตรา ๑๓ (๗) (๘) (๙) หรือ (๑๐) หนึ่งคน เป็นประธานคณะกรรมการสรรหา

(๒) ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งแต่งตั้งจากผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งคน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหนึ่งคน ศาสตราจารย์ของมหาวิทยาลัยของรัฐซึ่งมิใช่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหนึ่งคน ผู้ประกอบอาชีพสื่อมวลชนหนึ่งคน ผู้ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้แทนตามกฎหมายขององค์กรภาคเอกชนที่เป็นนิติบุคคลและดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพโดยไม่แสวงหากำไรหนึ่งคน เป็นกรรมการ

(๓) เลขธิการเป็นเลขานุการคณะกรรมการสรรหา

มาตรา ๒๐ ให้คณะกรรมการสรรหามีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดวิธีการ หลักเกณฑ์และระยะเวลา ตลอดจนดำเนินการอื่นใดตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๑๕ มาตรา ๑๗ และมาตรา ๑๘

(๒) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการสรรหามอบหมาย

มาตรา ๒๑ กรรมการตามมาตรา ๑๓ (๖) (๗) (๘) (๙) และ (๑๐) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี โดยกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๗) (๘) (๙) และ (๑๐) จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันมิได้

ให้กรรมการที่พ้นจากตำแหน่งตามวาระอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งแทนคนจะเข้ารับหน้าที่

เมื่อกรรมการจะพ้นจากตำแหน่งตามวาระ ให้ดำเนินการเลือกเพื่อแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนก่อนวันครบวาระไม่น้อยกว่าเก้าสิบวัน

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการเลือกกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลง และให้ผู้ได้รับแต่งตั้งอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงหนึ่งปี และยังมีกรรมการประเภทเดียวกันเหลืออยู่ หรือแม้ไม่มีกรรมการประเภทเดียวกันเหลืออยู่ แต่มีวาระเหลืออยู่ไม่ถึงหนึ่งร้อยแปดสิบวัน จะไม่ดำเนินการเลือกเพื่อแต่งตั้งแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในกรณีนี้ให้ คสช. ประกอบด้วยกรรมการที่เหลืออยู่

มาตรา ๒๒ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามมาตรา ๑๓ (บ) พ้นจากตำแหน่งเมื่อพ้นจากตำแหน่งตามที่ระบุไว้ในมาตรา ๑๕ (๑) (๒) (๓) หรือ (๔) แล้วแต่กรณี

มาตรา ๒๓ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามมาตรา ๑๓ (บ) (๗) (๘) (๙) และ (๑๐) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ถูกจำคุก

(๔) คสช. มีมติไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนกรรมการทั้งหมดเท่าที่มีอยู่ให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ

(๕) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๔

มาตรา ๒๔ หลักเกณฑ์และวิธีการการประชุม คสช. และการปฏิบัติงานของ คสช. ให้เป็นไปตามระเบียบที่ คสช. กำหนด

มาตรา ๒๕ ให้ คสช. มีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ

(๒) เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาดังกล่าวพร้อมทั้งเปิดเผยให้สาธารณชนทราบด้วย

(๓) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

(๔) จัดให้มี หรือส่งเสริม สนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย

(๕) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพ แห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

(๖) เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาในการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัตินี้ หรือการออก กฎกระทรวงตามพระราชบัญญัตินี้

(๗) กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลการดำเนินการของคณะกรรมการบริหารและสำนักงาน

(๘) แต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ คสช. มอบหมาย

(๙) วางระเบียบว่าด้วยเบี้ยประชุมที่มีไขเบี้ยประชุมของ คสช. และระเบียบว่าด้วยค่าใช้จ่าย ในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้

(๑๐) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น หรือตามที่ คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อเสนอแนะหรือคำปรึกษาเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพตาม (๒) ต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และคำนึงถึงข้อเสนอแนะของสมัชชาสุขภาพด้วย

หมวด ๓

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๒๖ ให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่ เป็นส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น

ให้สำนักงานมีฐานะเป็นนิติบุคคลและอยู่ในกำกับของนายกรัฐมนตรี

กิจการของสำนักงานไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมาย ว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมและกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน แต่พนักงาน และลูกจ้างของสำนักงานต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายดังกล่าว

มาตรา ๒๑ ให้สำนักงานมีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

(๑) รับผิดชอบงานธุรการของ คสช. และคณะกรรมการบริหาร

(๒) ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ

(๓) ดำเนินการ ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

(๔) ดำเนินการ เพื่อให้การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นบรรลุผลตามมติของ คสช.

(๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือตามกฎหมายอื่น หรือตามที่คณะรัฐมนตรีหรือ คสช. มอบหมาย

มาตรา ๒๒ รายได้ของสำนักงาน ประกอบด้วย

(๑) เงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้ตามความเหมาะสมเป็นรายปี

(๒) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้

(๓) เงินหรือทรัพย์สินอื่นที่ตกเป็นของสำนักงาน

(๔) รายได้จากการดำเนินกิจการของสำนักงาน

(๕) ดอกผลของเงินหรือทรัพย์สินตาม (๑) (๒) (๓) และ (๔)

มาตรา ๒๓ บรรดารายได้ของสำนักงานตามมาตรา ๒๒ ไม่เป็นรายได้ที่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ทรัพย์สินของสำนักงานไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดีและบุคคลใดจะยกอายุความขึ้นเป็นข้อต่อสู้สำนักงานในเรื่องทรัพย์สินของสำนักงานมิได้

บรรดาอสังหาริมทรัพย์ที่สำนักงานได้มาโดยมีผู้บริจาคให้หรือได้มาโดยการซื้อหรือแลกเปลี่ยนจากรายได้ตามมาตรา ๒๒ (๒) (๓) (๔) หรือ (๕) ของสำนักงาน ให้เป็นกรรมสิทธิ์ของสำนักงาน

ให้สำนักงานมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้อยู่ และจัดหาประโยชน์จากทรัพย์สินของสำนักงาน

บรรดาอสังหาริมทรัพย์ที่สำนักงานได้มาโดยใช้เงินรายได้ตามมาตรา ๒๒ (๑) ให้ตกเป็นที่ราชพัสดุ แต่สำนักงานมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้อยู่ และจัดหาประโยชน์ได้

มาตรา ๓๐ การเก็บรักษาและการใช้จ่ายเงินของสำนักงานให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการบริหารกำหนด

การบัญชีของสำนักงาน ให้จัดทำตามหลักสากลตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการบริหารกำหนด และต้องจัดให้มีการตรวจสอบภายในเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี และการพัสดุของสำนักงาน ตลอดจนรายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการบริหารทราบอย่างน้อยปีละครั้ง

ให้สำนักงานจัดทำงบการเงินซึ่งอย่างน้อยต้องประกอบด้วยงบดุลและบัญชีทำการส่งผู้สอบบัญชีภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชีของทุกปี

ในทุกรอบปีให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินหรือบุคคลภายนอกตามที่คณะกรรมการบริหารแต่งตั้งด้วยความเห็นชอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินเป็นผู้สอบบัญชีและประเมินผลการใช้จ่ายเงินและทรัพย์สินของสำนักงาน โดยให้แสดงความคิดเห็นเป็นข้อวิเคราะห์ว่าการใช้จ่ายดังกล่าวเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ประหยัด และได้ผลตามเป้าหมายเพียงใด แล้วทำรายงานผลการสอบบัญชีเสนอต่อ คสช.

ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชีของทุกปี ให้สำนักงานทำรายงานประจำปีเสนอต่อคณะกรรมการบริหารเพื่อเสนอต่อ คสช. และรัฐมนตรีเพื่อทราบ โดยแสดงงบการเงินและบัญชีทำการที่ผู้สอบบัญชีรับรองว่าถูกต้องแล้ว พร้อมทั้งรายงานของผู้สอบบัญชี รวมทั้งแสดงผลงานของสำนักงานในปีที่ล่วงมาด้วย

มาตรา ๓๑ ให้มีเลขาธิการคนหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารงานของสำนักงานขึ้นตรงต่อ คสช. มีหน้าที่ควบคุมดูแลโดยทั่วไปซึ่งงานของสำนักงาน และเป็นผู้บังคับบัญชาพนักงานและลูกจ้างในสำนักงาน โดยอาจมีรองเลขาธิการตามจำนวนที่คณะกรรมการบริหารกำหนดเป็นผู้ช่วย สั่งและปฏิบัติงานตามที่เลขาธิการมอบหมายก็ได้

คุณสมบัติของเลขาธิการและรองเลขาธิการ ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการบริหารกำหนด โดยความเห็นชอบของ คสช.

ให้นายกรัฐมนตรีมีอำนาจแต่งตั้งเลขาธิการจากบุคคลที่คณะกรรมการบริหารคัดเลือก และ คสช. ให้ความเห็นชอบแล้ว

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกเลขาธิการตามวรรคสามให้เป็นไปตามระเบียบที่ คสช. กำหนด เลขาธิการมีอำนาจแต่งตั้งรองเลขาธิการ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหาร

มาตรา ๓๒ ให้เลขาธิการมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันมิได้

เมื่อเลขาธิการพ้นจากตำแหน่ง ให้รองเลขาธิการพ้นจากตำแหน่งด้วย

เมื่อตำแหน่งเลขาธิการว่างลงและยังไม่มีแต่งตั้งเลขาธิการคนใหม่ ให้คณะกรรมการบริหารแต่งตั้งกรรมการบริหารคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทน

ในกรณีที่เลขาธิการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองเลขาธิการที่คณะกรรมการบริหารกำหนดเป็นผู้รักษาการแทน แต่ถ้าไม่มีรองเลขาธิการหรือรองเลขาธิการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้คณะกรรมการบริหารแต่งตั้งพนักงานของสำนักงานคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทน

มาตรา ๓๓ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระแล้ว เลขาธิการพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ถูกจำคุก

(๔) ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือไม่ผ่านการประเมิน ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการบริหารกำหนดโดยความเห็นชอบของ คสช.

มาตรา ๓๔ เลขาธิการมีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

(๑) บริหารกิจการของสำนักงานให้เป็นไปตามกฎหมาย นโยบาย มติ ข้อบังคับ ระเบียบ หรือประกาศของ คสช. และคณะกรรมการบริหาร

(๒) จัดทำแผนงานหลัก แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณประจำปีของสำนักงานเสนอคณะกรรมการบริหารเพื่ออนุมัติ

(๓) ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล การเงิน การงบประมาณและการบริหารด้านอื่นของสำนักงาน ตามระเบียบที่คณะกรรมการบริหารกำหนด

(๔) วางระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมาย นโยบาย มติ ข้อบังคับ ระเบียบหรือประกาศของ คสช. และคณะกรรมการบริหาร

(๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะรัฐมนตรี คสช. และคณะกรรมการบริหารมอบหมาย

มาตรา ๓๕ เงินเดือนและประโยชน์ตอบแทนอื่นของเลขาธิการให้คณะกรรมการบริหารกำหนดตามหลักเกณฑ์ที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

มาตรา ๓๖ ให้เลขาธิการเป็นผู้แทนของสำนักงานในกิจการของสำนักงานที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก แต่เลขาธิการจะมอบหมายให้บุคคลใดปฏิบัติงานในเรื่องใดแทนตามระเบียบที่คณะกรรมการบริหารกำหนดก็ได้

มาตรา ๓๗ ให้ คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร ประกอบด้วย

- (๑) ประธานกรรมการบริหารซึ่งแต่งตั้งจากกรรมการ
- (๒) กรรมการบริหารซึ่งแต่งตั้งจากผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งคน
- (๓) กรรมการบริหารซึ่งแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่เกินห้าคน
- (๔) เลขธิการเป็นกรรมการบริหารและเลขานุการ

คุณสมบัติ หลักเกณฑ์และวิธีการในการสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิตาม (๓) ให้เป็นไปตามระเบียบที่ คสช. กำหนด

มาตรา ๓๘ การดำรงตำแหน่ง การพ้นจากตำแหน่ง การประชุมและการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหาร ให้เป็นไปตามระเบียบที่ คสช. กำหนด

มาตรา ๓๙ คณะกรรมการบริหารมีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลการดำเนินงานของสำนักงานให้เกิดการจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่

(๒) กำหนดคุณสมบัติของเลขธิการและรองเลขธิการ และดำเนินการคัดเลือกเลขธิการตามระเบียบที่ คสช. กำหนด

(๓) อนุมัติแผนงานหลัก แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณประจำปีของสำนักงาน

(๔) ออกข้อบังคับ ระเบียบหรือประกาศตามที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้

(๕) จัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานและรายงานต่อ คสช. อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

(๖) จัดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเลขธิการ

(๗) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการบริหารมอบหมาย

(๘) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่ คสช. มอบหมาย

หมวด ๔

สมัชชาสุขภาพ

มาตรา ๔๐ การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือสนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ คสช. กำหนด

ในกรณีที่สมาชิกสภาสุขภาพตามวรรคหนึ่ง มีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติหรือนำไปพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ให้เสนอต่อ คสช. เพื่อพิจารณาดำเนินการให้บรรลุผลตามควรแก่กรณีต่อไป

มาตรา ๔๑ ให้ คสช. จัดให้มีสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

มาตรา ๔๒ ในการจัดสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติ ให้ คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติคณะหนึ่งมีจำนวนตามที่ คสช. กำหนด

กรรมการตามวรรคหนึ่งให้แต่งตั้งจากผู้แทนหน่วยงานของรัฐและผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอัตราส่วนที่ คสช. กำหนด ทั้งนี้ ผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐจะต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละหกสิบของจำนวนกรรมการตามวรรคหนึ่ง

ให้คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการจัดการเกี่ยวกับการจัดประชุมและหลักเกณฑ์อื่นที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่

มาตรา ๔๓ ให้คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่ในการจัดการประชุมสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติ กำหนดวัน เวลาและสถานที่ในการประชุม ซึ่งต้องประกาศให้ประชาชนทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสามสิบวันก่อนวันประชุม

มาตรา ๔๔ ผู้ใดประสงค์จะเข้าร่วมสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งใด ให้สมัครลงทะเบียนสำหรับการประชุมครั้งนั้นต่อเจ้าหน้าที่ที่คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติกำหนดตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติกำหนด

นอกจากผู้ลงทะเบียนตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติจะกำหนดให้เชิญบุคคล ผู้แทนหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรภาคเอกชนตามที่เห็นสมควรมาร่วมประชุมด้วยก็ได้

มาตรา ๔๕ ในกรณีที่สมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติมีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติหรือนำไปพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ให้เสนอต่อ คสช. เพื่อพิจารณาดำเนินการให้บรรลุผลตามควรแก่กรณีต่อไป

หมวด ๕

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๔๖ ให้ คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ

ในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้ คสช. นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของสมัชชาสุขภาพมาประกอบด้วย

เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติแล้ว ให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ให้ คสช. ทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุกห้าปี

มาตรา ๔๗ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

- (๑) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ
- (๒) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ
- (๓) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ
- (๔) การสร้างเสริมสุขภาพ
- (๕) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- (๖) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
- (๗) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ
- (๘) การคุ้มครองผู้บริโภค
- (๙) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
- (๑๐) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- (๑๑) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
- (๑๒) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

มาตรา ๔๘ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพตามมาตรา ๒๕ (๒) ที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน

หมวด ๖
บทกำหนดโทษ

มาตรา ๔๙ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๗ หรือมาตรา ๘ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ความคิดตามมาตรานี้เป็นความคิดอันชอบความได้

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๕๐ ให้โอนบรรดากิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้สิน และเงินงบประมาณของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในส่วนของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ไปเป็นของสำนักงานตามพระราชบัญญัตินี้

ให้โอนพนักงานของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ไปเป็นพนักงานของสำนักงานตามพระราชบัญญัตินี้

ข้าราชการและลูกจ้างผู้ใดถูกสั่งให้ไปช่วยปฏิบัติงานที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อได้แสดงความจำนงเป็นหนังสือต่อเลขาธิการภายในหกสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้โอนมาเป็นพนักงานหรือลูกจ้างของสำนักงานนับแต่วันที่แสดงความจำนง

มาตรา ๕๑ ให้นำบรรดาข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติมาใช้บังคับกับการปฏิบัติงานของสำนักงานโดยอนุโลม จนกว่าจะได้มีข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๕๒ ให้ถือว่าข้าราชการที่โอนมาตามมาตรา ๕๐ ออกจากราชการเพราะทางราชการเลิกหรือยุบตำแหน่งตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ แล้วแต่กรณี

ให้ถือว่าลูกจ้างที่โอนมาตามมาตรา ๕๐ ออกจากงานเพราะทางราชการยุบเลิกตำแหน่งหรือเลิกจ้างโดยไม่มีความผิด และให้ได้รับบำเหน็จตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยบำเหน็จลูกจ้าง

มาตรา ๕๓ ให้นำความในมาตรา ๕๒ มาใช้บังคับกับการออกจากราชการหรือออกจากงานของข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการที่สำนักงานรับเข้าทำงานด้วยโดยอนุโลม แต่ข้าราชการหรือลูกจ้างนั้นต้องแสดงความจำนงเป็นหนังสือสมัครเข้าทำงานต่อสำนักงานภายในหนึ่งปี นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๕๔ ให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ปฏิบัติหน้าที่เลขาธิการ ไปจนกว่าจะมีการแต่งตั้งเลขาธิการตามพระราชบัญญัตินี้

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่สุขภาพหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล การวางระบบเพื่อดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน จึงไม่อาจมุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียว เพราะจะทำให้รัฐและประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก และจะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ในขณะที่ยวกันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่าทัน มีส่วนร่วม และมีระบบเสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ สมควรมีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งมีองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง และเป็นการสอดคล้องกับบทบัญญัติแห่งมาตรา ๕๖ มาตรา ๑๖ และมาตรา ๘๒ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

ภาคผนวก ๒

โครงการและกำหนดการเวทีสาธารณะ

“การปฏิเสถียรการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

: มาตรา ๑๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ.”

หน้าวาง



โครงการเวทีสาธารณะ

“การปฏิเสธรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
มาตรา ๑๐ ตามร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.”

โดย คณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ
ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
วันศุกร์ที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๕๐ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ นาฬิกา
ณ ห้องประชุมคณะกรรมการ หมายเลข ๓๐๑ ชั้น ๓ อาคารรัฐสภา ๒

หลักการและเหตุผล

ใน ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ที่ผ่านความเห็นชอบจากสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เพื่อประกาศใช้เป็นกฎหมาย เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๕๐ ที่ผ่านมา มีสาระสำคัญในมาตรา ๑๐ ที่บัญญัติว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความผิดทั้งปวง”

สาระบัญญัติดังกล่าวเป็นประโยชน์ และเกี่ยวข้องกับประชาชนอย่างกว้างขวาง เนื่องจากเป็นการกำหนดสิทธิด้านสุขภาพใหม่ ทำให้บุคคลได้รับการคุ้มครองสิทธิในฐานะเจ้าของชีวิต และช่วยแก้ปัญหาการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในช่วงที่ไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจด้วยตนเองแล้ว

ดังนั้นเพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุก ๆ ฝ่าย ได้เข้ามามีส่วนร่วมในทำความเข้าใจและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การกำหนดสิทธิสุขภาพใหม่ และร่วมกันแสวงหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมเมื่อกฎหมายมีผลบังคับใช้แล้ว

คณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ จึงเห็นสมควรจัดให้มีเวทีสาธารณะ เรื่อง “การปฏิเสธรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต : มาตรา ๑๐ ตามร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.” เพื่อทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแสวงหาแนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การออกกฎกระทรวงที่สอดคล้องตามเจตนารมณ์และเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อทำความเข้าใจและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง "การปฏิเสศการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต : มาตรา ๑๐ ตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ."
๒. เพื่อแสวงหาแนวทางปฏิบัติ ที่จะนำไปสู่การออกกฎกระทรวงที่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

วันเวลาและสถานที่

วันศุกร์ที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๕๐ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ นาฬิกา ณ ห้องประชุมคณะกรรมการธิการ หมายเลข ๓๐๑ ชั้น ๓ อาคารรัฐสภา ๒

ผู้เข้าร่วมเสวนา จำนวนประมาณ ๗๐ คน ประกอบด้วย

๑. กรรมการธิการในคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ
๒. กรรมการธิการในคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
๓. สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ
๔. สื่อมวลชน
๕. นักวิชาการ วิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง
๖. ตัวแทนภาคประชาชน
๗. ผู้สนใจทั่วไป

ผู้รับผิดชอบ

๑. คณะกรรมการธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ
๒. กระทรวงสาธารณสุข
๓. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

งบประมาณในการดำเนินการ

งบประมาณจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

กำหนดการโครงการเวทีสาธารณะ

**“การปฏิเสธรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
มาตรา ๑๐ ตามร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.”**

โดย คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ
ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
วันศุกร์ที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๕๐ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ นาฬิกา
ณ ห้องประชุมคณะกรรมาธิการ หมายเลข ๓๐๑ ชั้น ๓ อาคารรัฐสภา ๒

-
- เวลา ๐๙.๐๐ – ๐๙.๓๐ นาฬิกา - ลงทะเบียน
- เวลา ๐๙.๓๐ – ๐๙.๔๕ นาฬิกา - เปิดเวทีสาธารณะ
โดย ท่านผู้หญิงปรีญา เกษมสันต์ ณ ออยุธยา
ประธานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ
- เวลา ๐๙.๔๕ – ๑๐.๑๕ นาฬิกา - ชี้แจงเจตนารมณ์ของมาตรา ๑๐ ตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ. เรื่อง “การปฏิเสธรักษาพยาบาลในวาระ
สุดท้ายของชีวิต”
โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมาธิการ
วิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
- เวลา ๑๐.๑๕ – ๑๐.๓๐ นาฬิกา - รับประทานอาหารว่าง
- เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๒.๐๐ นาฬิกา - เวทีสาธารณะ “การปฏิเสธรักษาพยาบาลในวาระสุดท้าย
ของชีวิต : มาตรา ๑๐ ตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ.”
นำอภิปรายโดย
- แม่ชีคันสนีย์ เสถียรสุด เสถียรธรรมสถาน
 - ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ อนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพ
 - ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.สันต์ หัตถิรัตน์
โรงพยาบาลรามธิบดี ม.มหิดล
 - ดร.เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง สมาชิกสภาว่ารัฐธรรมนุญ
 - คุณทองใบ ทองเปาว์ ทนายความ
 - คุณสมเกียรติ อ่อนวิมล สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ
 - คุณประทุมพร วัชรเสถียร สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

- คุณวิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์ กรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
 - คุณกุลพล พลวัน อัยการอาวุโส สำนักงานอัยการสูงสุด
 - ดร.วัลลภ ปิยะมโนธรรม นักจิตวิทยา
 - คุณรัตนา สมบูรณ์วิทย์ เครือข่ายสุขภาพ จ.สุพรรณบุรี
 - คุณสมชาย หอมละออ สภาทนายความ
 - คุณภัทระ คำพิทักษ์ สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ
 - คุณนันทน์ อินทนนท์ ศาลทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศกลาง
 - นพ.สมศักดิ์ เจริญชัยปิยะกุล แพทยสภา
 - คุณสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์ เครือข่ายสุขภาพ จ.พระนครศรีอยุธยา
 - คุณพิชัย ศรีใส เครือข่ายสุขภาพ จ.สงขลา
 - คุณจิราภรณ์ เจริญเดช หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ
 - คุณพิรายุ ดีประเสริฐ หนังสือพิมพ์ผู้จัดการรายวัน - ออนไลน์
 - คุณกรรณิการ์ วิริยะกุล หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์
- ดำเนินรายการโดย ดร.เจษฎ์ โทณะวณิก คณะนิติศาสตร์ ม.สยาม

เวลา ๑๒.๐๐ นาฬิกา

- ปิดเวทีสาธารณะ

หมายเหตุ กำหนดการดังกล่าวอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

ภาคผนวก ๓

มุมมองต่อมาตรา ๑๐
ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ

มุมมองต่อมาตรา ๑๐ ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ

อาจารย์มีชัย ฤชุพันธุ์*

• คนเรามีสิทธิเลือกที่จะตายได้หรือไม่

โดยกฎหมายของไทย การฆ่าตัวตายไม่ผิด ไม่เหมือนของอังกฤษที่การฆ่าตัวตายเป็นความผิด ถ้าฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จะมีความผิดฐานพยายามฆ่า ถ้าฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นก็มีความผิดฐานฆ่าตัวตาย แต่คดีอาญาที่ระงับไปโดยที่ความตายทำให้ดำเนินคดีไม่ได้ ส่วนของไทย การฆ่าตัวตายไม่มีความผิด การทำร้ายร่างกายตัวเองก็ไม่ใช่ความผิด ถ้าในแง่ของกฎหมายก็แปลว่า มนุษย์เลือกวิถีชีวิตของตัวเองได้ แต่ว่าคนอื่นมายุ่งไม่ได้ ถ้าคนอื่นมายุ่งด้วย คนอื่นก็จะกลายเป็นมีส่วนทำผิดตรงที่ว่าถ้าไปทำให้เขาตายก็จะกลายเป็นฆ่าคนตาย หรือไม่ให้การเยียวยารักษา ก็จะเป็นความผิดตามจรรยาบรรณหรือวิชาชีพของตัว หรือบางทีถึงขนาดผิดทางอาญาได้ มีกฎหมายอยู่ว่าผู้ใดเห็นบุคคลอื่นซึ่งจะได้รับอันตรายถึงตายแล้วอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ แต่ไม่ช่วย คนนั้นมีความผิด กฎหมายการเลือกวิถีชีวิตที่เขียนไว้ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จึงไม่ใช่เปลี่ยนแปลงแนวคิดในเรื่องชีวิตของคน ในทัศนะของกฎหมายนะ เราไม่พูดถึงในแง่ของศาสนา ถ้าศาสนาทำลายชีวิตตัวเองก็ผิด แต่ว่าในทางกฎหมายไม่ผิด

การที่เราบอกว่า คนมีสิทธิที่จะยุติการรักษาพยาบาลตัวเองได้ จึงไม่ขัดต่อหลักกฎหมายที่มีอยู่เดิม สิ่งเดียวที่กฎหมายพยายามจะทำนั่นคือ ทำให้คนซึ่งจะมีส่วนเกี่ยวข้องพลอยไม่ผิดไปด้วย เพราะมีฉะนั้นการที่จะให้ไปตายไปตมวัตถุประสงค์ของผู้ตาย ของเจ้าของชีวิตก็จะเป็นไปไม่ได้ เพราะเราไม่ได้มุ่งหวังที่จะให้คนจู่ๆ ก็ยุติชีวิต ตรงนั้นไม่เกี่ยวกับ เรามุ่งหวังว่า เมื่อถึงจุดๆ หนึ่งเขาจะไปอยู่แล้ว สติเขาหมดแล้ว แต่ในแง่ทางแพทย์ชีวิตยังอยู่ เช่น นอนเป็นไม้ เป็นผักอยู่นั้น ชีวิตยังอยู่ ใครไปทำอะไรเขาก็เป็นการฆ่าคนตายได้ ถามว่า ถ้าคนๆ นั้นเขาอยากจบชีวิต ควรจะให้เขาจบหรือไม่ การที่สังคมพยายามรักษาเยียวยาเขาเอาไว้ โดยรู้ที่อยู่ เขาไม่มีสิทธิที่จะฟื้นขึ้นมาได้แล้ว ถามว่า สังคมให้ความกรุณาเขา หรือให้ความทารุณเขา คำตอบก็คือว่า ไม่แน่นอนว่าจะเป็นการกรุณา มันอาจจะเป็นเรื่องของความทารุณๆ ทั้งคนที่จะตายและคนที่อยู่

ดังนั้นเราก็คิดว่า ทำไมไม่ให้เขามีสิทธิเลือก ถ้าเขามีสิทธิที่จะเลือกได้ถึงจุดๆ หนึ่งเขาไม่ต้องการรักษาแล้ว ซึ่งจะไปสอดคล้องกับหลักของสุขภาพที่วางกันไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิที่จะเลือกรักษาหรือปฏิเสธการรักษาการรักษาได้ แต่นั่นเป็นอยู่ในยามที่ทนอยู่ในยามภาวะปกติ สมมุติว่าผมปวดหัว ถ้าถามหมอๆ ต้องบอกว่าต้องไปหาหมอ แต่ถ้าผมๆ บอกว่าผมไม่ไป ถามว่าสังคมควรจะเข้ามายุ่งกับผมหรือไม่ คำตอบคือว่า ไม่ ไม่ควรจะเข้ามายุ่งกับผม ถ้าผมไม่ไปก็ไม่ต้องไม่ไป นั่นเป็นเพราะว่าผมมีสติที่จะตัดสินใจได้ หลักก็เป็นอย่างนั้น หลักของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติก็เป็นอย่างนั้น และเราก็เติมต่อไปอีกหน่อยว่า ถ้าอย่างนั้นถึงตอนจะสิ้นชีวิตก็ให้เขาเลือกด้วยสิ แต่ว่าการเลือกนั้นต้องเข้าใจว่า เขาต้องเลือกในขณะที่เขามีสติสัมปชัญญะ เป็นการเลือก

* จากหนังสือ “ตายอย่างมีศักดิ์ศรี” : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. หน้า ๓๕-๔๔ , ธันวาคม ๒๕๔๘

ล่วงหน้า เรายังไม่ไปถึงขนาดที่จะให้ญาติเป็นผู้เลือก เพราะถ้าให้ญาติเป็นผู้เลือกจะเกิดปัญหาติดตามามากมายเลย ปัญหาว่าใช้สิทธิตรงนั้นอย่างสุจริตใจหรือไม่ หรือเพราะเห็นแก่เงิน เห็นแก่มรดก คำปรึกษาพยาบาล เราก็มั่นแน่น เพราะฉะนั้นตรงนั้นเจ้าตัวจึงต้องเลือก วิธีเลือกก็คือต้องทำหนังสือเอาไว้ล่วงหน้า เพื่อบอกให้คนรู้ว่า ถ้าตัวอยู่ในสภาพอะไรแล้วตัวไม่ต้องการรักษา หรือว่าเวลาหมดสติไปแล้วเขาจะได้หยุด แทนที่จะเอาที่ออกซิเจนมาใส่ให้อีก มาปั๊มหัวใจอีก ก็จะได้หยุด เขาก็จะได้ไม่มีความผิด ตรงนั้นเขียนไว้เพื่อรองรับไม่ให้หมอมีความผิด เพราะหมอจะสังเกตเห็นว่าพอกันตายไปถึงแรกที่ต้องทำคือปั๊มหัวใจก่อน ถามว่าไปทำทำไม

- **ห่วงหรือไม่ถ้ากฎหมายฉบับนี้มีผลบังคับใช้ อาจมีเรื่องของการตีความกฎหมายสำหรับคนที่อยากจะตายโดยที่ไม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย หรือตามสังขาร คือเขาอยากจะตายและขอสิทธินี้**

ก็ต้องไม่ไปโรงพยาบาลตั้งแต่แรก ถ้าสมมติว่าผมรู้สึกที่ผมอยากตายแล้ว แต่ผมไม่ฆ่าตัวตาย พอเจ็บไข้ได้ป่วยผมไม่ไปโรงพยาบาลผมก็นอนตายอยู่ที่บ้าน หมอจะมาทำอะไรผมได้ หรือแม้ว่าญาติพาผมไป ถ้าผมยังพูดได้นะ ผมก็บอกหมอว่า ผมไม่รับการรักษา เพียงเท่านั้นหมอก็รักษาผมไม่ได้ ปัญหามันอยู่ตรงนั้นว่า ถึงจุดไหน จึงเป็นจุดที่เจ้าตัวเขาบอกไว้ เพราะฉะนั้นการที่เจ้าตัวแสดงความจำนงจึงต้องชัดเจน และมีแบบแผนพอสมควร เพราะฉะนั้นเราจึงโยกไว้ว่าให้ไปออกตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กระทรวงกำหนด เพื่อจะได้วางแนวได้ พอถึงตรงนั้นหมอก็ต้องทำอะไรบางอย่างไว้ ว่าอย่างนี้จะต้องตีความอย่างไรเอาเสียให้ชัด แล้วประกาศให้คนทั่วไปรู้ คนที่เขาต้องการใช้วิธีนี้เขาจะได้ไปดูต้นแบบ และเขาก็เขียนตามนั้น ก็จะบรรเทาปัญหาไปได้ แน่ละในระยะเริ่มต้นอาจจะยังมีปัญหาว่า เอ๊ะนี่ตายหรือยัง ก็จะค่อยๆ พัฒนาไป

- **ทำไมกฎหมายอังกฤษมองว่าการฆ่าตัวตายผิดกฎหมาย**

เขามีฐานคิดว่าคนเป็นชีวิตของพระเจ้าแผ่นดิน การฆ่าตัวตายคือการทำลายพลเมืองของพระเจ้าแผ่นดิน แต่ถึงเราจะเรียกพระเจ้าอยู่หัวว่าเจ้าชีวิต เดิมเราเรียกเจ้าชีวิต อย่างลาวเรียกเจ้าชีวิต แต่เราก็ไม่ได้ไปไกลถึงขั้นนั้นว่า ท่านเป็นเจ้าของชีวิต เพราะฉะนั้นการฆ่าตัวตายก็ไม่ได้เป็นการทำลายพลเมืองของท่าน

ที่เราต้องเขียนกฎหมายนี้ไว้ ก็เพื่อเวลาที่เกิดวิกฤติขึ้นกับชีวิต ไม่รู้ตัว หรือรู้แล้วรู้ว่ารักษาไม่ได้ เช่น เป็นมะเร็งขั้นสุดท้าย หมอก็บอกรักษาไม่ได้แล้ว ได้แต่ประทัง เอ๊ะ ถ้าอย่างนั้นไปประทังทำไม สิ่งที่เขาต้องการคืออย่าให้มันปวด ก็ฉีดยาแก้ปวดให้เท่านั้น ไม่ต้องรักษา ถึงเวลาที่ตายไป แต่เวลานี้ทำไม่ได้ แต่ต่อไปกฎหมายนี้ทำได้ หรือผมเขียนไว้ล่วงหน้าว่า ถ้าผมหกล้มหมดสติไม่รู้ตัว แล้วชีวิตจะอยู่ได้ด้วยกรรนอนต่อไป ผมขอหยุดการรักษาตัว ถ้าจะให้ชัดเจนเช่นว่า เกินสองเดือนแล้วไม่มีทางที่จะลุกขึ้น ไม่สามารถจะลุกขึ้นได้ และไม่รู้ตัวด้วย ขอให้ยุติถอดสายระโยงระยางผมออก มันก็อาจจะฝืนความรู้สึกของหมอหน่อย เพราะหมอมองบรรพชาว่าต้องช่วยชีวิต แต่ว่าการช่วยชีวิตนั้นต้องไม่ฝืนความรู้สึกของคน ถ้าเราวางหลักตรงนี้ไว้ได้ ต่อไปจะเป็นที่ยอมรับได้มากขึ้น วางหลักจนกระทั่งคนยอมรับรู้ว่า การดำรงชีวิตเขาต่อไปเป็นการทรมานเขามากกว่าเป็นการช่วยชีวิต

- **เรื่องนี้มีมองได้สองมุมระหว่างการุณฆาต กับเรื่องของสิทธิการไม่ขอรับการรักษา อยากให้ช่วยอธิบาย**

อันนี้ไม่ใช่การุณฆาต(Mercy Killing) เป็นเรื่องของการอยู่แล้วเป็นการทรมาน เป็นความสิ้นเปลืองในแง่ของคนๆ นั้นและของส่วนรวม แล้วทำไมคนเราจะไม่มิลิทธิตัดสินใจในเรื่องเหล่านี้ได้บ้างละ เมื่อตอนเกิดไม่มีสิทธิตัดสินใจหนึ่งแล้ว ตอนตายก็ไม่ให้สิทธิเขา ไม่ได้แปลว่าเขาจะฆ่าตัวตายนะ เพียงแต่เมื่อรู้แล้วว่ามันรักษาไม่ได้ เขาก็หยุดการรักษาเพื่อให้เขาไปโดยสงบ เขาก็จะได้ทำจิตใจ ทำวิปัสณา ทำสมาธิก็ว่าเขาไป ไม่ต้องกังวล

หรือห่วง เคียวก็จะปลุกเขาขึ้นมาดิศดา มาผ่าตัด มาเปลี่ยนออกซิเจน คนที่นอนอยู่เป็นปีมันก็น่าแล้ว ถ้ามว่านั่นคือการทารุณะ ลองคิดดู นับวันคำรักษาพยาบาลมันจะมากขึ้น ทำให้คนหมดตัวได้ พอหมดตัวแล้วทำไง สมมติว่าไม่มีเงิน หมอจะรักษาหรือไม่ เอาเข้าจริงหมอก็คงขังแล้ว สมมติว่าคุณเข้าไปนอนโรงพยาบาล แล้วบอกว่าหมดเงินแล้ว เงินผมมีเท่านี้ จริงๆ ก็ไม่ได้แตกต่างไปจากสภาพที่มันเป็นอยู่ว่า ถ้าคุณไม่มีเงินคุณก็ไม่ได้รับการรักษา

• **สิทธิการตายที่ระบุในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจึงไม่ขัดต่อกฎหมายอาญา**

ไม่เกี่ยว แต่จะเป็นบทนิรโทษกรรมให้สำหรับหมอ เพราะมีปัญหาว่าเมื่อไปถึงโรงพยาบาลแล้วเขาให้ออกซิเจนไว้ และตอนที่เขาจะถอดถ้าไม่นิรโทษกรรมไว้ เขาอาจจะมีความผิดฐานฆ่าคนตายได้ จึงต้องเขียนไว้ว่าหมอไม่ต้องรับผิดชอบ ให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง เดิมผมเขียนให้ดูเป็นตัวอย่างถึงขนาดที่ว่า ถ้าเมื่อได้แสดงหลักฐานแล้ว หมอไม่ทำ คำใช้จ่ายต่อจากนั้นให้หมอเป็นคนรับผิดชอบ

• **แล้วทำไมถึงไม่เขียนไว้**

มันดูเกินไป

• **สรุปสิทธิการตายที่ระบุในมาตรา ๑๐ ของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมีประโยชน์**

มีประโยชน์ เพราะมันทำให้มันปลตายชีวิตของคนเราไม่ถูกยึดด้วยวิชาการสมัยใหม่ การยื้อนั้นถ้ายื้อเพียงเพื่อที่จะให้มันได้มีชี้ออยู่ แต่ไม่สามารถดำรงชีวิตได้ ก็ไม่เกิดประโยชน์ สิ้นสุดการทรมานเสียดีกว่า การยื้อไม่ใช่ธรรมชาติ สมมติว่าคนนั้นไม่มีออกซิเจน คนนั้นต้องตายไปนานแล้วเพราะหายใจไม่ได้ ก็ถ้าคุณไม่ให้ ออกซิเจนก็ตายเพราะตายตามธรรมชาติ แต่การไปยื้อให้ออกซิเจนเพื่อให้พะงาบๆ อยู่ก็ทำอะไรไม่ได้ ยั่งยืนเข้าก็แย่เข้าแย่เข้า

• **เห็นอาจารย์บอกว่าจะเป็นคนแรกที่ใช้สิทธินี้**

ผมคิดว่า เมื่อผมรู้แล้วว่าชีวิตผมไม่สามารถจะทำอะไรได้อีกแล้ว เพียงแค่ออกไปเพื่อให้คนที่ช่วยมาบังคับ มีประโยชน์อะไร สมมติผมมีโรคภัยไข้เจ็บที่รักษาไม่ได้แล้ว ผมก็ไม่อยาก หรือจะให้ผมฆ่าตัวตายผมก็ไม่ฆ่า แต่ผมก็ไม่อยากจะไปชะลอนั่นต่อไป ถ้าอยากจะทำอย่างเดี๋ยวก็คือว่า ระวังความเจ็บปวดแล้วต้องไม่ไปรักษามัน แล้วมันก็ไปตามธรรมชาติ จากการที่เราไปเยี่ยมคนป่วย คนไข้ที่ไม่รู้สึกตัว แล้วนอนต่อไปอีก ๓ เดือน ในช่วงนั้นไม่รู้สึกอะไรแล้ว ทำอะไรก็ไม่ได้ ถ้ามว่าอยู่ไปทำไม หรือแปลว่าคุณช่วยส่งเสริมกรรมเขา เขาคงทำกรรมมาหนักเขาจึงมานอนอยู่อย่างนั้น ถ้าเราทำกรรมของเขาให้สิ้นสุด เขาจะไปมีกรรมในชาติต่อไปอย่างไรก็ได้แต่เขา กรรมชาตินี้ก็สิ้นสุดกันไป การไปยื้อๆ กันก็เพื่อให้กรรมมันครบถ้วนกรรมง

ความจริงเรื่องนี้ผมคิดมานานแล้ว ตั้งแต่เป็นประธานวุฒิสภา วันหนึ่งไปประชุมที่สเปน มีคุณหญิงสุพัตรา มาศคิดถ้ำไปด้วย แล้วก็คุยกัน บอกว่าท่านอยากจะทำอะไรสักอย่างทำไมไม่รณรงค์เรื่องนี้ ท่านบอกว่าเออดีๆ ผมก็จุดสำห้เขียนอยู่ที่โรงแรมเมืองนอก ผมเขียนแล้วพิมพ์ออกมาเป็นตัวอย่างให้เอาไปเสนอสื่อ ท่านเอาไปแล้วหายเงียบ พอมีร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ก็ตรงใจผมมาก ก็เลยเอามาขายให้ใหม่

แต่จุดที่ต้องเน้นคือ เรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องบังคับ สุดแต่ใจคน ซึ่งโดยธรรมดา ธรรมชาติในสังคม การจะรักษาตัวเองหรือไม่ เป็นเรื่องของข้าตัวอยู่แล้ว เพียงข้าตัวเขาปฏิเสธไม่รักษาใครก็ไปรักษาเขาไม่ได้ และเราทำขยับไปอีกหน่อยว่า ในกรณีที่เขาไม่รู้ตัว และพูดไม่ได้แล้ว เขาจะได้สามารถบอกไว้ล่วงหน้าได้ ก็เท่านั้นเอง

ภาคผนวก ๕

**มาตรา ๑๐ ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
ไม่ใช่เรื่องการุณยฆาต**

มาตรา ๑๐ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ไม่ใช่เรื่องการรณฆฆฆฆฆฆฆ

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส*

มาตรา ๑๐ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตคน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มีให้ถือว่ากระทำความนั้นเป็นความคิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ

เมื่อต้นปี ๒๕๕๐ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้ผ่านกฎหมายสำคัญฉบับหนึ่ง คือ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกฎหมายที่ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นตลอดเวลาของการร่างกฎหมายดังกล่าว และเป็นที่ยินดีว่าจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีตัวแทนจากภาครัฐ ภาคประชาชน และตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศ มิใช่ต่างคนต่างคิด ต่างคนต่างทำดังที่แล้วมา แต่หลังจากที่ได้ผ่านกฎหมายฉบับนี้ ก็ปรากฏข่าวทางสื่อมวลชนหลายแห่ง รวมทั้งสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติที่เป็นสื่อมวลชนด้วยออกมาให้ข่าวว่า ประเทศไทยกำลังจะทำให้เกิดกรณีการรณฆฆฆฆฆฆฆ โดยนำไปโยงกับบทบัญญัติในมาตรา ๑๐ ความเข้าใจดังกล่าวก่อให้เกิดความสับสนตามมา ทั้งๆที่ก่อนหน้านี้ในตอนที่ยกร่างกฎหมาย ได้มีการประชุมสัมมนาบ่อยครั้งเกี่ยวกับเรื่องของมาตรา ๑๐ มาแล้ว ว่า มาตรา ๑๐ นี้เป็นเรื่องของการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า ที่ฝรั่งเรียกว่า advance directive หรือ living will ก็แสดงเจตนาไว้ขณะที่เรายังมีชีวิตที่ปกติอยู่ว่า ถ้าเกิดในอนาคต ในวาระสุดท้ายที่ร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆแล้ว ขอให้เราได้ตายอย่างธรรมชาติ อย่าได้ใช้เครื่องมือต่างๆจากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาเหนี่ยวรั้งมาพันหนนาการเราไว้เลย เพราะจะทำให้เกิดภาวะ “ฟื้นก็ไม่ได้ ตายก็ไม่ลง” กลายเป็นความทุกข์ทรมานอย่างมาก

ความหมายของมาตรา ๑๐ ในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติก็มีเท่านี้เอง ซึ่งใครจะตั้งไว้เช่นนี้ก็ ได้ ใครจะไม่ตั้งแต่จะปล่อยให้ไปตามเรื่องตามราวคือใช้เครื่องมือต่างๆมาเหนี่ยวรั้งไว้ให้เต็มที่ก็ได้ถ้าต้องการเช่นนั้น ก็ไม่ต้องสนใจบทบัญญัติในมาตรา ๑๐

ปัญหาที่ก่อให้เกิดความสับสนอีกครั้งหนึ่ง ก็คือการโยงมาตรา ๑๐ ไปให้เข้าใจว่าเป็นเรื่องของการรณฆฆฆฆฆฆฆ ซึ่งเป็นคนละกรณีกัน การรณฆฆฆฆฆฆฆนั้นเป็นเรื่องที่ทำไม่ได้อยู่แล้ว ไม่ว่าโดยกฎหมายหรือจริยธรรมแห่งของวิชาชีพของแพทย์ ความจริงศัพท์พวกนี้เราเอามาจากฝรั่ง แล้วก็มาใช้กันอย่างคลาดเคลื่อน บางคำฝรั่งก็แปลกันไปแปลกันมา จนความหมายผิดเพี้ยนไปจากเดิม เราลองไปดูกันซิว่า ศัพท์พวกนี้ เขาแปลกันมาอย่างไร แล้วก็เห็นความแตกต่าง ไม่สับสนดังที่เป็นอยู่

* อาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ในศัพท์ทางการแพทย์ มีศัพท์ที่ใช้กันอยู่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอยู่คำหนึ่งคือคำว่า "euthanasia" คำว่า "euthanasia" โดยรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า "eu+thantos" แปลตามรากศัพท์ว่า ดายดี ดายอย่างสงบ(gentle and easy death) แต่ฝรั่งส่วนหนึ่งได้ให้ความหมายกันต่อมาว่า mercy killing ซึ่งไม่ตรงความหมายดั้งเดิม เพราะ euthanasia มีได้หมายความว่า "ฆ่า" หรือ "kill" แต่เป็นการหาวิธีที่จะให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ ซึ่งวิธีดังกล่าวจะต้องสอดคล้องกับหลักกฎหมาย จริยธรรมแห่งวิชาชีพและแง่มุมในทางศาสนา

ด้วยเหตุนี้ ในทางวิชาการจึงได้แบ่ง euthanasia เป็น ๒ กรณี เพื่อให้เห็นว่ากรณีใดทำได้กรณีใดทำไม่ได้ โดยถือว่าถ้าเป็นกรณี active euthanasia คือช่วยกระทำการบางอย่างให้บุคคลถึงแก่ความตายเร็วขึ้น เช่น การฉีดยาหรือสารอื่นใด การหุคไซ้เครื่องช่วยหายใจ เหล่านี้ถือว่าทำไม่ได้ การกระทำดังกล่าวจะผิดทั้งกฎหมายบ้านเมืองและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ แม้บางครั้งทั้งแพทย์และญาติเองจะเห็นว่า ผู้ป่วยที่อยู่กับเครื่องมือต่างๆ จะทุกข์ทรมานน่าเห็นใจ ก็ไม่สามารถกระทำการใดที่จะช่วยหยุดเครื่องมือเหล่านั้นได้ ทางออกในบางประเทศก็คือต้องไปขอคำสั่งศาลเพื่อหยุดเครื่องช่วยหายใจซึ่งศาลเองก็คงลำบากใจที่จะมีคำสั่งดังกล่าว

ในระยะหลังจึงมีการคิดถึง euthanasia อีกกรณีหนึ่ง ที่ทางวิชาชีพเรียกว่า passive euthanasia คือแพทย์จะคุยกับผู้ป่วยหรือญาติ แล้วแต่กรณีว่าถ้าหากไม่อาจรักษาให้หายจากโรคได้และจะต้องเสียชีวิตในเวลาต่อมานั้น จะให้การรักษาเท่าที่ทำได้ คือรักษาแบบประคับประคอง(palliative care) ตามอาการที่เกิดขึ้น บรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้เขาจากไปตามวิถีแห่งธรรมชาติ โดยไม่ใช่เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่ ซึ่งนับว่าเครื่องมือเหล่านี้จะมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การใช้เครื่องมือไปเหนี่ยวรั้งความตาย ไปพันหนนาการไว้จะเกิดภาวะที่เรียกว่า "พินก็ไม่ได้ ดายก็ไม่ลง" ดังกล่าว เรื่องของ passive euthanasia จึงถือเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่แพทย์พึงบอกความจริงแก่ผู้ป่วยหรือญาติแล้วแต่กรณี เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันว่า เราทุกคนกำลังทำสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิตของผู้ป่วย ให้เขาได้จากไปอย่างสงบ โดยไม่มีเครื่องมือต่างๆรอบตัว แต่ถ้ามีเหตุบังเอิญที่จะต้องยืดชีวิตต่อไปจนถึงที่สุด เพราะยังต้องรอรถเดินทางจากต่างจังหวัดหรือต่างประเทศเพื่อมาพบกัน ก็เป็นเหตุผลที่ญาติจะต้องคุยกับแพทย์ ทุกอย่างจึงเป็นเรื่องของเหตุผล แต่ต้องเข้าใจว่า ถ้าใส่เครื่องมือต่างๆเมื่อไร ก็คงจะคาเครื่องไว้อย่างนั้น จนกระทั่งท่านจากไป จะไปหยุดกลางคันไม่ได้ เพราะถ้าหยุดกลางคันแล้วเสียชีวิต จะกลายเป็นปัญหากฎหมายตามมา

ในโลกทุกวันนี้ คนส่วนหนึ่งเข้าใจดีถึงความเป็นไปตามธรรมชาติที่เกิดขึ้น ตั้งอยู่และก็จะต้องดับไป ไม่มีประโยชน์อันใดเลยที่จะไปเหนี่ยวรั้งร่างที่ไม่รู้สึกตัวและไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่ต้องถูกพันหนนาการด้วยเครื่องมือต่างๆ ในหลายๆประเทศเช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย แคนาดา ฝรั่งเศส สิงคโปร์ ฯลฯ จึงเกิดความคิดเรื่อง advance directive หรือ living will คือการทำหนังสือไว้ตอนที่เรายังมีชีวิตที่ปกติอยู่ว่า ถ้าถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ที่ร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษาแล้ว โปรดอย่าใช้เครื่องมือใดๆมาเหนี่ยวรั้ง มาพันหนนาการชีวิตเราเลย และนี่คือที่มาของมาตรา ๑๐ ซึ่งในหลายๆประเทศเขามีกฎหมายลักษณะนี้มานานแล้ว ในย่อหน้าแรก(หรือที่นักกฎหมายเรียกว่า วรรคแรก) ของมาตรา ๑๐ จึงเป็นการบัญญัติหลักกฎหมายเพื่อรองรับหลักการดังกล่าว

ส่วนรายละเอียดที่ว่า การดำเนินการตามเจตนาข้างต้นจะอย่างไร จะมีขั้นตอนอย่างไร เขียนเองได้ไหม หรือต้องขอแบบฟอร์มจากหน่วยงานใด เขียนแล้วต้องมีพยานหรือไม่ ถ้ามีต้องมีพยานกี่คนช่วยยืนยันว่าผู้เขียนมีความประสงค์เช่นนั้นจริงๆ และเอกสารดังกล่าวจะต้องมอบไว้กับใคร เหล่านี้เป็นรายละเอียด ซึ่ง

ลักษณะการบัญญัติกฎหมาย จะไม่เอารายละเอียดเหล่านี้ใส่ไว้ใน พ.ร.บ. แต่จะให้ไปออกเป็นกฎหมายลำดับถัดมา คือกฎกระทรวง นี่คือความมุ่งหมายของมาตรา ๑๐ วรรคสอง ซึ่งไม่ใช่เรื่องการวินิจฉัยการตายอะไรเลย เพราะเกณฑ์การวินิจฉัยการตายนี้อยู่แล้ว ซึ่งแต่เดิมจะถือเกณฑ์หัวใจหยุดเต้น แต่ในระยะหลัง ถือตามเกณฑ์สากล คือถือเกณฑ์ที่แกนสมองตาย (brain stem death) ซึ่งเกณฑ์ที่ถือร่วมกันนี้ เกิดจากการประชุมร่วมกันระหว่างแพทย์และนักกฎหมายตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๒ และออกเป็นประกาศของแพทยสภาแล้ว เพื่อให้เป็นไปตามหลักสากลและประเด็นนี้ก็เคยมีการวินิจฉัยในชั้นศาลด้วยแล้ว

สำหรับวรรคสามของมาตรา ๑๐ เป็นบทบัญญัติที่สร้างความชัดเจนในภาคปฏิบัติ เพื่อให้การแสดงเจตนาในวรรคหนึ่งบรรลุความมุ่งหมาย โดยแพทย์และบุคคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยได้สบายใจด้วยว่าไม่ได้ทำผิดอะไร เป็นการทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยเท่านั้นเอง

การบัญญัติมาตรา ๑๐ ในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจึงไม่ใช่เรื่องการอนุญาต ไม่ใช่เรื่องสิทธิที่จะตาย (right to die) ไม่ใช่เรื่องสนับสนุนให้ใครฆ่าใคร ไม่ใช่เรื่องเปิดช่องให้แพทย์ปฏิเสธการรักษา แต่เป็นการเปิดช่องให้คนทุกคนเลือกที่จะจากไปโดยวิถีธรรมชาติในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งจากเครื่องมือต่างๆ ซึ่งก็ได้บังคับกับว่าทุกคนจะต้องแสดงเจตนาเช่นนี้ ใครอยากทำก็ทำ ใครไม่อยากทำก็ไม่ต้องทำ ในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติก็ไม่ได้กำหนดว่า ถ้าใครไม่ทำตามมาตรา ๑๐ แล้วจะมีโทษ เป็นบทบัญญัติที่เปิดโอกาสไว้เท่านั้นเอง ใครจะไม่ทำก็ไม่เป็นไร

อย่าไปโยงเป็นเรื่องอื่นจนประชาชนเข้าใจผิดไปด้วย

ภาคผนวก ๕

**จากครุฑหลัง ปงกันมูล ...
ถึงร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.**

๖.๒ ล้านคน เพิ่มขึ้นจากข้อมูลสำมะโนประชากรปี ๒๕๐๓ ที่มีอยู่ประมาณ ๑.๓ ล้านคนหรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ ๘ ต่อปี^๑ ข้อมูลสถิติเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น ส่วนหนึ่งจึงเป็นผู้ป่วยหนักที่จะต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลต่างๆ

ผู้เขียนมีโอกาสเข้าฟังปาฐกถาพิเศษเรื่อง “ภาวะการตาย ... ภาพสะท้อนความมั่นคงทางประชากร” ของคุณหมอประเวศ วัชชี ในการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ ๒ “ประชากรและสังคม ๒๕๔๕” จัดโดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล คุณหมออธิบายพัฒนาการของชีวิต “จากครรภ์มารดา ถึงเชิงตะกอน” (คำกล่าวของอาจารย์ป่วย อังการณ) ในเรื่องความตายจะต้องพิจารณากันอย่างรอบคอบว่า “การตายอย่างไร, ตายที่ไหน, ราคาเท่าใด” เป็นเรื่องศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์ และเล่าถึงประสบการณ์ส่วนตัวเมื่อคุณแม่ของคุณหมอมือที่ป่วยหนักจนเสียชีวิตที่บ้าน คุณหมอประเวศพูดถึงการรักษาคนสูงอายุ การรักษาคอนโกล์ตายนั้นเป็นเรื่องลำบากใจในการตัดสินใจ เสียค่าใช้จ่ายสูง ญาติพี่น้องจะไม่สบายใจรู้สึกบาปถ้าไม่ได้รักษาอย่างเต็มที่ (ซึ่งส่วนใหญ่ให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจแทน) ในยุคสมัยที่การแพทย์เจริญก้าวหน้า แพทย์บางคนถือเรื่องการยืดความตาย (prolong death) ไม่ได้ถือเรื่องการยืดชีวิต (prolong life) การใช้เครื่องมือช่วยชีวิตมักทำให้ผู้ป่วยทรมาน คุณหมอประเวศกล่าวอีกว่าทุกคนควรนึกถึงความตายทุกวันตามที่สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช (เจริญ สุวฑฺฒโน) ทรงกล่าวไว้ หรือวลี “ตายก่อนตาย” ที่ท่านพุทธทาสภิกขุพูดถึงอยู่เสมอ

ร่างพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... ที่ผ่านการตรวจพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเมื่อเดือนมิถุนายน ๒๕๔๘ ได้วางกรอบแนวคิดใหม่เรื่องการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ไม่เน้นการจัดบริการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่เน้นระบบสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมคือ ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญาและสังคม กล่าวคือเรื่องของสุขภาพไม่ได้มุ่งจำกัดแค่เรื่องทางกายภาพเท่านั้น หากจะต้องไม่สร้างความทุกข์ทางจิตใจแก่ผู้ป่วย คนในครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง หรือสร้างภาระแก่สังคม การรับรองสิทธิตามมาตรา ๑๐^๑ ของร่างพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ มีส่วนช่วยแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพของประเทศได้อีกทางหนึ่ง

การทำความเข้าใจเรื่องสิทธิปฏิเสธรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ก่อนข้างเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องอาศัยความรู้หรือศาสตร์หลายเรื่องประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นกฎหมาย การแพทย์ จิตวิทยา ญาณ ศีลธรรม ตลอดจนสภาพสังคม วัฒนธรรม ในเบื้องต้นจะสรุปลักษณะของสิทธิตามมาตรา ๑๐ แห่งร่างพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... โดยสังเขปดังนี้^๒

^๑ ปราโมทย์ ประสาทกุล และปีทมา ว่าพัฒนวงศ์, เล่มเดียวกัน, หน้า ๓๐-๓๑.

^๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง และเมื่อได้ปฏิบัติตามเจตนาดังกล่าวแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ

^๓ กรุณาฎ ตายอย่างมีศักดิ์ศรี, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (นันทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๔๘), หน้า ๑-๒๕.

๑. สิทธิตามมาตรา ๑๐ เป็นสิทธิของบุคคลที่จะเลือกวิธีการรักษาพยาบาล หรือปฏิเสธการรักษา ในภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือผู้ป่วยที่อยู่ในลักษณะ “ฟื้นก็ไม่ได้อีก” คือการให้การรักษาของแพทย์คงเป็นไปเพื่อยืดการตายของผู้ป่วยออกไปเท่านั้น ผู้ป่วยไม่มีหวังที่จะกลับมาใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติสุขหรือช่วยเหลือตนเองได้อีกต่อไป ในบางกรณีอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยจึงมีสิทธิที่จะตายอย่างสงบและไม่เป็นภาระต่อผู้เกี่ยวข้อง โดยไม่มีลักษณะบังคับให้บุคคลจะต้องเลือกใช้สิทธินี้แต่อย่างใด

๒. สิทธิดังกล่าวสอดคล้องกับหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามรัฐธรรมนูญ ๒๕๕๐ โดยเฉพาะมาตรา ๔, มาตรา ๒๘ และมาตรา ๓๑ กล่าวคือ สิทธิที่จะตาย (right to die) อย่างมีศักดิ์ศรี ถือเป็นสิทธิทางธรรมชาติ หรือ “สิทธิมนุษยชน” อย่างหนึ่งเช่นเดียวกับสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ (right to life) กล่าวคือเป็นการยอมรับให้มนุษย์มีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (the right to self-determination) หรืออาจเรียกว่า ความอิสระเสรีของมนุษย์ (human autonomy) ^๑ ที่ไม่อยู่ภายใต้การบงการของผู้อื่น ครอบคลุมทั้งได้ละเมิดสิทธิ เสรีภาพของบุคคลอื่น

๓. สิทธิตามมาตรา ๑๐ ไม่ใช่กรณีการฆ่าตัวตายของบุคคลที่ได้รับการความช่วยเหลือจากแพทย์ (physician assisted suicide) และไม่เข้ากรณี “ยูธานาเซีย” (euthanasia) ^๒ โดยเฉพาะแบบ “active euthanasia” หรือที่เรียกว่า “การุณยฆาต” (mercy killing) หากเป็นการปล่อยให้บุคคลตายตามธรรมชาติ ในขณะที่ยังอยู่ในความดูแลของแพทย์ ไม่ใช่การละทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด

๔. การให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ซึ่งหมายถึงผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑ เช่น แพทย์ พยาบาล เกษัตริกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด ฯลฯ) บุคคลเหล่านี้มีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา^๓ และหากปฏิบัติตามแล้ว ไม่ให้ถือว่ากระทำนั้นเป็นความผิดตามกฎหมายอาญาไม่ต้องรับผิดตามกฎหมายระเบียบจริยธรรมทางวิชาชีพ ในประเด็นนี้นักกฎหมายหลายท่านเห็นว่า การใช้สิทธิตามมาตรา ๑๐ นี้ไม่ถือเป็นความผิดตามกฎหมายอาญาอยู่แล้ว บทบัญญัติกฎหมายเพียงแต่กำหนดไว้ให้ชัดเจนขึ้นป้องกันปัญหาฟ้องร้องภายหลัง

๕. แบบพิธีในการแสดงเจตนาตามสิทธิดังกล่าวคือ การทำหนังสือกำหนดความประสงค์ไว้ล่วงหน้าตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง

^๑ วิจูร์ย์ อึ้งประพันธ์, “สิทธิที่จะตาย (The Right to Die)”, ตุลพาท (เล่ม ๔ ปีที่ ๔๓, ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๓๕), หน้า ๕๓-๕๔.

^๒ หมายถึง การกระทำโดยจงใจเพื่อจะยุติชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าจะเป็นการร้องขอของผู้ป่วยเองหรือญาติที่น้อยก็ตาม ซึ่งถือว่าขัดต่อจริยธรรม แต่ไม่รวมถึงกระบวนการดูแลอาการเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของแพทย์ โดยเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยซึ่งประสงค์ที่จะตายตามธรรมชาติ (ในความเข้าใจของผู้เขียนเห็นว่าตรงกับกรณี active euthanasia)

แปลจาก “ปฏิญญาเรื่อง ยูธานาเซียของแพทยสมาคมโลก” (The World Medical Association Declaration on Euthanasia) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมแพทยสภาโลก ครั้งที่ ๓๕ ณ กรุงแมดริด ประเทศสเปน เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๘๗ และได้รับการรับรองในการประชุมคณะมนตรี ครั้งที่ ๑๖๐ ณ ประเทศฝรั่งเศส ค.ศ. ๒๐๐๕

จะเห็นได้ว่าร่างกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๑๐ ให้ความสำคัญคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ตัดสินใจปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่มีลักษณะเป็นเพียงการยึดการตายออกไป กล่าวคือในกรณีดังกล่าวผู้ป่วยซึ่งในทางการแพทย์ถือว่าอยู่ในสภาพที่สิ้นหวังที่จะมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป อย่างไรก็ตาม สิทธิดังกล่าวถือเป็นเรื่องเฉพาะตัวของผู้ป่วยที่จะต้องเคารพ และต้องมีการแสดงเจตนาที่ชัดเจนในเรื่องนี้ บุคคลอื่นไม่สามารถทำหน้าที่แสดงเจตนาแทนผู้ป่วยได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมิได้แสดงเจตนาล่วงหน้า และไม่อยู่ในสภาพที่จะสื่อสารกับผู้อื่นได้ ก็ต้องพิจารณาตามข้อเท็จจริงสภาพอาการเจ็บป่วย โดยการปรึกษาหารือร่วมกันของแพทย์ คนในครอบครัว ญาติพี่น้องและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยต่อไป

อนึ่ง องค์การวิชาชีพต่างๆ คือ แพทยสภา สภากาชาด สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะและประกาศรับรอง “สิทธิผู้ป่วย” มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๑ โดยรับรองว่าผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทำดูแลการรักษาตนเองหรือไม่ก็ได้ แต่ก็เป็นเพียงแนวปฏิบัติที่แพทย์ทุกคนควรจะต้องทราบและนำไปปฏิบัติ ไม่มีผลบังคับทางกฎหมาย แพทย์บางท่านอาจไม่ทราบเนื้อหาของสิทธิผู้ป่วยหรือละเลยไม่ได้ปฏิบัติตาม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ที่มุ่งเน้นความรู้ทางวิชาการที่จะเอาชนะความเจ็บป่วยให้ได้ ฉะนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการบัญญัติกฎหมายรับรองสิทธิผู้ป่วยในเรื่องนี้ขึ้น และให้ความสำคัญคุ้มครองตามกฎหมายแก่แพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

ในความเป็นจริง ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนหรือฐานะปานกลาง คงไม่สามารถเข้ารับการรักษาในระยะใกล้ตายเป็นเวลานานได้ แพทย์มักจะแนะนำให้ทำใจยอมรับสภาพไม่ควรคิดค้นที่จะให้รักษาต่อไป ปัญหาจึงมักเกิดกับผู้ป่วยที่มีฐานะดีหรือเป็นผู้ที่มีชื่อเสียง มีอำนาจบารมีที่มักจะได้รับการตรวจรักษาที่เกินความจำเป็น หรือที่คนทั่วไปเรียกว่าการเลี้ยงไข้ ซึ่งรวมถึงการยึดการตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากสร้างความเดือดร้อนให้แก่ผู้ป่วยและญาติพี่น้อง ผู้ป่วยบางรายที่มีฐานะชั้นเศรษฐีอาจต้องกลายเป็นคนยากจนเพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงมากในปัจจุบัน สาเหตุสำคัญก็คือญาติพี่น้องก็มักจะเชื่อถือไว้วางใจให้แพทย์ตัดสินใจต่อไป โดยอาจไม่ทราบข้อเท็จจริงหรือไม่รู้โอกาสที่ผู้ป่วยจะฟื้นตัวกลับมาดำรงชีวิตตามปกติได้ ไม่ทราบว่า การใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพ จะสร้างความทุกข์ทรมานทางกายแก่ผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด เช่น การช่วยให้ฟื้นคืนชีพ (resuscitation), การผ่าตัด, การใส่ท่อหายใจ, การให้ยาปฏิชีวนะหรือให้สารอาหารผ่านท่อสายยาง ในขณะที่แพทย์บางท่านจะให้ข้อมูลที่ถูกต้องไม่ปิดบัง แนะนำทางเลือกให้ญาตินำผู้ป่วยไปดูแลที่บ้านในช่วงสุดท้ายของชีวิตแทนการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความสุขกับการอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวที่คอยเอาใจใส่

ด้วยเหตุที่องค์ความรู้ในเรื่องนี้ในประเทศไทยยังมีอยู่น้อย รับรู้กันในวงจำกัด การทำความเข้าใจถึงสาระสำคัญของมาตรา ๑๐ แห่งร่างกฎหมายสุขภาพแห่งชาติให้ดียิ่งขึ้น จำเป็นจะต้องศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับหลักการ แนวปฏิบัติที่ยอมรับในระหว่างประเทศ รวมทั้งกฎหมาย กรณีศึกษาในต่างประเทศ เพื่อนำมาวิเคราะห์ประเด็นกฎหมายไทย และการปรับใช้อย่างเหมาะสมกับสังคมไทย ในครั้งหน้าผู้เขียนจะเสนอหลักการสำคัญของสิทธิผู้ป่วยในเรื่องนี้ในต่างประเทศเพื่อสร้างความเข้าใจให้ดียิ่งขึ้น เชื่อว่าจะมีประโยชน์กับนักกฎหมายและผู้อ่านทั่วไป

ภาคผนวก ๖

สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี
: กฎหมายและแนวปฏิบัติระหว่างประเทศ

**สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี :
กฎหมายและแนวปฏิบัติระหว่างประเทศ (ตอนที่ ๑)**

ไพศาล ลิ้มสถิตย์*

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ช่วยให้แพทย์สามารถตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาโรคที่ในอดีตไม่เคยรักษาให้หายได้ มนุษย์จึงมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีย่อมมีโอกาสเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยก้าวหน้า ประเด็นสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายพบมากในประเทศตะวันตก ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยมักจะปฏิเสธการรักษาแบบหักโหมที่ใช้เครื่องมืออุปกรณ์ช่วยชีวิตเข้ามาประคองชีวิตให้คงอยู่ต่อไป แม้จะรู้ว่าไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยก็ตาม

จากการศึกษาพบว่ายังไม่มีกฎหมายระหว่างประเทศที่บัญญัติรับรองเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยไว้โดยเฉพาะ แต่มีคดีความสำคัญที่ฟ้องร้องกันในศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป (The European Court of Human Rights) ข้อเท็จจริงคือผู้ป่วยประสงค์จะให้คนในครอบครัวช่วยให้ตนฆ่าตัวตายได้สำเร็จ เพื่อให้ตนเองพ้นจากความทุกข์ทรมานของโรคที่ยังไม่มีวิธีการรักษา แม้ว่าประเด็นที่ฟ้องร้องจะเกี่ยวข้องกับการช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (assisted suicide) แต่ผลการตัดสินคดีของศาลได้ยืนยันหลักการสำคัญของสิทธิผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษา (right to refuse medical treatment) เมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตใกล้ตาย อันเป็นที่ยอมรับกันในระหว่างประเทศ รายละเอียดจะได้กล่าวถึงในตอนที่ ๒ ของบทความนี้ สำหรับบทความในตอนที่ ๑ จะกล่าวถึงแนวปฏิบัติของแพทยสมาคมโลก เพื่อเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจหลักการสำคัญเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จริยธรรมที่แพทย์พึงปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยง

แพทยสมาคมโลก

แพทยสมาคมโลก(World Medical Association-WMA) ในฐานะองค์กรวิชาชีพระหว่างประเทศ ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของแพทย์ในประเทศสมาชิกทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ได้จัดทำนโยบายและมาตรฐานทางจริยธรรมทางการแพทย์ที่เข้มงวดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อช่วยให้สมาคมทางการแพทย์หน่วยงานของรัฐ และองค์กรในประเทศอื่นๆ นำไปปรับใช้ตามความเหมาะสม ประเทศสมาชิกเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องควบคุมดูแลความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยเฉพาะการกระทำหรืองดเว้นกระทำการที่มีเจตนาทำลายชีวิตมนุษย์ รวมถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ขัดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์ สำหรับกรณีสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนั้น ปัจจุบันประเทศสมาชิกจำนวนมากได้ออกกฎหมายหรือแนวปฏิบัติที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการตายตามธรรมชาติ (right to die)^{*} แพทยสมาคมโลก

* นบ., นม.(ธรรมศาสตร์) บทความจาก กอดันน์หน้าต่างสุขภาพ วารสาร “สภานายความคิด” , ฉบับที่ ๘๖ เดือนกันยายน ๒๕๔๘ , หน้า ๔๑-๔๕

^{*} ผู้เขียนจะใช้คำนี้ในความหมายของสิทธิในการตายตามกระบวนการธรรมชาติ มิได้หมายถึงกรณีการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือกรณี “euthanasia” ตามความหมายของแพทยสมาคมโลก

ได้วางกรอบทางจริยธรรมและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย โดยแยกเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน ดังนี้

- “ปฏิญญาสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก” (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient)^{*}

แพทยสมาคมโลกออกปฏิญญา “สิทธิผู้ป่วย” ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๘๑ ปรับปรุงแก้ไขล่าสุดเมื่อปีที่ผ่านมา (ค.ศ. ๒๐๐๕) มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้อง หัวใจสำคัญคือแพทย์ต้องปฏิบัติงานด้วยความสำนึกรับผิดชอบเคารพผู้ป่วย เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย อันที่จริงแล้วเนื้อหาของปฏิญญาสิทธิผู้ป่วยล้วนแต่ละข้อมีความเกี่ยวข้องกับสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยทั้งสิ้น ในที่นี้จะยกมาเพียงบางข้อนำมาวิเคราะห์ เพื่อนำมาปรับใช้กับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม หลักการสำคัญมีดังนี้

ข้อ ๑๐ ของปฏิญญานี้รับรองสิทธิผู้ป่วยที่จะกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน ดังนี้

“ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะช่วยให้สิ้นชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีโดยสงบเท่าที่จะทำได้”

ข้อความนี้สอดคล้องกับสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาตามมาตรา ๑๐ แห่ง ร่างพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ คือผู้ป่วยมีสิทธิเลือกวิธีการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีมีมนุษยธรรม หลักการนี้สอดคล้องกับหลักความยินยอม สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self-determination) ของผู้ป่วย ซึ่งปรากฏในข้อ ๑ ของปฏิญญามีเนื้อหาว่า

“ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น

ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มีสิทธิที่จะให้หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตน ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจทดสอบหรือการบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม”

สิทธิผู้ป่วยตามข้อ ๑๐ ต่างจากการช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย และกรณี “ยูธานาเซีย” (euthanasia) ตามความหมายของแพทยสมาคมโลก[†] หรือการฆ่าด้วยความกรุณา (mercy killing) เพราะตามข้อ ๑๐ เป็นสิทธิที่จะ

* กรณาคู “ปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก” แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และนายไพศาล ลิ้มสถิตย์

† ที่ประชุมสามัญของแพทยสมาคมในปี ค.ศ. ๒๐๐๒ ณ กรุงวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา มีมติยืนยันว่า “ยูธานาเซีย” เป็นสิ่งที่ขัดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์ และเรียกร้องให้องค์กรวิชาชีพและแพทย์ในประเทศสมาชิก ไม่ให้มีส่วนร่วมในเรื่องนี้ แม้ว่ากรกระทำดังกล่าวจะชอบด้วยกฎหมาย ไม่เป็นความผิดอาญาในประเทศสมาชิกก็ตาม ปัจจุบันบางประเทศมีกฎหมายยอมรับ “active euthanasia” เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์ บางประเทศถือว่าการช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย (assisted suicide) ชอบด้วยกฎหมาย เช่น มลรัฐโอเรกอนของสหรัฐ, ประเทศเบลเยียม, ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ แต่ประเทศส่วนใหญ่ยังไม่ให้การยอมรับ

ปฏิเสธวิธีการรักษาพยาบาลที่มีลักษณะเพื่อยืดการตายของผู้ป่วยออกไป ตัวอย่างเช่น การยกเลิกการบำบัดรักษาที่มีผลเพียงยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไป และใช้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแทน มิใช่ว่าแพทย์จะละทิ้งผู้ป่วยให้ทุกข์ทรมานแต่อย่างใด แพทย์ยังคงให้การรักษาพยาบาลในลักษณะประคับประคอง (palliative care) เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์^๕

นอกจากนี้ การช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย และยูธานาเซียตามนัยข้างต้น ยังขัดต่อ “the Hippocratic Oath” อีกด้วย กล่าวคือแพทย์มีหน้าที่ดูแลรักษาเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย จะไม่กระทำการใดๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย จะไม่มอบยาพิษที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายแม้ว่าผู้ป่วยต้องการก็ตาม ดังเนื้อความตอนหนึ่งของคำปฏิญาณฮิปปอกเรติสว่า

“ . . . I will keep them from harm and injustice. I will neither give a deadly drug to anybody who asked for it, nor will I make a suggestion to this effect. . . . ”^๖

ฉะนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตจำเป็นต้องมีการทำความเข้าใจปรึกษาหารือกับผู้ป่วย และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเสมอ เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาพยาบาลในภาวะเช่นนั้น ซึ่งแม้จะมีผลถึงชีวิตของเขาคือทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายในที่สุด แพทย์ก็ต้องยอมรับที่จะปฏิบัติตาม^๗ หากผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่อาจรู้สึกตัวหรือสื่อสารกับคนอื่นได้ สิ่งที่ต้องพิจารณาคือผู้ป่วยเคยแสดงเจตนาล่วงหน้าเมื่อตนอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตายซึ่งจำเป็นจะต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางแพทย์ช่วยชีวิต ถ้าแพทย์ทราบว่าคุณผู้ป่วยเคยทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าที่เรียกว่า “advance directive” หรือมีพยานหลักฐานยืนยันการแสดงเจตนาในเรื่องนี้ แพทย์ก็ต้องเคารพเจตจำนงของผู้ป่วย

- “คำแถลงเรื่อง เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทย์สมาคมโลก” (The World Medical Association Statement on Advance Directives (“Living Wills”))^๘

แพทยสมาคมโลกได้ออกนโยบายเกี่ยวกับ “เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า” (advance directive/ living will^๙) เมื่อปี ค.ศ.๒๐๐๓ มีเนื้อหาสรุปความหมายและวัตถุประสงค์สรุปได้ดังนี้

อ้างจาก The World Medical Association Resolution on Euthanasia (๒๐๐๒).

^๕ Medical Ethics Manual, (France: World Medical Association, ๒๐๐๕), pp.๕๗-๕๘.

^๖ คำแปลจากภาษากรีกโดย EDELSTEIN, Ludwig, The Hippocratic Oath: Text, Translation, and Interpretation, (Baltimore: Johns Hopkins Press, ๑๙๔๑).

^๗ See supra note ๔, Medical Ethics Manual, p.๖๐.

^๘ แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และนายไพศาล ลิ้มสถิตย์

^๙ คำว่า “living will” ที่นิยมเรียกกันในภาษาไทยว่า “พินัยกรรมชีวิต” นั้น ผู้เขียนเห็นว่าไม่น่าจะถูกต้อง เพราะคำว่า พินัยกรรมตามกฎหมายหมายถึงการแสดงเจตนาของบุคคลเพื่อกำหนดเรื่องทรัพย์สิน หรือกิจการอื่นๆ ที่ผู้ทำพินัยกรรมประสงค์จะเกิดผลทางกฎหมาย ภายหลังจากที่ผู้ทำพินัยกรรมเสียชีวิต (มาตรา ๑๖๔๖ แห่ง ป.พ.พ.) เช่น อำนาจปกครองบุตร, การจัดการทำศพ, การบริจาคอวัยวะ เป็นต้น แต่การแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในระยะสุดท้ายของชีวิตนั้น ผู้ป่วยประสงค์จะให้ผลก่อนที่ตนจะถึงแก่ความตาย ความสับสนนี้อาจเกิดจากการแปลความหมายคำว่า “will” เป็นภาษาไทยว่า “พินัยกรรม” ทั้งนี้คำๆ นี้ยังหมายถึง เจตจำนง, ความปรารถนา, ความต้องการ, ความมุ่งหมาย, ทางเลือก จึงควรแปล “living will” ว่า “เจตจำนงเกี่ยวกับชีวิต”

เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเป็นเอกสารที่จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมลายมือชื่อของผู้แสดงเจตจำนง บางกรณีจัดทำเป็นบันทึกค่อหน้าบุคคลอื่นที่เป็นพยาน (ได้แก่ บุคคลในครอบครัว หรือผู้ได้รับมอบหมายตามกฎหมาย) เพื่อบันทึกความปรารถนาเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ที่ประสงค์ หรือ ไม่ประสงค์ จะรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ไม่มีประสิทธิผลหรือยี่ระยะเวลาล่วงออกไป เพราะในอนาคตรู้สึกแสดงเจตจำนงอาจเจ็บป่วยถึงขั้นที่ผู้ผู้นั้นไม่รู้สีกตัว หรือ ไม่อาจแสดงเจตจำนงของตนเองได้ ในปฎิญญาสิทธิผู้ป่วยได้กล่าวถึงเรื่องนี้เช่นกันใน ข้อ ๔ ดังนี้

“กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือ ไม่สามารถแสดงเจตจำนงของตนเองได้ แพทย์จะต้องได้รับความยินยอมที่ได้รับ การอธิบายให้เข้าใจจากผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมาย

กรณีที่ไม่มีผู้อื่นแทนที่มีอำนาจตามกฎหมาย เมื่อมีความจำเป็นรีบด่วนที่จะต้องให้การรักษาทางการแพทย์ ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมแล้ว เว้นแต่เป็นที่ชัดเจนและปราศจากข้อสงสัยว่าจะขัดต่อการแสดงเจตนาหรือความคิดเห็นแต่เดิมของผู้ป่วย ซึ่งประสงค์จะไม่ให้ความยินยอมในสภาพการณ์เช่นนั้น”

จึงกล่าวได้ว่าเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้ามีความสำคัญในการกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ในขณะที่ไม่สามารถตัดสินใจหรือให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ เมื่อผู้แสดงเจตจำนงล่วงหน้าประสงค์จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็นหรือไม่มีประโยชน์กับตนเอง แพทย์จะต้องเคารพปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วย ในการทำเอกสารดังกล่าวแพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ที่ต้องการทำเอกสารฯ และควรให้คำแนะนำว่าผู้ป่วยมีสิทธิแก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกเอกสารฯ เมื่อใดก็ได้

กรณีที่แพทย์ไม่มั่นใจถึงความมีผลทางกฎหมายของเอกสารดังกล่าว หรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับเจตจำนงที่แท้จริงของผู้ป่วย เพราะเอกสารมักจะมีข้อความคลุมเครือไม่ชัดเจน ก็จะต้องตีความเนื้อหาในเอกสารของผู้ป่วยในสภาวะการณ์เช่นนั้น ในคำแถลงเรื่องเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก ระบุให้แพทย์ควรปรึกษากับสมาชิกครอบครัวหรือผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมายของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง และขอคำแนะนำจากแพทย์อื่นอย่างน้อย ๑ คน หรือคณะกรรมการจริยธรรมที่รับผิดชอบ แต่ถ้าผู้ป่วยมิได้จัดทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้ หรือไม่สามารถรู้ตัวผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยตามกฎหมาย แพทย์ควรทำการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ก็ให้ความสำคัญกับประเด็นสิทธิผู้ป่วยเช่นกัน กล่าวคือในปี ค.ศ. ๑๙๙๔ องค์การอนามัยโลกได้ออก “ปฎิญญาเรื่องการสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยในยุโรป” (A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวนโยบายร่วมกันของประเทศสมาชิกในยุโรป เนื้อหาของปฎิญญาเรื่องการสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยในยุโรปประกอบด้วย สิทธิมนุษยชนและคุณค่าของการดูแลสุขภาพ, สิทธิในข้อมูลเวชระเบียน, หลักความยินยอม, ข้อมูลที่เป็นความลับและความเป็นส่วนตัว และการดูแลรักษาพยาบาล

สาระสำคัญของปฎิญญาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับปฎิญญาเรื่องสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก และระบุถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ไว้อย่างชัดเจน คือ

“๓.๒ ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธหรือยุติการรักษาทางการแพทย์ ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายถึงผลของการปฏิเสธหรือยุติการรักษานั้น”

“๕.๑๑ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี”

ประเทศไทยในฐานะสมาชิกของแพทยสมาคมโลก โดยองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพในขณะนั้นคือ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาก่อตั้งกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ รวมทั้งนักวิชาการ ได้ร่วมกันจัดทำ “คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย” เมื่อวันที่ ๑๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๑ แต่ยังไม่มีการจัดทำคำอธิบายหรือรายละเอียดของสิทธิผู้ป่วย รวมถึงสิทธิกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย

กล่าวโดยสรุป หลักการของมาตรา ๑๐ ของ ร่างพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. . . . สอดคล้องกับสาระสำคัญในปฏิญญาสิทธิมนุษยชนเรื่องสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก ตลอดจนปฏิญญาขององค์การอนามัยโลกข้างต้น โดยสิทธิผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายเป็น “สิทธิมนุษยชน” อย่างหนึ่ง ไม่ขัดต่อหลักศีลธรรม จริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในตอนที่ ๒ ผู้เขียนจะอธิบายพัฒนาการของกฎหมายระหว่างประเทศและตัวอย่างคดีสำคัญที่เกี่ยวข้องต่อไป

สิทธิปฏิเสกรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี : กฎหมายและแนวปฏิบัติระหว่างประเทศ (ตอนที่ ๒)

ไพศาล ลิ้มสถิตย์*

บทความตอนที่แล้วผู้เขียนได้อธิบายเนื้อหาแนวปฏิบัติระหว่างประเทศที่เป็นที่ยอมรับกันของแพทยสมาคมโลก โดยเฉพาะปฏิญญาสิทธิมนุษยชนเรื่องสิทธิผู้ป่วย ประเทศสมาชิกรวมทั้งประเทศไทยได้นำหลักการในปฏิญญานี้มากำหนดเป็นกฎหมาย หรือข้อปฏิบัติทางจริยธรรมของแพทย์และผู้ประกอบโรคศิลปะหรือแนวปฏิบัติแล้วแต่กรณี ตัวอย่างเช่น ประเทศฟินแลนด์เป็นประเทศแรกที่ออกกฎหมายว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยในปี ค.ศ. ๑๙๙๒

กฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีอนุสัญญาแล้วคือ “ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ ค.ศ. ๑๙๔๘” (Universal Declaration of Human Rights) ในข้อ ๒๕ ได้รับรองสิทธิของมนุษย์ทุกคนที่จะมีมาตรฐานการดำรงชีพอย่างเหมาะสม ในด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองและสมาชิกครอบครัว อันประกอบด้วยปัจจัยสี่ คืออาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์ กฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญที่อาศัยพื้นฐานของปฏิญญาฯ ๑๙๔๘ คือ “อนุสัญญายุโรปว่าด้วยการปกป้องสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน” (European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms) มีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ ๓ กันยายน ค.ศ.๑๙๕๑ (พ.ศ. ๒๔๙๖) และเมื่อปี ค.ศ. ๒๐๐๒ ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป (The European Court of Human Rights) ได้พิจารณาตัดสินคดี Pretty Case ซึ่งเป็นคดีสำคัญเกี่ยวกับการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย เนื้อหาคำตัดสินของศาลช่วยสร้างความเข้าใจพร้อมทั้งยืนยันรับรองสิทธิปฏิเสกรักษาของผู้ป่วยขั้นวิกฤตหรือผู้ป่วยใกล้ตายไว้ด้วย

ข้อเท็จจริงในคดีดังกล่าวมีดังนี้ ในปี ค.ศ. ๑๙๙๙ นาง Diane Pretty อายุ ๔๒ ปีป่วยเป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Motor Neurone Disease) ในขั้นรุนแรงและ

* นบ., นม.(ธรรมศาสตร์) บทความจาก **คอลัมน์หน้าต่างสุขภาพ** วารสาร “สภานายความคิด” ,ฉบับที่ ๘๗ เดือนตุลาคม ๒๕๔๘, หน้า ๔๑-๔๔

* โรคนี้มีชื่อเรียกหลายชื่อ โรคเอแอลเอส (Amyotrophic lateral sclerosis-ALS) หรือ Lou Gehrig's disease หรือ Maladie de Charcot ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของโรค ไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ การรักษาทำได้เพียงชะลอและ ยืดอายุผู้ป่วยออกไปเท่านั้น โดยการให้ยาและรักษาตามอาการ เช่น การทำกายภาพบำบัดสำหรับกล้ามเนื้อแขนขา และเมื่ออาการมากขึ้นจนไม่สามารถกลืนได้ ก็ต้องให้อาหารทางสายยาง ใช้เครื่องดูดเสมหะ สุดท้ายคือใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อต่อชีวิตออกไปอีก ผู้ที่มีชื่อเสียงที่ป่วยเป็นโรคนี้นี้ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๖๓ แต่ยังมีชีวิตอยู่จนถึงปัจจุบันคือ สตีเฟ่น ฮ็อกกิงส์ (Stephen Hawking) นักฟิสิกส์ชื่อดังเจ้าของผลงาน หรือกรณีการเสียชีวิตของ ร.ต.อ. พเยาว์ พุทธรัตน์ อดีตนักกีฬาเหรียญทองแดงโอลิมปิก คนแรกของไทย ด้วยโรคเดียวกันนี้ เมื่อเดือนสิงหาคมที่ผ่านมา ปัจจุบันสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีผู้ป่วยเอแอลเอส เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในประมาณปีละ ๕ รายต่อปี ส่วนผู้ป่วยนอกอยู่ที่ประมาณ ๑๐๐-๑๕๐ ราย ต่อปี (อ้างจาก เมธาวิ มัชฌันติกะ, “โรคเอแอลเอส รักษาไม่ได้-แต่ป้องกันได้”, **หนังสือพิมพ์ข่าวสด** ฉบับวันที่ ๒๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๔๘, หน้า ๒๓ และกรุณาดู Motor Neurone Disease Association (www.mndassociation.org))

กำลังจะเสียชีวิต อาการของโรคนี้นำให้นาง Pretty เป็นอัมพาตทั่วร่างกาย ไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนขา การกลืนอาหารและการพูดจากสื่อสารก็เป็นไปด้วยความยากลำบาก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังมีความสามารถในการคิดตัดสินใจและมีความทรงจำเป็นปกติอยู่ โดยทั่วไปผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้อาจจะเสียชีวิตภายใน ๒ - ๕ ปี เพราะโรคกล้ามเนื้อหัวใจระบบกล้ามเนื้อที่ควบคุมการหายใจ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายจนเป็นเหตุให้เสียชีวิตในที่สุด อาการป่วยของนาง Pretty ทรุดลงอย่างรวดเร็วทำให้รู้สึกสิ้นหวังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ตัวเธอมีความปรารถนาที่จะฆ่าตัวตายที่บ้านต่อหน้าคนในครอบครัวแม้ในที่สุดจะทำได้สำเร็จ นาง Pretty ได้เสียชีวิตลงเมื่อวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ค.ศ. ๒๐๐๒

ในขณะที่ป่วยเป็นโรคดังกล่าว นาง Pretty ไม่สามารถลงมือฆ่าตัวตายด้วยตนเองได้ จำต้องอาศัยความช่วยเหลือของผู้อื่นคือสามีของเธอ ซึ่งตามกฎหมายอังกฤษว่าด้วยการฆ่าตัวตาย (the Suicide Act ๑๙๖๑) การฆ่าตัวตายไม่ถึงเป็นความผิดอาญา แต่ผู้ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาหรือเตรียมการในการฆ่าตัวตายของผู้อื่นจะต้องรับโทษจำคุกไม่เกิน ๑๔ ปี (มาตรา ๒ (๑))^{*} หรืออาจถูกดำเนินคดีในความผิดต่อชีวิตฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา (homicide) หรือทำให้ผู้อื่นเสียชีวิตโดยไม่เจตนา (manslaughter) นาง Pretty จึงขอให้กลุ่ม Liberty เป็นตัวแทนทำหนังสือถึงอัยการสูงสุด (Director of Public Prosecutions) เพื่อขอ คำรับรองว่าจะไม่ดำเนินคดีกับสามีของเธอ โดยอ้างว่าเป็นการช่วยเหลือของสามีของเธอสอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของอังกฤษ (the Human Rights Act ๑๙๙๘) เพราะเงื่อนไขการริเริ่มดำเนินคดีแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย จะต้องได้รับความเห็นชอบจากอัยการสูงสุด ต่อมาอัยการสูงสุดมีจดหมายตอบกลับว่าไม่สามารถให้คำรับรองในกรณีนี้ เว้นแต่จะมีหลักฐานยืนยันว่า นาง Pretty และครอบครัวจะต้องคงอยู่สภาพที่ทนทุกข์ทรมานอย่างยิ่งเท่านั้น

นาง Pretty จึงยื่นคำร้องต่อศาลสูง (Queen's Bench Divisional Court) เพื่อขอให้สั่งให้อัยการสูงสุดรับรองว่าจะไม่ดำเนินคดีทางอาญากับสามีของเธอ หากมีการช่วยเหลือให้เธอฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ศาลมีคำตัดสินว่าอัยการสูงสุดไม่มีอำนาจที่จะรับรองในเรื่องนี้ล่วงหน้า และตัดสินอีกว่ากฎหมาย the Suicide Act ไม่ขัดต่ออนุสัญญายุโรปว่าด้วยการปกป้องสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน ต่อมานาง Pretty ยื่นคำร้องต่อ the House of Lords[†] ในประเด็นว่ากฎหมาย the Suicide Act ขัดต่อกฎหมายสิทธิมนุษยชนของสหภาพยุโรป และประเด็นเรื่องผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายจะร้องขอให้ผู้อื่นช่วยเหลือให้ตนจบชีวิตลงตามความต้องการ จะถูกยกเว้นไม่ดำเนินคดีตามกฎหมายได้หรือไม่ ผลคือมีการยกคำร้องทั้งหมดของนาง Pretty ผู้ร้อง อัยการสูงสุดไม่ได้กระทำการที่ขัดต่อกฎหมายสิทธิมนุษยชนของสหภาพยุโรปและไม่ขัดต่อกฎหมายสิทธิมนุษยชนของอังกฤษ คือ the Human Rights Act ๑๙๙๘ ผู้พิพากษา Lord Bingham of Cornhill ให้เหตุผลเพิ่มเติมในคำวินิจฉัยว่า อัยการสูงสุดไม่มีอำนาจที่จะให้การรับรองในเรื่องนี้ เพราะการใช้อำนาจดุลยพินิจที่จะไม่ใช้บทบัญญัติกฎหมายและไม่บังคับใช้กฎหมายที่มีได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภา เป็นการละเมิดต่อกษัตริย์และประชาชนตาม

* s ๒ Criminal liability for complicity in another's suicide.

(*) A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another, or an attempt by another to commit suicide, shall be liable on conviction on indictment to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.

† *The Queen on the Application of Mrs Dianne Pretty v. Director of Public Prosecutions and Secretary of State for the Home Department* [๒๐๐๑] UKHL ๖๑ (๒๕ November ๒๐๐๑).

รัฐธรรมนูญอังกฤษ (the Bill of Rights of ๑๖๘๙) นอกจากนั้นฝ่ายผู้ร้องไม่ได้ยื่นพยานหลักฐานที่ชัดเจน เพียงพอตามคำร้อง *

เมื่อวันที่ ๒๑ ธันวาคม ค.ศ.๒๐๐๑ นาง Pretty ได้มอบอำนาจให้นางสาว Chakrabarti เป็นตัวแทนยื่นคำร้องต่อศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป (The European Court of Human Rights) ให้พิจารณาเรื่อง การปฏิเสธการรับรองว่าจะไม่ดำเนินคดีกับสามีของผู้ร้องตามกฎหมายฐานช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย และประเด็นเรื่องกฎหมายว่าด้วยการฆ่าตัวตายของอังกฤษ ขัดต่อต่อมาตรา ๒, ๓, ๘, ๙ และ ๑๔ แห่ง “อนุสัญญายุโรปว่าด้วยการปกป้องสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน” (European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms) หรือไม่ ศาลรับคดีนี้ไว้พิจารณาและเห็นว่าเป็นคดีสำคัญต้องดำเนินกระบวนการพิจารณาอย่างเร่งด่วน ในที่สุดศาลตัดสินว่าไม่มีการกระทำละเมิดต่ออนุสัญญาดังกล่าวแต่อย่างใด สรุปเนื้อหา คำวินิจฉัยในคดี Pretty † ดังนี้

มาตรา ๒ สิทธิที่จะมีชีวิต (right to life) ตามมาตรานี้เป็นการคุ้มครองชีวิตมนุษย์ จึงไม่อาจตีความครอบคลุมถึงสิทธิที่จะฆ่าตัวตาย นาง Pretty ไม่สามารถอ้างสิทธิเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self-determination) ในความหมายที่ว่าบุคคลมีสิทธิที่จะฆ่าตัวตายได้ ศาลยังกล่าวไว้ว่าผู้อื่นหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐก็ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ต้องการฆ่าตัวตาย จึงไม่มีการละเมิดสิทธิที่จะมีชีวิตแต่อย่างใด

มาตรา ๓ การห้ามทรมานหรือกระทำที่ก่อให้เกิดความเป็นมนุษย์ลง ซึ่งนาง Pretty อ้างว่าการปฏิเสธของอัยการที่จะรับรองว่าจะไม่ดำเนินคดีกับสามีของเธอนั้น เป็นการกระทำที่ทำให้เธอต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย ศาลวินิจฉัยว่านาง Pretty ไม่ได้ร้องเรียนเรื่องที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์จากประเทศอังกฤษฝ่ายผู้ถูกร้อง และไม่พบข้อเท็จจริงว่ามีมาตรการห้ามฆ่าตัวตายแต่ประการใด การตีความมาตรา ๓ นี้จะต้องเชื่อมโยงกับมาตรา ๒ ข้างต้น จึงไม่มีการละเมิดมาตรานี้แต่อย่างใด

มาตรา ๘ นาง Pretty อ้างว่าฝ่ายรัฐได้แทรกแซงสิทธิส่วนตัวและชีวิตครอบครัวของตน ด้วยการใช้อำนาจตามกฎหมายห้ามมิให้ผู้อื่นช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายได้ ศาลวินิจฉัยว่าประเทศสมาชิกมีสิทธิออกกฎหมายกำหนดโทษทางอาญาสำหรับการดำเนินการที่จะเป็นการทำลายชีวิตและความปลอดภัยทางร่างกายของบุคคล กฎหมายว่าด้วยการฆ่าตัวตายของอังกฤษมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองชีวิตของผู้ที่ได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่อยู่ในฐานะตัดสินใจเรื่องการฆ่าตัวตาย เมื่อศาลชั่งน้ำหนักกระหว่างการเคารพสิทธิส่วนตัวกับความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมของประชาชน จึงวินิจฉัยว่าการแทรกแซงของรัฐในชีวิตส่วนตัวในกรณีนี้ เข้าข้อยกเว้นในมาตรา ๘ วรรคท้ายคือ เป็นกรณีจำเป็นของสังคมประชาธิปไตยที่จะรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม ศีลธรรมอันดีหรือสุขภาพของประชาชน ไม่ขัดต่อบทบัญญัติมาตรานี้

มาตรา ๙ การกล่าวอ้างของนาง Pretty ว่าการตัดสินใจฆ่าตัวตายเป็นเสรีภาพในความคิด ความรู้สึกนึกคิด ขอบขั้วดีและความเชื่อทางศาสนาที่ได้รับความคุ้มครองตามมาตรานี้ ศาลเห็นว่าข้ออ้างดังกล่าวไม่มีน้ำหนัก

* KEOWN, John, “European Court of Human Rights: Death in Strasbourg –Assisted Suicide, the Pretty Case, and the European Convention on Human Rights”, *International Journal of Constitution Law* (October, ๒๐๐๑), para.๗๒๑.

† *Pretty v. United Kingdom*, judgment of ๒๙ April ๒๐๐๒, no. ๒๓๔๖/๐๒, §§ ๒๖-๒๗, ECHR ๒๐๐๒-III.

ใดๆ เลย เพราะตามมาตรานี้มีได้มีความหมายว่า ความคิด ความเชื่อใดๆ เป็นสิ่งที่ได้รับความคุ้มครองตาม มาตรานี้

มาตรา ๑๔ เป็นเรื่องข้อห้ามว่าด้วยการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลที่มีความแตกต่างกัน นาง Pretty อ้างว่า กฎหมายที่ห้ามมิให้ผู้อื่นช่วยเหลือให้เธอฆ่าตัวตายนั้นเป็นการเลือกปฏิบัติสำหรับคนพิการหรือผู้ที่ไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้อย่างตนเอง ศาลวินิจฉัยว่าการใช้มาตรา ๑๔ จะต้องเป็นกรณีที่มีการละเมิดต่อสิทธิของ บุคคลเสียก่อน เมื่อไม่พบว่ามีกรณีละเมิดสิทธิใดๆ จึงไม่เข้ากรณีมาตรา ๑๔

อนึ่ง ก่อนที่ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปจะออกคำตัดสินในคดีข้างต้น ศาลฯ ได้พิจารณาผลคำตัดสิน ของศาลอังกฤษในคดีต่างๆ ที่นาง Pretty พินาศกับหน่วยงานของรัฐบาลอังกฤษ, สาระสำคัญของกฎหมาย อังกฤษ รวมถึงกฎเกณฑ์ระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ“ข้อเสนอแนะเรื่องการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยหนักและใกล้ตาย” (Recommendation ๑๔๑๘ (๑๙๙๕) on the protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภายุโรป (The Parliamentary Assembly of the Council of Europe-PACE) เมื่อวันที่ ๒๕ มิถุนายน ค.ศ. ๑๙๙๕

ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปได้พิจารณาสาระสำคัญของข้อเสนอแนะเรื่องการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยหนักและใกล้ตาย ที่ระบุห้ามการทำให้ผู้ป่วยหนักหรือผู้ใกล้ตายต้อง ตื่นชีวิตลงโดยเจตนา กล่าวคือ ประการแรก ยืนยันเรื่องสิทธิที่จะมีชีวิต (right to life) ตามมาตรา ๒ แห่ง อนุสัญญาฯ ประการที่สอง ความปรารถนาของผู้ป่วยหนักหรือผู้ใกล้ตายที่ต้องการจะจบชีวิตของตนเองลง ไม่ได้ทำให้การช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายของผู้อื่นนั้นชอบด้วยกฎหมาย และประการสุดท้าย ความปรารถนาของ ผู้ป่วยหนักหรือผู้ใกล้ตายที่ต้องการจะจบชีวิตของตนเองลง มิได้สร้างความชอบด้วยกฎหมายให้แก่การกระทำ ใดๆ ที่มีเจตนาทำให้บุคคลถึงแก่ความตาย

เนื้อหาของข้อเสนอแนะฯ ที่น่าสนใจคือ ระบุถึงมูลเหตุที่ทำให้สิทธิของผู้ที่ป่วยหนักหรือ ใกล้ตายถูก ละเมิด เกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) * และลดอาการ เจ็บปวดแก่ผู้ป่วยที่คืนันยังมีไม่เพียงพอ, การไม่ได้คำนึงถึงสภาพจิต สังคมและความสำคัญทางจิตวิญญาณ, การยืดความตายของผู้ป่วยออกไปด้วยเครื่องมือทางแพทย์ (artificial prolonging of the dying process) อย่างไม่ เหมาะสมหรือยังคงให้การรักษาต่อไปแม้จะไม่ได้ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก็ตาม ประกอบกับการขาดความ ละเอียดของสังคม คนในครอบครัว ญาติพี่น้องในเรื่องสิทธิของผู้ป่วยที่จะจากไปอย่างสงบ

รัฐสภายุโรปเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกแก้ไขปรับปรุงกฎหมายในประเทศ เพื่อคุ้มครองสิทธิของ ผู้ป่วยหนักหรือใกล้ตาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องห้ามการยืดการตาย (prolongation of the dying process) ที่ขัดต่อ

* หมายถึง การดูแลผู้ป่วยตามอาการที่เน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญทั้งทางกายภาพ สภาพจิตใจ และจิตวิญญาณ ไม่ใช้วิธีการรักษาแบบหักโหมเพื่อยืดชีวิตและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน แพทย์จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากอาการ เจ็บป่วย รวมถึงการให้อาหารและน้ำตามความเหมาะสมจำเป็น ไม่เร่งการตายและไม่ยืดการตายของผู้ป่วย หากปล่อยให้ เป็นไปตามกระบวนการธรรมชาติ การดูแลลักษณะนี้สามารถทำที่บ้าน โดยคนในครอบครัวและญาติมิตรที่ได้รับ คำแนะนำแล้ว

เจตนาของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเช่นนั้น, ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยตายโดยลำพังและสิ้นหวัง หรือปล่อยให้ตกอยู่ในความกลัวว่าจะเป็นภาระของสังคม หรือต้องเป็นทุกข์กับอาการเจ็บป่วยจากโรค ฉะนั้น ประเทศสมาชิกจะต้องจำกัดการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิต (life-sustaining treatment) ให้เหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ และควรจัดตั้งเงินกองทุนและทรัพยากรที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยหนักหรือใกล้ตาย นอกจากนี้ รัฐสภายุโรปยังเสนอแนะให้ประเทศสมาชิกสนับสนุนสิทธิของผู้ป่วยดังกล่าว ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองไว้ในบทบัญญัติกฎหมาย จัดสรรเงินกองทุน และจัดให้มีบริการด้านนี้อย่างทั่วถึงและเป็นมาตรฐาน

บทสรุป

สรุปผลคำตัดสินของศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปในคดี *Pretty v. United Kingdom* คือ ยกคำร้องที่อ้างว่ากฎหมายอังกฤษและการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีลักษณะขัดต่อบทบัญญัติของกฎหมายสิทธิมนุษยชนของยุโรปนั้น ศาลยังได้ยืนยันหลักการสำคัญเรื่องสิทธิของผู้ป่วยขั้นวิกฤตหรือใกล้ตายที่แพทย์และผู้เกี่ยวข้องต้องเคารพปฏิบัติตาม แม้ว่าประเทศไทยจะมิได้เป็นประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรป แต่ก็สามารถนำหลักการดังกล่าวมาปฏิบัติตามได้ เพราะสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของแพทยสมาคมโลกที่กล่าวมาแล้ว สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยใกล้ตายอย่างมีศักดิ์ศรีมีมนุษยธรรม หรือบางครั้งเรียกว่าสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรีนั้น จึงเป็นทั้ง “สิทธิผู้ป่วย” และเป็น “สิทธิมนุษยชน” ที่เป็นที่ยอมรับของกฎหมายระหว่างประเทศและแนวปฏิบัติขององค์กรวิชาชีพที่นานาชาติยอมรับนับถือกัน

ประมวลภาพโครงการเวทีสาธารณะ
"การปฏิเสธรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
มาตรา ๑๐ ตามร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ"



ประมวลภาพโครงการเวทีสาธารณะ
"การปฏิรูตรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต"
มาตรา ๑๐ ตามร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ



ประมวลภาพโครงการเวทีสาธารณะ
"การปฏิรูตรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
มาตรา ๑๐ ตามร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ"





คณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ
อาคารสุขประพฤติ ชั้น ๑๒ ถนนประชาธิปไตย เขตบางซื่อ กทม. ๑๐๘๐๐

โทร. ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙, ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๐ โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๐๖, ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๐๗

E-mail : committee16@senate.go.th

Website : www.senate.go.th/nla2/committee/index.php?committee_id=40

พิมพ์ที่ สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

๐ ๒๒๔๔ ๑๕๖๑, ๐ ๒๒๔๔ ๑๕๖๓, ๐ ๒๒๔๔ ๑๗๔๑-๒