

การุณยฆาต : รูปแบบกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอก

กฎหมายมหาชน

สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา

พ.ศ. 2566

Euthanasia : The appropriate form of law for Thai Society



Mr. Kasemsun Wanawanakorn

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Laws in Public Law

School of Law

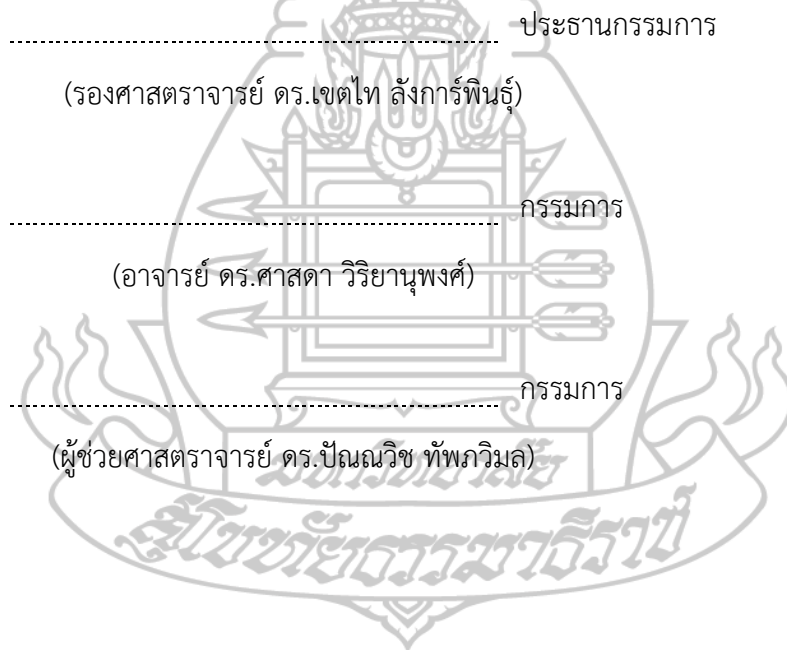
Sukhothai Thammathirat Open University

2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การรณยฆาต : รูปแบบกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย
ชื่อและนามสกุล	นายเกษมสันต์ วนวนากร
แขนงวิชา / วิชาเอก	กลุ่มวิชากฎหมายมหาชน
สาขาวิชา	นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	1. อาจารย์ ดร. ศาสดา วิริยานุพงศ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปณิตวิช ทัพภวิมล

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2567

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การรณยฆาต : รูปแบบกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย

ผู้วิจัย นายเกษมสันต์ วนวนากร รหัสนักศึกษา 2644001097

ปริญญา: นิติศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) อาจารย์ ดร.ศาสดา วิริยานุพงษ์ (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นณวิช ทักภ
วิมล ปีการศึกษา 2566

บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์เรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและหลักการของการทำการรณยฆาต และการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (2) ศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการรณยฆาตของราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์ ราชอาณาจักรเบลเยียม รัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา และราชอาณาจักรสเปน (3) วิเคราะห์เปรียบเทียบ กฎหมายไทยและกฎหมายของราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ราชอาณาจักรเบลเยียม รัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา และราชอาณาจักรสเปนที่เกี่ยวข้องกับการทำการรณยฆาต (4) เสนอร่างกฎหมายการทำการรณยฆาตของประเทศไทย ที่เหมาะสมกับสภาพสังคมไทย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นการวิจัยทางนิติศาสตร์ โดยการวิจัยเชิงคุณภาพโดยวิธีการวิจัยเอกสาร ศึกษา ค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 และกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตำรากฎหมาย สารนิพนธ์ วิทยานิพนธ์ เอกสารทางวิชาการ วารสารและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง ทั้งของไทยและต่างประเทศ เพื่อนำมาวิเคราะห์แนวทางหรือมาตรการในการจัดทำกฎหมายที่ต้องการให้มีขึ้น

ผลการศึกษาพบว่า (1) การรณยฆาตเป็นการทำให้เกิดการตายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยเป็นการใช้สิทธิที่จะกำหนดชีวิตตนเอง ในประเทศไทยให้สิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่ไม่ต้องการ ผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ถือเป็นสิทธิที่จะขอตายโดยธรรมชาติ และควรผ่านการดูแลแบบประคับประคองมาก่อน (2) ในแต่ละประเทศที่ให้ทำการรณยฆาตถูกต้องตามกฎหมาย ได้มีวิวัฒนาการที่ให้ สิทธิในการยุติชีวิตกับประชากรที่มีข้อบ่งชี้โดยยึดหลักให้สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (3) กฎหมายของทุกประเทศ ที่มีการทำการรณยฆาตวางหลักให้บุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายทำคำขอเพื่อการยุติชีวิตได้ การยุติชีวิตใช้ รูปแบบของการรณยฆาตเชิงรุก (4) การรณยฆาตมีสองรูปแบบคือแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและอีกแบบคือแพทย์ ทำหน้าที่ช่วยเหลือการตายสำหรับประเทศไทยการทำการรณยฆาต ที่เหมาะสมเป็นแบบที่ให้แพทย์ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือการตาย

คำสำคัญ การรณยฆาต การรณยฆาตเชิงรุก การรักษาแบบประคับประคอง

Thesis title: Euthanasia : The appropriate form of law for Thai Society

Researcher: Mr. Kasemsun Wanawanakorn; ID: 2644001097;

Degree: Master of Laws;

Thesis advisors: (1) Dr. Sartsada Wiriyapunong;(2) Dr. Punnawit Tupprawimol, Assistant Professor ; Academic year: 2023

Abstract

The objectives of this thesis are to: (1) study the concepts, theories, and principles of euthanasia and palliative care. (2) study the laws related to euthanasia in the Kingdom of the Netherlands, the Kingdom of Belgium, Oregon, the United States, and the Kingdom of Spain (3) do comparative analysis of Thai law and the laws of the Kingdom of the Netherlands, the Kingdom of Belgium, Oregon, the United States, and the Kingdom of Spain regarding euthanasia. (4) propose a "Thai Suicide Bill" that is suitable for the Thai society.

This thesis is legal qualitative research using documentary research method by studying, researching, and collecting information from the Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 (2017) and the relevant law, regulations, law textbooks, theses, dissertations, academic papers, journals, and related electronic media, both Thai and foreign, to analyze the guidelines or measures for the preparation of the law that needs to be enacted.

The results of the study showed that: (1) euthanasia is the cause of death to alleviate the suffering from illness as an exercise of the right to determine one's own life; In Thailand, the right to refuse unwanted treatment through the National Health Act B.E. 2550 (2007) is considered a right to ask for a natural death and should be treated with palliative care first, (2) in each country where euthanasia is legalized, there has been an evolution that grants the right to end life to a population that has an indication based on the right to die with dignity. (3) the laws of all countries where euthanasia is performed provide a basis for a person with a terminal illness to make a request for termination of life. (4) Euthanasia has two forms: one where the doctor causes the patient's death and another where the doctor assists in dying for Thailand, proper euthanasia is a way for doctors to assist in death.

Keywords : Euthanasia; Active Euthanasia; Palliative care

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ท่านอาจารย์ ดร.ศาสตา วิริยานุพงศ์ ที่ได้ช่วยให้คำแนะนำงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี ขอขอบคุณที่ท่านได้เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำ ตลอดจนได้ตรวจทานแก้ไข เพื่อให้งานวิจัยฉบับนี้เป็นตามมาตรฐานงานวิจัยทางด้านนิติศาสตร์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงด้วยความจริงใจมา ณ ที่นี้

ขอขอบคุณ ภรรยา และบุตรทั้งสามคน ที่ได้ช่วยสนับสนุนส่งเสริมและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยทำงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จออกมาได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนนักศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา

นายเกษมสันต์ วนวนากร

กุมภาพันธ์ 2567



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
3. ขอบเขตของการศึกษา.....	6
4. สมมุติฐานการวิจัย.....	7
5. ระเบียบวิธีวิจัย.....	7
6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการทำการุณยฆาตและการดูแลแบบประคับประคอง.....	8
1. ความรู้ทั่วไปของการุณยฆาต.....	8
2. แนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์.....	10
3. สิทธิในสุขภาพตามพันธะกรณีระหว่างประเทศ.....	11
4. แนวคิดเรื่องสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย.....	16
5. แนวคิดเรื่องศาสนากับการทำการุณยฆาต.....	19
6. แนวคิดเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550 มาตรา 12.....	21
7. แนวคิดเรื่องกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดความตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากความเจ็บป่วยพ.ศ. 2553.....	24
8. แนวคิดเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง.....	27
บทที่ 3 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตในประเทศไทยและต่างประเทศ.....	30
1. ประเทศไทย.....	30
2. ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์.....	32
3. ราชอาณาจักรเบลเยียม.....	36
4. มลรัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา.....	41
5. ราชอาณาจักรสเปน.....	48

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
6. ผลกระทบของประเทศที่มีการใช้กฎหมายการุณยฆาตแบบเชิงรุก.....	55
บทที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายไทยและกฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับ การทำการุณยฆาต.....	62
1. กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาต.....	62
2. กฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาต.....	65
บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	73
1. บทสรุป.....	73
2. ข้อเสนอแนะ.....	74
บรรณานุกรม.....	86
ภาคผนวก.....	92
ก กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของ ชีวิตหรือเพื่อยุติ การทรมานจากการเจ็บป่วยพ.ศ. 2553.....	93
ข พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.....	98
ค Oregon’s Death with Dignity ACT.....	116
ง The Belgian Act on Euthanasia.....	126
จ Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act.....	132
ฉ WMA DECLARATION ON EUTHANASIA AND PHYSICIAN- ASSISTED SUICIDE.....	143
ประวัติผู้วิจัย.....	145

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรณขมาต.....	69
ตารางที่ 4.2 สรุปขั้นตอนการทำการรณขมาต.....	70
ตารางที่ 4.3 การควบคุมและกำกับดูแล.....	72



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีพัฒนาไปอย่างรวดเร็วในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาอายุใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการพัฒนาด้านเทคนิคและเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดและช่วยชีวิต สิ่งเหล่านี้ช่วยในการวินิจฉัยและรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นมีผลทำให้คนมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นผลการรักษาที่ดีขึ้นในทางการแพทย์ จะวัดจากอัตราการตายจากโรคและอัตราตายของแต่ละโรค ถ้ามียาหรือวิธีการรักษาใหม่แล้วมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายจากโรคมากขึ้นมีอัตราตายลดลงวิธีการนั้นจะได้รับการยอมรับในวงการแพทย์ แต่ตัวเลขที่มักมีการซ่อนไว้หรือไม่ได้กล่าวถึงมากนักคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรายนั้นที่รอดชีวิตมาจากเทคโนโลยีการรักษาใหม่ๆ ผลการรักษาที่ดีต้องเป็นการยืดการมีชีวิตชีวิตอยู่ ไม่ใช่เป็นเพียงการยืดความตายออกไปอีกช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้นบางครั้งผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะผัก (Vegetative state) สิ่งเหล่านี้ยังเป็นคำถามในทางการแพทย์เสมอว่าเป็นแนวทางที่ถูกต้องหรือไม่

แนวคิดการทำการุณยฆาต (Euthanasia) ที่ถูกทำให้มีความชัดเจนในรูปแบบของกฎหมายเกิดขึ้นครั้งแรกที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ ในวันที่ 1 เมษายน 2545 ในปัจจุบันในเนเธอร์แลนด์ อัตราตายโดยการทำการุณยฆาตอยู่ที่ร้อยละ 9 ของอัตราตายทั้งหมด และในปัจจุบันมีทั้งหมด 6 ประเทศที่มีการออกกฎหมายให้มีการทำการุณยฆาตเป็นสิ่งถูกต้อง ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ เบลเยียม ลักเซมเบิร์ก แคนาดา โคลัมเบีย และสเปน โดยสเปนเป็นประเทศล่าสุดที่ออกกฎหมายให้มีการทำการุณยฆาตได้ ในวันที่ 17 ธันวาคม 2563 ที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรของราชอาณาจักรสเปนได้มีมติเห็นชอบผ่านให้มีกฎหมายการุณยฆาต หลังมีความพยายามผลักดันมากกว่า 20 ปี โดย นายเปโดร ซานเชส นายกรัฐมนตรีได้มีคำกล่าวว่า “กฎหมายฉบับนี้ ถือได้ว่าเป็นชัยชนะทางสังคมอันยิ่งใหญ่ของประเทศ เสรีภาพของเราก้าวหน้าทั้งทางกฎหมายอาญา และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” และในทุกประเทศที่ได้กล่าวมา การทำการุณยฆาตจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการร้องขอโดยตรงจากผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งต้องมีความรู้สึกตัวเองดีมีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ รู้ว่าความเจ็บป่วยได้สร้างความทุกข์ทรมานให้ตนเองอย่างมาก จนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป การแสดงความจำนงที่จะขอรับการทำการุณยฆาตต้องมีแพทย์ไม่ต่ำกว่า

การผ่าตัดอีกครั้ง และถ้ามีการผ่าตัดครั้งที่สามมีโอกาสทำให้เขามีสภาพเป็นผัก (Vegetative state) ชายคนดังกล่าวได้ร้องขอให้แพทย์ผู้รักษาทำการุณยฆาต แต่ได้รับการปฏิเสธ เนื่องจากกฎหมายของประเทศไทยไม่อนุญาตให้แพทย์ทำได้ เขาจึงได้ตัดสินใจเดินทางไปขอรับการทำการุณยฆาตที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ด้วยความสุดท้ายที่เขาได้โพสต์ในบัญชีเฟสบุ๊คส่วนตัว มีใจความ “หลังจากจบโพสต์นี้ ผมจะรับยาและจากไปอย่างถาวร ผมเลือกที่จะมาทำการุณยฆาตนี้เพราะไม่อยากให้ปีากับคุณแม่ต้องมาคอยดูแลผมหากการผ่าตัดครั้งต่อไปมันทำให้ผมต้องเป็นอัมพาตหรือเจ้าชายนิทรา ผมรู้สึกมีความสุขมาก ในตอนนี้ทั้งกับตัวเองที่จะไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีก และปีากับแม่ที่จะไม่ต้องลำบากต้องมาดูแลคนที่นอนเป็นผัก ในเวลาที่ปีากับแม่ควรจะได้อยู่อย่างสบายกายแล้ว ลาก่อนครับปี ลาก่อนครับคุณแม่” เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้สังคมไทยได้รับรู้เรื่องการทำการุณยฆาต คนไทยที่มีความประสงค์อยากจบชีวิตตัวเองเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย หลังจากที่ได้ผ่านกระบวนการรักษาทั้งการรักษาโดยตรงและการรักษาแบบประคับประคองมาแล้ว ถ้าบุคคลคนนั้นยังมีความประสงค์ที่จะทำการุณยฆาต เขาควรมีสติที่จะทำได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายไทย หรือต้องเดินทางไปทำการุณยฆาตในต่างประเทศ หรือกรณีไม่มีค่าใช้จ่ายที่จะเดินทางไปต่างประเทศก็เลือกที่จะจบชีวิตตัวเองด้วยการฆ่าตัวตาย ถึงเวลาหรือยังที่สังคมไทยจะต้องมีทางเลือกให้คนกลุ่มนี้ที่ต้องการใช้สิทธิในเนื้อตัวร่างกายของตนเอง สิทธิที่จะขอจบชีวิตตนเองให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน “บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีอำนาจเต็มในชีวิตและร่างกายของตนเองที่สามารถกำหนดได้ว่าต้องการตายอย่างเป็นอิสระไม่มีการถูกบังคับใดๆ จากบุคคลอื่นเพื่อให้รอดพ้นจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายด้านความรู้สึก และจิตใจหรืออยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งสามารถกระทำได้หลายวิธี”⁴

ในมุมมองเรื่องศาสนากับความตายและการทำการุณยฆาต ถ้าพิจารณาจากเรื่องศีลห้าข้อหนึ่งการละเว้นจากการฆ่าสัตว์ และการเบียดเบียนชีวิตผู้อื่น ถ้ามองในมุมแคบเมื่อใดมีความตายเกิดขึ้นก็ถือได้ว่าเป็นบาปแล้ว แต่ถ้าพิจารณาในมุมที่กว้างขึ้นพุทธศาสนาถือเรื่องจิตใจเป็นสำคัญ เมื่อจิตเศร้าหมองแล้วก็เป็นอันหวังทุกคืนได้ แต่เมื่อจิตไม่เศร้าหมองแล้วสุคติก็เป็นอันหวังได้ การจะเข้าถึงภาวะที่เป็นสุคติได้ย่อมขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยที่เป็น อยู่ในขณะเดียวกันการเข้าใจในหลักธรรมที่แท้จริง และหมั่นฝึกฝนจิต จะทำให้มนุษย์เกิดมรณสติยอมรับความจริงของความตาย ไม่มองความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว สัจธรรมที่แน่นอนของชีวิตที่ว่าคนเราอยู่อย่างไรก็ตายอย่างนั้น ตายอย่างไรก็อยู่อย่างนั้น ถ้าพิจารณาให้ดีพบว่าข้อความนี้มีความหมายลึกซึ้งมาก และลึกซึ้งกว่าวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์แบบตะวันตกที่เป็นอยู่⁵ ความตายที่เกิดจากจิตใจที่เศร้าหมองก็นำไปสู่ “ทุกคืน” (ภูมิที่ไปเกิดมีความทุกข์ความลำบาก)

⁴ วารสารพัฒนศาสตร์ ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2563 หน้า 150

⁵ แสวง บุญเฉลิมวิภาส, การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้ายความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย, หน้า 7

แต่ถ้าความตายนั้นเกิดจากจิตใจที่เป็นสุข ต้องการพ้นทุกข์จากสภาวะที่ร่างกายต้องได้รับทุกข์ทรมาน จากความเจ็บป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ตลอดไป การตายนั้นก็ถือเป็น “สุคติ” (ภูมิที่ไปเกิดมีความสุข ความสบาย)

งานเขียนหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรณมขมาต ไม่ว่าจะเป็นหนังสือ บทความวิชาการ หรือวิทยานิพนธ์ในช่วงก่อนมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แนวทางการศึกษาและ ข้อสรุปรองงานเขียนในช่วงนั้น มักเป็นการศึกษาในเรื่องของสิทธิในการตายว่าเป็นสิทธิที่มนุษย์ สามารถทำได้กำหนดตนเองได้ การตายอย่างมีศักดิ์ศรีเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่มีได้โดยชอบ หลังจากที่มี การบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมาตรา 10 และมาตรา 12 เป็นจุดเปลี่ยนทางการแพทย์ มีแพทย์กลุ่มหนึ่งได้ฟ้องคดีต่อศาลปกครองสูงสุดเพื่อให้เพิกถอนมาตรา 10 และมาตรา 12 แต่ศาล ปกครองได้มี คำวินิจฉัยว่าทั้งสองมาตรามีการออกโดยชอบด้วยกฎหมายให้มีผลบังคับใช้ได้ ในการศึกษา การรณมขมาต ที่เกิดขึ้นหลังพระราชบัญญัติฉบับนี้มีผลบังคับใช้จะต่อเนื่องมาจากการศึกษาช่วงก่อนหน้า มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับหนังสือแสดงเจตนาที่จะปฏิเสธการรักษาอันเป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย ในวาระสุดท้ายของชีวิต มีงานเขียนที่มีการศึกษาที่มากกฎหมายการรณมขมาตของประเทศต่างๆ มีการ กล่าวถึงบางส่วนของกฎหมายการรณมขมาตของประเทศนั้นๆ สำหรับมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติงานเขียนต่างๆได้มีข้อสรุปเป็นไปในสองทิศทาง บางส่วนเห็นว่าพระราชบัญญัติฉบับนี้ ยังไม่ถือได้ว่ามี การทำการรณมขมาตที่ถูกกฎหมายในประเทศไทย แต่ก็มีงานวิชาการบางส่วนที่ถือว่า มาตรา 12 คือการทำการรณมขมาตแบบเชิงรับ (Passive Euthanasia) อ้างถึงข้อความบางส่วนจาก หนังสือกฎหมายและข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์พยาบาล “กรณีของ Passive Euthanasia นั้นเห็นว่าแพทย์ที่ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยกระทำเพียงเพื่อระงับความเจ็บปวด และให้ผู้ป่วยที่ใกล้ ตายนั้นถึงแก่ความตายด้วยความสงบ โดยไม่ใช่เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่นั้นไม่มีความผิดใดๆ เพราะแพทย์ไม่มีหน้าที่ที่จะชะลอชีวิตของผู้ที่ต้องถึงแก่ความตายตามธรรมชาติให้ยาวนานออกไปอีก กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ แพทย์มีหน้าที่ต้องรักษาผู้ป่วยให้ดีที่สุดก็จริงอยู่ แต่ไม่ใช่ถึงขนาดที่จะฝ่าฝืนกฎ ธรรมชาติไปได้”⁶ ในส่วนของผู้วิจัยในบทบาทของแพทย์ที่ได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาเป็นระยะ เวลาราวกว่า 20 ปี เห็นด้วยกับความเห็นที่ว่าประเทศไทยมีการทำการรณมขมาตแบบเชิงรับ ข้อเท็จจริง ในทางการแพทย์เมื่อแพทย์ที่รับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรคต่างๆ เมื่อได้รับความเห็นชอบทั้ง จากผู้ป่วยกรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติรู้สึกตัวหรือได้รับความยินยอมจากญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยในกรณีที่ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว หรือ ไม่สามารถตัดสินใจได้ที่จะไม่ทำการรักษาที่มีผลเพียงการยืดความตายออกไป แพทย์ผู้ดูแลก็จะทำการตัดการรักษาบางอย่าง เช่น งดการใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ งดการ ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต งดการให้อาหารทางสายยาง และอาจมีการสั่งการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยสงบ

⁶ แสง บุญเฉลิมวิภาส, กฎหมายและข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์พยาบาล หน้า 120

ลงจนหยุดหายใจและเสียชีวิตในที่สุด เช่น การให้ยามอร์ฟินซึ่งเป็นยาลดอาการปวดและมีฤทธิ์กดการหายใจถ้าได้รับในปริมาณที่มากพอ การกระทำดังกล่าวนั้นถือว่าตรงตามนิยามของการทำการุณยฆาตเชิงรับแต่ในวงการแพทย์ไทยแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมักใช้คำว่า “การให้การรักษาตามสภาวะของผู้ป่วย”

เมื่อพิจารณาจากงานวิชาการในอดีตสิ่งที่ยังไม่ได้มีการศึกษาในประเทศไทย คือการทำการุณยฆาตแบบเชิงรุก (Active Euthanasia) ซึ่งเมื่อศึกษาจากกฎหมายของประเทศที่อนุญาตให้มีการทำการุณยฆาตเชิงรุกได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย และมีศึกษาผลกระทบทางสังคมในประเทศที่มีการทำการุณยฆาตเป็นเวลานานเพื่อนำมาปรับให้เข้ากับสังคมไทย ผู้วิจัยพบว่าควรจัดให้มีการเพิ่มเติมเรื่องของ “การวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า” (Advance Care Plan) และการดูแลแบบประคับประคอง(Palliative Care) เข้ามาในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจทำการุณยฆาตแบบเชิงรุก และเพื่อให้ผลงานวิจัยมีความชัดเจนผู้วิจัยได้มีความประสงค์จะสื่อให้ผลงานวิจัยออกมาในรูปแบบของ “ร่างกฎหมายการทำการุณยฆาตของประเทศไทย พ.ศ.”

ประเด็นที่ผู้วิจัยให้ความสนใจในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกันระหว่างการุณยฆาตกับการทำแท้ง (Abortion) มีมิติที่เหมือนกันคือประเด็นข้อโต้แย้งในเรื่องศีลธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อด้านศาสนา และในมุมมองเรื่องของการทำลายชีวิต ในมุมมองของศีลธรรมเมื่อมีการตั้งครุฑขึ้นไม่ว่าอายุครุฑจะมีกี่สัปดาห์ก็ตามถือว่าได้มีการกำเนิดขึ้นของสิ่งมีชีวิตแล้ว ดังนั้นการยุติการตั้งครุฑไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ถือว่าเป็นการทำลายชีวิต ประเด็นนี้ในมุมมองของนักกฎหมายมองว่าทารกในครรภ์ยังไม่มีสภาพบุคคล แต่ในฐานะแพทย์ที่ถูกสอนมาให้ดูแลหญิงตั้งครุฑ ได้เห็นการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผ่านการตรวจอัลตราซาวด์เมื่อหญิงตั้งครุฑมาฝากครรภ์ในมุมมองของผู้วิจัยถือว่าการทำแท้งมีความหมายเท่ากับได้มีการทำลายชีวิตด้วย และเมื่อพิจารณาจากคำพิพากษาของศาลรัฐธรรมนูญที่นำไปสู่การแก้ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 301 และมาตรา 305 ที่มีผลให้หญิงตั้งครุฑสามารถทำแท้งได้ภายใต้อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ในประเด็นเรื่องอายุครรภ์ที่กฎหมายที่แก้ไขกำหนดให้หญิงตั้งครุฑสามารถยุติการตั้งครุฑที่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ในทางปฏิบัติอายุครรภ์จะนับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายแล้วนำมาคำนวณอายุครรภ์ ซึ่งข้อเท็จจริงวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายของหญิงตั้งครุฑเป็นข้อมูลที่อยู่ในความรับรู้ของผู้หญิงเพียงฝ่ายเดียว ไม่มีผู้ใดหรือพยานคนไหนที่จะสามารถแจ้งหรือเบิกความถึงวันเวลาดังกล่าวได้ หมายความว่าถ้าประสงค์จะยุติการตั้งครุฑก็สามารถแจ้งอายุครรภ์ให้ไม่เกิน 12 สัปดาห์ได้ แม้อาจมีผู้โต้แย้งว่าอายุครรภ์สามารถบอกได้จากการทำอัลตราซาวด์แต่กฎหมายก็ได้กำหนดว่าก่อนยุติการตั้งครุฑต้องมีผลอัลตราซาวด์มาประกอบว่าอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ แพทย์ผู้ดูแลจึงจะยุติการตั้งครุฑได้จึงมีผลว่าการแก้กฎหมายในครั้งนี้ ถือได้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่สามารถทำแท้งได้อย่างเสรีอย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยได้มีคำวินิจฉัยของศาล

รัฐธรรมนูญให้ความสำคัญกับเรื่องของสิทธิในเนื้อตัวร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ที่จะสามารถจัดการกับเนื้อตัวร่างกายของตนเองได้ภายในอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์มากกว่าความถูกต้องตามหลักศีลธรรมหรือความถูกต้องตามหลักศาสนา ซึ่งทำให้เห็นได้ว่าพัฒนาการด้านกฎหมายของประเทศไทยเริ่มให้ความสำคัญในประเด็นเรื่องของสิทธิ และเสรีภาพมากขึ้นตามบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปสู่ยุคดิจิทัลหรือยุคของข้อมูลข่าวสารที่ไปมีผลเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของคนในสังคม โดยการทำแท้งและการรณรงค์มีข้อเท็จจริงที่เหมือนกันในสองประเด็นคือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความตายและประเด็นการใช้สิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาแนวคิดทฤษฎีและหลักการของการทำการุณยฆาต (Euthanasia) และการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)

2.2 เพื่อศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตของราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ราชอาณาจักรเบลเยียม รัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา และราชอาณาจักรสเปน

2.3. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายไทยและกฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาต

2.4 เพื่อเสนอ “ร่างกฎหมายการทำการุณยฆาตของประเทศไทย” ที่เหมาะสมกับสภาพสังคมไทย

3. ขอบเขตของการศึกษา

ผู้วิจัยศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตจากวรรณกรรมประเภทปฐมภูมิ (Primary Literature) ได้แก่ วิทยานิพนธ์ งานนิพนธ์ บทความทางวิชาการ และจากวรรณกรรมประเภททุติยภูมิ (Secondary Literature) ได้แก่ ตำรา ปत्रิทรศน์งานวิจัย สารานุกรม พจนานุกรม

ในส่วนของกฎหมายไทยศึกษาจากกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2560 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

ในกรณีของกฎหมายต่างประเทศผู้วิจัยศึกษาจากข้อมูลกฎหมายของประเทศที่ได้มีการทำกา
 รุณยชาติเชิงรุกตามกฎหมายของ 4 ประเทศ ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ เบลเยียม รัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา
 และราชอาณาจักรสเปน

4. สมมุติฐานการวิจัย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 รับรองเรื่องการใช้สิทธิและเสรีภาพให้
 ปวงชนชาวไทยสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เมื่อการใช้สิทธินั้นไม่ได้ละเมิดสิทธิของผู้อื่น ไม่กระทบ
 ต่อความมั่นคงของรัฐ ไม่กระทบต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน สิทธิในการตายแม้ไม่ได้รับการรับรอง
 ไว้ในรัฐธรรมนูญ ถ้าการใช้สิทธินั้นเป็นไปเพียงเพื่อยุติความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยในวาระ
 สุดท้ายของชีวิตควรมีกฎหมายบัญญัติให้สามารถกระทำได้

5. ระเบียบวิธีวิจัย

วิทยานิพนธ์ชื่อเรื่อง “การุณยฆาตรูปแบบกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย”
 เป็นการวิจัยทางนิติศาสตร์ (Legal Research) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)
 ด้วยวิธีการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) จากหนังสือ ตำรา บทความ สื่ออิเล็กทรอนิกส์
 ที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 6.1 ทราบแนวคิด ทฤษฎี ความเป็นมา และหลักการของการทำการุณยฆาต และการดูแล
 รักษาแบบประคับประคอง
- 6.2 ทราบถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง กัับการทำการุณยฆาตของราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์
 ราชอาณาจักรเบลเยียม รัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา และราชอาณาจักรสเปน
- 6.3 สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาต
- 6.4 สามารถเสนอ “ร่างกฎหมายการุณยฆาตของไทย” ได้เหมาะสมกับสภาพสังคมไทย

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและหลักการของการทำการุณยฆาต และการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

ในการวิจัยเรื่องรูปแบบกฎหมายการุณยฆาตที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย ผู้วิจัยได้นำแนวคิดตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยประกอบไปด้วย

1. ความรู้ทั่วไปของการุณยฆาต
2. แนวคิดและทฤษฎีเรื่องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
3. แนวคิดเรื่องการรักษาสิทธิในสุขภาพตามพันธกรณีระหว่างประเทศ
4. แนวคิดและทฤษฎีเรื่องสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
5. แนวคิดเรื่องศาสนากับการทำการุณยฆาต
6. แนวคิดและทฤษฎีเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 8 มาตรา 12
7. แนวคิด และหลักเกณฑ์ที่สำคัญของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดความตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากความเจ็บป่วยพ.ศ. 2553
8. แนวคิดเรื่องการรักษาแบบประคับประคอง

1. ความรู้ทั่วไปของการุณยฆาต

การุณยฆาต หรือ Euthanasia เป็นคำที่แปลงมาจากภาษากรีกโบราณสองคำ คือ “Eu” แปลว่าดีและคำว่า “Thanous” แปลว่าการตายหรือแปลโดยรวมว่า “การตายดี” คำนี้มีกรกล่าวถึงครั้งแรกโดยกวีชาวกรีกตั้งแต่ 400 ปีก่อนคริสตกาลและต่อมานักปราชญ์ชาวกรีกและโรมันให้คำจำกัดความ Euthanasia คือ “ความตายที่มาอย่างรวดเร็วและปราศจากความทุกข์ทรมาน”⁷

ในยุคปัจจุบันการศึกษาต่างๆ ที่เกี่ยวกับการุณยฆาตในประเทศแถบยุโรปแบ่งความหมายของการุณยฆาตออกเป็น 5 รูปแบบ ดังนี้

⁷ Elsilvie. <https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/euthanasia> เข้าถึงเมื่อ

1. การทำให้เกิดการตายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ
 2. การปล่อยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิต โดยไม่ใช่เครื่องช่วยเหลือทางการแพทย์
 3. การเร่งให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายผลจากความทุกข์ทรมานโดยการทำการุณยฆาตเชิงรุก ทั้งแบบสมัครใจและไม่สมัครใจ
 4. การระงับการรักษาที่เป็นเพียงการประคับประคองอาการในผู้ป่วยที่หมดสติเป็นเวลานาน
 5. การยุติชีวิตไม่ว่าเด็กหรือผู้ใหญ่ที่ถูกมองว่าเป็นภาระต่อสังคมและครอบครัว
- การจำแนกรูปแบบของการทำการุณยฆาต ในคำราทั่วไปจำแนกการทำการุณยฆาตเป็นสองแบบคือการจำแนกตามเจตนา และการจำแนกตามวิธีปฏิบัติ

1.1 การจำแนกตามเจตนา

1.1.1 การุณยฆาตด้วยความสมัครใจ (Voluntary Euthanasia) บุคคลนั้นได้รับความเจ็บปวดอย่างแสนสาหัส หรืออาจได้รับทุกขเวทนาจากความเจ็บป่วย จึงได้แสดงเจตนาร้องขอให้บุคคลอื่นให้กระทำการุณยฆาตแก่ตน

1.1.2 การุณยฆาตโดยไม่สมัครใจ (Involuntary Euthanasia) เป็นกรณีที่บุคคลไม่สามารถแสดงเจตนาด้วยตนเอง ได้มีการแสดงเจตนาโดยผู้แทน ได้แก่ ทายาทโดยธรรม ผู้ใช้อำนาจปกครอง ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล รวมไปถึงศาลใช้อำนาจในการตัดสินใจทำการุณยฆาตแทน

1.2 การจำแนกตามวิธีปฏิบัติ

1.2.1 การุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) คือการกระทำ โดยตัดการรักษาที่จะให้แก่ผู้ป่วยเป็นวิธีปฏิบัติกันมากที่สุดและเป็นวิธีที่ปฏิบัติกันอย่างถูกกฎหมาย ในสถานพยาบาลหลายแห่งรวมถึงประเทศไทยโดยต้องมีจดหมายแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยเอง

1.2.2 การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) คือการุณยฆาตที่กระทำโดยให้สารหรือวัตถุใดๆอันเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ซึ่งก็คือ “การทำให้ตาย” วิธีนี้เป็นที่ยอมรับน้อยที่สุด

1.2.3 การุณยฆาตเชิงสงบ (Non-Aggressive Euthanasia) คือการุณยฆาตที่กระทำโดยการหยุดให้ปัจจัยดำรงชีวิตแก่ผู้ป่วย หรือ “เร่งให้ตาย” วิธีนี้ยังเป็นที่ยกเถียงอยู่ในปัจจุบัน⁸

⁸ <https://www.grin.com/document/956196> เข้าถึงเมื่อ 17 ต.ค. 65

2. แนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สิทธิมนุษยชน หมายถึง สิ่งที่เกิดตัวมาแต่กำเนิด ถอนให้แก่มันไม่ได้ ความเป็นสากลใช้ได้เสมอ ยกเลิกเพิกถอนมิได้ ไม่อาจพรากไปจากมนุษย์ได้⁹ เป็นแนวคิดที่มีรากฐานมาจากความเชื่อปรัชญา คำสอนทางศาสนา ศีลธรรมและจริยธรรมของสังคมและวัฒนธรรมต่างๆ ในโลกที่เชื่อว่ามนุษย์ที่เกิดมาทุกคนมีสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ แนวคิดนี้เข้าได้กับหลักกฎหมายธรรมชาติที่เกิดจากปรัชญาเมธีกรีกคือ เฮราคลิตุส (Heraclitus) (540-480 ปี ก่อนคริสตกาล) ได้มีการศึกษาค้นคว้าหาความจริงเกี่ยวกับแก่นสารของชีวิต และพบว่าแก่นสารของชีวิตเป็นสิ่งที่ได้มีอยู่ในธรรมชาติมิได้เกิดขึ้นจากการบัญญัติหรือเจตจำนงค์ของมนุษย์ผู้มีอำนาจคนใด โดยเป็นกฎเกณฑ์ที่เป็นภาวะวิสัย (Objective) หรือเป็นจริงอยู่เองโดยธรรมชาติซึ่งอยู่นอกเหนือโครงสร้างอำนาจรัฐ¹⁰ เพลโต (Plato) (429-348 ปีก่อนคริสตกาล) ให้ความเห็นว่า กฎหมายบ้านเมือง (Positive Law) หรือกฎหมายใดที่มนุษย์ตราขึ้นต้องสอดคล้องกับแบบแผนกฎหมายธรรมชาติจึงจะเรียกว่าเป็นกฎหมายได้ อริสโตเติล (Aristotle) (384-322 ปีก่อนคริสตกาล) สิ่งที่เป็นอุดมคติของสิ่งต่างๆ แท้จริงก็คือธรรมชาติของสิ่งนั้นนั่นเอง ทุกสิ่งที่เกิดขึ้นและคลี่คลายไปได้เป็นการดำเนินไปตามธรรมชาติของสิ่งนั้น

ในยุคกลางคริสต์ศาสนาได้แผ่อิทธิพลเข้ามา โดยมีความเชื่อว่าพระเจ้าสร้างโลกและสร้างมนุษย์ขึ้นมาบังคับบัญชาออกัสตินได้นำเอาปรัชญากฎหมายธรรมชาติมาพัฒนา แต่พยายามทำให้สอดคล้องกับหลักคำสอนและคติทางศาสนาคริสต์ ศาสนจักรอ้างว่าอำนาจรัฐฝ่ายฆราวาสเป็นสิ่งที่ชั่วร้ายเพื่อสร้างความชอบให้ศาสนจักรให้มีอำนาจสูงสุด ต่อมา เซนต์ โทมัส อไควนัส เสนอแนวคิดที่ว่ารัฐไม่ใช่สถาบันที่ชั่วร้าย รัฐเป็นแหล่งรวมกฎเกณฑ์ทางศีลธรรมและขณะเดียวกันรัฐก็จะเป็นเครื่องมือสำหรับการบรรลุความดีและความยุติธรรมของสังคมมนุษย์ ซึ่งความคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมต่อกับความคิดของกฎหมายธรรมชาติที่เน้นความสำคัญของเหตุผลที่มีมาตั้งแต่สมัยกรีก คือตั้งแต่เพลโต อริสโตเติล และสมัยโรมัน ถ้ายทอดต่อมาถึงสมัยกลางอย่างไม่ขาดสายและส่งทอดมาจนถึงปัจจุบัน¹¹ และในปัจจุบันได้มีการกำหนดวลี “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ในตัวบทกฎหมายหลายแห่งถือเป็นการที่พยายามสื่อสารแนวคิดเรื่องกฎหมายธรรมชาติ ซึ่งถือเป็นกฎหมายพื้นฐานที่นำมาอธิบายเรื่องสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

⁹ นพนิธิ สุริยะ. *สิทธิมนุษยชน : แนวคิดและการคุ้มครอง*. (แก้ไขปรับปรุง พฤษภาคม 2559). กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน. 2559 หน้า 43

¹⁰ สมชาย กษิติประดิษฐ์. *สิทธิมนุษยชน*. (พิมพ์ครั้งที่ 20). กรุงเทพมหานคร/สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง. พฤษภาคม 2560. หน้า 7-12.

¹¹ เรื่องเดียวกัน หน้า 13-15

3. สิทธิในสุขภาพตามพันธกรณีระหว่างประเทศ

สิทธิของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยทบทวนจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะรวมถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาสิทธิในสุขภาพที่ได้รับการบัญญัติและมีรับรองเป็นฉบับแรก และถือได้ว่าเป็นการวางรากฐานด้านสิทธิมนุษยชนคือ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ.1948 (Universal Declaration of Human Rights 1948) พิจารณาจากข้อกำหนดทั้ง 30 ข้อ แม้ไม่พบคำว่าสิทธิในสุขภาพ แต่ก็มีหลายมาตราที่มีความเกี่ยวข้องกับสิทธิในสุขภาพ อาทิ

ข้อ 1 มนุษย์ทั้งปวงเกิดมามีอิสระ และเสมอภาคกันในศักดิ์ศรี และสิทธิต่างๆ ในตน มีเหตุผลและมโนธรรมและควรปฏิบัติต่อกันด้วยจิตวิญญาณแห่งภราดรภาพ

ข้อ 3 ทุกคนมีสิทธิในการมีชีวิต เสรีภาพ และความมั่นคงแห่งบุคคล

ข้อ 25 ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพ และความอยู่ดีของตนและคนในครอบครัวรวมทั้งอาหารเครื่องนุ่งห่มที่อยู่อาศัย การดูแลรักษาทางการแพทย์ บริการทางสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกันยามว่างงาน เจ็บป่วย พิกัด ม่าย วัยชรา หรือปราศจากสิ่งดำรงชีพอื่นในสภาวะแวดล้อมนอกเหนือจากการควบคุมของตน มารดาและเด็ก ก่ออมมีสิทธิได้รับการดูแลรักษา และการช่วยเหลือเป็นพิเศษเด็กทั้งปวงไม่ว่าจะเกิดในหรือนอกสมรสจะต้องได้รับการคุ้มครองทางสังคมเช่นเดียวกัน¹²

ในส่วนของสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) ได้มีมติในเรื่องสิทธิในสุขภาพ (The Right to Health) “สิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานสูงสุด หมายถึงรัฐต้องมีกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับการมีสุขภาพดีของประชาชนทั้งหมด โดยไม่มีการแบ่งแยกสิทธิในสุขภาพเหมือนกับสิทธิอื่น ที่รวมทั้งเสรีภาพ และสิทธิเสรีภาพในเนื้อตัวร่างกาย เช่น เสรีภาพทางเพศ

¹² Article 1: We are all born free. We all have our own thoughts and ideas and we should all be treated the same way.

Article 3: We all have the right to life, and to live in freedom and safety.

Article 25: We all have the right to enough food, clothing, housing and healthcare for ourselves and our families. We should have access to support if we are out of work, ill, elderly, disabled, widowed, or can't earn a living for reasons outside of our control. An expectant mother and her baby should both receive extra care and support. All children should have the same rights when they are born.

และการสืบพันธุ์ โดยปราศจากการแทรกแซง เช่น ปราศจากการทรมานจากการรักษาและการทดลองทางการแพทย์โดยไม่ได้รับความยินยอม”¹³

“ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย” ของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient) ได้มีการสรุปหลักการที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. สิทธิในการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพดี โดยบุคคลมีสิทธิได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสมโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ โดยแพทย์ต้องมีอิสระในการตัดสินใจทางคลินิก และทางจริยธรรมโดยปราศจากการแทรกแซง ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเอง การรักษาพยาบาลดังกล่าวต้องเป็นไปตามหลักวิชาการทางการแพทย์ซึ่งเป็นสิ่งที่รับรองกันทั่วไป โดยการรับรองคุณภาพควรถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์จะต้องรับผิดชอบต่อการรักษาคุณภาพของบริการทางการแพทย์ ในกรณีจะต้องเลือกใช้วิธีการรักษาบางอย่างที่มีอยู่อย่างจำกัดแก่ผู้ป่วยบางรายเท่านั้น ต้องได้รับการคัดเลือกอย่างเป็นธรรม ในการได้รับวิธีการรักษานั้นและการคัดเลือกต้องทำโดยพื้นฐานข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้นและต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติ ผู้ป่วยมีสิทธิที่ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แพทย์มีหน้าที่จัดการให้มีการประสานงานทางการแพทย์กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ แพทย์ไม่อาจยุติการรักษาผู้ป่วยลงได้ตราบเท่าที่ยังมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องให้การรักษาต่อไป โดยปราศจากความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและให้โอกาสเพียงพอที่จำเป็นสำหรับการรักษาด้วยวิธีอื่น

2. สิทธิในการเลือกอย่างเสรี ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกที่จะเปลี่ยนแพทย์ หรือเปลี่ยนโรงพยาบาลได้โดยอิสระ ผู้ป่วยมีสิทธิสอบถามความเห็นจากแพทย์อื่นเมื่อใดก็ได้

3. สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระโดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มีสิทธิที่จะให้หรือไม่ ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาโรคให้แก่ตน ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการ

¹³ “The right to the highest attainable standard of health” implies a clear set of legal obligations on states to ensure appropriate conditions for the enjoyment of health for all people without discrimination.

The right to health, as with other rights, includes both freedoms and entitlements:

- Freedoms include the right to control one’s health and body (for example, sexual and reproductive rights) and to be free from interference (for example, free from torture and non-consensual medical treatment and experimentation). จาก นิรมัย พิเศษ มั่นจิต, กฎหมายว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการทางด้านสุขภาพ, (พิมพ์ครั้งที่ 2), (โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอนคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์), หน้า.26-29

ตรวจทดสอบหรือการบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับรวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม มีสิทธิปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในงานวิจัยหรือการเรียนการสอนทางการแพทย์

4. ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือไม่สามารถแสดงเจตจำนงของตนเองได้ แพทย์จะต้องได้รับความยินยอมในภายหลังที่ได้รับการอธิบายให้เข้าใจจากผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมาย กรณีที่ไม่มีผู้แทนเมื่อมีความจำเป็นเร่งด่วนจะต้องให้การรักษาทางการแพทย์ ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมแล้ว เว้นแต่เป็นที่ชัดเจนว่าจะขัดต่อการแสดงเจตนา หรือความยินยอมแต่ดั้งเดิมของผู้ป่วย ซึ่งประสงค์จะไม่ให้ความยินยอมในสภาพกาลเช่นนั้น อย่างไรก็ตามแพทย์ควรพยายามช่วยชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวในทุกกรณีที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

5. ผู้ป่วยที่ไร้ความสามารถ ผู้ป่วยที่เป็นผู้เยาว์ หรือผู้ที่ไม่สามารถใช้สิทธิได้ตามกฎหมาย ให้ใช้ความยินยอมของผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายแทน กระนั้นก็ดีผู้ป่วยยังต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเต็มที่เท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวยให้กระทำได้ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้สิทธิได้เต็มที่ตามกฎหมายแต่ยังสามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลได้อยู่ แพทย์ต้องเคารพการตัดสินใจดังกล่าวและผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะห้ามมิให้แพทย์เปิดเผยข้อมูลนี้แก่ผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมาย กรณีมีผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งถูกต้องตามกฎหมายของผู้ป่วย หรือบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย ห้ามมิให้ดำเนินการบำบัดรักษาโรคต่อไป ซึ่งตามความเห็นของแพทย์แล้วเห็นว่าการรักษานั้นเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเอง แพทย์พึงจะไม่ปฏิบัติตามคำสั่งนั้น ทั้งนี้จะต้องไม่ขัดต่อกฎหมายหรือกฎเกณฑ์อื่น สำหรับกรณีฉุกเฉินแพทย์จะต้องดำเนินการเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

6. วิธีการตรวจรักษาที่ขัดต่อเจตจำนงของผู้ป่วย กระบวนการตรวจวินิจฉัยโรคหรือการบำบัดรักษาที่ขัดต่อเจตนาของผู้ป่วยสามารถทำได้เฉพาะกรณียกเว้นเท่านั้น กล่าวคือต้องมีกฎหมายอนุญาตเป็นการเฉพาะและเป็นไปตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์¹⁴

1. ¹⁴ Right to medical care of good quality
 - a. Every person is entitled without discrimination to appropriate medical care.
 - b. Every patient has the right to be cared for by a physician whom he/she knows to be free to make clinical and ethical judgements without any outside interference.
 - c. The patient shall always be treated in accordance with his/her best interests. The treatment applied shall be in accordance with generally approved medical principles.
 - d. Quality assurance should always be a part of health care. Physicians, in particular, should accept responsibility for being guardians of the quality of medical services.
 - e. In circumstances where a choice must be made between potential patients for a particular treatment that is in limited supply, all such patients are entitled to a fair selection

procedure for that treatment. That choice must be based on medical criteria and made without discrimination.

f. The patient has the right to continuity of health care. The physician has an obligation to cooperate in the coordination of medically indicated care with other health care providers treating the patient. The physician may not discontinue treatment of a patient as long as further treatment is medically indicated, without giving the patient reasonable assistance and sufficient opportunity to make alternative arrangements for care.

2. Right to freedom of choice

a. The patient has the right to choose freely and change his/her physician and hospital or health service institution, regardless of whether they are based in the private or public sector.

b. The patient has the right to ask for the opinion of another physician at any stage.

3. Right to self-determination

a. The patient has the right to self-determination, to make free decisions regarding himself/herself. The physician will inform the patient of the consequences of his/her decisions.

b. A mentally competent adult patient has the right to give or withhold consent to any diagnostic procedure or therapy. The patient has the right to the information necessary to make his/her decisions. The patient should understand clearly what is the purpose of any test or treatment, what the results would imply, and what would be the implications of withholding consent.

c. The patient has the right to refuse to participate in research or the teaching of medicine.

4. The unconscious patient

a. If the patient is unconscious or otherwise unable to express his/her will, informed consent must be obtained whenever possible, from a legally entitled representative.

b. If a legally entitled representative is not available, but a medical intervention is urgently needed, consent of the patient may be presumed, unless it is obvious and beyond any doubt on the basis of the patient's previous firm expression or conviction that he/she would refuse consent to the intervention in that situation.

c. However, physicians should always try to save the life of a patient unconscious due to a suicide attempt.

5. The legally incompetent patient

a. If a patient is a minor or otherwise legally incompetent, the consent of a legally entitled representative is required in some jurisdictions. Nevertheless the patient must be involved in the decision-making to the fullest extent allowed by his/her capacity.

สิทธิในสุขภาพตามพันธกรณีระหว่างประเทศ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 สิทธิในสุขภาพของสมาชิกองค์การอนามัยโลก และปฏิญญาว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก ทั้งหมดไม่ได้มีกล่าวถึงสิทธิในการตายไว้โดยตรง แต่ก็มีกรกล่าวถึงในส่วนของสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล สิทธิในเนื้อตัวร่างกาย สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา และสิทธิที่จะแสดงเจตจำนงที่จะรับ หรือปฏิเสธการรักษาใดๆ ถ้าบุคคลหนึ่งได้มีความประสงค์ที่จะยุติชีวิตของตนเองเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยจากโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ บุคคลนั้นย่อมมีสิทธิที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยอยู่บนพื้นฐานการใช้สิทธิส่วนบุคคล สิทธิที่จะจัดการกับเนื้อตัวร่างกายตนเอง เป็นการใช้สิทธิที่มีได้ละเมิดสิทธิของบุคคลอื่น

ปฏิญญาของแพทยสมาคมโลกเกี่ยวกับการรณฆตและการฆ่าตัวตายโดยแพทย์ ได้มีการวางแนวทางอย่างชัดเจนว่าการการรณฆตเป็นการขัดต่อหลักการจริยธรรมทางการแพทย์การที่แพทย์จงใจใช้สารอันตรายหรือทำการแทรกแซงเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามคำร้องขอโดยสมัครใจโดยการสั่งจ่ายยาหรือให้ศาลทางการแพทย์โดยมีเจตนาที่จะทำให้เกิดการเสียชีวิตตามคำร้องขอโดยสมัครใจของผู้ป่วย¹⁵

b. If the legally incompetent patient can make rational decisions, his/her decisions must be respected, and he/she has the right to forbid the disclosure of information to his/her legally entitled representative.

c. If the patient's legally entitled representative, or a person authorized by the patient, forbids treatment which is, in the opinion of the physician, in the patient's best interest, the physician should challenge this decision in the relevant legal or other institution. In case of emergency, the physician will act in the patient's best interest.

6. Procedures against the patient's will Diagnostic procedures or treatment against the patient's will can be carried out only in exceptional cases, if specifically permitted by law and conforming to the principles of medical ethics.

¹⁵ <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide> เข้าถึงเมื่อ 31 สิงหาคม 2567

4. แนวคิดเรื่องสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนชาวไทยได้มีการนำมาบัญญัติไว้เป็นครั้งแรกในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรสยามพุทธศักราช 2475 โดยบัญญัติไว้ในหมวด 2 สิทธิและหน้าที่ของชนชาวสยาม ได้วางหลักไว้อย่างกว้างว่า “คนย่อมมีเสรีภาพบริบูรณ์ในการนับถือศาสนาหรือลัทธิใดๆ และมีเสรีภาพในการปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อถือของตน เมื่อไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อหน้าที่ของพลเมือง และไม่เป็นการขัดต่อความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และเป็นไปภายในบังคับแห่งกฎหมาย บุคคลย่อมมีเสรีภาพบริบูรณ์ในร่างกาย เคหสถาน ทรัพย์สิน การพูด การเขียน การโฆษณา การศึกษาอบรม การประชุมโดยเปิดเผย การจัดตั้งสมาคมการอาชีพ” ซึ่งเป็นการบัญญัติไว้อย่างกว้างๆ และไม่มีการออกกฎหมายมาเพื่อรับรองสิทธิต่างๆที่ได้มีการบัญญัติไว้จึงยังมีปัญหาการละเมิดสิทธิต่างๆ ตลอดมา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2560 ได้บัญญัติเรื่องสิทธิ และเสรีภาพของปวงชนชาวไทยไว้โดยตรงใน หมวด 3 และ หมวด 5 ส่วนที่มีสาระเกี่ยวข้องกับสิทธิและเสรีภาพในประเด็นที่จะอ้างอิงสิทธิในชีวิตและร่างกาย ได้แก่

1. มาตรา 4 “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครองปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน”
2. มาตรา 25 วรรคหนึ่ง “สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทยนอกจากที่บัญญัติคุ้มครองไว้เป็นการเฉพาะในรัฐธรรมนูญแล้ว การใดที่มีได้ห้าม หรือจำกัดไว้ในรัฐธรรมนูญ หรือในกฎหมายอื่น บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพที่จะกระทำการนั้นได้ และได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญตราบเท่าที่ใช้สิทธิ หรือเสรีภาพเช่นนั้นไม่กระทบกระเทือน หรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐ ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนและไม่ละเมิดสิทธิ หรือเสรีภาพของบุคคลอื่น”
3. มาตรา 27 วรรคหนึ่ง “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายมีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน” วรรคสาม “การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกาย หรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญหรือเหตุอื่นใดจะกระทำมิได้”
4. มาตรา 28 วรรคหนึ่ง “บุคคลย่อมมีสิทธิ และเสรีภาพในชีวิต และร่างกาย”
5. มาตรา 47 “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ”

เมื่อได้พิจารณาจากบทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2560 จากทั้ง 5 มาตราข้างต้นพบว่ามีมีการบัญญัติเพื่อคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์สิทธิเสรีภาพ บุคคลมีความเสมอกันใน

กฎหมาย มีสิทธิ และเสรีภาพได้รับความคุ้มครองอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งสิทธิเสรีภาพอย่างหนึ่งนั้นคือ สิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของตนเอง ติความได้ว่าทุกคนมีสิทธิที่ตัดสินใจและกำหนดชีวิตของตนเองได้ (The Right to self determination) เพราะเป็นการใช้สิทธิที่ได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ การใช้สิทธิดังกล่าวไม่ได้เป็นการละเมิดสิทธิของบุคคลอื่น

สิทธิที่จะตาย (The right to die) พิจารณาจากบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญไม่ได้มีการบัญญัติ โดยตรงแต่ก็อนุมานได้ว่าสิทธิที่จะตายเป็นสิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของตนเองถ้าบุคคลมีความประสงค์จะใช้สิทธิกำหนดชีวิตและร่างกายของตนเองจะต้องมีการพิจารณาว่า การใช้สิทธิดังกล่าวตามรัฐธรรมนูญกระทบกระเทือน หรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงแห่งรัฐหรืออาจกระทบกับศีลธรรมอันดีของประชาชนหรือไม่ สิทธิที่จะตายถ้าได้แสดงออกผ่านหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพียงเพื่อยืดความตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากความเจ็บป่วยที่ ออกเป็นกฎกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2553 ในปัจจุบันถือว่าได้รับการยอมรับว่าเป็นการใช้สิทธิ ที่ถูกต้องตามรัฐธรรมนูญแต่ในกรณีที่บุคคลจะใช้สิทธิที่จะตายโดยการขอทำการุณยฆาตเชิงรุก ถ้าเกิดเป็นประเด็นในสังคมการทำการุณยฆาตเชิงรุกจะถูกมองว่าเป็นเรื่องที่ขัดต่อความถูกต้อง ศีลธรรมอันดีของประชาชน เป็นการฆ่าตัวตายเป็นการทำลายชีวิตซึ่งเป็นบาปตามหลักศาสนาพุทธ

ในประเด็นความชอบต่อศีลธรรมอันดีผู้วิจัยใช้คำวินิจฉัยศาลรัฐธรรมนูญที่ 4/2563¹⁶ ที่ได้พิจารณาคำร้องของแพทย์หญิงศรีสมัย เชื้อชาติ ที่ได้มีคำร้องขอให้ศาลรัฐธรรมนูญพิจารณา วินิจฉัยตามรัฐธรรมนูญ มาตรา 213¹⁷ โดยผู้ร้องเป็นแพทย์ที่อยู่ในเครือข่ายแพทย์อาสาเพื่อยุติการ ตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามกฎหมายและข้อบังคับแพทยสภาให้กับวัยรุ่นและสตรีที่ท้องไม่พร้อม และเป็นคณะกรรมการจัดระบบส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยผู้ร้องได้ถูกเจ้าพนักงานตำรวจจับกุม และกล่าวหาว่าได้กระทำความผิดฐานทำให้หญิงแท้งลูกโดยหญิงนั้นยินยอมตามประมวลกฎหมาย อาญา มาตรา 302 เดิม มาเป็นประเด็นเพื่อใช้ในการพิจารณาเทียบเคียงกับความชอบต่อศีลธรรม อันดีในการทำการุณยฆาตเชิงรุก

คำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญมีสาระพอสรุปได้ว่า การยุติการตั้งครรภ์นั้นเป็นปัญหาทั้ง ทางสังคม ทางกฎหมาย และทางกฎหมายที่มีความละเอียดอ่อนรวมทั้งเป็นประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ จริยธรรมและศีลธรรม ซึ่งถือว่าเป็นความผิดทางอาญา และกำหนดโทษแก่หญิงเพียงฝ่ายเดียวที่ทำให้ ตนเองแท้งลูก ทั้งนี้ในความผิดฐานทำให้แท้งลูกมีเจตนาฆาตกรรม และคุณธรรมทางกฎหมายที่ต้องการ

¹⁶ คำวินิจฉัยศาลรัฐธรรมนูญ, คำวินิจฉัยที่ 4/ 2563

¹⁷ รัฐธรรมนูญ, มาตรา 213 บุคคลซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญคุ้มครองไว้มีสิทธิ์ยื่นคำ ร้องต่อศาลและธรรมนูญเพื่อมีคำวินิจฉัยว่าการกระทำนั้นขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์วิธีการและ เงื่อนไขที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติประกอบและธรรมนูญว่าด้วยวิธีพิจารณาของศาลรัฐธรรมนูญ

คุ้มครองชีวิตของทารกในครรภ์ โดยเห็นถึงความสำคัญและคุณค่าของชีวิตมนุษย์ที่กำลังจะเกิดมาแต่เนื่องจากรากฐานของสังคมไม่ได้ขึ้นอยู่กับความเห็นคุณค่าของชีวิตมนุษย์เพียงเท่านั้น แต่ต้องมีปัจจัยอื่นที่สำคัญเป็นรากฐานของสังคมประกอบด้วยเช่นเดียวกันกับการคุ้มครองสิทธิในการมีชีวิตของทารกในครรภ์ หากมุ่งคุ้มครองสิทธิของทารกในครรภ์เพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้พิจารณาคุ้มครองสิทธิของหญิงตั้งครรภ์อันมีมาก่อนสิทธิของทารกในครรภ์อาจส่งผลกระทบต่อหญิงไม่ได้รับความเป็นธรรมและถูกเลือกหรือจำกัดสิทธิในเนื้อตัวร่างกายของหญิง ซึ่งเป็นสิทธิตามธรรมชาติที่เป็นสิทธิพื้นฐานของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่บุคคลย่อมมีสิทธิ และเสรีภาพที่จะกระทำการใดๆหรือไม่กระทำการใดๆ ต่อชีวิตและร่างกายของตนได้ทราบเท่าที่การกระทำนั้นไม่รบกวน หรือล่วงล้ำเข้าไปในสิทธิ หรือเสรีภาพของผู้อื่นรวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อสิทธิในการกำหนดเจตจำนงของหญิงตั้งครรภ์ที่ครอบคลุมไปถึงสิทธิในการที่จะตัดสินใจของผู้หญิงตั้งครรภ์ว่าควรยุติการตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์ต่อไปอีกด้วย นอกจากนี้การคุ้มครองสิทธิของทารกในครรภ์ และสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ต้องก่อให้เกิดความสมดุลกันโดยต้องนำช่วงระยะเวลาการตั้งครรภ์มาเป็นหลักเกณฑ์ในการพิจารณา การปฏิเสธสิทธิของหญิงโดยปราศจากการกำหนดเงื่อนไขหรือเงื่อนไขอันเหมาะสมดังเช่นประมวลกฎหมายอาญามาตรา 301 ซึ่งถือเป็นการจำกัดสิทธิเสรีภาพของหญิงเกินความจำเป็น ประกอบกับภาคีรัฐมีหน้าที่กำหนดให้มีมาตรการส่งเสริมให้บุคคลใช้สิทธิเสรีภาพ โดยจัดให้มีมาตรการในการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยถูกต้องตามกฎหมายไม่กระทบต่อการใช้สิทธิของหญิง และจะต้องเข้าไปดูแลคุ้มครองชีวิตของทารกในครรภ์ไม่ให้ถูกกระทบสิทธิในการมีชีวิตเช่นเดียวกัน บทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายอาญามาตรา 301 จึงมีผลกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพในชีวิต และร่างกายของหญิงตั้งครรภ์เกินความจำเป็นไม่เป็นไปตาม “หลักแห่งความได้สัดส่วน”¹⁸ และเป็นการจำกัดสิทธิ และเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญมาตรา 28 วรรคหนึ่ง¹⁹

เมื่อพิจารณาจากคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญที่ 4/2563 จะพบว่าศาลรัฐธรรมนูญให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิในเนื้อตัวร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ที่มีมาอยู่ก่อนมากกว่าสิทธิการที่จะมีชีวิตอยู่ของทารกในครรภ์ เพราะถือได้ว่าเป็นการใช้สิทธิที่เป็นสิทธิส่วนตัวโดยแท้ ผู้วิจัยจึงอนุมานได้ว่าถ้าในภายหน้าบุคคลใดที่พึงประสงค์ที่จะกำหนดชีวิตตนเอง กำหนดตนเองในเรื่องของความตายก็เป็นสิทธิที่พึงกระทำได้โดยชอบเช่นกันเพราะสิทธิในเนื้อตัวร่างกายเป็นสิทธิส่วนบุคคลโดยแท้ผู้ใดจะล่วงละเมิดมิได้

¹⁸ เป็นหลักกฎหมายทั่วไปที่มีค่าบังคับระดับเดียวกับรัฐธรรมนูญหรือในอีกความหมายหนึ่งคือหลักความได้สัดส่วนเป็นกฎหมายรัฐธรรมนูญที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร การใช้หลักความได้สัดส่วนมีวัตถุประสงค์และระดับการใช้ 2 กรณีคือ กรณีแรก การใช้หลักความได้สัดส่วนในการควบคุมกฎหมายระดับพระราชบัญญัติหรือกฎหมายอื่นที่ค่าบังคับลำดับรองจากรัฐธรรมนูญ มิให้ขัดหรือแย้งกับรัฐธรรมนูญ ทั้งนี้เพื่อมุ่งคุ้มครองมิให้รัฐหรือฝ่ายนิติบัญญัติออกกฎหมายจำกัดเสรีภาพของประชาชนเกินความจำเป็นและสมควร

¹⁹ รัฐธรรมนูญ, มาตรา 28 วรรคหนึ่ง “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย”

5. แนวคิดเรื่องศาสนากับการทำกรณียฆาต

ในมุมมองของศาสนาพุทธการมองเรื่องความตาย การฆ่าตามศีล 5 และการทำกรณียฆาต ในมุมมองที่มีความแตกต่างกัน มีแนวคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าที่จะใช้ตัดสินว่าการฆ่านั้นมีความผิดหรือไม่ ประกอบด้วย สัตว์มีชีวิต (ปาโณ) รู้ว่ามีชีวิต (ปาณสญญิตา) จิตคิดจะฆ่า (วรกจิตต) พยายามที่จะฆ่า (อุปกโกโม) สัตว์ตายด้วยความพยายามนั้น (เตน มรณ)²⁰ ถ้าได้มีการกระทำที่ครบองค์ประกอบดังกล่าวให้ถือว่าการฆ่านั้นเป็นความผิด เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบนี้การทำกรณียฆาตเชิงรุกถือได้ว่าเป็น ปาณาติบาตตามหลักศาสนาพุทธ แต่ในทางศาสนามีหลักการพิจารณาเรื่องเจตนาซึ่งมีอยู่สองประการ คือเจตนาดี (กุศลเจตนา) และเจตนาชั่ว (อกุศลเจตนา) ถ้าผู้ที่กระทำกรณียฆาตไม่ได้มีเจตนาที่ประกอบด้วยโลภะ โทสะ และโมหะมุ่งให้ผู้ป่วยได้พ้นจากความทุกข์ ยุติทรมานจากความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้²¹ การกระทำกรณียฆาตจึงเป็นการกระทำที่มีเจตนาทำสิ่งดี ประกอบกับ สภาวะจิตใจของบุคคลที่จะรับการทำกรณียฆาต เมื่อใดที่มีความตายเกิดขึ้นก็ถือได้ว่าเป็นบาปแล้ว แต่ถ้าพิจารณาในมุมที่กว้างขึ้นพุทธศาสนาถือเรื่องจิตใจเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อมีจิตที่เศร้าหมองแล้วก็เป็นอันหวังทุกคืนได้ แต่เมื่อมีจิตที่ไม่ได้เศร้าหมองแล้วสุดก็ก็เป็นอันหวังได้ การที่จะเข้าถึงภาวะที่เป็นสุคติได้ย่อมขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะเดียวกันการเข้าใจในหลักธรรมที่แท้จริง และหมั่นฝึกฝนจิต จะทำให้มนุษย์เกิดมรณาสติยอมรับความจริงของความตายไม่มองความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว สัจธรรมที่แน่นอนของชีวิตที่ว่าคนเราอยู่อย่างไรก็ตายอย่างนั้น ตายอย่างไรก็อยู่อย่างนั้น ถ้าพิจารณาให้ดี ข้อความนี้มีความหมายที่ลึกซึ้งมาก และลึกซึ้งกว่าวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์แบบตะวันตกที่เป็นอยู่²² ความตายที่เกิดจากจิตใจที่เศร้าหมองก็นำไปสู่ “ทุกคืน” (ภูมิที่ไปเกิดมีความทุกข์ความลำบาก) แต่ถ้าความตายนั้นเกิดจากจิตใจที่เป็นสุขต้องการให้พ้นทุกข์จากสภาวะที่ร่างกายทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ตลอดไป การตายนั้นก็ถือเป็น “สุคติ” (ภูมิที่ไปเกิดมีความสุขความสบาย) กระบวนการทำกรณียฆาตนั้นผู้แสดงเจตนาที่จะยุติการมีชีวิตอยู่ได้นั้น ต้องมีจิตใจที่เป็นสุขรับได้กับ

²⁰ ภูมิภัทร ศาสตรศศิ. อำนาจกระทำของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต. วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต. หน้า 35-36

²¹ พระมหาสุรชัยชาวิทพนโน. พุทธจริยศาสตร์ ว่าด้วยปาณาติบาต. วารสารรามคำแหง ฉบับมนุษยศาสตร์ ปีที่ 36 ฉบับที่ 1. หน้า 150-151

²² แสง บุญเฉลิมวิภาส, การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้ายความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย, หน้า 7

ความตาย มองเห็นความตายจากการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบ “การุณยฆาตของผู้มีสติ อาจมีค่าด้านจริยธรรมมากกว่าคนตายตามธรรมชาติที่ไร้สติ”²³

ในมุมมองของศาสนาคริสต์ SACRED CONGREGATION FOR THE DOCTRINE OF THE FAITH ได้มีมติเกี่ยวกับเรื่องการุณยฆาต ในวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2523 มีสาระสำคัญสรุปได้ว่าที่ประชุมประนามการทำลายชีวิต เช่น การฆาตกรรม การฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ การทำแท้ง ทำการุณยฆาต หรือการฆ่าตัวตายโดยเจตนา แต่ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ยาต่างๆ ได้เพิ่มขีดความสามารถในการรักษาและยืดอายุของคนซึ่งในบางสถานการณ์ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านศีลธรรมทำให้ผู้คนเกิดความสงสัยว่าพวกเขามีสิทธิที่จะได้รับความตายโดยง่ายสำหรับตนเองหรือเพื่อนมนุษย์ได้หรือไม่ ซึ่งมันทำให้เวลาแห่งความทุกข์ของเขาสั้นลงซึ่งสอดคล้องกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human dignity) แต่ชีวิตมนุษย์ถือเป็นพื้นฐานของความดีทั้งหมด การทำลายชีวิตถือเป็นการต่อต้านความรักของพระเจ้าที่มีต่อบุคคลนั้น คนทุกคนมีหน้าที่ดำเนินชีวิตตามแผนการของพระเจ้า การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายถือเป็นการปฏิเสธความรักของพระเจ้า และถือเป็นการปฏิเสธความรักที่มีต่อตนเองที่ประชุมมีการยืนยันอย่างชัดเจนว่าการุณยฆาต หรือการฆ่าด้วยความเมตตาซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะยุติความทรมานทางกายและจิตใจอย่างแสนสาหัส เป็นสิ่งที่ไม่สามารถให้ทำได้อย่างถูกต้อง เพราะเป็นเรื่องการละเมิดกฎของพระเจ้า เป็นอาชญากรรมต่อชีวิต เป็นความผิดต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ควรตีความว่าการร้องขอให้มีการทำการุณยฆาตเป็นความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยซึ่งจริงๆ แล้ว อาจจะเป็นเพียงการเรียกร้องการรักษาที่ดีขึ้นหรือเป็นเพียงการแสดงออกเพื่อต้องการความรักจากคนรอบข้าง สิทธิที่จะตายไม่ใช่สิทธิที่จะรับความตายด้วยตนเองหรือถูกกระทำให้ตายโดยคนอื่นตามแต่ใจปรารถนา แต่หมายถึงสิทธิที่จะตายอย่างสงบร่วมกับคนรอบข้างอย่างมีศักดิ์ศรีของคริสเตียน²⁴

ข้อสรุปมุมมองของศาสนาคริสต์ที่สื่อสารผ่านการชุมนุมอันศักดิ์สิทธิ์สำหรับหลักคำสอนแห่งศรัทธาไม่สนับสนุนการทำการุณยฆาต แต่สิทธิที่จะตายอย่างสงบโดยไม่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ถือเป็นการตายอย่างมีศักดิ์ศรีของชาวคริสเตียน

ในศาสนาอิสลามได้ระบุว่าอัลเลาะห์คือผู้สร้างทุกสิ่งในจักรวาลและพระองค์เป็นผู้ทรงบริหารจัดการทุกสิ่งทุกอย่างให้ดำเนินไปด้วยอนุมัติของพระองค์ การก่อกำเนิดทุกสิ่งทุกอย่างและการบริหารจัดการกิจการทั้งหลายนั้นอัลเลาะห์องค์เดียวเท่านั้น ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นเองโดยปราศจากการ

²³ พระมหาสุรชัยชาภิวัตมโน. พุทธจริยศาสตร์ ว่าด้วยปาณาติบาต. วารสารรามคำแหง ฉบับมนุษยศาสตร์ ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 . หน้า 152

²⁴SACRED CONGREGATION FOR THE DOCTRINE OF THE FAITH DECLARATION ON EUTHANASIA สืบค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2565 จาก https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_1980055_euthanasia_en.html

กำหนดของพระองค์อัลเลาะห์เป็นผู้กำหนดความเป็นและความตายให้เกิดขึ้นตามประสงค์ของพระองค์ โดยจะให้ชีวิตถึงแก่ความตายเมื่อถึงเวลาที่กำหนดไว้ เมื่อใดมีการร้องขอให้มีการทำการุณยฆาต ถือเป็น การฆ่าตัวตายเป็นสิ่งต้องห้ามในศาสนาอิสลาม ในมุมมองของผู้วิจัยที่ทำหน้าที่แพทย์ในจังหวัดชายแดนภาคใต้มา 21 ปี พบว่าผู้ป่วยชาวมุสลิมมีมุมมองในการยอมรับความตายเป็นเรื่องที่ถูกกำหนดมาแล้วบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยหรือญาติรับรู้เรื่องการพยากรณ์โรคที่เป็นไปในรูปแบบที่ไม่ดี เช่น ภาวะเจ็บป่วยนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้บ่อยครั้งที่จะได้ยินคำพูดจากผู้ป่วยหรือญาติที่ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นว่าชีวิตของเขาได้ถูกกำหนดโดยอัลเลาะห์ ถึงเวลาที่ต้องกลับไปสู่การดูแลขององค์อัลเลาะห์มีการปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงการยืดชีวิตไม่ประสงค์ให้มีการใส่ท่อช่วยหายใจ ยังให้มีการรักษาด้วยยาได้อย่างเต็มที่แต่ไม่ให้เกิดหน้าอกนวดหัวใจ ถือเป็น การยอมรับความตายที่เข้าได้กับการุณยฆาตเชิงรับ

6. แนวคิดและทฤษฎีเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 8 และ มาตรา 12

ในหมวดหนึ่ง สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 8 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติว่า “ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นไม่ได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

1. ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน
2. ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้”²⁵

ในมาตรา 8 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้บุคลากรด้านสาธารณสุข มีหน้าที่ต้องแจ้งให้ผู้บริการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการบริการที่จะให้กับผู้รับบริการให้ทราบข้อมูล

²⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 8

อย่างเพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจว่าจะรับหรือปฏิเสธการให้บริการใด เมื่อนำมาตรา 8 มาพิจารณาในกรณีการปฏิเสธการรักษาของผู้รับบริการเป็นสิทธิที่สามารถกระทำได้ในทุกกรณี และบุคลากรสาธารณสุขไม่สามารถให้บริการที่ฝ่าฝืนความประสงค์ของผู้รับบริการได้เลย²⁶

ในหมวดหนึ่ง สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้ผลจากความรับผิดชอบทั้งปวง”²⁷

สิทธิที่เกิดขึ้นสำหรับประชาชนตามมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติฉบับนี้คือ “สิทธิที่จะขอตายโดยธรรมชาติ” ปราศจากการแทรกแซงหรือยื้อชีวิตด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ การตายโดยธรรมชาติไม่ได้หมายความว่า “มีสิทธิตายได้ตลอดเวลาที่ต้องการ” สิทธิที่มีขึ้นตามมาตรา 12 เป็นสิทธิที่ต้องแสดงผ่านหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข ที่เป็นเพียงการยืดความตายออกไป แต่หนังสือแสดงเจตนาจะถูกนำมาใช้ตามความประสงค์ของผู้แสดงเจตนาต้องเป็นเฉพาะกรณีที่ผู้แสดงเจตนาเจ็บป่วยอยู่ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น ถ้าเป็นความเจ็บป่วยที่ไม่ถือเป็นวาระสุดท้ายหรือยังสามารถรักษาให้หายขาดได้ไม่สามารถนำหนังสือแสดงเจตนาขึ้นมาถือปฏิบัติได้

ในมุมมองของรูปแบบการทำการุณยฆาต มาตรา 12 มีผลให้ผู้แสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาบางอย่างที่เป็นการยื้อชีวิต ตัวอย่าง เช่น กรณีที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะปฏิเสธการรักษาที่เป็นเพียงการยืดความตายมีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) แนวทางการรักษาที่เป็นตามมาตรฐานคือการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อแพทย์ทำตามความประสงค์ของผู้ป่วย จึงมีความหมายว่าแพทย์ได้ตัดการรักษาที่ต้องให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวการกระทำของแพทย์เข้าได้กับนิยามของการทำการุณยฆาตเชิงรับ มาตรา 12 ไม่มีข้อความตอนไหนที่สามารถตีความได้ว่าเนื้อหาในกฎหมายระบุให้แพทย์สามารถทำการุณยฆาตเชิงรุกได้ เพราะไม่ได้มีบทบัญญัติที่ระบุให้มีการเร่งการตายได้

²⁶ แสง บุญเฉลิมวิภาส และ ไพศาล ลิ้มสถิต. การให้ความยินยอมในการรับบริการสาธารณสุขและความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรา 8 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หน้า 25-26

²⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

ในกฎกระทรวงฉบับนี้ได้กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ได้มีการขยายความข้อความใน มาตรา 12 ดังนี้

1. “หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

2. “บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ยังคงจะต้องได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

3. “วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บ หรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา และวินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ได้ระบุว่าภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้หมายความถึงสภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้ และติดต่อสื่อสารอย่างถาวรโดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้จะมีเพียงปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติเท่านั้น

4. “การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางร่างกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้²⁸

คำว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” ทางปฏิบัติในวงการแพทย์การที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนี้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตแล้วเมื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้สรุปความเห็น ว่าภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่มีวิธีทางการแพทย์ในปัจจุบันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายขาดและไม่สามารถกลับไปมีคุณภาพชีวิตตามเดิมได้อีกแล้วจึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของความเจ็บป่วยโดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกินหนึ่งปี แพทย์จะมีการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ทราบแนวทางการรักษาและการดูแลแบบประคับประคอง ทำความเข้าใจกับทั้งตัวผู้ป่วยและญาติเพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกันทั้งสามฝ่ายคือแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ เพื่อนำมาสู่แนวทางการรักษาที่เหมาะสมสำหรับ

²⁸ กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ข้อ 2

ผู้ป่วยรายนั้นเป็นกรณีไป รูปแบบวิธีการรักษาจะเน้นไปที่การรักษาเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ที่รบกวนการใช้ชีวิตของผู้ป่วยให้มีความสุขสบายหรือมีความทุกข์ทรมานให้น้อยที่สุดในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต

การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมคือการดูแลผู้ป่วยทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม ตลอดไปจนถึงการดูแลด้านครอบครัวของผู้ป่วยให้สามารถผ่านพ้นความเศร้าจากการสูญเสีย การดูแลรักษาแบบประคับประคองถือว่ามี ความสำคัญมากสำหรับสังคมไทยในปัจจุบันที่มีรูปแบบเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยว ยังมีความผูกพันกันทางลักษณะของครอบครัวใหญ่อยู่ แม้จะมีการแยกออกไปใช้ชีวิตเป็นครอบครัวเดี่ยว การตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นความตายของบุคคลในครอบครัวยังต้องการความเห็นจากคนส่วนใหญ่ในครอบครัวที่จะต้องมาร่วมกันตัดสินใจและร่วมกันรับรู้ถึงพยากรณ์โรคของผู้ป่วยตลอดจนร่วมกันรับฟังเสนอแนะแนวทาง การรักษาให้กับผู้ป่วยที่เป็นญาติของตน

7. แนวคิดเรื่องกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดความตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากความเจ็บป่วยพ.ศ. 2553

การแสดงเจตนาของผู้แสดงเจตนาตามกฎกระทรวงฉบับนี้ ผู้วิจัยขอใช้คำว่า พินัยกรรมชีวิต (Living Will) แม้จะไม่ตรงกับความหมายของพินัยกรรมทั่วไปที่มีผลเมื่อผู้ทำพินัยกรรมสิ้นสภาพบุคคลแต่ก็เป็นคำที่ใช้เป็นการทั่วไปในกรณีการทำหนังสือแสดงเจตนาในการทำพินัยกรรมชีวิตระบุให้ผู้แสดงเจตนาจะต้องแจ้งประเภทของการบริการทางสาธารณสุขที่ตนเองไม่ต้องการได้รับ เมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งได้แก่ การให้สารน้ำและอาหารทางสายยาง การกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือดด้วยยากระตุ้นการเต้นของหัวใจ การใส่ท่อช่วยหายใจหรือให้ถอดท่อช่วยหายใจหลังจากใส่ไปแล้ว รวมไปถึงการไม่ใช้และให้หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ การฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้นและผู้แสดงเจตนาสามารถระบุการรักษาที่ไม่ต้องการเพิ่มเติมได้ เช่น การปฏิเสธการถ่ายเลือดของกลุ่มศาสนาคริสต์นิกายพระยะโฮวา²⁹ (Jehovah' Witnesses) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้ถูกจัดให้เป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่

ในบางกรณีในหนังสือแสดงเจตนาอาจจะระบุข้อความที่ไม่ชัดเจน หรือไม่ระบุละเอียดว่าบางสถานการณ์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมดำเนินการเช่นไร ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะระบุให้มีบุคคลที่ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจนได้

²⁹ Britannica. *Jehovah's witness l History, Beliefs, & Facts* . October 27, 2022. Retrieved from : <https://www.britannica.com/topic/Jehovahs-Witnesses>

รวมถึงให้มีอำนาจในการตัดสินใจตามเจตนาของผู้แสดงเจตนาได้ โดยต้องมีการระบุชื่อผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนมีการลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือและหมายเลขบัตรประชาชนไว้ในพินัยกรรมชีวิตด้วย และอาจระบุความประสงค์อื่นๆ ของผู้แสดงเจตนา เช่น การระบุสถานที่ที่ต้องการเสียชีวิต และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา

หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามพินัยกรรมชีวิต กฎกระทรวงได้มีข้อกำหนดว่าเมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ให้ผู้แสดงเจตนามอบหนังสือแสดงเจตนา ยื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้แสดงเจตนาสามารถยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ตลอด และถ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับให้ถือเอาฉบับสุดท้ายเป็นฉบับที่มีผลบังคับได้ เมื่อได้รับหนังสือแสดงเจตนาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ทำหน้าที่เป็นผู้รักษาจะต้องอธิบายให้ผู้แสดงเจตนาทราบถึงการพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษาให้ถ่ามถึงการตัดสินใจว่าจะปฏิเสธ หรือยืนยันตามหนังสือแสดงเจตนา³⁰

ในกรณีที่ผู้แสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้ตามปกติอาจให้บุคคลที่ผู้แสดงเจตนาระบุว่าให้มีอำนาจตัดสินใจแทน หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะต้องชี้แจงภาวะความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบและแจ้งรายละเอียดที่มีอยู่ตามหนังสือแสดงเจตนาโดยต้องได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าวก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา ในทางปฏิบัติผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ถ้าไม่ได้รับฉันทามติจากทั้งผู้มีอำนาจตามที่ระบุในหนังสือแสดงเจตนา และญาติทุกคนจะยังไม่มีการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะทำการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานต่อไป โดยต้องทวนถามกับผู้มีอำนาจตัดสินใจและญาติในการที่จะปฏิบัติตามความต้องการของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

การทำหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงฉบับนี้ได้มีคำวินิจฉัยศาลปกครอง ที่ พ 11/2558 รับรองความชอบ มาตรา 12 โดยมีสาระสำคัญของการวินิจฉัยตั้งแต่ขั้นตอนการออกกฎหมาย ที่ให้รัฐมีหน้าที่จัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนอย่างทั่วถึงก่อนดำเนินการ เนื่องจากเป็นการออกกฎหมายที่มีผลกระทบได้เสียต่อประชาชน ซึ่งทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงได้มีการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำร่างของกฎกระทรวงตามขั้นตอนของรัฐธรรมนูญส่วนในประเด็นความชอบด้วยรัฐธรรมนูญ ศาลปกครองสูงสุดได้มีคำวินิจฉัยที่อธิบายในเรื่องสิทธิและเสรีภาพไว้ดังนี้ “ตามธรรมชาติสิ่งที่ยืนยันความเป็นมนุษย์ คือเสรีภาพอันไม่อาจก้าวล่วงได้ แต่เสรีภาพทั้งปวง

³⁰ThaiLivingWill. คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนา. January 11, 2022. สืบค้นจาก : https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/024_livingwill.pdf

จะถูกจำกัดเมื่อลูก้าเสรีภาพของบุคคลอื่นภายใต้การรับรองของบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เสรีภาพจึงเป็นการกระทำโดยอิสระของบุคคลที่ไม่ได้อยู่ภายใต้บังคับของบุคคลอื่น สำหรับสิทธินั้นเป็นเครื่องยืนยันถึงเสรีภาพดังกล่าวของบุคคลทำให้มีสภาพบังคับต่อบุคคลภายนอก ฉะนั้นสิทธิและเสรีภาพจึงเป็นสิ่งเดียวกันที่ไม่อาจแบ่งแยกออกจากกันได้ ส่วนบุคคลใดเลือกที่จะมีชีวิตอยู่หรือเลือกที่จะไม่มีชีวิตนั้นย่อมเห็นได้ชัดว่าเป็นเสรีภาพในชีวิตและร่างกายแต่การที่บุคคล แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยซึ่งมีผลทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพต้องเคารพการตัดสินใจดังกล่าวนั้น การดังกล่าวย่อมเรียกว่าสิทธิของบุคคล ทั้งสิทธิดังกล่าวมิใช่สิทธิที่จะเลือกไม่มีชีวิตอยู่แต่เป็นสิทธิในการเลือกที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลเพื่อจะได้ตายโดยธรรมชาติ แต่การที่บุคคลแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยซึ่งมีผลทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมต้องเคารพการตัดสินใจดังกล่าวนั้นด้วยการดังกล่าวย่อมเรียกว่าสิทธิของบุคคล ทั้งสิทธิดังกล่าวมิใช่สิทธิที่จะเลือกไม่มีชีวิตอยู่แต่เป็นสิทธิในการเลือกที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลเพื่อจะได้ตายโดยธรรมชาติ”³¹

นอกจากนั้นคำวินิจฉัยดังกล่าวยังได้ให้เหตุผลถึงความชอบด้านศีลธรรม ของกฎกระทรวงว่า “เป็นการยื่นความประสงค์ไว้ล่วงหน้าเพื่อประกาศให้สาธารณะชนทราบความประสงค์ของตนว่าจะใช้สิทธิเช่นใด จึงหาเป็นการกระทำที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อย และศีลและทำอันดีของประชาชนไม่”³² และในมุมมองความชอบด้านกฎหมายของกฎกระทรวง ไม่ถือว่ากฎกระทรวงเป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงโดยดเว้นที่จะไม่ให้การรักษา หรือการใช้ยา และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่าง เพื่อยุติชีวิต ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองและกฎกระทรวงไม่ได้ให้อำนาจกับผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขกระทำตามหนังสือแสดงเจตนาในทางที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย ศาลปกครองสูงสุดจึงได้มีคำวินิจฉัยว่า กฎกระทรวงดังกล่าวไม่ได้ปรากฏความไม่ชอบด้วยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และกฎหมาย

³¹ คำวินิจฉัยศาลปกครองสูงสุด ที่ พ 11/2558 หน้า 43

³² เรื่องเดียวกัน หน้า 44

8. ทฤษฎีเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

ในเนื้อหาก่อนหน้านี้ได้มีการกล่าวถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยนโยบายระดับชาติและในวงการทางการแพทย์ของประเทศไทยมีความพยายามที่จะพัฒนาระบบการดูแลรักษาแบบประคับประคอง โดยให้มีความครอบคลุมในสถานพยาบาลทุกแห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับการดูแลรักษาโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยจากอาการปวดให้น้อยที่สุด โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นผู้ป่วยโรคต่างๆ ที่อยู่ในระยะสุดท้ายระยะลุกลาม ระยะเรื้อรังที่ไม่สามารถหายขาดได้ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอายุขัยไม่เกินหนึ่งปี³³ การดูแลแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อได้รับการดูแลในช่วงต้นของความเจ็บป่วยการดูแลแบบประคับประคองในระยะเริ่มต้นช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและยังช่วยลดการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นและลดการใช้บริการด้านสุขภาพอีกด้วย

ในปี ค.ศ. 2014 สมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly 67.19) ได้มีมติให้สมาชิกขององค์การอนามัยโลกบูรณาการการดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาหลักของแต่ละชาติให้มีการส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง³⁴ มุ่งเน้นไปที่ประเด็นต่อไปนี้ได้แก่ ให้มีการพัฒนาแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการในแต่ละกลุ่มโรค ให้แก้ไขปัญหาด้านจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุมให้ประเทศสมาชิกต้องมีการปรับปรุงการเข้าถึงยาโดยเฉพาะยาแก้ปวด เพราะยาแก้ปวดเป็นตัวยาสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองยาตัวหลักที่ใช้คือมอร์ฟีน ในบางประเทศยังมีข้อจำกัดทางกฎหมายกับการนำมอร์ฟีนมาใช้ในทางการแพทย์³⁵ ให้มีการมุ่งเน้นเป็นพิเศษในการดูแลกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และแนวทางการดูแลประคับประคองสำหรับเด็ก ให้มีการติดตามการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองมีการประเมินความก้าวหน้าของโครงการดูแลแบบประคับประคอง จัดให้มีการกำหนด

³³ The International Association for Hospice and Palliative Care. Life-limiting condition [Internet]. [cited 17- 18 Sep 19]. Available from <https://pallipedia.org/life-limiting-condition/>

³⁴ Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2567 จาก https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67/a67_r19-en.pdf

³⁵ National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Summary Health Statistics for the U.S. Population [Internet]: National Health Interview Survey [cited 17-18 Sep 19]. Available from http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_259.pdf

ตัวชีวิตเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการดูแลแบบประคับประคอง มีการพัฒนาตัวชีวิตเพื่อใช้ในประเมินบริการการดูแลแบบประคับประคอง³⁶

เป้าหมายหลักของการดูแลรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้ได้มีคุณภาพชีวิตดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ในวาระสุดท้ายของชีวิต และในการดูแลแบบประคับประคองจะต้องมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) โดยต้องมีความเห็นจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล ต้องเข้ามาให้ความเห็นโดยมีเป้าหมายการดูแลที่ตรงความประสงค์ของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด ในกรณีนี้ปัญหาทางในปฏิบัติที่พบโดยทั่วไปและจากประสบการณ์ของผู้วิจัยคือการที่ญาติต้องการให้ปิดบังข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ต้องมีการอธิบายกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นถ้าผู้ป่วยทราบการวินิจฉัยโรค และการพยากรณ์โรครู้ว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน จะได้เตรียมตัวรับกับอาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ได้มีการวางแผนทำบางสิ่งบางอย่างที่ยัง ตัดค้ำงในใจหรือทำสิ่งต้องการทำแต่ยังไม่ได้ทำ และได้วางแผนการจากไปอย่างสงบ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วย และญาติได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีความสุขและความเข้าใจซึ่งกันและกัน

การวางแผนดูแลล่วงหน้าในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดี ควรสอบถามความปรารถนาของผู้ป่วยทุกด้าน โดยให้ความครอบคลุมในด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ สอบถามความต้องการการรักษาให้ผู้ป่วยได้เลือกทั้งทางแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือก หมอพื้นบ้าน การใช้ยาทั้งแผนปัจจุบันสมุนไพร ให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเป็นทางเลือกในการรักษาตามความเชื่อ สอบถามการตัดสินใจที่เลือกใช้การรักษาที่เป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ที่ได้นำมาในข้างต้น มีกระบวนการใดที่ผู้ป่วยยินยอมหรือไม่ยินยอมในการดูแลรักษาโรคในวาระสุดท้าย ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้านหรือที่โรงพยาบาลรวมถึงจนถึงขั้นตอนรูปแบบวิธีการในการจัดการศพ หรือต้องการให้ผู้ใดเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจในการดำเนินการต่างๆ การทำพินัยกรรม การทำหนังสือแสดงเจตนา

ในประเทศไทย การแพทย์ด้านการรักษาแบบประคับประคองเป็นองค์ความรู้ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองทันทั่วทั้งที่ ได้รับการดูแลบรรเทาอาการที่ทำให้มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยและกระบวนการดูแลทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดในกลุ่มนี้มีแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาแบบประคับประคองได้มีการให้ความเห็นที่ไม่พบผู้ป่วยที่ร้องขอให้แพทย์ที่ดูแลทำการุณยฆาตให้กับตนเองเมื่อผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางการแพทย์และได้รับการดูแลบำบัดบรรเทาอาการต่างๆที่รบกวน แต่สิ่งที่ยังเป็นปัญหาคือมีผู้ป่วยอีกจำนวนมาก

³⁶ World Health Organization. Palliative care. เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค. 2565 จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

ที่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง และมีผู้ป่วยบางส่วนที่ตัดสินใจฆ่าตัวตายเพื่อให้ตนเองพ้นจากความทุกข์ทรมาน ดังนั้นถ้าประเทศไทยสามารถพัฒนาการดูแลรักษาแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับหนึ่งก่อนเสียชีวิต



บทที่ 3

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตของประเทศไทยและต่างประเทศ

ในที่นี้ผู้วิจัยทำการศึกษาดัวยบทกฎหมายของประเทศไทยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2540 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553

ในส่วนของต่างประเทศประเทศที่มีการออกกฎหมายให้ทำการุณยฆาตเชิงรุกหรือการช่วยการฆ่าตัวตาย (Active Euthanasia or Assist Suicide) ให้สามารถทำได้ถูกต้องตามกฎหมาย ไม่เป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญารัฐธรรมนูญว่าคนตาย โดยในปัจจุบันมี 6 ประเทศ ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ สวิตเซอร์แลนด์ เบลเยียม โคลอมเบีย ลักเซมเบิร์ก สเปน และยังมีในบางประเทศที่มีบางรัฐอนุญาตให้มีการทำการุณยฆาตได้ เช่น รัฐอากันซอ รัฐโอเรกอน ในประเทศสหรัฐอเมริกา และบางรัฐในประเทศออสเตรเลีย ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกฎหมายจาก 4 ประเทศ ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ เบลเยียม สเปน และรัฐโอเรกอนประเทศสหรัฐอเมริกามาทำการศึกษาดัวยบทกฎหมายเพื่อนำไปสู่การเปรียบเทียบกฎหมายจากทั้งสี่ฉบับเพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณารูปแบบกฎหมายการุณยฆาตที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย สวิตเซอร์แลนด์ไม่ได้มีกฎหมายการุณยฆาตโดยตรงมีเพียงประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 115 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ช่วยการฆ่าตัวตาย แต่มีรูปแบบการอนุญาตการดำเนินการที่ชัดเจนสามารถนำมาเปรียบเทียบกับกฎหมายทั้ง 4 ฉบับได้

1. ประเทศไทย

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีที่มาจากกรณีที่ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 ที่วางรูปแบบระบอบประชาธิปไตยให้เป็นแบบการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในเรื่องของระบบสุขภาพก็ถูกมองให้การดูแลประเด็นปัญหาเรื่องสุขภาพควรได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้อง ไม่ได้จำกัดไว้เฉพาะบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม³⁷ มีการบัญญัติเรื่องสิทธิหน้าที่ทางด้านสุขภาพไว้ 8 มาตรา ดังนี้

³⁷ นิรมัย พิศแข มั่นจิต. กฎหมายว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการทางด้านสุขภาพ. หน้า 43

1. มาตรา 5 สิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และมีส่วนร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการจัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่มีผลดีต่อสุขภาพ

2. มาตรา 6 การสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของสตรี เด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ คนด้อยโอกาส และกลุ่มคนที่มีความจำเพาะด้านสุขภาพ

3. มาตรา 7 คุ้มครองสิทธิในข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพ การเปิดเผยข้อมูลทำได้เฉพาะกรณีได้รับความยินยอม

4. มาตรา 8 สิทธิในการได้รับข้อมูลด้านการรักษาที่เพียงพอต่อการตัดสินใจที่จะรับหรือไม่รับบริการด้านสาธารณสุข

5. มาตรา 9 สิทธิที่จะได้รับข้อมูลและให้การยินยอมเป็นหนังสือก่อนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองในงานวิจัย

6. มาตรา 10 สิทธิที่จะได้รับข้อมูลกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องต้องเปิดเผยข้อมูลและวิธีการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลให้โดยเร็ว โดยไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

7. มาตรา 11 สิทธิที่จะร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

8. มาตรา 12 การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่รับการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดความตายในวาระสุดท้ายของชีวิต และการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต

ทั้ง 8 มาตรา³⁸ถือเป็นการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ครอบคลุมตั้งแต่ในครรภ์มารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มาตราที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องสิทธิการตายคือมาตรา 12 ที่ได้บัญญัติว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้ผลจากความรับผิดชอบที่พ้นไป”

ตามมาตรา 12 ถ้อยคำ “วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่าถึงอาการที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยระยะท้ายที่เกิดจากโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้หรือฟื้นคืนสภาพเดิมได้

³⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 5 -12

และคาดหมายว่าจะเสียชีวิตในไม่ช้า³⁹ หนังสือแสดงเจตนา (Living will) เป็นเอกสารที่บุคคลทำขึ้น เพื่อแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายที่กำหนดให้มีการดำเนินการตามวรรคสองของมาตรา 12 โดยให้ประกาศเป็นกฎกระทรวง

มาตรา 12 ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่นำไปสู่การออก “กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553” ทำให้เกิดประเด็นในสังคมและในวงการแพทย์ที่มีการตีความไปในทิศทางว่าเป็นการทำการุณยฆาตโดยการงดเว้นหน้าที่ของแพทย์ที่จกต้องกระทำเพื่อรักษาคนไข้ ได้มีคำวินิจฉัยศาลปกครองสูงสุดที่ 11/2558 ที่รับรองว่ากฎกระทรวงดังกล่าวไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายและศีลธรรมอันดีของประชาชนทั้งในด้านเนื้อหาและกระบวนการ ในส่วนเนื้อหากฎกระทรวงฉบับนี้ไม่ได้ให้สิทธิในการตายได้ทุกเมื่อ และยังเป็นการใช้สิทธิในเนื้อตัวร่างกายที่ได้รับการรับรองจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญที่มีการบังคับใช้ในขณะนั้น ในด้านกระบวนการกฎกระทรวงดังกล่าวได้รับการรับฟังความคิดเห็นมาอย่างครบถ้วนตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

2. ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์

กฎหมายการทำการุณยฆาตของประเทศเนเธอร์แลนด์ (Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide) ซึ่งเริ่มมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2545 ก่อนมีการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ได้มีการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา (Wetboek van Strafrecht) และพระราชบัญญัติการฝังศพและฌาปนกิจสงเคราะห์ (Wet op de lijkbezorging)

ในประมวลกฎหมายอาญามีการแก้ไขสองมาตราคือ มาตรา 293 และ 294 ดังนี้

1. มาตรา 293 มีการเปลี่ยนแปลงเป็น วรรคหนึ่ง “บุคคลใดช่วยให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามคำร้องขอของบุคคลนั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 12 ปี” วรรคสอง “การกระทำที่อ้างถึงในวรรคแรกจะไม่เป็นความผิด หากกระทำโดยแพทย์ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการยุติชีวิตด้วยการร้องขอและการช่วยฆ่าตัวตาย และให้มีการแจ้งแพทย์ประจำท้องถิ่นเกี่ยวกับการกระทำนี้ตามบทบัญญัติในพระราชบัญญัติการฝังศพและการฌาปนกิจ”

2. มาตรา 294 วรรคหนึ่ง “บุคคลใดเจตนายุยงให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย ถ้าการฆ่าตัวตายได้เกิดขึ้นตามความยุยงผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี” วรรคสอง “ภายใต้บังคับมาตรา 293 วรรคสอง

³⁹ ประกาศคณะกรรมการหลักสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563. หน้า 10

ผู้ใดเจตนาช่วยผู้อื่นให้ฆ่าตัวตายหรือจัดหาวิธีการให้ฆ่าตัวตาย ถ้ามีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี”

พระราชบัญญัติการฝังศพและฌาปนกิจสงเคราะห์มีการแก้ไขกฎหมายในการออกหนังสือรับรองการตายที่เกิดขึ้นตามพระราชบัญญัติการยุติชีวิตด้วยการร้องขอ และการช่วยฆ่าตัวตายให้ออกและลงความเห็นโดยผู้ชันสูตรพลิกศพ ถ้าผู้ชันสูตรไม่สามารถสรุปความเห็นได้ให้แจ้งต่อแพทย์ในท้องถิ่นสรุปความเห็น ถ้าแพทย์ในท้องถิ่นไม่สามารถให้ความเห็นได้ต้องแจ้งต่ออัยการท้องที่เพื่อให้มีการประชุมคณะกรรมการระดับท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติการยุติชีวิตด้วยการร้องขอ และการช่วยฆ่าตัวตายมีการพิจารณาโดยทันที

กฎหมายฉบับนี้ตราขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงยุติธรรมและกระทรวงสาธารณสุข โดยกฎหมายแบ่งเป็น 5 หมวด 24 มาตรา ผู้วิจัยได้สรุปแนวทางสำคัญของพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้ดังนี้

1. หมวดที่ 1 คำจำกัดความศัพท์ มี 1 มาตรา มีการให้คำจำกัดความศัพท์ 7 คำดังนี้

1.1 รัฐมนตรี (Our Ministers) หมายถึง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

1.2 การช่วยการฆ่าตัวตาย (Assisted suicide) หมายถึงการจงใจช่วยเหลือผู้อื่นให้ฆ่าตัวตาย หรือจัดหาวิธีการฆ่าตัวตายตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 294 วรรคสองของประมวลกฎหมายอาญา

1.3 แพทย์ (physician) หมายถึง แพทย์ผู้ทำหน้าที่รับคำร้องขอยุติชีวิตตามคำขอหรือให้การช่วยเหลือการฆ่าตัวตาย

1.4 ที่ปรึกษา (consultant) หมายถึง แพทย์ผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษากับแพทย์ที่รับคำร้องขอที่จะยุติชีวิตตามคำขอหรือเพื่อช่วยในการฆ่าตัวตาย

1.5 ผู้ให้การดูแล (the providers of care) คำจำกัดความมาจากประมวลกฎหมายอาญามาตรา 446 (ผู้ให้การดูแล คือบุคคลที่เข้ารับการฝึกฝนเรียนรู้ความรู้ทางการแพทย์ หรือธุรกิจทางการแพทย์)⁴⁰

1.6 คณะกรรมการ (the committee) หมายถึง คณะกรรมการระดับภูมิภาค

1.7 ผู้ตรวจราชการเขต (the regional inspector) หมายถึง ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

⁴⁰ Free online translation in English of the Dutch Civil Code Book 7. สืบค้นจาก

2. หมวดที่ 2 ข้อกำหนดที่เข้าข่ายการดูแล

2.1 อ้างอิงจากประมวลกฎหมายอาญามาตรา 293 แพทย์มีหน้าที่ต้องพิจารณาสิ่งต่อไปนี้ แพทย์ต้องเชื่อมั่นว่าคำขอของผู้ป่วยเป็นไปโดยสมัครใจ และพบว่าความทุกข์ทรมานที่เกิดกับผู้ป่วยนั้นมีระยะเวลายาวนานพอสมควรและผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการแจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการความเจ็บป่วยของตนและโอกาสในการดูแลรักษา แพทย์ที่ดูแลพิจารณาแล้วไม่มีทางเลือกอื่น ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยรายนี้ คำขอของผู้ป่วยต้องได้รับการพิจารณาจากแพทย์ท่านอื่นอย่างน้อยหนึ่งคนที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้ลงความเห็นว่ามีเหมาะสมในการ ยุติชีวิตหรือควรได้รับการช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย

2.2 กรณีผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถแสดงเจตจำนงได้ แต่ถ้ามองหน้าผู้ป่วยรายนั้นมีการแสดงเจตจำนงขอยุติชีวิตเป็นลายลักษณ์อักษรมาก่อน ห้ามไม่ให้แพทย์ปฏิเสธคำขอนั้นให้นำข้อความในหัวข้อ 2.1 มาบังคับใช้โดยอนุโลม

2.3 หากผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 16 ถึง 18 ปี แม้ว่าจะรับรู้และเข้าใจกระบวนการการที่จะยุติชีวิต หรือช่วยฆ่าตัวตายได้ด้วยตนเองยังต้องขอความเห็นจากผู้ปกครอง หรือผู้ที่ใช้อำนาจปกครองมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ

2.4 หากผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 12 ถึง 16 ปี แม้ว่าจะรับรู้และเข้าใจกระบวนการการที่จะยุติชีวิตหรือช่วยฆ่าตัวตายได้ด้วยตนเอง ยังต้องขอความเห็นจากผู้ปกครอง หรือผู้ที่ใช้อำนาจปกครองมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ นำข้อความในหัวข้อ 2.1 มาบังคับใช้โดยอนุโลม

3 หมวดที่ 3 เป็นการกำหนดที่มาของบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการที่ทำหน้าที่ทบทวนกระบวนการยุติชีวิต และการช่วยฆ่าตัวตาย ตั้งแต่มาตรา 3 ถึงมาตรา 19 เนื้อความในกฎหมายสรุปได้ดังนี้

3.1 มีคณะกรรมการระดับภูมิภาคเพื่อพิจารณาและประเมินผลการยุติชีวิตตามคำร้องขอ และการช่วยให้ฆ่าตัวตาย คณะกรรมการประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายเป็นประธานกรรมการและมีแพทย์เป็นกรรมการและมีผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรม และกำหนดให้เลขานุการเป็นนักกฎหมาย จำนวนกรรมการไม่ถูกกำหนดตายตัวขึ้นกับแต่ละพื้นที่ให้คณะกรรมการทั้งหมดที่คัดเลือกมาได้รับการแต่งตั้งโดยรัฐมนตรีทั้งจากกระทรวงยุติธรรมและกระทรวงสาธารณสุข และยังให้รัฐมนตรีมีอำนาจในการถอดถอนประธานและกรรมการได้ โดยมีเหตุผลในการถอดถอนจากเรื่องความไม่เหมาะสมไร้ความสามารถ ความไม่เป็นกลาง หรือด้วยเหตุผลสำคัญอื่นๆ

3.2 บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ เน้นไปที่การกำกับดูแลการทำงานของแพทย์ที่ยุติชีวิตตามคำขอหรือช่วยในการฆ่าตัวตาย ว่าปฏิบัติตามข้อกำหนดอย่างถูกต้องและเป็นกลาง มีอำนาจเรียกให้แพทย์ทำรายงานเพิ่มเติมเป็นวาจา หรือเป็นลายลักษณ์อักษรกรณีที่เกิดข้อสงสัยในการยุติชีวิต

โดยแพทย์ต้องทำรายงานดังกล่าวให้กับคณะกรรมการภายในหกสัปดาห์ หรือสอบถามผู้ชั้นสูตรพลิกศพในกรณีจำเป็นสำหรับนำข้อมูลมาใช้ในการประเมินการกระทำของแพทย์

3.3 ถ้าคณะกรรมการพบความผิดปกติจากการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ คณะกรรมการต้องรายงานข้อมูลดังกล่าวให้กับอัยการในพื้นที่ และผู้ตรวจราชการของเขตนั้นรับทราบข้อมูลภายในหกสัปดาห์ รวมถึงต้องแจ้งให้แพทย์ที่เกี่ยวข้องทราบภายในเวลาเดียวกันด้วย และคณะกรรมการมีหน้าที่ต้องแจ้งข้อมูลข้อเท็จจริงทั้งหมดให้กับอัยการในพื้นที่รับทราบ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการประเมินการกระทำของแพทย์และเพื่อประโยชน์ในการสอบสวนคดีอาญา

3.4 คณะกรรมการต้องจัดให้มีการลงทะเบียนจัดทำสถิติการยุติชีวิตหรือการช่วยการฆ่าตัวตาย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการประเมินโดยให้มีการประชุมของคณะกรรมการอย่างน้อยปีละสองครั้ง และเมื่อมีความเห็นของคณะกรรมการเสียงข้างมากให้มีการปรับปรุงกฎเกณฑ์ต่างๆ ให้ประกาศโดยกฎกระทรวงภายใต้ความเห็นชอบของรัฐมนตรี

3.5 สมาชิกของคณะกรรมการทั้งหมดมีหน้าที่ต้องรักษาความลับที่ตนเองได้ล่วงรู้มาจากการปฏิบัติหน้าที่ ห้ามมิให้เปิดเผยเว้นแต่มีข้อบังคับทางกฎหมายที่ให้เปิดเผยข้อมูล การทำหน้าที่ของคณะกรรมการอาจถูกโต้แย้งได้ถ้ามีข้อสงสัยเรื่องความเป็นกลางของคณะกรรมการ รวมถึงควรหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของแพทย์ที่ทำหน้าที่ยุติชีวิต

3.6 ภายในวันที่ 1 เมษายน ของทุกปีคณะกรรมการต้องจัดทำรายงานประจำปีเสนอต่อรัฐมนตรีที่รับผิดชอบ รายงานประกอบด้วยสถิติของการทำการุณยฆาต จำนวน เขตอำนาจศาล และภูมิลำเนาของผู้รับการทำารุณยฆาต ในรายงานต้องมีความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบวิธีการและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมา

4. หมวดที่ 4 เป็นหมวดที่กำหนดให้มีการแก้ไขกฎหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการการุณยฆาต โดยมีกฎหมายที่ต้องได้รับการแก้ไขเพิ่มคือประมวลกฎหมายอาญา และพระราชบัญญัติการฆาตปนกิจสงเคราะห์ โดยเนื้อหาในส่วนนี้ได้มีการกล่าวถึงในช่วงต้นแล้ว

5. หมวดที่ 5 ใช้ชื่อว่า “บทบัญญัติสุดท้าย” มีการกำหนดให้พระราชบัญญัติฉบับนี้มีชื่อว่า “พระราชบัญญัติการยุติชีวิตตามคำขอและการช่วยการฆ่าตัวตาย” ให้พระราชบัญญัติมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ประกาศในพระราชกฤษฎีกาให้หน่วยงานองค์กรและผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้

3. ราชอาณาจักรเบลเยียม

ในประเทศเบลเยียมได้มีการประกาศใช้กฎหมายการุณยฆาตในวันที่ 28 พฤษภาคม 2002 ภายใต้ชื่อกฎหมาย The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002 กฎหมายบัญญัติขึ้นภายใต้ข้อกำหนดในรัฐธรรมนูญเบลเยียม และเป็นกฎหมายที่ได้ร่างขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ให้บุคคลอื่นสามารถทำการยุติชีวิตตามคำขอในหนังสือร้องขอได้เป็นข้อกำหนดส่วนตัวของกฎหมายฉบับนี้มีชื่อ กำหนดด้านอื่นๆในกฎหมายการุณยฆาตของประเทศเบลเยียมพอสรุปได้ดังนี้

1. หมวดที่ 2 ข้อกำหนด และวิธีการต่างๆตามกฎหมายฉบับนี้เป็นการกำหนดเงื่อนไขในการทำการุณยฆาต ในหมวดนี้มีข้อกำหนดห้าข้อ

1.1 แพทย์ผู้ทำการุณยฆาตจะได้รับยกเว้นความผิดทางอาญาถ้าปฏิบัติตามข้อกำหนด

1) ผู้ทำคำขอที่บรรลุนิติภาวะแล้ว หรือเป็นผู้เยาว์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะแต่มีความประสงค์จะต้องเป็นบุคคลที่มีความสามารถทางกฎหมายและมีสติสัมปชัญญะขณะทำการร้องขอ

2) คำร้องขอต้องเกิดขึ้นโดยความสมัครใจ ต้องผ่านการพิจารณาเป็นอย่างดี มีการยืนยันคำร้องขอซ้ำอีกครั้ง และไม่ได้เกิดจากปัจจัยภายนอกอย่างอื่น

3) ภาวะเจ็บป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ

1.2 ก่อนมีการทำการุณยฆาตแพทย์จะต้องดำเนินการดังนี้

1) ต้องมีการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยถึงการดำเนินโรคและคาดการณ์ระยะเวลาที่เหลือในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย หรือเกี่ยวกับคำขอเพื่อทำการุณยฆาตให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคอง และแพทย์ต้องมีความเชื่อมั่นว่าคำขอของผู้ป่วยเป็นไปด้วยความสมัครใจ

2) ให้เกิดความมั่นใจในเรื่องความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย แพทย์จะต้องมีการติดตามความเปลี่ยนแปลงอาการต่างๆของผู้ป่วย

3) ต้องมีแพทย์ที่ปรึกษาเข้ามามีส่วนร่วมประเมินผู้ป่วยว่าอยู่ในสภาพที่ทุกข์ทรมานและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องมีการทบทวนเวชระเบียน ตรวจประเมินผู้ป่วยซ้ำ และออกเอกสารแสดงความเห็นเกี่ยวกับผู้ป่วยรายนั้น แพทย์ที่ปรึกษาไม่ใช่แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ และต้องเป็นแพทย์ที่มีศักยภาพในการออกความเห็นในประเด็นที่ถูกร้องขอมา และแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยรายนั้นต้องแจ้งผลการประเมินให้กับผู้ป่วยทราบ

4) ถ้ามีทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำต้องมีการปรึกษากับทีมพยาบาลที่ดูแลถึงความต้องการของผู้ป่วย

5) ถ้าผู้ป่วยต้องการปรึกษาญาติ ต้องจัดให้ตามคำร้องขอ

6) ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่นที่ผู้ป่วยร้องขอได้

1.3 ถ้าแพทย์ผู้ดูแลผู้มีความมั่นใจว่าผู้ป่วยยังไม่เสียชีวิตในระยะเวลาอันเร็วนี้ให้ดำเนินการดังนี้

1) ต้องมีการปรึกษาแพทย์คนที่สองซึ่งอาจเป็นจิตแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคนอื่นที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นประจำ โดยแพทย์ผู้ดูแลแจ้งเหตุผลที่ขอคำปรึกษา แพทย์ที่ปรึกษาทบทวนเวชระเบียนประเมินผู้ป่วยและให้ความเห็น ทำรายงาน กรณีแพทย์ที่ปรึกษาให้ความเห็นว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคที่ทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ให้แสดงความเห็นในรายงานและให้แพทย์ผู้ดูแลนำความเห็นที่ได้ไปแจ้งกับผู้ป่วย

2) รอระยะเวลาอย่างน้อยหนึ่งเดือน นับจากวันที่ผู้ป่วยยื่นคำร้องขอทำการรณฆฆตามกฎหมายฉบับนี้

1.4 คำขอต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษรลงวันที่และลายมือชื่อของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเองให้ทำหนังสือโดยบุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมาย บุคคลดังกล่าวต้องบรรลุนิติภาวะ และต้องไม่มีส่วนได้เสียในการเสียชีวิตของผู้ป่วย บุคคลนี้จะต้องระบุสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำหนังสือได้ด้วยตนเอง หนังสือต้องทำต่อหน้าแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย และเก็บสำเนาไว้ในเวชระเบียน ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนคำขอของตนเองได้ตลอดเวลา ต้องนำเอกสารดังกล่าวออกจากเวชระเบียนและมอบคืนเอกสารให้กับผู้ป่วย

1.5 คำขอทั้งหมดที่ได้ทำขึ้นโดยผู้ป่วยตลอดจนการดำเนินการใดๆ ของแพทย์ และผลการรักษารวมถึงรายงานของแพทย์ที่รับคำปรึกษาจะถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ

2. หมวดที่ 3 คำสั่งล่วงหน้า (The advance directive)

2.1 ในกรณีที่บุคคลไม่สามารถแสดงเจตจำนงได้ด้วยตนเอง ให้บุคคลอื่นที่มีความเกี่ยวข้องและบรรลุนิติภาวะแล้วสามารถทำคำสั่งล่วงหน้าเพื่อนำไปสู่การทำการรณฆฆได้ ถ้าได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ตามเหตุผลดังนี้

- ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
- ผู้ป่วยอยู่ในภาวะไม่รู้สติ
- ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ตามเทคโนโลยีทางการแพทย์ ณ เวลานั้น

แพทย์ ณ เวลานั้น

ในคำสั่งล่วงหน้าผู้ป่วยอาจจะระบุให้บุคคลคนหนึ่งหรือหลายคนที่ตนเองไว้ใจทำหน้าที่ในการตัดสินใจโดยให้ระบุชื่อลงไป ในคำสั่งล่วงหน้าแล้วแจ้งให้แพทย์ทราบ แพทย์ที่ปรึกษา และทีมพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยต้องไม่ปรากฏชื่อเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยไว้ใจ

หนังสือคำสั่งล่วงหน้าอาจร่างได้ทุกช่วงเวลา ต้องมีพยานสองคนหนึ่งในสองคนนั้น ต้องไม่เป็นบุคคลที่มีส่วนได้เสียกับความตายของผู้ป่วย ผู้ร่างต้องลงวันที่และลายมือชื่อ พยานอาจเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจก็ได้

บุคคลที่ต้องการทำคำสั่งล่วงหน้าไม่สามารถเขียนและลงนามในคำสั่งได้อาจกำหนดให้บุคคลอื่นที่บรรลุนิติภาวะ และไม่มีส่วนได้เสียในการเสียชีวิตของผู้ป่วยเป็นผู้ร่างคำขอเป็นลายลักษณ์อักษรต่อหน้าพยานสองคนโดยพยานจะต้องบรรลุนิติภาวะแล้ว และอย่างน้อยหนึ่งคนไม่มีส่วนได้เสียกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย หนังสือคำสั่งล่วงหน้าจะต้องลงวันที่ ลายมือชื่อของผู้ร่าง ลายมือชื่อของพยาน และบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจถ้ามี

ต้องมีใบรับรองแพทย์แนบไปกับหนังสือคำสั่งล่วงหน้าเพื่อให้ยืนยันว่าผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตจำนงได้ด้วยตัวเองหนังสือแสดงคำสั่งล่วงหน้ามีอายุไม่เกินห้าปีนับจากวันที่บุคคลนั้นสูญเสียความสามารถที่จะแสดงเจตนาได้ด้วยตนเอง

หนังสือคำสั่งล่วงหน้าอาจแก้ไขและเพิกถอนได้เสมอ

พระมหากษัตริย์ทรงกำหนดวิธีการร่างหนังสือคำสั่งล่วงหน้า การขึ้นทะเบียนการยืนยันการเพิกถอนและวิธีการสื่อสารข้อมูลไปยังแพทย์ที่เกี่ยวข้องผ่านทางระบบทะเบียนราษฎร

2.2 ให้แพทย์ผู้ทำหน้าที่ทำการรณุญาตตามหนังสือคำสั่งล่วงหน้าได้รับการยกเว้นความผิดทางอาญาเมื่อเขามั่นใจว่า

- ผู้ป่วยรับทุกขัณฑ์รณุญาตจากความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ที่เกิดจากความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ

- ผู้ป่วยอยู่ในภาวะไร้สติ

- ภาวะนี้แก้ไขไม่ได้ด้วยความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบัน และเมื่อแพทย์ได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีการที่กำหนดไว้ในกฎหมายฉบับนี้

3. หมวดที่ 4 ระบบการแจ้งเตือน (Notification) แพทย์ผู้กระทำการรณุญาตจะต้องมีการบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มตามที่กำหนดโดยคณะกรรมการควบคุม และประเมินผลของรัฐบาลกลาง (The Federal Control and Evaluation Commission) รายงานฉบับดังกล่าวต้องทำขึ้นและส่งให้คณะกรรมการภายใน 4 วันหลังทำการรณุญาต

4. หมวดที่ 5 คณะกรรมการควบคุมและประเมินผลของรัฐบาลกลาง

4.1 เมื่อมีการประกาศใช้กฎหมายฉบับนี้ให้มีคำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมและประเมินผลของรัฐบาลกลาง ในที่นี้ให้เรียกชื่อว่า “คณะกรรมการ”

4.2 คณะกรรมการประกอบไปด้วยบุคคล 16 คน โดยแปดคนเป็นแพทย์ด้านอายุรกรรมสี่คน ในกลุ่มแพทย์เป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ มีผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายสี่คนมาจากมหาวิทยาลัย

ในเบลเยียมอีกสี่คนคัดเลือกจากตัวแทนผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้สมาชิกของคณะกรรมการต้องไม่ใช่ผู้ร่างกฎหมายฉบับนี้ ไม่ได้เป็นตัวแทนที่มาจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลส่วนท้องถิ่น

คณะกรรมการที่ได้รับการคัดเลือกจากทุกกลุ่มโดยดูจากความหลากหลายหลายทางด้านภาษาคณะกรรมการมีวาระสี่ปี สามารถต่ออายุได้ตามความเห็นชอบของรัฐสภา คณะกรรมการถูกถอดถอนได้ ถ้าไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และให้คัดเลือกคณะกรรมการที่มีรายชื่อในลำดับรองขึ้นมาทำหน้าที่แทนมติของคณะกรรมการจะกำหนดมีผลบังคับได้ต่อเมื่อมีองค์ประชุมไม่น้อยกว่าสองในสามของสมาชิกทั้งหมด

4.3 คณะกรรมการกำหนดกฎเกณฑ์การทำงานขึ้นมาใช้ตัวเอง

4.4 คณะกรรมการจัดทำรูปแบบการลงทะเบียนเมื่อมีการทำการุณยฆาต เอกสารประกอบไปด้วยสองส่วนในส่วนแรกจะต้องมีการบันทึกข้อมูลดังต่อไปนี้

- 1) ชื่อ และที่อยู่ของผู้ป่วย
- 2) ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขประกันภัยสุขภาพของแพทย์ผู้ดูแล
- 3) ชื่อที่อยู่และหมายเลขประกันภัยสุขภาพของแพทย์ผู้รับปรึกษาการทำการุณยฆาต
- 4) ชื่อ ที่อยู่ ตำแหน่งของบุคคลอื่นที่ได้รับการปรึกษาจากแพทย์ผู้ดูแล และบันทึกวันที่ให้คำปรึกษา

ที่ให้คำปรึกษา

5) ถ้ามีการทำหนังสือคำสั่งล่วงหน้า ให้ระบุรายชื่อบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ ข้อมูลในส่วนแรกเป็นความลับถูกส่งให้คณะกรรมการโดยแพทย์ผู้ดูแลข้อมูลนี้จะถูกนำมาใช้ประโยชน์เมื่อจำเป็นต้องมีการประเมินการทำการุณยฆาต

ข้อมูลในส่วนที่สองยังต้องถูกเก็บเป็นความลับด้วยเช่นกัน ข้อมูลในส่วนที่สองประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

- 1) อายุ เพศ วันเกิด และสถานที่เกิดของผู้ป่วย
- 2) วัน เวลา และสถานที่เสียชีวิต
- 3) ธรรมชาติของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน
- 4) ธรรมชาติของความทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถหายขาดได้
- 5) เหตุผลที่ความทุกข์ทรมานไม่สามารถบรรเทาเบาบางลงได้
- 6) องค์ประกอบที่ทำให้เชื่อมั่นได้ว่าการทำคำขอเป็นไปด้วยความสมัครใจผ่านการพิจารณาอย่างดีมีการซักถามซ้ำ และการตัดสินใจไม่ได้เกิดจากแรงกดดันภายนอก

พิจารณาอย่างดีมีการซักถามซ้ำ และการตัดสินใจไม่ได้เกิดจากแรงกดดันภายนอก

- 7) คาดได้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาอันใกล้
- 8) มีการร่างคำสั่งล่วงหน้าไว้หรือไม่
- 9) กระบวนการได้รับการปฏิบัติโดยแพทย์
- 10) ศักยภาพของแพทย์ที่ปรึกษา และข้อมูลคำปรึกษาที่ได้ให้ไว้

11) ศักยภาพของบุคคลอื่นที่แพทย์ได้ขอคำปรึกษา และวันที่ขอคำปรึกษา

12) วิธีการทำการรณยฆาต วิธีที่เลือก และชนิดของยาที่ใช้

4.5 คณะกรรมการนำข้อมูลครบถ้วนที่ได้รับจากแพทย์ผู้ดูแลมาวิเคราะห์ว่าการทำการรณยฆาตได้ปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในกฎหมายฉบับนี้

ในกรณีมีข้อสงสัยคณะกรรมการอาจมีมติเสียงส่วนใหญ่ให้มีการเปิดเผยรายชื่อที่อยู่ในข้อมูลส่วนแรกของแบบฟอร์มและอาจเรียกให้แพทย์ผู้ดูแลมาให้ข้อมูลจากเวชระเบียนที่มีการทำการรณยฆาต

คณะกรรมการต้องมีมติภายในสองเดือน

ถ้าคณะกรรมการมีมติมากกว่าสองในสามว่าได้มีการละเมิดกฎหมายฉบับนี้ ต้องส่งข้อมูลที่มีปัญหานี้ให้กับพนักงานอัยการในพื้นที่รับผิดชอบที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

ภายหลังที่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เสียชีวิต ถ้าพบว่ามิคณะกรรมการท่านใดมีข้อต้องสงสัยในความเป็นกลางหรือการมีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำการรณยฆาต คณะกรรมการคนนั้นจะต้องอธิบาย หรือถูกซักถามจากคณะกรรมการคนอื่นได้

4.6 เพื่อประโยชน์ต่อกระบวนการนิติบัญญัติคณะกรรมการจะต้องมีการจัดทำรายงานครั้งแรกภายในสองปีนับแต่กฎหมายฉบับนี้มีผลบังคับใช้ และให้มีการจัดทำรายงานเป็นประจำทุกสองปี

1) รายงานแบบประเมินของส่วนที่สองในหัวข้อก่อนหน้าที่มีการประมวลผลของข้อมูลจากแพทย์

2) รายงานที่มีการประมวลผลการดำเนินการตามกฎหมายฉบับนี้

3) หากจำเป็นอาจมีการให้ข้อมูลเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขกฎหมายฉบับนี้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดคณะกรรมการอาจขอข้อมูลจากองค์กรต่างๆได้ ข้อมูลที่ได้มานั้นต้องไม่มีการเปิดเผยแหล่งที่มาและรายชื่อของผู้ให้ข้อมูลโดยให้นำข้อมูลที่ได้มาใช้เพื่อประโยชน์ในการประเมินข้อมูลก่อนหน้า

คณะกรรมการให้ข้อมูลในเชิงสถิติหรือในเชิงเทคนิคที่ไม่ใช่ข้อมูลส่วนบุคคลกับสถานศึกษาเพื่อประโยชน์ในการวิจัยในกรณีที่มีการขอข้อมูลมา

4.7 งบประมาณค่าใช้จ่ายการดำเนินงานของคณะกรรมการ และบุคลากรต่างๆ ได้รับจากกระทรวงยุติธรรมและกระทรวงสาธารณสุข

บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติฉบับนี้ไม่ว่าในฐานะใดพึงต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ในเรื่องการรักษาความลับเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้มาจากการปฏิบัติหน้าที่ของตน และต้องอยู่ในบังคับของมาตรา 458 แห่งประมวลกฎหมายอาญา⁴¹

4.8 ภายในหกเดือนหลังมีการจัดทำรายงานฉบับแรก ให้รัฐสภาเปิดให้มีการอภิปรายผลของรายงานฉบับแรก เว้นแต่อยู่ในช่วงของการยุบสภา

5. หมวดที่ 6 ข้อกำหนดพิเศษ (Special Provisions)

5.1 คำขอและคำสั่งล่วงหน้าตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ไม่ได้อยู่ในภาคบังคับให้ต้องปฏิบัติตามต้องไม่มีแพทย์ที่ถูกบังคับให้ทำการุณยฆาต ไม่มีบุคคลใดต้องถูกบังคับให้ทำการุณยฆาต ถ้าแพทย์ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาไม่เห็นด้วยกับการทำการุณยฆาตต้องแจ้งให้ผู้ป่วย และบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจทราบถึงเหตุของการปฏิเสธ ถ้าเหตุผลในการปฏิเสธเป็นไปตามเหตุผลทางการแพทย์ ให้แพทย์บันทึกข้อมูลดังกล่าวไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยและให้แจ้งผลดังกล่าวกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย

5.2 บุคคลใดที่เสียชีวิตจากการทำการุณยฆาตที่เป็นไปตามข้อกำหนดในกฎหมายฉบับนี้ให้ถือว่าบุคคลนั้นเสียชีวิตโดยธรรมชาติ ข้อบังคับที่มีตามสัญญาประกันชีวิตให้บังคับได้

5.3 กฎหมายฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้ภายในสามเดือนหลังประกาศในราชกิจจานุเบกษา

4. มลรัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา

กฎหมายฉบับนี้มีชื่อว่า The Oregon Death with Dignity Act Oregon Revised Statutes ตราขึ้นในปี ค.ศ. 1994 มีเนื้อหาที่สรุปได้ดังนี้

1. หมวดที่ 1 บทบัญญัติทั่วไป (General Provisions)

1.1 คำจำกัดความศัพท์ (Definitions)

1) ผู้ใหญ่ (Adult) หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2) แพทย์ผู้ดูแล (Attending physician) แพทย์ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย

รวมถึงการดูแลในระยะสุดท้าย

⁴¹ Article 458 of the Belgian criminal code provides that "Doctors, surgeons, health officers, chemists, midwives and all other people that are, by state or by profession, depositaries of secrets they are entrusted with, and who will have revealed those secrets, will be sentenced to 8 days to 1 month of imprisonment.

3) มีความสามารถ (Capable) หมายถึง ในความเห็นของแพทย์ผู้ดูแล แพทย์ที่ปรึกษา จิตแพทย์ นักจิตวิทยาเห็นว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ สื่อสารกับบุคคลที่ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยผ่านวิธีการหรือท่าทางของผู้ป่วย

4) แพทย์ที่ปรึกษา (Consulting Physician) หมายถึง แพทย์คนอื่นที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็น

5) การให้คำปรึกษา (Counseling) หมายถึง การให้คำปรึกษาระหว่างจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาที่มีใบอนุญาตที่ออกโดยภาครัฐกับผู้ป่วยเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วย “มีความสามารถ” ในการตัดสินใจไม่ได้เกิดจากอาการทางจิต โรคทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจที่ไม่ถูกต้องได้

6) ผู้ให้บริการสาธารณสุข (Health care provider) หมายถึง บุคคลที่ได้รับใบอนุญาตหรือได้รับหนังสือรับรอง หรือได้รับมอบหมายโดยภาครัฐให้ดูแลด้านสุขภาพหรือจ่ายยา ทำภายใต้การดำเนินธุรกิจหรือทำตามกิจการของสถานพยาบาล

7) ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ (Informed decision) หมายถึง การรับรู้ตัดสินใจของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่ขอทำการยุติชีวิตเพื่อให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนจากแพทย์ผู้ดูแลอันประกอบด้วย

7.1) การวินิจฉัยโรค

7.2) การพยากรณ์โรค

7.3) ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการได้รับยา

7.4) ผลที่อาจจะเกิดขึ้นจากยาที่จะได้รับ

7.5) ทางเลือกทางอื่นที่มี รวมถึงการดูแลให้มีความสุขสบาย การดูแลในที่พักผู้ป่วยระยะสุดท้ายรวมถึงการควบคุมความปวด

8) การยืนยันทางการแพทย์ (Medically confirmed) หมายถึงการที่แพทย์ผู้ดูแลได้ได้รับคำตอบที่เป็นการยืนยันหลังจากที่แพทย์ที่ปรึกษาได้ประเมินผู้ป่วยและเวชระเบียนแล้ว

9) ผู้ป่วย (Patient) หมายถึง บุคคลที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์

10) แพทย์ (Physician) หมายถึง แพทย์ที่ผ่านการรับรองและมีใบอนุญาตจากรัฐโอเรกอน

11) ผู้ป่วยที่ผ่านการรับรอง (Qualified patient) บุคคลที่มีความสามารถตามกฎหมายโดยได้อาศัยอยู่ในรัฐโอเรกอน และเป็นผู้มีความประสงค์จะขอใบรับรองแพทย์เพื่อการสั่งยาที่ใช้ในการยุติชีวิตเพื่อให้ตนเองได้เสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

12) โรคระยะสุดท้าย (Terminal Disease) หมายถึง โรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการพยากรณ์โรคพบว่าผู้ป่วยน่าจะมีชีวิตอยู่ไม่เกินหกเดือนนับแต่วันที่วินิจฉัย

2. หมวดที่ 2 คำขอเป็นหนังสือเพื่อการได้รับยาเพื่อยุติชีวิต

2.1) บุคคลที่สามารถทำคำขอเพื่อให้ได้สิทธิที่จะรับยา

1) บุคคลที่มีความสามารถและต้องเป็นผู้พักอาศัยในรัฐโอเรกอนซึ่งได้มีความคิดเห็นจากแพทย์ผู้ดูแลและแพทย์ที่ปรึกษาว่าได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายด้วยความสมัครใจเขาสามารถแสดงความประสงค์ที่จะตายโดยเขียนคำร้องขอ เพื่อให้ได้รับยามาเพื่อการยุติชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ภายใต้ข้อบังคับของกฎหมาย

2) ไม่ควรมีใครถูกปฏิเสธคำขอเพียงเพราะอายุ หรือการไร้ความสามารถ

2.2) รูปแบบของหนังสือคำขอ (Form of the written request)

1) รูปแบบคำขอมีในส่วนตัวท้ายของกฎหมายฉบับนี้ ผู้ป่วยลงชื่อและวันที่ทำคำขอ โดยต้องมีพยานลงชื่อสองคนต่อหน้าผู้ป่วย พยานต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยทำภายใต้สภาวะที่ตนเองมีความสามารถ โดยสมัครใจ ไม่ได้ถูกบังคับให้ลงชื่อ

2) หนึ่งในพยานต้องไม่มีคุณสมบัติดังนี้

- เป็นญาติทางสายโลหิต ทางการแต่งงานหรือเป็นบุตรบุญธรรม
- มีส่วนได้เสียในทรัพย์สินสมบัติ เป็นผู้มั่งมีสิทธิในทางพินัยกรรมหรือทางกฎหมาย

ที่จะได้รับสมบัติ

- เจ้าของ ผู้ประกอบการ หรือลูกจ้างของสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้รักษา

3) แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีสิทธิลงชื่อในฐานะพยาน

4) ถ้าขณะทำคำร้องขอผู้ป่วยอยู่ภายใต้การดูแลรักษาของสถานพยาบาลระยะยาว(Long term care facility) หนึ่งในพยานควรเป็นคนในสถานพยาบาลนั้น

3. หมวดที่ 3 การป้องกัน (Safeguards)

3.1) ความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ดูแล (Attending physician responsibilities)

1) แพทย์ผู้ดูแลจะต้อง

- พิจารณาในเบื้องต้นว่าผู้ทำคำขอเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายเป็นบุคคลมีความสามารถกระทำคำขอด้วยความสมัครใจ

- ขอให้ผู้ป่วยแสดงถิ่นที่อยู่ในรัฐโอเรกอน

- เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยรับรู้ แพทย์ผู้ดูแลจะต้องแจ้งข้อมูล ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค ปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการได้รับยา ผลที่อาจจะเกิดขึ้นจากการได้รับยาที่ร้องขอ ทางเลือกอื่นๆ เช่น การดูแลให้เกิดความสุขสบาย การรับไว้ในสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) การควบคุมอาการปวด (Pain control)

- ส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ยืนยันการวินิจฉัยโรค เพื่อให้เสนอความเห็นว่าคุณผู้ป่วยมีความสามารถในการแสดงเจตนาและการแสดงเจตนาเป็นไปด้วยความสมัครใจ

- ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบผู้ให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยเข้าข่ายทำการรณุญาตได้
- แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งให้ญาติทราบ
- ให้คำแนะนำผู้ป่วยในขณะที่ได้บริหารยาให้มีบุคคลอื่นอยู่ร่วมด้วย และควรจัดการบริหารยาในที่ชุมชน

- แจ้งผู้ป่วยว่าเขาสามารถยกเลิกคำขอได้ตลอดเวลา และเมื่อผู้ป่วยทำคำขอครั้งที่สองแพทย์ต้องเสนอข้อความที่ให้ผู้ป่วยยกเลิกคำขอได้
- ตรวจสอบทุกอย่างก่อนออกใบสั่งยาเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้ตัดสินใจอย่างรอบคอบ

- บันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในเวชระเบียนตามระเบียบให้ครบถ้วน
- ตรวจสอบทุกอย่างให้แน่ใจว่าได้ดำเนินการตามขั้นตอนของกฎหมายอย่างครบถ้วน ก่อนที่จะเขียนใบสั่งยาให้ผู้ป่วยเพื่อจบชีวิตตนเองอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- การจ่ายยาให้รวมถึงการให้ยาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความผ่อนคลายแพทย์ผู้ออกใบสั่งยาจะต้องเป็นแพทย์อายุรกรรมที่มีใบอนุญาต รวมถึงต้องมีใบอนุญาตในการจ่ายยากลุ่มนี้ตามข้อกำหนด

- ด้วยความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรของผู้ป่วย ให้มีการติดต่อกับเภสัชกรมีการยืนยันใบสั่งยา เภสัชกรจ่ายยาให้กับผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแล หรือบุคคลที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วย

2) แพทย์ที่เข้าร่วมอาจลงนามในใบมรณะบัตรของคนไข้

3.2) การยืนยันโดยแพทย์ที่ปรึกษา (Consulting physician confirmation) แพทย์ที่ปรึกษาต้องประเมินผู้ป่วยตรวจสอบเวชระเบียน และทำคำยืนยันเป็นหนังสือตามคำวินิจฉัยของแพทย์ผู้ดูแล โดยให้คำยืนยันว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการแสดงเจตนาเป็นไปโดยสมัครใจหลังจากให้คำยืนยัน

3.3) การส่งต่อเพื่อให้ได้คำปรึกษา (Counseling referral)

ในกรณีที่ความเห็นของแพทย์ผู้ดูแลหรือความเห็นของแพทย์ที่ปรึกษาเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหรือมีภาวะซึมเศร้า ควรมีการส่งผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับคำปรึกษาที่ชัดเจน การจะให้ยาเพื่อยุติชีวิตต้องมีความมั่นใจว่าไม่ได้เกิดจากอาการทางจิต ความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช หรือได้มีภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจที่ผิดพลาด

3.4) ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ (Informed decision)

บุคคลไม่ควรที่จะได้รับใบสั่งยาเพื่อรับยาที่ใช้ในการยุติชีวิต ถ้าไม่ได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจมาก่อนหน้า ก่อนที่จะเขียนใบสั่งยาแพทย์ผู้ดูแลต้องยืนยันก่อนว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลประกอบ การตัดสินใจมาก่อน

3.5) การแจ้งให้ครอบครัวรับทราบ (Family notification)

แพทย์ผู้ดูแลควรแนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งให้ญาติใกล้ชิดทราบเรื่องการตัดสินใจขอรับยา และในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการติดต่อญาติ หรือการที่ไม่สามารถติดต่อญาติได้ ไม่ให้ใช้เป็นข้อปฏิเสธการรับยาของผู้ป่วย

3.6) คำขอเป็นลายลักษณ์อักษร และคำขอปากเปล่า (Written and oral requests)

3.6.1) ในคำร้องขอรับยาเพื่อยุติชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้ทำคำร้องขอเป็นวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร และต้องมีการทำคำขอด้วยวาจาอีกครั้งในระยะเวลาที่ห่างจากคำขอครั้งแรกไม่น้อยกว่า 15 วัน

3.6.2) ในกรณีที่ข้อมูลทางการแพทย์คาดว่าผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตในเวลาไม่เกิน 15 วันผู้ป่วยอาจทำคำร้องขอครั้งที่สองกับแพทย์ผู้ดูแลในเวลาใดก็ได้

3.6.3) ไม่ว่าเวลาใดหลังการทำคำขอครั้งที่สอง แพทย์ผู้ดูแลต้องทำตามคำขอของผู้ป่วยได้ในกรณีที่ผู้ป่วยเปลี่ยนใจ

3.7) สิทธิในการยกเลิกคำขอ (Rights to rescind request)

ผู้ป่วยยกเลิกคำขอได้ตลอดเวลาโดยวิธีใดๆ ก็ได้ ไม่คำนึงถึงสภาวะจิตใจของผู้ป่วย ห้ามมิให้แพทย์ผู้ดูแลอภิบาลสั่งยาในกรณีที่ผู้ป่วยยกเลิกคำขอ

3.8) ระยะเวลารอคอย (Waiting periods)

ระยะเวลารอคอยใบสั่งยาอย่างน้อย 15 วัน ตาม 2.8.1 และอย่างน้อย 48 ชั่วโมงตาม 2.8.2 กรณีแพทย์ผู้ดูแลมั่นใจว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตก่อนระยะเวลารอคอยทั้งสอง อาจออกใบสั่งยาให้ ณ เวลาใดก็ได้

3.9) ข้อกำหนดการบันทึกเวชระเบียน (Medical record documentation requires)

ข้อมูลเหล่านี้จะต้องถูกบันทึกในเวชระเบียน

- 1) บันทึกคำขอทางวาจาโดยผู้ป่วยเพื่อยุติชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- 2) บันทึกคำขอเป็นลายลักษณ์อักษร
- 3) บันทึกของแพทย์ผู้ดูแลที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคมี่ การระบุถึงความสามารถของผู้ป่วยแสดงเจตนาโดยสมัครใจ บันทึกข้อมูลประกอบการตัดสินใจ
- 4) บันทึกของแพทย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคจะต้องมีการระบุถึงความสามารถของผู้ป่วยแสดงเจตนาโดยสมัครใจ บันทึกข้อมูลประกอบการตัดสินใจ
- 5) หากมีการให้คำปรึกษาต้องมีบันทึกการให้คำปรึกษา และผลการให้คำปรึกษา
- 6) หนังสือรับรองทางการแพทย์ที่ยืนยันว่าผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต
- 7) บันทึกของแพทย์ที่เกี่ยวกับการแจ้งให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจได้แม้หลังมีการทำคำขอเป็นวาจาในครั้งที่สอง

8) บันทึกของแพทย์ผู้ดูแลที่แสดงให้เห็นว่าคำขอเป็นไปตามขั้นตอนของกฎหมาย

3.10) ข้อกำหนดที่อยู่อาศัย (Residency requirement)

เฉพาะประชากรของโอเรกอนเท่านั้นจึงมีสิทธิทำคำขอยุติชีวิต ปัจจุบันที่บอกถึงความเป็นประชากรของโอเรกอน ได้แก่ การมีใบขับขี่ของรัฐในครอบครอง มีสิทธิเลือกตั้ง มีอสังหาริมทรัพย์ให้เช่า ชำระภาษีให้รัฐในปีภาษีที่ผ่านมา

3.11) ข้อกำหนดด้านการรายงาน (Reporting requirements)

ภาครัฐต้องให้มีการสุ่มตรวจสอบรายงานว่าได้มีการปฏิบัติตามขั้นตอนกฎหมาย บุคคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องต้องมีการส่งสำเนาใบสั่งยาไปให้ทางการเพื่อการตรวจสอบ

ภาครัฐต้องสร้างกฎเกณฑ์เพื่อการรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปตามกฎหมาย ข้อมูลที่รวบรวมเอาไว้ต้องเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยต่อสาธารณะชน

ภาครัฐมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายงานให้สาธารณะชนทราบในรูปแบบของข้อมูลในเชิงสถิติ

3.12) ผลกระทบต่อการทำพินัยกรรมสัญญาและข้อตกลงต่างๆ

ไม่ให้ข้อตกลงในสัญญาพินัยกรรมหรือการทำความตกลงใดๆ ไม่ว่าจะกลายเป็นลายลักษณ์อักษรหรือโดยวาจาให้มีผลกระทบต่อการที่บุคคลจะทำคำขอ หรือยกเลิกคำขอที่จะรับยาเพื่อยุติชีวิตให้กับตนเองได้ตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3.13) นโยบายเกี่ยวกับการประกันและการรับเงินรายปี (Insurance or annuity policies)

รูปแบบของการประกันชีวิต ประกันสุขภาพ ประกันอุบัติเหตุ กรมธรรม์เงินรายปี ไม่ควรมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการร้องขอยุติชีวิตเพื่อให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3.14) ที่มาของการสร้างกฎหมาย (Construction of Act)

การสร้างกฎหมายขึ้นมาไม่ได้ต้องการให้แพทย์ หรือบุคคลโดยยุติชีวิตผู้ป่วย โดยการฉีดยาให้เสียชีวิตการฆ่าด้วยความเมตตา การทำการุณยฆาตเชิงรุก การปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ไม่ถือว่าเป็นการทำฆาตกรรมหรือการช่วยการฆ่าตัวตาย

4. หมวดที่ 4 ความคุ้มกันและความรับผิด (Immunities and liabilities)

4.1) ภูมิคุ้มกัน (Immunities)

บุคคลไม่ต้องรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา หรือถูกลงโทษทางวิชาชีพสำหรับการมีส่วนร่วมปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ เมื่อการมีส่วนร่วมเป็นไปโดยสุจริต รวมถึงการมีส่วนร่วมในขั้นตอนที่ผู้ป่วยยินยอมเพื่อยุติชีวิตตนเอง

ห้ามมิให้องค์กรวิชาชีพหรือเครือข่ายผู้ดูแลสุขภาพ ดำเนิน ลงโทษ พักหรือระงับ ใบอนุญาต ตัดสิทธิพิเศษ เพิกถอนการเป็นสมาชิก หรือการลงโทษอื่นๆ ที่เกิดจากการไปมีส่วนร่วม หรือการปฏิเสธที่จะมีส่วนร่วมในปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้อย่างสุจริต

ผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพไม่ว่าจะปฏิบัติตามหน้าที่ สัญญา หรือโดยข้อตกลงใดๆ ที่ทำให้ต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการที่ผู้ป่วยจะได้รับยาเพื่อการยุติชีวิต ถ้าบุคลากรทำเช่นนั้นไม่มีความสมัครใจที่จะทำตามความต้องการของผู้ป่วยจะต้องทำการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปให้กับบุคลากรคนอื่น และย้งรวม ถึงจะต้องส่งสำเนาข้อมูลเวชระเบียนไปให้กับบุคลากรคนใหม่ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

ในสถานพยาบาลบางแต่ละแห่ง ผู้ให้บริการทางการแพทย์อาจมีนโยบายที่ไม่ต้องการให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ในสถานพยาบาลของตนเอง ขณะเดียวกันไม่ได้มีข้อความในกฎหมายฉบับนี้ที่บังคับให้บุคลากรทางการแพทย์จะต้องเข้าร่วมในการปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้

4.2) ความรับผิดชอบ (Liabilities)

บุคคลที่ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยจงใจเปลี่ยนแปลงปลอมแปลงใบคำขอเพื่อการรับยาหรือปกปิดทำลายคำขอยุติการรับยาทำให้มีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจะต้องรับผิดชอบในทางอาญา

บุคคลที่บับบังคับหรือใช้อำนาจกดดันผู้ป่วยเพื่อให้ทำคำร้องขอยาเพื่อยุติชีวิต หรือทำลายคำขอยุติการใ้ยาจะต้องรับผิดชอบทางอาญา

ไม่มีบทบัญญัติใดๆในกฎหมายฉบับนี้ที่จำกัดความรับผิดชอบค่าเสียหายในทางแพ่งอันเกิดจากเจตนาหรือความประมาทของบุคคลที่เกิดขึ้น

บทลงโทษในกฎหมายฉบับนี้จะไม่ได้เป็นการตัดบทลงโทษทางอาญาที่มีในกฎหมายฉบับอื่น กรณีมีการกระทำที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายฉบับนี้

หน่วยงานภาครัฐที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจากการที่บุคคลยุติชีวิตตามกฎหมายฉบับนี้ โดยการยุติชีวิตที่ได้ทำในที่สาธารณะ หน่วยงานของรัฐสามารถเรียกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากกองมรดกของผู้ตาย ค่าใช้จ่ายให้รวมถึงค่าทนายความที่ดำเนินการเรียกร้องด้วย

5. ราชอาณาจักรสเปน

กฎหมายฉบับนี้มีชื่อว่า The Organic Law Regulating Euthanasia ตราขึ้นในปี ค.ศ. 2021 แบ่งเป็น 5 หมวด 19 มาตรา มีบทเพิ่มเติมและบทเฉพาะกาล มีเนื้อหาที่สรุปได้ดังนี้

1. หมวดที่ 1 บททั่วไป (General provisions)

1.1) วัตถุประสงค์ (Object)

วัตถุประสงค์ของกฎหมายฉบับนี้เพื่อใช้ในการควบคุมการใช้สิทธิของบุคคลที่มีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะได้รับความช่วยเหลือให้เสียชีวิต กระบวนการนี้มีการควบคุม และการตรวจสอบที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ยังได้มีการกำหนดหน้าที่ของบุคลากรด้านสุขภาพที่จะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ข้อกำหนดขอบเขตของงาน กฎและเงื่อนไขที่จะให้แน่ใจได้ว่าการปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้เหมาะสม

1.2) ขอบเขตการใช้งาน (Scope of application)

กฎหมายฉบับนี้ใช้บังคับกับทั้งบุคคลธรรมดา และนิติบุคคล ภาครัฐ หรือภาคเอกชน ที่อยู่ในดินแดนของประเทศสเปน ในกรณีของนิติบุคคลจะต้องไปจดทะเบียนในประเทศสเปน ระบุที่ตั้งของสำนักงานการจัดการที่แสดงถึงการอยู่ในดินแดนของประเทศสเปน

1.3) คำจำกัดความ (Definitions)

- ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว (Informed consent) หมายถึง ความยินยอมที่เกิดขึ้นโดยอิสระ โดยสมัครใจ ภายใต้การรับรู้ของผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับข้อมูลอย่างเหมาะสม

- ภาวะร้ายแรง เรื้อรัง และสภาพที่เป็นไปไม่ได้ (Serious, chronic and impossible condition) หมายถึง สถานการณ์ที่บอกลถึงข้อจำกัดทางร่างกาย การใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ไม่สามารถปกป้องตนเองได้ มีผลทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจซึ่งเกิดอย่างต่อเนื่อง และไม่อาจทนทานได้สิ่งที่เกิดขึ้นไม่อาจรักษาให้ดีขึ้นได้ บางอย่างอาจทำให้ต้องดำรงชีวิตโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์เข้าช่วย

- แพทย์ผู้รับผิดชอบ (Responsible physician) หมายถึง แพทย์ผู้รับผิดชอบในการประสานงานข้อมูลของผู้ป่วย ข้อมูลทางสุขภาพและเป็นบุคคลเบื้องต้นที่ทราบข้อมูลต่างๆ ในกระบวนการรักษา

- แพทย์ที่ปรึกษา (Consultant physician) หมายถึง แพทย์ที่มีความรู้เชี่ยวชาญในโรคของผู้ป่วย และไม่ได้อยู่ในทีมแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยรายนั้น

- การปฏิเสธการรับรู้ทางสุขภาพ (Objection of health awareness) หมายถึง สิทธิในส่วนบุคคลของผู้ชำนาญการด้านสุขภาพที่เลือกไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดในกฎหมายฉบับนี้ซึ่งไม่เข้ากับความเชื่อของเขา

- การให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เสียชีวิต (Provision of aid to die) หมายถึง การกระทำที่เกิดขึ้นตามบทบัญญัติในกฎหมายนี้ให้กับบุคคลที่ประสงค์จะเสียชีวิต สามารถกระทำได้ในสองทาง ทางแรกคือการให้สารเคมีโดยบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ทางที่สองคือการสั่งยาหรือการให้ความช่วยเหลือด้านยา เพื่อให้ผู้ป่วยกินยาด้วยตัวเองเพื่อให้เสียชีวิต

2. หมวดที่ 2 สิทธิ ข้อกำหนด ของบุคคลที่จะขอรับความช่วยเหลือในการตาย (Right of individuals to apply for aid to die and requirements for their exercise)

2.1) เป็นที่ยอมรับว่าบุคคลมีสิทธิตามกฎหมายฉบับนี้เพื่อรับความช่วยเหลือในการเสียชีวิต การตัดสินใจที่ขอรับความช่วยเหลือในการเสียชีวิต ต้องเป็นการตัดสินใจอย่างอิสระบนพื้นฐานความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ได้รับจากบุคลากรด้านสุขภาพ ในประวัติการรักษา จะต้องมีการบันทึกว่ามีกรให้ข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจอย่างถูกต้อง

เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายฉบับนี้ รูปแบบ วิธีการและการสนับสนุนทั้งทางด้าน วัสดุและบุคลากรต้องเป็นไปตามมาตรฐานสากลที่เกี่ยวข้องกับการร้องขอเพื่อช่วยการฆ่าตัวตาย ผู้ร้องขอต้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอให้ความยินยอมหลังได้รับคำบอกกล่าว การตัดสินใจต้องเป็นไปอย่างอิสระไม่อยู่ภายใต้การถูกข่มขืนใจ ถูกแทรกแซง หรือใช้อิทธิพลที่ไม่เหมาะสม

ในกลุ่มคนที่ไร้ความสามารถไม่สามารถปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ได้ควรมีช่องทางที่เหมาะสม ให้พวกเขาสามารถใช้สิทธิตามกฎหมายฉบับนี้ได้

2.2) เงื่อนไขสำหรับการขอความช่วยเหลือที่จะตาย (Requirements for receiving the help to die)

- มีสัญชาติสเปน หรือพักอาศัยในประเทศสเปนนานมากกว่า 12 เดือน
- บรรลุนิติภาวะ มีสติสัมปชัญญะขณะทำคำขอ
- ต้องมีเอกสารทางการแพทย์แสดงถึงกระบวนการขั้นตอนต่างๆ ในขั้นตอนการรักษา รวมถึงกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง มีข้อมูลที่สรุปได้ว่าการดูแลแบบต้องพึ่งพิง
- มีคำขอสองครั้งเป็นลายลักษณ์อักษร หรือมีการบันทึกโดยวิธีอื่นและคำขอทั้งสองครั้งต้องมีระยะห่างอย่างน้อย 15 วัน ถ้าแพทย์ผู้รับผิดชอบพบผู้ป่วยมีระยะเวลาที่จะมีชีวิตอยู่สั้นกว่านั้นสามารถยอมรับคำขอครั้งที่สองด้วยเวลาที่สั้นกว่าได้ จะต้องมีการบันทึกอาการของผู้ป่วยขณะนั้นไว้ในประวัติทางการแพทย์
- มีการรับรองโดยแพทย์ผู้ดูแลแล้วว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรังที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้

- ให้ความยินยอมหลังได้รับคำบอกกล่าวเพื่อช่วยการตาย และคำยินยอมดังกล่าวต้องมีการบันทึกเอาไว้ในเวชระเบียน

- ในกรณีแพทย์ผู้รับผิดชอบพบว่าบุคคลใดสูญเสียความสามารถในการแสดงเจตนา แต่ก่อนหน้านั้นเขาได้ทำพินัยกรรมชีวิต (Living will) พินัยกรรมกำหนดล่วงหน้า (Advance wills) หรือเอกสารอื่นใดที่มีผลในทางกฎหมาย ในกรณีที่เอกสารดังกล่าวมีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหรือบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนไว้บุคคลนั้นสามารถติดต่อกับแพทย์ที่เป็นผู้รับผิดชอบให้ดำเนินการตามคำขอให้ช่วยการเสียชีวิตได้

- การประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะไร้ความสามารถให้แพทย์ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามคำแนะนำของสภาสุขภาพแห่งชาติ

2.3) ข้อกำหนดสำหรับการทำคำขอเพื่อรับความช่วยเหลือที่จะตาย (Requirements for requesting help to die)

- การทำคำขอจะต้องทำเป็นหนังสือที่มีการลงลายมือชื่อ และระบุวันที่ทำคำขอ หรืออาจใช้วิธีอื่นใดที่สามารถบันทึกการแสดงเจตนาของผู้ร้องขอได้ ถ้าในกรณีผู้ทำคำขอมีข้อจำกัดในเรื่องภาวะทางร่างกาย หรือภาวะทางสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ด้วยตนเอง อาจใช้วิธีการบันทึกด้วยวิธีการอื่น หรือให้บุคคลอื่นที่บรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะลงลายมือชื่อต่อหน้าผู้ทำคำขอและให้บุคคลนั้นจะต้องระบุสาเหตุที่ผู้ทำคำขอไม่สามารถลงนามได้ด้วยตนเอง

- เอกสารควรถูกส่งมอบต่อหน้าบุคลากรทางการแพทย์ ถ้าบุคคลนั้นไม่ใช่แพทย์ ผู้รับผิดชอบเอกสารดังกล่าวควรถูกส่งให้แพทย์ผู้รับผิดชอบเพื่อเก็บรวบรวมไว้ในเวชระเบียนของผู้ทำคำขอ

- ผู้ทำคำขออาจขอเพิกถอนคำขอ หรือขอเลื่อนระยะเวลาการทำคำขอที่จะตายออกไปก่อนเมื่อใดก็ได้ คำขอนั้นให้เก็บรวบรวมไว้ในเวชระเบียนของผู้ทำคำขอ

2.4) การปฏิเสธคำขอให้การช่วยเหลือที่จะตาย (Denial of the provision of help to die)

- การปฏิเสธที่จะให้ความช่วยเหลือเพื่อช่วยการตายให้ทำเป็นลายลักษณ์อักษรภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้รับผิดชอบรับผิดชอบ

- การปฏิเสธคำขอดังกล่าวจะต้องทำภายใน 10 วันนับจากวันทำคำขอครั้งแรก ผู้ทำคำขออุทธรณ์คำปฏิเสธกับคณะกรรมการภายในระยะเวลาไม่เกิน 15 วัน แพทย์ผู้รับผิดชอบจะต้องแจ้งสิทธิดังกล่าวให้กับผู้ทำคำขอ

- แพทย์ผู้รับผิดชอบที่ได้ปฏิเสธที่จะทำตามคำขอการช่วยเหลือที่จะตาย ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะได้อุทธรณ์ต่อคณะกรรมการหรือไม่แพทย์ผู้ปฏิเสธจะต้องแจ้งต่อผู้ป่วยภายในห้าวัน และทำเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรถึงเหตุผลของการปฏิเสธ

3. หมวดที่ 3 ขั้นตอนการช่วยเหลือการตาย (Procedure for making aid to die)

3.1) ขั้นตอนภายหลังการรับคำขอที่จะตาย

- เมื่อได้รับคำขอครั้งแรกแพทย์ผู้รับผิดชอบจะต้องดำเนินการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในเรื่องการวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาที่เป็นไปได้ ผลการรักษาที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลทั้งหมด โดยต้องทำภายในสองวันนับแต่รับคำขอและแพทย์ผู้รับผิดชอบจะต้องทำรายงานเป็นรายลักษณะอักษรภายในเวลาไม่เกินห้าวัน

- ภายหลังจากนั้นถ้าได้มีคำขอทั้งสองครั้งเกิดขึ้น ภายในเวลาสองวันแพทย์ผู้รับผิดชอบจะต้องมีการยืนยันข้อมูลกับผู้ป่วยอีกครั้ง มีการตอบข้อสงสัย หรือขยายความข้อมูลต่างๆ จากที่เคยได้ให้ไว้ในคำขอครั้งแรก

- ภายใน 24 ชั่วโมงหลังกระบวนการทำคำขอเสร็จสิ้น ผู้รับผิดชอบจะต้องยืนยันคำขอของผู้ป่วยว่าต้องการดำเนินการกระบวนการต่อหรือจะยุติกระบวนการ ในกรณีที่ผู้ป่วยประสงค์จะดำเนินการต่อแพทย์ผู้รับผิดชอบต้องแจ้งให้ทีมดูแล พยาบาลวิชาชีพ หรือญาติที่มีการระบุตัวให้รับทราบถึงการตัดสินใจโดยต้องมีการลงลายมือชื่อของผู้ป่วยในคำยินยอมหลังการบอกกล่าว

- แพทย์ผู้รับผิดชอบจะต้องปรึกษาแพทย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เห็นประเมินความเหมาะสมโดยต้องให้คำตอบเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 10 วันทำการ โดยความเห็นดังกล่าวต้องรวบรวมไว้ในประวัติของผู้ป่วย ต้องแจ้งความเห็นให้กับผู้ป่วยทราบใน 24 ชั่วโมง

3.2) การตรวจสอบโดยคณะกรรมการรับรองและประเมินผลการทำการุณยฆาต (Prior verification by the Guarantee and Evaluation Commission)

- เมื่อคณะกรรมการรับรองได้รับคำขอ ให้ประธานคณะกรรมการจัดให้มีการประเมินโดยคณะกรรมการสองฝ่ายคือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และนักกฎหมายเพื่อมาประเมินคำขอเพื่อการยุติชีวิตว่าเป็นไปในรูปแบบที่ถูกต้องเหมาะสมตามสิทธิ การประเมินต้องทำภายในสองวัน

- เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปอย่างเหมาะสมถูกต้อง สมาชิกทั้งสองฝ่ายมีสิทธิเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์และสิทธิที่จะสัมภาษณ์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทีมดูแลรักษา ตลอดจนผู้ทำคำขอได้

- ภายในเวลาไม่เกินเจ็ดวันคณะกรรมการจากทั้งสองฝ่ายจะต้องมีมติตามคำขอ ถ้ากรรมการทั้งสองฝ่ายมีมติว่าคำขอเหมาะสมให้ทำรายงานเพื่อการดำเนินการต่อไป ถ้าคณะกรรมการทั้งสองฝ่ายมีมติว่าคำขอไม่เหมาะสม หรือความเห็นทั้งสองฝ่ายไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ต้องโอนการตัดสินใจให้คณะกรรมการรับรองและประเมินผลชุดใหญ่เพื่อให้มีมติขั้นสุดท้าย

- มติขั้นสุดท้ายลงนามโดยประธานกรรมการ แล้วส่งต่อให้แพทย์ผู้รับผิดชอบดำเนินการต่อภายในระยะเวลาไม่เกินสองวัน

- มติของคณะกรรมการที่มีการปฏิเสธคำขอที่จะยุติชีวิตจะต้องถูกส่งให้กับศาลปกครอง

3.3) การดำเนินการให้ความช่วยเหลือการยุติชีวิต (Performing the provision of help to die)

- เมื่อมีมติให้ทำการยุติชีวิตตามคำขอได้ การดำเนินการต้องทำโดยผู้มีความเชี่ยวชาญต้องใช้วิธีการหรือรูปแบบตามที่กำหนดไว้ในข้อบ่งชี้

- ถ้าผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะเขาสามารถเลือกวิธีการที่เขาจะรับการช่วยเหลือเพื่อการยุติชีวิตโดยอาจเลือกวิธีให้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ช่วยเหลือในการบริหารยาเพื่อยุติชีวิต หรือเลือกวิธีที่ผู้ป่วยรับใบสั่งยาแล้วนำยามากินยาด้วยตนเองโดยมีแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ให้การช่วยเหลือจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

3.4) การแจ้งต่อคณะกรรมการหลังการทำการช่วยเหลือการเสียชีวิต

- ภายในห้าวันหลังการเสียชีวิตของคนไข้ แพทย์ผู้รับผิดชอบต้องมีการจัดทำรายงานเพื่อส่งให้คณะกรรมการพิจารณาและประเมินผลได้รับทราบ โดยรายงานจะต้องประกอบด้วยข้อมูลสองส่วน ส่วนแรกเป็นข้อมูลที่ทำโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบประกอบด้วย ชื่อที่อยู่ของผู้ทำคำขอ ชื่อที่อยู่ของแพทย์ผู้รับผิดชอบ ชื่อที่อยู่ของแพทย์ที่ปรึกษา ในกรณีที่ทำคำขอโดยผู้อื่นเนื่องจากผู้ป่วยไร้ความสามารถต้องมีชื่อที่อยู่ของบุคคลนั้นอยู่ในรายงานด้วย

- ส่วนที่สองของข้อมูลประกอบไปด้วย เพศ และอายุของผู้ทำคำขอ วัน เวลา และสถานที่ที่เสียชีวิต วันเวลาที่มีการทำคำขอครั้งแรกและครั้งสุดท้ายจนถึงวันที่เสียชีวิตต้องมีการบรรยายถึงความเจ็บป่วยในแง่ของความรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ รวมถึงความเรื้อรังของตัวโรค บอกถึงสาเหตุที่ทำให้โรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ข้อมูลที่บอกถึงการแสดงเจตจำนงโดยปราศจากแรงกดดันจากภายนอก ถ้าได้มีการให้คำแนะนำต่างๆ ให้บันทึกไว้ในรายงานกระบวนการที่อยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์และทีมที่ช่วยในการยุติชีวิต ข้อมูลต่างๆ ของแพทย์ที่ปรึกษาวันเวลาที่ให้คำปรึกษา

4. หมวดที่ 4 การรับประกันการได้รับความช่วยเหลือในการยุติชีวิต (Guarantee of access to aid to die)

4.1) การรับรองการเข้าถึงสิทธิการขอยุติชีวิต

- สิทธิในการทำคำขอยุติชีวิตต้องอยู่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการยุติชีวิตควรมีกองทุนของภาครัฐ

- การบริการของภาครัฐภาครัฐต้องให้ความสำคัญกับการใช้สิทธิที่จะยุติชีวิต โดยมีการจัดทำบริการให้อยู่ภายใต้กฎหมายฉบับนี้รวมถึงต้องกำหนดมาตรการจำเป็น เพื่อให้บริการที่ถูกต้องตามกฎหมายนี้ได้รับการปฏิบัติตามสิทธิ

4.2) การให้การช่วยเหลือการยุติชีวิตสามารถทำได้ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐ ภาคเอกชน ที่บ้านโดยมีมาตรฐานการให้บริการในระดับที่เท่าเทียมกัน ไม่ควรถูกขัดขวางหรือลิดรอน สิทธิจากกลุ่มที่มีความเห็นที่แตกต่าง

4.3) การป้องกันความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ (Protection of privacy and confidentiality)

- สถานพยาบาลที่ดำเนินการช่วยเหลือการยุติชีวิตจะต้องมีระบบปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลต้องมีการรักษาความลับในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

- การดูแลรักษาข้อมูลในเวชระเบียน และการนำข้อมูลในเวชระเบียนไปใช้ต้อง ทำภายใต้กฎหมายการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัดตามข้อกำหนดที่มีใน Article 9 of Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and Of the Council of 27 April 2016⁴²

4.4) การปฏิเสธการที่จะให้ความช่วยเหลือของบุคลากรทางการแพทย์ (Conscientious objection of healthcare professionals)

- การปฏิเสธของบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ขอยุ่งเกี่ยวกับการขอยุติชีวิต สามารถกระทำได้โดยให้ทำเป็นหนังสือที่ระบุเหตุผลในการปฏิเสธอย่างชัดเจน

5. หมวดที่ 5 การรับประกันและคณะกรรมการประเมินผล (Warranty and Evaluation Commissions)

5.1) การสร้างคณะกรรมการและองค์ประกอบ (Creation and composition)

- คณะกรรมการประกันและประเมินผลควรมีทุกชุมชนที่มีการปกครองตนเอง โดยชุดของคณะกรรมการควรประกอบด้วยบุคคลที่มีความหลากหลายในเรื่องของเชื้อชาติ มีคณะกรรมการ ขันต้ำเจ็ดคน ประกอบด้วยแพทย์พยาบาล และนักกฎหมาย

- คณะกรรมการประกันและประเมินผลต้องถูกตั้งขึ้นในแต่ละเมืองภายในสาม เดือนนับแต่กฎหมายมีผลใช้บังคับ

⁴² Article 9 Processing of personal data revealing racial or ethnic origin, political opinions, religious or philosophical beliefs, or trade union membership, and the processing of genetic data, biometric data for the purpose of uniquely identifying a natural person, data concerning health or data concerning a natural person's sex life or sexual orientation shall be prohibited. (การประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่เปิดเผยเชื้อชาติชาติพันธุ์ความคิดเห็นทางการเมืองความเชื่อทาง ศาสนาหรือปรัชญาหรือการเป็นสมาชิกสหภาพแรงงานและการประมวลผลข้อมูลพันธุกรรมข้อมูลไบโอเมตริกซ์เพื่อ วัตถุประสงค์ในการระบุบุคคลธรรมดาโดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหรือข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติชีวิตทางเพศหรือ รสนิยมทางเพศของบุคคลจะถูกละเมิด)

- กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการประกันและประเมินผลจากเมืองต่างๆควรมีการประชุมร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกัน และแนวการปฏิบัติที่ดีในการทำการรณรงค์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ

5.2) หน้าที่ (Functions)

- คณะกรรมการมีหน้าที่แก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจากการทำคำขอยุติชีวิตรวมถึงกรณีแพทย์ผู้รับผิดชอบปฏิเสธการทำการรณรงค์ให้กับผู้ป่วย โดยระยะเวลาที่ใช้ต้องไม่เกิน 20 วัน ตามที่ระบุไว้ในกฎหมาย

- เมื่อมีการปฏิเสธคำขอยุติชีวิตจะต้องส่งเรื่องให้คณะกรรมการประกันและประเมินผลเป็นผู้พิจารณา ถ้าผลการพิจารณาพบว่ามีความเหมาะสมในการขอยุติชีวิตคณะกรรมการจะต้องส่งคำขอดังกล่าวให้กับแพทย์ท่านอื่นในศูนย์แพทย์นั้น หรือส่งต่อให้แพทย์จากภายนอกในเวลาไม่เกินเจ็ดวัน

- ถ้าระยะเวลาหลังทำคำขอเกินกว่า 20 วัน คำขอยังไม่ถูกปฏิบัติหรือถูกปฏิเสธ ผู้ทำคำขอสามารถอุทธรณ์คำขอดังกล่าวไปยังศาลที่อยู่ในเขตอำนาจรับผิดชอบได้ กระบวนการตรวจสอบต้องใช้เวลาไม่เกินสองเดือน

- ตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ ให้มีการบันทึกข้อมูลเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงกฎหมายให้เป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้น

- จัดเตรียม และทำรายงานประจำปีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ รายงานดังกล่าวควรส่งต่อไปยังหน่วยงานทางสุขภาพที่สูงขึ้น

5.3) หน้าที่รักษาความลับ (Duty of secrecy)

สมาชิกของคณะกรรมการหลักประกันและประเมินผลจะต้องเก็บรักษาข้อมูลของตนเองได้รับทราบเป็นความลับตามกฎหมายปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล ขณะเดียวกันบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสามารถรับทราบข้อมูลได้เช่นเดียวกัน

6. ข้อกำหนดเพิ่มเติม (Additional arrangement) กฎหมายฉบับนี้มีการบัญญัติข้อกำหนดเพิ่มเติมประกอบในตัวกฎหมายอีกเจ็ดข้อดังนี้

6.1) การตายที่เกิดขึ้นจากการช่วยยุติชีวิตที่ได้ทำตามกฎหมายฉบับนี้ให้ถือเป็นการตายตามธรรมชาติ ไม่ว่าจะมีการให้รหัสการเสียชีวิตอย่างไร

6.2) การละเมิดบทบัญญัติของกฎหมายนี้จะต้องถูกลงโทษตาม Chapter VI of Title I of Law 14/1986⁴³ บทลงโทษดังกล่าวไม่ได้กระทบกระเทือนต่อความผิดทางแพ่ง ทางอาญา กฎหมายที่เกี่ยวกับวิชาชีพ หรือกฎหมายอื่นที่อาจมีความเกี่ยวข้อง

6.3) ในทุกเมืองที่ได้ปกครองตนเองต้องมีการทำรายงานส่งให้กับกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่เปิดเผยรายงานดังกล่าวให้สาธารณะชนรับทราบ

6.4) คนหูหนวกภาวะการได้ยินบกพร่อง หรือคนที่หูหนวกและตาบอดได้รับการรับรองสิทธิตามกฎหมายฉบับนี้

6.5) การอุทธรณ์ไปยังศาลที่มีเขตอำนาจได้รับการรับรองให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลภายใต้เขตอำนาจของศาลปกครอง

6.6) จัดให้มีมาตรการในการดูแลการทำคำขอยุติชีวิตให้เป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน โดยแต่ละเมืองจะต้องออกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องภายในสามเดือนเมื่อกฎหมายมีผลบังคับ

6.7) ฝ่ายบริหารทางด้านสุขภาพควรมีมาตรการที่เหมาะสมที่จะช่วยเผยแพร่ความเข้าใจในกฎหมายฉบับนี้ไปยังผู้ประกอบการวิชาชีพและประชาชนทั่วไป และควรส่งเสริมให้มีการทำคำสั่งล่วงหน้า (Living Will) เกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน

6. ผลกระทบของประเทศที่มีการใช้กฎหมายการุณยฆาตแบบเชิงรุก

ประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกในโลกที่ให้มีการทำการุณยฆาตเชิงรุกโดยถูกต้องตามกฎหมาย โดยแพทย์สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความประสงค์จะทำการุณยฆาตเชิงรุก ซึ่งการกระทำของแพทย์ได้รับยกเว้นความผิดตามกฎหมาย โดยกฎหมาย Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedure) Act มีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2002 โดยแหล่งที่มาของกฎหมายในประเทศเนเธอร์แลนด์เกิดจากคดีที่มีชื่อว่า “Postma case” ในปี ค.ศ. 1973 โดยที่แพทย์คนหนึ่งได้มีการร้องขอต่อศาลให้เขาสามารถทำการุณยฆาตให้กับมารดาของเขาที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หาย ขาดได้⁴⁴ กรณีดังกล่าวทำได้ก่อให้เกิดการถกเถียงในสังคม จนสุดท้ายได้ข้อสรุปที่มีการออกกฎหมายให้ทำการุณยฆาต

⁴³ Chapter VI of Title I of Law 14/1986 Infringements in the field of health shall be subject to the appropriate administrative penalties, subject to the instruction of the appropriate file, without prejudice to the civil, criminal or other responsibilities which may be held.

⁴⁴ Euthanasia in the Netherlands. เข้าถึงเมื่อ วันที่ 18 ธันวาคม 65 , จาก https://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia_in_the_Netherlands

เชิงรุกเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมายในเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกของโลก และทุกประเทศที่มีกฎหมายให้สามารถทำการรณขมาตเชิงรุกได้ก็มักจะมีการเริ่มต้นในรูปแบบเช่นเดียวกันคือการเรียกร้องสิทธิที่จะตายให้กับตนเอง หรือให้กับบุคคลที่อยู่ในความดูแลแล้วนำมาสู่การออกกฎหมายให้การทำกรณขมาตเชิงรุกเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมายในประเทศนั้น

ในกฎหมายของเนเธอร์แลนด์มีข้อกำหนดที่เคร่งครัดอำนาจในการตัดสินใจที่จะทำการรณขมาตเชิงรุกไม่ได้ขึ้นกับแพทย์หรือผู้ป่วยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเท่านั้น จะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนในกฎหมายอย่างเคร่งครัดแพทย์ที่ทำการรณขมาตจึงจะพ้นความรับผิดชอบตามกฎหมาย และมีข้อกำหนดเบื้องต้นดังนี้

1. ความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไม่มีทางเยียวยาให้ดีขึ้นได้ในทุกวิธี
2. คำขอให้ทำการรณขมาตจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ และความตั้งใจนั้นต้องมีอยู่ตลอดเวลาโดยคำขอต้องไม่ตกอยู่ใต้อิทธิพลของบุคคลอื่นไม่อยู่ภายใต้ภาวะเจ็บป่วยทางจิตหรือผลจากยา
3. ผู้ป่วยต้องทราบถึงข้อมูลความเจ็บป่วยของตนเองอย่างถ่องแท้
4. ต้องมีแพทย์อย่างน้อยหนึ่งคนที่ไม่ได้เป็นแพทย์ผู้ดูแลให้ความเห็นว่าผู้ป่วยมีภาวะตามสามข้อแรกที่กล่าวมา
5. การตายต้องถูกดำเนินการด้วยยาที่เหมาะสมโดยแพทย์หรือผู้ป่วยเอง
6. ผู้ป่วยต้องมีอายุอย่างน้อย 12 ปี (กรณีอายุ 12-16 ปีต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง)

ในปีแรก (ค.ศ. 2003) ได้มีรายงานการทำการรณขมาตเชิงรุก 1,626 ราย และเพิ่มถึง 6,091 รายในปี ค.ศ. 2016 และยังมีพัฒนาการในการทำการรณขมาตเพิ่มเติม โดยในปี ค.ศ. 2010 มีโครงการที่เรียกว่า “Out of Free Will” ที่ให้ชาวเนเธอร์แลนด์ที่มีอายุเกินกว่า 70 ปี ที่มีความเหนียวแน่นในการใช้ชีวิตสามารถทำคำขอการรณขมาตได้ แต่ ณ ปัจจุบันนี้แนวโครงการนี้ยังไม่ได้รับการรับรองโดยถูกต้องตามกฎหมาย ในปี ค.ศ. 2019 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศว่าจะมีการร่างกฎหมายให้มีการทำการรณขมาตในคนที่ไม่ได้ป่วยในระยะสุดท้าย เมื่อบุคคลนั้นรู้สึกว่ามีอะไรทำอีกแล้วในชีวิต แต่โครงการนี้ยังไม่ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายโดยให้เหตุผลว่ากฎหมายในปี ค.ศ. 2002 เพียงพอแล้ว⁴⁵

⁴⁵ Euthanasia in The Netherlands. เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2565 , จาก

ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์การช่วยให้มีการฆ่าตัวตาย (Assisted Suicide) เป็นสิ่งถูกกฎหมายตั้งแต่ปีค.ศ. 1937 โดยประมวลกฎหมายอาญามาตรา 115⁴⁶ ของสวิตเซอร์แลนด์ วางหลักว่า “ผู้ใดโดยทุจริตช่วยให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย บุคคลนั้นต้องได้รับโทษจำคุกไม่เกินห้าปีหรือต้องเสียค่าปรับ” การฟ้องร้องจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกตายว่าการเลือกที่จะตายนั้นเป็นไปโดยไม่สุจริต โดยมีสถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์แห่งสวิส (Swiss Academy of Medical Sciences) ระบุในจรรยาบรรณว่าการช่วยฆ่าตัวตายนั้น “ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของกิจกรรมของแพทย์” แต่ในทางปฏิบัติยังมีแพทย์ที่ทำหน้าที่ช่วยการฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมาก โดยแพทย์เหล่านั้นได้ระบุว่าเป็นการกระทำในฐานะของบุคคลธรรมดา

ในช่วงปีค.ศ. 1980 มีองค์กรเอกชนตั้งขึ้น 4 องค์กร ได้แก่ Exit Switzerland, Exit international, Dignitas และ Exit/ADMD ก่อตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่ต้องการให้มีการช่วยการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ Dignitas ที่ตั้งอยู่ในเมืองซูริค เป็นองค์กรที่ให้ชาวต่างชาติมาขอใช้บริการช่วยฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมาก โดยมีมาจากหลายประเทศที่ไม่มีกฎหมายให้มีการช่วยฆ่าตัวตาย หรือขอให้ทำการุณยฆาตเชิงรุก รวมถึงคนไทยที่ป่วยด้วยมะเร็งที่สมองที่ได้เดินทางไปขอรับการช่วยการฆ่าตัวตายที่เมืองซูริคจนได้เกิดรูปแบบที่เรียกว่า “suicide Tourism” โดยให้ชาวต่างชาติที่ต้องการให้มีการช่วยฆ่าตัวตายเดินทางเข้ามาในเมืองซูริคในรูปแบบนักท่องเที่ยว เข้ามาใช้ชีวิตช่วงสั้น เพื่อการตรวจสอบความชอบธรรมในการฆ่าตัวตายซึ่งทั่วไปแล้วใช้เวลาไม่เกินสัปดาห์ จากนั้นจึงเข้ารับการช่วยให้ฆ่าตัวตาย มีข้อมูลจากทั้งสององค์กรช่วงเวลา 20 ปี ที่ผ่านมามีชาวต่างชาติเข้ามารับการช่วยฆ่าตัวตายกว่า 2,000 คนแม้จะได้รับการต่อต้านจากชาวเมืองซูริคเป็นจำนวนมากจากการทำประชาพิจารณ์การช่วยการฆ่าตัวตายก็ยังดำเนินอยู่ต่อไป ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ไม่ได้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตโดยเฉพาะคงใช้แต่ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 115

ในประเทศเบลเยียมมีกฎหมายให้การทำกรุณยฆาตเป็นเรื่องถูกกฎหมาย เป็นประเทศที่สองต่อจากเนเธอร์แลนด์ตั้งแต่ 28 พฤษภาคม 2002 โดยในระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยเข้ารับการทำกรุณยฆาตตามกฎหมายของเบลเยียมมากกว่า 27,000 ราย (25 พฤษภาคม 2022)⁴⁷ และในปี 2014 เบลเยียมเป็นประเทศแรกที่ยินยอมให้การทำกรุณยฆาตได้ในคนที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปีแม้จะได้รับการ

⁴⁶ Swiss Criminal Code Art. 115 : Any person who for selfish motives incites or assists another to commit or attempt to commit suicide is, if that other person thereafter commits or attempts to commit suicide, liable to a custodial sentence not exceeding 5 years or to a monetary penalty.

⁴⁷ ADF INTERNATIONAL. 20 years of euthanasia in Belgium: after almost 30,000 lives lost, what can we learn?. May25,2022. Retrieved from : <https://adfinternational.org/20-years-euthanasia/#:~:text=>

การต่อต้านในช่วงแรกแต่สุดท้ายการแก้ไขกฎหมายในเรื่องเกณฑ์อายุก็มีการบังคับใช้ มีผลให้ในเบลเยียมไม่มีข้อจำกัดเรื่องอายุทุกคนสามารถขอทำการุณยฆาตได้โดยในอายุต่ำกว่า 18 ปี เมื่อจะขอทำการุณยฆาตเด็กต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง และจะต้องได้รับการประเมินโดยจิตแพทย์เด็กเพื่อให้ความเห็นว่าเป็นการกระทำที่ไ้เกิดขึ้นภายใต้สำนึกและความรับรู้ของเด็กจริงๆ⁴⁸

รายงานสรุปใน ค.ศ.2020 พบว่าร้อยละ 2 ของการตายในเบลเยียมเกิดจากการทำการุณยฆาตภายใต้กฎเกณฑ์ที่เข้มงวดโดยทีมแพทย์จะพ้นความผิดจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขทั้ง 4 ประการดังนี้

1. ผู้ป่วยจะต้องมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ขณะตัดสินใจ
2. ผู้ป่วยต้องมีการร้องขอการทำการุณยฆาตเป็นหนังสืออย่างน้อยสองครั้ง ในห้วงเวลาที่ต่างกัน
3. ผู้ป่วยต้องมีโรคทางกายที่รักษาไม่หายหรือมีอาการป่วยทางจิตที่ไม่มีหนทางในการเยียวยารักษาให้หายขาดได้
4. ผู้ป่วยจะต้องประสบกับความทรมานจากความเจ็บป่วยจนไม่อาจทนได้ ไม่ว่าจะผ่านทางร่างกายหรือทางจิตใจ

ในปี ค.ศ.2010 ได้มีคดีฟ้องร้องขึ้นสู่ศาลสูงเบลเยียมโดยครอบครัวของหญิงวัย 38 ปี ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตอย่างเรื้อรังและเธอได้ตัดสินใจทำการุณยฆาต โดยได้มีทีมแพทย์สามคนที่มีส่วนร่วมในการให้ความเห็นอนุญาตให้เธอทำการุณยฆาตได้ โดยคำตัดสินของศาลสูงในเบลเยียมให้แพทย์ทั้งสามคนพ้นผิดด้วยเหตุผลที่ว่าแพทย์ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนทางกฎหมายอย่างถูกต้อง และกฎหมายเองก็ได้บัญญัติไว้อย่างชัดเจนว่าการตัดสินใจไม่จำเป็นต้องมีความเห็นหรือความยินยอมจากญาติ⁴⁹ โดยทั่วไปในทางปฏิบัติเมื่อแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบถึงความประสงค์ของผู้ป่วยต้องมีการถามความเห็นแพทย์อีกคนที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อให้ความเห็นเพิ่มเติมถึงความเหมาะสมในการทำการุณยฆาตและถ้าผู้ป่วยที่ได้ทำคำร้องขอเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ต้องมีจิตแพทย์อีกหนึ่งคนร่วมให้ความเห็นเพิ่มเติมอีกและในเบลเยียมทุกการทำการุณยฆาตที่เกิดขึ้นจะถูกทบทวนโดยคณะกรรมการการุณยฆาต (The federal euthanasia commission) ที่ตั้งจากรัฐบาลกลางทำหน้าที่ตรวจสอบว่าครบเงื่อนไขทั้ง 4 ประการที่กล่าวมาข้างต้นหรือไม่

⁴⁸ O' NEILL INSTITUTE. Child Euthanasia in Belgium. February 10, 2020. Retrieved from : <https://oneill.law.georgetown.edu>

⁴⁹The Bullitin. Dying with dignity: The story of euthanasia in Belgium. February 02 , 2021. Retrieved from : <https://www.thebulletin.be/dying-dignity-story-euthanasia-belgium>

ในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 1994 สภาของมลรัฐโอเรกอนได้มีมติผ่านร่างกฎหมาย Oregon Death With Dignity Act หลังจากที่ได้มีการถกเถียงกันอย่างเข้มข้นจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และได้มีการรวมตัวขององค์กรด้านสุขภาพ สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ ตัวแทนภาคประชาชน หน่วยงานด้านจริยธรรมทำหน้าที่ในการกำกับดูแลในด้านจริยธรรมและเงื่อนไขในการทำการุณยฆาตที่เหมาะสมสำหรับประชากรในรัฐโอเรกอน โดยองค์กรนี้ทำหน้าที่กำกับติดตามการทำการุณยฆาตเพื่อหาแนวทางและข้อกำหนดที่เหมาะสม

เมื่อมีการร้องขอให้ทำการุณยฆาตเกิดขึ้นบุคคลากรด้านสุขภาพจะต้องดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ดังนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย สาเหตุที่ต้องการปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ว่าเกิดจากเหตุผลด้านใด เช่น ความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถหายขาดได้ การถูกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัวปัญหาต่อเนื่องมาจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาเกี่ยวกับความเชื่อส่วนบุคคล หรือจากวัฒนธรรมทางสังคม หรือจากเหตุร้ายแรงอย่างอื่น

2. แพทย์ผู้ดูแลจะต้องเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วย ต้องรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจนทนไม่ได้ว่าเกิดจากสาเหตุใด จากความปวด จากความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จากผลกระทบบททางด้านจิตใจ ตลอดจนจะต้องรู้ถึงต้นเหตุหรือปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความทุกข์ทรมานนั้น

3. แพทย์ผู้ดูแลต้องมีการวางแผนจัดหาแนวทางการดูแลให้กับผู้ป่วยซึ่งรวมถึงการส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การประคับประคองทางด้านจิตใจ และการดูแลรักษาแบบประคับประคอง⁵⁰

นับตั้งแต่มีการประกาศใช้กฎหมายฉบับนี้ในปี ค.ศ. 1994 ได้มีผู้ป่วยที่ได้รับการทำการุณยฆาตเชิงรุกจนถึงปี ค.ศ. 2020 จำนวน 2,895 คน อายุเฉลี่ยของผู้ทำการุณยฆาตอยู่ที่ 74 ปี ร้อยละ 97 เป็นคนผิวขาวร้อยละ 42 จบการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายร้อยละ 80 และส่วนที่เหลือป่วยด้วยโรคหัวใจ และโรคที่มีอาการทางสมอง ร้อยละ 92 ของผู้ป่วยเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้านด้วยการกินยาในขนาดสูง (Lethal Dose) เพื่อให้ตนเองเสียชีวิต มีแพทย์ที่ทำหน้าที่ออกใบสั่งยาให้กับผู้ป่วยจำนวน 124 คน⁵¹ ประเด็นสำคัญของการมีกฎหมายในรัฐโอเรกอนคือการให้ความสำคัญกับสิทธิส่วนบุคคล และสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Death with Dignity)

⁵⁰ Patrick Dunn . *The Oregon Death With Dignity Act: A Guidebook for Health Care Professionals*. p 7-8

⁵¹ Public Health Division, Center for Health Statistics. Oregon Death with Dignity Act 2020 Data Summary. p 8-9

สเปนเป็นประเทศล่าสุดที่มีการประกาศให้การทำกรณยฆาตเป็นเรื่องถูกกฎหมาย โดยกฎหมายผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎรในวันที่ 17 ธันวาคม 2020 และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 25 มิถุนายน 2021 โดย นายเปโรโต ซานเชส นายกรัฐมนตรีได้แสดงความเห็นว่า “กฎหมายฉบับนี้ถือเป็นชัยชนะทางสังคมอันยิ่งใหญ่ของประเทศ เสรีภาพของเราก้าวหน้าทั้งทางกฎหมายและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์”⁵² กฎหมายฉบับนี้ได้ใช้เวลาในการต่อสู้ และเรียกร้องให้มีการทำกรณยฆาตอย่างถูกต้องตามกฎหมายในสเปนเป็นเวลากว่า 20 ปี โดยรูปแบบที่มาของกฎหมายคล้ายกับทุกประเทศก่อนหน้านี้ คือมีการเรียกร้องสิทธิที่ขอตายอย่างมีศักดิ์ศรีจากประชาชนในพื้นที่จนสุดท้ายสิทธิที่เรียก ร้องปรับมาเป็นกฎหมายฉบับนี้

หลักการของกฎหมายการุณยฆาตในสเปนมีข้อกำหนดที่สามารถขอให้ทำกรณยฆาตได้มีดังนี้

1. เป็นบุคคลที่บรรลุนิติภาวะมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนบริบูรณ์ และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ถือเป็นชาติสเปน พำนักอย่างถูกกฎหมายในประเทศสเปน หรือได้รับการรับรองตามกฎหมายว่ามีเวลาพำนักอยู่ในดินแดนสเปนไม่น้อยกว่า 12 เดือน
2. เป็นบุคคลที่ได้รับความทุกข์ทรมาน ทางกาย หรือทางใจซึ่งพิจารณาแล้วว่าไม่อาจทนกับความเจ็บปวดจากโรคร้ายแรงและไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีชีวิตอยู่ถึงเมื่อใด หรือเจ็บปวดร้ายแรงเรื้อรังและทำให้ไร้ความสามารถโดยไม่สามารถรักษาหรือทำให้ดีขึ้นได้
3. ผู้ป่วยจะต้องยื่นคำร้องเป็นหนังสือโดยยื่นคำร้องสองฉบับห่างกัน 15 วัน เมื่อได้รับคำร้องฉบับแรกแพทย์ต้องแจ้งผู้ป่วยถึงแนวทางการรักษาที่ยังมีความเป็นไปได้ให้ผู้ผู้ป่วยได้รับทราบเพื่อนำไปประกอบแนวทางการตัดสินใจ
4. ภายหลังจากการทำกรณยฆาตได้สิ้นสุดลงแพทย์จะต้องทำรายงานแจ้งให้กับคณะกรรมการส่วนกลางทราบภายในเวลา 5 วัน
5. ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในทุกกระบวนการของการทำกรณยฆาตเป็นสิทธิที่อยู่ในระบบบริการด้านสุขภาพแห่งชาติ

การทำกรณยฆาตในประเทศสเปนทำได้ 2 วิธี คือโดยการให้สารอันตรายแก่ผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Active Euthanasia) และโดยบุคลากรทางการแพทย์ให้ยาในขนาดสูงที่

⁵²EL PAIS. El Congreso aprueba la primera ley de eutanasia con amplia mayoría. December 29, 2022.

Retrieved from : <https://elpais.com/sociedad/2020-12-17/el-congreso-aprueba-la-primeraley-de-eutanasia-con-una-holgada-mayoria.html#>

เป็นอันตรายให้ผู้ป่วยนำกลับไปกินยาด้วยตนเอง (Assist Suicide) ทั้งสองวิธีจะต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ให้ดูแลจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต กฎหมายการรณุญาตของสเปนได้รับการยอมรับและมีการวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นกฎหมายที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อให้เกิดการใช้สิทธิส่วนบุคคลได้อย่างสมบูรณ์แบบมากขึ้น เป็นสิทธิที่พึงได้รับการเคารพควรได้รับการประกันให้สามารถใช้สิทธิได้ และยังเป็นการสร้างสิทธิใหม่คือการนำเอาสิทธิการขอทำการรณุญาตเข้าเป็นสิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ⁵³



⁵³ Do Better by esade. *The Spanish euthanasia law and the Constitutional Court: a "story with a happy ending"?*. December 28, 2022 Retrieved from : <https://dobetter.esade.edu/en/spain-endorses-euthanasia-treatments>

บทที่ 4

วิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายไทยและกฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง กับการทำการุณยฆาต

1. กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาต

1.1 ประกาศแพทยสภาที่ 7/2554 เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการวินิจฉัยสมองตาย

ในปี พ.ศ. 2532 ได้มีประกาศแพทยสภาเรื่องเกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย และต่อมา มีการแก้ไขในปี พ.ศ. 2539 และปี พ.ศ. 2554 ประกาศฉบับนี้มีขึ้นเพื่อให้แพทย์ได้ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองตายของผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว และไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง รวมถึงเป็นภาวะทางสมองที่ไม่สามารถเยียวยาให้หายใจได้ โดยอาการทางสมองที่เกิดขึ้นต้องไม่ได้เกิดจากพิษของยา เช่น ยาเสพติด ยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ ไม่ได้เกิดจากภาวะที่อุณหภูมิของร่างกายต่ำกว่า 32 องศาเซลเซียส ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิก ไม่ได้เกิดจากภาวะช็อก เมื่อแพทย์ได้ประเมินว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ภาวะสมองตาย ต้องมีบันทึกการตรวจร่างกายเพื่อยืนยันการวินิจฉัยสมองตายการตรวจที่จะช่วยยืนยัน ได้แก่ ตรวจไม่พบการเคลื่อนไหวใดๆ ได้เอง ตรวจไม่พบ ภาวะตอบสนองของก้านสมอง (Absence of brain stem Reflexes) และยังให้รวมถึงการทดสอบว่าผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเองด้วยการหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที ถ้าไม่พบการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้องและหน้าอกรวมถึงมีภาวะพร่องออกซิเจนเกิดขึ้นจากการทดลองให้ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองตาย

1. การวินิจฉัยสมองตายให้กระทำโดยแพทย์ไม่น้อยกว่าสามคน และต้องไม่ประกอบด้วยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะรายนั้น หรือแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการเอาอวัยวะไปปลูกถ่าย หากมีข้อสงสัยให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท

2. ทีมแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองตายที่อยู่ในข่ายเป็นผู้บริจาคอวัยวะได้ตามแนวทางของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ควรดำเนินการตรวจวินิจฉัยสมองตายโดยไม่ชักช้า และแจ้งให้ญาติของผู้ป่วยทราบ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่จะทดสอบการไม่หายใจเพื่อเตรียมความพร้อมของญาติ และให้โอกาสในการบริจาคอวัยวะเมื่อวินิจฉัยสมองตายแล้ว

3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบหมายจะต้องร่วมเป็นผู้รับรองการวินิจฉัยสมองตายและเป็นผู้ลงนามรับรองการตาย

4. แพทย์ควรให้การดูแลผู้ป่วยเป็นตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์บริจาคอวัยวะได้ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ประกาศฉบับนี้มีขึ้นเพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายมีความพร้อมในการบริจาคอวัยวะเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยรายอื่นที่รอรับการบริจาคอวัยวะ ผู้วิจัยนำหลักเกณฑ์และการวินิจฉัยสมองตายมาเป็นส่วนหนึ่งของกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตในประเด็นที่ผู้ป่วยสมองตายยังมีสัญญาณชีพยังมีการทำงานของหัวใจตรวจเลือดวัดความดันโลหิตได้ เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองตายแล้วให้ถือว่าเป็นบุคคลที่ได้เสียชีวิตไปแล้วการวินิจฉัยภาวะสมองตายโดยแพทย์ยังได้รับการยอมรับจากนักกฎหมายว่าผู้ป่วยรายนั้นเสียชีวิตไปแล้ว แม้จะยังมีสัญญาณชีพที่เกิดจากการใช้เครื่อง มือทางการแพทย์ช่วยประคับประคองอาการ จึงถือได้ว่าเป็นการยอมรับการตายที่คนในวงการอื่นเห็นด้วยกับการวินิจฉัยของแพทย์

1.2 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

มาตราที่ 12 บัญญัติว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้ พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

มาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้บัญญัติขึ้นเพื่อให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาล่วงหน้าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้แสดงเจตนาสามารถแสดงเจตนาปฏิเสธการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดชีวิต หรือเพื่อยืดความตายออกไปการแสดงเจตนาให้แสดงผ่านการทำหนังสือแสดงเจตนา และในวรรคสามยังบัญญัติให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความรับผิดทั้งปวง ซึ่งการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาถือได้ว่าเป็นการงดเว้นหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ต้องให้การรักษาตามอาการของผู้ป่วยที่มีได้รับการยกเว้นความผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา องค์กรประกอบสำคัญที่จะทำให้การกระทำโดยงดเว้นของผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขจะได้รับการยกเว้นความผิดคือจะต้องมีหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุรายละเอียดการรักษาที่ผู้แสดงเจตนาได้แสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษานั้นๆ

1.3 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

กฎกระทรวงฉบับนี้ได้ร่างขึ้นในปีพุทธศักราช 2553 หลังจากที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 ได้ถูกบังคับใช้ ได้มีการขยายความข้อความที่บัญญัติไว้ในมาตรา 12 วรรคแรก ได้แก่

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่าภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้ และติดต่อสื่อสารอย่างถาวรโดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

หนังสือแสดงเจตนาต้องมีข้อมูลของผู้แสดงเจตนา วันที่ทำหนังสือแสดงเจตนา ต้องมีการระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ เช่น ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ปฏิเสธการใส่สายยางทางจมูกเพื่อให้อาหาร จะต้องมีการลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้แสดงเจตนาและพยานอาจมีการระบุชื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ให้เป็นผู้อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงตามหนังสือแสดงเจตนา อาจมีการเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจและการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร เมื่อผู้แสดงเจตนาเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการนั้นโดยไม่ชักช้า การที่ได้แสดงเจตนาสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ กรณีที่มีหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับให้ยึดถือฉบับที่ทำหลังสุดเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะสื่อสารได้ ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมจะต้องอธิบายให้ผู้แสดงเจตนาทราบถึงความเป็นไปของโรค ณ ขณะนั้น และให้ขอคำยืนยัน หรือคำปฏิเสธ

ก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา แต่ถ้าเป็นกรณีที่ผู้แสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ให้บุคคลที่ถูกระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนา หรือญาติของผู้แสดงเจตนาได้รับฟังคำอธิบายภาวะและความเป็นไปของโรครายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา การดำเนินการต่างๆ ให้คำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นหลัก

เมื่อพิจารณาจากกฎหมาย กฎกระทรวง และประกาศแพทยสภาที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ได้ว่ายังไม่มียกข้อยกเว้นในส่วนใดที่ให้สิทธิกับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตจะสามารถใช้สิทธิให้มีการทำการุณยฆาตได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย มาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติก็ยังคงจำกัดด้วยการที่จะต้องมียกข้อยกเว้นที่มีความชัดเจน โดยข้อเท็จจริงแม้ว่าผู้ป่วยจะทำหนังสือแสดงเจตนาที่ทำได้เพียงการปฏิเสธการรักษาที่เป็นเพียงการยื้อชีวิต ไม่สามารถแสดงเจตนาได้ถึงขั้นตอนในการขอให้ยุติชีวิต

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้แสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมได้ปฏิบัติตามข้อความในหนังสือแสดงเจตนาการปฏิบัติตามอาจตีความได้ว่าเป็นการตัดการรักษาบางอย่างที่ต้องให้กับผู้ป่วยตามอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งการตัดการรักษาถือได้ว่าเข้าได้กับนิยามของการทำการุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) แต่สำหรับประเทศไทยการตัดการรักษาไม่มีมุมมองจากผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมโดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่อธิบายว่าการตัดการรักษาไม่ใช่การทำการุณยฆาตแบบเชิงรับ แต่เป็นเพียงการปล่อยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตตายไปตามธรรมชาติเท่านั้น ในมุมมองของผู้วิจัยการที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมตัดสินใจตัดการรักษาบางอย่างที่ต้องให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่ได้มีการทำหนังสือแสดงเจตนาเอาไว้ล่วงหน้า ถือว่าเป็นความเสี่ยงต่อผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่อาจถูกฟ้องร้องได้ เนื่องจากไม่มีบทบัญญัติของกฎหมายมาตราใดที่ให้สิทธิกับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่จะสามารถตัดการรักษาได้โดยไม่ถือว่าเป็นความผิด โดยเฉพาะในประเด็นที่ญาติของผู้ป่วยมีความเห็นไม่ตรงกันหรือในกรณีที่ญาติบางคนไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจตั้งแต่ต้นอาจมาแสดงเจตนาในทิศทางที่ไม่ให้ยุติการรักษา

2. กฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาต

ผู้วิจัยนำกฎหมายต่างประเทศที่ได้แสดงไว้ในบทที่ 3 มาวิเคราะห์ในบทที่ 4 เพื่อเปรียบเทียบกฎหมายในแต่ละประเทศทั้ง 4 ประเทศ กับกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้อง

2.1 กฎหมายการทำการุณยฆาตของประเทศเนเธอร์แลนด์

ประมวลกฎหมายอาญามีการแก้ไขมาตรา 293 ที่บัญญัติให้บุคคลใดช่วยผู้อื่นถึงแก่ความตายตามคำร้องขอต้องระหว่างโทษจำคุกไม่เกิน 12 ปี ได้มีการเพิ่มบทบัญญัติในวรรคสองให้การกระทำตามวรรคแรกได้รับการยกเว้นความผิดถ้าทำโดยแพทย์ และได้ปฏิบัติตามกฎหมายการุณยฆาต กฎหมายกำหนดให้ผู้มีอายุมากกว่า 16 ปี สามารถแสดงเจตจำนงที่จะขอยุติชีวิตได้กรณีที่อยู่ต่ำกว่า 16 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองโดยผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้ทำคำขอต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำคำขอยุติชีวิตสามารถทำได้ทั้งเป็นวาจา และทำเป็นหนังสือโดยมีแพทย์ผู้ดูแลเป็นผู้จัดบันทึกคำขอดังกล่าว ต้องมีความเห็นจากแพทย์ที่ปรึกษาที่เป็นแพทย์ที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ทำคำขอมาก่อน การทำการุณยฆาตใช้วิธีช่วยการช่วยการฆ่าตัวตาย (Assisted suicide) มีคณะกรรมการกลางในแต่ละภูมิภาคเป็นผู้กำกับติดตามกระบวนการทำการุณยฆาตในแต่ละพื้นที่ โดยคณะกรรมการประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญทางจริยธรรม และผู้เชี่ยวชาญทางด้านกฎหมายโดยไม่ได้กำหนดจำนวนคณะกรรมการไว้ โดยคณะกรรมการมีหน้าที่กำกับติดตามและตรวจสอบการกระทำของแพทย์ในกรณีที่พบปัญหาหรือข้อสงสัย และยังคงมีหน้าที่ทำรายงานสรุปรายปีข้อมูลทางสถิติแจ้งให้รัฐบาลมนตรีที่เกี่ยวข้อง

2.2 กฎหมายการทำการุณยฆาตของประเทศเบลเยียม

ข้อกำหนดและเงื่อนไขในกฎหมายของเบลเยียมให้มีการยกเว้นความผิดทางอาญากับแพทย์เมื่อได้ปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ ผู้ทำคำขอต้องบรรลุนิติภาวะมีสติสัมปชัญญะปกติขณะทำคำขอต้องมีการทำคำขอครั้งที่สอง ผู้ทำคำขอต้องอยู่ในภาวะเจ็บป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ แพทย์ต้องมีความเชื่อมั่นว่าคำขอของผู้ป่วยเป็นไปด้วยความสมัครใจ มีกระบวนการให้คำปรึกษาตามขั้นตอนต่างๆ ของการทำคำขอ กำหนดให้มีการปรึกษาแพทย์คนที่สองซึ่งอาจเป็นจิตแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคนอื่นที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นประจำ ถ้าแพทย์ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาไม่เห็นด้วยกับการทำการุณยฆาตต้องแจ้งให้ผู้ป่วย และคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจทราบถึงเหตุผลของการปฏิเสธ ถ้าเหตุผลในการปฏิเสธเป็นไปตามเหตุผลทางการแพทย์ ให้บันทึกข้อมูลดังกล่าวไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย และให้แจ้งผลดังกล่าวกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตจำนงให้กับตนเองได้ บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องและบรรลุนิติภาวะแล้วสามารถทำคำสั่งล่วงหน้า (The advance directive) เพื่อนำไปสู่การทำการุณยฆาตให้กับผู้ป่วยได้ต้องมีการบันทึกข้อมูลตามเอกสารที่กำหนดขึ้น มีคณะกรรมการ การควบคุมและประเมินผลของรัฐบาลกลางประกอบด้วยสมาชิก 16 คน มีหน้าที่กำหนดรูปแบบการทำการุณยฆาต รูปแบบเอกสาร การรายงาน กรณีคำขอยุติชีวิต คณะกรรมการจะต้องมีมติเสียงส่วนใหญ่ที่จะยืนยันตามมติเดิมหรือมีมติให้ทำการุณยฆาตตามคำขอได้ กรณีมีการปฏิเสธคำขอผู้ทำคำขอสามารถอุทธรณ์ไปยังอัยการในพื้นที่ คณะกรรมการมี

หน้าที่รักษาความลับของข้อมูลที่ได้รับจากการทำการรณยฆาตสามารถเปิดเผยข้อมูลได้เฉพาะในเชิงสถิติเท่านั้น ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของคณะกรรมการและบุคลากรต่างๆ ได้รับงบประมาณจากกระทรวงยุติธรรมและกระทรวงสาธารณสุข

2.3 กฎหมายการทำการรณยฆาตของมลรัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา

ในบททั่วไปกำหนดให้บุคคลที่มีความสามารถในการร้องขอการยุติชีวิตจะต้องเป็นประชากรของรัฐโอเรกอน ให้มีการทำคำขอเป็นหนังสือผ่านแพทย์ผู้ดูแลและแพทย์ที่ปรึกษาให้ความเห็น การทำคำขอต้องทำสองครั้งระยะเวลาห่างกันอย่างน้อย 15 วัน ยกเว้นในกรณีเร่งด่วนสามารถทำคำขอครั้งที่สองได้หลังพ้นเวลา 48 ชั่วโมงจากการทำคำขอครั้งแรก กฎหมายกำหนดให้บุคคลไม่ควรถูกปฏิเสธคำขอเพียงเพราะอายุหรือการไร้ความสามารถหมายความว่าทุกคน และทุกช่วงอายุสามารถทำคำขอเพื่อการยุติชีวิตได้ แพทย์มีหน้าที่พิจารณาว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการทำคำขอได้ การทำคำขอเป็นไปโดยสมัครใจ แพทย์ยังต้องมีบทบาทหน้าที่ในการให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง การดูแลในสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) แนวทางการควบคุมอาการปวด ต้องมีความมั่นใจว่าการทำคำขอไม่ได้เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต โรคทางจิตเวช เป็นโรคซึมเศร้าซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจที่ผิดพลาดได้ เมื่อการพิจารณาได้ความว่าผู้ทำคำขอมิควรมีคุณสมบัติที่จะยุติชีวิตตนเองได้แพทย์ผู้รับผิดชอบจะออกไปสั่งยาเพื่อให้ผู้ป่วยรับยาเพื่อการยุติชีวิตด้วยตนเอง มีข้อกำหนดเรื่องภูมิคุ้มกันและความรับผิดชอบเมื่อมีการปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้แพทย์ที่ดำเนินการตามหลักเกณฑ์จะได้รับการยกเว้นความผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา ขณะเดียวกันแพทย์และสถานพยาบาลที่ไม่ประสงค์จะปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ก็ไม่ได้ถือเป็นความผิดเช่นกัน ห้ามมิให้องค์กรวิชาชีพต่างๆ กำหนดกฎเกณฑ์การลงโทษผู้เกี่ยวข้อง

กฎหมายกำหนดให้ภาครัฐต้องจัดให้มีการสุ่มตรวจรายงานการขอยุติชีวิตว่าได้มีการปฏิบัติตามขั้นตอนของกฎหมาย ตรวจสอบใบสั่งยา สร้างกฎเกณฑ์เพื่อรวบรวมข้อมูลโดยให้ข้อมูลเป็นความลับ ภาครัฐจะเปิดเผยข้อมูลได้เฉพาะในเชิงสถิติเท่านั้น

2.4 กฎหมายการทำการรณยฆาตของประเทศสเปน

ประเทศสเปนตรากฎหมายฉบับนี้ขึ้นเพื่อรับรองสิทธิของบุคคลที่มีคุณสมบัติครบถ้วนเพื่อได้รับความช่วยเหลือให้เสียชีวิต มีข้อกำหนดพื้นฐานโดยผู้ทำคำขอต้องมีสัญชาติสเปนหรือพักอาศัยในประเทศสเปนมากกว่า 12 เดือน บรรลุนิติภาวะ มีสติสัมปชัญญะขณะทำคำขอ ต้องมีเอกสารทางการแพทย์ยืนยันว่าผู้ป่วยได้ผ่านกระบวนการดูแลรักษาแบบปกติและการรักษาแบบประคับประคอง มีคำขอสองครั้งเป็นลายลักษณ์อักษร หรือมีการบันทึกโดยวิธีอื่น และคำขอทั้งสองครั้งต้องมีระยะห่างอย่างน้อย 15 วัน ถ้าแพทย์ผู้รับผิดชอบพบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาที่จะมีชีวิตอยู่สั้นกว่านั้นสามารถยอมรับคำขอครั้งที่สองด้วยเวลาที่สั้นกว่าได้ต้องมีการบันทึกอาการของผู้ป่วยขณะนั้นไว้ในประวัติทางการแพทย์ ผู้ทำคำขอสามารถยกเลิกหรือขอเลื่อนเวลาที่กำหนดในคำขอได้ แพทย์

ผู้ดูแลสามารถปฏิเสธคำขอของผู้ป่วยได้แต่ไม่ตัดสิทธิผู้ป่วยที่จะอุทธรณ์คำขอของตนเองไปยัง คณะกรรมการเพื่อให้พิจารณา โดยการปฏิเสธจากแพทย์จะต้องทำภายในเวลาไม่เกิน 10 วันนับจาก วันที่ได้รับคำขอ

คณะกรรมการรับรองและประเมินผลมีหน้าที่ในการตรวจสอบคำขอที่ส่งมาจาก แพทย์ผู้ดูแลเมื่อคณะกรรมการได้รับแจ้งคำขอจะต้องมีการประเมินจากฝ่ายผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และนักกฎหมายภายในสองวัน และภายในไม่เกินเจ็ดวันคณะกรรมการจะต้องมีมติตามคำขอหรือ ปฏิเสธคำขอในกรณีที่มีมติว่าคำขอไม่เหมาะสมให้นำคำขอดังกล่าวเข้าสู่คณะกรรมการชุดใหญ่เพื่อมี มติอีกครั้ง ถ้ามติกรรมการชุดใหญ่ให้ปฏิเสธคำขอ คำขอดังกล่าวจะต้องถูกส่งให้ศาลปกครองเพื่อ พิจารณาต่อไป

เมื่อมีมติอนุมัติคำขอผู้ป่วยสามารถเลือกแนวทางการยุติชีวิตได้ 2 วิธี อาจเลือกวิธีให้ แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ช่วยเหลือด้วยการให้ยาเพื่อยุติชีวิต หรือเลือกวิธีที่ผู้ป่วยรับ ไขสัณยาแล้วนำยามากินยาด้วยตนเองโดยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ให้การช่วยเหลือจนกว่า ผู้ป่วยจะเสียชีวิต การยุติชีวิตสามารถทำได้ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐ ภาคเอกชน และที่บ้านของ ผู้ป่วยเอง สิทธิการขอยุติชีวิตต้องเป็นสิทธิที่อยู่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูลการยุติชีวิตต้อง ถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยสถานพยาบาลมีหน้าที่เก็บข้อมูลดังกล่าว การตายที่เกิดขึ้นกฎหมายให้ถือ ว่าเป็นการตายโดยธรรมชาติ



ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรณขชาติ

	เนเธอร์แลนด์	เบลเยียม	โอเรกอน	สเปน	ไทย
ชื่อกฎหมาย	Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide	The Belgian Act on Euthanasia of May, 28 th 2002	The Oregon Death with Dignity Act Oregon Revised Statutes	The Organic Law Regulating Euthanasia	พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
ปีที่บังคับใช้ (พ.ศ.)	2545	2545	2537	2564	2550
วัตถุประสงค์	ออกแบบกฎหมายเพื่อให้สามารถช่วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้	ให้บุคคลสามารถทำคำขอเพื่อยุติชีวิตได้	ให้สิทธิแพทย์ในการยุติชีวิตโดยไม่ถือเป็นการฆาตกรรม	เพื่อให้บุคคลที่มีคุณสมบัติครบถ้วนได้สิทธิการตาย	ให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาไม่รับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้าย
คุณสมบัติผู้ขอ	- อายุมากกว่า 18 ปี (น้อยกว่า 18 ปี ญาติร่วมตัดสินใจ) - เจ็บป่วยระยะสุดท้าย	- ได้รับความทุกข์จากโรคที่รักษาไม่หาย - ชาติทั้งร่างกาย และจิตใจ - ไม่มีข้อกำหนดเรื่องอายุ	- เป็นประชากรของรัฐ - กำหนดอายุมากกว่า 18 ปี - บรรลุนิติภาวะ - เจ็บป่วยระยะสุดท้าย ไม่หายขาด	- มีสัญชาติสเปน หรืออยู่มากกว่า 12 เดือน - บรรลุนิติภาวะ (18 ปี) - แพทย์รับรองว่าป่วยระยะสุดท้าย	- ทุกคนสามารถทำหนังสือปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายได้ - ไม่ใช่กฎหมายการรณขชาติ
ความยินยอมของญาติ	ไม่ต้องการ	ไม่ต้องการ	ไม่ต้องการ ญาติต้องรับทราบ	ไม่ต้องการ ญาติต้องรับทราบ	ควรให้ญาติรับทราบ

ตารางที่ 4.2 สรุปขั้นตอนการทำการุณยฆาต

	เนเธอร์แลนด์	เบลเยียม	โอเรกอน	สเปน
รูปแบบคำขอ	- วาจาและทำ เป็นหนังสือ - คำขอครั้งเดียว	- หนังสือ - คำขอครั้ง เดียว	- หนังสือ - ทำคำขอ 2 ครั้ง ห่างกัน 15 วัน เว้นแต่จะเสียชีวิต ก่อน	- หนังสือ - ทำคำขอ 2 ครั้ง ห่างกัน 15 วัน เว้น แต่จะเสียชีวิตก่อน
การทำคำขอ	- ยื่นต่อแพทย์ ผู้ดูแล - ไม่มีทางเลือก อื่นที่เหมาะสม	- ยื่นต่อแพทย์ ผู้ดูแล แนะนำ การรักษา ประคับประคอง	- ยื่นต่อแพทย์ ผู้ดูแลพิจารณาว่า เข้าข่ายผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	- แพทย์ผู้รับผิดชอบ ทำความเข้าใจผู้ป่วย พิจารณาคำขอใน 2 วัน
แพทย์ที่ปรึกษา	เป็นแพทย์ที่ ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย โดยตรง ลง ความเห็นถึง ความเหมาะสม	เป็นแพทย์ที่ ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย โดยตรง ตรวจสอบ ประเมินซ้ำ ให้ ความเห็น	- ไม่เคยรักษา ผู้ป่วย - ทำคำยืนยันว่า เจ็บป่วยระยะ สุดท้าย ทำคำขอ โดยสมัครใจ	- แพทย์ผู้มีความรู้ เชี่ยวชาญในโรค ของผู้ป่วย - ไม่อยู่ในทีมดูแล ผู้ป่วย
พยานในคำขอ	- พยาน 2 คน - ผู้ปกครองกรณี ยังไม่บรรลุนิติ ภาวะ	- พยาน 2 คน โดย 1 คนต้อง ไม่มีส่วนได้เสีย กับการตาย	- พยาน 2 คน โดย 1 คนต้องไม่มีส่วน ได้เสียกับการตาย	- ไม่ได้ระบุ
คุณสมบัติ ผู้ทำคำขอ	ป่วยระยะ สุดท้ายได้สิทธิ	บุคคลที่ได้รับ มอบหมายทำ คำขอต่อหน้า แพทย์ผู้ดูแล	ไม่ควรมีใครถูก ปฏิเสธคำขอเพียง เพราะอายุ/ไร้ ความสามารถ	กลุ่มคนไร้ ความสามารถต้อง มีช่องทางที่ เหมาะสม
วิธีการทำ การุณยฆาต	ช่วยการฆ่าตัว ตาย	ออกใบสั่งยาให้ ผู้ป่วย	ออกใบสั่งยาให้ ผู้ป่วย	- ช่วยการฆ่าตัวตาย - ออกใบสั่งยาให้ ผู้ป่วย

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

	เนเธอร์แลนด์	เบลเยียม	ไอเรกอน	สเปน
การได้รับ อนุญาตให้ทำ การรณยฆาต	ทำได้เมื่อแพทย์ ผู้ดูแลและแพทย์ ที่ปรึกษาเห็น ตรงกัน	ทำได้เมื่อแพทย์ ผู้ดูแลและ แพทย์ที่ปรึกษา เห็นตรงกัน	ทำได้เมื่อแพทย์ ผู้ดูแลและแพทย์ ที่ปรึกษาเห็น ตรงกัน	เมื่อแพทย์ผู้ดูแลและ แพทย์ที่ปรึกษาเห็น ตรงกันแจ้ง คณะกรรมการ พิจารณา
การยกเลิกคำขอ	ทำได้ตลอดทุก เวลา	ทำได้ตลอดทุก เวลา	ทำได้ตลอดทุก เวลา	ทำได้ตลอดทุก เวลา
แหล่งค่าใช้จ่าย	ไม่ระบุ	กระทรวง สาธารณสุข	ไม่ระบุ	หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ
ความยินยอม ของญาติ	ไม่ต้องการ	ไม่ต้องการ	ไม่ต้องการ ญาติต้องรับทราบ	ไม่ต้องการ ญาติต้องรับทราบ
ความรับผิด ทางกฎหมาย	แก้กฎหมาย อาญา ม.293 เว้นความรับผิด อาญา	ยกเว้นความผิด อาญาเมื่อทำ ตามขั้นตอน กฎหมาย	การทำตาม กฎหมายนี้ไม่ถือ เป็นการฆาตกรรม	ยกเว้นความรับผิด ทางอาญา
การปฏิเสธการ ทำการรณยฆาต	ไม่ได้ระบุ	ไม่ได้ระบุ	สถานพยาบาล และบุคคลากร สามารถปฏิเสธไม่ เข้าร่วมการทำกา รณยฆาตได้	- แพทย์ปฏิเสธคำขอ ผู้ป่วยอุทธรณ์ต่อ กรรมการ - กรรมการปฏิเสธ คำขอต้องให้ศาล ปกครองพิจารณา

ตารางที่ 4.3 การควบคุมและกำกับดูแล

	เนเธอร์แลนด์	เบลเยียม	ไอเรกอน	สเปน
การกำกับดูแล	มีคณะกรรมการ ระดับภูมิภาค(นัก กฎหมาย แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้าน จริยธรรม)	คณะกรรมการ ควบคุมและประ เมินผล 16 คน (แพทย์ นัก กฎหมาย ผู้ดูแล ผู้ป่วย)	The Department of Human Services สุ่ม ตรวจการทำ การุณยฆาต	คณะกรรมการ รับรองและ ประเมินผล (แพทย์ นัก กฎหมาย) ตรวจ ความเห็นแพทย์
หน้าที่กรรมการ	กำกับติดตามการ ทำงานแพทย์/ ผิดปกติแจ้ง อัยการท้องถิ่น	ดูว่าปฏิบัติตาม ขั้นตอน กฎหมาย/ ผิดปกติแจ้ง อัยการพื้นที่	ภาครัฐสุ่มตรวจ สอบรายงานทำ ตามขั้นตอน กฎหมาย	ตรวจความเห็น แพทย์/สรุป ความเห็นใน 2 วัน
การตรวจสอบเมื่อ พบความผิดปกติ	อัยการท้องถิ่น	อัยการพื้นที่	อัยการรัฐ	ศาลปกครอง
กรณีละเมิด กฎหมาย	ผิดตามประมวล กฎหมายอาญา	ผิดตามกฎหมาย อาญา	ผิดอาญาและ ค่าเสียหายทาง แพ่ง	ลงโทษตาม chapter VI Of Title I of Law 14/1986(อาญา)

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

1. บทสรุป

รูปแบบสังคมไทยที่มีความเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางของการเป็นสังคมครอบครัวเดี่ยว และสังคมของผู้สูงอายุร่วมกับการมีพัฒนาการทางการแพทย์ที่ช่วยยืดความตายของคนไทยออกไปได้ ส่วนหนึ่งของคนที่เจ็บป่วยอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิง ภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และก็ยังไม่เสียชีวิตเพราะได้รับการประคับประคองจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงการตื่นตัวในเรื่องสิทธิการตายสำหรับสังคมไทยซึ่งเกิดขึ้นในอนาคตอย่างแน่นอน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสิทธิการตายหรือการุณยฆาตที่เคยมีการวิจัยในอดีต มีข้อสรุปที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันคือสิทธิการตายเป็นสิทธิที่ทุกคนมีอยู่ในตัวเอง แต่ยังไม่มีการวิจัยที่นำเสนอไปถึงรูปแบบกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับการุณยฆาตในประเทศไทย จากการศึกษากฎหมายการุณยฆาตจาก 4 ประเทศ ผู้วิจัยได้นำข้อดีข้อเสียของแต่ละประเทศนำมาปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของสังคมไทย และบริบทในทางสาธารณสุข การทำคำขอรุณยฆาตให้เฉพาะบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ในขณะที่ทำคำขอ ผู้ป่วยที่มีความสามารถทำคำขอได้ด้วยตนเอง ในกรณีไร้ความสามารถให้ญาติหรือผู้ดูแลเป็นผู้ทำคำขอ ให้คำขอได้รับการพิจารณาโดยแพทย์และคณะกรรมการฯ ในแต่ละเขตสุขภาพ การทำการุณยฆาตที่ได้รับการอนุมัติ ให้แพทย์ทำหน้าที่ออกใบสั่งยาที่ใช้สำหรับการยุติชีวิตให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยบริหารยาด้วยตนเอง ข้อมูลผู้ทำคำขอต้องถูกเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปใช้ทำได้เฉพาะในทางการแพทย์และเป็นข้อมูลในเชิงสถิติ

สิทธิในการตาย เป็นอีกสิทธิที่เป็นสิทธิในเนื้อตัวร่างกายซึ่งผู้ทำคำขอมีความประสงค์ที่จะใช้สิทธิของตนเองประสงค์ที่จะยุติความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยขอใช้คำกล่าวของ นาย เปรโต ซานเชส นายกรัฐมนตรีของประเทศสเปนที่ได้กล่าวในวันที่กฎหมายการุณยฆาตของสเปน ผ่านความเห็นชอบจากสภาผู้แทนราษฎรในวันที่ 17 ธันวาคม 2020 โดยเขาได้กล่าวว่า “กฎหมายฉบับนี้ถือเป็นชัยชนะทางสังคมอันยิ่งใหญ่ของประเทศ เสรีภาพของเราก้าวหน้าทั้งทางกฎหมายและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ในวันที่ข้างหน้าสังคมไทยจะเปิดรับเรื่องการใช้สิทธิในการมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและเสรีภาพในการตายอย่างมีศักดิ์ศรีด้วยเช่นกัน การได้มาซึ่งสิทธิและเสรีภาพในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ในทุกประเทศที่มีการใช้กฎหมายการุณยฆาตมักมีจุดเริ่มต้นจากการเรียกร้องสิทธิที่จะตายจากบุคคลที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย นำเรื่องของตนเองขึ้นเป็นกรณีเรียกร้องต่อ

ศาลยุติธรรมมีเวลาในการต่อสู้อย่างยาวนานก่อนจะมีการออกกฎหมายเพื่อรับรองสิทธิ และเสรีภาพในการตายอย่างสมศักดิ์ศรีในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 มีคนไทยที่ป่วยด้วยเนื้องอกในสมองเดินทางไปทำการุณยฆาตที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ได้โพสต์ในเฟสบุ๊คส่วนตัวก่อนรับการทำการุณยฆาต “ผมรู้สึกมีความสุขมากในตอนนี้ทั้งกับตัวเองที่ไม่ต้องเจ็บป่วยทรมานอีก และกับพ่อและแม่ที่ไม่ต้องลำบากต้องมาดูแลคนที่นอนเป็นผักในเวลาที่พ่อกับแม่ควรจะต้องอยู่อย่างสบายกายแล้ว” ข้อความนี้สร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปแบบของ “ร่างพระราชบัญญัติการทำการุณยฆาตของประเทศไทย พ.ศ.” โดยทำเป็นข้อเสนอแนะในหัวข้อ 5.2 ที่จะกล่าวต่อไป

2. ข้อเสนอแนะ

2.1 รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการทำการุณยฆาตของประเทศไทย

จากการศึกษากฎหมายการทำการุณยฆาตจากทั้ง 4 ประเทศมีรูปแบบกฎหมายที่เป็นการทำการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) ในขณะที่กฎหมายของประเทศไทยมีเพียงมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่วางหลักให้บุคคลสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อการยื้อการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้เท่านั้น หนังสือแสดงเจตนาอนุญาตให้แพทย์ตัดการรักษาบางอย่างตาม que ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้ ซึ่งเข้าได้กับคำจำกัดความของการุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) แต่ถ้าเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาเอาไว้ ในทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตแพทย์ผู้ดูแลและปรึกษาผู้ป่วย ญาติและผู้เกี่ยวข้องเพื่อทำหนังสือคำสั่งล่วงหน้า (Advanced care plan) เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาแบบประคับประคองให้กับผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งเนื้อหาในคำสั่งล่วงหน้ามักเป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับการตัดการรักษาบางอย่างที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดความตายของผู้ป่วยเท่านั้น ในมุมมองของผู้วิจัยถือได้ว่าหนังสือคำสั่งล่วงหน้าเป็นการทำการุณยฆาตเชิงรับที่ไม่ได้มีกฎหมายรองรับ ถือได้ว่าเป็นความเสี่ยงของแพทย์ผู้ดูแลโดยเฉพาะในกรณีที่ความเห็นของญาติหรือผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยในครั้งนี้เพื่อสร้างรูปแบบกฎหมายที่เหมาะสมในกรณีที่ในอนาคตประเทศไทยจะต้องมีกฎหมายการุณยฆาตเชิงรุกตามรูปแบบสังคมที่มีความเปลี่ยนแปลงไป ผู้วิจัยจึงได้เสนอแนวทางกฎหมายที่เหมาะสมโดยปรับจากข้อดีของกฎหมายต่างประเทศทั้งสี่ประเทศให้เข้าได้กับบริบทของสังคมไทย โดยผู้วิจัยได้แบ่งแนวทางของกฎหมายที่เหมาะสมเป็นสามส่วน โดยขั้นตอนที่หนึ่งเป็นขั้นตอนก่อนการทำการุณยฆาต ขั้นตอนที่สองเป็นขั้นตอนที่เข้าสู่กระบวนการทำการุณยฆาต ขั้นตอนที่สามเป็นขั้นตอนกำกับติดตามหลังการทำการุณยฆาต และนำแนวทางที่

เหมาะสมเขียนเป็น “ร่างพระราชบัญญัติการทำการรณยฆาตของประเทศไทย พ.ศ.” ในบทที่ 5 ต่อไป

2.1.1 ขั้นตอนก่อนการทำคำขอการรณยฆาต

- ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่จะทำคำขอการรณยฆาตกฎหมายจากทุกประเทศ เป็นไปในแนวทางเดียวกันคือต้องเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วย เทคโนโลยีการแพทย์ในวันที่มีการทำคำขอ ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ กฎหมายการรณยฆาตของทั้ง 4 ประเทศมีความเห็นในเรื่องคุณสมบัติของผู้ทำคำขอไปในทิศทางเดียวกันและตรงกับข้อเท็จจริงที่ควรจะเป็นผู้วิจยจึงใช้คุณสมบัตินี้เป็นข้อความที่ใช้กำหนดคุณสมบัติของผู้ทำคำขอเพื่อการทำการรณยฆาต

- การกำหนดเรื่องความเป็นประชากรของประเทศไทยเป็นเงื่อนไขที่จะขอทำการรณยฆาตได้จะช่วยให้ประเทศไทยไม่เป็นที่คนเดินทางมาเพื่อการยุติชีวิต แต่ขณะเดียวกัน สิทธิการตายเป็นสิทธิในเนื้อตัวร่างกายเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานซึ่งบุคคลไม่ควรถูกจำกัดด้วยเหตุผลด้านเชื้อชาติ ผู้วิจยจึงเสนอความเห็น “บุคคลที่มีสิทธิในการยื่นคำขอต้องเป็นประชากรของประเทศไทยหรือมีถิ่นพำนักอาศัยในประเทศไทยนานเกินกว่าหนึ่งปี” วัตถุประสงค์คือประชากรไทยที่เป็นผู้มีสิทธิในการทำคำขอควรได้รับสิทธินั้นจากการเป็นประชากรไทย และเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบในลักษณะที่มีการใช้ดินแดนของประเทศไทยเป็นพื้นที่ในการทำคำขอการรณยฆาตในกรณีของบุคคลที่ไม่ได้เป็นประชากรของประเทศไทยการกำหนดระยะเวลาที่ 1 ปีถือได้ว่าเป็นระยะเวลาที่คาดได้ว่าบุคคลดังกล่าวไม่ได้เข้ามาพำนักอาศัยในประเทศไทยเพื่อวัตถุประสงค์ในการทำการรณยฆาต

- คุณสมบัติอื่นๆ ที่ควรมีระบุในกฎหมายได้แก่ “ผู้ทำคำขอต้องเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ ในขณะที่ทำคำขอ การทำคำขอเป็นไปด้วยความสมัครใจไม่ได้เกิดจากการถูกบังคับขู่เข็ญ ไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิต โรคทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า หรือเกิดจากปัจจัยภายนอกอย่างอื่น” ในกรณีนี้ความเห็นในทางกฎหมายของทุกประเทศเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

- ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้หรือไม่สามารถทำคำขอได้ด้วยตนเอง เพราะสภาวะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เห็นควรให้บุคคลที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดหรือญาติสามารถทำคำขอได้ โดยให้ทำคำร้องขอเป็นหนังสือที่ระบุความยินยอมของญาติที่เกี่ยวข้อง โดยใช้รูปแบบเดียวกับความยินยอมที่ให้ในคำร้องจัดตั้งผู้จัดการมรดกตามแบบประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ โดยข้อเท็จจริงแล้วบุคคลไม่ควรถูกปฏิเสธคำขอยุติชีวิตด้วยเหตุผลเรื่องอายุและความสามารถตามที่มีการวางหลักไว้ในกฎหมายของรัฐโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา

- ในการทำคำร้องขอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ทำคำขอมีเจตนาที่จะทำคำขอเพื่อการยุติชีวิตอย่างจริงจัง กฎหมายควรกำหนดให้ “ต้องมีการทำคำขอซ้ำเป็นครั้งที่สองห่างจากการทำขอครั้งแรกเป็นระยะเวลา 15 วัน” ในประเด็นนี้กฎหมายของรัฐโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา

และกฎหมายของประเทศสเปนกำหนดให้มีการทำคำขอครั้งที่สองห่างจากครั้งแรก 15 วัน โดยมีข้อกำหนดให้สามารถทำคำขอครั้งที่สองได้เร็วขึ้นในกรณีที่ผู้ทำคำขออาจเสียชีวิตเร็วกว่า 15 วัน ถ้าเป็นกรณีตามนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าผู้ทำคำขอควรเข้าสู่กระบวนการการรักษาแบบประคับประคองเพื่อควบคุมอาการที่รบกวน เพราะระยะเวลาที่ผู้ทำคำขอมีโอกาที่จะเสียชีวิตก่อนการทำคำขอครั้งที่สองเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้นสามารถอาศัยกระบวนการดูแลแบบประคับประคองเพื่อควบคุมอาการที่ก่อความรบกวนให้กับผู้ทำคำขอได้ และกระบวนการดูแลแบบประคับประคองถือได้ว่าเป็นบางส่วนของ การทำการุณยฆาตเชิงรับ

- กฎหมายของประเทศสเปนมีข้อกำหนดให้ผู้ทำคำขอต้องผ่านกระบวนการดูแลรักษาแบบประคับประคองมาก่อนที่จะทำคำขอ เมื่อผ่านการดูแลแบบประคับประคองแล้วไม่สามารถควบคุมอาการจากการเจ็บป่วยทุกข์ทรมานได้ หรือยังมีความประสงค์ที่ขอยุติชีวิตจึงจะดำเนินการตามกฎหมายการุณยฆาตได้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าก่อนทำคำร้องขอเป็นหนังสือแพทย์ผู้ดูแล ต้องให้คำปรึกษากับผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโรคและคาดการณ์ระยะเวลาที่เหลือในการมีชีวิตของผู้ป่วยแพทย์ต้องให้คำแนะนำการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ให้คำแนะนำการควบคุมอาการปวด เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยก่อนทำคำร้องขอ

- การทำคำขอในกรณีที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมายไทย สามารถทำคำขอได้ด้วยตนเองโดยให้ผู้ปกครองยินยอม เมื่อพิจารณาจากพัฒนาการทางกฎหมายการุณยฆาตของทั้ง 4 ประเทศข้อกำหนดเรื่องอายุถูกปรับให้ไม่มีข้อจำกัดเรื่องอายุ กรณีอายุยังไม่บรรลุนิติภาวะสามารถทำคำขอได้โดยมีผู้ปกครองให้ความยินยอม

2.1.2 ขั้นตอนการทำคำขอการุณยฆาต

- การทำคำขอจะต้องทำเป็นหนังสือที่มีการลงลายมือชื่อและวันที่ทำคำขอ ในกรณีที่ผู้ทำคำขอมีข้อจำกัดในเรื่องของภาวะทางร่างกายหรือภาวะทางสุขภาพที่ไม่อาจลงลายมือชื่อได้ด้วยตนเองใช้การบันทึกด้วยวิธีการอื่น หรือให้บุคคลอื่นที่บรรลุนิติภาวะมีความเกี่ยวข้องกับผู้ทำคำขอลงลายมือชื่อต่อหน้าผู้ทำคำขอ และให้ระบุสาเหตุที่ผู้ทำคำขอไม่สามารถลงนามได้ด้วยตนเอง

- ในวันทำคำขอต้องมีพยานลงชื่อสองคนต่อหน้าผู้ป่วย ให้พยานลงชื่อเมื่อมั่นใจผู้ทำคำขอทำคำขอด้วยความสมัครใจ ไม่ได้ถูกบังคับให้ลงชื่อ โดยพยานคนหนึ่งจะต้องไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียกับการเสียชีวิตของผู้ทำคำขอ กฎหมายการุณยฆาตของ 3 ประเทศคือ เนเธอร์แลนด์ เบลเยียม และรัฐโอเรกอน กำหนดให้มีพยานลงนามสองคนโดยหนึ่งในสองของพยานต้องไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในการเสียชีวิตของผู้ทำคำขอ

- ผู้ทำคำขอจะเพิกถอนคำขอหรือขอเลื่อนระยะเวลาการทำการุณยฆาตออกไปก่อนเมื่อใดก็ได้ ห้ามมิให้แพทย์ดำเนินกระบวนการทำการุณยฆาตอีกต่อไป สอดคล้องกับกฎหมายการุณยฆาตของทั้งสี่ประเทศที่ผู้ทำคำขอสามารถเพิกถอนหรือขอเลื่อนระยะเวลาออกไปก่อนได้

- เอกสารคำขอต้องเก็บไว้ในเวชระเบียนผู้ทำคำขอพร้อมทั้งให้สำเนาเก็บไว้กับผู้ทำคำขอ
- แพทย์ผู้ดูแลเมื่อได้รับคำขอครั้งที่สองจะต้องสรุปประวัติการรักษาลงในเวชระเบียน และสำเนาคำขอทำการอนุญาตให้กับแพทย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เห็นภายใน 2 วัน นับแต่ได้คำขอครั้งที่สอง
- แพทย์ที่ปรึกษาต้องประเมินผู้ป่วยตรวจสอบเวชระเบียน และให้แสดงความเห็นเพื่อให้คำยืนยันว่าผู้ทำคำขอเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การทำคำขอเป็นไปโดยสมัครใจ ไม่ได้เกิดจากอาการทางจิต ความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช หรือมีภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งผลให้ผู้ทำคำขออาจมีการตัดสินใจที่ผิด พลาด
- ให้แพทย์ที่ปรึกษาส่งความเห็นภายในหลังจากการประเมินผู้ทำคำขอให้กับแพทย์ผู้ดูแลภายในห้าวันหลังได้รับคำปรึกษา
- ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยแบ่งการดูแลประชาชนเป็นเขตสุขภาพทั้งหมด 13 เขต ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการทำการอนุญาตควรมีการตรวจสอบ และควบคุมกำกับโดยใช้พื้นที่เขตสุขภาพทั้ง 13 เขต ให้มี “คณะกรรมการควบคุมและกำกับติดตามการทำการอนุญาตประจำเขตสุขภาพที่....” วัตถุประสงค์เพื่อให้ตรวจสอบและมีมติอนุมัติให้ทำการอนุญาตได้
- เมื่อแพทย์ผู้ดูแลได้รับสรุปความเห็นจากแพทย์ที่ปรึกษาให้ส่งความเห็นให้คณะกรรมการควบคุมและกำกับติดตามการทำการอนุญาตประจำเขตสุขภาพ เพื่อให้มีมติอนุมัติให้ทำการอนุญาตได้หรือให้ยกคำขอภายใน 5 วันโดยใช้เสียงส่วนใหญ่ของคณะกรรมการ
- เมื่อคณะกรรมการมีมติอนุมัติให้ทำการอนุญาตได้ตามคำขอให้แพทย์ผู้ดูแลออกใบสั่งยาให้กับผู้ทำคำขอเพื่อไปรับยาจากเภสัชกรผู้รับผิดชอบ
- เมื่อผู้ทำคำขอได้รับยาที่ใช้การยุติชีวิตผู้ทำคำขอสามารถเลือกสถานที่ที่ตนเองประสงค์จะใช้ในการยุติชีวิตซึ่งอาจเป็นที่พักอาศัยของผู้ทำคำขอ ญาติ หรือในสถานพยาบาล ทั้งนี้ห้ามมิให้ผู้ทำคำขอเลือกยุติชีวิตในสถานที่สาธารณะ รวมถึงไม่ให้มีการเผยแพร่การยุติชีวิตผ่านสื่อต่างๆ ในทุกวิถี
- ในกรณีที่ผู้ทำคำขอเสียชีวิตหลังการได้รับยา ให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นผู้ออกหนังสือรับรองการตายโดยให้ถือว่าการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นเป็นการเสียชีวิตตามธรรมชาติ และไม่ให้การเสียชีวิตของผู้ทำคำขอเป็นข้อห้ามของการรับสิทธิประโยชน์จากการประกันชีวิตของผู้ทำคำขอ
- บุคคลผู้เกี่ยวข้องในขั้นตอนการทำการอนุญาตถ้าได้ปฏิบัติตามขั้นตอนในกฎหมายนี้ ไม่ต้องรับผิดชอบทั้งในทางแพ่ง ทางอาญา และมีให้สภาวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องลงโทษบุคลากรเพราะการปฏิบัติตามกฎหมายนี้

2.1.3 รูปแบบและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการฯ

- พิจารณาจากกฎหมายของทั้ง 4 ประเทศพบว่ามีการกำหนดให้มีคณะกรรมการ ทั้งในระดับภูมิภาคและในระดับประเทศโดยองค์ประกอบของคณะกรรมการที่กำกับดูแลและมีแพทย์ และนักกฎหมายเป็นกรรมการหลัก บางประเทศให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรม หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเข้า ร่วมเป็นคณะกรรมการด้วย สำหรับกฎหมายไทยผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรมีคณะกรรมการฯ ประกอบด้วยแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในเขตพื้นที่นั้นทั้งภาครัฐและภาคเอกชนจำนวน 4 คน ผู้ประกอบวิชาชีพทางกฎหมาย 4 คน ทั้ง 8 คนคัดเลือกประธาน รองประธาน ให้ประธานมีสิทธิออก เสียงอีกครั้งกรณีมีเสียงเท่ากัน คณะกรรมการมีวาระครั้งละ 4 ปี วิธีการคัดเลือกให้กำหนดโดยที่ ประชุมร่วมของปลัดกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงยุติธรรม

- กฎหมายของเนเธอร์แลนด์ เบลเยียม และรัฐโอเรกอนให้บทบาทของ คณะกรรมการ ทำหน้าที่ในการกำกับติดตามการทำงานของแพทย์ ให้ตรวจสอบว่ามีการปฏิบัติตาม ขั้นตอนของกฎหมายหากพบความผิดปกติจะมีการรายงานให้อัยการในพื้นที่รับทราบเพื่อดำเนินการ ตามขั้นตอนทางกฎหมายอาญา โดยคณะกรรมการไม่ได้มีหน้าที่ในการอนุญาตให้มีการทำการุณยฆาตได้ แต่ประเทศสเปนกำหนดให้คณะกรรมการทำหน้าที่ในการรับรองความเห็นของแพทย์ก่อนอนุญาตให้มี การทำการุณยฆาตได้ สำหรับกฎหมายของประเทศไทยผู้วิจัยมีความเห็นว่าคณะกรรมการฯ มีหน้าที่ ตรวจสอบคำขอว่าดำเนินการถูกต้องตามเงื่อนไขและขั้นตอนของกฎหมายจากนั้นให้นำคำขอเข้าสู่การ พิจารณา ในกรณีที่มีข้อสงสัยสามารถเรียกให้แพทย์ผู้ดูแลเข้ามาชี้แจงก่อนการมีมติจากที่ประชุม คณะกรรมการฯ เมื่อคณะกรรมการฯ ได้มีมติ ให้ส่งต่อแพทย์ผู้ดูแลเพื่อดำเนินการขั้นตอนต่อไปภายใน 2 วันนับแต่ประธานคณะกรรมการฯ ลงนาม

- ห้ามมิให้คณะกรรมการฯ เปิดเผยข้อมูลคำขอที่เป็นข้อมูลรายบุคคล โดยคณะกรรมการทั้งหมดมีหน้าที่เก็บข้อมูลเป็นความลับ การเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะทำได้เฉพาะ การเปิดเผยข้อมูลในเชิงสถิติเพื่อนำไปสู่การศึกษาวิจัยเท่านั้น ในข้อนี้กฎหมายทั้ง 4 ฉบับเป็นไปใน ทิศทางเดียวกันคือให้คณะกรรมการเปิดเผยได้เฉพาะข้อมูลในเชิงสถิติเท่านั้น

- กรณีคณะกรรมการฯ มีมติไม่อนุมัติตามคำขอ ผู้ทำคำขอหรือแพทย์ผู้ดูแล สามารถอุทธรณ์มติของคณะกรรมการฯ ต่ออัยการในพื้นที่รับผิดชอบได้ ให้อัยการมีคำวินิจฉัยภายใน 30 วันนับแต่ได้รับคำอุทธรณ์ คำวินิจฉัยของอัยการให้เป็นที่สุด มีเฉพาะกฎหมายของประเทศสเปน เท่านั้นที่กำหนดให้การอุทธรณ์คำขอทำกับศาลปกครอง กฎหมายอีก 3 ฉบับที่เหลือให้อุทธรณ์คำขอ กับอัยการในพื้นที่ ผู้วิจัยกำหนดให้กฎหมายไทยอุทธรณ์คำขอกระทำต่ออัยการของพื้นที่เพื่อให้ กระบวนการในการทำขอมีความรวดเร็วว่าการอุทธรณ์ต่อศาลปกครอง

- ประธานคณะกรรมการฯ จากทุกเขตสุขภาพทั้ง 13 คน ให้เป็น “คณะกรรมการ กลางควบคุมและกำกับติดตามการทำการุณยฆาตแห่งชาติ” โดยให้คณะกรรมการกลางฯ มีบทบาท

หน้าที่ในการกำกับดูแลการทำการรณยฆาตในภาพรวม และให้มีอำนาจในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลง กฎเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับการทำการรณยฆาต ให้มีหน้าที่ทำรายงานในภาพรวมการปฏิบัติตาม กฎหมายฉบับนี้โดยทำเป็นรายงานประจำปีเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

ร่างกฎหมายฉบับนี้มีความจำเป็นต้องใช้ระบบคณะกรรมการเพื่อให้อำนาจในการตรวจสอบและมีคำสั่งอนุมัติให้มีการทำการรณยฆาต จึงมีประเด็นต้องพิจารณาเพิ่มตามรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 77 ที่บัญญัติว่า “รัฐพึงจัดให้มีกฎหมายเพียงเท่าที่จำเป็น และยกเล็ก หรือปรับปรุงกฎหมายที่หมดความจำเป็นหรือไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์ หรือที่เป็นอุปสรรคต่อการ ดำรงชีวิตหรือการประกอบอาชีพโดยไม่ชักช้าเพื่อไม่ให้เป็นภาระแก่ประชาชน และดำเนินการให้ ประชาชนเข้าถึงตัวบทกฎหมายต่าง ๆ ได้โดยสะดวกและสามารถเข้าใจกฎหมายได้ง่ายเพื่อปฏิบัติตาม กฎหมายได้อย่างถูกต้อง

ก่อนการตรากฎหมายทุกฉบับ รัฐพึงจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของ ผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากกฎหมายอย่างรอบด้านและเป็นระบบ รวมทั้ง เปิดเผยผลการรับฟังความคิดเห็นและการวิเคราะห์นั้นต่อประชาชน และนำมาประกอบการพิจารณา ในกระบวนการตรากฎหมายทุกชั้นตอน เมื่อกฎหมายมีผลใช้บังคับแล้ว รัฐพึงจัดให้มีการประเมินผล สัมฤทธิ์ของกฎหมายทุกกรอบระยะเวลาที่กำหนด โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย เพื่อพัฒนากฎหมายทุกฉบับให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป

รัฐพึงใช้ระบบอนุญาตและระบบคณะกรรมการในกฎหมายเฉพาะกรณีที่เป็น จำเป็น พึงกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ของรัฐและระยะเวลาในการดำเนินการตาม ชั้นตอนต่าง ๆ ที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย ให้ชัดเจน และพึงกำหนดโทษอาญาเฉพาะความผิดร้ายแรง ”

ในวรรคสามของรัฐธรรมนูญมาตรา 77 วางหลักให้มีการใช้รูปแบบคณะกรรมการ ในกฎหมายเฉพาะในกรณีจำเป็น และต่อมาพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการ ประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 โดยในมาตรา 5 วางหลักให้หน่วยงานรัฐพึงจัดให้มี กฎหมายเท่าที่จำเป็น⁵⁴ และในมาตรา 21 (6) ไม่ใช่ระบบคณะกรรมการ เว้นแต่เพื่อกำหนดนโยบาย หรือกำกับ หรือกำหนดหลักเกณฑ์ หรือเพื่อการอื่นที่จำเป็น ทั้งนี้ ในกรณีที่นำระบบคณะกรรมการมา ใช้ให้ระบุให้ชัดเจนด้วยว่ามติของคณะกรรมการผูกพันหน่วยงานที่มีผู้แทนเป็นกรรมการโดยตำแหน่งด้วย

ในประเด็นเรื่องการเสนอ “ร่างพระราชบัญญัติการทำการรณยฆาตของ ประเทศไทย พ.ศ.” ที่ผู้วิจัยได้นำเสนอในครั้งนี้นี้ถือได้ว่าเป็นกฎหมายจัดให้มีขึ้นมาใหม่สามารถ อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการจัดทำให้มีกฎหมายฉบับนี้จากข้อความที่ได้นำเสนอมาในบทวิจัย

⁵⁴ มาตรา 5 วรรค 1 หน่วยงานของรัฐพึงจัดให้มีกฎหมายเพียงเท่าที่จำเป็น และยกเล็กหรือปรับปรุง กฎหมายที่หมดความจำเป็นหรือไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์ หรือที่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตหรือ การประกอบ อาชีพ โดยไม่ชักช้าเพื่อไม่ให้เป็นภาระแก่ประชาชน

ก่อนหน้า ซึ่งผู้วิจัยขอสรุปได้ดังนี้คือ “สิทธิและเสรีภาพในการตายถือได้ว่าเป็นสิทธิในเนื้อตัวร่างกาย โดยแท้ยังไม่ได้มีรูปแบบกฎหมายที่ชัดเจน การปล่อยให้บุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และไม่สามารถบรรเทาจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมานได้กับแนวทางการรักษาแบบประคับประคอง กฎหมายฉบับนี้ถือได้ว่าทำให้คนสามารถกำหนดการตายของตนเองได้อย่างมีศักดิ์ศรี” เป็นเหตุผลในการอธิบายความจำเป็นในการจัดให้มีกฎหมายฉบับนี้ตามมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562

ในกรณีตามมาตรา 21 (6) ของพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 ที่วางหลักว่าไม่ให้มีระบบคณะกรรมการ เว้นแต่จะอธิบายเหตุผลความจำเป็นตามมาตรา 21 (6) ได้ ผู้วิจัยได้อ้างอิงถึงเอกสาร “ข้อมูลเบื้องต้นประกอบการพิจารณาเกี่ยวกับการใช้ระบบคณะกรรมการในกฎหมาย” ซึ่งจัดทำโดยคณะทำงานศึกษาและยกร่างหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการนำระบบคณะกรรมการมาใช้ในกฎหมาย ได้มีการให้คำแนะนำในกรณีกฎหมายต้องมีรูปแบบคณะกรรมการ โดยได้วางหลักเบื้องต้นดังนี้ คณะกรรมการที่ตั้งขึ้นต้องไม่ถูกทำให้เป็นผู้บริหารงานโดยตรงหรือรับผิดชอบต่อการบริหารงานโดยตรง คณะกรรมการไม่ควรมีหน้าที่หรืออำนาจซ้ำซ้อนกับหน่วยงานหรือคณะกรรมการอื่น ไม่ทำให้การให้บริการประชาชนหรือการปฏิบัติหน้าที่ราชการเกิดขึ้นตอนมากขึ้นหรือเกิดความล่าช้า มีการกำหนดให้นายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรีจำนวนมาร่วมเป็นกรรมการด้วย การมีคณะกรรมการทำให้เกิดผลเป็นการเบี่ยงเบนความรับผิดชอบในผลของการกระทำได้โดยง่าย เป็นการตัดอำนาจหรือดำเนินการแทนคณะรัฐมนตรี ในกรณีที่กฎหมายมีความจำเป็นต้องมีรูปแบบคณะกรรมการไม่ควรกำหนดให้นายกรัฐมนตรีเป็นกรรมการ ให้มีกรรมการโดยตำแหน่งเท่าที่จำเป็น กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิให้มีเท่าที่จำเป็นและให้กำหนดบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านนั้นๆ การแต่งตั้งคณะกรรมการต้องไม่เป็นการเพิ่มพระราชภาระ ไม่แต่งตั้งบุคคลซึ่งมีลักษณะการขัดกันแห่งผลประโยชน์

เมื่อได้นำหลักตามมาตรา 21 (6) ของพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 และคำแนะนำที่จัดทำโดยคณะทำงานศึกษาและยกร่างหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการนำระบบคณะกรรมการมาใช้ในกฎหมาย มาปรับใช้กับ “ร่างพระราชบัญญัติการทำการุณยฆาตของประเทศไทย พ.ศ.” จะพบว่าร่างกฎหมายฉบับนี้จำเป็นต้องมีรูปแบบคณะกรรมการเพื่อตรวจสอบและให้ความเห็นเกี่ยวกับการทำคำขอยุติชีวิตที่ผ่านขั้นตอนการทำคำขอที่ได้รับการประเมินเบื้องต้นจากแพทย์ผู้ดูแลและแพทย์ที่ปรึกษา และเพื่อให้กระบวนการได้รับการตรวจสอบในลำดับขั้นที่สองโดยคณะกรรมการที่เป็นทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านกฎหมายและทางด้านกฎหมาย ทั้งยังจะช่วยลดความเสี่ยงจากการที่อาจจะกล่าวได้ว่าใช้ความเห็นของแพทย์เพียงสองคนก็สามารถตัดสินใจให้การยุติชีวิตสามารถเกิดขึ้นได้ในสังคมไทย และรูปแบบคณะกรรมการที่กำหนดขึ้นตามร่างกฎหมายฉบับนี้ไม่ได้ทำให้คณะกรรมการเป็นผู้บริหารงาน

โดยตรง ไม่ได้ทำหน้าที่ซ้ำซ้อนกับคณะกรรมการชุดอื่นหรือหน่วยงานอื่น แม้การมีคณะกรรมการจะทำให้ขั้นตอนการทำคำขอเพิ่มขึ้นแต่ก็มีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดให้คณะกรรมการมีบทบาทหน้าที่ในการตรวจสอบ

2.2 ร่างพระราชบัญญัติ

ร่างพระราชบัญญัติการทำการุณยฆาตของประเทศไทย พ.ศ.

บันทึกหลักการและเหตุผล

ประกอบร่างพระราชบัญญัติการทำการุณยฆาตของประเทศไทย พ.ศ.

หลักการ

ให้มีกฎหมายว่าด้วยการทำการุณยฆาตของประเทศไทย

เหตุผล

เนื่องด้วยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมาตรา 28 วรรคหนึ่งบัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย” และในมาตรา 25 ยังได้มีการวางหลักว่า “การใช้สิทธิหรือเสรีภาพที่ไม่กระทบ กระเทือนหรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐ ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และไม่ละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลอื่น บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพที่จะกระทำการนั้นได้และได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ” ประกอบกับการที่ศาลรัฐธรรมนูญมีคำวินิจฉัยที่ 4/2563 ว่า ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 301 ขัดต่อรัฐธรรมนูญมาตรา 28 ที่ให้ความสำคัญกับสิทธิในเนื้อตัวร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ ถือได้ว่าเป็นพัฒนาการทางด้านกฎหมายที่ทำให้สิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายมีพัฒนาการที่เพิ่มขึ้นอีกขั้นหนึ่ง การมีขึ้นของกฎหมายการุณยฆาตในประเทศไทยทำให้พัฒนาการด้านสิทธิเสรีภาพในชีวิต และร่างกายมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นตั้งแต่บุคคลถือกำเนิดจนถึงเชิงตะกอน

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ คือ การที่ประเทศไทยได้มีรูปแบบของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีผลทำให้มีบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ตลอดจนวิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์ได้มีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว บางอย่างเป็นไปเพียงยึดการตายไม่ได้ยึดการมีชีวิตอยู่มีผลให้มีผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น ในกรณีที่บุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ในขณะทำคำขอยุติชีวิต ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากภาวะเจ็บป่วยที่ตนเองได้ประสบอยู่ การขอใช้สิทธิเพื่อยุติชีวิตของตนเอง ภายหลังที่บุคคลได้รับการรักษาทั้งทางตรงและการรักษาแบบประคับประคองแล้วบุคคลนั้นยังมีความประสงค์ที่จะขอยุติชีวิตตนเองด้วยการทำการุณยฆาต จึงเป็นสิทธิที่สามารถทำได้

“คณะกรรมการฯ” หมายความว่าถึง คณะกรรมการควบคุมและกำกับติดตามการทำการุณยฆาตประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๓ และให้รวมถึงคณะกรรมการกลางที่ตั้งขึ้นจากประธานของทุกเขตสุขภาพ มาตรา ๔ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้และมีอำนาจออกกฎกระทรวงเพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ กฎกระทรวงนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้

หมวด ๑

การทำคำขอและการพิจารณาคำขอ

มาตรา ๕ บุคคลที่จะทำคำขอการุณยฆาตต้องเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ทั้งต้องแสดงให้เห็นถึงการได้รับความทุกข์ทรมานต่อตนทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ขณะทำคำขอต้องมีสติสัมปชัญญะทำคำขอด้วยความสมัครใจไม่ได้เกิดจากการถูกบังคับขู่เข็ญ ไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิต โรคทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า โดยทำคำขอเป็นหนังสือส่งให้กับแพทย์ผู้ดูแล

ถ้าผู้มีความสามารถทำคำขอไม่สามารถแสดงเจตนาด้วยตนเองเนื่องจากไม่มีสติสัมปชัญญะไม่สามารถแสดงเจตนาด้วยตนเองด้วยเหตุผลเกี่ยวกับความสามารถ ให้บุคคลที่เป็นผู้ปกครองหรือญาติผู้ดูแลแสดงเจตนาแทนผู้มีสิทธิทำคำขอได้

มาตรา ๖ ผู้ทำคำขอจะต้องมีคุณสมบัติอื่น

- (๑) บรรลุนิติภาวะ กรณียังไม่บรรลุนิติภาวะให้ผู้ปกครองให้ความยินยอมหรือแสดงเจตนาแทนได้
- (๒) มีสัญชาติไทย หรือเป็นผู้มีภูมิลำเนาในประเทศไทยเกินกว่า ๑ ปี

มาตรา ๗ ผู้ทำคำขอทำเอกสารเป็นหนังสือ ลงลายมือชื่อ วัน เดือน ปี ที่ทำหนังสือ และให้มีรายชื่อพยาน ๒ คน พยานลงลายมือชื่อรับรองลายมือชื่อผู้ทำคำขอ โดยหนึ่งในพยานต้องไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในความตายของผู้ทำคำขอ แพทย์ผู้ดูแลไม่มีสิทธิลงชื่อในฐานะพยาน

มาตรา ๘ การทำคำขอให้ทำคำขอ ๒ ครั้งห่างกันมากกว่า ๑๕ วัน คำขอให้ยื่นกับแพทย์ผู้ดูแล ให้แพทย์ผู้ดูแลพิจารณาคำขอให้แล้วเสร็จภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังได้รับคำขอครั้งที่ ๒

แพทย์ผู้ดูแลพิจารณาได้ว่าผู้ทำคำขอเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ให้แพทย์ผู้ดูแลทำหนังสือสรุปการรักษาที่มีประวัติความเจ็บป่วย ประวัติการรักษาที่ได้รับ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจทางรังสีวิทยา พยาการณโรค ผลการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ให้ส่งมอบหนังสือสรุปการรักษาให้กับแพทย์ที่ปรึกษา

แพทย์ที่ปรึกษาพิจารณาเอกสารสรุปการรักษาและให้สรุปผลการพิจารณาภายใน ๕ วันกรณีสรุปผลว่าผู้ทำคำขอเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ให้ถือว่าความเห็นแพทย์ผู้ดูแลและแพทย์ที่ปรึกษาเห็นตรงกันว่าผู้ทำคำขอมีคุณสมบัติทำการุณยฆาตได้

ถ้าแพทย์ที่ปรึกษามีความเห็นว่าคุณทำคำขอไม่ได้มีภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ให้ทำความเห็นปฏิเสธคำขอทำการุณยฆาตพร้อมแสดงเหตุผลส่งให้แพทย์ผู้ดูแล

มาตรา ๙ กรณีที่มีการปฏิเสธคำขอเนื่องจากผู้ทำคำขอยังไม่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย ให้แพทย์ผู้ดูแลให้คำแนะนำ หรือดำเนินการเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และให้คำแนะนำหรือดำเนินการเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนากำหนดการรักษาเมื่อเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย และให้ถือว่าหนังสือแสดงเจตนาใช้แทนคำขอการุณยฆาตครั้งที่ ๑ เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

ถ้าผู้ทำคำขอหรือบุคคลที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายเลือกแนวทางการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ถ้ามีการแสดงเจตนาที่จะปฏิเสธการรักษาบางอย่างให้ถือว่าแพทย์ผู้ดูแลที่ทำตามความประสงค์

มาตรา ๑๐ ผู้คำขอจะเพิกถอนคำขอหรือขอเลื่อนระยะเวลาทำการุณยฆาตออกไปก่อนเมื่อใดก็ได้ห้ามมิให้แพทย์ดำเนินการกระบวนการทำการุณยฆาตอีกต่อไป

มาตรา ๑๑ ให้ส่งมติความเห็นของแพทย์ผู้ดูแล และแพทย์ที่ปรึกษาให้คณะกรรมการควบคุมและกำกับติดตามทำการุณยฆาตประจำเขตสุขภาพเพื่อให้มีมติต่อไป

หมวด ๒

การควบคุมและกำกับติดตาม

มาตรา ๑๒ ให้มีคณะกรรมการฯ โดยคณะกรรมการให้มีตามการแบ่งเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง ๑๓ เขต คณะกรรมการประกอบด้วยแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในเขตสุขภาพนั้นทั้งภาครัฐและภาคเอกชนจำนวน ๔ คน ผู้ประกอบวิชาชีพทางกฎหมาย จำนวน ๔ คน คณะกรรมการฯ มีวาระครั้งละ ๔ ปี วิธีการคัดเลือกให้กำหนดโดยที่ประชุมร่วมของปลัดกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงยุติธรรม

คณะกรรมการทั้ง ๘ คน คัดเลือกประธาน และรองประธาน ให้มีหน้าที่พิจารณาคำขอทำการุณยฆาตพิจารณาความเห็นของแพทย์ผู้ดูแลและแพทย์ที่ปรึกษาให้มีการลงมติเห็นด้วยหรือคัดค้านคำขอทำการุณยฆาตให้ประธานมีสิทธิออกเสียงอีกครั้งกรณีที่มีการลงมติแล้วมีคะแนนเสียงเท่ากัน

มาตรา ๑๓ ในกรณีมีข้อสงสัยก่อนลงมติให้คณะกรรมการฯ เรียกผู้เกี่ยวข้องกับการทำและพิจารณาคำขอเข้ามาชี้แจงได้ ให้คณะกรรมการมีมติภายใน ๑๕ วันหลังได้รับคำขอหลังมีมติต้องส่งผลให้แพทย์ผู้ดูแลภายใน ๒ วันเพื่อดำเนินการต่อไป

มาตรา ๑๔ ถ้าคณะกรรมการฯ มีมติเห็นด้วยกับคำขอการุณยฆาต ให้แพทย์ผู้ดูแลดำเนินการตามมติของกรรมการฯ ได้ภายใต้ความยินยอมของผู้ทำคำขอที่ยังมีอยู่ โดยให้แพทย์ผู้ดูแลออกใบสั่งยาเพื่อให้เภสัชกรจัดยาตามคำสั่งแพทย์ ให้ผู้ทำคำขอ ผู้ปกครอง หรือญาติเป็นผู้บริหารยาเองภายใต้การอำนวยความสะดวกของแพทย์ผู้ดูแล และสถานพยาบาลในเขตรับผิดชอบตามสมควร

ห้ามมิให้มีการทำการรณยุทธในที่สาธารณะ หรือเผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ ด้วยวิธีการใดๆ ถ้ามีการฝ่าฝืนให้คณะกรรมการฯ เขตกำหนดค่าเสียหายจากกองมรดกของผู้ทำคำขอได้

ภายหลังการเสียชีวิตของผู้ทำคำขอให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นผู้ออกหนังสือรับรองการตายโดยให้ถือเป็นการตายตามธรรมชาติจากโรคหรือภาวะที่ทำให้ผู้ทำคำขอเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

มาตรา ๑๕ ถ้าคณะกรรมการฯ มีมติไม่เห็นด้วยกับการทำคำขอ ผู้ทำคำขอหรือแพทย์ผู้ดูแลอุทธรณ์คำสั่งได้ภายใน ๓๐ วันหลังมีมติ โดยอุทธรณ์ไปยังอัยการในพื้นที่ ให้อัยการมีคำวินิจฉัยภายใน ๓๐ วันหลังได้ รับคำอุทธรณ์ คำวินิจฉัยของอัยการให้เป็นที่สุด

มาตรา ๑๖ ห้ามมิให้คณะกรรมการฯ ทำการเปิดเผยข้อมูลคำขอที่เป็นข้อมูลรายบุคคล โดยคณะกรรมการฯ ทั้ง หม่อมมีหน้าที่เก็บข้อมูลเป็นความลับ การเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะทำได้เฉพาะการเปิดเผยข้อมูลในเชิงสถิติเพื่อนำไปสู่การศึกษาวิจัยเท่านั้น

มาตรา ๑๗ ให้ประธานคณะกรรมการฯ จากทุกเขตสุขภาพทั้ง ๑๓ คนเป็น “คณะกรรมการกลางควบคุมและกำกับติดตามการทำการรณยุทธอย่างคาดแห่งชาติ” ให้มีบทบาทหน้าที่ในการกำกับดูแลการทำการรณยุทธในภาพรวมให้มีอำนาจในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงกฎเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับการทำการรณยุทธ ให้มีหน้าที่ทำรายงานภาพรวมการปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้โดยทำเป็นรายงานประจำปีเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๑๘ ให้ที่ประชุมร่วมระหว่างตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงยุติธรรม กำหนดรูปแบบเอกสาร ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามความมุ่งหมายของกฎหมาย

- (๑) รูปแบบเอกสาร “ใบทำคำขอการรณยุทธกรณีเจ็บป่วยระยะสุดท้าย”
- (๒) ชนิดหรือประเภทของยา และวิธีบริหารยาที่จะใช้ในการทำการรณยุทธ
- (๓) กระบวนการให้ได้มาซึ่งคณะกรรมการฯ รวมคุณสมบัติและเงื่อนไขการพ้นจากตำแหน่ง
- (๔) แนวทางที่กำหนดให้สถานพยาบาลและบุคลากรอื่นสนับสนุนการปฏิบัติตามกฎหมาย



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กฎกระทรวง. (2553). กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). ปัญหาการฆ่าตัวตาย. เข้าถึงเมื่อ 31 พฤษภาคม 2563. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/download/view.asp?id=90>.
- กลุ่มงานสื่อสารสังคม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. การุณยฆาต ทำได้เพียงใด ในกฎหมายไทย. เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2566. สืบค้นจาก https://www.thailivingwill.in.th/content/Mercy_Killing.
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2563). *นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทยพ.ศ. 2563*.
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (พิมพ์ครั้งที่ 1)* กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พิมพ์ดี.
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง*. เข้าถึงเมื่อ 8 ธันวาคม 2565 สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/palliative/sites/default/files/public/Palliative%20care.pdf>.
- คณะทำงานศึกษาและยกร่างหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการนำระบบคณะกรรมการมาใช้ในกฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (พฤษภาคม 2562). *ข้อมูลเบื้องต้นประกอบการพิจารณาเกี่ยวกับการใช้ระบบคณะกรรมการในกฎหมาย*. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.
- คำวินิจฉัยศาลปกครองสูงสุด ที่ พ 11/2558.
- โครงการสุขภาพคนไทย. (2559). *ตายดี : วิธีที่เลือกได้*. สุขภาพคนไทย 2559. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยาพร เหมรังสี. (2564). *กฎหมายทำแท้งกับจริยธรรมในสังคมไทย. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, ปีที่ 6 ฉบับที่ 11 หน้า 483-498.
- ดวงเด่น นาคสีหราช. (2557). *สิทธิของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการตายอย่างสงบใน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารรามคำแหง ฉบับนิติศาสตร์*, 196-223.

ดวงพร เพชรคง. การรณยฆาต. เข้าถึงเมื่อ 8 ธันวาคม 2565 สืบค้นจาก

https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/download/article/article_20180220094254.pdf.

ธรรมนิติย์ สุมนต์กุล.(ตุลาคม 2558) *การร่างกฎหมายเบื้องต้น : แบบของกฎหมาย*. กรุงเทพฯ : วิญญูชน
ธวัช จารุศิริกุล. (2563). *ข้อพิพาทคดีทางการแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บัณฑิตอักษร.
นพนิธิ สุริยยะ. (2559). *สิทธิมนุษยชน : แนวคิดและการคุ้มครอง*. กรุงเทพฯ : วิญญูชน.

นิรมัย พิศเกษ มั่นจิต. (2563). *กฎหมายว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการทางด้านสุขภาพ*.
(พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เดือนตุลา.

บรรเจิด สิงคะเนติ. (2562). *หลักพื้นฐานสิทธิเสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 6)
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พิมพ์วิญญูชน.

ปรววรรณ วงษ์รวยดี. (2561). *มโนทัศน์เรื่องสิทธิในการกำหนดชะตากรรมตนเอง ในพื้นที่ความขัดแย้ง*
จังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. บัณฑิตวิทยาลัย. สาขาวิชาความขัดแย้งและสันติศึกษา
พระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี). (2557). *การรณยฆาตในสังคมไทยและเกณฑ์การตัดสินใน*
พระพุทธศาสนา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลง
กรณราชวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

พระมหาสุรชัย ชยาภิวฒโน/พุดชู. *พุทธจริยศาสตร์ ว่าด้วยปาณาติบาต(Buddhist Ethics on*
Killing). สืบค้นเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2565. จาก <http://www.rk.muca.ac.th>

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.

พระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562.

ภูมิภัทร ศาสตร์ศศิ. (2555). *อำนาจกระทำของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้าย*
ของชีวิตวิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศาสตรมหาบัณฑิตสาขา
นิติศาสตร์คณะนิติศาสตร์ปริธีพนมยงค์มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต พ.ศ. 2555.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2561). *กฎหมายการแพทย์สมัยใหม่*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
พิมพ์วิญญูชน.

ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส. หลักการตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือสิทธิที่จะ
ขอตายตามธรรมชาติ.

ศาสตราจารย์ แสวง บุญเฉลิมวิภาส. ลิขิตวาระสุดท้าย ทางเลือกเพื่อจากไปอย่างสงบตามปรารถนา.
เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2566 สืบค้นจาก

<https://www.thaivingwill.in.th/content/หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้าย-ของชีวิต>.

- สมชาย กษิติประดิษฐ์. (2560). *สิทธิมนุษยชน*. (พิมพ์ครั้งที่ 20). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส และ ไพศาล ลิ้มสถิต. (2550). *การให้ความยินยอมในการรับบริการสาธารณสุขและความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรา 8 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2560). *นิติเวชศาสตร์และกฎหมายการแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พิมพ์วิญญูชน.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2565). *กฎหมายและข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ พยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พิมพ์วิญญูชน.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547-2556*. เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2566. สืบค้นจาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER3/DRAWER076/GENERAL/ DATA0000/00000095.PDF>.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2567. สืบค้นจาก : <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20151202/ คู่มือ%20LTC%20.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *รู้จักและเข้าใจ : สิทธิด้านสุขภาพ*. เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2567. สืบค้นจาก <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/2129>
- อานนท์ จำลองกุล. (2565). *กฎหมายและจริยธรรมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนัญพร พูลนิตินทร. *หลักสิทธิมนุษยชนกับสิทธิการตายในสังคมไทย*. เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2566 สืบค้นจาก https://www.constitutionalcourt.or.th/occ_web/ewt_dl_link.php?nid=1531
- ADF international (2022). 20 years of euthanasia in Belgium: after almost 30,000 lives lost, what can we learn?. <https://adfinternational.org/20-years-euthanasia/#:~:text=The%20Belgian%20law%20specifies%20that,caused%20by%20illness%20or%20accident.>

Anna E. Kubiak. Assisted Death in the Age of Biopolitics and Bioeconomy. Cambridge Scholars Publishing. 2020.

Do Better by esade. The Spanish euthanasia law and the Constitutional Court: a "story with a happy ending"?. June 22, 2021 Retrieved from :
<https://dobetter.esade.edu/en/spain-endorses-euthanasia-treatme>.

David Solomon. Double Effect. In: Lawrence C. Becker, editor. The Encyclopedia of Ethics [Internet]. [cited 17-18 Sep 19]. Available from
<http://sites.saintmarys.edu/~incandel/doubleeffect.html>.

Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request สืบค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2565 สืบค้นจาก <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>.

Government of the Netherlands. *Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text)*. [https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/Timothy Devos. Euthanasia : Searching for the Full Story Experiences and Insights of Belgian Doctors and Nurses](https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/Timothy-Devos-Euthanasia-Searching-for-the-Full-Story-Experiences-and-Insights-of-Belgian-Doctors-and-Nurses). Lauren : Springer Imprint. 2019.

Haider Warraich. Modern Death: How Medicine Changed the End of Life. St. Martin's Publishing Group, 2017.

J. Gordon Melton. Jehovah's witness | History, Beliefs, & Facts . October 27, 2024. Retrieved from : <https://www.britannica.com/topic/Jehovahs-Witnesses>

National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Summary Health Statistics for the U.S. Population [Internet]: National Health Interview Survey [cited 17-18 Sep 19]. Available from
http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_259.pdf.

Oregon government. *THE OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT OREGON REVISED STATUTES 127.800 – 127.995*.
<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/statute.pdf>.

Patrick Dunn . *The Oregon Death With Dignity Act: A Guidebook for Health Care Professionals*, The Greenwall Foundation. 2017

Public Health Division, Center for Health Statistics. *Oregon Death with Dignity Act 2020 Data Summary. Oregon. 2020.*

World Health Organization. *Palliative care.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

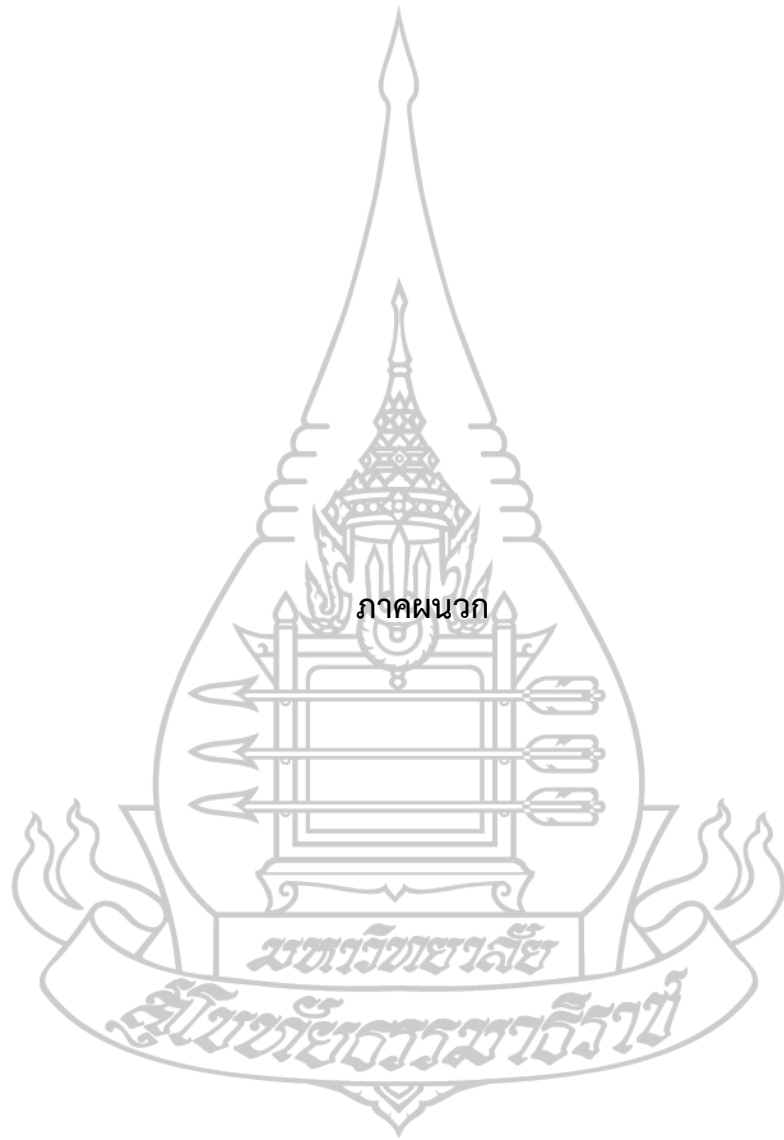
SACRED CONGREGATION FOR THE DOCTRINE OF THE FAITH *DECLARATION ON EUTHANASIA* สืบค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2565 จาก https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_on_cfaith_doc_19800505_euthanasia_en.html.

Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2567 จาก https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67/a67_r19-en.pdf

Stephen's Green. *DYING WITH DIGNITY BILL 2020* <https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/bill/2020/24/eng/initiated/b2420d.pdf>.

WMA DECLARATION ON EUTHANASIA AND PHYSIAN-ASSISTED SUICIDE สืบค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2567 สืบค้นจาก [file:///Users/kasemsunwanawanakorn/Downloads/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide%20\(1\).pdf](file:///Users/kasemsunwanawanakorn/Downloads/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide%20(1).pdf).





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

สุโขทัยวิทยาเขต



ภาคผนวก ก

1. กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา
ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของ
ชีวิตหรือเพื่อยุติ การทรมานจากการเจ็บป่วยพ.ศ. 2553



กฎกระทรวง

กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา
ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต
หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

พ.ศ. ๒๕๕๓

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ และมาตรา ๑๒ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ กฎกระทรวงนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสองร้อยสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในกฎกระทรวงนี้

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา ได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

“ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ ๓ หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

(๑) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

(๒) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๓) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๔) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

(๕) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยานและผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อกดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจจะบรูายละเอียดอื่น ๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

ข้อ ๔ หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

ข้อ ๕ เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้ทำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้น โดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต ใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะ และความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๒) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๓) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ภาคผนวก ข

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550



สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา พ.ศ. ๒๕๕๐ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.
ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๐
เป็นปีที่ ๖๒ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ
จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอม
ของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ดังต่อไปนี้

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้
“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล
“ปัญญา” หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความซื่อ ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น

“ระบบสุขภาพ” หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

“บุคลากรด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่มีกฎหมายระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับ

ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๔/ตอนที่ ๑๖ ก/หน้า ๑/๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วย สถานพยาบาล

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “สมัชชาสุขภาพ” หมายความว่า กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “กรรมการ” หมายความว่า กรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “คณะกรรมการสรรหา” หมายความว่า คณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “คณะกรรมการบริหาร” หมายความว่า คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “กรรมการบริหาร” หมายความว่า กรรมการในคณะกรรมการบริหาร

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์การควบคุมการประกอบวิชาชีพ องค์การมหาชนและหน่วยงานอื่นของรัฐ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๔ ให้นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจออกกฎกระทรวง เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ กฎกระทรวงนั้นเมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา หมวด ๑ สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๕ บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวรรคหนึ่ง

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๖ สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะ ชับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการส่งเสริม และคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย

มาตรา ๗ ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคล นั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่นเพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้

มาตรา ๘ ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิด ข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

(๒) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

มาตรา ๙ ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขประสงค์จะใช้ผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองในงานวิจัย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้า และต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้รับบริการก่อนจึงจะดำเนินการได้ ความยินยอมดังกล่าว ผู้รับบริการจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้

มาตรา ๑๐ เมื่อมีกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้น หน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว ต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นและวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลให้โดยเร็ว

การเปิดเผยข้อมูลตามวรรคหนึ่งต้องไม่มีลักษณะเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของบุคคลใดเป็นการเฉพาะ

มาตรา ๑๑ บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชนและแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว

มาตรา ๗ ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคล นั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่นเพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้

มาตรา ๘ ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิด ข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

(๒) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

มาตรา ๙ ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขประสงค์จะใช้ผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองในงานวิจัย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้า และต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้รับบริการก่อนจึงจะดำเนินการได้ ความยินยอมดังกล่าว ผู้รับบริการจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้

มาตรา ๑๐ เมื่อมีกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้น หน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับการดังกล่าว ต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นและวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลให้โดยเร็ว

การเปิดเผยข้อมูลตามวรรคหนึ่งต้องไม่มีลักษณะเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของบุคคลใดเป็นการเฉพาะ

มาตรา ๑๑ บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชนและแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว

มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้
โดยการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และ
วิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของผู้บุคคลตามวรรคหนึ่ง
แล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

หมวด ๒

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๑๓ ให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า “คสช.”
ประกอบด้วย

- (๑) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธาน
กรรมการ
 - (๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ
 - (๓) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงที่นายกรัฐมนตรีกำหนดจำนวนไม่เกินห้าคน เป็น
กรรมการ
 - (๔) ประธานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นกรรมการ
 - (๕) ประธานกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เป็นกรรมการ
 - (๖) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเลือกกันเองจำนวนสี่คน เป็นกรรมการ
 - (๗) ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่มีกฎหมายจัดตั้งองค์กรละหนึ่งคน เป็น
กรรมการ
 - (๘) ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรค
ศิลปะ ซึ่งเลือกกันเองจำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ
 - (๙) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่าง ๆ ซึ่งต้องไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดย
เลือกกันเองจำนวนหกคน เป็นกรรมการ
 - (๑๐) ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ไม่ว่าจะจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล
หรือไม่ ซึ่งเลือกกันเองจำนวนสิบสามคน เป็นกรรมการ
- ให้เลขาธิการเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้เลขาธิการแต่งตั้งพนักงานของ
สำนักงานไม่เกินสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

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

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- (๓) ไม่เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่
- (๔) ไม่ติดยาเสพติดให้โทษ

(๕) ไม่เคยถูกลงโทษทางวินัยถึงไล่ออก ปลดออกหรือให้ออกจากหน่วยงานของรัฐ
 (๖) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับ
 ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

มาตรา ๑๕ การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๖) ให้ดำเนินการ ดังนี้
 (๑) ให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร นายกเมืองพัทยาและหัวหน้าผู้บริหารองค์กร
 ปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายจัดตั้งขึ้นเป็นการเฉพาะทำนองเดียวกัน ดำเนินการเลือกกันเองให้ได้
 กรรมการหนึ่งคน
 (๒) ให้นายกเทศมนตรีทุกแห่งเลือกกันเองให้ได้กรรมการหนึ่งคน
 (๓) ให้นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดทุกแห่งเลือกกันเองให้ได้กรรมการหนึ่งคน
 (๔) ให้นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งเลือกกันเองให้ได้กรรมการหนึ่งคน
 การเลือกกรรมการตาม (๒) (๓) และ (๔) คณะกรรมการสรรหาจะจัดให้มีการ
 ประชุมเพื่อเลือกกันเอง หรือจะจัดให้มีการสมัครและให้ลงคะแนนเลือกกันเองทางไปรษณีย์หรือวิธีอื่น
 ใดก็ได้ ทั้งนี้ ตามวิธีการที่คณะกรรมการสรรหาประกาศกำหนด

มาตรา ๑๖ การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๘) ให้เป็นไปตามวิธีการที่
 คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะกำหนด

มาตรา ๑๗ การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๙) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และ
 วิธีการที่คณะกรรมการสรรหาประกาศกำหนด

ในการกำหนดหลักเกณฑ์ตามวรรคหนึ่ง ให้คณะกรรมการสรรหาแยกกลุ่มของ
 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่าง ๆ เป็นหกกลุ่ม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิของแต่ละกลุ่มเลือกกันเองให้ได้กรรมการ
 กลุ่มละหนึ่งคน

การจัดให้ผู้ทรงคุณวุฒิผู้ใดอยู่ในกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มใด ให้เป็นไปตามที่
 ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความจำนงต่อคณะกรรมการสรรหา และคณะกรรมการสรรหาจะเสนอชื่อบุคคล
 เข้าอยู่ในบัญชีรายชื่อของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละกลุ่มตามที่เห็นสมควรด้วยก็ได้ แต่ต้องไม่เกินหนึ่งใน
 สามของจำนวน ผู้ทรงคุณวุฒิที่แสดงความจำนงในแต่ละกลุ่ม เว้นแต่มีผู้แสดงความจำนงน้อยกว่าห้า
 คน ให้คณะกรรมการสรรหาเสนอได้ไม่เกินห้าคน

ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งแสดงความจำนงเพื่อเข้าอยู่ในกลุ่มใดตามวรรคสามต้องมีคุณสมบัติ
 เฉพาะตามที่คณะกรรมการสรรหากำหนดสำหรับกลุ่มนั้น และจะแสดงความจำนงเข้าอยู่ในกลุ่มใด
 เกินหนึ่งกลุ่มมิได้

การแยกกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคสองให้ประกาศให้ประชาชนทราบเป็นการทั่วไป
 ล่วงหน้าไม่น้อยกว่าหกสิบวันก่อนมีการเลือก และให้ประกาศแยกกลุ่มใหม่ทุกครั้งที่จะมีการเลือก

มาตรา ๑๘ การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๑๐) ให้คณะกรรมการสรรหา
 ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) จัดกลุ่มขององค์กรภาคเอกชนตามลักษณะของกิจกรรมที่ดำเนินงานเกี่ยวกับ
 สุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๒) จัดให้องค์กรภาคเอกชนในแต่ละจังหวัดที่ประสงค์จะมีส่วนร่วมมาขึ้นทะเบียนในกลุ่มต่าง ๆ ตาม (๑)

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๓) จัดให้ผู้ซึ่งมีหนังสือมอบหมายให้เป็นผู้แทนขององค์กรภาคเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตาม (๒) ของแต่ละจังหวัดมาเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เลือกกลุ่มละหนึ่งคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๔) จัดให้ผู้ได้รับการเลือกเป็นผู้แทนของแต่ละกลุ่มในแต่ละจังหวัดตาม (๓) มาประชุมร่วมกันและเลือกกันเองให้เหลือผู้แทนจังหวัดละหนึ่งคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๕) ประกาศกำหนดพื้นที่ของประเทศออกเป็นสิบสามเขต โดยให้กรุงเทพมหานครเป็นหนึ่งเขต และให้ผู้แทนตาม (๔) ของแต่ละจังหวัดในแต่ละเขต ยกเว้นกรุงเทพมหานครมาประชุมร่วมกันและเลือกกันเองให้เหลือเขตละหนึ่งคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและระยะเวลาที่คณะกรรมการสรรหาประกาศกำหนด

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๑๙ ให้มีคณะกรรมการสรรหาคณะหนึ่ง ซึ่ง คสช. แต่งตั้ง ประกอบด้วย

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

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๒) ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งแต่งตั้งจากผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งคน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหนึ่งคน ศาสตราจารย์ของมหาวิทยาลัยของรัฐซึ่งมิใช่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหนึ่งคน ผู้ประกอบอาชีพสื่อมวลชนหนึ่งคน ผู้ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้แทนตามกฎหมายขององค์กรภาคเอกชนที่เป็นนิติบุคคลและดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพโดยไม่แสวงหากำไรหนึ่งคน เป็นกรรมการ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๓) เลขธิการเป็นเลขานุการคณะกรรมการสรรหา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๒๐ ให้คณะกรรมการสรรหามีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๑) กำหนดวิธีการ หลักเกณฑ์และระยะเวลา ตลอดจนดำเนินการอื่นใดตามที่บัญญัติไว้ใน มาตรา ๑๕ มาตรา ๑๗ และมาตรา ๑๘

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๒) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการสรรหามอบหมาย

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

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ให้กรรมการที่พ้นจากตำแหน่งตามวาระอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งแทนตนจะเข้ารับหน้าที่

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เมื่อกรรมการจะพ้นจากตำแหน่งตามวาระ ให้ดำเนินการเลือกเพื่อแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนก่อนวันครบวาระไม่น้อยกว่าเก้าสิบวัน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการเลือกกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลง และให้ผู้ได้รับแต่งตั้งอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงหนึ่งปี และยังมีกรรมการประเภทเดียวกันเหลืออยู่ หรือแม้ไม่มีกรรมการประเภทเดียวกันเหลืออยู่ แต่มีวาระเหลืออยู่ไม่ถึงหนึ่งร้อยแปดสิบวัน จะไม่ดำเนินการเลือกเพื่อแต่งตั้งแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในกรณีนี้ให้ คสช. ประกอบด้วยกรรมการที่เหลืออยู่

มาตรา ๒๒ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามมาตรา ๑๓ (๖) พ้นจากตำแหน่งเมื่อพ้นจากตำแหน่งตามที่ระบุไว้ในมาตรา ๑๕ (๑) (๒) (๓) หรือ (๔) แล้วแต่กรณี

มาตรา ๒๓ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามมาตรา ๑๓ (๖) (๗) (๘) (๙) และ (๑๐) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ถูกจำคุก

(๔) คสช. มีมติไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนกรรมการทั้งหมดเท่าที่มีอยู่ให้ออก เพราะบกพร่องต่อหน้าที่ 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 สนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย

(๕) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

(๖) เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาในการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัตินี้ หรือการออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัตินี้

(๗) กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลการดำเนินการของคณะกรรมการบริหารและสำนักงาน

๘) แต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตาม ที่ คสช. มอบหมาย

๙) วางระเบียบว่าด้วยเบี้ยประชุมที่มีค่าใช้จ่ายประชุมของ คสช. และระเบียบว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้

๑๐) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อเสนอแนะหรือคำปรึกษาเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพตาม (๒) ต้องสอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และคำนึงถึงข้อเสนอแนะของสมาชิกสุขภาพด้วย

หมวด ๓

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๒๖^๖ ให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และไม่เป็นรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น

ให้สำนักงานมีฐานะเป็นนิติบุคคลและอยู่ในกำกับของนายกรัฐมนตรี
กิจการของสำนักงานไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมและกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน แต่พนักงานและลูกจ้างของสำนักงานต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายดังกล่าว

มาตรา ๒๗ ให้สำนักงานมีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

๑) รับผิดชอบงานธุรการของ คสช. และคณะกรรมการบริหาร
๒) ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ

๓) สำรวจ ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

๔) ดำเนินการเพื่อให้การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นบรรลุผลตามมติของ คสช.

๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือตามกฎหมายอื่น หรือตามที่คณะรัฐมนตรีหรือ คสช. มอบหมาย

มาตรา ๒๘ รายได้ของสำนักงาน ประกอบด้วย

^๖มาตรา ๒๖ วรรคหนึ่ง แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๓

- (๑) เงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้ตามความเหมาะสมเป็นรายปี
 (๒) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้
 (๓) เงินหรือทรัพย์สินอื่นที่ตกเป็นของสำนักงาน
 (๔) รายได้จากการดำเนินกิจการของสำนักงาน
 (๕) ดอกผลของเงินหรือทรัพย์สินตาม (๑) (๒) (๓) และ (๔)

มาตรา ๒๙ บรรดารายได้ของสำนักงานตามมาตรา ๒๘ ไม่เป็นรายได้ที่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ ทรัพย์สินของสำนักงานไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดีและบุคคลใดจะยกอายุความขึ้นเป็นข้อต่อสู้สำนักงานในเรื่องทรัพย์สินของสำนักงานมิได้ บรรดาอสังหาริมทรัพย์ที่สำนักงานได้มาโดยมีผู้บริจาคให้หรือได้มาโดยการซื้อหรือแลกเปลี่ยนจากรายได้ตามมาตรา ๒๘ (๒) (๓) (๔) หรือ (๕) ของสำนักงาน ให้เป็นกรรมสิทธิ์ของสำนักงาน

ให้สำนักงานมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้ และจัดหาประโยชน์จากทรัพย์สินของสำนักงาน บรรดาอสังหาริมทรัพย์ที่สำนักงานได้มาโดยใช้เงินรายได้ตามมาตรา ๒๘ (๑) ให้ตกเป็นที่ราชพัสดุ แต่สำนักงานมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้ และจัดหาประโยชน์ได้

มาตรา ๓๐ การเก็บรักษาและการใช้จ่ายเงินของสำนักงานให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการบริหารกำหนด

การบัญชีของสำนักงาน ให้จัดทำตามหลักสากลตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการบริหารกำหนด และต้องจัดให้มีการตรวจสอบภายในเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี และการพัสดุของสำนักงาน ตลอดจนรายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการบริหารทราบอย่างน้อยปีละครั้ง

ให้สำนักงานจัดทำงบการเงินซึ่งอย่างน้อยต้องประกอบด้วยงบดุลและบัญชีทำการส่งผู้สอบบัญชีภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชีของทุกปี

ในทุกกรอบปีให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินหรือบุคคลภายนอกตามที่คณะกรรมการบริหารแต่งตั้งด้วยความเห็นชอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินเป็นผู้สอบบัญชีและประเมินผลการใช้จ่ายเงินและทรัพย์สินของสำนักงาน โดยให้แสดงความคิดเห็นเป็นข้อวิเคราะหว่าการใช้จ่ายดังกล่าว เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ประหยัด และได้ผลตามเป้าหมายเพียงใด แล้วทำรายงานผลการสอบบัญชี เสนอต่อ คสช.

ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชีของทุกปี ให้สำนักงานทำรายงานประจำปีเสนอต่อคณะกรรมการบริหารเพื่อเสนอต่อ คสช. และรัฐมนตรีเพื่อทราบ โดยแสดงงบการเงินและบัญชีทำการที่ผู้สอบบัญชีรับรองว่าถูกต้องแล้ว พร้อมทั้งรายงานของผู้สอบบัญชี รวมทั้งแสดงผลงานของสำนักงานในปีที่ล่วงมาด้วย

มาตรา ๓๑ ให้มีเลขาธิการคนหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารงานของสำนักงานขึ้นตรงต่อ คสช. มีหน้าที่ควบคุมดูแลโดยทั่วไปซึ่งงานของสำนักงาน และเป็นผู้บังคับบัญชาพนักงานและ

ลูกจ้างในสำนักงาน โดยอาจมีรองเลขานุการตามจำนวนที่คณะกรรมการบริหารกำหนดเป็นผู้ช่วย สั่ง และปฏิบัติงานตามที่เลขานุการมอบหมายก็ได้

คุณสมบัติของเลขานุการและรองเลขานุการ ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการบริหาร กำหนดโดยความเห็นชอบของ คสช.

ให้นายกรัฐมนตรีมีอำนาจแต่งตั้งเลขานุการจากบุคคลที่คณะกรรมการบริหาร คัดเลือก และ คสช. ให้ความเห็นชอบแล้ว

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกเลขานุการตามวรรคสามให้เป็นไปตามระเบียบที่ คสช. กำหนด

เลขานุการมีอำนาจแต่งตั้งรองเลขานุการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ บริหาร

มาตรา ๓๒ ให้เลขานุการมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับแต่งตั้ง อีกได้แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันมิได้

เมื่อเลขานุการพ้นจากตำแหน่ง ให้รองเลขานุการพ้นจากตำแหน่งด้วย
เมื่อตำแหน่งเลขานุการว่างลงและยังไม่มีแต่งตั้งเลขานุการคนใหม่ ให้ คณะกรรมการบริหารแต่งตั้งกรรมการบริหารคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทน

ในกรณีที่เลขานุการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองเลขานุการที่คณะกรรมการบริหาร กำหนดเป็นผู้รักษาการแทน แต่ถ้าไม่มีรองเลขานุการหรือรองเลขานุการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ให้ คณะกรรมการบริหารแต่งตั้งพนักงานของสำนักงานคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทน

เมื่อ
มาตรา ๓๓ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระแล้ว เลขานุการพ้นจากตำแหน่ง

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ถูกจำคุก

(๔) ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือไม่ผ่านการประเมิน ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการบริหารกำหนดโดยความเห็นชอบของ คสช.

มาตรา ๓๔ เลขานุการมีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

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

(๒) จัดทำแผนงานหลัก แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณประจำปี ของสำนักงานเสนอคณะกรรมการบริหารเพื่ออนุมัติ

(๓) ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล การเงิน การงบประมาณและการ บริหารด้านอื่นของสำนักงาน ตามระเบียบที่คณะกรรมการบริหารกำหนด

(๔) วางระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับ กฎหมาย 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) เลขาธิการเป็นกรรมการบริหารและเลขานุการ

คุณสมบัตินี้ หลักเกณฑ์และวิธีการในการสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิตาม (๓) ให้เป็นไปตามระเบียบที่ คสช. กำหนด

มาตรา ๓๘ การดำรงตำแหน่ง การพ้นจากตำแหน่ง การประชุมและการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหาร ให้เป็นไปตามระเบียบที่ คสช. กำหนด

มาตรา ๓๙ คณะกรรมการบริหารมีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

- (๑) กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลการดำเนินงานของสำนักงานให้เกิดการจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่
- (๒) กำหนดคุณสมบัตินี้ของเลขาธิการและรองเลขาธิการ และดำเนินการคัดเลือกเลขาธิการตามระเบียบที่ คสช. กำหนด
- (๓) อนุมัติแผนงานหลัก แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณประจำปีของสำนักงาน

- (๔) ออกข้อบังคับ ระเบียบหรือประกาศตามที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้
- (๕) จัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานและรายงานต่อ คสช. อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง
- (๖) จัดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเลขาธิการ
- (๗) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการบริหารมอบหมาย
- (๘) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่ คสช. มอบหมาย

หมวด ๔

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สมัชชาสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

มาตรา ๔๐ การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือสนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ คสช. กำหนด

ในกรณีที่สมัชชาสุขภาพตามวรรคหนึ่ง มีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติ หรือนำไปพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ให้เสนอต่อ คสช. เพื่อพิจารณาดำเนินการให้บรรลุผลตามควรแก่กรณีต่อไป

มาตรา ๔๑ ให้ คสช. จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

มาตรา ๔๒ ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ให้ คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติคณะหนึ่งมีจำนวนตามที่ คสช. กำหนด

กรรมการตามวรรคหนึ่งให้แต่งตั้งจากผู้แทนหน่วยงานของรัฐและผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอัตราส่วนที่ คสช. กำหนด ทั้งนี้ ผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐจะต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละหกสิบของจำนวนกรรมการตามวรรคหนึ่ง

ให้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการจัดการเกี่ยวกับการจัดประชุมและหลักเกณฑ์อื่นที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่

มาตรา ๔๓ ให้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่ในการจัดการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กำหนดวัน เวลาและสถานที่ในการประชุม ซึ่งต้องประกาศให้ประชาชนทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสามสิบวันก่อนวันประชุม

มาตรา ๔๔ ผู้ใดประสงค์จะเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งใด ให้สมัครลงทะเบียนสำหรับการประชุมครั้งนั้นต่อเจ้าหน้าที่ที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กำหนดตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกำหนด

นอกจากผู้ลงทะเบียนตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะกำหนดให้เชิญบุคคล ผู้แทนหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรภาคเอกชนตามที่เห็นสมควรมาร่วมประชุมด้วยก็ได้

มาตรา ๔๕ ในกรณีที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติ หรือนำไปพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ให้เสนอต่อ คสช. เพื่อพิจารณาดำเนินการให้บรรลุผลตามควรแก่กรณีต่อไป

หมวด ๕

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๔๖ ให้ คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบ และแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอ คณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ

ในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้ คสช. นำความคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะของสมัชชาสุขภาพมาประกอบด้วย

เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติแล้ว ให้ รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ให้ คสช. ทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุกห้าปี

มาตรา ๔๗ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย 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 และนโยบายและยุทธศาสตร์ ด้านสุขภาพตามมาตรา ๒๕ (๒) ที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐและ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน

หมวด ๖ บทกำหนดโทษ

มาตรา ๔๙ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๗ หรือมาตรา ๙ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ความผิดตามมาตรานี้เป็นความผิดอันยอมความได้

งานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

มาตรา ๕๐ ให้โอนบรรดากิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้สิน และเงินงบประมาณของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในส่วนของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ไปเป็นของสำนักงานตามพระราชบัญญัตินี้

ให้โอนพนักงานของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไปเป็นพนักงานของสำนักงานตามพระราชบัญญัตินี้

ข้าราชการและลูกจ้างผู้ใดถูกสั่งให้ไปช่วยปฏิบัติงานที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อได้แสดงความจำนงเป็นหนังสือต่อเลขาธิการภายในหกสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้โอนมาเป็นพนักงานหรือลูกจ้างของสำนักงานนับแต่วันที่แสดงความจำนง

งานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

มาตรา ๕๑ ให้นำบรรดาข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติมาใช้บังคับกับการปฏิบัติงานของสำนักงานโดยอนุโลม จนกว่าจะได้มีข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้

งานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

มาตรา ๕๒ ให้ถือว่าข้าราชการที่โอนมาตามมาตรา ๕๐ ออกจากราชการเพราะทางราชการเลิกหรือยุบตำแหน่งตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ แล้วแต่กรณี

ให้ถือว่าลูกจ้างที่โอนมาตามมาตรา ๕๐ ออกจากงานเพราะทางราชการยุบเลิกตำแหน่งหรือเลิกจ้างโดยไม่มีความผิด และให้ได้รับบำเหน็จตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยบำเหน็จลูกจ้าง

งานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

มาตรา ๕๓ ให้นำความในมาตรา ๕๒ มาใช้บังคับกับการออกจากราชการหรือออกจากงานของข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการที่สำนักงานรับเข้าทำงานด้วยโดยอนุโลม แต่ข้าราชการหรือลูกจ้างนั้นต้องแสดงความจำนงเป็นหนังสือสมัครเข้าทำงานต่อสำนักงานภายในหนึ่งปี นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๕๔ ให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ปฏิบัติหน้าที่เลขาธิการไปจนกว่าจะมีการแต่งตั้งเลขาธิการตามพระราชบัญญัตินี้

สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

มาตรา ๕๕ ในวาระเริ่มแรก ให้นายกรัฐมนตรีเป็นผู้แต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาตาม มาตรา ๑๙ ให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวัน นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

สำ (๑) ประธานกรรมการสรรหาตามมาตรา ๑๙ (๑) ให้แต่งตั้งจากผู้เคยดำรงตำแหน่งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓

งานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา

งานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๒) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามมาตรา ๑๙ (๒) ให้นายกรัฐมนตรีแต่งตั้งตามข้อเสนอแนะของเลขาธิการ

เพื่อให้คณะกรรมการสรรหาคำเนินการตามมาตรา ๒๐ ให้แล้วเสร็จภายในสองร้อยสี่สิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

งานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

พลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์
นายกรัฐมนตรี

งานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

งานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

งานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

งานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

งานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

งานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

งานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

งานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่สุขภาพหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล การวางระบบ เพื่อดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน จึงไม่อาจมุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียว เพราะจะทำให้รัฐและประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก และจะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่าทัน มีส่วนร่วม และมีระบบเสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ สมควรมีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งมีองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๓^๓

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ เนื่องจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ บัญญัติให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น ทำให้เกิดปัญหาการตีความเกี่ยวกับสถานะและการขอตั้งงบประมาณของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สมควรแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติดังกล่าวเพื่อกำหนดสถานะของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

วคิน/ผู้จัดทำ
๗ เมษายน ๒๕๕๓

ภาคผนวก ค

Oregon's Death with Dignity ACT



**THE OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT
OREGON REVISED STATUTES**

127.800 – 127.995

Note: The division headings, subdivision headings and leadlines for 127.800 to 127.890, 127.895 and 127.897 were enacted as part of Ballot Measure 16 (1994) and were not provided by Legislative Counsel.

(General Provisions)

(Section 1)

127.800 §1.01. Definitions.

The following words and phrases, whenever used in ORS 127.800 to 127.897, have the following meanings:

- (1) "Adult" means an individual who is 18 years of age or older.
- (2) "Attending physician" means the physician who has primary responsibility for the care of the patient and treatment of the patient's terminal disease.
- (3) "Capable" means that in the opinion of a court or in the opinion of the patient's attending physician or consulting physician, psychiatrist or psychologist, a patient has the ability to make and communicate health care decisions to health care providers, including communication through persons familiar with the patient's manner of communicating if those persons are available.
- (4) "Consulting physician" means a physician who is qualified by specialty or experience to make a professional diagnosis and prognosis regarding the patient's disease.
- (5) "Counseling" means one or more consultations as necessary between a state licensed psychiatrist or psychologist and a patient for the purpose of determining that the patient is capable and not suffering from a psychiatric or psychological disorder or depression causing impaired judgment.
- (6) "Health care provider" means a person licensed, certified or otherwise authorized or permitted by the law of this state to administer health care or dispense medication in the ordinary course of business or practice of a profession, and includes a health care facility.
- (7) "Informed decision" means a decision by a qualified patient, to request and obtain a prescription to end his or her life in a humane and dignified manner, that is based on an appreciation of the relevant facts and after being fully informed by the attending physician of:
 - (a) His or her medical diagnosis;
 - (b) His or her prognosis;
 - (c) The potential risks associated with taking the medication to be prescribed;
 - (d) The probable result of taking the medication to be prescribed; and
 - (e) The feasible alternatives, including, but not limited to, comfort care, hospice care and pain control.
- (8) "Medically confirmed" means the medical opinion of the attending physician has been confirmed by a consulting physician who has examined the patient and the patient's relevant medical records.

(Safeguards)
(Section 3)

127.815 §3.01. Attending physician responsibilities.

- (1) The attending physician shall:
- (a) Make the initial determination of whether a patient has a terminal disease, is capable, and has made the request voluntarily;
 - (b) Request that the patient demonstrate Oregon residency pursuant to ORS 127.860;
 - (c) To ensure that the patient is making an informed decision, inform the patient of:
 - (A) His or her medical diagnosis;
 - (B) His or her prognosis;
 - (C) The potential risks associated with taking the medication to be prescribed;
 - (D) The probable result of taking the medication to be prescribed; and
 - (E) The feasible alternatives, including, but not limited to, comfort care, hospice care and pain control;
 - (d) Refer the patient to a consulting physician for medical confirmation of the diagnosis, and for a determination that the patient is capable and acting voluntarily;
 - (e) Refer the patient for counseling if appropriate pursuant to ORS 127.825;
 - (f) Recommend that the patient notify next of kin;
 - (g) Counsel the patient about the importance of having another person present when the patient takes the medication prescribed pursuant to ORS 127.800 to 127.897 and of not taking the medication in a public place;
 - (h) Inform the patient that he or she has an opportunity to rescind the request at any time and in any manner, and offer the patient an opportunity to rescind at the time the patient makes the patient's second oral request pursuant to ORS 127.840;
 - (i) Verify, immediately prior to writing the prescription for medication under ORS 127.800 to 127.897, that the patient is making an informed decision;
 - (j) Fulfill the medical record documentation requirements of ORS 127.855;
 - (k) Ensure that all appropriate steps are carried out in accordance with ORS 127.800 to 127.897 prior to writing a prescription for medication to enable a qualified patient to end his or her life in a humane and dignified manner; and
 - (l) (A) Dispense medications directly, including ancillary medications intended to facilitate the desired effect to minimize the patient's discomfort, provided the attending physician is registered as a dispensing physician with the Board of Medical Examiners, has a current Drug Enforcement Administration certificate and complies with any applicable administrative rule; or
 - (B) With the patient's written consent:
 - (i) Contact a pharmacist and inform the pharmacist of the prescription; and
 - (ii) Deliver the written prescription personally or by mail to the pharmacist, who will dispense the medications to either the patient, the attending physician or an expressly identified agent of the patient.

(2) Notwithstanding any other provision of law, the attending physician may sign the patient's death certificate. [1995 c.3 §3.01; 1999 c.423 §3]

127.820 §3.02. Consulting physician confirmation.

Before a patient is qualified under ORS 127.800 to 127.897, a consulting physician shall examine the patient and his or her relevant medical records and confirm, in writing, the attending physician's diagnosis that the patient is suffering from a terminal disease, and verify that the patient is capable, is acting voluntarily and has made an informed decision. [1995 c.3 §3.02]

127.825 §3.03. Counseling referral.

If in the opinion of the attending physician or the consulting physician a patient may be suffering from a psychiatric or psychological disorder or depression causing impaired judgment, either physician shall refer the patient for counseling. No medication to end a patient's life in a humane and dignified manner shall be prescribed until the person performing the counseling determines that the patient is not suffering from a psychiatric or psychological disorder or depression causing impaired judgment. [1995 c.3 §3.03; 1999 c.423 §4]

127.830 §3.04. Informed decision.

No person shall receive a prescription for medication to end his or her life in a humane and dignified manner unless he or she has made an informed decision as defined in ORS 127.800 (7). Immediately prior to writing a prescription for medication under ORS 127.800 to 127.897, the attending physician shall verify that the patient is making an informed decision. [1995 c.3 §3.04]

127.835 §3.05. Family notification.

The attending physician shall recommend that the patient notify the next of kin of his or her request for medication pursuant to ORS 127.800 to 127.897. A patient who declines or is unable to notify next of kin shall not have his or her request denied for that reason. [1995 c.3 §3.05; 1999 c.423 §6]

127.840 §3.06. Written and oral requests.

(1) In order to receive a prescription for medication to end his or her life in a humane and dignified manner, a qualified patient shall have made an oral request and a written request, and reiterate the oral request to his or her attending physician no less than 15 days after making the initial oral request.

(2) Notwithstanding subsection (1) of this section, if the qualified patient's attending physician has medically confirmed that the qualified patient will, within reasonable medical judgment, die within 15 days after making the initial oral request under this section, the qualified patient may reiterate the oral request to his or her attending physician at any time after making the initial oral request.

(3) At the time the qualified patient makes his or her second oral request, the attending physician shall offer the patient an opportunity to rescind the request. [1995 c.3 §3.06]

127.845 §3.07. Right to rescind request.

A patient may rescind his or her request at any time and in any manner without regard to his or her mental state. No prescription for medication under ORS 127.800 to 127.897 may be written without the attending physician offering the qualified patient an opportunity to rescind the request. [1995 c.3 §3.07]

127.850 §3.08. Waiting periods.

(1) No less than 15 days shall elapse between the patient's initial oral request and the writing of a prescription under ORS 127.800 to 127.897. No less than 48 hours shall elapse between the patient's written request and the writing of a prescription under ORS 127.800 to 127.897. [1995 c.3 §3.08]

(2) Notwithstanding subsection (1) of this section, if the qualified patient's attending physician has medically confirmed that the qualified patient will, within reasonable medical judgment, die before the expiration of at least one of the waiting periods described in subsection (1) of this section, the prescription for medication under ORS 127.800 to 127.897 may be written at any time following the later of the qualified patient's written request or second oral request under ORS 127.840.

127.855 §3.09. Medical record documentation requirements.

The following shall be documented or filed in the patient's medical record:

- (1) All oral requests by a patient for medication to end his or her life in a humane and dignified manner;
- (2) All written requests by a patient for medication to end his or her life in a humane and dignified manner;
- (3) The attending physician's diagnosis and prognosis, determination that the patient is capable, acting voluntarily and has made an informed decision;
- (4) The consulting physician's diagnosis and prognosis, and verification that the patient is capable, acting voluntarily and has made an informed decision;
- (5) A report of the outcome and determinations made during counseling, if performed;
- (6) Any medically confirmed certification of the imminence of the patient's death;
- (7) The attending physician's offer to the patient to rescind his or her request at the time of the patient's second oral request pursuant to ORS 127.840; and
- (8) A note by the attending physician indicating that all requirements under ORS 127.800 to 127.897 have been met and indicating the steps taken to carry out the request, including a notation of the medication prescribed. [1995 c.3 §3.09]

127.860 §3.10. Residency requirement.

Only requests made by Oregon residents under ORS 127.800 to 127.897 shall be granted.

Factors demonstrating Oregon residency include but are not limited to:

- (1) Possession of an Oregon driver license;
- (2) Registration to vote in Oregon;
- (3) Evidence that the person owns or leases property in Oregon; or
- (4) Filing of an Oregon tax return for the most recent tax year. [1995 c.3 §3.10; 1999c.423 §8]

127.865 §3.11. Reporting requirements.

- (1) (a) The Department of Human Services shall annually review a sample of records maintained pursuant to ORS 127.800 to 127.897.

(b) The department shall require any health care provider upon dispensing medication pursuant to ORS 127.800 to 127.897 to file a copy of the dispensing record with the department.

(2) The department shall make rules to facilitate the collection of information regarding compliance with ORS 127.800 to 127.897. Except as otherwise required by law, the information collected shall not be a public record and may not be made available for inspection by the public.

(3) The department shall generate and make available to the public an annual statistical report of information collected under subsection (2) of this section. [1995 c.3 §3.11; 1999 c.423 §9; 2001 c.104 §40]

127.870 §3.12. Effect on construction of wills, contracts and statutes.

(1) No provision in a contract, will or other agreement, whether written or oral, to the extent the provision would affect whether a person may make or rescind a request for medication to end his or her life in a humane and dignified manner, shall be valid.

(2) No obligation owing under any currently existing contract shall be conditioned or affected by the making or rescinding of a request, by a person, for medication to end his or her life in a humane and dignified manner. [1995 c.3 §3.12]

127.875 §3.13. Insurance or annuity policies.

The sale, procurement, or issuance of any life, health, or accident insurance or annuity policy or the rate charged for any policy shall not be conditioned upon or affected by the making or rescinding of a request, by a person, for medication to end his or her life in a humane and dignified manner. Neither shall a qualified patient's act of ingesting medication to end his or her life in a humane and dignified manner have an effect upon a life, health, or accident insurance or annuity policy. [1995 c.3 §3.13]

127.880 §3.14. Construction of Act.

Nothing in ORS 127.800 to 127.897 shall be construed to authorize a physician or any other person to end a patient's life by lethal injection, mercy killing or active euthanasia. Actions taken in accordance with ORS 127.800 to 127.897 shall not, for any purpose, constitute suicide, assisted suicide, mercy killing or homicide, under the law. [1995 c.3 §3.14]

(Immunities and Liabilities)

(Section 4)

127.885 §4.01. Immunities; basis for prohibiting health care provider from participation; notification; permissible sanctions.

Except as provided in ORS 127.890:

(1) No person shall be subject to civil or criminal liability or professional disciplinary action for participating in good faith compliance with ORS 127.800 to 127.897. This includes being present when a qualified patient takes the prescribed medication to end his or her life in a humane and dignified manner.

(2) No professional organization or association, or health care provider, may subject a person to censure, discipline, suspension, loss of license, loss of privileges, loss of membership or other

penalty for participating or refusing to participate in good faith compliance with ORS 127.800 to 127.897.

(3) No request by a patient for or provision by an attending physician of medication in good faith compliance with the provisions of ORS 127.800 to 127.897 shall constitute neglect for any purpose of law or provide the sole basis for the appointment of a guardian or conservator.

(4) No health care provider shall be under any duty, whether by contract, by statute or by any other legal requirement to participate in the provision to a qualified patient of medication to end his or her life in a humane and dignified manner. If a health care provider is unable or unwilling to carry out a patient's request under ORS 127.800 to 127.897, and the patient transfers his or her care to a new health care provider, the prior health care provider shall transfer, upon request, a copy of the patient's relevant medical records to the new health care provider.

(5) (a) Notwithstanding any other provision of law, a health care provider may prohibit another health care provider from participating in ORS 127.800 to 127.897 on the premises of the prohibiting provider if the prohibiting provider has notified the health care provider of the prohibiting provider's policy regarding participating in ORS 127.800 to 127.897. Nothing in this paragraph prevents a health care provider from providing health care services to a patient that do not constitute participation in ORS 127.800 to 127.897.

(b) Notwithstanding the provisions of subsections (1) to (4) of this section, a health care provider may subject another health care provider to the sanctions stated in this paragraph if the sanctioning health care provider has notified the sanctioned provider prior to participation in ORS 127.800 to 127.897 that it prohibits participation in ORS 127.800 to 127.897:

(A) Loss of privileges, loss of membership or other sanction provided pursuant to the medical staff bylaws, policies and procedures of the sanctioning health care provider if the sanctioned provider is a member of the sanctioning provider's medical staff and participates in ORS 127.800 to 127.897 while on the health care facility premises, as defined in ORS 442.015, of the sanctioning health care provider, but not including the private medical office of a physician or other provider;

(B) Termination of lease or other property contract or other nonmonetary remedies provided by lease contract, not including loss or restriction of medical staff privileges or exclusion from a provider panel, if the sanctioned provider participates in ORS 127.800 to 127.897 while on the premises of the sanctioning health care provider or on property that is owned by or under the direct control of the sanctioning health care provider; or

(C) Termination of contract or other nonmonetary remedies provided by contract if the sanctioned provider participates in ORS 127.800 to 127.897 while acting in the course and scope of the sanctioned provider's capacity as an employee or independent contractor of the sanctioning health care provider. Nothing in this subparagraph shall be construed to prevent:

(i) A health care provider from participating in ORS 127.800 to 127.897 while acting outside the course and scope of the provider's capacity as an employee or independent contractor; or

(ii) A patient from contracting with his or her attending physician and consulting physician to act outside the course and scope of the provider's capacity as an employee or independent contractor of the sanctioning health care provider.

(c) A health care provider that imposes sanctions pursuant to paragraph (b) of this subsection must follow all due process and other procedures the sanctioning health care provider may have that are related to the imposition of sanctions on another health care provider.

(d) For purposes of this subsection:

(A) "Notify" means a separate statement in writing to the health care provider specifically informing the health care provider prior to the provider's participation in ORS 127.800 to 127.897 of the sanctioning health care provider's policy about participation in activities covered by ORS 127.800 to 127.897.

(B) "Participate in ORS 127.800 to 127.897" means to perform the duties of an attending physician pursuant to ORS 127.815, the consulting physician function pursuant to ORS 127.820 or the counseling function pursuant to ORS 127.825. "Participate in ORS 127.800 to 127.897" does not include:

(i) Making an initial determination that a patient has a terminal disease and informing the patient of the medical prognosis;

(ii) Providing information about the Oregon Death with Dignity Act to a patient upon the request of the patient;

(iii) Providing a patient, upon the request of the patient, with a referral to another physician; or

(iv) A patient contracting with his or her attending physician and consulting physician to act outside of the course and scope of the provider's capacity as an employee or independent contractor of the sanctioning health care provider.

(6) Suspension or termination of staff membership or privileges under subsection (5) of this section is not reportable under ORS 441.820. Action taken pursuant to ORS 127.810, 127.815, 127.820 or 127.825 shall not be the sole basis for a report of unprofessional or dishonorable conduct under ORS 677.415 (2) or (3).

(7) No provision of ORS 127.800 to 127.897 shall be construed to allow a lower standard of care for patients in the community where the patient is treated or a similar community. [1995 c.3 §4.01; 1999 c.423 §10]

Note: As originally enacted by the people, the headline to section 4.01 read "Immunities." The remainder of the headline was added by editorial action.

127.890 §4.02. Liabilities.

(1) A person who without authorization of the patient willfully alters or forges a request for medication or conceals or destroys a rescission of that request with the intent or effect of causing the patient's death shall be guilty of a Class A felony.

(2) A person who coerces or exerts undue influence on a patient to request medication for the purpose of ending the patient's life, or to destroy a rescission of such a request, shall be guilty of a Class A felony.

(3) Nothing in ORS 127.800 to 127.897 limits further liability for civil damages resulting from other negligent conduct or intentional misconduct by any person.

(4) The penalties in ORS 127.800 to 127.897 do not preclude criminal penalties applicable under other law for conduct which is inconsistent with the provisions of ORS 127.800 to 127.897. [1995 c.3 §4.02]

127.892 Claims by governmental entity for costs incurred.

Any governmental entity that incurs costs resulting from a person terminating his or her life pursuant to the provisions of ORS 127.800 to 127.897 in a public place shall have a claim against the estate of the person to recover such costs and reasonable attorney fees related to enforcing the claim. [1999 c.423 §5a]

**(Severability)
(Section 5)**

127.895 §5.01. Severability.

Any section of ORS 127.800 to 127.897 being held invalid as to any person or circumstance shall not affect the application of any other section of ORS 127.800 to 127.897 which can be given full effect without the invalid section or application. [1995 c.3 §5.01]

**(Form of the Request)
(Section 6)**

127.897 §6.01. Form of the request.

A request for a medication as authorized by ORS 127.800 to 127.897 shall be in substantially the following form:

REQUEST FOR MEDICATION TO END MY LIFE IN A HUMANE AND DIGNIFIED MANNER

I, _____, am an adult of sound mind.

I am suffering from _____, which my attending physician has determined is a terminal disease and which has been medically confirmed by a consulting physician.

I have been fully informed of my diagnosis, prognosis, the nature of medication to be prescribed and potential associated risks, the expected result, and the feasible alternatives, including comfort care, hospice care and pain control.

I request that my attending physician prescribe medication that will end my life in a humane and dignified manner.

INITIAL ONE:

_____ I have informed my family of my decision and taken their opinions into consideration.

_____ I have decided not to inform my family of my decision.

_____ I have no family to inform of my decision.

I understand that I have the right to rescind this request at any time.

I understand the full import of this request and I expect to die when I take the medication to be prescribed. I further understand that although most deaths occur within three hours, my death may take longer and my physician has counseled me about this possibility.

I make this request voluntarily and without reservation, and I accept full moral responsibility for my actions.

Signed: _____

Dated: _____

DECLARATION OF WITNESSES

We declare that the person signing this request:

- (a) Is personally known to us or has provided proof of identity;
- (b) Signed this request in our presence;
- (c) Appears to be of sound mind and not under duress, fraud or undue influence;
- (d) Is not a patient for whom either of us is attending physician.

_____ Witness 1/Date

_____ Witness 2/Date

NOTE: One witness shall not be a relative (by blood, marriage or adoption) of the person signing this request, shall not be entitled to any portion of the person's estate upon death and shall not own, operate or be employed at a health care facility where the person is a patient or resident. If the patient is an inpatient at a health care facility, one of the witnesses shall be an individual designated by the facility.

[1995 c.3 §6.01; 1999 c.423 §11]

PENALTIES

127.990: [Formerly part of 97.990; repealed by 1993 c.767 §29]

127.995 Penalties.

(1) It shall be a Class A felony for a person without authorization of the principal to willfully alter, forge, conceal or destroy an instrument, the reinstatement or revocation of an instrument or any other evidence or document reflecting the principal's desires and interests, with the intent and effect of causing a withholding or withdrawal of life-sustaining procedures or of artificially administered nutrition and hydration which hastens the death of the principal.

(2) Except as provided in subsection (1) of this section, it shall be a Class A misdemeanor for a person without authorization of the principal to willfully alter, forge, conceal or destroy an instrument, the reinstatement or revocation of an instrument, or any other evidence or document reflecting the principal's desires and interests with the intent or effect of affecting a health care decision. [Formerly 127.585]

ภาคผนวก ง

The Belgian Act on Euthanasia



*The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002**

Albert II, King of the Belgians,
To all those present now and in the future, greetings.
The Chambers have approved and We sanction what follows:

Section 1

This law governs a matter provided in article 78 of the Constitution

Chapter I: General provisions

Section 2

For the purposes of this Act, euthanasia is defined as intentionally terminating life by someone other than the person concerned, at the latter's request.

Chapter II: Conditions and procedure

Section 3

§1. The physician who performs euthanasia commits no criminal offence when he/she ensures that:

- the patient has attained the age of majority or is an emancipated minor, and is legally competent and conscious at the moment of making the request;
- the request is voluntary, well-considered and repeated, and is not the result of any external pressure;

- the patient is in a medically futile condition of constant and unbearable physical or mental suffering that can not be alleviated, resulting from a serious and incurable disorder caused by illness or accident;

and when he/she has respected the conditions and procedures as provided in this Act.

§2. Without prejudice to any additional conditions imposed by the physician on his/her own action, before carrying out euthanasia he/she must in each case:

- 1) inform the patient about his/her health condition and life expectancy, discuss with the patient his/her request for euthanasia and the possible therapeutic and palliative courses of action and their consequences. Together with the patient, the physician must come to the belief that there is no reasonable alternative to the patient's situation and that the patient's request is completely voluntary;
- 2) be certain of the patient's constant physical or mental suffering and of the durable nature of his/her request. To this end, the physician has several conversations with the patient spread out over a reasonable period of time, taking into account the progress of the patient's condition;
- 3) consult another physician about the serious and incurable character of the disorder and inform him/her about the reasons for this consultation. The physician consulted

* This unofficial translation was provided by Dale Kidd under the supervision of Prof. Herman Nys, Centre for Biomedical Ethics and Law, Catholic University of Leuven (Belgium).

- the patient is no longer conscious;
- this condition is irreversible given the current state of medical science.

In the advance directive, one or more person(s) taken in confidence can be designated in order of preference, who inform(s) the attending physician about the patient's will. Each person taken in confidence replaces his or her predecessor as mentioned in the advance directive, in the case of refusal, hindrance, incompetence or death. The patient's attending physician, the physician consulted and the members of the nursing team may not act as persons taken in confidence.

The advance directive may be drafted at any moment. It must be composed in writing in the presence of two witnesses, at least one of whom has no material interest in the death of the patient and it must be dated and signed by the drafter, the witnesses and by the person(s) taken in confidence, if applicable.

If a person who wishes to draft an advance directive is permanently physically incapable of writing and signing an advance directive, he/she may designate a person who is of age, and who has no material interest in the death of the person in question, to draft the request in writing, in the presence of two witnesses who have attained the age of majority and at least one of whom has no material interest in the patient's death. The advance directive indicates that the person in question is incapable of signing and why. The advance directive must be dated and signed by the drafter, by the witnesses and by the person(s) taken in confidence, if applicable.

A medical certificate must be annexed to the advance directive proving that the person in question is permanently physically incapable of drafting and signing the advance directive.

An advance directive is only valid if it is drafted or confirmed no more than five years prior to the person's loss of the ability to express his/her wishes.

The advance directive may be amended or revoked at any time.

The King determines the manner in which the advance directive is drafted, registered and confirmed or revoked, and the manner in which it is communicated to the physicians involved via the offices of the National Register.

§2. The physician who performs euthanasia, in consequence of an advance directive as referred to in §1, commits no criminal offence when he ensures that:

- the patient suffers from a serious and incurable disorder, caused by illness or accident;
- the patient is unconscious;
- and this condition is irreversible given the current state of medical science;

and when he/she has respected the conditions and procedures as provided in this Act.

Without prejudice to any additional conditions imposed by the physician on his/her own action, before carrying out euthanasia he/she must:

- 1) consult another physician about the irreversibility of the patient's medical condition and inform him/her about the reasons for this consultation. The physician consulted consults the medical record and examines the patient. He/she reports on his/her findings.

When the advance directive names a person taken in confidence, the latter will be informed about the results of this consultation by the attending physician.

The physician consulted must be independent of the patient as well as of the attending physician and must be competent to give an opinion about the disorder in question;

- 2) if there is a nursing team that has regular contact with the patient, discuss the content of the advance directive with that team or its members;
- 3) if a person taken in confidence is designated in the advance directive, discuss the request with that person;

- 4) if a person taken in confidence is designated in the advance directive, discuss the content of the advance directive with the relatives of the patient designated by the person taken in confidence.

The advance directive, as well as all actions by the attending physician and their results, including the report of the consulted physician, are regularly noted in the patient's medical record.

Chapter IV: Notification

Section 5

Any physician who has performed euthanasia is required to fill in a registration form, drawn up by the Federal Control and Evaluation Commission established by section 6 of this Act, and to deliver this document to the Commission within four working days.

Chapter V: The Federal Control and Evaluation Commission

Section 6

§1 For the implementation of this Act, a Federal Control and Evaluation Commission is established, hereafter referred to as "the commission".

§2. The commission is composed of sixteen members, appointed on the basis of their knowledge and experience in the issues belonging to the commission's jurisdiction. Eight members are doctors of medicine, of whom at least four are professors at a university in Belgium. Four members are professors of law at a university in Belgium, or practising lawyers. Four members are drawn from groups that deal with the problem of incurably ill patients. Membership in the commission cannot be combined with a post in one of the legislative bodies or with a post as a member

of the federal government or one of the regional or community governments.

While respecting language parity — where each linguistic group has at least three candidates of each sex — and ensuring pluralistic representation, the members of the commission are appointed by royal decree enacted after deliberation in the Council of Ministers for a four-year term, which may be extended, from a double list of candidates put forward by the Senate. A member's mandate is terminated *de jure* if the member loses the capacity on the basis of which he/she is appointed. The candidates not appointed as sitting members are appointed as substitutes, in the order determined by a list. The commission is chaired by a Dutch-speaking and a French-speaking member. These chairpersons are elected by the commission members of the respective linguistic group.

The commission's decisions are only valid if there is a quorum present of two thirds of the members.

§3. The commission establishes its own internal regulations.

Section 7

The commission drafts a registration form that must be filled in by the physician whenever he/she performs euthanasia. This document consists of two parts. The first part must be placed under seal by the physician. It includes the following information:

- 1) the patient's full name and address;
- 2) the full name, address and health insurance institute registration number of the attending physician;
- 3) the full name, address and health insurance institute registration number of the physician(s) consulted about the euthanasia request;
- 4) the full name, address and capacity of all persons consulted by the attending physician, and the date of these consultations;

- 5) if there exists an advance directive in which one or more persons taken in confidence are designated, the full name of such person(s).

The document's first part is confidential, and is supplied to the commission by the physician. It can only be consulted following a decision by the commission. Under no circumstances the commission may use this document for its evaluation.

The second part is also confidential. It includes the following information:

- 1) the patient's sex, date of birth and place of birth;
- 2) the date, time and place of death;
- 3) the nature of the serious and incurable condition, caused by accident or illness, from which the patient suffered;
- 4) the nature of the constant and unbearable suffering;
- 5) the reasons why this suffering could not be alleviated;
- 6) the elements underlying the assurance that the request is voluntary, well-considered and repeated, and not the result of any external pressure;
- 7) whether one can expect that the patient would die within the foreseeable future;
- 8) whether an advance directive has been drafted;
- 9) the procedure followed by the physician;
- 10) the capacity of the physician(s) consulted, the recommendations and the information from these consultations;
- 11) the capacity of the persons consulted by the physician, and the date of these consultations;
- 12) the manner in which euthanasia was performed and the pharmaceuticals used.

Section 8

The commission studies the completed registration form submitted to it by the attending physician. On the basis of the second part of the registration form, the commission determines whether the euthanasia was performed in accordance with the conditions and the procedure stipulated in this

Act. In cases of doubt, the commission may decide by simple majority to revoke anonymity and examine the first part of the registration form. The commission may request the attending physician to provide any information from the medical record having to do with the euthanasia.

The commission hands down a verdict within two months.

If, in a decision taken with a two-thirds majority, the commission is of the opinion that the conditions laid down in this Act have not been fulfilled, then it turns the case over to the public prosecutor of the jurisdiction in which the patient died.

If, after anonymity has been revoked, facts or circumstances come to light which would compromise the independence or impartiality of one of the commission members, this member will have an opportunity to explain or to be challenged during the discussion of this matter in the commission.

Section 9

For the benefit of the legislative chambers, the commission will draft the following reports, the first time within two years of this Act's coming into force and every two years thereafter:

- a) a statistical report processing the information from the second part of the completed registration forms submitted by physicians pursuant to section 8;
- b) a report in which the implementation of the law is indicated and evaluated;
- c) if required, recommendations that could lead to new legislation or other measures concerning the execution of this Act.

For the purpose of carrying out this task, the commission may seek additional information from the various public services and institutions. The information thus gathered is confidential. None of these documents may reveal the identities of any persons named in the dossiers submitted to the commission for the purposes of the review as determined in section 8.

Issued at Brussels, 28th May 2002.

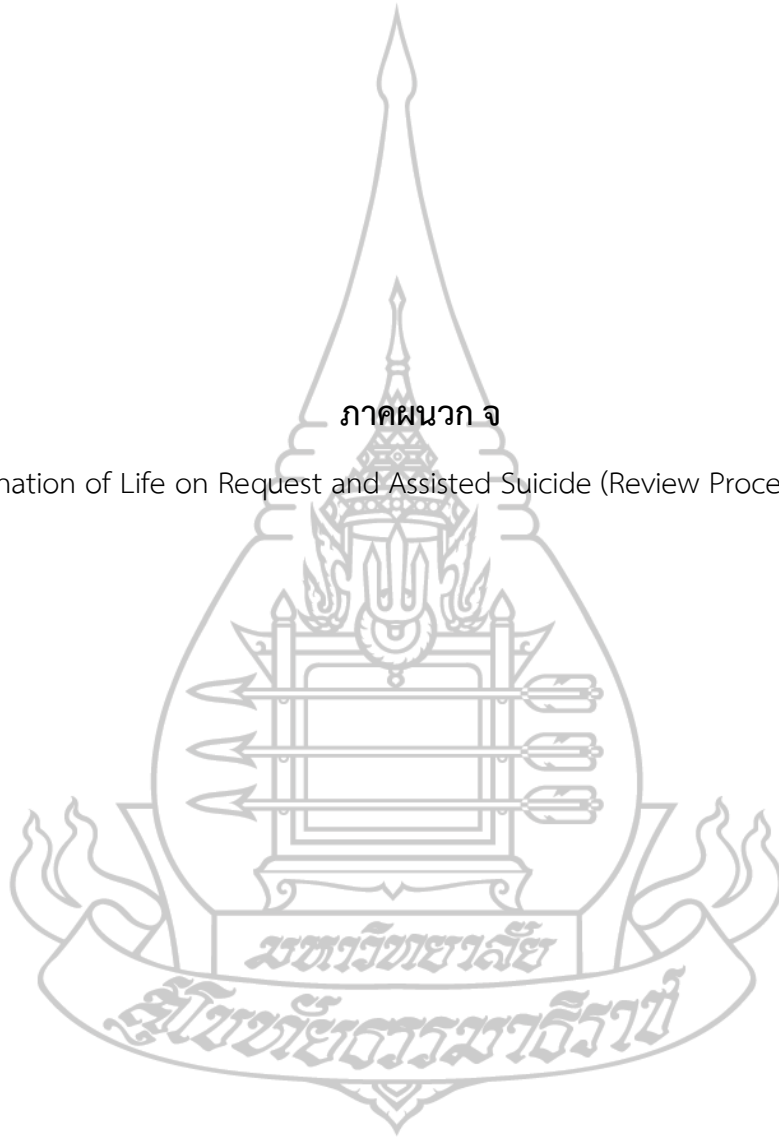
Albert

for the King:
the Minister of Justice,

M. Verwilghen
sealed with the seal of the State:
the Minister of Justice,
M. Verwilghen

ภาคผนวก จ

Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act.



This Act entered into force on April 1, 2002

Review procedures of termination of life on request and assisted suicide and amendment to the Penal Code (Wetboek van Strafrecht) and the Burial and Cremation Act (Wet op de lijkbezorging) .

We Beatrix, by the grace of God, Queen of the Netherlands, Princess of Oranje-Nassau, etc., etc. etc.

Greetings to all who shall see or hear these presents! Be it known:

Whereas We have considered that it is desired to include a ground for exemption from criminal liability for the physician who with due observance of the requirements of due care to be laid down by law terminates a life on request or assists in a suicide of another person, and to provide a statutory notification and review procedure; We, therefore, having heard the Council of State, and in consultation with the States General, have approved and decreed as We hereby approve and decree:

Chapter I. Definitions of Terms

Article 1

For the purposes of this Act:

- a. Our Ministers mean the Ministers of Justice and of Health, Welfare and Sports;
- b. assisted suicide means intentionally assisting in a suicide of another person or procuring for that other person the means referred to in Article 294 second paragraph, second sentence of the Penal code;
- c. the physician means the physician who according to the notification has terminated a life on request or assisted in a suicide;
- d. the consultant means the physician who has been consulted with respect to the intention by the physician to terminate a life on request or to assist in a suicide;
- e. the providers of care mean the providers of care referred to in Article 446 first paragraph of Book 7 of the Civil Code (Burgerlijk Wetboek);
- f. the committee means a regional review committee referred to in Article 3;
- g. the regional inspector means the regional inspector of the Health Care Inspectorate of the Public Health Supervisory Service.

Chapter II. Requirements of Due Care

Article 2

1. The requirements of due care, referred to in Article 293 second paragraph Penal Code mean that the physician:

- a. holds the conviction that the request by the patient was voluntary and well-considered,
- b. holds the conviction that the patient's suffering was lasting and unbearable,
- c. has informed the patient about the situation he was in and about his prospects,
- d. and the patient hold the conviction that there was no other reasonable solution for the situation he was in,
- e. e. has consulted at least one other, independent physician who has seen the patient and has given his written opinion on the requirements of due care, referred to in parts a – d, and
- f. has terminated a life or assisted in a suicide with due care.

2. If the patient aged sixteen years or older is no longer capable of expressing his will, but prior to reaching this condition was deemed to have a reasonable understanding of his interests and has made a written statement containing a request for termination of life, the physician may cant' out this request. The requirements of due care, referred to in the first paragraph, apply *mutatis mutandis*.

3. If the minor patient has attained an age between sixteen and eighteen years and may be deemed to have a reasonable understanding of his interests, the physician may cant' out the patient's request for termination of life or assisted suicide, after the parent or the parents exercising parental authority and/or his guardian have been involved in the decision process.

4. If the minor patient is aged between twelve and sixteen years and may be deemed to have a reasonable understanding of his interests, the physician may cant' out the patient's request, provided always that the parent or the parents exercising parental authority and/or his guardian agree with the termination of life or the assisted suicide. The second paragraph applies *mutatis mutandis*.

Chapter III. The Regional Review Committees for Termination of Life on Request and Assisted Suicide.

Paragraph 1: Establishment, composition and appointment

Article 3

1. There are regional committees for the review of notifications of cases of termination of life on request and assistance in a suicide as referred to in Article 293 second paragraph or 294 second paragraph second sentence, respectively, of the Penal Code.

2. A committee is composed of an uneven number of members, including at any rate one legal specialist, also chairman, one physician and one expert on ethical or philosophical issues'. The committee also contains deputy members of each of the, categories listed in the first sentence.

Article 4

1. The chairman and the members, as well as the deputy members are appointed by Our Ministers for a period of six years. They may be re-appointed one time for another period of six years. 'philosophical issues' — in the original text the Dutch word 'zingevingsvraagstukken' is used to describe the discussion on the prerequisites for a meaningful life.

2. A committee has a secretary and one or more deputy secretaries, all legal specialists, appointed by Our Ministers. The secretary has an advisory role in the committee meetings.

3. The secretary may solely be held accountable by the committee for his activities for the committee.

Paragraph 2: Dismissal

Article 5

Our Ministers may at any time dismiss the chairman and the members, as well as the deputy members at their own request.

Article 6

Our Ministers may dismiss the chairman and the members, as well as the deputy members for reasons of unsuitability or incompetence or for other important reasons.

Paragraph 3: Remuneration

Article 7



The chairman and the members, as well as the deputy members receive a holiday allowance as well as a reimbursement of the travel and accommodation expenses according to the existing government scheme insofar as these expenses are not otherwise reimbursed from the State Funds.

Paragraph 4: Duties and powers

Article 8



1. The committee assesses on the basis of the report referred to in Article 7 second paragraph of the Burial and Cremation Act whether the physician who has terminated a life on request or assisted in a suicide has acted in accordance with the requirements of due care, referred to in Article 2.

2. The committee may request the physician to supplement his report in writing or verbally, where this is necessary for a proper assessment of the physician's actions.

3. The committee may make enquiries at the municipal autopsist, the consultant or the providers of care involved where this is necessary for a proper assessment of the physician's actions.

Article 9



1. The committee informs the physician within six weeks of the receipt of the report referred to in Article 8 first paragraph in writing of its motivated opinion.

2. The committee informs the Board of Procurators General and the regional health care inspector of its opinion:

a. if the committee is of the opinion that the physician has failed to act in accordance with the requirements of due care, referred to in Article 2;

or

b. if a situation occurs as referred to in Article 12, final sentence of the Burial and

Cremation Act.

The committee shall inform the physician of this.

3. The term referred to in the first paragraph may be extended one time by a maximum period of six weeks. The committee shall inform the physician of this.

4. The committee may provide a further, verbal explanation on its opinion to the physician. This verbal explanation may take place at the request of the committee or at the request of the physician.

Article 10

The committee is obliged to provide all information to the public prosecutor, at his request, which he may need:

1. for the benefit of the assessment of the physician's actions in the case referred to in Article 9 second paragraph; or
2. for the benefit of a criminal investigation.

The committee shall inform the physician of any provision of information to the public prosecutor.

Paragraph 6: Working method

Article 11

The committee shall ensure the registration of the cases of termination of life or assisted suicide reported for assessment. Further rules on this may be laid down by a ministerial regulation by Our Ministers.

Article 12

1. An opinion is adopted by a simple majority of votes.
2. An opinion may only be adopted by the committee provided all committee members have participated in the vote.

Article 13

At least twice a year, the chairmen of the regional review committees conduct consultations with one another with respect to the working method and the performance of the committees. A representative of the Board of Procurators General and a representative of the Health Care Inspectorate of the Public Health Supervisory Service are invited to attend these consultations.

Paragraph 7: Secrecy and Exemption

Article 14

The members and deputy members of the committee are under an obligation of secrecy to keep confidential any information acquired in the performance of their duties, except where any statutory regulation obliges them to divulge this information or where the necessity to divulge information ensues from their duties.

Article 15

A member of the committee that serves on the committee in the treatment of a case exempts himself and may be challenged if there are facts or circumstances that may affect the impartiality of his opinion.

Article 16

A member, a deputy member and the secretary of the committee refrain from rendering an opinion on the intention by a physician to terminate a life on request or to assist in a suicide.

Paragraph 8: Report

Article 17

1. Not later than 1 April, the committees issue a joint annual report to Our Ministers on the activities of the past calendar year. Our Ministers shall lay down a model for this by means of a ministerial regulation.

2. The report on the activities referred to in the first paragraph shall at any rate include the following:

- a. the number of reported cases of termination of life on request and assisted suicide on which the committee has rendered an opinion;
- b. the nature of these cases;
- c. the opinions and the considerations involved.

Article 18

Annually, at the occasion of the submission of the budget to the States General, Our Ministers shall issue a report with respect to the performance of the committees further to the report on the activities as referred to in Article 17 first paragraph.

Article 19

1. On the recommendation of Our Ministers, rules shall be laid down by order in council regarding the committees with respect to

- a. their number and their territorial jurisdiction;
- b. their domicile.

2. Our Ministers may lay down further rules by or pursuant to an order in council regarding the committees with respect to

- a. their size and composition;
- b. their working method and reports.

Chapter IV. Amendments to other Acts

Article 20



The Penal Code shall be amended as follows:

A

Article 293 shall read:

Article 293

1. Any person who terminates another person's life at that person's express and earnest request shall be liable to a term of imprisonment not exceeding twelve years or a fifth-category fine.
2. The act referred to in the first paragraph shall not be an offence if it committed by a physician who fulfils the due care criteria set out in Article 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, and if the physician notifies the municipal pathologist of this act in accordance with the provisions of Article 7, paragraph 2 of the Burial and Cremation Act.

B

Article 294 shall read:

Article 294

1. Any person who intentionally incites another to commit suicide shall, if suicide follows, be liable to a term of imprisonment not exceeding three years or a fine of the fourth-category fine.
2. Any person who intentionally assist another to commit suicide or provides him with the means to do shall, if suicide follows, be liable to a term of imprisonment

not exceeding three years or a fourth-category fine. Article 293, paragraph 2 shall apply mutatis mutandis.

C

In Article 295, the following is inserted after '293': first paragraph.

D

In Article 422, the following is inserted after '293': first paragraph.

Article 21



The Burial and Cremation Act shall be amended as follows:

A

Article 7 shall read:

Article 7

1. A person who has performed a postmortem shall issue a death certificate if he is convinced that death has occurred as a result of a natural cause.

2. If the death was the result of the application of termination of life on request or assisted suicide as referred to in Article 293 second paragraph or Article 294 second paragraph second sentence, respectively, of the Penal Code, the attending physician shall not issue a death certificate and shall promptly notify the municipal autopsist or one of the municipal autopsists of the cause of death by completing a form. The physician shall supplement this form with a reasoned report with respect to the due observance of the requirements of due care referred to in Article 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) act.

3. If the attending physician in other cases than referred to in the second paragraph believes that he may not issue a death certificate, he must promptly notify the municipal autopsist or one of the municipal autopsists of this by completing a form.

B

Article 9 shall read:

Article 9

1. The form and the set-up of the models of the death certificate to be issued by

the attending physician and by the municipal autopsist shall be laid down by order in council.

2. The form and the set-up of the models of the notification and the report referred to in Article 7 second paragraph, of the notification referred to in Article 7 third paragraph and of the forms referred to in Article 10 first and second paragraph shall be laid down by order in council on the recommendation of Our Minister of Justice and Our Minister of Health, Welfare and Sports.

C

Article 10 shall read:

Article 10

1. If the municipal autopsist is of the opinion that he cannot issue a death certificate, he shall promptly report this to the public prosecutor by completing a form and he shall promptly notify the registrar of births, deaths and marriages.

2. In the event of a notification as referred to in Article 7 second paragraph and without prejudice to the first paragraph, the municipal autopsist shall promptly report to the regional review committee referred to in Article 3 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act by completing a form. He shall enclose a reasoned report as referred to in Article 7 second paragraph.

D

The following sentence shall be added to Article 12, reading: If the public prosecutor, in the cases referred to in Article 7 second paragraph, is of the opinion that he cannot issue a certificate of no objection against the burial or cremation, he shall promptly inform the municipal autopsist and the regional review committee referred to in Article 3 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act of this.

E

In Article 81, first part, '7, first paragraph' shall be replaced by '7, first and second paragraph'.

Article 22

The General Administrative Law Act (Algemene wet bestuursrecht) shall be amended as follows:

At the end of part d of Article 1:6, the full stop shall be replaced by a semicolon and the following shall be added to the fifth part, reading:

e. decisions and actions in the implementation of the Termination of Life and Assisted Suicide (Review Procedures) Act.

Chapter V. Final Provisions

Article 23

This Act shall take effect as of a date to be determined by Royal Decree.

Article 24

This Act may be cited as: Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act.

We hereby order and command that this Act shall be published in the Bulletin of Acts and Decrees and that all ministerial departments, authorities, bodies and officials whom it may concern shall diligently implement it.

Done

The Minister of Justice,

The Minister of Health, Welfare and Sports.

Upper House, parliamentary year 2000-2001, 26 691, no 137

+++

ภาคผนวก ฉ

WMA DECLARATION ON EUTHANASIA AND PHYSICIAN- ASSISTED SUICIDE

Adopted by the 70 WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, October 2019

The WMA reiterates its strong commitment to the principles of medical ethics and that utmost respect has to be maintained for human life. Therefore, the WMA is firmly opposed to euthanasia and physician-assisted suicide. For the purpose of this declaration, euthanasia is defined as a physician deliberately administering a lethal substance or carrying out an intervention to cause the death of a patient with decision-making capacity at the patient's own voluntary request. Physician-assisted suicide refers to cases in which, at the voluntary request of a patient with decision-making capacity, a physician deliberately enables a patient to end his or her own life by prescribing or providing medical substances with the intent to bring about death. No physician should be forced to participate in euthanasia or assisted suicide, nor should any physician be obliged to make referral decisions to this end. Separately, the physician who respects the basic right of the patient to decline medical treatment does not act unethically in forgoing or withholding unwanted care, even if respecting such a wish results in the death of the patient.

WMA DECLARATION ON EUTHANASIA AND PHYSICIAN-ASSISTED SUICIDE

Adopted by the 70th WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, October 2019

The WMA reiterates its strong commitment to the principles of medical ethics and that utmost respect has to be maintained for human life. Therefore, the WMA is firmly opposed to euthanasia and physician-assisted suicide.

For the purpose of this declaration, euthanasia is defined as a physician deliberately administering a lethal substance or carrying out an intervention to cause the death of a patient with decision-making capacity at the patient's own voluntary request. Physician-assisted suicide refers to cases in which, at the voluntary request of a patient with decision-making capacity, a physician deliberately enables a patient to end his or her own life by prescribing or providing medical substances with the intent to bring about death.

No physician should be forced to participate in euthanasia or assisted suicide, nor should any physician be obliged to make referral decisions to this end.

Separately, the physician who respects the basic right of the patient to decline medical treatment does not act unethically in forgoing or withholding unwanted care, even if respecting such a wish results in the death of the patient.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายเกษมสันต์ วนวนากร
วัน เดือน ปี เกิด	2 เมษายน 2514
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	<p>ด้านการแพทย์</p> <p>-แพทยศาสตรบัณฑิตจาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2539</p> <p>-วุฒิปัตร์ผู้เชี่ยวชาญสาขา ศัลยศาสตร์</p> <p>-อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์</p> <p>-อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>ด้านกฎหมาย</p> <p>-นิติศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช</p> <p>-เนติบัณฑิต</p> <p>-ใบอนุญาตว่าความ สภานายความ</p>
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา กระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่ง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

