

บทความวิจัย

ปัญหาทางกฎหมายในการดูแลแบบประคับประคอง:
ศึกษากรณีไม่มีหนังสือแสดงเจตจำนงไว้โดยชัดแจ้ง *

Legal Issues In Palliative Care: A Case Study On The Absence
Of A Clear Advance Directives

พนอมพรรณ ทัดทอง¹

Phanormphan Thadthong²

เลขที่ 59/34 หมู่ที่ 1 ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี
จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84100.

No. 59/34. Moo 1, Khun Thale Subdistrict, Mueang Surat Thani District,
Surat Thani Province. 84100.

* Corresponding author E-mail: Phanormphan.tho@sru.ac.th

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัญหาทางกฎหมายในการดูแลแบบประคับประคอง: กรณีไม่มีหนังสือแสดงเจตจำนงไว้โดยชัดแจ้ง” คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, พ.ศ. 2568.

¹ นางสาวพนอมพรรณ ทัดทอง, นักศึกษาหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

² Miss.Phanormphan Thadthong, Master of Laws (LL.M.) student, Faculty of Law, Suratthani Rajabhat University.

จิตรดารมย์ รัตนวุฒิ³

Jiddarom Ruttanawut⁴

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
เลขที่ 272 หมู่ที่ 9 ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี
จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84100.

Faculty of Law Suratthani Rajabhat University

No. 272 Moo 9, Khun Thale Subdistrict, Mueang Surat Thani District,
Surat Thani Province. 84100.

E-mail: Jiddarom.rut@sru.ac.th

ธัญญาภัส ทองมุสิทธิ์⁵

Thanyaphat Thongmusit⁶

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
เลขที่ 272 หมู่ที่ 9 ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี
จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84100.

Faculty of Law Suratthani Rajabhat University

No. 272 Moo 9, Khun Thale Subdistrict, Mueang Surat Thani District,
Surat Thani Province. 84100.

E-mail: Thanyaphat.tho2@sru.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรดารมย์ รัตนวุฒิ, อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

⁴ Associate Professor Dr.Jiddarom Ruttanawut, Advisor.

⁵ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญญาภัส ทองมุสิทธิ์, อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

⁶ Assistant Professor Dr. Thanyaphat Thongmusit, Co-Advisor.

วันที่รับบทความ : 10 พฤศจิกายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ : 2 ธันวาคม 2569
วันที่ตอบรับ : 15 ธันวาคม 2568 วันที่เผยแพร่ : 29 มิถุนายน 2569

บทคัดย่อ

บทความวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัญหาช่องว่างทางกฎหมายในการดูแลแบบประคับประคอง ภายใต้มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยระยะท้ายขาดความสามารถในการตัดสินใจและไม่ได้จัดทำหนังสือแสดงเจตจำนง (Living Will) ไว้ล่วงหน้า ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความไม่แน่นอนในการตัดสินใจยุติการรักษาของญาติ และสร้างความเสี่ยงต่อความรับผิดชอบทางกฎหมายของบุคลากรทางการแพทย์

ผลการศึกษาพบว่า บทบัญญัติในมาตรา 12 ปัจจุบันยังมีข้อจำกัดและไม่ได้ให้การรับรองที่ชัดเจนเพียงพอเกี่ยวกับการตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยผู้แทนหรือญาติใกล้ชิด การที่แพทย์ยุติการรักษาโดยอาศัยเพียงความยินยอมของผู้แทนหรือญาติ อาจส่งผลให้แพทย์ต้องเผชิญกับความรับผิดทั้งทางอาญาและทางแพ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ เช่น เนเธอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา และได้หวั่น พบว่าประเทศเหล่านั้นมีกลไกทางกฎหมายที่ชัดเจนในการกำหนดลำดับชั้นของญาติผู้มีอำนาจตัดสินใจ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 โดยเพิ่มบทบัญญัติที่รับรองอำนาจของผู้แทนหรือญาติใกล้ชิดตามลำดับชั้น ให้สามารถแสดงเจตจำนงแทนผู้ป่วยในการยุติการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต และเลือกการดูแลแบบประคับประคองได้ ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ลดความขัดแย้งในทางปฏิบัติ และส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, หนังสือแสดงเจตจำนง, ผู้ป่วยระยะท้าย

ABSTRACT

This research article aims to analyze legal gaps in palliative care under Section 12 of the National Health Act B.E. 2550 (2007), particularly in cases where terminally ill patients lack decision-making capacity and have not executed a Living Will in advance. Such situations create uncertainty regarding decisions to withdraw or withhold life-sustaining treatment by family members and may expose healthcare professionals to potential legal liability.

The study finds that the current provisions of Section 12 contain significant limitations and do not provide sufficiently clear legal recognition of surrogate decision-making by legal representatives or close relatives. When physicians discontinue treatment based solely on the consent of a patient's representative or family member, they may face both criminal and civil liability. A comparative analysis of foreign legal frameworks, including those of the Netherlands, the United States, and Taiwan, reveals that these jurisdictions have established clear legal mechanisms for determining the hierarchy of family members or surrogate decision-makers authorized to make healthcare decisions on behalf of incapacitated patients.

The study recommends amendments to Section 12 of the National Health Act B.E. 2550 (2007) to expressly recognize the authority of legal representatives or close relatives, according to a legally defined order of priority, to make decisions on behalf of patients regarding the withdrawal of treatment intended solely to prolong the dying process and to choose palliative care measures. Such legal reform would be consistent with the principle of human dignity, reduce practical conflicts and legal uncertainty,

and promote the effective delivery of palliative care for terminally ill patients in Thailand.

Keywords: Palliative Care, Living Will, Terminally Ill Patients

1. ความนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าได้ถูกนำมาใช้ในการยื้อชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของโรค ซึ่งการรักษาในลักษณะดังกล่าวอาจไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยอีกต่อไป แต่กลับสร้างความทุกข์ทรมานทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว (ศรีเวียงไพโรจน์กุล, 2563, หน้า 9)

ด้วยเหตุนี้ แนวคิดเรื่อง “การดูแลแบบประคับประคอง” (Palliative Care) จึงเข้ามามีบทบาทเพื่อมุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายในการลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แนวคิดนี้สอดคล้องกับหลักการสากลว่าด้วย “สิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี” (Right to Die with Dignity) ซึ่งเป็นการยอมรับสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิต

สำหรับประเทศไทย สิทธิดังกล่าวได้รับการรับรองไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งบัญญัติให้บุคคลมีสิทธิทำ “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต” หรือที่เรียกโดยทั่วไปว่า “Living Will” โดยการแสดงเจตนาดังกล่าวจะต้องทำเป็นหนังสือตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง (นภัส คำนวน, 2558, หน้า 80-82)

อย่างไรก็ตาม ประเด็นปัญหาสำคัญทางกฎหมายซึ่งเป็นที่มาของการศึกษานี้เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยระยะท้าย “ไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาจนไวล่วงหน้า” และต่อมาผู้ป่วยตกอยู่ในสภาวะที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง เช่น อยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว เป็นผู้ป่วยสภาพผักถาวร หรือมีภาวะสมองเสื่อมอย่างรุนแรง เมื่อเกิด

ภาวะช่องว่างทางกฎหมาย กฎหมายปัจจุบันไม่ได้กำหนดอย่างชัดเจนว่าผู้ใด เช่น คู่สมรส บุตร หรือญาติใกล้ชิด มีอำนาจในการตัดสินใจยุติการรักษาแทนผู้ป่วย

สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อความรับผิดชอบทั้งทางอาญาและทางแพ่ง หากยุติการรักษาตามความต้องการของญาติโดยไม่มีเอกสาร Living Will ยืนยัน และนำไปสู่การยื้อชีวิตผู้ป่วยต่อไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด แม้จะขัดต่อเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วยและสร้างภาระแก่ครอบครัวก็ตาม

บทความวิจัยฉบับนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัญหาช่องว่างทางกฎหมายของมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยศึกษาเปรียบเทียบหลักกฎหมายและกลไกของต่างประเทศ ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา และได้หวั่น เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะในการกำหนดกลไกทางกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

2. หลักการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การดูแลผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ไม่ว่าจะเป็นโรคที่มีอาการหนักอย่างเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ในลักษณะองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งอาการทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความต้องการและความประสงค์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การดูแลแบบประคับประคองนั้น ครอบคลุมการดูแลที่หลากหลาย เช่น การบรรเทาอาการปวด ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และความวิตกกังวลที่เกิดจากโรค (Sepúlveda et al., 2002, pp. 91-96) นอกจากนี้ยังรวมถึงการสนับสนุนทางจิตวิญญาณและการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้พวกเขาสามารถเตรียมความพร้อมทางจิตใจและอารมณ์สำหรับการสิ้นสุดของชีวิต (Meier, 2011, pp. 343-380) ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีจนถึงวาระสุดท้าย โดยไม่มีวัตถุประสงค์ที่จะเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นและไม่ยืดชีวิตของผู้ป่วยอย่างฝืนธรรมชาติ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้กำหนดหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองไว้หลายประการ ได้แก่ การบรรเทาอาการเจ็บปวดและอาการไม่สบายอื่น ๆ การให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่เน้นที่การยืดอายุชีวิตหรือเร่งการเสียชีวิต และการบูรณาการความต้องการทางจิตใจและจิตวิญญาณเข้ากับการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การดูแลแบบประคับประคองยังมุ่งเน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยทีมเวชกรรมทางด้านสุขภาพจะทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสร้างแผนการดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุมทุกมิติของชีวิตผู้ป่วย (Quill & Abernethy, 2013, pp. 1173-1175) ซึ่งการดูแลดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งในระยะท้ายของชีวิต เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลาสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการจัดเป็นวาระในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก World Health Assembly ครั้งที่ 67 ค.ศ. 2014 มีการสรุปข้อมติที่ 67.19 เรื่องการสร้างเสริมความเข้มแข็งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวมตลอดช่วงชีวิต ในปีเดียวกันนั้น ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน ในฐานะรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรองประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้ประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายของประเทศไทยว่า ประชาชนและผู้อาศัยบนแผ่นดินไทยจะได้รับการดูแลสุขภาพระยะท้ายแบบประคับประคองตามหลักวิชาการ แบบไร้รอยต่อเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายของปัจเจกบุคคล โดยเคารพความประสงค์ในการเลือกแผนการรักษาและแผนการเสียชีวิตของผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12 วรรค 1 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (Living Wills) (ปฐมพร ศิริประภาศิริ, 2563, หน้า 3)

ผู้ป่วยในระยะท้ายมักประสบกับความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยในด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอน เบื่ออาหาร และดื่มน้ำน้อยลง ซึ่งภาวะเหล่านี้อาจเป็นผลดีต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัว แต่ก็ยังสามารถรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพียงแต่ไม่สามารถสื่อสารออกมาได้ ทั้งนี้ การที่ผู้ป่วยแสดงอาการครวญครางหรือมีสีหน้าบิตเบี้ยวอาจไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ในด้านจิตใจ ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวล โดยสิ่งที่กลัวมากที่สุดคือการถูกทอดทิ้งและความโดดเดี่ยว ขณะที่สิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือการมีผู้ที่เข้าใจและคอยอยู่เคียงข้างในช่วงเวลาสุดท้าย (วิชัย โชควิวัฒน์ และคนอื่น ๆ, 2554, หน้า 17-19) ดังนั้นแล้ว เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สามารถควบคุมและบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางกายและจิตใจได้อย่างดี โดยช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต และความสูญเสียต่าง ๆ ในการเจ็บป่วยระยะท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำภารกิจต่าง ๆ ที่ยังห่วงกังวลให้สำเร็จ หากต้องเสียชีวิตก็ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยประสบการณ์ทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และป้องกันบรรเทาปัญหาต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากความโศกเศร้าสูญเสียของครอบครัว ภายหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย (วิชัย โชควิวัฒน์ และคนอื่น ๆ, 2554, หน้า 62)

อย่างไรก็ตาม การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยยังได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร สาเหตุสำคัญ คือ มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ทราบการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคตามจริง เนื่องจากญาติมักขอร้องให้แพทย์ปกปิดความจริงต่อผู้ป่วย สิทธิการตัดสินใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายจึงตกเป็นของญาติกับแพทย์ไปโดยปริยาย ซึ่งเป็นการละเมิดหลักจริยธรรมทางการแพทย์ว่าด้วยความรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งผู้ป่วยควรทราบข้อมูลความเจ็บป่วยของตนเอง และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจและรักษาได้ด้วยตนเอง ยิ่งกว่านั้น ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการหนัก ไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เมื่อแพทย์ปรึกษาญาติเรื่องแนวทางการรักษา บางครั้งญาติก็อาจไม่กล้าตัดสินใจไปทางใดทางหนึ่ง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีญาติหลายคน

ความคิดเห็นของญาติก็อาจไม่ตรงกัน สร้างความลำบากใจต่อแพทย์เป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจึงมักถูกยื้อความตายโดยไม่จำเป็น ทำให้เจ็บปวด ทรมาน มีค่าใช้จ่ายสูงสร้างความทุกข์ทางใจทั้งกับผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2566, หน้า 185-190)

3. กฎหมายการดูแลแบบประคับประคองในต่างประเทศ

3.1 กฎหมายของเนเธอร์แลนด์

ประเทศเนเธอร์แลนด์มีแนวทางที่แตกต่างจากหลายประเทศ โดยอนุญาตให้แพทย์ทำการยุติชีวิตตามคำร้องขอของผู้ป่วย (Active Euthanasia หรือ Physician-Assisted Suicide) อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ภายใต้พระราชบัญญัติ “Termination of Life on Request and Assisted (Review Procedures) Act” (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2002)

หลักการสำคัญของกฎหมายนี้ คือ การกระทำความผิดทางอาญา ยังคงเป็นความผิดอาญา (มาตรา 293 วรรค 1) ซึ่งมีโทษจำคุกแต่แพทย์ผู้กระทำความผิดจะไม่เป็นความผิด (มาตรา 293 วรรค 2) หากปฏิบัติตามมาตรฐานความระมัดระวังที่เหมาะสม (Due Care Standards) ที่กำหนดไว้ใน มาตรา 2 อย่างครบถ้วน และได้แจ้งการกระทำนั้นตามกฎหมาย มาตรฐานความระมัดระวัง (Due Care) ตามมาตรา 2 กำหนดให้แพทย์ต้องมั่นใจใน 6 ประการหลัก ดังนี้

1. คำร้องขอของผู้ป่วยต้องมาจากความสมัครใจ และผ่านการไตร่ตรองมาอย่างดีแล้ว
2. ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยต้องมีอยู่อย่างต่อเนื่องและไม่สามารถจะทนได้
3. แพทย์ได้แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการและความหวังในอนาคตให้ผู้ป่วยทราบอย่างครบถ้วน
4. แพทย์และผู้ป่วยต้องมีความมั่นใจร่วมกันว่าไม่มีวิธีการแก้ปัญหาอย่างสมเหตุสมผลโดยทางอื่น

5. แพทย์ต้องปรึกษาหารือกับแพทย์อื่นอย่างน้อย 1 คน (ที่เป็นอิสระ) ซึ่งแพทย์ท่านที่สองต้องได้พบผู้ป่วย และให้ความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรว่าแพทย์ท่านแรกได้ปฏิบัติตามมาตรฐานข้อ 1-4 ครบถ้วน

6. การยุติชีวิตต้องกระทำด้วยความระมัดระวังอย่างเหมาะสมทางการแพทย์

นอกจากนี้ กฎหมายยังกำหนดเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ ได้แก่

ผู้ป่วยอายุ 16 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถแสดงเจตนาได้ หากผู้ป่วยได้ทำคำร้องขอเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ก่อนที่จะตกอยู่ในสภาพดังกล่าว แพทย์ไม่อาจปฏิเสธคำร้องขอขึ้นได้

ผู้เยาว์อายุ 16-18 ปี แพทย์ไม่อาจปฏิเสธคำร้องขอได้ หากผู้ใช้อำนาจปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

ผู้เยาว์อายุ 12-16 ปี แพทย์ไม่อาจปฏิเสธคำร้องขอได้ หากคำร้องขอนั้นได้รับความเห็นชอบจากผู้ใช้อำนาจปกครอง

ในกระบวนการปฏิบัติ ก่อนดำเนินการแพทย์จะต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการตรวจสอบ ประกอบด้วย แพทย์, นักกฎหมาย, ผู้เชี่ยวชาญด้านศีลธรรม เพื่อพิจารณาว่าการดำเนินการทั้งหมดเป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด

แนวทางนี้สะท้อนแนวคิดของเนเธอร์แลนด์ที่ให้ความสำคัญกับการอภิปรายอย่างเปิดกว้าง และการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาได้เท่าเทียม ซึ่งช่วยลดแรงต่อต้านทางสังคมต่อการยุติชีวิตภายใต้กรอบกฎหมายที่รัดกุม (วณิดา โสภณสินสุข, 2565, หน้า 66-69)

3.2 กฎหมายของสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่ให้การยอมรับสิทธิในการปฏิเสธการรักษา โดยหนึ่งในคดีสำคัญที่ถูกนำมาศึกษาในประเด็นนี้คือคดีของ คาเรน แอนน์ คริวแลน หญิงสาววัย 21 ปี ที่ตกอยู่ในสภาพผักถาวรจากการขาดออกซิเจน และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจพยุงชีพ ผู้เป็นบิดาขอให้แพทย์ยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยไม่มีโอกาสฟื้นตัว แต่แพทย์ปฏิเสธคำร้องขอของบิดาโดยอ้างจริยธรรม

ทางการแพทย์ เพราะผู้ป่วยยังไม่มีภาวะสมองตาย คดีนี้ไปถึงศาลสูงของมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ ซึ่งศาลได้วินิจฉัยกลับ โดยให้เหตุผลว่า แม้การถอดเครื่องช่วยหายใจอาจขัดต่อมาตรฐานทางการแพทย์ แต่เครื่องมือดังกล่าวเป็นเพียงการยืดเวลาการเสียชีวิตไม่ใช่การรักษา ศาลจึงพิจารณาให้สิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษา มีน้ำหนักมากกว่าผลประโยชน์ของรัฐในการยื้อชีวิตไว้ คดีนี้จึงเป็นการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการกำหนดแนวทางการรักษาของตนเอง (ภูมิภัทร ศาสตร์ศติ, 2555, หน้า 44-45)

คำตัดสินในคดีคาเรน แอนน์ ควินแลน สรุปว่า เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตนาได้สิทธิส่วนบุคคลในการปฏิเสธการรักษาของตนเองสามารถถูกกล่าวอ้างและดำเนินการโดยผู้อนุบาลหรือครอบครัวได้ ศาลพิจารณาให้ครอบครัวมีสิทธิในการตัดสินใจยุติการยื้อชีวิต โดยต้องได้รับความยินยอมจากครอบครัวส่วนใหญ่ เพื่อเป็นการรักษาสีทิวของผู้ป่วย ประเด็นสำคัญคือ คำพิพากษาระบุชัดเจนว่าแพทย์ที่ถอดเครื่องช่วยหายใจจะไม่ถือว่ามีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ (1) การเสียชีวิตที่เกิดขึ้นถือเป็นผลจากอายุขัยตามธรรมชาติไม่ใช่การกระทำของแพทย์ และ (2) การกระทำนี้เป็นการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสิทธิส่วนบุคคลไม่ใช่การฆ่าที่ผิดกฎหมาย คดีนี้จึงถือเป็นบรรทัดฐานสำคัญในเรื่อง “สิทธิที่จะตาย” (Right to Die) ที่ผลักดันให้หลายมลรัฐในสหรัฐอเมริกาออกกฎหมายรับรองสิทธิผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษา และยืนยันว่าแพทย์ที่ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัวจะไม่ต้องรับผิดชอบทั้งทางอาญาและทางแพ่ง (ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, 2529, หน้า 87-88)

กฎหมายของสหรัฐอเมริกาในหลายรัฐได้รองรับสิทธิของผู้ป่วยในการ ตายอย่างมีศักดิ์ศรี ผ่านกฎหมายที่เรียกว่า สิทธิการตาย (Right to Die Laws) เช่น รัฐบัญญัติการตายโดยธรรมชาติ ซึ่งอนุญาตให้ผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะทำคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรให้แพทย์ยุติการรักษาและหยุดใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ยืดชีวิตในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย คำสั่งดังกล่าวเรียกว่า “พินัยกรรมชีวิต” (Living Will) และมีผลบังคับใช้ทางกฎหมาย โดยกฎหมายนี้มีรายละเอียดและข้อกำหนดที่แตกต่างกัน

ในแต่ละรัฐ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2540, หน้า 94-113) นอกจากนี้ การกระทำการฉ้อฉลโดยอ้อมในบางรัฐเริ่มได้รับการพัฒนาให้เป็นสิทธิทางกฎหมายอย่างสมบูรณ์

การใช้สิทธิในการปฏิเสธการรักษาโดยผู้แทนในสหรัฐอเมริกาได้รับการยอมรับอีกครั้งจากศาลอุทธรณ์แห่งลออสแอนเจลิสในคดี *Barber v. Superior Court* ซึ่งเกี่ยวข้องกับนาย Herbert ซึ่งอยู่ในสภาพผักถาวร ภรรยาและบุตร 8 คน ได้แจ้งเป็นหนังสือให้แพทย์ยุติการยื้อชีวิต แพทย์จึงถอดเครื่องช่วยหายใจ แต่ผู้ป่วยยังหายใจเองได้ และอีกสองวันต่อมาได้ปรึกษากับครอบครัวอีกครั้งก่อนยุติการให้น้ำและอาหารทางสายยาง จนผู้ป่วยเสียชีวิต ศาลได้วางหลักการสำคัญว่า การตัดสินใจโดยผู้แทน (Proxy) จะต้องดำเนินการตามความประสงค์ที่ผู้ป่วยได้แสดงไว้ล่วงหน้า แต่หากไม่สามารถทราบเจตนาได้ ผู้แทนซึ่งต้องเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุดจะต้องตัดสินใจโดยคำนึงถึง ประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ในคดีนี้ ศาลพบว่าหลักฐานที่นาย Herbert เคยบอกภรรยาว่าไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ การตัดสินใจของครอบครัว จึงเป็นการตัดสินใจที่เป็นเอกฉันท์ ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วย และกระทำด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี ศาลจึงวินิจฉัยว่าการยุติการรักษาเป็นการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาโดยชอบด้วยกฎหมาย และแพทย์ผู้ดำเนินการไม่มีความผิดตามกฎหมายแต่อย่างใด (วนิดา โสภณสินสุข, 2565, หน้า 51-58)

3.3 กฎหมายของไต้หวัน

ไต้หวันมีการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะ คือ *Hospice Palliative Care Act 2000* ซึ่งกำหนดแนวทางการทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเลือกแนวทางการดูแลหรือการรักษาได้ โดยกฎหมายนี้ให้ความหมายของ “การดูแลแบบประคับประคอง” ว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วยวิธีการทางการแพทย์เพื่อลดและขจัดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วย (สุณิษา ชีรโรจน์วิทย์, 2565, หน้า 1-29)

ตามกฎหมายฉบับนี้ ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถจัดทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อระบุงการเลือกการดูแลแบบประคับประคองหรือการรักษาเพื่อยืดชีวิต โดยในหนังสือต้องระบุชื่อ เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ หรือภูมิลำเนา รวมถึงเจตนาเกี่ยวกับการเลือกการดูแลหรือการรักษา ทั้งยังต้องระบุวันที่จัดทำและลงนามโดยผู้จัดทำหนังสือ ผู้ทำหนังสืออาจกำหนดผู้แทนทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า โดยระบุรายละเอียดในหนังสือแสดงเจตนา ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือไม่สามารถลงนามเองได้ ผู้แทนดังกล่าวสามารถลงนามแทนได้ หนังสือแสดงเจตนาโดยทั่วไปสามารถทำได้โดยบุคคลที่บรรลุนิติภาวะและมีความสามารถทางกฎหมาย แต่หากเป็นผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม และหากผู้เยาว์ไม่สามารถแสดงเจตนาได้ ผู้แทนโดยชอบธรรมจะเป็นผู้ลงนามแทน

สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่เลือกปฏิเสธการกู้ชีพ เช่น การทำให้หัวใจเต้นใหม่ การใช้เครื่องมือหรือกระบวนการทางการแพทย์ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ การฉีดยากู้ชีพ การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า การใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือการรักษาเพื่อยืดชีวิต (Life-sustaining treatment: LST) ซึ่งเป็นการยืดการเสียชีวิตโดยไม่ช่วยรักษาโรค การดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกที่แพทย์สามารถยุติหรือถอนการกู้ชีพหรือการรักษาเพื่อยืดชีวิตได้หากมีเงื่อนไขครบถ้วน ได้แก่ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2 คน และมีหนังสือแสดงเจตนาที่ลงนามอย่างถูกต้องแล้ว กฎหมายนี้ช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถกำหนดวิธีการดูแลที่สอดคล้องกับความรู้สึกของตนเองและลดความทุกข์ทรมานได้อย่างเหมาะสม

ในกรณีที่ผู้ป่วยระยะท้ายในได้หวน ไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า และผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตนาได้เนื่องจากหมดสติหรือไม่รู้สึกตัว กฎหมายกำหนดให้ญาติใกล้ชิดสามารถลงนามเพื่อให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ ความยินยอมของญาติใกล้ชิดต้องไม่ขัดแย้งกับเจตนาที่ผู้ป่วยเคยแสดงไว้ก่อนหน้านี้ และในกรณีที่ไม่มีความเห็นเป็นเอกฉันท์ในหมู่ญาติ กฎหมายอนุญาตให้ญาติในลำดับที่สูงกว่ามีสิทธิตัดสินใจ โดยลำดับความสำคัญของญาติใกล้ชิดตามกฎหมายมีดังนี้

- 1) คู่สมรส
- 2) บุตรและหลานที่บรรลุนิติภาวะแล้ว
- 3) บิดามารดา
- 4) พี่น้อง
- 5) ปู่ย่าตายาย
- 6) ทวด, เหลน หรือญาติลำดับชั้นที่สามที่ร่วมสายเลือดเดียวกัน
- 7) ญาติโดยการสมรสโดยตรงในลำดับชั้นแรก

หากญาติในลำดับที่ต่ำกว่ามีความเห็นขัดแย้งกับญาติในลำดับที่สูงกว่า ญาติในลำดับสูงกว่าต้องแสดงเจตนาเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการดำเนินการ เช่น การยุติหรือถอนการกู้ชีพ หรือการหยุดการรักษาเพื่อยืดชีวิต ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติใกล้ชิดเพื่อแสดงเจตนาแทน คณะผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะรับหน้าที่ในการพิจารณาและออกคำแนะนำโดยแพทย์ โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยระยะท้ายเป็นสำคัญ

ต่อมาในปี ค.ศ. 2015 ได้หวนผ่านกฎหมาย “Patient Autonomy Act” ซึ่งมีผลใช้บังคับในปี ค.ศ. 2018 โดยกฎหมายนี้ให้สิทธิผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาตามความประสงค์ของตนเอง และมุ่งคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally Ill) ผู้ป่วยในสภาพหมดสติที่ไม่สามารถฟื้นคืนสภาพปกติได้ (Irreversibly Comatose) ผู้ป่วยสภาพผักถาวร (Permanent Vegetative State) ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (Suffering from Terminal Dementia) และผู้ป่วยที่เผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรคที่ยากต่อการรักษา (Intractable Symptoms and Suffering) (Cheng et al., 2016, pp. 292-295) กฎหมายดังกล่าวยืนยันสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจอย่างอิสระ โดยกำหนดให้ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน มีเสรีภาพในการเลือกแนวทางการรักษา และวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาผ่านการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า (Cho, 2018, pp. 286-287) Patient Autonomy Act นี้ขยายขอบเขตการคุ้มครองจาก Hospice Palliative Care Act 2000 ซึ่งเดิมจำกัดเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่สามารถฟื้นคืนสภาพปกติได้

ผู้ป่วยสภาพผักถาวร ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย และผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากโรคร้ายแรง ความสนใจในประเด็นการุณยฆาต (Euthanasia) ในไต้หวัน เริ่มมีมากขึ้นจากกรณีของ Wang Xiao Min ซึ่งเป็นนักเรียนมัธยมปลายและวาทกรของวงโยธวาทิตที่ประสบอุบัติเหตุจากการถูกรถแท็กซี่ขณะเดินทางไปโรงเรียน ทำให้ตกอยู่ในสภาพผักถาวร และใช้ชีวิตในสภาพดังกล่าวมานานถึงครึ่งศตวรรษก่อนเสียชีวิตในปี ค.ศ. 2010 ด้วยอายุ 64 ปี กรณีนี้เป็นเหตุการณ์แรกที่มีการยื่นคำร้องขอการุณยฆาตในไต้หวัน มารดาของ Wang ซึ่งต้องดูแลลูกตลอดชีวิตได้เรียกร้องให้สังคมไต้หวัน หันมาสนใจประเด็นการุณยฆาตมากขึ้น เหตุการณ์นี้นำไปสู่การออก Hospice Palliative Care Act ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการปฏิเสธการรักษา (Passive Euthanasia) ในไต้หวัน (Crave, n.d.)

นอกจากนี้ ในปี ค.ศ. 2016 Fu Da-Jen อดีตโฆษกกีฬาชื่อดังวัย 84 ปีป่วยเป็นมะเร็งตับอ่อน ได้เขียนจดหมายถึงประธานาธิบดีไต้หวัน เพื่อเรียกร้องให้มีการออกกฎหมายรองรับการุณยฆาต (Active Euthanasia) โดยกล่าวว่า “การออกกฎหมายเท่านั้นที่สามารถลดจำนวนคนที่อยู่ในสภาพตายทั้งเป็น (Living Dead) ในไต้หวัน ได้” อย่างไรก็ตาม ในวันที่ 7 มิถุนายน 2018 เขาเลือกใช้สิทธิการช่วยเหลือการฆ่าตัวตายทางการแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) ในสมาพันธรัฐสวิส ซึ่งถือเป็นชาวไต้หวันคนแรกที่ตัดสินใจใช้สิทธิการตายกรณีนี้ และการตัดสินใจของเขาทำให้เกิดกระแสทั้งในไต้หวัน และประเทศจีน (Di, 2019) ทั้งนี้ ในปี ค.ศ. 2016 จำนวนประชากรไต้หวัน ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองในปีก่อนที่จะเสียชีวิตนั้นเพิ่มขึ้นมากกว่า 30,000 รายเป็นครั้งแรก แนวโน้มดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนโดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยสถิติเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับ 5 ปีที่ผ่านมา (Lin, 2018)

4. กฎหมายการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย

4.1 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีบทบัญญัติให้สิทธิแก่บุคคลในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 12 ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง”

มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายที่รับรองสิทธิแก่บุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ล่วงหน้าได้ ตามความสมัครใจ เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะแสดงเจตนาของตนกับผู้อื่นได้ จึงต้องใช้หนังสือนี้เป็นแนวทางการดูแลรักษาตามความประสงค์ของผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีและสามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ก็ให้ถือความประสงค์ของผู้ป่วยในขณะปัจจุบัน โดยกฎหมายดังกล่าวบัญญัติให้บุคคลมีสิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นบริการที่รัฐต้องจัดหาให้แก่ประชาชนตามรัฐธรรมนูญโดยการให้สิทธิดังกล่าวมีเจตนารมณ์เพื่อให้ทุกคนสามารถตัดสินใจและกำหนดทางเลือกสุดท้าย และตายไปโดยปราศจากเครื่องมือทางการแพทย์เป็นจำนวนมากในการช่วยชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่หลายคนเห็นว่าเป็นการตายเพื่อให้ตนเองตายอย่างสงบ ไม่ต้องทรมานจากการเจ็บป่วยอย่างไร้ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทำให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ลดลง กฎหมายจึงบัญญัติรับรองสิทธิใน

การตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง เพื่อให้แต่ละคนตายอย่างสงบตามธรรมชาติและเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง (นภัส คำนวน, 2558, หน้า 81-82)

สิทธิปฏิเสธการรักษาดังกล่าว เป็นการปฏิเสธการรักษาที่มีลักษณะเพื่อยืดการตายของผู้ป่วยออกไป เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจะรักษาให้หายจากการเจ็บป่วยและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างคนปกติ แต่การปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขยังคงมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยในลักษณะประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยนั้น (นภัส คำนวน, 2558, หน้า 80)

4.2 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

กฎกระทรวงฉบับนี้ ออกตามอำนาจในมาตรา 12 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติในการทำหนังสือแสดงเจตนา (Living Will) ให้มีความชัดเจน เนื่องจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไม่ได้กำหนดแบบไว้ (นภัส คำนวน, 2558, หน้า 37) โดยมีการกำหนดคำนิยามสำคัญไว้ในกฎกระทรวงข้อ 2 ดังนี้

“หนังสือแสดงเจตนา” คือหนังสือที่บุคคลทำไว้ล่วงหน้า เพื่อไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ (2) เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยจะนำมาใช้เมื่อผู้ทำหนังสือไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ เช่น หมาดสติ หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562, หน้า 13-16)

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายถึง วิธีการรักษาที่มุ่งยืดการตายออกไปเท่านั้น

โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือพ้นจากความตายหรือยุติการทรมาน (เช่น Futile Treatment) ข้อสำคัญคือ การปฏิเสธบริการนี้ ไม่ได้ หมายความว่าผู้ทำหนังสือจะถูกละทิ้ง แต่ยังคง “ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care)”

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายถึง ภาวะจากโรคหรือการบาดเจ็บที่ ไม่อาจรักษาให้หายได้ และแพทย์ผู้รับผิดชอบได้วินิจฉัยแล้วว่า ภาวะนั้นจะนำไปสู่ การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้ กฎกระทรวงนี้ให้หมายความรวมถึง: “ภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่” หรือ สภาพผักถาวร (Persistent Vegetative State - PVS) (เจ้าชายนินทา) โดยถือเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” คือ ความทุกข์ทรมานทางกายหรือใจ อันเกิดจากโรคหรือการบาดเจ็บที่ ไม่อาจรักษาให้หายได้ เช่น อัมพาตสิ้นเชิง, สมองเสื่อม, มะเร็งระยะสุดท้าย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562, หน้า 87)

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

กฎกระทรวง ข้อ 3 ระบุว่าหนังสือแสดงเจตนาไม่จำเป็นต้องทำตามแบบ แต่ต้องมีความชัดเจนเพียงพอ โดยควรมีข้อมูลอย่างน้อย 4 ประการดังต่อไปนี้

- 1) ข้อมูลผู้ทำหนังสือ: ชื่อ, นามสกุล, เลขบัตรประชาชน, ที่อยู่/เบอร์ติดต่อ
- 2) วันที่ทำหนังสือ
- 3) ข้อมูลพยาน: ชื่อ, นามสกุล, เลขบัตรประชาชน, ความเกี่ยวข้อง (เพื่อประโยชน์ในการยืนยันความถูกต้องหากมีข้อสงสัย)

- 4) ระบุประเภทบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการ: ต้องระบุให้ชัดเจนว่าไม่ต้องการรับบริการใด (เช่น การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ, การกั๊วชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น, การล้างไต)

ในการทำหนังสือแสดงเจตนาทำได้ 2 วิธี คือ (1) ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหรือพิมพ์ด้วยตัวเองและลงลายมือชื่อ และ (2) กรณีที่ผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถเขียนหนังสือเองได้ แต่ยังสามารถพูดคุ้ยได้ มีสติสัมปชัญญะติดอยู่ ก็ให้ผู้อื่นช่วยเขียนแทนหรือพิมพ์ข้อความแทนได้และควรระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย และลงชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ (หรือนิ้วมืออื่น) ของผู้แสดงเจตนาในกรณีพิมพ์ลายนิ้วมือให้มีพยานลงนามรับรองลายนิ้วมือสองคน

นอกจากนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่น ๆ เช่น สถานที่ที่ประสงค์จะเสียชีวิต การเยียวยาทางจิตใจ หรือการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา

กฎกระทรวงข้อ 4 ระบุว่าหนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้ ในกรณีที่ผู้ทำ หนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ ซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

กฎกระทรวงข้อ 5 ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิก หรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมรับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

ผู้ทำหนังสือมีหน้าที่แจ้งและอธิบายความประสงค์ต่อครอบครัว และควรยื่นสำเนาหนังสือ ให้สถานพยาบาลเก็บไว้ในเวชระเบียน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562, หน้า 89)

กฎกระทรวงข้อ 6 ระบุเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึง หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ แพทย์ต้องอธิบายภาวะของโรค และขอคำยินยอม จากผู้ทำหนังสือก่อน จึงจะปฏิบัติตามได้ (กฎกระทรวงข้อ 6 (1))

2) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ แพทย์ต้องอธิบายภาวะของโรคให้บุคคลที่ผู้ทำระบุชื่อไว้หรือญาติ ทราบก่อน และต้องแจ้งรายละเอียดการดำเนินการตามหนังสือฯ ก่อนที่จะปฏิบัติตาม (กฎกระทรวงข้อ 6 (2))

3) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาแพทย์ต้องปรึกษากับบุคคลที่ผู้ทำระบุชื่อไว้หรือญาติ โดยต้องคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นสำคัญ (กฎกระทรวงข้อ 6 (3))

4) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครุภี ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อนั้นพ้นจากสภาพการตั้งครุภี (กฎกระทรวงข้อ 6 (4))

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ตามกฎกระทรวง บุคคลใด ๆ ก็สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาได้ไม่จำเป็นจะต้องเป็นผู้ป่วยใกล้ตายหรือผู้ป่วยในวาระสุดท้ายเท่านั้น เพียงแต่หนังสือต้องแสดงความชัดเจนถึงตัวบุคคลผู้ทำหนังสือ และการบริการสาธารณสุขที่ผู้ทำหนังสือไม่ต้องการเมื่อนั้นอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจและการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา โดยให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร สำหรับกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครุภี จะต้องรอให้บุคคลนั้นพ้นจากสภาพการตั้งครุภีก่อน บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข จึงจะสามารถดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562, หน้า 90)

5. การวิเคราะห์ปัญหาการเลือกรับการดูแลแบบประคับประคอง กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตจำนงยุติการรักษาไว้โดยชัดแจ้ง

5.1 ปัญหาจากการไม่ปรากฏเจตนาของผู้ป่วย

ประเด็นนี้ถือเป็นจุดสำคัญที่สุดในระบบกฎหมายสุขภาพของไทย การวิเคราะห์ปัญหาเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจ หลักการเคารพสิทธิในตัวตนของผู้ป่วย (Respect for Autonomy หรือ Patient Autonomy) ซึ่งเป็นหลักการสูงสุดในจริยธรรมการแพทย์สมัยใหม่ (Beauchamp & Childress, 2019, pp. 54-55) กฎหมายในหลายประเทศจึงพยายามสร้างกลไกทางกฎหมายเพื่อรองรับหลักการนี้ อย่างไรก็ตาม การไม่ปรากฏเจตนาของผู้ป่วยในบริบทของการศึกษานี้ ไม่ได้หมายถึงสถานการณ์ทั่วไป แต่หมายถึงสถานการณ์จำเพาะที่กฎหมายไทยในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมซึ่งสามารถวิเคราะห์ปัญหาโดยละเอียดได้ดังนี้

1. ข้อจำกัดของกลไกทางกฎหมายที่ยึดติดกับลายลักษณ์อักษร กฎหมายประเทศไทยได้พยายามรองรับหลักการเคารพสิทธิในตัวตนของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 โดยกำหนดเงื่อนไขการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาไว้ที่การทำหนังสือแสดงเจตนา (Living Will) ซึ่งเป็นการแสดงเจตนาล่วงหน้า (Advance Directive) กฎหมายนี้จึงคุ้มครองเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ตระหนักรู้และเตรียมการล่วงหน้าเท่านั้น การไม่ปรากฏเจตนา ในที่นี้จึงหมายถึงการไม่มีอยู่ของ Living Will ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับประชากรส่วนใหญ่ (แสวงบุญเฉลิมวิภาส และอนเนก ยมจินดา, 2546, หน้า 177) ไม่ว่าจะเป็นด้วยเหตุผลทางวัฒนธรรมที่ไม่ต้องการพูดถึงความตาย หรือการเกิดอุบัติเหตุ หรือภาวะป่วยฉับพลันก็ตาม

2. สถานะที่ไม่สามารถบังคับใช้สิทธิในการตัดสินใจได้ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่สภาวะหมดความสามารถในการตัดสินใจ เช่น อยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว สมองเสื่อมรุนแรง หรือสมองตาย และไม่ได้ทำ Living Will ไว้ สิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วยซึ่งเป็นหัวใจของมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ไม่สามารถบังคับใช้ได้ ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตนาได้อีกต่อไป และเจตนาในอดีตก็ไม่ปรากฏเป็นหลักฐานทาง

กฎหมาย สถานการณ์นี้จึงทำให้เกิดสุญญากาศทางกฎหมายอย่างแท้จริง กฎหมายรับรองสิทธิแต่ไม่ได้เตรียมกลไกสำรอง หรือทางออกไว้สำหรับสถานการณ์ดังกล่าว

3. การกลับไปสู่หลักการที่แพทย์มีอำนาจตัดสินใจแทน เมื่อไม่สามารถใช้มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ และไม่มีกลไกอื่นมารองรับ สิ่งที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติคือการหวนกลับไปสู่หลักการเดิม โดยแพทย์จะกลับไปใช้หลักการรักษาอย่างดีที่สุด (Beneficence) ในความหมายดั้งเดิม คือการยื้อชีวิต กล่าวคือ แพทย์จำเป็นต้องปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อป้องกันตนเองจากการถูกฟ้องร้อง การรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายจึงดำเนินต่อไป ดังนั้นเจตนาของผู้ป่วยแม้จะไม่ปรากฏเป็นลายลักษณ์อักษร แต่สันนิษฐานได้ว่าไม่มีใครต้องการทุกข์ทรมานจึงถูกเพิกเฉย ไม่ใช่เพราะความต้องการของแพทย์ แต่เพราะกฎหมายบังคับให้เพิกเฉย เพื่อความปลอดภัยของตัวเอง

4. การไม่ปรากฏเจตนาถูกตีความว่ายินยอมให้รักษาต่อ นี่คือปัญหาเชิงนิติปรัชญาที่อันตรายที่สุด เนื่องจากในระบบกฎหมายปัจจุบัน “ความเจียบ” หรือการไม่ปรากฏเจตนา ถูกตีความโดยปริยายว่าเป็นการยินยอมให้รักษาต่อไป กฎหมายในประเทศไทยไม่ได้สร้างมาตรฐานการตัดสินใจแทนที่ชัดเจนไว้ เช่น หลักการตัดสินใจบนพื้นฐานเจตนาเดิมของผู้ป่วย (Substituted Judgment) หรือหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Best Interest) ในบริบทของการยุติการรักษา ดังนั้น เมื่อไม่ปรากฏเจตนา ระบบจึงเลือกทางที่ปลอดภัยที่สุดในทางกฎหมาย คือการรักษาต่อ แม้ว่าสิ่งนั้นจะขัดต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานก็ตาม

การไม่ปรากฏเจตนาของผู้ป่วย จึงเป็นปัญหาที่ชี้ให้เห็นถึงความไม่สมบูรณ์ของมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่มุ่งเน้นเฉพาะเจตนาที่ชัดแจ้งและละเอียดโดยปริยาย หรือกลไกการตัดสินใจแทน ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่สุดถูกทอดทิ้งให้ตกอยู่ภายใต้การรักษาที่ไร้ประโยชน์ เพียงเพราะพวกเขาไม่ได้จัดทำเอกสารทางกฎหมายไว้ล่วงหน้า ในทางตรงกันข้าม เนเธอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา และได้หวั่นต่างยอมรับว่าในทางความเป็นจริง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำเอกสารล่วงหน้า ระบบ

กฎหมายของสามประเทศจึงออกแบบกลไกสำรอง ไว้รองรับสถานการณ์นี้โดยเฉพาะ ทั้งในรูปแบบหลักการ Substituted Judgment ของสหรัฐอเมริกา การกำหนดลำดับ ญาติของไต้หวัน และมาตรฐาน Due Care ของเนเธอร์แลนด์ที่ให้แพทย์และครอบครัว ร่วมกันพิจารณา

5.2 ปัญหาการขาดอำนาจของผู้ตัดสินใจแทน

ในกระบวนการยุติการรักษามะเร็งในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยก้าวเข้าสู่สภาวะ หมดความสามารถในการตัดสินใจ (Incompetent) และไม่ได้แสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ ปัญหาสำคัญที่ตามมาโดยตรง คือ ปัญหาการขาดอำนาจตามกฎหมายของผู้ตัดสินใจแทน การขาดอำนาจในที่นี้ ไม่ได้หมายความว่าญาติไม่มีความสัมพันธ์ทาง สายเลือดหรือความผูกพันทางอารมณ์ แต่หมายถึงการที่ระบบกฎหมายไทยในปัจจุบัน ไม่ได้มอบสถานะทางกฎหมายให้แก่บุคคลเหล่านั้นในการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วย เพื่อ ปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย โดยสามารถวิเคราะห์ในเชิงลึก ได้ดังต่อไปนี้

1) สภาวะผู้แทนโดยพฤตินัย แต่ไม่ใช่ผู้แทนโดยกฎหมาย ในทางปฏิบัติเมื่อ ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ บุคลากรทางการแพทย์จะหันไปปรึกษาญาติใกล้ชิดโดย อัตโนมติ ญาติจึงกลายเป็นผู้แทนโดยพฤตินัยที่ต้องแบกรับภาระในการตัดสินใจ อย่างไรก็ตาม สถานะโดยพฤตินัยนี้ ไม่มีผลในทางกฎหมาย กฎหมายในประเทศไทย เช่น ประมวล กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ แม้จะรับรองผู้อนุบาลซึ่งมีอำนาจตามกฎหมาย แต่กระบวนการแต่งตั้งผู้อนุบาลนั้นต้องผ่านการร้องขอต่อศาล ซึ่งมีขั้นตอนที่ซับซ้อนและ ใช้เวลานาน ไม่เหมาะสมและไม่ทันท่วงทีต่อสถานการณ์เร่งด่วนในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น เมื่อแพทย์หันไปขอความยินยอมจากญาติในการยุติการรักษา แม้ญาติจะให้ความ ยินยอมด้วยความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ความยินยอมนั้นก็ถือเป็นความว่างเปล่าในทาง กฎหมาย

2) ช่องว่างของมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ปัญหาการขาดอำนาจนี้อยู่ที่ความไม่สมบูรณ์ของบทบัญญัติกฎหมายหลักที่เกี่ยวข้อง นั่นคือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 โดยมาตรา 12 ได้สร้างความก้าวหน้าอย่างยิ่งในการรับรองสิทธิของผู้ป่วย (Patient Autonomy) ในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า (Living Will) แต่ปัญหาคือกฎหมายมาตรานี้มุ่งเน้นการใช้สิทธิของตัวผู้ป่วยเท่านั้น กฎหมายได้ทิ้งเงื้อมมือต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในความเป็นจริง คือ กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนาล่วงหน้า (ไม่มี Living Will) กฎหมายไม่ได้มอบอำนาจหรือกำหนดว่าใคร คือผู้มีอำนาจตัดสินใจในลำดับถัดไป เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถใช้สิทธินั้นได้ด้วยตนเองอีกต่อไป

3) ผลกระทบที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในความเสี่ยงของแพทย์และการแพทย์เชิงป้องกัน เมื่อญาติขาดอำนาจที่จะยินยอม การตัดสินใจใด ๆ จึงไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ผลกระทบที่รุนแรงที่สุดจึงตกไปอยู่กับบุคลากรทางการแพทย์ หากแพทย์เชื่อญาติ และยุติการรักษา เช่น ถอดเครื่องช่วยหายใจ แพทย์จะตกอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อความรับผิดชอบทางกฎหมายทันที เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงนี้ แพทย์จึงจำเป็นต้องใช้แนวทางการแพทย์เชิงป้องกัน (Defensive Medicine) นั่นคือ การเลือกที่จะรักษาต่อไป แม้ว่าจะเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์และสร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยก็ตาม

4) บทเรียนจากต่างประเทศ “การขาดอำนาจ” เป็นปัญหาที่กฎหมายในต่างประเทศตระหนักและได้ออกแบบกลไกแก้ไขไว้แล้ว กฎหมายเช่น Family Health Care Decisions Act (FHCDA) ของมลรัฐนิวยอร์ก หรือ Hospice Palliative Care Act ของไต้หวัน กฎหมายเหล่านี้ได้สร้างอำนาจ (Empower) ให้กับญาติอย่างชัดเจน โดยการกำหนดลำดับขั้นของผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน เช่น กำหนดให้คู่สมรสมีอำนาจเป็นลำดับแรก หากไม่มี ให้เป็นบุตรที่บรรลุนิติภาวะ หรือบิดามารดา ตามลำดับ

ปัญหาการขาดอำนาจของผู้ตัดสินใจแทนในกฎหมายไทย สะท้อนให้เห็นความบกพร่องที่สามประเทศได้แก้ไขไปแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สหรัฐอเมริกาและไต้หวันได้เปลี่ยนสถานะของญาติจาก “ผู้มีส่วนได้เสียทางสังคม” ให้กลายเป็น “ผู้มีอำนาจตาม

กฎหมาย” (Legal Surrogate) อย่างชัดเจน ทำให้ความยินยอมของญาติที่อยู่ในลำดับมีผลผูกพันทางกฎหมายอย่างสมบูรณ์

ประเด็นที่น่าสนใจ คือ เนเธอร์แลนด์กำหนดว่าไทยในแง่ที่ยอมรับ “หุ้นส่วนชีวิต” (Levenspartner) ที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรสในฐานะผู้มีสิทธิตัดสินใจลำดับต้น ซึ่งสอดคล้องกับบริบทสังคมสมัยใหม่ที่ผู้คนจำนวนมากอาศัยอยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียน ขณะที่กฎหมายไทยยังคงยึดโยงกับสถานะทางกฎหมายอย่างเคร่งครัด ทำให้ผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในทางความเป็นจริงอาจไม่มีอำนาจใด ๆ ในทางกฎหมาย

5.3 ปัญหาความรับผิดชอบของแพทย์ในการยุติการรักษา

ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ประเด็นปัญหาที่สำคัญซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงจากการไม่ปรากฏเจตนาของผู้ป่วย และการขาดอำนาจตามกฎหมายของผู้แทน คือ สภาวะสับสนเสี่ยงต่อความรับผิดชอบทางกฎหมายของบุคลากรทางการแพทย์ นี่คือสภาวะกลืนไม่เข้าคายไม่ออกที่แพทย์ต้องเผชิญ เมื่อคำขอให้ยุติการรักษา เช่น การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ มาจากญาติ โดยที่ไม่มีหนังสือแสดงเจตนา (Living Will) ของผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรมาสนับสนุน หากแพทย์ตัดสินใจปฏิบัติตามคำขอดังกล่าว แม้จะเป็นไปด้วยเจตนาเมตตาและสอดคล้องกับหลักการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อยุติความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย การกระทำดังกล่าวกลับมีความสุ่มเสี่ยงอย่างยิ่งที่จะต้องรับผิดชอบตามกฎหมายไทยทั้งในทางอาญาและทางแพ่ง

1) ความรับผิดชอบทางอาญา: ความรับผิดชอบที่รุนแรงที่สุดที่แพทย์ต้องเผชิญ คือ ความรับผิดชอบทางอาญานำผู้อื่น ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 ในทางกฎหมายอาญา ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการเคลื่อนไหวร่างกาย (Positive Act) เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการงดเว้นการกระทำในสิ่งที่ตนมีหน้าที่ตามกฎหมายต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย แพทย์มีหน้าที่โดยตรงอันเกิดจากสัญญาการรักษาและมาตรฐานวิชาชีพ ที่จะต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนั้น การที่แพทย์ยุติการรักษา จึงอาจถูกตีความว่าเป็นการงดเว้นการปฏิบัติหน้าที่เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตของผู้ป่วย อันถือเป็นการกระทำที่เป็นเหตุโดยตรงให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ในเรื่องของเจตนา แม้แพทย์จะไม่มีเจตนาประสงค์ต่อผล คือ

ไม่ได้มุ่งร้ายหรืออยากให้ผู้ป่วยตาย แต่การกระทำนั้นอาจเข้าข่ายเจตนาโดยเล็งเห็นผล กล่าวคือ แพทย์ย่อมเล็งเห็นผลได้อย่างแน่ชัดว่า การถอดเครื่องช่วยหายใจหรือการหยุดยาพุงซีฟ จะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายในเวลาอันสั้น

สิ่งสำคัญที่ทำให้การกระทำของแพทย์สุ่มเสี่ยงต่อความผิดอาญา คือ การขาดข้อยกเว้นความผิด โดยปกติการรักษาพยาบาลมี “ความยินยอม” (Consent) ของผู้ป่วยมาทำให้การกระทำนั้นชอบด้วยกฎหมาย แต่ในกรณีนี้ ผู้ป่วยไม่ได้ให้ความยินยอมเพราะหมดสติ ไม่มีการแสดงเจตนาล่วงหน้าโดยชัดแจ้ง (Living Will) และญาติก็ไม่มีอำนาจตามกฎหมายที่จะให้ความยินยอมแทน เมื่อการรุดตัวของแพทย์เกิดขึ้นโดยปราศจากอำนาจหรือความยินยอมที่ชอบด้วยกฎหมายมาอ้างเป็นข้อยกเว้น การกระทำนั้นจึงสุ่มเสี่ยงที่จะกลายเป็นความผิดอาญฐานฆ่าผู้อื่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

2) ความรับผิดทางแพ่ง นอกเหนือจากความรับผิดทางอาญา แพทย์ยังต้องเผชิญกับความรับผิดทางแพ่ง หากทนายทนายโดยธรรมกลุ่มอื่นที่ไม่เห็นด้วยกับการยุติการรักษา ดำเนินการฟ้องร้องเรียกค่าสินไหมทดแทน โดยอาศัยฐานความผิดละเมิด ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 องค์ประกอบสำคัญของมาตรา 420 คือ “ผู้ใดจงใจ... ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย” การยุติการรักษาของแพทย์ถือเป็นการกระทำโดยจงใจ และประเด็นสำคัญคือการกระทำนั้นผิดกฎหมาย ซึ่งในบริบทนี้หมายถึงการกระทำโดยไม่มีอำนาจ เช่นเดียวกับในทางอาญา เมื่อไม่มี Living Will และญาติก็ไม่มีอำนาจตามกฎหมาย การยุติการรักษาของแพทย์จึงเป็นการกระทำที่ปราศจากความยินยอมที่ชอบด้วยกฎหมาย อันเป็นการละเมิดต่อสิทธิในชีวิตและร่างกายของผู้ป่วย เมื่อการละเมิดนั้นเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียหายถึงแก่ชีวิต ทนายทนายโดยธรรมจึงมีสิทธิฟ้องร้องเรียกค่าสินไหมทดแทนจากแพทย์ และมักฟ้องโรงพยาบาลในฐานะนายจ้างให้ร่วมรับผิดชอบด้วย ตาม มาตรา 425 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

เนเธอร์แลนด์แก้ปัญหานี้ได้อย่างเป็นระบบที่สุด โดยสร้างกลไก Due Care Standards ที่ทำหน้าที่เป็น Safe Harbor ให้แก่แพทย์ กล่าวคือ ตรารบใดที่แพทย์ปฏิบัติตามมาตรฐาน 6 ข้อครบถ้วน การกระทำนั้นจะไม่ใช่ความผิดอาญา ขณะที่สหรัฐอเมริกา

และได้หวั่นแก่ปัญหาด้วยการสร้างระบบผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมายชัดเจน ทำให้ความยินยอมจากผู้แทนที่ถูกต้องมีผลป้องกันความรับผิดชอบของแพทย์

สิ่งที่กฎหมายไทยขาดไปอย่างชัดเจนจึงมีสองประการ ได้แก่ (1) กลไก Safe Harbor สำหรับแพทย์ และ (2) ระบบผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมายซึ่งสามารถให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์

5.4 ปัญหาของญาติที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมครอบครัวในสังคมไทย

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบกฎหมายไทย โดยเฉพาะเมื่อพิจารณากฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ซึ่งออกมาเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย (Living Will) ได้เผยให้เห็นถึงสถานะสุญญากาศทางกฎหมายที่สำคัญอย่างยิ่ง ประเด็นปัญหาคือ บทบัญญัติดังกล่าวได้มุ่งเน้นรองรับเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเท่านั้น แต่ไม่ได้กำหนดกลไกหรือระบุตัวบุคคลผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน ในกรณีที่ผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจและไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ สถานะสุญญากาศเช่นนี้ก่อให้เกิดอุปสรรคในทางปฏิบัติอย่างร้ายแรง โดยเฉพาะการสร้างความไม่แน่นอนทางกฎหมายให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ แพทย์จะไม่สามารถยึดถือคำตัดสินใจของญาติคนใดคนหนึ่งเป็นที่สิ้นสุดได้ และการต้องรับฟังความคิดเห็นที่อาจขัดแย้งกันของญาติหลายคน ยิ่งสร้างความสับสนต่อแนวทางการรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้าย แม้ในทางปฏิบัติจะมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า โดยแพทย์มักจะเทียบเคียงด้วยการปรึกษาญาติสายตรง เช่น ผู้สืบสันดาน หรือบิดามารดา โดยอนุโลมตามหลักทายาทโดยธรรม ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยมรดก แต่แนวทางดังกล่าวก็มีข้อบกพร่องพื้นฐานหลายประการ กล่าวคือ ประการแรก หลักกฎหมายมรดกนั้น ไม่ได้ถูกออกแบบมาเพื่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ จึงไม่ครอบคลุมบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย เช่น “คู่ชีวิต”

ที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส “ผู้ดูแล” หรือแม้แต่ “ผู้พิทักษ์” ที่ศาลแต่งตั้ง ซึ่งอาจมีอำนาจเพียงการจัดการทรัพย์สิน ประการที่สอง แนวปฏิบัติดังกล่าวขัดแย้งกับบริบททางวัฒนธรรมของไทยที่เป็น ครอบครัวขยาย ซึ่งต้องคำนึงถึงความคิดเห็นของเครือญาติคนอื่น ๆ การตัดสินใจของญาติสายตรงจึงอาจถูกคัดค้านโดยญาติลำดับรองลงมา ส่งผลให้แพทย์ต้องชะลอการดำเนินการ หรือรอจนกว่าเครือญาติทั้งหมดจะตกลงกันได้ ความขัดแย้งภายในครอบครัวนี้ ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อจิตใจ แต่ยังนำไปสู่ปัญหาการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพื่อยื้อชีวิตซึ่งเป็นภาระของครอบครัวและมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก สถานการณ์นี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาและไต้หวัน ซึ่งได้บัญญัติลำดับชั้นของผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนไว้อย่างชัดเจน ส่งผลดีคือ การสร้างความแน่นอนทางกฎหมาย ช่วยขจัดความขัดแย้ง และทำให้แพทย์สามารถปฏิบัติหน้าที่โดยยึดตามหลักกฎหมายได้

ด้วยเหตุนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งระหว่างญาติ และเพื่อปกป้องบุคลากรทางการแพทย์จากการถูกกล่าวหาว่าละเลยการปฏิบัติหน้าที่ ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าราชอาณาจักรไทยมีความจำเป็นที่จะต้องบัญญัติกฎหมายเพื่อกำหนดบุคคลผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน ในกรณีที่ผู้ป่วยมิได้แสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า โดยควรนำบทบัญญัติของกฎหมายต่างประเทศมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของไทย โดยการกำหนดลำดับชั้นของผู้มีอำนาจตัดสินใจ ดังนี้

1. ผู้แทนที่ผู้ป่วยแต่งตั้งไว้ล่วงหน้า หากผู้ป่วยได้ทำหนังสือแต่งตั้งบุคคลใดไว้ให้บุคคลนั้นมีอำนาจสูงสุด
2. ผู้พิทักษ์ ในกรณีที่ศาลได้มีคำสั่งแต่งตั้งผู้พิทักษ์ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และคำสั่งนั้นครอบคลุมถึงการตัดสินใจด้านสุขภาพ
3. ญาติใกล้ชิด หากไม่มีบุคคลตามข้อ 1 และ 2 ให้บุคคลตามลำดับต่อไปนี้เป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจ

- 3.1 คู่สมรสซึ่งจดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย
- 3.2 ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้บรรลุนิติภาวะที่มีความสัมพันธ์และรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย โดยไม่จำกัดเพศ
- 3.3 บุตรที่บรรลุนิติภาวะ รวมถึงบุตรบุญธรรม
- 3.4 บิดามารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย
- 3.5 พี่น้องร่วมบิดามารดาหรือร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน ที่บรรลุนิติภาวะ

6. บทส่งท้าย

แม้ว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 จะรับรอง “สิทธิปฏิเสธการรักษา” (Passive Euthanasia) ผ่านการทำ “หนังสือแสดงเจตนา” (Living Will) แต่กฎหมายนี้ก่อให้เกิดสภาวะสุญญากาศทางกฎหมาย โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยระยะท้ายที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจ และไม่ได้ทำ Living Will ไว้ล่วงหน้า ในสภาวะดังกล่าว กฎหมายไทยไม่ได้รับรองอำนาจให้ญาติ เช่น คู่สมรส หรือบุตร ตัดสินใจยุติการรักษาแทนผู้ป่วย ส่งผลให้แพทย์ตกอยู่ในความเสี่ยงทางกฎหมาย หากแพทย์ยุติการรักษาตามคำขอของญาติผู้ไม่มีอำนาจ ก็อาจถูกฟ้องร้อง แต่หากแพทย์ยื้อชีวิตผู้ป่วยต่อไปก็อาจขัดต่อจริยธรรม ดังนั้น ปัญหาสำคัญที่จึงไม่ใช่การมีอยู่ของสิทธิ แต่คือการขาดกลไกทางกฎหมายสำหรับการตัดสินใจโดยผู้แทน (Proxy Decision-Making) เมื่อเจตจำนงของผู้ป่วยไม่ปรากฏชัดแจ้ง

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 โดยเพิ่มวรรคสามที่บัญญัติรับรองอำนาจของบุคคลตามลำดับชั้นในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่สามารถแสดงเจตนาได้และไม่มีหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ได้แก่ (1) ผู้แทนที่ผู้ป่วยแต่งตั้งไว้ล่วงหน้า (2) ผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลซึ่งศาลแต่งตั้ง และ (3) ญาติใกล้ชิดตามลำดับ ได้แก่ คู่สมรส ผู้ดูแลหลัก บุตรที่บรรลุนิติภาวะโดยชอบด้วยกฎหมาย บิดามารดาหรือผู้ปกครองตามกฎหมาย และพี่น้องที่บรรลุนิติภาวะ ทั้งนี้ ให้

บัญญัติด้วยว่าเมื่อบุคลากรทางการแพทย์ได้ปฏิบัติตามเจตนาของผู้มีสิทธิตัดสินใจแทนดังกล่าวแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ

2. ควรจัดตั้ง "คณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์" ในสถานพยาบาล เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกให้คำปรึกษาและหาข้อยุติในกรณีที่ญาติหรือแพทย์ไม่สามารถตกลงกันได้เกี่ยวกับการยุติการรักษา โดยคณะกรรมการต้องมีความเป็นอิสระ มีความเชี่ยวชาญด้านจริยธรรมการแพทย์ และยึดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นหลัก

3. ควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้บัญญัติสถานะของ "คณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์" ไว้ในกระบวนการพิจารณาอนุมัติคำร้องขอยุติการรักษา เพื่อให้มีกลไกตรวจสอบที่สอดคล้องกฎหมายในกรณีที่เกิดข้อขัดแย้งซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ในระดับครอบครัว

7. เอกสารอ้างอิง

- นภัส คำนวน. (2558). ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย. [วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.
- ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์. (2529). การยกเว้นความรับผิดชอบในการทำให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงสาร. [วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.
- ปฐมพร ศิริประภาศิริ. (2563). บทที่ 1 บทนำ คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์
- ภูมิภัทร ศาสตรศรี. (2555). อำนาจกระทำของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต. [วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.

- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ. (2566). การทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (*Advance Directives*) และการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง (*Palliative Care*). ใน แสง บุญเฉลิมวิภาส (บ.ก.), นิติเวชศาสตร์และกฎหมายการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 8) วิทยุชน.
- วนิดา โสภณสินสุข. (2565). สิทธิการตายตามธรรมชาติ : ศึกษากรณีการแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับการรักษาของผู้ป่วยและทนายท. [วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.
- วิชัย โชควิวัฒน์, อัมพล จินดาวัฒนะ, แสง บุญเฉลิมวิภาส, ปิติพร จันทรทัต ณ อยู่ธาดา และไพศาล ลิ้มสถิตย์. (2554). ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย (พิมพ์ครั้งที่ 5). ที่คิวพี.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2540). การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ (เอกสารประกอบการสัมมนา). ม.ป.ท.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2562). คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (พิมพ์ครั้งที่ 9). สามติพรินตังอีคิวเบนท์.
- สุณิษฐา อีร์โรจน์วิทย์. (2565, มกราคม - มิถุนายน). การใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะท้ายตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ: ศึกษาเปรียบเทียบประเทศไทยและไต้หวัน. *วารสารรามคำแหง ฉบับนิติศาสตร์*, 11(1), 3-29. <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/lawjournal/article/view/260221/175217>
- แสง บุญเฉลิมวิภาส และอเนก ยมจินดา. (2546). *กฎหมายการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). วิทยุชน.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2563). บทที่ 2 การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Cho, C. (2018). From cure to care: The development of hospice care in Taiwan. *Hospice & Palliative Medicine International Journal*, 2(5), 286-287.
- Crave, M. (n.d.). *Hospice & Palliative Medicine International Journal*. <https://medcraveonline.com/HPMIJ/HPMIJ-02-00108>
- Di, Z. (2019). *Why China Should Start Planning for Legal Euthanasia*. <https://www.sixthtone.com/news/1003690/why-china-should-start-planning-for-legal-euthanasia> [2023, September 6].
- Quill, T. E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus specialist palliative care—creating a more sustainable model. *New England Journal of Medicine*, 368(13).
- Meier, D. E. (2011). Increased access to palliative care and hospice services: Opportunities to improve value in health care. *The Milbank Quarterly*, 89(3).
- Lin, Y. (2018). *Asia's first 'Natural Death' law, Will Taiwan be ready?* <https://english.cw.com.tw/article/article.action?id=1975> [2023, September 6].
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2).
- Cheng, S., Chen, C., & Chiu, T. (2016, December). Advances of hospice palliative care in Taiwan. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 19(4), 292-295.