

สิทธิปฏิเสธการรักษา เมื่อความตายคือทางเลือก ของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

‘การขอตายอย่างสงบ’ เป็นพื้นที่ส่วนบุคคลที่ไม่ได้พัวพันกับกฎหมายมากมาย และไม่เคยเป็นประเด็นถกเถียงในสังคมไทยมาก่อน จนกระทั่งหลังการเกิดขึ้นของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เมื่อมาตรา 12 ของกฎหมายนี้ระบุถึงการขอตายที่เกาะเกี่ยวกับ ‘สิทธิ’ เป็นการตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยปราศจากสาเหตุของโรคภัย หรืออ่อนแอ เป็นทุกข์ เป็นทางเลือกที่กฎหมายยอมรับ แต่มาตรานี้ก็สร้างความหวั่นไหวต่อบุคลากรทางการแพทย์จำนวนหนึ่งว่า กติกาใหม่นี้สุ่มเสี่ยงต่อการพิจารณาบรรณและนำพาตัวเองให้ติดคุกติดตะราง กลายเป็นข้อถกเถียงหลักของความขัดแย้งเรื่องสิทธิการตาย

เมื่อความตาย คือทางเลือก

ประมาณปี 2545 ระหว่างการรณรงค์ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรการว่าด้วยสิทธิปฏิเสธการรักษา ถูกอภิปรายอย่างกว้างขวางในหมู่สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ฝ่ายที่เห็นด้วยอ้างประเด็นสิทธิของผู้ป่วย ขณะที่ฝ่ายไม่เห็นด้วยหยิบยกข้ออ้างเรื่องจรรยาบรรณแพทย์ และผู้ป่วยไม่ควรเป็นผู้ตัดสินใจเพียงฝ่ายเดียว โดยขาดดุลยพินิจของแพทย์และความเห็นของญาติพี่น้อง เพราะจะสร้างความยุ่งยากตามมา

นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้น แสดงท่าทีต่อประเด็นนี้ว่า การให้สิทธิผู้ป่วยเลือกตายได้ถูกต้องตามหลักสิทธิมนุษยชน



แต่มีปัญหาในทางปฏิบัติและสามารถใช้ได้เฉพาะบางกรณี เช่น ผู้ป่วยที่ร่างกายไม่มีปฏิกิริยาใดๆ แล้ว จึงควรให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ส่วนกรณีผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรง แพทย์ต้องพิจารณาว่าการปล่อยให้ผู้ป่วยเลือกตายมีความเหมาะสมหรือไม่

คำอธิบายของฝ่ายที่เห็นด้วย ระบุว่าในต่างประเทศได้ให้สิทธิทำนองนี้แก่ประชาชน เช่น ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ที่มีกฎหมายรองรับสิทธิการตายมาตั้งแต่ปี 2530 ทำให้ผู้ป่วยอาการหนักมักเดินทางไปใช้บริการจากองค์กรที่ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสงค์จะตายอยู่เป็นประจำ

หรือมลรัฐโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี 2545 มีการออกกฎหมายอนุญาตให้แพทย์สั่งจ่ายยาช่วยให้อาการถึงแก่ความตายแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายและประสงค์จะตาย ซึ่งศาลฎีกาสหรัฐฯ พิพากษายอมรับว่า รัฐบัญญัติเรื่องการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Death with Dignity Act) นั้นเป็นสิ่งที่แพทย์ทำได้²

สมาคมแพทย์โลก (The World Medical Association) เสนอว่า การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (euthanasia) มีข้อพึงพิจารณา 3 ประการ คือ ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บปวดทรมานอย่างแสนสาหัส เป็นสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ต้องการยุติชีวิต และผู้ป่วยไม่ควรถูกบังคับให้ยืดชีวิตออกไปในสภาพที่ช่วยตนเองไม่ได้ และไร้การรับรู้ทางสมอง ทั้งนี้ การช่วยจากแพทย์ทำได้ 2 รูปแบบคือ การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้ตายอย่างสงบ (Active Euthanasia) กับการปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปเองอย่างสงบ (Passive Euthanasia)³

แต่สำหรับ **สิทธิในการปฏิเสธการรักษา (Right to Refuse Medical Treatment)** นั้น หมายถึงบุคคลมีสิทธิแสดงเจตจำนงที่จะรักษาหรือปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากเทคโนโลยีที่รุดหน้าในปัจจุบันสามารถยืดความตายไว้ได้ แต่บางครั้งต้องแลกด้วยพันธุนาการจากเครื่องมือทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายมหาศาล ผู้คนจำนวนไม่น้อยคิดว่านี่มีรูปแบบการตายที่มีศักดิ์ศรีสมกับความเป็นมนุษย์ การปฏิเสธจึงถือเป็นสิทธิประการหนึ่งที่จะธำรงความเป็นมนุษย์ไว้ก่อนตาย⁴

ที่จริงแล้ว ในประเทศที่มีกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลชัดเจน จะมีแบบฟอร์มการรักษาพยาบาลซึ่งผู้ป่วยต้องกรอก หนึ่งในนั้นคือ การแสดงเจตจำนงไม่ยอมรับการรักษา หากตกอยู่ในสภาพที่ป่วยจนหมดหนทางเยียวยาแล้ว หรือที่เรียกกันว่า DNR (Do Not Resuscitate) โดยหากผู้ป่วยมีคำสั่ง DNR ไว้ แพทย์

ต้องหยุดการกระทำที่จะเป็นการยื้อชีวิต เพราะต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยที่มีไว้เป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้า ซึ่งก็คือ การทำพินัยกรรมก่อนตาย (Living Will) ว่าขอใช้ “สิทธิการตาย” ตามที่กฎหมายรับรองห้ามแพทย์ละเมิดสิทธินี้โดยปราศจากเหตุผลอันสมควร⁵

บรรณสติ ศาสนาพุทธยอมรับการเตรียมตัวตาย

ที่น่าสังเกตคือ ประเด็นเรื่อง ‘สิทธิ’ กลับไม่ใช่แกนหลักของการถกเถียงมากมายนักในสังคมไทย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ ‘สิทธิ’ เป็นแนวคิดของตะวันตก ผ่านการถกเถียงจนตกผลึกและยอมรับทั่วไปว่าเป็นสิทธิพื้นฐานประการหนึ่งของมนุษย์ ประเทศไทยรับเอาแนวคิดนี้มาผลักดันโดยกลุ่มแพทย์ที่มีแนวคิดปฏิรูประบบสาธารณสุขและมีเครือข่ายผู้ป่วยคอยให้การสนับสนุน

ปัจจัยสำคัญอีกประการอาจเป็นอิทธิพลของศาสนาพุทธที่มีได้มีมุมมองด้านลบต่อสิทธิการตาย เช่น แนวคิดของศาสนาคริสต์หรืออิสลามที่ถือว่าชีวิตมนุษย์เป็นของพระเจ้า ดังนั้น มนุษย์จึงไม่มีสิทธิทำลายชีวิตตนเอง ตรงกันข้าม ศาสนาพุทธกลับให้ความสำคัญต่อการเตรียมตัวตายอย่างสงบ สอดคล้องกับคำสอนเรื่องมรณสติ ที่พระไพศาล วิสาโล เจ้าอาวาสวัดป่าสุคะโต จังหวัดชัยภูมิ เคยกล่าวว่า

“เรื่องนี้ในทางศาสนาไม่ถือว่าผิด เพราะคนที่เขารู้ว่าจะต้องตายแล้ว ก็ไม่อยากจะยื้อชีวิต อาจารย์พุทธทาสท่านก็ปฏิเสธไม่ขอรักษา เพราะท่านก็อายุ 87 ปีแล้ว ท่านอยากมรณภาพอย่างเป็นธรรมชาติ เรื่องแบบนี้ในสมัยก่อนพอใครรู้ว่าตนเองจะต้องตายก็ไม่กินยา ไม่กินข้าว กินแต่น้ำ มีแบบนี้เยอะ เพราะไม่ต้องการยื้อถ้าคิดว่าไม่ไหวแล้ว ท่านพุทธทาสเรียกว่า ‘ไม่หอบสังขารหนีความตาย’ และก็ไม่ใช่เป็นการฆ่าตัวตาย แต่เป็นการปล่อยวางและตายอย่างเป็นธรรมชาติ”⁶

ผลการสำรวจของศูนย์ประชาชาติ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยรามคำแหง เมื่อปี 2545 ว่าด้วยเรื่องการรณรงค์และสิทธิการตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45 เห็นด้วยกับการออกกฎหมายสิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ร้อยละ 16.7 ไม่เห็นด้วย และ

ร้อยละ 38 ไม่ทราบกฎหมายนี้ เมื่อแยกตามอาชีพ พบว่ากลุ่มที่เห็นด้วยกับกฎหมายเป็นแพทย์ถึงร้อยละ 54.5⁷

เหตุนี้ แกนแห่งการถกเถียงจึงอยู่ที่ถ้อยคำ จรรยาบรรณทางการแพทย์ และข้อกฎหมาย

การแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษา

หลังจากยึดเยื้อมาหลายปี ในที่สุด ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... ผ่านการเห็นชอบของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2550 โดยระบุเรื่องสิทธิการตายไว้ในมาตรา 12 ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

ต่อมาได้มีประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งออกตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

ประกาศดังกล่าวเป็นการวางแนวทางปฏิบัติการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย และให้บุคลากรสาธารณสุขทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องกังวลต่อผลทางกฎหมาย

โดยผู้ที่แสดงความประสงค์ไม่ต้องการการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องมีอายุครบ 18 ปี มีสติสัมปชัญญะ ตัดสินใจด้วยตนเอง หากอายุต่ำกว่า 18 ปีต้องให้ผู้ปกครองตัดสินใจ การทำหนังสือจะเขียน

เป็นลายลักษณ์อักษรหรือใช้แบบฟอร์มตามกฎกระทรวงก็ได้ โดยต้องมีเลขที่บัตรประชาชน ลายมือชื่อ ชื่อ-นามสกุล บุคคลใกล้ชิด วันเดือนปีที่ทำหนังสือ และพยาน ซึ่งอาจเป็นบุคคลใกล้ชิด ญาติ หรือพยาบาล เนื้อหาในหนังสือระบุถึงวิธีที่ไม่ต้องการให้ใช้รักษาในวาระสุดท้าย และสามารถแสดงเจตนาขอกลับบ้านเมื่อวาระสุดท้ายกำลังจะมาถึงได้⁸

ทว่า ประเด็นสิทธิปฏิเสธการรักษาเพื่อขอตายอย่างสงบ ไม่ได้ลงเอยเรียบง่ายเช่นนี้

แพทย์สภาไม่มั่นใจข้อกฎหมาย

ภายหลังการประกาศกฎกระทรวง แพทยสภาซึ่งคัดค้านเรื่องนี้ตั้งแต่ปี 2545 นายแพทย์ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช เลขาธิการและโฆษกแพทยสภาในขณะนั้นกล่าวว่า แพทยสภาไม่เห็นด้วยกับการที่ผู้ป่วยต้องการให้ยุติการรักษา หากเป็นการเขียนพินัยกรรมล่วงหน้าว่าไม่ต้องการให้ต่อเครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องมือแพทย์ต่างๆ ก็อาจทำได้ นายแพทย์ชุมศักดิ์ถึงกับให้ความเห็นว่า

“ผมว่าเรื่องนี้ประเด็นอยู่ที่เงิน ถ้าไม่มีใครจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ ก็ไม่มีแพทย์ที่โหม่อยากเห็นวาระให้ผู้ป่วยคาเครื่อง เพราะไม่รู้จะส่งไปเก็บกับใคร แม้แต่ผู้ป่วยที่มีหลักประกันสุขภาพก็ตาม รัฐยอมจ่ายให้ผู้ป่วยระดับหนึ่งเท่านั้น การจะอยู่หรือจะตายของคนต่อไปจะเป็นสองมาตรฐานที่เงินเป็นตัวกำหนด”⁹

คำกล่าวข้างต้นดูจะเป็นการสนับสนุนสิทธิการตายแบบมูมกลับ เพราะงานวิจัยในสหรัฐ พบว่าค่ารักษาพยาบาลช่วง 6 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตนั้นมากกว่าค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายมาทั้งชีวิตเสียอีก¹⁰ สิทธิปฏิเสธการรักษาจึงดูจะสมเหตุสมผลสำหรับคนไข้ที่ไม่ต้องการเป็นภาระแก่คนที่อยู่หลัง

แพทยสภายังมีคำถามต่อว่า กฎกระทรวงที่ออกมาเกินขอบเขตอำนาจที่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 บัญญัติไว้หรือไม่ และสามารถยกเว้นความรับผิดชอบประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ได้ทั้งหมดหรือไม่ ด้วยเกรงว่าจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สับสนเสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมาย¹¹ แม้ฝ่ายผู้จัดทำกฎหมาย

จะชี้แจงว่า ข้อวิตกกังวลที่ว่านี้ได้ผ่านการพูดคุยกับ นักกฎหมายมาตั้งแต่ต้นแล้วก็ตาม ก็ไม่ได้ทำให้ทาง แพทยสภาสบายใจแต่อย่างใด

นายแพทย์วิสุทธิ ลัคนเสวี ผู้ช่วยเลขาธิการ แพทยสภา ถึงกับประกาศว่า “กฎหมายฉบับนี้ไม่มีสภาพ บังคับ จึงไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตาม หรือไม่ก็ต้องมีหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบคือ สช. (สำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ) ที่ต้องเก็บรวบรวมหนังสือแสดงเจตนา ด้วย”¹²

ความขัดแย้งทางความคิดมีที่ท่าจะบานปลายเมื่อ แพทยสภาขู่ว่าจะฟ้องศาลปกครอง โดยมีแนวร่วมอย่าง สหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (สพท.) และสมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาล ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (สพศท.) เสนอให้มีการแก้ไข กฎกระทรวงใน 4 ประเด็น คือ

1. การกำหนดวาระสุดท้ายของชีวิต ตาม กฎกระทรวงเขียนไว้ค่อนข้างกว้างและอาจมีปัญหา ในทางปฏิบัติ แพทยสภาขอเป็นผู้กำหนดนิยาม คำว่า วาระสุดท้าย ให้ถูกต้องตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยการเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องและ ราชวิทยาลัยต่างๆ มาหารือร่วมกัน

2. สถานที่ในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ซึ่ง เดิมระบุให้ทำที่ใดก็ได้ นั้น ควรกำหนดให้ทำในสถานที่ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลที่คนไข้รักษาตัว สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานเขตหรือที่ว่าการ อำเภอ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

3. ตามตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุข ระบุให้แพทย์กรุณาหยุดบริการ ซึ่งในทางปฏิบัติคงไม่มีแพทย์คนใดกล้าดำเนินการเพราะ เท่ากับทำให้ผู้ป่วยตาย

4. ต้องตัดคำว่า ‘กรุณาหยุดบริการ’ ออกไป

นายแพทย์สัมพันธ์ คมฤทธิ์ เลขาธิการแพทยสภา กล่าวว่า เมื่อแพทย์ได้ทำหัตถการใดแก่ผู้ป่วยแล้ว เช่น การใส่เครื่องช่วยหายใจ แพทย์ไม่สามารถดำเนินการ ถอดเพื่อให้คนไข้ตายเร็วขึ้น เพราะแม้ไม่ถอดคนไข้ก็จะ

เสียชีวิตอยู่แล้ว การถอดเครื่องช่วยหายใจทำได้ 2 กรณี เท่านั้น คือผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยอาการดีขึ้น

ทางแพทยสภายืนยันว่าจะดำเนินการแก้ไข กฎกระทรวงและอาจรวมไปถึง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยจะนำเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป¹³

สิทธิการตายมีผลบังคับใช้แล้ว แต่ความขัดแย้งนี้ยังไม่จบ

ปัจจุบัน สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะ สุดท้ายมีผลบังคับใช้แล้ว แต่นานาคด ยังไม่มีใครคาดเดา ได้ว่าเนื้อหากฎหมายจะเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร ด้วยเหตุที่เบื้องหลังเรื่องนี้มีรากเหง้าจากความแตกต่าง ของฐานคิดระหว่างแพทย์สองกลุ่ม คือ แพทยสภาที่เป็น หัวหอกในการคัดค้านสิทธิการขอตายอย่างสงบอย่าง แข็งขัน น่าสังเกตว่า แพทยสภายุคปัจจุบันมีแนวโน้ม มุ่งประโยชน์กลุ่มแพทย์เป็นสำคัญ และอาจเจือด้วยการ ปกป้องผลประโยชน์ของแพทย์พาณิชย์ด้วย

ขณะที่กลุ่มแพทย์ที่สนับสนุนมาตรา 12 นี้ เป็นกลุ่มแพทย์ที่ร่วมผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตั้งแต่ต้น และมีบรรทัดฐานการทำงานที่จะมุ่งแก้ ปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ โดยหลัก อิงสำคัญ คือ เครือข่ายประชาชนเพื่อสิทธิด้านสุขภาพ 4 ภาค ที่ตั้งคำถามกับกลุ่มแพทย์ที่คัดค้านว่า มีเบื้องหลังหรือไม่ และเรียกร้องให้กลุ่มแพทย์ที่กำลัง ขัดขวางคิดอย่างผู้มีวุฒิภาวะ โดยยืนยันว่า เครือข่ายฯ จะเฝ้าติดตามและทำงานเพื่อส่งเสริมสนับสนุน การใช้สิทธิตามมาตรา 12 ด้วยการสร้างความรู้ ความเข้าใจของประชาชนอย่างกว้างขวางต่อไป¹⁴

แม้ความขัดแย้งยังไม่จบ แต่บทเรียนของเรื่องนี้ อยู่ที่ว่า ไม่มีสิ่งใดพรากศักดิ์ศรีของมนุษย์ไปได้ ไม่ว่า จะเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ หรือกระทั่งความตาย

