

บทที่ 4

วิเคราะห์เปรียบเทียบการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ในประเทศไทยและต่างประเทศ

ในปัจจุบัน ประเทศไทยได้มีการพัฒนาการทั้งในด้านแนวความคิดและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยจะเห็นได้จากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติซึ่งได้ประกาศใช้ใน พ.ศ. 2550 ซึ่งได้รับรองการปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบให้สามารถทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ภายใต้เจตจำนงซึ่งได้แสดงไว้ล่วงหน้าในหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยอย่างใดก็ตาม เมื่อเทียบกับต่างประเทศแล้วพัฒนาการในเรื่องดังกล่าวยังถือว่าช้ากว่าที่ควร ในบทนี้จะได้ศึกษาเปรียบเทียบการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อนำแนวความคิดและกฎหมายของต่างประเทศมาเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวความคิดและกฎหมายของไทยที่เกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต

4.1 การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในประเทศไทย

4.1.1 การทำ passive euthanasia ตามกฎหมายไทย

การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ การทำ passive euthanasia คือ การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หาย ถึงแก่ความตายอย่างสงบโดยไม่นำเครื่องมือทางการแพทย์มาใช้เพื่อยื้อชีวิตของผู้ป่วยดังกล่าวออกไป

ในประเทศไทยนั้น ยังไม่เคยปรากฏว่ามีคดีที่เกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบขึ้นสู่ศาลแต่อย่างใด แต่ได้เคยมีกรณีที่แพทย์ให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบอยู่กรณีหนึ่ง ซึ่งเป็นที่สนใจของผู้คนในสังคมอย่างมาก นั่นคือกรณีของท่านพุทธทาส

เมื่อเข้าสู่วัยชรา ท่านพุทธทาสอาพาธหนักหลายครั้ง เช่น ในเดือนตุลาคม 2534 ท่านเกิดภาวะหัวใจวายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คณะแพทย์ต้องการนิมนต์ท่านไปรักษาที่กรุงเทพฯ แต่ท่านก็ได้ปฏิเสธและรักษาดอนอยู่ที่วัดจันทายในที่สุดเช่นเดียวกับการอาพาธจากโรคหลอดเลือดในสมองแตกในเดือนกุมภาพันธ์ 2535 แต่แล้วในวันที่ 25 พฤษภาคม 2536 โรคหลอดเลือดในสมองแตกของท่านก็กำเริบขึ้นอีกครั้ง ซึ่งท่านก็รู้ตัวท่านดีจึงได้ฝากฝังธุระไว้กับลูกศิษย์ และคงจะได้จาก

ไปอย่างสงบตามธรรมชาติในวัดที่ท่านได้สร้างและพำนักมาโดยตลอด และไม่ต้องได้รับความทุกข์ทรมานใดๆ ที่ไม่จำเป็น แต่แล้วท่านก็ถูกยื้อยุดคร่าไปโรงพยาบาลและไปรักษาที่กรุงเทพฯ ทำให้ท่านต้องผ่านกระบวนการ "การตาย" ที่ผิดธรรมชาติจนถึงวันที่ 8 กรกฎาคม 2536 ผู้รักษาท่านจึงยินยอมให้ท่านตาย หลังจาก "ทรมาน" ท่านไว้เดือนเศษ⁹⁹

ท่านพุทธทาสได้ให้เหตุผลในการที่ท่านปฏิเสธการรักษาจากแพทย์ไว้หลายประการ โดยท่านต้องการมีชีวิตและสิ้นชีวิตตามธรรมชาติ ตามธรรม ไม่ต้องการให้มนุษย์หรือเทคโนโลยีต่างๆ มายื้อเอาไว้ และท่านยังเห็นว่าเรื่องนี้มันเป็นสิทธิของผู้ป่วย โดยยกตัวอย่างพระพุทธเจ้า ซึ่งที่จริงถ้ารักษาไว้ก็คงไม่ปรินิพพาน เพราะเป็นเพียง โรคตก(พระ)โลหิต แต่พระพุทธเจ้าไม่ต้องการอยู่ต่อไป ต้องการให้มันสิ้นสุด แล้วก็ดับไป ซึ่งเรื่องนี้ต่างจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งมักมีต้นเหตุมาจากความไม่รู้ จากโทสะ จากโมหะ ซึ่งต่างจากการปลงชีวิต ปลงสังขาร¹⁰⁰

จากกรณีของท่านพุทธทาสนี้ จะเห็นได้ว่า แม้ในตอนแรก คณะแพทย์จะได้ฝ่าฝืนความต้องการของท่านพุทธทาสโดยการนำตัวท่านมารักษาที่กรุงเทพฯ แต่เมื่อคณะแพทย์เห็นว่าไม่สามารถรักษาท่านให้ฟื้นคืนดังเดิมได้ คณะแพทย์ก็ได้ใช้เครื่องมือทางการแพทย์มายื้อยุดชีวิตของท่านพุทธทาสเอาไว้ แต่ได้ยุติการรักษาท่านและได้ส่งท่านกลับไปยังสวนโมกข์ตามเดิม ซึ่งต่อมาท่านพุทธทาสก็ได้มรณภาพลงอย่างสงบที่สวนโมกขพลารามนั่นเอง การยุติการรักษาของคณะแพทย์นี้อาจถือได้ว่าเป็นการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ การทำ passive euthanasia แต่ก็ไม่ปรากฏว่าคณะแพทย์จะถูกดำเนินคดีแต่อย่างใด และสังคมก็มิได้ประณามคณะแพทย์ที่ได้ทำ passive euthanasia แต่กลับประณามการรักษาของคณะแพทย์โดยฝ่าฝืนเจตนารมณ์ของท่านพุทธทาสอีกด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่า สังคมไทยก็ได้ให้การยอมรับการทำ passive euthanasia ในกรณีนี้เช่นกัน

กรณีอาพาธของท่านพุทธทาสได้ให้บทเรียนแก่เราชาวไทยและเราชาวพุทธหลายประการดังนี้¹⁰¹

1) ด้านตัวแพทย์

⁹⁹ สันต์ หัตถิรัตน์. (2543). ๘ ก.ค. ครบรอบปีมรณกาลท่านพุทธทาส. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.songpak16.com/Budhatas/bdd-18.htm>

¹⁰⁰ พระธรรมโกศาจารย์ (เงื่อม อินฺทปญฺโญ). (2536). **ธัมมานุสติ : จากเจตนารมณ์ยามอาพาธของท่านพุทธทาส ภิกขุ**. หน้า 36-38.

¹⁰¹ สันต์ หัตถิรัตน์. (2536). บทเรียนจากกรณีอาพาธของท่านพุทธทาส. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.geocities.ws/gogfox/sunt.html>

ผู้ทำการรักษาได้อนุมานการรักษาโรคผิดพลาด โดยได้คาดหมายว่า ท่านพุทธทาสจะดีขึ้นและหายเป็นปกติ หรือหายจนสามารถเทศน์ได้ ถ้าได้รับการเคลื่อนย้ายมารักษาตัวที่กรุงเทพฯ ซึ่งมีเครื่องมือที่พร้อมมากกว่าที่อื่น แพทย์ได้ผัดค้ำ้นสัญญาต่างๆ เช่น สัญญาว่าจะไม่เจาะคอ จะไม่เจาะนั้นเจาะนี้ ซึ่งทางแพทย์ก็ละเมิดสัญญาที่ให้ไว้ ไม่รักษาสัญญาที่ให้ไว้ การแถลงการณ์ของแพทย์ถึงอาการของท่านพุทธทาสไม่โปร่งใสและสร้างความสับสนแก่ประชาชนไม่แถลงการณ์ถึงอาการดีขึ้น เลวลง หรือคงเดิม กลับแถลงถึงตัวเลขชีพจร อุณหภูมิ ความดันเลือด จำนวนปัสสาวะ และผลการตรวจเลือด แล้วสรุปว่าปกติหรือใกล้ปกติ

2) ด้านการรักษาพยาบาล

จากกรณีของท่านพุทธทาส การรักษาพยาบาลที่ขัดกับเจตนารมณ์ของผู้ป่วยสามารถทำได้ ซึ่งขัดกับหลักเรื่องสิทธิส่วนบุคคล แพทย์ได้ทำการรักษาโดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อยินยอม อนุญาตก็สามารถทำการรักษาใดๆ ได้ แม้แต่การทำร้ายผู้ป่วยซึ่งผิดกฎหมาย เช่น การเจาะร่างกายผู้ป่วยตามที่แพทย์เห็นสมควรก็ทำได้โดยไม่ต้องขออนุญาตจากผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยก่อนแล้วแต่กรณี

แพทย์สามารถนำผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลได้และถือว่าเป็นผู้อยู่ในความรับผิดชอบของตนและของโรงพยาบาลได้ แม้ผู้ป่วยไม่ยินยอม

การรักษาพยาบาลเพื่อยื้อการตาย แม้จะเป็นการทำลายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นการทรมาณผู้ป่วยและญาติมิตรและเป็นการเบียดเบียนผู้ป่วยอื่นและสังคม แต่กลับยอมรับกันว่าถูกต้อง

3) ด้านศาสนา

กระบวนการการตายที่ทางพุทธศาสนาถือวาระจิตที่ละสังขารเป็นสำคัญนั้น ได้ถูกดึงกลับมาเป็นครั้งคราวโดยกระบวนการยื้อการตาย ซึ่งเห็นได้จากคณะแพทย์ได้ออกแถลงการณ์หลายครั้งว่า “ท่านกระดิกนิ้วได้แล้ว ลืมตาแล้ว รู้เรื่องแล้ว เพราะแววตาของท่านแสดงว่าท่านรู้เรื่อง” เป็นต้น

4) ด้านค่านิยมและวัฒนธรรมใหม่

การรักษาพยาบาลท่านพุทธทาสได้แสดงถึงค่านิยมที่เกิดขึ้นใหม่คือ

(1) การยอมรับความตายในโรงพยาบาล (โดยเฉพาะการตายในห้องไอ.ซี.ยู.) ว่าเป็นการตายที่ดีที่สุด

(2) การยอมรับคำวินิจฉัยและคำตัดสินของแพทย์ โดยปราศจากเงื่อนไข คือ แพทย์จะทำอะไรก็ได้ ผู้ป่วยและญาติจะปฏิเสธไม่ได้ แม้แพทย์จะผัดค้ำ้นสัญญาหรือขาดวิจารณญาณที่ดีก็ตาม

(3) การยอมรับการแทรกแซงจากผู้อื่น (ที่ไม่ใช่ญาติของผู้ป่วย) โดยแพทย์ในการเคลื่อนย้ายและการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

สำหรับสถานะทางกฎหมายของการทำ passive euthanasia อาจพิจารณาได้ดังนี้

1) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น

มาตรา 288 ผู้ใดฆ่าผู้อื่น ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี¹⁰²

องค์ประกอบภายนอกของความผิดฐานนี้ คือ การที่บุคคลทำให้มนุษย์ผู้อื่นถึงแก่ความตาย

ผู้กระทำ คือ มนุษย์ ซึ่งกฎหมายไม่จำกัดว่าจะเป็นใคร

กรรมของการกระทำ หรือ ผู้ถูกกระทำ คือ มนุษย์ผู้อื่น

การกระทำ คือ การทำให้มนุษย์ผู้อื่นถึงแก่ความตายหรือการฆ่ามนุษย์ผู้อื่น กล่าวคือ การกระทำที่เป็นการทำให้ชีวิตมนุษย์สิ้นสุดทุกสถาน รวมตลอดถึงการทำให้ชีวิตมนุษย์ที่ใกล้จะตายอยู่แล้วนั้นสิ้นสุดด้วย

การทำให้มนุษย์ผู้อื่นถึงแก่ความตาย หรือ การฆ่ามนุษย์ผู้อื่น คือ การกำจัดชีวิตของมนุษย์ผู้อื่นโดยไม่จำกัดวิธีการทำ

การฆ่า อาจเกิดจาก การงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลก็ได้ เช่น ทรียาปล่อยให้สามีซึ่งป่วยหนักอดอาหารถึงแก่ความตาย ดังนี้ กรณีเป็นการที่ทรียาได้งดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผล เพราะสามีทรียามีหน้าที่ต้องช่วยเหลือกันและกัน

องค์ประกอบภายในของความผิดฐานนี้ คือ เจตนาฆ่า

“เจตนาฆ่า” คือ การที่ผู้กระทำรู้ว่าการกระทำของตนเป็นมนุษย์ รู้ว่าการกระทำของตนคือการฆ่า และผู้กระทำต้องการที่จะกระทำให้มนุษย์ผู้อื่นถึงแก่ความตาย หรือ ผู้กระทำเล็งเห็นได้ว่าความตายนั่นย่อมจะเกิดขึ้นจากการกระทำของตน¹⁰³

สำหรับการปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ การทำ passive euthanasia นั้น มาตรา 59 วรรคท้าย แห่งประมวลกฎหมายอาญา บัญญัติว่า “การกระทำให้หมายความรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้นโดยงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย” ดังนั้น การทำ passive euthanasia จะถือเป็นการกระทำการฆ่า ก็ต่อเมื่อผู้กระทำมีหน้าที่โดยเฉพาะที่ต้องทำเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเช่นนั้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

¹⁰² ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 288.

¹⁰³ คณิต ณ นคร. (2553). กฎหมายอาญาภาคความผิด. หน้า 83-84.

“หลักเกณฑ์ที่สำคัญของการกระทำโดยฉ้อโกง คือ เป็นการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย โดยรู้สำนึก ทั้งๆที่ผู้กระทำมีหน้าที่ต้องกระทำ ซึ่ง “หน้าที่ต้องกระทำ” นั้น เกิดจากหลายกรณีดังนี้

(1) หน้าที่ตามที่กฎหมายบัญญัติ หมายความว่า มีกฎหมายบัญญัติหน้าที่ของผู้กระทำโดยตรง เช่น ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1563 บัญญัติว่า “บุตรจำต้องอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดา” เป็นต้น

(2) หน้าที่อันเกิดจากการยอมรับโดยเจาเจง หมายความว่า ผู้กระทำยอมรับโดยตรงที่จะกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดหน้าที่ในอันที่จะต้องกระทำการตามที่ตนยอมรับที่จะกระทำนั้น เช่น ยอมรับเป็นคนเลี้ยงเด็ก เป็นนางพยาบาลดูแลรักษาคนไข้ เป็นต้น การยอมรับดังกล่าวอาจมีค่าจ้างหรือไม่มีค่าจ้างโดยอาสาสมัครเข้ามาทำก็ได้

(3) หน้าที่อันเกิดจากการกระทำก่อนๆ ของตน หมายความว่า หากการกระทำของผู้กระทำน่าจะก่อให้เกิดอันตรายอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้น ผู้กระทำย่อมมีหน้าที่ต้องป้องกันอันตรายนั้น เช่น แดงขับรถไปตามถนน เห็นคนนอนหมดสติอยู่ริมถนน แดงส่งสารเกรงว่าถ้าจะถูกรถชนตาย แดงจึงอุ้มดำขึ้นรถโดยตั้งใจจะไปส่งในที่ปลอดภัย เมื่ออุ้มขึ้นรถแล้วแดงนึกได้ว่าตนมีธุระจำเป็น ไม่อาจจะพาดำไปส่งได้ จึงอุ้มดำมาทิ้งไว้ตรงที่เดิมซึ่งแดงพบดำในตอนแรก เช่นนี้ถือว่าเมื่อแดงได้ลงมือช่วยดำแล้ว แดงมีหน้าที่ต้องช่วยโดยตลอด การที่แดงนำดำกลับมาทิ้งไว้ที่เดิมซึ่งน่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ดำ แล้วแดงขับรถจากไป ถือว่าเป็นการฉ้อโกงไม่กระทำสิ่งซึ่งตนมีหน้าที่ต้องกระทำเพื่อป้องกันมิให้ดำตกอยู่ในอันตราย โดยเป็นหน้าที่อันเกิดจากการกระทำก่อนๆ ของตน

(4) หน้าที่อันเกิดจากความสัมพันธ์เป็นพิเศษเฉพาะเรื่อง หมายความว่า ไม่มีกฎหมายบัญญัติหน้าที่ไว้โดยตรงดังเช่นข้อ (1) แต่เพราะผู้กระทำและผู้เสียหายมีความสัมพันธ์เป็นพิเศษต่อกันจึงเกิดมีหน้าที่ขึ้น เช่น บิดาที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย แม้จะไม่มีกฎหมายบัญญัติหน้าที่ไว้โดยตรงดังเช่น ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1564 ให้จำต้องอุปการะเลี้ยงดูบุตรผู้เยาว์ หากตามความเป็นจริงบิดาได้ช่วยเหลืออุปการะบุตรผู้เยาว์โดยตลอด ก็ถือว่าบุตรและบิดามีหน้าที่ต้องช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เป็นหน้าที่อันเกิดจากความสัมพันธ์เป็นพิเศษเฉพาะเรื่อง

ในการพิจารณาว่าเป็นการกระทำโดยฉ้อโกงนั้น นอกจากผู้กระทำมีหน้าที่ต้องกระทำดังกล่าวมาแล้ว หน้าที่นั้นจะต้องเป็นหน้าที่ซึ่งต้องกระทำเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลนั้นขึ้นด้วยประการแรกให้ดูว่า “ผลนั้น” คืออะไร เช่น กรณีดื่มไม่ยอมให้คนลูกกินจนลูกหิวจนตาย ผลในที่นี้คือความตายของลูก ปัญหาว่าความตายเกิดจากการกระทำโดยฉ้อโกงหรือไม่ ก็ต้องดูว่า หน้าที่ซึ่งดื่มต้องกระทำนั้นเป็นหน้าที่เพื่อป้องกันมิให้เกิดความตายของลูกของตนหรือไม่ จะเห็นว่าหน้าที่ของดื่มตาม ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1564 คือ หน้าที่ “อุปการะเลี้ยงดู...ตามสมควรแก่บุตรในระหว่างที่เป็นผู้เยาว์” ซึ่งเห็นได้ว่าหน้าที่ดังกล่าวรวมถึงการดูแลไม่ให้ลูกอดนม

ตายด้วย เพราะ การอุปการะเลี้ยงดูก็ย่อมหมายความว่าให้อาหารลูกกิน การปล่อยให้ลูกอดนม ตายก็ถือว่ามิได้อุปการะเลี้ยงดูแล้ว จึงถือว่า ต้มมีการกระทำโดยคนเว้น”¹⁰⁴

เนื่องจากการทำ passive euthanasia แพทย์มิได้ลงมือกระทำทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยตรง แต่ปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติ จึงต้องพิจารณาว่าการกระทำความดังกล่าวเป็นการฆ่าโดยคน เว้นหรือไม่ ซึ่งต้องพิจารณาต่อไปว่า แพทย์นั้นมีหน้าที่ซึ่งต้องกระทำเพื่อป้องกันผลหรือไม่

หน้าที่ในการรักษาของแพทย์นั้น โดยทั่วไปแล้วเป็นหน้าที่อันเกิดจากการยอมรับโดยเจาเจง คือ ยอมรับที่จะให้การรักษาผู้ป่วย ดังนั้นหากแพทย์คนเว้นไม่ทำการรักษาผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย การงดเว้นการกระทำความดังกล่าวของแพทย์ย่อมถือเป็นการฆ่า ตามมาตรา 288 ประกอบมาตรา 59 ประมวลกฎหมายอาญา

อย่างไรก็ดี ในการรักษาผู้ป่วยนั้น สิ่งหนึ่งที่แพทย์จะต้องเคารพ คือ สิทธิของผู้ป่วย ซึ่งรวมไปถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยด้วย สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยมิใช่ สิทธิเด็ดขาดที่จะใช้ได้ในทุกกรณี แต่จะต้องประกอบด้วยลักษณะสำคัญ คือ ผู้ปฏิเสธการรักษา จะต้องได้รับทราบข้อมูลอย่างเต็มที่ การปฏิเสธการรักษามิได้เกิดจากภาวะอารมณ์อันแปรปรวนแปร แต่ต้องเกิดจากการใคร่ครวญด้วยเหตุผล และการปฏิเสธการรักษาจะต้องมีน้ำหนักมากกว่า ผลประโยชน์ของรัฐ ซึ่งหากครบเงื่อนไขดังกล่าว ผู้ป่วยย่อมมีสิทธิปฏิเสธการรักษาโดยชอบ และ แพทย์ย่อมต้องมีหน้าที่ในการเคารพสิทธิดังกล่าวของผู้ป่วย การยุติการรักษาของแพทย์โดยเคารพ ต่อสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยเช่นนี้ย่อมไม่ถือเป็นการงดเว้นการกระทำหน้าที่ซึ่งต้องกระทำเพื่อป้องกันผล การกระทำของแพทย์จึงขาดองค์ประกอบภายนอกของความผิดฐานฆ่าผู้อื่น ตามมาตรา 288 แห่งประมวลกฎหมายอาญา เพราะแพทย์มิได้กระทำการฆ่า ไม่ว่าจะโดยตรงหรือโดยคนเว้นนั่นเอง

อนึ่ง การปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยอาจมิได้ปฏิเสธการรักษาทั้งหมดก็ได้ เช่น อาจปฏิเสธเฉพาะการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์และเป็นการยื้อชีวิตผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น แต่ยังคงต้องการการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งแพทย์ก็จะยังคงมีหน้าที่ให้การรักษาผู้ป่วยในส่วนนั้นต่อไป

2) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ในปัจจุบันนี้ ประเทศไทยได้บัญญัติกฎหมายรับรองความชอบด้วยกฎหมายของการ ปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ การทำ passive euthanasia โดยปรากฏ อยู่ในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งบัญญัติว่า

¹⁰⁴ เกียรติขจร วังนะสวัสดิ์. เล่มเดิม. หน้า 104-108.

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง¹⁰⁵

กฎกระทรวงตามวรรคสองของมาตรานี้ หมายถึง กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ซึ่งหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาขึ้น ปรากฏอยู่ในข้อที่ 6 ของกฎกระทรวงฉบับนี้ มีความดังต่อไปนี้

ข้อ 6 หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

(1) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(2) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบและแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(3) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาขึ้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(4) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครุภ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นสภาพจากการตั้งครุภ

จากกฎกระทรวงข้อที่ 6 มีข้อนำพิจารณาดังนี้

¹⁰⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, มาตรา 12.

(1) การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา จะทำได้ก็ต่อเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งกฎกระทรวงข้อที่ 2 ได้ให้นิยามไว้ดังนี้

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

(2) จะดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาในเวลา que ผู้ป่วยตั้งครรถ์อยู่มิได้

สรุปได้ว่า ผู้ที่จะใช้สิทธิในการปฏิเสธการรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นี้ได้ ต้องเป็นผู้ที่วาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือได้รับความทรมานจากการเจ็บป่วย นอกจากนั้นต้องมีไค้อยู่ในระหว่างการจัดครรถ์ ส่วนในเรื่องอายุนั้นพระราชบัญญัติฉบับนี้และกฎกระทรวงมิได้กำหนดไว้ ดังนั้นแม้จะเป็นผู้เยาว์ก็สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาได้ แต่อย่างไรก็ดี การทำหนังสือแสดงเจตนาถือเป็นการทำนิติกรรมอย่างหนึ่ง ผู้เยาว์จึงต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมก่อน ตามมาตรา 21 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ส่วนแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอื่นที่ได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย ย่อมถือได้ว่าเป็นผู้กระทำ passive euthanasia และได้รับยกเว้นความผิดตามมาตรา 12 วรรคท้าย แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

4.1.2 การทำ active euthanasia ตามกฎหมายไทย

การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ หรือ การทำ active euthanasia คือ การที่แพทย์ให้ยาหรือกระทำการบางอย่างแก่ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หายถึงแก่ความตาย เพื่อยุติความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหรือเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนใช้ชีวิตอย่างไร้คุณภาพ ไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สถานะทางกฎหมายของการกระทำความดังกล่าวอาจพิจารณาได้ดังนี้

1) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น

มาตรา 288 ผู้ใดฆ่าผู้อื่น ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี¹⁰⁶

การทำ active euthanasia ต่างจากการทำ passive euthanasia เนื่องจากแพทย์มิได้งดเว้นการกระทำบางอย่าง แต่ได้ลงมือกระทำการยุติชีวิตผู้ป่วยโดยตรง เช่น การฉีดยาพิษให้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้น การกระทำความผิดล่วงละเมิดของประกอบภายนอกของความผิดฐานนี้เพราะเป็นการทำให้มนุษย์ผู้อื่นถึงแก่ความตาย และประกอบประกอบภายในของความผิดฐานนี้เพราะแพทย์ย่อมรู้ว่าการกระทำของตนจะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย และแพทย์ประสงค์ต่อผลหรือยอมถึงเห็นผลนั้น

เมื่อการทำ active euthanasia ครอบงำประกอบความผิดฐานฆ่าผู้อื่นและไม่มีเหตุยกเว้นความผิดและเหตุยกเว้นโทษ แพทย์ผู้ทำ active euthanasia ย่อมมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

นอกจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 288 แล้ว ผู้กระทำยังอาจมีความผิดตามมาตรา 289 ด้วยโดยมาตรา 289 นี้มีทั้งหมด 7 อนุมาตรา¹⁰⁷ แต่อนุมาตราที่เกี่ยวข้องกับการทำ active euthanasia นั้นมี 2 อนุมาตรา คือ (1) และ (4)

มาตรา 289 (1) คือความผิดฐานฆ่าบุพการี ซึ่งมีองค์ประกอบภายนอกเช่นเดียวกับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 288 แต่แตกต่างกันตรงที่ กรรมของการกระทำ หรือ ผู้ถูกกระทำของความผิดฐานนี้ต้องเป็นบุพการีของผู้กระทำ

“บุพการี” คือ ผู้สืบสายโลหิตโดยตรงขึ้นไป คือ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ฯลฯ¹⁰⁸

องค์ประกอบภายในของความผิดฐานนี้ คือ เจตนาฆ่าบุพการี

“เจตนาฆ่าบุพการี” คือ การที่ผู้กระทำรู้ว่าบุคคลที่ตนจะฆ่าเป็นบุพการีของตน และผู้กระทำการต้องการที่จะกระทำให้ผู้นั้นถึงแก่ความตาย¹⁰⁹

ดังนั้น หากผู้ทำ active euthanasia รู้ว่าผู้ป่วยนั้นเป็นบุพการีของตน และได้ลงมือยุติชีวิตของผู้ป่วยนั้น ผู้ทำ active euthanasia นั้น ย่อมมีความผิดฐานฆ่าบุพการี ตามมาตรา 289 (1) แห่งประมวลกฎหมายอาญา และมีโทษประหารชีวิตสถานเดียว

¹⁰⁶ ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 288.

¹⁰⁷ ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 289.

¹⁰⁸ คณิต ณ นคร. เล่มเดิม. หน้า 91-92.

¹⁰⁹ แหล่งเดิม.

มาตรา 289 (4) คือ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นประกอบเหตุกรรจ์ ซึ่งเหตุกรรจ์ของมาตรา 289 (4) นี้ คือ การฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน

“โดยไตร่ตรองไว้ก่อน” คือ การฆ่าภายหลังที่ผู้กระทำความผิดได้ผลเสียในการที่จะฆ่าบุคคลอื่น และได้ตัดสินใจไปในทางฆ่าและได้ฆ่าตามที่ได้ออกใจนั้น¹¹⁰

ด้วยลักษณะทั่วไปของการทำ active euthanasia ที่ผู้กระทำมักจะคิดถึง พิจารณา ชั่งน้ำหนักผลได้ผลเสียก่อนที่จะลงมือกระทำ ดังนั้นโดยทั่วไปแล้ว การทำ active euthanasia จึงเป็นความผิดตามมาตรา 289 (4) แห่งประมวลกฎหมายอาญา และมีโทษประหารชีวิตสถานเดียว

สำหรับมูลเหตุจูงใจที่ดีของผู้ทำ euthanasia นั้น เนื่องจากมูลเหตุจูงใจไม่ใช่เจตนา ดังนั้นแม้มีมูลเหตุจูงใจดี ก็ไม่อาจทำให้ผู้กระทำหลุดพ้นความรับผิดชอบได้หากสิ่งที่กระทำลงโดยเจตนาเป็นความผิดกฎหมายอยู่ในตัว เช่น ในกรณีฆ่าคนด้วยความสงสาร (mercy killing) เป็นต้น¹¹¹ โดยมีผู้อธิบายไว้ดังนี้

“องค์ประกอบภายในของความผิดฐานฆ่าคนตาย คือ เจตนาฆรรคมดา กล่าวคือประสงค์ต่อผลหรือเล็งเห็นผลเท่านั้น ไม่มีเจตนาพิเศษหรือมูลเหตุจูงใจแต่อย่างใด ด้วยเหตุนี้ หากแดงต้องการฆ่าดำ แแดงใช้ปืนยิงดำ ดำตาย ถือว่าแดงผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา (ประสงค์ต่อผล) ตามมาตรา 288 แล้ว แม้แดงจะมีมูลเหตุจูงใจที่ดีควรแก่การเห็นใจก็ไม่ทำให้แดงพ้นจากความผิดไปได้ เช่น แแดงยิงดำเพราะสงสารที่ดำตกลงมาจากที่สูงและถูกไม้เสียบกลางร่างกายและร้องครวญครางด้วยความเจ็บปวด ถ้าแดงยิงดำเพราะเห็นว่าเป็นวิธีการเดียวที่จะทำให้ดำตายและพ้นจากความทุกข์ทรมานโดยทันที เนื่องจากไม่มีวิธีการอื่นๆ ที่จะช่วยดำให้พ้นจากความทุกข์อีกแล้ว ถึงกระนั้นก็ดี แแดงก็ผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา แม้การกระทำของแดงต่อดำนั้นจะมีมูลเหตุจูงใจเพื่อมนุษยธรรม (humanitarian motives) ก็ตาม”¹¹²

2) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

¹¹⁰ จิตติ ดิงศภัทิย์ ข (2545). คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 2 ตอน 2 และภาค 3. หน้า 90-91.

¹¹¹ ทวีเกียรติ มินะกนิษฐ ก (2554). คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาคทั่วไป. หน้า 77.

¹¹² เกียรติจักร วัจนะสวัสดิ์. เล่มเดิม. หน้า 192.

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

เมื่อพิจารณาจากมาตรา 12 วรรคแรก ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นี้ จะเห็นได้ว่ามาตรานี้ได้ให้สิทธิแก่ผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการปฏิเสธการรักษาตนเอง และการดำเนินการตามหนังสือดังกล่าว แพทย์ทำได้เพียงยุติการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เท่านั้น แพทย์ไม่สามารถลงมือยุติชีวิตผู้ป่วยเองโดยตรงได้ จึงอาจกล่าวได้ว่า มาตรา 12 ของ พระราชบัญญัติฉบับนี้ มิได้ยกเว้นความผิดให้แก่การทำให้ active euthanasia

แต่สำหรับกรณีการให้ยาระงับปวด เช่น มอร์ฟิน เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาจากการเจ็บปวดนั้น แม้การให้มอร์ฟินในปริมาณมากอาจส่งผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายหรือมีผลเป็นการเร่งความตายของผู้ป่วย แต่หากกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำตามมาตรฐานการรักษาของวิชาชีพแพทย์ ซึ่งจำเป็นต้องกระทำเพื่อระงับความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย การกระทำนั้นย่อมมิใช่เป็นการฆ่า แต่เป็นการรักษาและไม่มีความผิดตามกฎหมายอาญา เพราะเป็นการทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น กรณีคล้ายกับการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งในบางกรณีก็อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ แต่การผ่าตัดดังกล่าวก็ไม่ถือว่าเป็นการฆ่า แต่เป็นการรักษาผู้ป่วยตามหน้าที่ของแพทย์นั่นเอง

4.1.3 การทำ physician-assisted suicide ตามกฎหมายไทย

เนื่องจากกฎหมายไทยไม่ได้บัญญัติให้การฆ่าตัวตายถือเป็นความผิด ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการที่ผู้อื่นตัดสินใจฆ่าตัวตายจึงไม่มีความผิดไปด้วย เมื่ออยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ 3 ประการดังนี้¹¹³

- 1) การฆ่าตัวตายเกิดจากการตัดสินใจของผู้ฆ่าตัวตายเอง ผู้กระทำเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุนให้ผู้คิดฆ่าตัวตายถึงแก่ความตาย เช่น ช่วยหาเชือกมาให้ผูกคอตาย หรือเอาน้ำกากพิบมาให้ผู้ป่วยดื่มเอง เป็นต้น
- 2) ผู้ที่ฆ่าตัวตายต้องมีไข้ที่แพทย์หรือพยาบาลกระทำการอันตราย จนคิดจะฆ่าตัวตายเพื่อให้พ้นจากความทรมานโหดร้ายของแพทย์และพยาบาลหรือผู้ดูแลนั้นๆ โดยอาจเป็นการ

¹¹³ ทวีเกียรติ มินะกนิษฐ ข (2536, ธันวาคม). “กฎหมายกับการปล่อยให้ตายอย่างสงบ.” บทบันทึกคดี, 49. หน้า 47-48.

กระทำทารุณต่อร่างกายหรือจิตใจก็ได้ ซึ่งจะเป็นความผิดฐานทำให้ผู้อื่นฆ่าตนเอง ตามมาตรา 292 แห่งประมวลกฎหมายอาญา¹¹⁴

3) ผู้ที่ฆ่าตัวตายต้องมีอายุกว่า 16 ปี และมีความรู้ผิดชอบ ชั่วดี ตามสมควร ในขณะที่แพทย์อธิบายข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการป่วยของเขา และแนะนำให้เขายุติชีวิตของตนเพื่อให้พ้นทุกข์ทรมานนั้นเสีย มิเช่นนั้น ผู้กระทำอาจมีความผิดฐานยุให้ผู้อื่นจิตใจอ่อนแอฆ่าตนเอง ตามมาตรา 293 แห่งประมวลกฎหมายอาญา¹¹⁵

4.2 เปรียบเทียบการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในประเทศไทยและในต่างประเทศ

4.2.1 การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ passive euthanasia

จากการศึกษาแนวความคิดของประเทศสหรัฐอเมริกา จะเห็นได้ว่าการทำ passive euthanasia นั้น มีพื้นฐานมาจากการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยโดยชอบ ซึ่งหากผู้ป่วยได้ปฏิเสธการรักษาโดยชอบแล้ว แพทย์ย่อมต้องเคารพต่อสิทธินั้นและยุติการรักษา อันอาจถือได้ว่าเป็นการทำ passive euthanasia แพทย์ผู้กระทำ passive euthanasia ในกรณีนี้ย่อมไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นเพราะมิได้ลงมือฆ่าผู้ป่วยโดยตรง และไม่ถือว่าเป็นการฆ่าโดยงัดเว้น เพราะการกระทำโดยงัดเว้นนั้น ผู้กระทำต้องมีหน้าที่อันจำต้องกระทำเพื่อป้องกันผล แต่หน้าที่ของแพทย์ในการยื้อชีวิตผู้ป่วยนั้นได้หมดลงจากการปฏิเสธการรักษาโดยชอบของผู้ป่วยแล้ว คงเหลือแต่เพียงหน้าที่ในการรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น

ดังนั้น แม้จะไม่มีกรออกกฎหมายมายกเว้นความผิดให้แก่แพทย์ที่กระทำ passive euthanasia ในกรณีนี้ก็ตาม แพทย์ก็ไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นเพราะไม่มีการกระทำที่เป็นกรฆ่า ไม่ว่าจะเป็นโดยตรงหรือโดยงัดเว้น ดังที่ปรากฏในคำพิพากษาของศาลสูงสหพันธ์เมืองคาร์ลสรูเอ ประเทศเยอรมนี ที่ได้พิพากษายกฟ้องนายแพทย์ แฮร์แบร์ท วิทนิค

สำหรับประเทศไทย แม้จะไม่เคยมีคดีเกี่ยวกับการทำ passive euthanasia ขึ้นสู่ศาล แต่หากพิจารณาจากกรณีของท่านพุทธทาสที่คณะแพทย์ได้ยุติการรักษาท่านและนำท่านกลับไปยังสวนโมกขพลารามเพื่อให้ท่านได้เสียชีวิตอย่างสงบ อันอาจถือได้ว่าเป็นการทำ passive euthanasia ก็ไม่ปรากฏว่าทางคณะแพทย์นั้นจะถูกดำเนินคดีแต่อย่างใด นอกจากนั้นยังถูกประณามจากการแจ้งขึ้นนำตัวท่านพุทธทาสไปรักษาโดยขัดกับความประสงค์ของท่านอีกด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่า การทำ

¹¹⁴ ทวีเกียรติ มินะกนิษฐ ก (2554). กฎหมายอาญาภาคความผิด. หน้า 155.

¹¹⁵ แหล่งเดิม. หน้า 157.

passive euthanasia ในบางกรณีนั้นเป็นที่ยอมรับในสังคมไทย และไม่ถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย

การนำสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยมาใช้ในการอธิบายความชอบด้วยกฎหมายของการทำ passive euthanasia นั้น ยังช่วยคลายความสับสนในการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ เช่น การถอดเครื่องช่วยหายใจ โดยหากพิจารณาจากสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้ใช้สิทธิดังกล่าวโดยชอบแล้ว ย่อมเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องเคารพต่อสิทธิของผู้ป่วย ดังนั้น หากแพทย์ยังมีได้ใส่เครื่องมือทางการแพทย์นั้น แพทย์ก็ต้องยับยั้งการรักษาดังกล่าว (passive euthanasia by withholding) และหากได้ใส่เครื่องมือเหล่านั้นแก่ผู้ป่วยแล้ว แพทย์ก็ต้องยุติการใช้เครื่องมือดังกล่าว (passive euthanasia by withdrawal)¹¹⁶ การกระทำความผิดดังกล่าวของแพทย์จะถือได้ว่าเป็นเพียง medical treatment ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของแพทย์เท่านั้น และความตายของผู้ป่วยจะถูกพิจารณาว่า เกิดจากอาการหรือโรคของผู้ป่วย มิได้เกิดจากการกระทำของแพทย์แต่อย่างใด¹¹⁷

นอกจากนั้น ในปัจจุบันนี้ยังมี พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ได้บัญญัติรับรองสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยผ่านการทำ living will และยกเว้นความผิดให้กับแพทย์และบุคคลที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติตาม living will ซึ่งถือเป็นการทำ passive euthanasia ดังที่ได้พิจารณาไว้แล้วข้างต้น

แม้การทำ passive euthanasia ในกรณีที่ผู้ป่วยได้ปฏิเสธการรักษาโดยชอบจะไม่ถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย แต่อย่างไรก็ดี พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็มีความสำคัญในฐานะที่เป็น guideline ให้แก่แพทย์และผู้ป่วยในการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาและการปฏิบัติให้เป็นไปตามสิทธิดังกล่าว โดยมีบทบัญญัติยกเว้นความผิดเพื่อให้แพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความมั่นใจและไม่ต้องเผชิญความเสี่ยงต่อความผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา และมีได้หมายความว่าแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติผิดแผกไปจากแนวทางที่กำหนด ทำให้ไม่ได้รับยกเว้นความผิดตามพระราชบัญญัตินี้จะถือว่ามีความผิดเสมอไป เพราะหากศาลเห็นว่าการปฏิบัติที่แตกต่างนั้น ไม่ถึงขนาดที่จะทำให้การปฏิเสธการรักษาโดยชอบของผู้ป่วยเสียไป แพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องย่อมไม่มีความผิดเพราะมิได้กระทำการฆ่าโดยเจตนาตนเอง

ข้อจำกัดที่สำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นี้ คือ ผู้ป่วยจะต้องได้ทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้าแล้วเท่านั้น ดังนั้นหากเกิดปัญหาว่าผู้ป่วยตกอยู่

¹¹⁶ มาโนช โชคแจ่มใส. (ม.ป.ป.). Euthanasia. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก

<http://www.med.cmu.ac.th/>

¹¹⁷ ทวีเกียรติ มินะกนิษฐ ข หน้าเดิม.

ในสภาพที่ไม่อาจแสดงเจตนาใดๆ ได้อีก เช่น ตกอยู่ในสภาพผักถาวร ผู้ป่วยก็จะไม่สามารถปฏิเสธการรักษาตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้เลย ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบกับกรณีคดี Quinlan ในประเทศสหรัฐอเมริกา จะพบว่า ในคดีดังกล่าว ศาลได้แก้ปัญหานี้ด้วยการยอมรับให้มีผู้แทนของผู้ป่วยในการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วยได้

เหตุผลที่สำคัญนั้นเนื่องจากว่า สิทธิในการปฏิเสธการรักษานั้นเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยทุกคนพึงมีและสิทธิดังกล่าวไม่ควรที่จะถูกละทิ้งไปเพียงเพราะผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพที่ไม่อาจแสดงเจตนาได้ ยิ่งไปกว่านั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพดังกล่าว เราไม่อาจปฏิเสธถึงการให้สิทธิแทนผู้ป่วยได้เลย เพราะหากเราไม่ยอมรับให้ผู้แทนของผู้ป่วยเข้ามาใช้สิทธิในการปฏิเสธการรักษา นั่นก็หมายความว่าเรากำลังยอมรับให้ผู้แทนเข้ามาใช้สิทธิแทนผู้ป่วยโดยเป็นการใช้สิทธิยินยอมรับการรักษานั้นเอง หากสิ่งที่เรากำลังกังวลในการให้มีผู้ใช้สิทธิแทนผู้ป่วย คือ การใช้สิทธิที่อาจขัดกับเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วยแล้ว ผู้แทนของผู้ป่วยที่เป็นผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยย่อมมีโอกาสใช้สิทธิที่ตรงกับเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ดีกว่ารัฐหรือแพทย์ เพราะบุคคลเหล่านั้นร่วมใช้ชีวิตมาด้วยกัน รู้จักมักคุ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างดีและยังมีแนวโน้มที่จะใช้สิทธิของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยมากกว่า ในขณะที่รัฐหรือแพทย์นั้นไม่ได้รู้จักกับผู้ป่วยและยังมีแนวโน้มที่จะใช้สิทธิของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของตนเองหรือสังคมมากกว่า อย่างไรก็ตาม การเข้าใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วยนี้ ต้องไม่ลืมว่ามันยังคงอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์เดียวกับกรณีทั่วไปทุกประการ เช่น ผู้ป่วยต้องอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยจนถึงขนาด อันทำให้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยนั้นมีน้ำหนักมากกว่าผลประโยชน์ของรัฐ เป็นต้น

สิ่งต่อมาที่ต้องพิจารณา คือ ญาติสนิทหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ควรจะเป็นผู้ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยนั้นหมายถึงใครบ้าง เมื่อพิจารณาจากคดีต่างๆ ในสหรัฐอเมริกาที่ได้นำมาศึกษาในบทที่ 3 นั้น ปรากฏว่าศาลก็ได้วางหลักไว้ชัดเจน เพียงแต่พิจารณาถึงความเหมาะสมของตัวผู้ร้องในคดีนั้นๆ เท่านั้น ส่วนใน West's Arkansas Code Annotated มาตรา 20-14-214 (a) นั้นได้บัญญัติให้ผู้ปกครองตามกฎหมาย (guardian) บิดามารดา คู่สมรส บุตรผู้บรรลุนิติภาวะ พี่น้องร่วมบิดามารดา ผู้ใช้อำนาจปกครองแทนบิดามารดา (loco parentis) และทายาทโดยธรรมผู้บรรลุนิติภาวะ เป็นผู้ที่สามารถใช้สิทธิในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ โดยเรียงตามลำดับชั้นคล้ายกับลำดับในการรับมรดกตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่า การใช้สิทธิในเรื่องที่เกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วยเช่นนี้ มีความสำคัญมาก ผู้ที่จะใช้สิทธิแทนผู้ป่วยควรจะเป็นผู้ที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งควรจำกัดไว้เพียงบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรผู้บรรลุนิติภาวะเท่านั้น นอกจากนั้น การจัดลำดับผู้ที่ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยทำให้อำนาจในการใช้สิทธิตกไปอยู่ในมือของผู้ใดคนหนึ่งซึ่งไม่ควรจะเป็นเช่นนั้น แต่ควรให้ครอบครัวได้ร่วมกันปรึกษาหารือและตัดสินใจร่วมกัน

และการตัดสินใจปฏิเสธการรักษา นั้นควรจะต้องเป็นมติเอกฉันท์ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการที่ไม่สามารถย้อนกลับหรือแก้ไขได้ คนตายไปแล้วย่อมไม่ฟื้นคืนอีก การลงมติในเรื่องดังกล่าวจึงควรมีความหนักแน่นกว่าในกรณีทั่วไป

4.2.2 การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ active euthanasia

การทำ active euthanasia ในประเทศเนเธอร์แลนด์นั้น ศาลสูงของประเทศเนเธอร์แลนด์ได้เคยตัดสินให้ผู้กระทำผิดโดยอาศัยเหตุผลในเรื่อง “ความจำเป็น”¹¹⁸ ความจำเป็นในที่นี้ ต่างจากความจำเป็นตามมาตรา 67 แห่งประมวลกฎหมายอาญาของไทย แต่มันหมายถึง “การเลือกระหว่างคุณค่าสองสิ่งที่ขัดแย้งกัน ซึ่งกฎเกณฑ์ในกรณีทั่วไปอาจถูกยกเว้นเพื่อหลีกเลี่ยงจากความชั่วร้ายที่ร้ายแรงกว่า” อย่างไรก็ดี ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทยมิได้ยอมรับในแนวความคิดดังกล่าว โดยมีเหตุผลคัดค้านมากมาย และหากพิจารณาจากแนวความคิดเรื่องความจำเป็นของเนเธอร์แลนด์ ก็อาจกล่าวได้ว่าตามความคิดของคนทั่วไปในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทยยังคงมองว่าการยุติความทรมานของผู้ป่วยด้วยความตายนั้นเป็นเรื่องที่เลวร้ายกว่านั่นเอง และเนื่องจากการกระทำดังกล่าวไม่ได้ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า แนวความคิดในประเทศไทยโดยทั่วไปแล้วยังไม่ยอมรับว่าการทำผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นการทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบจึงไม่อยู่ในขอบเขตความหมายของการรักษา แต่เป็นการฆ่าและมีความผิดตามกฎหมายอาญา

นอกจากนั้น สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งที่ต้องพิจารณาให้รอบคอบ คือ ปัญหาในเรื่อง slippery slope ซึ่งอาจแบ่งได้เป็นสองประการ

ประการแรก คือ ปัญหาในด้านแนวความคิด โดยมีผู้เห็นว่า การยอมรับการทำ euthanasia ประเภทหนึ่งอาจส่งผลให้เกิดการยอมรับการทำ euthanasia ประเภทอื่นๆ ที่ไม่พึงประสงค์ตามไปด้วย โดยยกตัวอย่างจากกรณีของประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งแนวความคิดในการทำ euthanasia ได้พัฒนาจากการทำให้เฉพาะแก่ผู้ที่อยู่ในอาการป่วยระยะสุดท้ายไปสู่ผู้ป่วยเรื้อรัง และ

¹¹⁸ Judith A. C. Rietjens, Paul J. van der Maas, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Johannes J. M. van Delden and Agnes van der Heide. (2009). Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?. Retrieve August 1, 2011, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>

เริ่มมีแนวความคิดที่จะทำให้แก่ผู้ที่มีความเครียดซึ่งไม่มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย และทารกที่พิการแต่แรกเกิด อีกด้วย¹¹⁹

เหตุผลดังกล่าวถูกโต้แย้งว่าไม่มีความสมเหตุสมผลเพราะการยอมรับ euthanasia ประเภทหนึ่ง กับ euthanasia ประเภทอื่นที่ไม่ได้รับการยอมรับ เป็นเหมือนสีขาและสีดำ ซึ่งการยอมรับ euthanasia ประเภทที่ถูกพิจารณาว่าเป็นสีขาว ย่อมไม่เกี่ยวข้องกับ euthanasia ประเภทอื่นที่ถูกพิจารณาว่าเป็นสีดำและจะไม่ทำให้สีดำกลายเป็นสีขาวไปได้

ในเรื่องดังกล่าวนี้ ผู้เขียนไม่เห็นด้วยกับเหตุผลของฝ่ายที่เห็นว่าการยอมรับ euthanasia ประเภทหนึ่งจะไม่ส่งผลต่อ euthanasia ประเภทอื่น โดยผู้เขียนเห็นว่า มันมีความเชื่อมโยงกันในเรื่องของการให้ความสำคัญกับชีวิต ในที่นี้ผู้เขียนมิได้หมายความว่า การทำ euthanasia เป็นการไม่ให้ความสำคัญกับชีวิตเพราะการกระทำดังกล่าวเป็นการคำนึงถึงคุณค่าของชีวิตในเชิงคุณภาพมากกว่าปริมาณ แต่ก็ต้องยอมรับว่าการทำ euthanasia คือ การยุติชีวิต ซึ่งหากยอมรับให้กระทำได้โดยไม่มีขอบเขตที่เหมาะสม มันย่อมเป็นการลดคุณค่าของชีวิตลงอย่างแน่นอน และเมื่อผู้คนเห็นค่าของชีวิตต่ำลง การทำ euthanasia ย่อมขยายขอบเขตมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งนั่นก็คือเหตุผลที่การทำ euthanasia ในประเทศเนเธอร์แลนด์ได้ขยายขอบเขตจากผู้ที่อยู่ในอาการป่วยระยะสุดท้ายไปสู่ผู้ป่วยเรื้อรัง และเริ่มมีแนวความคิดที่จะขยายขอบเขตมากขึ้นเรื่อยๆ นั่นเอง

ประการที่สอง คือ ปัญหาในด้านการปฏิบัติ เนื่องจากมีผู้เห็นว่าการอนุญาตให้ทำ active voluntary euthanasia โดยชอบด้วยกฎหมายนั้น รัฐจะไม่สามารถควบคุมการกระทำนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้จะได้กำหนดเงื่อนไขต่างๆ ไว้ก็ตาม และมันจะส่งผลให้เกิดการทำ euthanasia โดยมีชอบด้วยกฎหมายมากขึ้น เช่น การทำ euthanasia โดยปราศจากความยินยอมหรือร้องขอของผู้ป่วย หรือที่เรียกว่า involuntary active euthanasia เป็นต้น โดยได้มีการกล่าวอ้างถึงการทำ euthanasia โดยปราศจากความยินยอมหรือร้องขอของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในประเทศเนเธอร์แลนด์ว่ามีไม่ต่ำกว่าปีละ 1,000 ราย¹²⁰ จากปัญหานี้ สิ่งที่ควรนำมาพิจารณา คือ มาตรการในการควบคุมการทำ active euthanasia ของประเทศเนเธอร์แลนด์นั้น มีความรัดกุมเพียงพอหรือไม่

¹¹⁹ Patrick B. Craine. (2009, December 2). Former Dutch Health Minister Admits Error of Legalizing Euthanasia. Retrieved August 1, 2011, from <http://www.lifesitenews.com/news/archive/ldn/2009/dec/09120207>

¹²⁰ The Maranatha Community. (2009, December 2). The slippery slope to Euthanasia. Retrieved August 1, 2011, from <http://www.maranathacommunity.org.uk/pdf/maranatha-dec09-slippery-slope-to-euthanasia.pdf>

มาตรการควบคุมการทำ euthanasia ของเนเธอร์แลนด์ ปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide และพระราชบัญญัติ the Burial and Cremation ซึ่งสรุปได้ดังนี้

- 1) แพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาต้องรับรองว่า ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดทรมานอย่างไม่มีอาทธานทนได้ และต้องมีแพทย์อื่นตรวจสอบและรับรองอีกอย่างน้อย 1 คน รวมทั้งต้องมีพยาน
- 2) เมื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาได้ทำ euthanasia แก่ผู้ป่วยแล้ว จะต้องทำรายงานเกี่ยวกับการกระทำความผิดกล่าวเพื่อให้คณะกรรมการเข้าตรวจสอบ
- 3) แพทย์ผู้ทำ euthanasia ต้องไม่เป็นผู้ออกไปมรณบัตรและต้องให้พยาธิแพทย์อื่นของรัฐเข้าตรวจสอบการตาย และทำความเข้าใจประกอบรายงานของแพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษา

เมื่อพิจารณามาตรการดังกล่าวแล้ว จะเห็นได้ว่ามาตรการควบคุมการทำ euthanasia ของเนเธอร์แลนด์นั้นเคร่งครัดโดยมีการตรวจสอบทั้งจากแพทย์อื่นที่ไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบการรักษาและจากคณะกรรมการของรัฐ อย่างไรก็ตาม แพทย์สามารถหลีกเลี่ยงการตรวจสอบเหล่านั้นได้โดยการไม่จัดทำรายงานและปกปิดการกระทำความผิดกล่าวไม่ให้แพทย์อื่นหรือคณะกรรมการเข้าตรวจสอบ

จะเห็นได้ว่า แม้เนเธอร์แลนด์จะมีมาตรการที่รัดกุมในการควบคุมการทำ euthanasia แต่ก็ไม่สามารถควบคุมการกระทำความผิดกล่าวได้ 100% และเมื่อพิจารณาจาก Rammelink Report แล้วพบว่า ในทุกๆ ปี ประเทศเนเธอร์แลนด์ยังคงมีการทำ active euthanasia โดยไม่ได้รับการร้องขอจากผู้ป่วยเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม การที่สถิติของการกระทำความผิดกล่าวได้ลดลงเรื่อยๆ ก็เป็นสัญญาณที่ดีว่า ประเทศเนเธอร์แลนด์สามารถควบคุมการกระทำความผิดกล่าวได้มากขึ้น ซึ่งก็ไม่ว่าหากเป็นประเทศไทยจะสามารถควบคุมการกระทำความผิดกล่าวนี้ได้เท่ากับประเทศเนเธอร์แลนด์หรือไม่

สำหรับประเด็นเรื่องความสามารถในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนั้น เนื่องจากประเทศไทยมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งส่งผลให้ผู้คนเข้าถึงการรักษาได้มากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม มันยังคงมีปัญหาในเรื่องคุณภาพของการรักษา เนื่องจากการรักษาตามโครงการดังกล่าวยังไม่ได้คุณภาพหากเปรียบเทียบกับ การรักษาโดยเสียค่าใช้จ่ายเต็มที่ นอกจากนั้น ปัญหาเรื่องคุณภาพของการรักษายังเกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท ซึ่งจากประสบการณ์ของประเทศเนเธอร์แลนด์ การรักษาที่ไม่ได้คุณภาพนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยร้องขอให้แพทย์ทำ active euthanasia แก่ตน ซึ่งสิ่งดังกล่าวไม่ใช่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ เพราะแนวความคิดในการทำ active euthanasia นั้น ทำเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หาย มิใช่ทำเพื่อยุติความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ได้คุณภาพ หรือ ทำเพื่อลดรายจ่ายให้แก่ครอบครัว

4.2.3 การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองหรือการทำ physician-assisted suicide

ในประเทศสหรัฐอเมริกา กฎหมายในแต่ละมลรัฐก็มีความแตกต่างกันไป บางมลรัฐก็ได้บัญญัติให้การฆ่าตัวตายถือเป็นความผิด บางมลรัฐแม้ไม่ได้บัญญัติให้การฆ่าตัวตายถือเป็นความผิด แต่ก็ได้บัญญัติความผิดฐานช่วยเหลือผู้อื่นฆ่าตัวตายถือเป็นความผิด และในบางมลรัฐก็ไม่ได้บัญญัติให้การกระทำทั้งสองดังกล่าวถือเป็นความผิด แต่อย่างไรก็ดี ในปัจจุบันมีเพียงมลรัฐ Oregon และ Washington เท่านั้น ที่มีการตราพระราชบัญญัติออกมารองรับการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองหรือการทำ physician-assisted suicide ให้สามารถทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย และได้กำหนดเงื่อนไขในการกระทำความผิดไว้มากมาย

ประเทศเนเธอร์แลนด์ก็ได้ยอมรับให้มีการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองหรือการทำ physician-assisted suicide โดยชอบด้วยกฎหมายเช่นกัน โดยมีเงื่อนไขที่เคร่งครัดเช่นเดียวกับการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ active euthanasia

สำหรับประเทศไทยนั้น ประมวลกฎหมายอาญามีได้บัญญัติให้การฆ่าตัวตายถือเป็นความผิด ซึ่งทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการที่ผู้อื่นตัดสินใจฆ่าตัวตายจึงไม่มีความผิดไปด้วย (เว้นแต่จะเป็นการปฏิบัติอันทารุณเพื่อให้ผู้อื่นฆ่าตนเอง ซึ่งเป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 292 หรือ เป็นการยุให้ผู้อื่นจิตใจอ่อนแอฆ่าตนเอง ซึ่งเป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 293 เท่านั้น)

อย่างไรก็ตาม การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองนั้นอยู่นอกขอบเขตความหมายของคำว่าการรักษา เพราะไม่ได้ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น และการฆ่าตัวตายโดยทั่วไปนั้นเป็นสิ่งที่สังคมไทยไม่ให้การยอมรับแม้จะทำเพื่อยุติความทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หายก็ตาม ดังนั้น แม้การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองจะสามารถทำได้โดยแพทย์ผู้กระทำไม่มีความผิด แต่แพทย์ผู้กระทำก็ย่อมจะต้องประสบกับปฏิกิริยาจากสังคมอย่างรุนแรงเช่นเดียวกับที่เกิดกับ Jack Kevorkian ในประเทศสหรัฐอเมริกา และการกระทำความผิดดังกล่าวยังอาจถือได้ว่าผิดจรรยาบรรณของวิชาชีพแพทย์ และอาจถูกเพิกถอนใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพอีกด้วย