

บทที่ 5

พัฒนาการของสิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาตในประเทศไทย

กรอบความคิดในเรื่องของการกระทำการุณยฆาตในประเทศไทยได้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรมในช่วงปี พ.ศ. 2544 โดยได้มีการจัดทำ “ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น เพื่อเป็นเอกสารตั้งต้นในการระดมความคิดเห็นต่อการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยการศึกษาเอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก อาทิเช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540, พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542, บันทึก “จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” ของ อ.ป๋วย อึ๊งภากรณ์, หนังสือ “สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์” โดย น.พ. ประเวศ วะสี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายงานระบบสุขภาพประชาชาติ : ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ซึ่งได้เสนอโดยคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2543 นั้น ถือได้ว่าเป็นเอกสารหลักที่สำคัญในการยกร่างกรอบความคิดดังกล่าว¹

ก่อนหน้านี้ สิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาตเป็นเพียงประเด็นที่ได้มีการกล่าวถึงกันเฉพาะในบางวงการ เช่น วงการแพทย์และสาธารณสุข วงการธุรกิจประกันชีวิต วงการนักกฎหมาย เป็นต้น โดยในวงการแพทย์และสาธารณสุข จะกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างจริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพและการกระทำการุณยฆาตซึ่งจะต้องคำนึงถึงเรื่องสิทธิการตายเป็นหลักสำคัญ ซึ่งเหตุการณ์ต่างๆ มักจะออกมาในรูปแบบของการสมยอมระหว่างแพทย์กับญาติของผู้ป่วย วงการธุรกิจประกันชีวิตจะกล่าวถึงในกรณีของการต่อรองซึ่งผลประโยชน์ระหว่างผู้รับประกันและผู้เอาประกันจากความตายของผู้ทำประกัน และในวงการนักกฎหมายจะมีการกล่าวถึงในกรณีของความขัดแย้งระหว่างเครือญาติซึ่งอาจจะเป็นเรื่องของจิตใจ ความรู้สึก หรือผลประโยชน์โดยเฉพาะในกรณีพิพาทเรื่องของมรดก การกล่าวถึงสิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาตในวงการเหล่านี้มักจะเป็นการกล่าวถึงในกลุ่มเล็กๆ ที่ไม่ได้เกิดเป็นประเด็นทางสังคม

¹ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา, ตายอย่างมีศักดิ์ศรี (กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546), น. 11.

การกระทำการรุกรานมีความสำคัญเกี่ยวข้องโดยตรงกับวงการแพทย์และสาธารณสุข ตัวอย่างของการกระทำการรุกรานโดยความสมยอมระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษาและญาติของผู้ป่วย ได้แก่

“ผู้เขียนเคยมีประสบการณ์ตรงจากการใกล้ชิดกับผู้ป่วย 2 ราย ที่เสียชีวิตด้วย มะเร็งต่อมลูกหมากและเอดส์ ในกรณีวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ ภรรยาเป็นผู้ขอร้องแพทย์ให้ดึงเครื่องช่วยหายใจออก เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องทรมานอีกต่อไป หลังจากที่เวียนเข้าออกโรงพยาบาลอยู่หลายครั้ง รวมทั้งการดูแลรักษาอย่างดีที่บ้าน โดยมีถึงอีกซิเจนวางไว้ข้างเตียงผู้ป่วยตลอดเวลา เมื่อผู้เขียนมีโอกาสพูดคุยกับภรรยา ได้รับคำตอบว่า ในช่วงที่ผู้ป่วยอาการไม่ทรุดหนัก ผู้ป่วยสนใจดูแลรักษาตนเองดีมาก มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ในระยะหลังที่มีอาการรู้สึกตัวบ้างเป็นบางครั้ง และต้องนอนอยู่โรงพยาบาลจนถึงวันนั้น ภรรยาดูแลใกล้ชิดมาก และลังเลอยู่นานที่จะบอกแพทย์เจ้าของไข้ให้หยุดทำการรักษาด้วยเหตุผลว่า”

“เขาเป็นคนรักตัวเองมาก ไม่อยากตาย ดูแลตนเองดี เลือกรักษาที่ดีที่สุด ที่แพงที่สุด เท่าที่จะได้รับคำแนะนำจากคนรู้จัก เขาคงไม่อยากตายจริงๆ”²

จากตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าการกระทำการรุกรานโดยแพทย์ไม่ได้เป็นปรากฏการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในสังคมไทย แต่เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมานานแล้ว โดยได้มีการซ่อนเร้นการกระทำไว้ในกระบวนการรักษาโดยแพทย์และการบริการทางสาธารณสุข โดยความสมยอมกันระหว่างผู้ป่วยและ/หรือญาติ และแพทย์ผู้ทำการรักษา ส่วนบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ เป็นเพียงผู้กระทำการตามคำสั่งของแพทย์เท่านั้น

²อมรา สุนทรธาดา และ หทัยรัตน์ เสี่ยงดัง. “วาระสุดท้ายแห่งชีวิตและสิทธิการตาย.” <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/content/home/Conferencell/Article/Article14.htm>

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546 เป็นร่างกฎหมายสำคัญที่ทำให้เกิดกระแสความสนใจ เกิดการแสดงความคิดเห็นและการวิพากษ์วิจารณ์ของสังคม ในเรื่องของสิทธิการตายและการกระทำการรณฆาตในวงกว้าง ทำให้เสมือนเป็นการเปิดประเด็นทางสังคมอย่างเป็นทางการ โดยในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการเสนอทางออกของประเด็นปัญหาเรื่องการกระทำการรณฆาตโดยการยกเว้นไว้ในหมวดที่ 2 ส่วนที่ 1 มาตรา 24³ ว่า

“บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงค์ที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพื่อเพียงการยืดการตายในวาระสุดท้ายของตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
การแสดงความจำนงค์ตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง”

ส่วนในมาตรา 10 ได้บัญญัติไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน”

หลังจากที่ได้มีร่างกฎหมายฉบับนี้เกิดขึ้น ประเด็นเรื่องของสิทธิการตายและการกระทำการรณฆาตได้เป็นเรื่องที่ได้ได้รับความสนใจและเกิดการวิพากษ์วิจารณ์กันอย่างกว้างขวางในวงการและสาขาวิชาต่างๆ มากมาย

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าการกระทำการรณฆาตในสังคมไทยเป็นหัวข้อที่สำคัญหัวข้อหนึ่งที่ภาครัฐได้พยายามที่จะปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมตามกรอบกติกาของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 โดยได้อาศัยความร่วมมือจากทั้งภาคการเมืองและภาคประชาชน ซึ่งมีแนวโน้มของกระแสสังคมที่จะโน้มเอียงไปในทางการอนุญาตให้มีการกระทำการรณฆาตได้เมื่อมีเหตุผลอันสมควร โดยผ่านการพิจารณารับรองและคุ้มครองว่าเป็นการกระทำถูกต้องตามกฎหมายโดยอาศัยกลไกของกระบวนการทางนิติบัญญัติเพื่อกฎหมายเฉพาะ

³ เรื่องเดียวกัน.

ด้วยเหตุนี้เอง จึงเกิดเป็นประเด็นให้บุคคลในแวดวงต่างๆ ได้ทำการวิพากษ์วิจารณ์ถึงจุดเด่นและจุดด้อย โดยการแสดงถึงจุดยืนในการสนับสนุนหรือคัดค้านร่างกฎหมายดังกล่าวในช่วงก่อนที่จะมีการผ่านร่างกฎหมายฉบับนี้ออกมาบังคับใช้

ดังนั้น จึงอาจจะสรุปได้ว่า พัฒนาการในเรื่องสิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาตของประเทศไทย เริ่มต้นอย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่มีการเสนอร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาตินั่นเอง

ในบทนี้จะแบ่งพัฒนาการของสิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาตของประเทศไทยเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 ตั้งแต่มีการร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติจนถึงก่อนมีการเสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ช่วงที่ 2 ตั้งแต่มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจนถึงก่อนจะมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และช่วงที่ 3 ตั้งแต่มีการบังคับใช้ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจนถึงปัจจุบัน

ช่วงที่ 1 ตั้งแต่มีการร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติจนถึงก่อนที่จะมีการเสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะอยู่ช่วงประมาณก่อนวันที่ 24 กันยายน 2545 ช่วงนี้ถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของกรอบความคิดในเรื่องของการกระทำการุณยฆาตในประเทศไทยอย่างเป็นทางการ โดยสืบเนื่องจากในปี 2543 รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีให้มีการตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เพื่อจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพให้สำเร็จภายในเวลาไม่เกิน 3 ปี ต่อมาขยายเวลาเป็นไม่เกิน 5 ปี (ไม่เกินเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2548) โดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นฝ่ายเลขานุการ

ในเวลาต่อมา ได้มีกระบวนการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการระดมความร่วมมือจากทุกฝ่ายในทุกจังหวัด ทั้งภาคประชาชน นักวิชาการ หน่วยงานราชการ และภาคการเมือง รวมกว่า 3,000 เครือข่าย มีผู้เข้าร่วมกระบวนการหลายแสนคน จนสามารถยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2545 ขึ้นได้

ก่อนที่จะมีร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2545 ได้มีการจัดทำบันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ นำเสนอวันที่ 16 พฤษภาคม 2545 โดยมีหลักการว่าให้มีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติว่า ในปัจจุบันสุขภาพมีความหมายแคบและระบบสุขภาพมุ่งที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่าย

มากแต่ให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ในขณะที่เดียวกันโรคและปัญหาที่คุกคาม สุขภาพเปลี่ยนแปลงยุ่งยากสลับซับซ้อนมาก ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยระบบ วิธีการและองค์ความรู้เดิมๆ ภาคประชาชนมีส่วนร่วมน้อย ไม่สอดคล้องกับเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 จึงมีการบันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญและอธิบายถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้กล่าวอ้างว่า “นับได้ว่า ร่างฯ นี้เป็นร่างฯ ฉบับประชาชน โดยประชาชน และเพื่อประชาชนอย่างแท้จริง”⁴ คำกล่าวนี้ ได้กล่าวอ้างถึงการนำหลักการของการเมืองภาคพลเมืองมาใช้ในการยกย่องพระราชบัญญัติฉบับนี้ โดยคาดหวังให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่มุ่งส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน ให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมืองและตรวจสอบการใช้อำนาจอธิปไตยเพื่อเปลี่ยนจาก “การเมืองของนักการเมือง” ให้เป็น “การเมืองของพลเมือง” โดยอาศัยลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับประชาชนตามรูปแบบของการปกครองในระบอบประชาธิปไตยโดยตรงหรือประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมของพลเมือง (Participative Democracy) ที่พัฒนามาจากความล้มเหลวของประชาธิปไตยแบบตัวแทน (Representative Democracy) ซึ่งได้ส่งผลกระทบในทางลบต่อการพัฒนาในด้านต่างๆ ทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม มาโดยตลอด พร้อมๆ กับการที่ภาคประชาชนมีความอ่อนแอ ไม่เข้มแข็งพอที่จะให้ประชาธิปไตยเข้มแข็งยั่งยืนได้

การมีส่วนร่วมในทางการเมืองของประชาชนจึงเป็นสิ่งที่ได้รับการบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ในลักษณะที่เป็นการรับรองและคุ้มครองสิทธิทางการเมืองต่างๆ เช่น สิทธิการออกคะแนนเสียงเลือกตั้งตามมาตรา 105, สิทธิในการลงสมัครรับเลือกตั้งตามมาตรา 107 และมาตรา 125, สิทธิในการเข้าชื่อเสนอกฎหมายตามมาตรา 170, สิทธิในการออกเสียงประชามติตามมาตรา 214 เป็นต้น

⁴ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. “สถานการณ์ของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ.” แหล่งที่มา <http://www.hsro.or.th/index.php?show=view&doc=35>. (2548).

สิทธิในการเข้าซื้อเสนอกฎหมายนี้เอง ได้ถูกนำมาใช้ในการเสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยอ้างอิงกฎหมายอย่างน้อย 2 ฉบับ ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 170 และ พระราชบัญญัติว่าด้วยการเข้าซื้อเสนอกฎหมาย พ.ศ. 2542 โดย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 170⁵ ได้บัญญัติไว้ว่า

“ผู้มีสิทธิเลือกตั้งไม่น้อยกว่าห้าหมื่นคน มีสิทธิเข้าซื้อร้องขอต่อประธานรัฐสภา เพื่อให้รัฐสภาพิจารณากฎหมายตามที่กำหนดในหมวด ๓ และหมวด ๕ แห่ง รัฐธรรมนูญนี้
คำร้องขอตามวรรคหนึ่งต้องจัดทำร่างพระราชบัญญัติเสนอมาด้วย
หลักเกณฑ์และวิธีการเข้าซื้อรวมทั้งการตรวจสอบ ให้เป็นไปตามที่กฎหมาย
บัญญัติ”

ส่วนพระราชบัญญัติว่าด้วยการเข้าซื้อเสนอกฎหมาย พ.ศ. 2542 เป็นกฎหมาย ประกอบรัฐธรรมนูญที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการต่างๆ อันเกี่ยวข้องกับการเข้าซื้อเสนอกฎหมายตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 170

นอกจากกฎหมายทั้งสองฉบับข้างต้น ยังมีการนำเอาระเบียบ หลักเกณฑ์ และวิธีการต่างๆ ที่เป็นกลไกทางการเมืองเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเสนอร่างกฎหมายเข้ามาร่วมในการเสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติด้วย

นอกจากกระบวนการต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการเสนอร่างกฎหมายฉบับนี้ของ ภาครัฐ ภาคการเมือง และภาคประชาชนในช่วงแรกนี้ ยังมีการเคลื่อนไหวของกลุ่มต่างๆ ในสังคม อันเกี่ยวข้องกับการประเด็นเรื่องสิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาต ทั้งที่เป็นการแสดงความ คิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และการสำรวจความคิดเห็นของบุคคล ตัวอย่างเช่น

⁵สุรศักดิ์ วาจาสิทธิ์ และคณะ, “รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540,” (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2547), น. 69.

วันที่ 20-22 มิถุนายน พ.ศ. 2545 ได้มีการสำรวจเรื่อง “ทัศนะของบุคคลหลากหลายอาชีพที่มีต่อการรณรงค์รณรงค์” โดยศูนย์ประชาชาติ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยรามคำแหง โดยได้มีผู้ร่วมตอบแบบสำรวจ 1,687 ราย เป็นคนนอกโรงพยาบาล กับอีก 830 ราย เป็นคนในโรงพยาบาล สำรวจด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบสอบถาม ผลสำรวจพบว่า แม่ป่วยหนักยากต่อการรักษา ผู้ป่วยและญาติต่างต้องการความตายตามธรรมชาติ และกลุ่มที่มีความประสงค์เช่นนี้มากที่สุดคือแพทย์ มีถึงร้อยละ 65.4 แพทย์กับผู้ป่วยมีความเห็นร่วมกันในเรื่องตายตามธรรมชาติ ขณะเดียวกันก็เห็นด้วยต่อการมีสิทธิขอตายได้ แต่ผู้ป่วยกับญาติกลับไม่เห็นด้วยถ้าแพทย์และพยาบาลจะปล่อยผู้ป่วยตายตามธรรมชาติ ซึ่งตรงกันข้ามกับกลุ่มพระสงฆ์และแม่ชี ซึ่งเห็นพ้องกันว่าแพทย์กับพยาบาลควรปล่อยให้ผู้ป่วยตายตามธรรมชาติได้ สถิติที่อ้างถึงนี้แม้จะเป็นการสำรวจอย่างที่เราเรียกว่าสุ่มจากผู้ตอบคำถามประมาณสองพันกว่าราย แต่ก็สะท้อนวิธีคิดอันน่าสนใจในประการสำคัญที่ว่าผู้ตอบคำถามมีชีวิตทัศนเรื่องความตายอย่างไรทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ขณะเดียวกันน่าจะมีผลต่อการร่างกฎหมาย พ.ร.บ.สุขภาพด้วย⁶ ซึ่งงานการสำรวจกลุ่มตัวอย่างข้างต้นก็ได้ผลออกมาเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับสภาพของสังคมไทยที่เป็นสังคมพุทธ ที่เชื่อว่าความตายควรเป็นเรื่องตามธรรมชาติ มนุษย์ไม่ควรจะไปแทรกแซงกระบวนการของความตาย ความตายเชิงพุทธปรัชญาถือว่าเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา ให้เผชิญกับความตายอย่างไม่หวั่นไหวและยอมรับสภาพ คือ การเตรียมตัวตายอย่างมีสติ นั่นเอง ภาวะการตายคือ ภาวะของการละสังขาร สิทธิการตายไม่ว่าผู้อื่นจะช่วยเหลือหรือไม่ก็ตาม เป็นการละเมิดวัฒนธรรมว่าด้วยชีวิตตามกฎแห่งธรรมชาติของคนไทย เพราะว่าพุทธศาสนาให้ความสำคัญกับการละสังขาร คือ การตายอย่างสงบ อย่างมีสติ ดังที่ท่านพุทธทาสได้กล่าวไว้ว่า ถ้าเราฝืนความตายในวาระสุดท้ายของชีวิตก็เสมือนว่า เรายอมรับ “ตายดี ตายเป็น” ให้เป็น “ตายลำบาก ตายทรมาน ตายโง่”⁷

ตัวอย่างหนึ่งที่เป็นข่าวจาก นสพ. เดลินิวส์ ฉบับวันที่ 16 ส.ค. 2546 ซึ่งเป็นข่าวเกี่ยวกับการประสูติเหตุทางรถยนต์ของนักร้องหนุ่ม อภิเชษฐ์ กิตติกรเจริญ หรือ บิ๊ก ดีทูบี ทำให้มีสภาพเป็นเจ้าชายนิทรา แฟนคลับบางคนได้แสดงความเห็นว่า⁸

⁶ บังอบายเบิกฟ้า, “ทัศนะต่อการรณรงค์รณรงค์,” ไทยโพสต์ (7 กรกฎาคม 2545) : 10.

⁷ อมรา สุนทราดา และ หทัยรัตน์ เสี่ยงดัง. “วาระสุดท้ายแห่งชีวิตและสิทธิการตาย.”

⁸ เดลินิวส์, “บิ๊ก กระเจกสะทอนชีวิต สิทธิการตาย เลิกได้ ไม่ได้อยู่ที่เงิน” เดลินิวส์ (16 ส.ค. 2546) : 2.

“...ไม่อยากให้พี่บ๊ิก ทุกข์ทรมานอีก...เป็นความรู้สึกเล็กๆ ที่ขัดแย้งกับความห่วงใย ในตัว “บ๊ิก D2B-อภิเชษฐ กิตติกรเจริญ” ของสาวน้อยแฟนคลับบ๊ิกบางคน ซึ่งเธอล้ำก๊ากลิ้นผืนพุดทั้งน้ำตา ...ณ วันที่แพทย์แถลงเป็นนัยว่า “สิ้นหวัง” จากวันนั้นมาอีกหลายวัน “บ๊ิก” ก็ยังคงอยู่ในโลกนี้... “เครื่องช่วยหายใจ” ยังมิได้ถูกถอดออก “ยังไม่วางใจที่จะถอด (เครื่องช่วยหายใจ) ออก ถ้าจะถอดออกก็ต่อเมื่อก้านสมองตาย และตรวจสอบจนแน่ชัดว่า ไม่มีคลื่นสมอง ...”...แพทย์ที่รักษากล่าวเมื่อวันที่ 14 ส.ค.ที่ผ่านมา และยังคงบอกอีกว่า... ถ้าจะ “หยุดการรักษา” ก็จะต้องปรึกษากับคุณพ่อ-คุณแม่ของบ๊ิกก่อน !!!!!⁹

...การป่วยหนักจน “โคมาสุดขีด” ของ “บ๊ิก” ในด้านหนึ่งยังมาซึ่งความโศกเศร้าของคนในครอบครัว...และแฟนคลับที่รักเขา ...แน่นอนไม่มีใครอยากให้เขาจากโลกนี้ไป...อยากให้เกิดปาฏิหาริย์ แต่ในอีกด้านหนึ่ง...กรณีของ “บ๊ิก D2B” อาจทำให้หลายคนคิดข้ามไปถึงเรื่องบางเรื่อง...ซึ่งว่ากันตามจริงก็เป็น “คนละเรื่องเดียวกัน” แต่กระนั้นกรณีของบ๊ิกก็อาจมีส่วนทำให้หลายคนหวนคิดถึงเรื่อง “สิทธิในการเลือกที่จะตาย” ของคนไข้ กรณีมี “โอกาสรอดริบหรี่” และต้องทนทุกข์ทรมาน¹⁰

จากคอลัมน์นี้แสดงให้เห็นว่า แนวคิดเรื่องสิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาตไม่ได้จำกัดอยู่ในวงวิชาการ ผู้ประกอบวิชาชีพ หรือกลุ่มประชาชนทั่วไปเท่านั้น แม้แต่กลุ่มของกลุ่มวัยรุ่นในปัจจุบันที่มีลักษณะของความเป็นตัวตนมากขึ้น ก็มีการแสดงความเห็นในเรื่องนี้เช่นกัน สิทธิในการตายและการกระทำการุณยฆาตจึงเป็นประเด็นคำถามที่ได้รับความสนใจจากบุคคลทุกกลุ่มในสังคม

⁹ เรื่องเดียวกัน.

¹⁰ เรื่องเดียวกัน.

ช่วงที่ 2 ตั้งแต่มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจนถึงก่อนจะมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะอยู่ในช่วงตั้งแต่มีการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจนถึงการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในราชกิจจานุเบกษา กล่าวคือ ช่วงตั้งแต่วันที่ 24 กันยายน 2545 ถึงวันที่ 19 มีนาคม 2550 ซึ่งช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุด ที่แสดงถึงขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

หลังจากมีการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2545 แล้ว ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการผลักดันร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้คือ การขับเคลื่อนของภาคประชาชนเพื่อผลักดันร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยเริ่มต้นขึ้นในช่วงเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 เมื่อมีการรณรงค์ร่วมพลังสร้างสุขภาพตามรอยพระยุคลบาท โอกาสนี้เองได้มีประชาชนชาวไทยร่วมลงชื่อแสดงเจตนารมณ์สนับสนุนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติถึง 4.7 ล้านคน รายชื่อทั้งหมดได้มอบให้กับประธานรัฐสภา (ในขณะนั้นคือ นายอุทัย พิมพ์ใจชน) ที่บริเวณท้องสนามหลวง เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ต่อมาในวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2545 พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้ประกาศคำสัญญาต่อผู้เข้าประชุมในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2546 ว่า รัฐบาลจะรับเป็นเจ้าภาพในการเสนอกฎหมายฉบับนี้แทนภาคประชาชน

ต่อมาในการประชุมคณะรัฐมนตรี วันที่ 3 มิถุนายน 2546 พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ในขณะนั้น เป็นประธานในการประชุมคณะรัฐมนตรี การประชุมเรื่องที่ 45 ว่าด้วยเรื่อง ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. โดยคณะรัฐมนตรีอนุมัติหลักการร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ตามที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเสนอ และให้ส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณา โดยให้รับข้อสังเกตของคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ 6 (ฝ่ายสังคม) ไปพิจารณาดำเนินการด้วย

ส่วนทางสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติได้แจ้งกับคณะรัฐมนตรีว่า ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เพื่ออำนวยความสะดวกกระบวนการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีวาระการดำเนินงานจนถึงเมื่อพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวมีผลใช้บังคับแต่ไม่เกินสามปี และ คปรส. ได้ประชุมครั้งแรกเมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2543 โดยได้จัดกระบวนการต่าง ๆ ในเวลา 2 ปี 5 เดือนที่ผ่านมาเพื่อดำเนินการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ทั้งนี้ ได้มุ่งหวังให้พระราชบัญญัติฉบับนี้ทำหน้าที่เป็นธรรมนูญสุขภาพของคน

ไทย เพื่อกำหนดกรอบ ทิศทางหลักการ กติกา กลไก มาตรการ และแนวทางสำคัญต่างๆ ของระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับสร้างสุขภาพของทุกฝ่ายในสังคมเรียบร้อยแล้ว ขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณานำเสนอคณะรัฐมนตรีเห็นชอบในหลักการและเข้าสู่กระบวนการนิติบัญญัติต่อไป และคาดว่าจะร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวจะผ่านออกมาเป็นกฎหมายที่สมบูรณ์ไม่ทันกำหนดเวลา 3 ปี ในเดือนสิงหาคม 2546 คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติจึงมีมติเห็นชอบในหลักการให้ขออนุมัติต่อคณะรัฐมนตรีขยายเวลาทำงานออกไปอีก 1 ปี ซึ่งไม่เกินเดือนสิงหาคม 2547 โดยให้แก้ไขระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 เพื่อรองรับการทำงานนี้

โดยร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. มีสาระสำคัญ ดังนี้

1. ให้ยกเลิกความใน (3) ของข้อ 8 แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ที่กำหนดให้ดำเนินการยกร่างกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายให้กฎหมายดังกล่าวมีผลใช้บังคับภายในระยะเวลาสามปี นับแต่วันที่คณะกรรมการประชุมนัดแรก และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(3) ดำเนินการยกร่างกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายในกฎหมายดังกล่าวมีผลใช้บังคับภายในระยะเวลาสี่ปี นับแต่วันที่คณะกรรมการประชุมนัดแรก”

2. ให้ยกเลิกความในข้อ 13 แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ที่กำหนดให้คณะกรรมการและสำนักงาน ยุบเลิกไปเมื่อกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติมีผลใช้บังคับ แต่ต้องไม่เกินสามปีนับแต่วันที่คณะกรรมการประชุมนัดแรก และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ 13 ให้คณะกรรมการและสำนักงานยุบเลิกไปเมื่อกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติมีผลใช้บังคับ แต่ต้องไม่เกินสี่ปีนับแต่วันที่คณะกรรมการประชุมครั้งแรก”¹¹

หลังจากนั้นเป็นต้นมา ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติถูกนำเสนอสู่รัฐบาลและรอการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี นับเป็นเวลาถึง 15 เดือนโดยมีทราบสาเหตุแน่ชัด โดยหลายฝ่ายมีความเห็นว่า รัฐบาลอาจคิดว่าเป็นการซ้ำซ้อนกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาทรักษาทุกโรค) ที่เป็นแนวนโยบายหลักของรัฐบาล

นโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” ของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนโยบายประชานิยมหลักนโยบายหนึ่ง ที่ทำให้ประเด็นเรื่องสิทธิการตายการกระทำการุณยฆาตในช่วงเวลานั้นได้รับความสนใจลดน้อยลง เนื่องจากว่านโยบายนี้เป็นหลักประกันที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแม้ว่าจะต้องรักษามากเพียงใดก็ตาม ซึ่งสวนกระแสความเป็นจริงของหลักการทางเศรษฐศาสตร์ที่ว่า “ไม่มีอะไรในโลกนี้ได้มาฟรีๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ฟรีด้วยแล้วยังดีอีกด้วย”

แท้ที่จริงร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติไม่เป็นการซ้ำซ้อนกัน แต่จะเกื้อหนุนส่งเสริมกันของกฎหมายทั้งสองฉบับ โดยร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ ครอบคลุมระบบสุขภาพ สุขภาวะในทุกมิติกว้างกว่าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพซึ่งมุ่งที่ปฏิรูปแต่เฉพาะในส่วนของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นสำคัญ ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจะเป็นส่วนหลักการกว้างๆ ที่เป็นบทหลัก ส่วนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นหลักการเฉพาะเรื่องซึ่งส่วนตัวร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจะเป็นกฎหมายที่ช่วยให้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปได้อย่างเข้มข้นและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพอย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น

¹¹รัฐบาลไทย. “สรุปผลการประชุมคณะรัฐมนตรี 12 กรกฎาคม 2548.” <http://www.thaigov.go.th/pageconfig/search/searchContent.asp> (2548).

ด้วยเหตุนี้ประชาคมสุขภาพพื้นที่พร้อมตัวแทนเครือข่ายต่างๆ กว่า 50 เครือข่าย เห็นสมควรใช้สิทธิพลเมืองตามรัฐธรรมนูญมาตรา 170 เชิญชวนประชาชนร่วมลงชื่อและรวบรวมรายชื่อประชาชน 150,000 รายชื่อ เสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับประชาชนต่อ นายอุทัย พิมพ์ใจชน ประธานรัฐสภา เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2547 ในนาม “ปฏิบัติการพลเมืองดี ครั้งที่ 1” ต่อมา ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับรัฐบาล จึงได้ผ่านการพิจารณาของ คณะกรรมการกฤษฎีกาและได้เสนอให้คณะรัฐมนตรีอนุมัติเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2547

ส่วนร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับประชาชน ได้ผ่านการตรวจสอบรายชื่อ จากรัฐสภา และการตรวจสอบสิทธิในการเสนอชื่อโดยคณะกรรมการการเลือกตั้ง (กกต.) เพื่อ รวบรวมรายชื่อประชาชนผู้มีสิทธิเสนอกฎหมายให้ได้เกิน 5 หมื่นคน พร้อมทั้งได้ปิดประกาศ รายชื่อผู้ร่วมเข้าชื่อเสนอกฎหมายให้ทราบกันทั่วประเทศแล้ว ขณะนี้ได้ถูกบรรจุเข้าสู่กระบวนการ นิติบัญญัติและรอจัดเข้าสู่วาระการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งคาดว่าจะต้องรอสภา ผู้แทนราษฎรชุดใหม่หลังการเลือกตั้ง ขณะเดียวกันก็ยังมีร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติอีก ฉบับหนึ่งที่เป็นของพรรคประชาธิปัตย์ ซึ่งกำลังรอการเสนอนำและเข้าสู่วาระของสภาอยู่เช่นกัน

จะเห็นได้ว่า ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการจัดทำและเสนอเข้าสู่วาระ การพิจารณาของสภานั้นมีทั้งหมด 3 ฉบับ คือ ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับรัฐบาล ฉบับประชาชน และฉบับพรรคประชาธิปัตย์

เมื่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับรัฐบาล ได้นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีใน ขณะนั้นให้ดำเนินการพิจารณาแล้ว เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2547 คณะรัฐมนตรีอนุมัติตามมติของ คณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ 7 (ฝ่ายกฎหมาย) ในหลักการของร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเสนอมาและให้นำเอา ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติไปให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณาต่อไป

ต่อมาสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้มีหนังสือ ด่วนที่สุด ที่ นร 0503/11888 ลงวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2547 ถึงสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ความว่า “คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อ วันที่ 10 สิงหาคม 2547 อนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.... ที่สำนักงาน

ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเสนอ และให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณา โดยให้รับความเห็นของคณะรัฐมนตรีไปพิจารณาด้วย”¹² โดยองค์การตามร่างให้เหตุผลว่าพระราชบัญญัติฉบับนี้มีความเป็นอิสระในการดำเนินงานค่อนข้างมาก จึงควรกำหนดมาตรการตรวจสอบการดำเนินงานโดยยึดหลักธรรมาภิบาล เพื่อให้การบริหารงานเป็นไปด้วยความโปร่งใสสามารถตรวจสอบได้ และให้พิจารณาบทบัญญัติที่เชื่อมโยงในเรื่องอื่นนอกเหนือจากเรื่องสุขภาพว่ามีความจำเป็นและความเหมาะสมหรือไม่ เพียงใด

ในการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้เสนอให้คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะพิเศษ) ตรวจพิจารณา โดยมีผู้แทนสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้แทนสภาวิชาชีพ (แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาการพยาบาล และสภาเภสัชกรรม) เป็นผู้ชี้แจงรายละเอียด ผลการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะพิเศษ) ได้พิจารณาให้มีการแก้ไข ตัดทอน และเพิ่มเติมในเรื่องต่างๆ 30 ข้อ ซึ่งได้ระบุอยู่ในเอกสารเรื่องเสร็จที่ 442/2548 บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาประกอบร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เดือนกรกฎาคม 2548 โดยสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาจึงเห็นสมควรให้มีการจัดทำบันทึกประกอบร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติด้วย¹³

ในช่วงเวลาเดียวกันนี้ สำนักวิจัยเอแบคโพล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ร่วมกับนักวิชาการและคณะทำงานเพื่อจัดตั้ง “ชมรมชีวันตารักษ์แห่งประเทศไทย” ได้ทำการเปิดเผยผลสำรวจภาคสนาม เรื่อง การเตรียมความพร้อมของประชาชนก่อนเข้าสู่ภาวะความตาย โดยสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพฯ 1,661 ตัวอย่าง สรุปผลว่า ถ้ากำหนดได้ยากมีอายุที่ปี ร้อยละ 71.9 ระบุว่าไม่เกิน 80 ปี ผลสำรวจระบุถึงนิยามความตาย ร้อยละ 72.1 บอกว่าเป็นเรื่องปกติ ร้อยละ 7.3 บอกว่าน่ากลัว ร้อยละ 5.5 ระบุเป็นการหมดอายุขัย ร้อยละ 4.3 ถือเป็นการพลัดพรากอย่างถาวร และร้อยละ 4 บอกว่าต้องเตรียมพร้อม และในหัวข้อหากเหลือเวลา 3 เดือนจะต้องตายจะทำอะไร ร้อยละ 72.7 อยู่กับครอบครัว ร้อยละ 43.2 เข้าวัด ร้อยละ 3.2 หาประสบการณ์ทางเพศ และ

¹²การรับฟังความเห็นร่างกฎหมายใหม่ กฎหมายที่บังคับใช้ในปัจจุบัน และอื่นๆ. “ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.” <http://www.lawamendment.go.th/ow.asp?ID=7920> (2548).

¹³เรื่องเดียวกัน.

ร้อยละ 0.4 จะฆ่าตัวตาย ส่วนเรื่องการเตรียมความพร้อม 3 เดือนสุดท้ายก่อนตาย ร้อยละ 68.9 ทำให้สงบ ร้อยละ 24.3 ศีรษะธรรมะ ร้อยละ 23.7 ใช้ชีวิตด้วยความไม่ประมาท ส่วนร้อยละ 0.9 ไม่คิดจะเตรียมพร้อม อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ในส่วนของความคิดเห็นต่อการตั้งศูนย์ช่วยเหลือและให้คำปรึกษาสำหรับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ภาวะความตายนั้น ร้อยละ 41.1 เห็นสมควรให้มีการจัดตั้ง โดยให้เหตุผลว่าจะได้มีที่ปรึกษาทำให้ไม่กลัวตายจนเกินไป ส่วนร้อยละ 13.4 ระบุว่าไม่สมควรจัดตั้ง เหตุผลเนื่องจากจะทำให้คิดถึงแต่เรื่องความตาย และไม่จำเป็นเพราะมีทั้งวัด โบสถ์ และมัสยิดเป็นที่พึ่งอยู่แล้ว¹⁴ ผลการสำรวจนี้เป็นตัวอย่างหนึ่งที่สะท้อนผลตอบรับของสังคมที่มีต่อประเด็นเรื่องของสิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาตภายหลังจากคณะรัฐมนตรีอนุมัติหลักการของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

วันอังคารที่ 7 พฤศจิกายน 2549 เวลา 8.30 น. ณ ห้องประชุม ชั้น 2 ตึกสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรีหลังใหม่ ทำเนียบรัฐบาล พลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรีเป็นประธานการประชุมคณะรัฐมนตรี การประชุมในหัวข้อกฎหมายเรื่องที่ 1 เป็นเรื่องของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะรัฐมนตรีเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอมา โดยให้ตัดบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญที่ให้อำนาจในการตรากฎหมายจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลออกทั้งวรรค และให้นำเสนอสมานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณาต่อไป โดยร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

“กำหนดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ให้ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลเป็นความลับส่วนบุคคล การนำไปเปิดเผยเพื่อทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่จะเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้น หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย และกำหนดให้เป็นหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐต้องเปิดเผยข้อมูลที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบโดยเร็ว”

¹⁴เดลินิวส์, “จ่อคิดคลอด กม. ให้คนไข้มีสิทธิเลือกตายโดยสงบ,” เดลินิวส์ (12 กันยายน 2548) : 2.

“ให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า “คสช.” ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการ กำหนดองค์ประกอบของ คสช. ให้มีจำนวน 37 คน โดยคำนึงถึงสัดส่วนให้สมดุลระหว่างฝ่ายการเมืองหรือข้าราชการ ฝ่ายวิชาการหรือวิชาชีพ และฝ่ายประชาชน กำหนดคุณสมบัติของกรรมการ การเลือกกรรมการ อำนาจหน้าที่ วาระการดำรงตำแหน่ง และให้มีคณะกรรมการสรรหา ซึ่ง คสช. แต่งตั้งตามกฎหมายเพื่อปฏิบัติหน้าที่ กำหนดหลักเกณฑ์ การสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่าง ๆ”

“ให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยให้มีฐานะเป็นนิติบุคคล เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบงานธุรการของ คสช. และคณะกรรมการบริหารรายได้ของสำนักงานเป็นเงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้ตามความเหมาะสมเป็นรายปี และรายได้อื่นตามที่กำหนด”

“ให้มีเลขาธิการรับผิดชอบการบริหารงานของสำนักงานขึ้นตรงต่อ คสช. มีหน้าที่ควบคุมดูแลงานของสำนักงาน กำหนดอำนาจหน้าที่เลขาธิการ วาระการดำรงตำแหน่ง”

“ให้ คสช. แต่งตั้งกรรมการบริหาร เพื่อให้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายและกำกับดูแลการดำเนินงานของสำนักงาน”

“กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือสนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และกำหนดให้มีการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพ โดยให้ คสช. จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง”

“ให้มีธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ โดย คสช. เป็นผู้จัดทำเพื่อให้ใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ”

“กำหนดบทเฉพาะกาลตามพระราชบัญญัตินี้ โดยให้โอนบรรดากิจการทรัพย์สิน สิทธิ หนี้สิน และเงินงบประมาณของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในส่วนของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติไปเป็นของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ”¹⁵

การประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 15/2549 วันพฤหัสบดีที่ 27 ธันวาคม 2549 ได้เริ่มประชุมเวลา 13.30 น. มีนายมีชัย ฤชุพันธุ์ ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติเป็นประธานการประชุม การประชุมเรื่องด่วนเรื่องที่ 2 ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ซึ่งคณะกรรมการการวิสามัญพิจารณาเสร็จแล้ว ที่ประชุมได้พิจารณาในวาระที่ 2 เริ่มต้นด้วยชื่อ ร่างคำปรารภ แล้วพิจารณาเรียงลำดับมาตราจนถึงมาตรา 10 ประธานในที่ประชุมได้สั่งให้มีการเลื่อนการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ไปประชุมในการประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติครั้งที่ 16/2549 วันพฤหัสบดีที่ 28 ธันวาคม 2549¹⁶

การประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 16/2549 วันพฤหัสบดีที่ 28 ธันวาคม 2549 เริ่มประชุมเวลา 13.30 น. มีนายมีชัย ฤชุพันธุ์ ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เป็นประธานการประชุม การประชุมเรื่องด่วนเรื่องแรก ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ซึ่งคณะกรรมการการวิสามัญพิจารณาเสร็จแล้ว โดยได้เป็นการพิจารณาต่อจากการประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 15/2549 วันพฤหัสบดีที่ 27 ธันวาคม 2549 ที่ประชุมได้พิจารณาตั้งแต่มาตรา 10 แล้วพิจารณาเรียงตามมาตราจนถึงมาตรา 47 คณะกรรมการการวิสามัญได้ร้องขอให้มีการพักการประชุมไว้ประมาณ 30 นาที เพื่อพิจารณาทบทวนบทบัญญัติบางประการของ

¹⁵ สำนักนโยบายและแผนพลังงาน. “สรุปผลการประชุมคณะรัฐมนตรี 7 พฤศจิกายน 2549.” <http://www.eppo.go.th/admin/cab/cab-2549-11-07.html> (2550).

¹⁶ รัฐสภาไทย. “บันทึกการประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 15/2549.” http://library2.parliament.go.th/giventake/content_nla/m122749.pdf (2550).

ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ ซึ่งที่ประชุมไม่ขัดข้อง ประธานของที่ประชุมจึงสั่งให้พักการประชุมไว้ประมาณ 30 นาที หลังจากพักการประชุมเรียบร้อยแล้ว คณะกรรมาธิการวิสามัญได้รายงานผลการพิจารณาทบทวนบทบัญญัติบางประการของร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ และขอให้นำร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวกลับไปทบทวนอีกครั้งหนึ่ง เพื่อนำมาเสนอให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณาในการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติครั้งต่อไป ที่ประชุมจึงมีมติอนุญาต¹⁷

หลังจากการพิจารณา พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติวาระที่ 2 และวาระที่ 3 ของสภานิติบัญญัติแห่งชาติผ่านไปแล้ว ปรากฏว่าได้มีการออกมาเคลื่อนไหวของกลุ่มสมาคมหมออนามัย เพื่อสนับสนุนร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้ผ่านการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วย นายนิรุจน์ อุทธา, นายณรงค์ ตั้งศิริชัย, นายวิเชียร จิตพิศาล, นายสมชาย เพชรจินดา และนายสุรศักดิ์ บุญเทียน กรรมการสมาคมหมออนามัย โดยได้เปิดแถลงข่าวว่า “หมออนามัยจากทั่วประเทศ 99 คน จะบวชให้กับทุกคนที่ร่วมกันสนับสนุน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาโดยตลอด ทั้งภาคีสุขภาพกว่า 3,000 เครือข่าย ผู้คนที่เข้าร่วมกระบวนการร่างกฎหมายฉบับนี้กว่า 300,000 คน คนที่ร่วมลงชื่อสนับสนุนการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในกิจกรรมรณรงค์รวมพลังสร้างสุขภาพตามรอยพระยุคลบาท 4.7 ล้านคน ประชาชนที่ลงชื่อเพื่อเสนอกฎหมายนี้โดยใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญปี 2540 กว่า 150,000 คน รวมไปถึงนักวิชาการ นักวิชาชีพ และฝ่ายการเมืองทุกคนที่ร่วมกันสนับสนุนและผลักดันให้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติผ่านออกมาเป็นกฎหมายให้สำเร็จ โดยจะบวชทันทีหลังจากที่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติประกาศใช้แล้ว ที่วัดชลประทานรังสฤษฎ์” โดยทางสมาคมหมออนามัยได้ให้เหตุผลในการสนับสนุนร่างกฎหมายฉบับนี้ว่า ประชาชนชาวไทยจะได้มีกฎหมายสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการสร้างสุขภาพของสังคม สร้างสันติสุข และความสามัคคีของคนในชาติให้เกิดขึ้นได้¹⁸

¹⁷รัฐสภาไทย. “บันทึกการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 16/2549.” http://library2.parliament.go.th/giventake/content_nla/m122849.pdf (2550).

¹⁸สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. “ข่าวหมออนามัยนับบวช 99 คน หาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติประกาศใช้เป็นกฎหมายสำเร็จ.” <http://www.hsro.or.th/order.php?command=print&doc=685>

การประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2550 วันพฤหัสบดีที่ 4 มกราคม 2550 เริ่มประชุมเวลา 9.30 น. มีนายมีชัย ฤชุพันธุ์ ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติเป็นประธานการประชุม การประชุมหัวข้อที่ 3 เรื่องด่วน เรื่องที่ 1 ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. โดยเป็นการพิจารณาต่อจากครั้งการประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 16/2549 ในวันพฤหัสบดีที่ 24 ธันวาคม 2549 ซึ่งประธานการประชุมได้หารือต่อที่ประชุมเพื่อขอมติจากที่ประชุมยกเว้นข้อบังคับการประชุมเพื่อให้คณะกรรมการสามารถนำร่างพระราชบัญญัติที่ได้ปรับปรุงแก้ไขใหม่ นำเสนอต่อที่ประชุมเพื่อพิจารณาอีกครั้งหนึ่งในมาตราที่ได้พิจารณาผ่านไปแล้วได้ ที่ประชุมมีมติเห็นชอบกับร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จากนั้นเลขานุการคณะกรรมการได้นำเสนอร่างพระราชบัญญัติในส่วนที่ได้มีการ แก้ไขเพิ่มเติมเริ่มตั้งแต่ คำปรารภ มาตรา 6 มาตรา 23 มาตรา 25 (2) มาตรา 44 มาตรา 45 มาตรา 46 มาตรา 47 และที่ประชุมเห็นชอบให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติอยู่ในกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี เนื่องจากต้องทำงานเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานนอกจากกระทรวงสาธารณสุขตามที่เลขานุการคณะกรรมการเสนอ รวมทั้งเห็นชอบกับสมาชิกที่เสนอให้การกระทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยที่บัญญัติไว้ในมาตรา 10 ไม่ถือเป็นหน้าที่ที่แพทย์ต้องกระทำ ต่อจากนั้นที่ประชุมได้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ต่อตามลำดับจนจบ และที่ประชุมได้ลงมติเห็นชอบในวาระที่ 3 ด้วยคะแนนเสียงเห็นด้วย 154 เสียง เห็นชอบกับร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เพื่อประกาศใช้เป็นกฎหมายต่อไป¹⁹

หลังจากที่สมาชิกสมานิติบัญญัติแห่งชาติส่วนใหญ่ได้ลงมติเห็นชอบกับร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติแล้ว ได้มีการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกสมานิติบัญญัติแห่งชาติทั้งกลุ่มที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย โดยได้มีการแถลงแสดงความคิดเห็นเฉพาะบุคคลที่แตกต่างกันไป

¹⁹รัฐสภาไทย. “บันทึกการประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2550.” http://library.parliament.go.th/giventake/content_nla/m010450.pdf. (2550).

โดยบุคคลที่มีความเห็นคัดค้านการผ่านร่างกฎหมายฉบับดังกล่าว ได้แสดงความคิดเห็นโดยการนำของนายสมเกียรติ อ่อนวิมล สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ซึ่งได้มีการแถลงข่าวคัดค้านกรณีที่สภานิติบัญญัติแห่งชาติมีมติเห็นชอบ ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในวาระ 3 โดยเฉพาะมาตรา 10 ที่ให้สิทธิการตายของผู้ป่วย โดยกำหนดในกฎกระทรวงว่าไม่สามารถแปรญัตติหรืออภิปรายในที่ประชุมได้ เพราะมีการพลิกแพลงไม่ให้อภิปรายในมาตราย้อนหลัง ซึ่งในมาตรา 10 ที่กำหนดว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง
 ทั้งนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง และเมื่อได้ปฏิบัติตามเจตนาดังกล่าวแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”²⁰

นายสมเกียรติ อ่อนวิมล ได้แสดงความเห็นว่า “สิทธิการตายถือเป็นเรื่องใหญ่ แต่กลับกำหนดสิทธิการตายผ่านกฎกระทรวงที่จะไปออกทีหลัง โดยกำหนดว่าผู้ป่วยต้องทำหนังสือเพื่อขอให้ผู้ป่วยตาย โดยหยุดรับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ได้ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยที่อาการไคม่าย่อมไม่มีสติที่จะทำหนังสือใช้สิทธิการตายเพื่อระงับการรักษา” และ นายสมเกียรติยังกล่าวอีกว่า มาตรา 10 ที่ต้องการให้ผู้ป่วยอนุญาตให้แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยตายเองได้ตามธรรมชาติ โดยไม่ผิดกฎหมาย อาจถือได้ว่าเป็น “การุณยฆาต” และเป็นการให้ผู้ป่วยให้สิทธิการฆ่าแก่แพทย์ได้ เพราะผู้ป่วยมีสิทธิการตาย แม้จะได้สิทธิการตายและสิทธิการฆ่าก็ตาม ยังต้องตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีสภาพเช่นไรที่คิดว่าจะตายแน่นอน ซึ่งไม่มีวิทยาศาสตร์การแพทย์ใดที่จะให้ความมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะต้องตายแน่นอนหากได้ถอดเครื่องช่วยชีวิต ทั้งนี้ แพทย์ที่มีจรรยาบรรณทั่วโลกจะไม่

²⁰ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. “ท้วง สส. ให้สิทธิการตายผู้ป่วย หวั่นเกิดการุณยฆาต.”

ปล่อยให้คนไข้ตาย แต่แพทย์ของไทยกลับบอกว่าถ้าคนไข้อยากตายก็ให้ตายได้ เรื่องนี้ถือเป็นเรื่องใหญ่และจะเกิดการฟ้องร้องอย่างมาก กรณีที่คนไข้มีอาการโคม่า แต่ไม่ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุข จึงเป็นเรื่องที่ควรอยู่ในกฎหมายไม่ใช่กฎกระทรวง²¹

ขณะเดียวกัน น.พ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวถึงกรณีที่ผู้แสดงความเห็นคัดค้านร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 10 ว่าด้วย “สิทธิในการตาย” ว่าสาระสำคัญในมาตราดังกล่าวเป็นการให้สิทธิผู้ป่วยที่จะไม่รับบริการทางการแพทย์ โดยแพทย์จะไม่มีสิทธิตัดสินใจอย่างหนึ่งอย่างใด แต่ในกรณีผู้ป่วยไม่ได้ทำหนังสือแสดงสิทธิดังกล่าวไว้ จะเป็นหน้าที่ของญาติผู้ป่วยที่จะปรึกษากับแพทย์ ซึ่งหากญาติยอมรับแพทย์ก็จะดำเนินการได้ อย่างไรก็ตาม หลังจากร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว กระทรวงสาธารณสุขจะต้องออกกฎกระทรวงที่ระบุชัดเจนว่าญาติในลำดับใดจะเป็นผู้ตัดสินใจที่สำคัญนี้ได้ โดยได้กล่าวว่า “เป็นสิทธิของปัจเจกบุคคลที่เขาจะรับบริการหรือไม่รับบริการ ต้องให้เขาตัดสินใจเอง กรณีท่านพุทธทาสภิกขุ ได้ปฏิเสธไม่ให้นำท่านมาทำอย่างนั้นอย่างนี้ แต่เมื่อมีผู้ขอร้องท่านก็บอกว่า อาตมาจะรับได้แค่นั้นแค่นี้ เดี่ยวคงถอดออกจากตัวอาตมา ซึ่งปรากฏว่าในที่สุดก็ได้อุปการณืได้แค่คืนเดียว จากนั้นต้องถอดออกแล้วนำท่านกลับมาที่วัด ตรงนี้จะเห็นว่าผู้ป่วยเขาว่าเขาไม่ต้องการอะไรหรือในสิ่งที่ช่วยยืดเวลาไปอีกไม่กี่ชั่วโมง แต่เขาทรมานเพราะหากยืดเวลาออกไปแล้วล้มละลายทั้งครอบครัวเขาก็ไม่เอา ตรงนี้เป็นสิทธิของเขา ไม่ได้เป็นการไป ก้าวก่ายสิทธิของคนอื่น และไม่ใช่การให้อำนาจหมอมาตัดสินใจแทนคนป่วย”²²

จะเห็นได้ว่า ความเห็นขัดแย้งกันทั้งสองความเห็นเป็นการแสดงความคิดเห็นในเรื่องของการกำหนดเรื่องของสิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาตไว้ในกฎหมายและผลกระทบของ มาตรา 10 ที่ทำให้เรื่องสิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาตโดยสมัครใจแบบไม่ลงมือกระทำได้รับการรับรองและคุ้มครองโดยกฎหมาย ซึ่งเป็นความคิดเห็นที่แสดงถึงจุดเด่นจะจุดด้อยของร่างกฎหมายฉบับนี้

²¹ เรื่องเดียวกัน.

²² เรื่องเดียวกัน.

ส่วนบุคคลที่มีความเห็นสนับสนุนการผ่านร่างกฎหมายฉบับดังกล่าว ได้แก่ น.พ. มงคล ฌ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานกรรมาธิการวิสามัญพิจารณา ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้กล่าวภายหลังสภานิติบัญญัติแห่งชาติได้ลงมติเห็นด้วยว่า "วันนี้มีความสุขและปลาบปลื้มใจเป็นอย่างยิ่งที่ สนช. มีมติผ่านร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ออกมาใช้เป็นกฎหมายแล้ว พ.ร.บ.ฉบับนี้ไม่ใช่กฎหมายทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง ไม่ใช่กฎหมายที่เป็นเครื่องมือบริหารประเทศของรัฐบาลเหมือนกฎหมายทั่วไป ไม่ใช่กฎหมายที่ยกกว้าง โดยข้าราชการประจำ ไม่ใช่กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขหรือของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเท่านั้น แต่เป็นกฎหมายของประชาชนคนไทยทุกคนที่ร่วมกันยกย่องขึ้นมา เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของพวกเราทุกคน การที่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติประกาศใช้ออกมาเป็นกฎหมายนั้น ประโยชน์จะไม่เห็นในทันทีทันใด แต่จะส่งต่อระบบสุขภาพของไทยที่มุ่งสู่การสร้างสุขภาพอย่างชัดเจน เปิดโอกาสให้คนไทยทุกระดับสามารถนำกฎหมายนี้ไปเป็นเครื่องมือทำงานเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างกว้างขวาง ไม่ต้องคอยแต่รอรับบริการจากภาครัฐเท่านั้น นอกจากนี้กฎหมายนี้ยังให้สิทธิและหน้าที่กับประชาชนให้สามารถทำงานร่วมกับรัฐในการสร้างและปกป้องคุ้มครองสุขภาพด้วย ทั้งหมดนี้ระบบสุขภาพของคนไทยจะดีขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปและมีความยั่งยืน"²³

อีกบุคคลหนึ่งที่ได้แสดงความความคิดเห็น คือ นางรัตนา สมบูรณ์วิทย์ โฆษก คณะกรรมาธิการพิจารณาร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นผู้หนึ่งที่เข้าร่วมกระบวนการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นมา ได้กล่าวว่า "พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายที่มีเพื่อนคนไทยจำนวนมากได้ริเริ่ม จัดทำ สนับสนุน และผลักดัน มานานกว่าครึ่งทศวรรษ ช่วงก่อนหน้านี้นี้พวกเราเหนื่อยกันมาก เพราะทำอย่างไรกฎหมายนี้ไม่ขยับเขยื้อน แต่พอมาถึงรัฐบาลชุดนี้ให้ความสำคัญ และคงเห็นกฎหมายนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะสร้างสังคมให้อยู่เย็นเป็นสุขได้ตามนโยบายของรัฐบาล จึงเสนอเรื่องและผ่านออกมาอย่างรวดเร็ว เมื่อ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติออกมาแล้วภารกิจของเราไม่จบสิ้นแต่เพียงเท่านี้ เพราะเรามีหน้าที่ต้องทำให้กฎหมายนี้ใช้ได้จริง ไม่ใช่ผลักดันมาแล้วขึ้นหิ้ง แต่เราในฐานะประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพพร้อมกับภาครัฐ และนักวิชาการ นักวิชาชีพในกระบวนการ

²³ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. "ข่าวหมอนามัยนัดบวช 99 คน หาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติประกาศใช้เป็นกฎหมายสำเร็จ." [http://www.hsro.or.th/order.php?command="print&doc=685](http://www.hsro.or.th/order.php?command=).

“สมัชชาสุขภาพ” ที่กฎหมายนี้บัญญัติไว้แล้ว เราได้ทดลองใช้กระบวนการนี้แล้วในจังหวัดต่างๆ เรายืนยันว่าเป็นกระบวนการที่สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนได้อย่างเป็นรูปธรรมที่สุด” และนางรตนา ยังได้กล่าวเพิ่มเติมอีกว่า “ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ นับเป็นผลงานชิ้นสำคัญของรัฐบาล และ สนช. ชุดนี้ ที่ร่วมกันผลักดัน ให้กฎหมายนี้ออกมาโดยพิจารณากันอย่างละเอียดรอบคอบ โดยเฉพาะ สนช.ทุกท่านได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ช่วยกันขัดเกลาจนเป็นกฎหมายที่ดีอีกฉบับหนึ่งของไทย”²⁴

อย่างไรก็ตาม ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้ผ่านการลงมติเห็นชอบจากสภานิติบัญญัติแห่งชาติแล้ว และรอการประกาศใช้เป็นกฎหมายอย่างเป็นทางการต่อไป แต่จากการแสดงความเห็นที่ขัดแย้งกันของทั้งสองฝ่ายในเนื้อหาความบางมาตราของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะในกรณีของสิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาต ซึ่งเป็นประเด็นหลักที่สำคัญประเด็นหนึ่ง ได้แสดงให้เห็นถึงปัญหาที่จะอาจจะเกิดขึ้นและวิธีแก้ไขปัญหาจากมุมมองของฝ่ายนิติบัญญัติที่พิจารณาออกกฎหมายและฝ่ายบริหารที่บังคับใช้กฎหมาย ซึ่งยังไม่สามารถหาบทสรุปอย่างชัดเจนได้จนกว่าจะได้มีเหตุการณ์ ปัญหา หรือกรณีตัวอย่าง หลังจากมีการบังคับใช้กฎหมายแล้ว

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้มีการประกาศใช้อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2550 ตามราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก เรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ป.ร. ได้ทรงลงพระปรมาภิไธยให้ไว้ ณ วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2550 เป็นปีที่ 62 ในรัชกาล โดยทรงมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่าโดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ดังนั้น จึงอาจจะสรุปได้ว่า สิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาตในสังคมไทยได้รับการรับรองและคุ้มครองโดยกฎหมายตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2550 ตามความในมาตรา 2 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งให้ใช้บังคับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

²⁴ เรื่องเดียวกัน.

ช่วงที่ 3 ตั้งแต่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้ คือตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2550 เป็นต้นไป ในช่วงวันที่ 20 มีนาคม 2550 ถึงปัจจุบัน (ปลายปี 2550) เป็นช่วงเริ่มต้นที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ประเด็นที่สำคัญในช่วงแรกนี้คือการแก้ไขกฎหมายเดิมและออกบทบัญญัติของกฎหมายใหม่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อรองรับและเป็นหลักเกณฑ์ในทางปฏิบัติต่อไป

เหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในช่วงที่ 3 นี้คือ การประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2550 โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนที่ 47 ก ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ สิงหาคม 2550 เป็นต้นไป

ตามความในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บทบัญญัติสำคัญในเรื่องของการให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิการตายได้เปลี่ยนจากมาตรา 10 ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติไปเป็นมาตรา 12²⁵ ซึ่งบัญญัติว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง“

²⁵“พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550,” ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124, ตอนที่ 16 ก (19 มีนาคม 2550) : 4.

การดำเนินการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อย่างแรก คือการที่กฎหมายกำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ต้องจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเพื่อใช้เป็นกรอบทิศทางนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไว้ใน หมวดที่ 2 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 25 (1)²⁶ ซึ่งบัญญัติไว้ว่า

“ให้ คสช. มีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ”

และหมวดที่ 5 ธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 46 วรรค 1²⁷ ซึ่งบัญญัติไว้ว่า

“ให้ คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ”

อย่างไรก็ตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้มีบทบัญญัติในมาตรา 47²⁸ ซึ่งบัญญัติว่า

“ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย”

²⁶ เรื่องเดียวกัน, น. 8.

²⁷ เรื่องเดียวกัน, น. 14.

²⁸ เรื่องเดียวกัน, น. 15.

ซึ่งบทบัญญัติในมาตรานี้กำหนดให้การร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพจะต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะหน่วยงานเลขานุการของ คสช. จึงได้เตรียมจัดกระบวนการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากผู้คนทุกฝ่ายในสังคม และมีการทำงานทางวิชาการควบคู่กันไปด้วย คาดว่าจะได้ธรรมนูญว่าด้วย ระบบสุขภาพในปี 2551 ที่จะสอดคล้องและรองรับกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ซึ่งมีการระบุเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไว้ในหลายมาตรามากกว่ารัฐธรรมนูญ ปี 2540 โดยทาง สช. โดย น.พ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนและร่วมเรียนรู้กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ได้กล่าวว่า

“ขณะนี้กำลังเริ่มมีการศึกษาว่า ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติควรมีหน้าตาเป็นอย่างไร ควรประกอบด้วยสาระสำคัญอะไรบ้าง เพราะยังไม่เคยมีการจัดทำกันมาก่อน นี่เป็นการกำหนดให้ทำเป็นครั้งแรกใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และกำลังมีการวางแผนว่าควรจัดกระบวนการยกร่างอย่างไรให้สังคมทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมมากที่สุดตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยทั้งหมดนี้จะมีการจัดประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อการจัดทำธรรมนูญสุขภาพในราวเดือนพฤศจิกายน 2550 ก่อนเสนอให้ คสช.เห็นชอบ จากนั้นก็จะเริ่มกระบวนการยกร่างฯ กันอย่างเป็นระบบต่อไป”

ปัจจุบัน สังคมไทยทั้งภาครัฐ ภาคการเมือง และภาคประชาชนยังอยู่ในช่วงของการดำเนินการต่างๆ อันเกี่ยวข้องกับการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงทั้งในเรื่องของข้อกฎหมาย ระเบียบราชการ ข้อปฏิบัติ รวมถึงแนวคิดและทัศนคติ เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งจะต้องติดตามผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

หลังจากที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้ สิทธิการตายเป็นสิทธิที่ได้รับการรับรองและคุ้มครองจากมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าว แล้ว โดยบุคคลมีสิทธิที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ แต่ในปัจจุบัน สิทธิการตายเป็นสิทธิที่ได้รับความคุ้มครองโดยบทบัญญัติของกฎหมายเท่านั้น โดยกำหนดหลักการกว้างๆ ในการใช้สิทธิการตายเพื่อให้ทั้งผู้ป่วยและแพทย์ใช้เป็นแนวทางดังต่อไปนี้

- “1) ผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสภาพที่ป่วยเป็นโรคที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น และผู้ป่วยเองยังไม่ได้รับการรักษาใดๆ เพื่อยื้อชีวิตมาก่อนหน้านี้ เป็นต้นว่า ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ยังไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หากมีอาการหอบเหนื่อยขึ้นมา ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะแสดงเจตจำนงไม่รับการใส่ท่อช่วยหายใจได้
- 2) ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพที่ได้รับความทรมานจากความเจ็บป่วย มีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาใดๆ ของแพทย์เพียงเพื่อให้ตนพ้นจากความเจ็บป่วย”

ส่วนขั้นตอนและเงื่อนไขต่างๆ ในทางปฏิบัตินอกเหนือจากนี้คงต้องรอละเอียดที่จะออกตามมาเป็นกฎกระทรวงโดยกระทรวงสาธารณสุขอีกครั้งหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยก็ถือได้ว่าเป็นประเทศที่คำนึงถึงเรื่องของสิทธิมนุษยชนมากขึ้นประเทศหนึ่งภูมิภาคนี้ เนื่องจากสิทธิการตายที่เป็นเจตจำนงของผู้ป่วยเองโดยตรง ที่ต้องการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ในประเทศที่เน้นเรื่องสิทธิมนุษยชนอย่างชัดเจน จะมีการออกกฎหมายมารองรับโดยเฉพาะ

ส่วนเรื่องของการกระทำการุณยฆาต พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ความรับรองและคุ้มครองเฉพาะในประเด็นของการทำให้ตายชนิดไม่ลงมือกระทำ หรือ Passive or Negative Euthanasia ซึ่งได้แก่การปล่อยให้คนไข้ตายไปเอง (Letting the Patient Go) เท่านั้น ซึ่งไม่ได้ครอบคลุมถึงการทำให้ตายชนิดลงมือกระทำ Active or Positive Euthanasia ในทุกกรณี ซึ่งยังถือว่าเป็นการกระทำความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288, มาตรา 299 แล้วแต่กรณี โดยหลักเกณฑ์และขั้นตอนการพิจารณาในทางปฏิบัติจะต้องรอกระทรวงสาธารณสุขออกเป็นกฎกระทรวงต่อไปเช่นกัน