ความรับผิดทางอาญากรณีบุคคลที่มิใช่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ

น.ส.นิชกานต์ วิริยะพิพัฒน์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์ ไม่สังกัดภาควิชา/เทียบเท่า
คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CRIMINAL LIABILITY: RELATING TO DEATH WITH TERMINAL ILLNESS BY NON-PHYSICIANS

Miss Nichakarn Wiriyapipat

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Laws in Laws

Common Course

Faculty of Law

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความรับผิดทางอาญากรณีบุคคลที่มิใช่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ
โดย	น.ส.นิชกานต์ วิริยะพิพัฒน์
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.คณพล จันทน์หอม

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะนิติศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปารีณา ศรีวนิชย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ณ นคร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.คณพล จันทน์หอม)

..... กรรมการ
(ดร.ปราโมทย์ เสริมศีลธรรม)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

นิชกานต์ วิริยะพิพัฒน์ : ความรับผิดทางอาญากรณีบุคคลที่มิใช่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ . (CRIMINAL LIABILITY: RELATING TO DEATH WITH TERMINAL ILLNESS BY NON-PHYSICIANS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.คณพล จันทน์หอม

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรับผิดทางอาญาที่เหมาะสมในกรณีบุคคลที่มิใช่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบในประเทศไทย ทั้งในลักษณะของการเร่งให้ตายอย่างสงบและการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต โดยศึกษาตั้งแต่แนวคิด บทบัญญัติความผิด และมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อนำมาวิเคราะห์และเสนอแนวทางแก้ไขกฎหมายให้เหมาะสมกับประเทศไทยต่อไป

จากการศึกษาพบว่า การเร่งให้ตายอย่างสงบในประเทศไทยถือเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ซึ่งตามประมวลกฎหมายอาญาบัญญัติอัตราโทษไว้ค่อนข้างสูง และการกระทำดังกล่าวยังไม่สามารถอ้างเหตุยกเว้นความผิด เหตุยกเว้นโทษ หรือเหตุบรรเทาโทษใด ๆ ได้โดยตรง ผู้กระทำจึงต้องรับผิดในระดับเดียวกับการฆ่าโดยทั่วไป ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักความได้สัดส่วนและหลักการลงโทษต้องเหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคน เมื่อศึกษากฎหมายต่างประเทศ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สาธารณรัฐจีน สาธารณรัฐสิงคโปร์ และญี่ปุ่น พบว่า มีบทบัญญัติเฉพาะซึ่งกำหนดโทษสถานเบาแก่ผู้กระทำผิด ส่วนประเทศอังกฤษและเวลส์และสหรัฐอเมริกานั้นไม่มีบทบัญญัติเฉพาะ แต่มีมาตรการอื่น ๆ ช่วยให้ลดอัตราโทษให้เหมาะสมกับผู้กระทำผิดได้ ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้น ในประเทศไทยมีกฎหมายอนุญาตให้แพทย์สามารถกระทำได้ตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย แต่หากบุคคลอื่น ๆ ยังมีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดทางอาญาได้ เมื่อศึกษากฎหมายต่างประเทศ พบว่า ในบางประเทศมีกฎหมายหรือคำพิพากษายกเว้นความรับผิดให้แก่บุคคลอื่น ๆ ที่มิใช่แพทย์เช่นเดียวกัน

ด้วยเหตุที่กล่าวมาข้างต้นจึงมีข้อเสนอแนะว่า สำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ ประเทศไทยควรเพิ่มเติมบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา เพื่อให้ศาลสามารถลงโทษสถานเบาแก่ผู้กระทำผิดได้ ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต ควรแก้ไขมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ขยายข้อยกเว้นความรับผิดไปถึงบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ด้วย เพื่อคุ้มครองและอำนวยความยุติธรรมให้บุคคลดังกล่าวมากยิ่งขึ้น

สาขาวิชา	นิติศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา	2561	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

6085977934 : MAJOR LAWS
KEYWORD: EUTHANASIA, MURDER, CRIMINAL RESPONSIBILITY, TERMINAL ILLNESS
Nichakarn Wiriyapipat : CRIMINAL LIABILITY: RELATING TO DEATH WITH TERMINAL ILLNESS BY NON-PHYSICIANS. Advisor: Assoc. Prof. KANAPHON CHANHOM, Ph.D.

This thesis aims to study the appropriateness of criminal liability relating to death with terminal illness committed by non-physicians in Thailand as well as the concepts, criminal offenses, and legal measures in Thailand and foreign countries for being able to analyze and propose concrete and applicable recommendations for Thai Law.

According to the study, Active Euthanasia in Thailand is murder in which the Criminal Code enacts severe penalty and cannot be asserted with any defenses or mitigating factors to help reduce the penalty. Consequently, the offender will be punished in the exact same penalty rate as an ordinary murderer, which does not have any associations with the principle of proportionality and the individualization of punishment. Conversely, a specific offense enacts less penalty in foreign countries; particularly in Germany, Netherlands, Taiwan, Singapore, and Japan. Whereas, no specific offense is enforced in England, Wales, and the United States of America, but other legal measures likewise can be used to reduce the penalty. Withholding and withdrawing treatment, in Thailand, is justified whenever it is committed by the physician in accordance with the patient's will. In contrast, if it is committed by non-physicians, he or she may be convicted of murder. Whereas in some countries, any non-physicians are justified if he or she acts in accordance with the patient's will.

Thailand should have a legal measure for Active Euthanasia by adding a new offense in the Criminal Code. Consequently, the court can sentence less penalty to the offender. For withholding and withdrawing treatment, Thailand should amend section 12 of the National Health Act to provide better protection and better justification for any non-physicians.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Laws Student's Signature .....
Academic Year: 2018 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ไม่อาจสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี หากปราศจากความเมตตากรุณาจากคณาจารย์ทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร.คณพล จันทน์หอม ที่รับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยท่านได้สละเวลาอันมีค่ามาชี้แนะแนวทางในการศึกษาวิจัย ให้คำปรึกษา และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาที่ทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งยังตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในประเด็นต่าง ๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นอีกด้วย ผู้เขียนขอขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูง

ผู้เขียนขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ณ นคร ที่กรุณารับเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว และดร.ปราโมทย์ เสริมศีลธรรม ที่กรุณารับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งแม้กรรมการทั้งสี่ท่านจะมีภารกิจที่สำคัญมากมาย แต่ยังกรุณาสละเวลามาให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เขียน รวมทั้งได้ให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี นอกจากนี้ ผู้เขียนขอขอบพระคุณ ดร.ลลิล ก่อวุฒิกุลรังษี และอาจารย์เฉลิมวุฒิ ศรีพรหม ซึ่งแม้อาจารย์ทั้งสองท่านจะมิได้ศึกษาด้านกฎหมายอาญาโดยตรง แต่ก็ยังสละเวลาให้ข้อมูลและเอกสารที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับกฎหมายอาญาของเนเธอร์แลนด์ ผู้เขียนขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ยิ่งไปกว่านั้น ผู้เขียนขอขอบพระคุณบุคคลในครอบครัวที่คอยอยู่เคียงข้างและเป็นแรงผลักดันให้แก่ผู้เขียน คือ คุณสมศักดิ์ คุณนิภา และคุณนภนต์ วิริยะพิพัฒน์ ซึ่งเป็นบิดา มารดา และพี่ชายของผู้เขียน ที่กรุณามอบโอกาสทางการศึกษา คอยรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาที่จัดทำวิทยานิพนธ์ อีกทั้งยังเป็นกำลังใจสำคัญให้แก่ผู้เขียนเสมอมา

นอกจากนี้ ผู้เขียนขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นางสาวมนัสวี บุญสิทธิ์ รุ่นพี่ที่ให้คำแนะนำในการจัดทำวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ต้นจนจบ ขอบคุณเพื่อนร่วมทางในหมวดกฎหมายอาญาฯ ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันเสมอมา ตลอดจนเพื่อน ๆ ของผู้เขียนทุกท่านที่คอยถามไถ่และเป็นกำลังให้แก่ผู้เขียน ในท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณ นายสิทธิโชค วัฒนศิริ บุคคลที่เป็นเพื่อนคู่คิดและให้คำแนะนำทางกฎหมาย อีกทั้งยังเป็นกำลังใจสำคัญที่ทำให้ผู้เขียนผ่านช่วงเวลาการทำวิทยานิพนธ์ไปได้อย่างราบรื่น

คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบให้แก่บุคคลที่ได้กล่าวมา ครูบาอาจารย์ทุกท่าน ตลอดจนผู้เขียนตำราและบทความต่าง ๆ ที่เป็นส่วนสำคัญให้ผู้เขียนได้ศึกษาต่อยอดทางวิชาการต่อไป

นิชกานต์ วิริยะพิพัฒน์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ค

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ง

กิตติกรรมประกาศ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ฎ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

1.2 สมมติฐานของการวิจัย 4

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

1.4 ขอบเขตของการวิจัย 5

1.5 วิธีการศึกษาวิจัย 5

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 5

1.7 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 6

1.8 คำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง 7

บทที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับความรับผิดทางอาญากรณีทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ 9

2.1 ความทั่วไปเกี่ยวกับการตายอย่างสงบ 9

2.1.1 ความหมายของการตายอย่างสงบ 10

2.1.2 ประเภทของการตายอย่างสงบ 12

2.1.2.1 การแบ่งโดยพิจารณาจากลักษณะการกระทำ 12

2.1.2.2 การแบ่งโดยพิจารณาจากความสมัครใจ 16

2.1.3 ขอบเขตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย 18

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.1.4 บุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ 20
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการตายอย่างสงบ 21
2.2.1 สิทธิที่จะตาย (Right to Die) 22
2.2.2 สิทธิในการปฏิเสธการรักษา (Right to Refuse Treatment) 24
2.3 ข้อพิจารณาเกี่ยวกับขอบเขตของการทำให้ตายอย่างสงบ 27
2.3.1 ข้อสนับสนุนและข้อคัดค้านเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบ 28
2.3.2 การทำให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมายในประเทศต่าง ๆ 32
2.4 ความแตกต่างระหว่างการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนากับการทำให้ตายอย่างสงบ 37
2.4.1 ผู้กระทำ 37
2.4.2 การกระทำ 38
2.4.3 ผู้ถูกกระทำ 39
2.5 หลักการกำหนดโทษทางอาญาสำหรับการทำให้ตายอย่างสงบ 40
2.5.1 เหตุภววิสัย 41
2.5.2 เหตุอัตวิสัย 44
บทที่ 3 กฎหมายอาญาของไทยที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ 46
3.1 การทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบในประเทศไทย 46
3.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ 51
3.2.1 รัฐธรรมนูญ 52
3.2.2 ประมวลกฎหมายอาญา 54
3.2.2.1 ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา มาตรา 288 55
3.2.2.2 ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ มาตรา 289 57
3.2.3 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 59
3.3 โครงสร้างความรับผิดทางอาญา 62
3.3.1 การกระทำครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ 62

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.3.2 การกระทำไม่มีกฎหมายยกเว้นความผิด 66
3.3.2.1 การป้องกัน 67
3.3.2.2 ความยินยอม 67
3.3.3 การกระทำไม่มีกฎหมายยกเว้นโทษ 69
3.3.4 เหตุลดโทษอื่น 70
3.4 ข้อพิจารณาในการกำหนดโทษของศาลไทย 71
3.4.1 การกำหนดโทษขั้นต่ำในกฎหมาย 72
3.4.2 บัญชีกำหนดอัตราโทษของศาล 73
3.4.3 บทบาทของศาลในการวินิจฉัยข้อเท็จจริงส่วนบุคคลของผู้กระทำผิด 74
บทที่ 4 การกำหนดความรับผิดทางอาญาเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบในต่างประเทศ 76
4.1 บทนำ 76
4.2 สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี 81
4.2.1 ความทั่วไปของการทำให้ตายอย่างสงบในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี 81
4.2.2 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ 84
4.2.3 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต 90
4.3 ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ 95
4.3.1 ความทั่วไปของการทำให้ตายอย่างสงบในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ 95
4.3.2 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ 100
4.3.3 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต 105
4.4 ประเทศอังกฤษและเวลส์ 106
4.4.1 ความทั่วไปของการทำให้ตายอย่างสงบในประเทศอังกฤษและเวลส์ 107
4.4.2 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ 110
4.4.3 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต 118
4.5 สหรัฐอเมริกา 120

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.5.1 ความทั่วไปของการทำให้ตายอย่างสงบในสหรัฐอเมริกา 120
4.5.2 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ..... 124
4.5.3 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต 130
4.6 สาธารณรัฐจีน 135
4.6.1 ความทั่วไปของการทำให้ตายอย่างสงบในสาธารณรัฐจีน 135
4.6.2 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ..... 138
4.6.3 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต 139
4.7 สาธารณรัฐสิงคโปร์ 141
4.7.1 ความทั่วไปของการทำให้ตายอย่างสงบในสาธารณรัฐสิงคโปร์..... 141
4.7.2 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ..... 143
4.7.3 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต 148
4.8 ประเทศญี่ปุ่น 150
4.8.1 ความทั่วไปของการทำให้ตายอย่างสงบในประเทศญี่ปุ่น 150
4.8.2 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ..... 153
4.8.3 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต 156
4.9 สรุปการศึกษากฎหมายต่างประเทศ..... 157
บทที่ 5 บทวิเคราะห์ความรับผิดทางอาญาเกี่ยวกับการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ..... 167
5.1 ข้อพิจารณาเรื่องหลักการกำหนดโทษทางอาญากับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ 168
5.2 ข้อพิจารณาเรื่องขอบเขตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย 175
5.3 ข้อพิจารณาเรื่องขอบเขตของบุคคลที่มิใช่แพทย์ 185
5.4 ความรับผิดทางอาญาของบุคคลที่มิใช่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ 187
5.4.1 การเร่งให้ตายอย่างสงบ 187
5.4.1.1 รูปแบบในการแก้ไขปัญหา..... 188
5.4.1.2 องค์ประกอบของบทบัญญัติ 197

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1) องค์ประกอบภายนอกส่วนผู้กระทำ 197
2) องค์ประกอบภายนอกส่วนการกระทำและผลของการกระทำ 198
3) องค์ประกอบภายนอกส่วนผู้ถูกกระทำ 200
4) องค์ประกอบภายใน 204
5.4.2 การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต 207
5.5 แนวทางการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย 214
บทที่ 6 บทสรุปและข้อเสนอแนะ 215
6.1 บทสรุป 215
6.2 ข้อเสนอแนะ 219
บรรณานุกรม 222
ประวัติผู้เขียน 232

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 ตัวอย่างของการตายอย่างสงบในประเทศต่าง ๆ 36

ตาราง 2 ตัวอย่างบทบัญญัติเฉพาะเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบ 78

ตาราง 3 เปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบ 160

ตาราง 4 เปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต 165

ตาราง 5 เปรียบเทียบความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย 177

ตาราง 6 สรุปประเภทของผู้ป่วยที่สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต 181

ตาราง 7 สรุปรูปแบบการแก้ไขปัญหาสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบของต่างประเทศ 190

ตาราง 8 สรุปองค์ประกอบภายนอกส่วนการกระทำและผลของการกระทำสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบของต่างประเทศ 199

ตาราง 9 สรุปองค์ประกอบภายนอกส่วนผู้ถูกกระทำสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบของต่างประเทศ 202

ตาราง 10 สรุปองค์ประกอบภายในสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบของต่างประเทศ 205

ตาราง 11 สรุปความรับผิดทางอาญาสำหรับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของต่างประเทศ 209

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การอยู่ร่วมกันของมนุษย์ในสังคมย่อมทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งและนำไปสู่ความไม่สงบสุขของสังคมได้ จึงต้องมีมาตรการมาควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ซึ่งมาตรการที่ใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบันและได้รับการยอมรับจากนานาอารยประเทศคือ การใช้กฎหมายอาญา[1] เนื่องจากเป็นกฎหมายที่บัญญัติถึงความผิดไว้อย่างชัดเจน และหากบุคคลใดฝ่าฝืนความผิดนั้นก็จะได้รับผลที่ตามมา ได้แก่ โทษทางอาญา หรือวิธีการเพื่อความปลอดภัย เพื่อรักษาความมั่นคงของรัฐและความสงบเรียบร้อยของสังคม ดังนั้น การกระทำที่ได้รับการบัญญัติเป็นความผิดทางอาญา จึงต้องเป็นการกระทำที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคมอย่างร้ายแรง

ความผิดเกี่ยวกับชีวิตก็เป็นความผิดทางอาญาที่ปรากฏอยู่ในทุกประเทศ เพราะชีวิตของมนุษย์เป็นสิ่งที่ทุกคนหวงแหนและยอมรับว่ามีคุณค่าสูงสุด[2] การทำลายชีวิตของมนุษย์คนหนึ่ง ไม่ว่าชีวิตของบุคคลนั้นจะไร้ค่าเพียงใด เช่น เป็นคนวิกลจริต เป็นคนพิการ หรือเป็นผู้ป่วยใกล้ตาย ก็ไม่สามารถยอมรับได้ทั้งสิ้น[3] ดังนั้น กฎหมายอาญาในทุกประเทศจึงให้การคุ้มครองชีวิตมนุษย์เป็นอันดับแรก และกำหนดอัตราโทษในความผิดต่อชีวิตไว้สูงมาก[4] เพื่อป้องกันมิให้ผู้ใดมาทำลายชีวิตของมนุษย์ได้ตามอำเภอใจ

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้า จึงสามารถยื้อชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ได้ยาวนานขึ้น โดยอาศัยเครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ จนทำผู้ป่วยบางรายต้องตกอยู่ในภาวะ “ฟื้นไม่ได้ ตายไม่ลง”[5] ทำให้เกิดแนวคิดเรื่องการทำให้ตายอย่างสงบเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่ได้มีเพียงแพทย์เท่านั้นที่สามารถกระทำได้ แต่บุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยก็มีความเสี่ยงที่จะกระทำการดังกล่าวได้เช่นกัน โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย เช่น บิดามารดา สามีภรรยา ผู้สืบสันดาน หรือญาติของผู้ป่วย เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ต้องเห็น

---

[1] ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาคทั่วไป, พิมพ์ครั้งที่ 14 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2555), หน้า 15-16.

[2] คณิต ณ นคร, กฎหมายอาญาภาคความผิด, พิมพ์ครั้งที่ 11 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559), หน้า 97.

[3] เรื่องเดียวกัน, หน้า 109.

[4] เรื่องเดียวกัน, หน้า 97.

[5] แสวง บุญเฉลิมวิภาส และ เอนก ยมจินดา, กฎหมายการแพทย์, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2546), หน้า 179.

ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยมาตั้งแต่ต้น จึงมีประเด็นที่สำคัญว่า บุคคลเหล่านี้มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

ในการวินิจฉัยความรับผิดทางอาญาของบุคคลอื่นในการทำให้ตายอย่างสงบ จำเป็นต้องแยกพิจารณาตามลักษณะของการทำให้ตายอย่างสงบทั้ง 2 รูปแบบ ได้แก่ การเร่งให้ตายอย่างสงบ และการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตดังนี้

1) การเร่งให้ตายอย่างสงบ (Active Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายโดยเจตนา และผู้กระทำได้กระทำต่อร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง เช่น การฉีดยาเข้าร่างกายของผู้ป่วย เป็นต้น[6] เมื่อพิจารณาความรับผิดทางอาญาตามกฎหมายไทยแล้วพบว่า แม้จะกระทำไปเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมาน แต่การกระทำนั้นยังถือเป็นการฆ่า โดยมีเจตนาให้ผู้นั้นถึงแก่ความตายแล้ว ผู้กระทำจึงมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 และหากเป็นการกระทำต่อบุพการี หรือการฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อน ก็ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289

2) การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วย (Withholding/Withdrawing Treatment) หมายถึง การกระทำโดยเจตนาเพื่อปลดเปลื้องความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย โดยไม่มีเจตนายุติชีวิตของผู้ป่วย แต่ความตายที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ตามธรรมชาติของโรค[7]เมื่อพิจารณาความรับผิดทางอาญาตามกฎหมายไทยพบว่า หากผู้กระทำมีหน้าที่เพื่อป้องกันผล การไม่ช่วยชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ถือเป็นการกระทำโดยงดเว้นได้ และการกระทำบางลักษณะอาจต้องกระทำโดยถอดเครื่องมือทางการแพทย์ จึงถือว่ามีการกระทำเกิดขึ้นแล้ว ผู้กระทำจึงอาจต้องรับผิดตามมาตรา 288 และมาตรา 289 ได้เช่นกัน

ทั้งนี้ แม้ปัจจุบันการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในประเทศไทย มีมาตรา 12[8] ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ยกเว้นความผิดทางอาญาให้แก่แพทย์ ซึ่งกระทำไปตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย (Living Will) แต่บทบัญญัติดังกล่าวก็ไม่ครอบคลุมถึงบุคคล

---

[6] พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน, สรุปการสัมมนาวิชาการ "ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต (Withholding and Withdrawing of Life-Sustaining Treatment)" (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562), หน้า 133.

[7] เรื่องเดียวกัน.

[8] พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

"บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง"

อื่น ๆ ที่มิใช่แพทย์แต่อย่างใด ดังนั้น บุคคลอื่นจึงมีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดทางอาญาตามมาตรา 288 และมาตรา 289 ดังที่ได้กล่าวไปข้างต้น

จะเห็นได้ว่า ทั้งการเร่งให้ตายอย่างสงบและการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้น ผู้กระทำที่เป็นบุคคลอื่นอาจต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 และมาตรา 289 ได้ แต่เมื่อพิจารณาอัตราโทษของทั้งสองมาตรานี้พบว่า มีโทษค่อนข้างสูง และฝ่ายนิติบัญญัติยังสร้างข้อจำกัดดุลพินิจของศาลไว้ในกฎหมาย โดยกำหนดโทษขั้นต่ำไว้อย่างชัดเจน กล่าวคือ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 มีกำหนดโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่ 15 ปี ถึง 20 ปี ส่วนความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289 กำหนดโทษประหารชีวิตสถานเดียว ดังนั้น แม้ว่าการฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 288 จะมีเหตุอันควรลดหย่อนโทษเพียงใด ศาลก็ไม่สามารถลงโทษจำคุกต่ำกว่า 15 ปีได้[9] และหากการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบนั้นกระทำไปโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289 เช่น ฆ่าบุพการี หรือฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อน ศาลต้องลงโทษประหารชีวิตสถานเดียว เว้นแต่เข้าเงื่อนไขของเหตุลดโทษประการอื่น ๆ ตามประมวลกฎหมายอาญา

จากข้อจำกัดของบทบัญญัติทั้งสองมาตราดังกล่าว หากมีคดีเกี่ยวกับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ขึ้นสู่การพิจารณาคดีของศาล จะทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญว่า การทำให้ตายอย่างสงบสมควรได้รับโทษในระดับเดียวกับการฆ่าโดยทั่วไปหรือไม่ เพราะผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจคือความเมตตาสงสารจึงต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ และในบางกรณีอาจกระทำไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยเอง ดังนั้น การกำหนดโทษจำคุกขั้นต่ำ 15 ปีตามมาตรา 288 หรือโทษประหารชีวิตตามมาตรา 289 สำหรับผู้กระทำผิดดังกล่าว อาจไม่ได้สัดส่วนกับความร้ายแรงของความผิดได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ยกตัวอย่างเช่น มารดาฉีดยาให้บุตรของตนที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายตามคำร้องขอของบุตร กรณีเช่นนี้เป็นการฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อนและต้องระวางโทษประหารชีวิตสถานเดียว ซึ่งหากศาลพิพากษาลงโทษตามกฎหมายปัจจุบัน อาจทำให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์ของสังคมถึงความเป็นธรรมและความเหมาะสมของกฎหมาย และถึงแม้ว่าศาลจะใช้ดุลพินิจลดหย่อนโทษให้แก่จำเลย ก็ต้องตีความเหตุลดโทษประการอื่น ๆ ให้ขยายไปถึงกรณีดังกล่าว เพราะการทำให้ตายอย่างสงบนั้นไม่เข้าเหตุยกเว้นความผิด เหตุยกเว้นโทษ หรือเหตุบรรเทาโทษโดยตรง ซึ่งการลดหย่อนโทษเช่นนี้อาจไม่ถูกต้องตามเจตนารมณ์ของบทบัญญัตินั้น และจะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของกระบวนการยุติธรรมของไทยได้

[9] ปกป้อง ศรีสนิท, กฎหมายอาญาชั้นสูง (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559), หน้า 53.

จากการศึกษากฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้พบว่า ในหลายประเทศมีบทบัญญัติสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบไว้โดยเฉพาะ โดยกำหนดโทษสำหรับการกระทำดังกล่าวน้อยกว่าการฆ่าโดยทั่วไป เพื่อให้ศาลสามารถใช้ดุลพินิจกำหนดโทษให้แก่ผู้กระทำผิดได้มากขึ้น ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้น ในบางประเทศมีกฎหมายและคำพิพากษารับรองให้การกระทำของบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์พ้นจากความผิดทางอาญา หากกระทำไปภายใต้เงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด ดังนั้น วิทยานิพนธ์เล่มนี้จึงมุ่งแสวงหาแนวทางกำหนดความรับผิดทางอาญาของบุคคลที่มิใช่แพทย์กรณีทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญาให้มีความเหมาะสมและทันสมัยมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเพื่อให้การลงโทษผู้กระทำผิดมีความเป็นธรรมและสอดคล้องกับหลักการกำหนดโทษทางอาญาให้มากที่สุด

1.2 สมมติฐานของการวิจัย

กรณีบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ ทั้งในรูปแบบของการเร่งให้ตายอย่างสงบ และการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้น ไม่มีกฎหมายกำหนดความรับผิดทางอาญาไว้โดยเฉพาะ ทำให้ผู้กระทำต้องรับโทษเช่นเดียวกับการฆ่าโดยทั่วไป แต่การทำให้ตายอย่างสงบเป็นการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี และผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจคือความเมตตาสงสาร จึงมีความร้ายแรงของความผิดน้อยกว่าการฆ่าโดยทั่วไป ดังนั้น สำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ จึงควรเพิ่มเติมบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญาว่าด้วยความผิดต่อชีวิต ให้ศาลสามารถลงโทษสถานเบาแก่ผู้กระทำผิดได้ ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต ควรแก้ไขมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ข้อยกเว้นความผิดทางอาญาครอบคลุมไปถึงบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ด้วย เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการกำหนดโทษทางอาญา

Chulalongkorn University

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาแนวคิดพื้นฐานของการตายอย่างสงบ และขอบเขตความชอบด้วยกฎหมายของการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

1.3.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนากับการทำให้ตายอย่างสงบ และหลักการกำหนดโทษทางอาญาสำหรับการทำให้ตายอย่างสงบ

1.3.3 เพื่อเปรียบเทียบความรับผิดทางอาญากรณีการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบของประเทศไทยและต่างประเทศ

1.3.4 เพื่อแสวงหาแนวทางบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มุ่งศึกษาถึงการกำหนดความรับผิดทางอาญากรณีทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่แนวคิดของการตายอย่างสงบ ข้อสนับสนุนและข้อคัดค้านของการตายอย่างสงบ ขอบเขตการทำให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมาย และหลักการกำหนดโทษทางอาญา เพื่อพิจารณาการลงโทษที่เหมาะสมกับผู้กระทำผิดในกรณีนี้ รวมทั้งศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ตายอย่างสงบในประเทศต่าง ๆ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ประเทศอังกฤษและเวลส์ สหรัฐอเมริกา สาธารณรัฐจีน สาธารณรัฐสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่น เพื่อแสวงหาความรับผิดที่เหมาะสมกับผู้กระทำผิดที่มิใช่แพทย์ และเพื่อให้การลงโทษผู้กระทำผิดมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับหลักการกำหนดโทษทางอาญา

อนึ่ง วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ไม่ครอบคลุมถึงการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician Assisted Suicide) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบเช่นเดียวกัน เนื่องจากมีความรับผิดทางอาญาที่แตกต่างไปจากการทำให้ตายอย่างสงบในสาระสำคัญ

1.5 วิธีการศึกษาวิจัย

การดำเนินการวิจัยในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) โดยค้นคว้าข้อมูลจากทั้งแหล่งข้อมูลภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ จากหนังสือ วารสาร บทความ ตัวบทกฎหมาย คำพิพากษา ความเห็นของนักวิชาการ วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่น ๆ รวมทั้งฐานข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง การรวบรวมข้อมูลดังกล่าวนี้มีทั้งการนำข้อมูลมาใช้โดยตรง และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปและต่อยอดความรู้ต่อไป

Chulalongkorn University

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทำให้เข้าใจแนวคิดของการตายอย่างสงบ ขอบเขตของการทำให้ตายอย่างสงบในประเทศต่าง ๆ อีกทั้งข้อสนับสนุนและข้อคัดค้านของการอนุญาตให้มีการตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมาย

1.6.2 สามารถเปรียบเทียบถึงความแตกต่างของการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนากับการทำให้ตายอย่างสงบ และตระหนักถึงความจำเป็นในการลดโทษให้แก่ผู้กระทำผิดกรณีทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ

1.6.3 แสดงให้เห็นถึงกฎหมายเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบในต่างประเทศ รวมทั้งแนวคำพิพากษาของศาลในประเทศต่าง ๆ

1.6.4 ทำให้เกิดแนวทางการแก้ไขปัญหาเรื่องความรับผิดทางอาญากรณีทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

1.7 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความรับผิดทางอาญากรณีทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบอยู่หลายเรื่อง ได้แก่

1. อารยา เนื่องจำนงค์ ได้จัดทำงานนิพนธ์เรื่อง “ความยินยอมกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษากรณีการุณยฆาต”[10] มีการศึกษาถึงความรับผิดทางอาญากับการทำการุณฆาตในประเทศไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายอาญาในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี จากการศึกษาพบว่า กฎหมายเยอรมันให้ความสำคัญกับหลักความยินยอม กล่าวคือ กรณีที่ผู้เสียหายให้ความยินยอมจะมีการลดฐานความผิดจากฐานฆ่าผู้อื่นเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอซึ่งเป็นความผิดที่เป็นบทเบา งานนิพนธ์ฉบับนี้จึงเสนอแนะแนวทางการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาโดยให้ความสำคัญกับความยินยอมของผู้เสียหายในความผิดต่อชีวิต และนำมาบัญญัติเพิ่มเติมเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอโดยเฉพาะเจาะจง อันเป็นบทบัญญัติที่ใช้เฉพาะกรณีแพทย์กระทำการุณยฆาตเท่านั้น ทั้งนี้ งานนิพนธ์ดังกล่าวยังไม่ได้ศึกษาถึงกฎหมายในประเทศอื่น ๆ นอกจากสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี และเสนอแนะบทบัญญัติที่ใช้เฉพาะแพทย์ทำการุณยฆาตเท่านั้น ส่วนผู้กระทำผิดที่เป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและมีโอกาสกระทำความผิดเช่นเดียวกับแพทย์ เช่น สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย จะต้องรับผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 288 เช่นเดิม

2. อรรัมภา ไวยมุกข์ และคณะ ได้จัดทำบทความเรื่อง “การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย - เยอรมัน”[11] มีการศึกษาเปรียบเทียบความรับผิดทางอาญาของผู้กระทำการุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจ (Voluntary Active Euthanasia) ในกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายเยอรมัน โดยมีการอธิบายความผิดต่อชีวิตของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีอย่างละเอียด อีกทั้งยังมีคำพิพากษาที่น่าสนใจที่เกี่ยวข้องกับการุณยฆาตอีกด้วย จากการศึกษาพบว่า การการุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจมีองค์ประกอบความผิดในทางข้อเท็จจริงแตกต่างจากการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เช่น การร้องขอของผู้เสียหาย ดังนั้น การดำเนินคดีกับผู้กระทำการุณยฆาตโดยอาศัยฐานความผิดเดียวกับการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาจึงไม่เหมาะสม บทความนี้เสนอแนะให้

---

[10] อารยา เนื่องจำนงค์, "ความยินยอมกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษากรณีการุณยฆาต" (งานนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชากฎหมายอาญาและอาชญาวิทยา คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2560), หน้า 1-112.

[11] อรรัมภา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่พงศกร ประลอง ศิริภูล และ อารยา เนื่องจำนงค์, "การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน," วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย 9, 3 (กันยายน 2560).

กฎหมายอาญาของไทยนำลักษณะการร้องขอของผู้ป่วยมาประกอบการพิจารณา และนำองค์ประกอบดังกล่าวมาบัญญัติเป็นกฎหมายเพื่อสร้างความแตกต่างระหว่างการุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เพื่อเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนากฎหมายไทยต่อไป อย่างไรก็ดี บทความนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีเพียงประเทศเดียว และเสนอแนวทางการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติโดยนำกฎหมายเยอรมันมาเป็นต้นแบบเท่านั้น

3. ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์ ได้จัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การยกเว้นความรับผิดในการทำให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงสาร”[12] มีการศึกษาเกี่ยวกับความรับผิดของแพทย์เมื่อผู้ป่วยที่หมดหวังร้องขอให้แพทย์ทำให้ตนถึงแก่ความตายว่าแพทย์มีสิทธิกระทำตามคำร้องขอของผู้ป่วยได้หรือไม่ และแพทย์จะอ้างความยินยอมของผู้ป่วยเพื่อยกเว้นความรับผิดทางอาญาได้หรือไม่ เพียงใด วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้ข้อสรุปว่า ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่หมดหวังเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มที่ยอมรับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบมากขึ้นตามไปด้วย แต่ประเทศไทยยังไม่มีขอบเขตของการทำให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมายอย่างชัดเจน ทำให้แพทย์ไม่มีความมั่นใจที่จะกระทำตามคำร้องขอของผู้ป่วยเนื่องจากเกรงว่าจะมีความผิดตามกฎหมาย วิทยานิพนธ์เล่มนี้จึงเสนอให้ประเทศไทยออกกฎหมายเพื่อรับรองการทำให้ตายอย่างสงบโดยแพทย์ โดยกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนว่าการกระทำของแพทย์ในลักษณะใดจะได้รับการยกเว้นความรับผิดทั้งในทางแพ่งและอาญา อีกทั้งยังเป็นการแก้ไขปัญหาความสับสนในการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ต่อผู้ป่วยที่หมดหวังอีกด้วย อย่างไรก็ดี วิทยานิพนธ์เล่มนี้ศึกษามุ่งเน้นเฉพาะความรับผิดทางอาญาของแพทย์เท่านั้น แต่ไม่ได้ศึกษาไปถึงความรับผิดของบุคคลอื่นที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และเป็นการศึกษาถึงแนวทางในการยกเว้นความรับผิดของแพทย์เพื่อไม่ให้แพทย์ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 แต่ไม่ได้มีการศึกษาว่ามาตรา 288 เป็นความผิดที่เหมาะสมในการบังคับใช้กับผู้กระทำผิดหรือไม่

1.8 คำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากเนื้อหาในวิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความเกี่ยวข้องกับคำศัพท์ต่างประเทศ ผู้เขียนจึงขอนิยามคำศัพท์ต่าง ๆ เป็นภาษาไทย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันดังนี้

“Active Euthanasia” ขอใช้คำว่า การเร่งให้ตายอย่างสงบ

“Passive Euthanasia” ขอใช้คำว่า การปล่อยให้ตายอย่างสงบ

---

[12] ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, "การยกเว้นความรับผิดในการทำให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงสาร" (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชานิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529), หน้า 1-230.

“Assisted Suicide” ขอใช้คำว่า การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย

“Physician Assisted Suicide” ขอใช้คำว่า การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์

“Living will” ขอใช้คำว่า หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า

“Withholding/Withdrawing Treatment” ขอใช้คำว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2
แนวคิดเกี่ยวกับความรับผิดทางอาญากรณีทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ

เมื่อทราบสภาพปัญหาเกี่ยวกับการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบแล้ว จะเห็นได้ว่าการกระทำดังกล่าวเกี่ยวข้องกับความผิดต่อชีวิตโดยตรง แต่เมื่อพิจารณาอย่างละเอียดแล้วจะพบว่าการทำให้ตายอย่างสงบนั้นมีลักษณะที่พิเศษแตกต่างจากการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไป จนในปัจจุบันบางประเทศให้การยอมรับเรื่องการตายอย่างสงบ และรับรองให้สามารถกระทำการดังกล่าวได้โดยชอบด้วยกฎหมาย เพื่อให้ความสำคัญกับสิทธิที่จะตายและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้น ในการแสวงหาความรับผิดที่เหมาะสมสำหรับการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบนั้น จึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงแนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์และวินิจฉัยความรับผิดของผู้กระทำผิดต่อไป

ในบทที่ 2 นี้จึงเป็นการกล่าวถึงแนวคิดพื้นฐานของการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบโดยภาพรวม เริ่มตั้งแต่ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการตายอย่างสงบ โดยครอบคลุมถึงความหมายและประเภทของการทำให้ตายอย่างสงบ ขอบเขตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ต่อมาในหัวข้อที่สองจะศึกษาแนวคิดของการกระทำดังกล่าว ได้แก่ สิทธิที่จะตาย และสิทธิในการปฏิเสธการรักษา เพื่อให้เข้าใจเหตุผลเบื้องหลังที่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าว ในหัวข้อที่สามจะศึกษาถึงขอบเขตของการทำให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมาย โดยเริ่มพิจารณาจากข้อสนับสนุนและข้อคัดค้านของการทำให้ตายอย่างสงบทั้งหมด และศึกษาขอบเขตของการกระทำในประเทศต่าง ๆ ว่าปัจจุบันมีกฎหมายรับรองมากน้อยเพียงใด ต่อมาในหัวข้อที่สี่จะกล่าวถึงความแตกต่างของการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนากับการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ โดยศึกษาทั้งด้านผู้กระทำ ลักษณะของการกระทำ และผู้ถูกกระทำตามลำดับ เพื่อแสดงให้เห็นว่าการทำให้ตายอย่างสงบมีลักษณะบางประการที่แตกต่างจากการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไป และในหัวข้อสุดท้าย เป็นการศึกษาถึงหลักการกำหนดโทษทางอาญา ซึ่งเป็นการพิจารณาทั้งทางภววิสัยและอัตวิสัย เพื่อแสวงหาการลงโทษที่เหมาะสมกับการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ

2.1 ความทั่วไปเกี่ยวกับการตายอย่างสงบ

ในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 20 แนวคิดเรื่องการตายอย่างสงบนั้นได้รับความสนใจเป็นอย่างมากทั้งในวงการแพทย์และวงการกฎหมาย ส่งผลให้นักวิชาการในยุคดังกล่าวทำการศึกษาเรื่องนี้อย่างละเอียด และได้รับการพัฒนาต่อยอดมาจนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ประเด็นเรื่องการตายอย่างสงบยังเป็นข้อถกเถียงที่ไม่มีข้อยุติและมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ในหัวข้อนี้จึงอาจมีการกล่าวถึงความเห็น

แย้งและความคลุมเครือในประเด็นต่าง ๆ อยู่บ้าง เพื่อให้เข้าใจแต่ละประเด็นได้อย่างถ่องแท้ ซึ่งในการศึกษาเรื่องนี้จะแบ่งออกเป็น 4 หัวข้อ ได้แก่ ความหมายของการตายอย่างสงบ ประเภทของการตายอย่างสงบ ขอบเขตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

2.1.1 ความหมายของการตายอย่างสงบ

การตายอย่างสงบมาจากคำว่า “Euthanasia” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก คือ คำว่า *“eu”* หมายถึง ดี (good) และคำว่า *“thananos”* หมายถึง ความตาย (death)[1] เมื่อรวมทั้งสองคำเข้าด้วยกันจะแปลได้ว่า “การตายอย่างดี” หรือ “การตายอย่างสงบ” อย่างไรก็ตาม จากรากศัพท์ดังกล่าว เพียงอย่างเดียว ไม่ได้ทำให้เข้าใจความหมายของคำดังกล่าวได้กระจ่างมากนัก ความหมายของการตายอย่างสงบจึงได้รับการอธิบายเพิ่มเติมว่า เป็นการทำให้ผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ถึงแก่ความตาย โดยกระทำไปเพราะความสงสารผู้นั้น[2]

จากความหมายของคำว่าตายอย่างสงบข้างต้นนั้น แนวคิดทางตะวันตกได้สร้างข้อพิจารณาสำหรับการตายอย่างสงบ 3 ประการ[3] เพื่อให้เข้าใจแนวคิดของการกระทำดังกล่าวมากยิ่งขึ้นดังนี้

1) ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย

2) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะยุติชีวิตของตนเอง

3) ผู้ป่วยไม่ควรถูกบังคับให้ยืดชีวิตของตนเองออกไป ในขณะที่ตนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไร้การรับรู้ทางสมอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประการแรก ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal ill patients) หรือ ผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวร (persistent vegetative state) ผู้ป่วยเหล่านี้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า เทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดได้ทุกโรค ส่งผลให้เกิดคำถามตามมาว่าการพันธนาการผู้ป่วยด้วยเครื่องมือต่าง ๆ นั้นเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยแล้วหรือไม่

---

[1] Rowine Hayes Brown and Richard B. Truitt, "Euthanasia and the Right to Die," Ohio Northern University Law Review 3, 3 (1976): 615.

[2] Brian A. Garner, Black’s Law Dictionary, 8 ed. (St. Paul, Minn.: Thomson West, 2004), p. 594.

[3] อมรา สุนทรธาดา และหทัยรัตน์ เสียงดัง, "วาระสุดท้ายแห่งชีวิตและสิทธิการตาย" [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2561. แหล่งที่มา: http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceII/Article/Article14.htm

ประการที่สอง ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะยุติชีวิตของตนเอง เพราะมนุษย์ทุกคนสามารถกำหนดชะตาชีวิตของตนเองได้ สิทธิที่จะตายจึงเป็นสิทธิที่มนุษย์ทุกคนพึงมี ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยบางประเภทไม่สามารถยุติชีวิตของตนได้ด้วยตนเอง ก็ควรมีทางออกให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้ทำตามเจตนารมณ์ของตนเองได้ จึงเป็นเหตุให้การทำให้ตายอย่างสงบโดยผู้ป่วยร้องขอหรือยินยอมมักได้รับการยอมรับมากกว่ากรณีผู้ป่วยไม่สามารถยินยอมได้

ประการที่สาม ผู้ป่วยไม่ควรถูกบังคับให้ยืดชีวิตของตนเองออกไป ในขณะที่ตนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไร้การรับรู้ทางสมอง เพราะการทำเช่นนี้จะเป็นการทรมานผู้ป่วยในทางอ้อม จึงควรให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้เสียชีวิตลงอย่างมีศักดิ์ศรีท่ามกลางบุคคลที่ตนรัก จึงจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด

เมื่อได้ทราบความหมายและข้อพิจารณาของการตายอย่างสงบแล้ว จะเห็นว่ามีความเกี่ยวข้องกับการยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง อย่างไรก็ตาม การทำให้ตายอย่างสงบไม่ใช่วิธีเดียวที่ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ แต่ในต่างประเทศยังมีอีกวิธีหนึ่งคือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (Assisted Suicide) หรือในทางตำราอาจใช้คำว่า “อัตวินิบาตกรรม” ซึ่งหมายถึง การฆ่าตัวตายโดยเจตนาด้วยความช่วยเหลือของบุคคลอื่น การกระทำเช่นนี้ในบางประเทศยังถือเป็นความผิดอาญาฐานช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย แต่ในระยะหลัง การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายกลายมาเป็นทางออกในการรองรับสิทธิที่จะตายของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบตามความประสงค์ของตนเอง บางประเทศจึงบัญญัติกฎหมายให้แพทย์สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายฆ่าตัวตายได้โดยไม่ต้องรับผิดทางอาญา กรณีเช่นนี้เรียกว่า “การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์”[4] (Physician Assisted Suicide หรือ PAS)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์นั้น ในทางปฏิบัติ แพทย์จะเป็นผู้ตรวจอาการของผู้ป่วย และวินิจฉัยว่าผู้ป่วยนั้นมีอาการร้ายแรงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ หากเป็นไปตามหลักเกณฑ์ตามกฎหมาย แพทย์จึงจะสามารถทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยได้ โดยพ้นจากความรับผิดทั้งปวง ในกรณีที่ผู้ป่วยประสงค์จะฆ่าตัวตาย แพทย์จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาและจัดหาเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อให้สามารถฆ่าตัวตายได้สำเร็จ เช่น อธิบายวิธีการบริโภคยาที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ และจ่ายยานั้นให้แก่ผู้ป่วย หรือนำยาดังกล่าวใส่ในเข็มฉีดยา เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นผู้ลงมือฉีดยาเข้าร่างกายของตนด้วยตนเอง เป็นต้น[5]

แม้ว่าการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายจะมีวัตถุประสงค์ที่เหมือนกัน คือทำให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย แต่การ

---

[4] นันทน อินทนนท์, "ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ," บทบัณฑิตย์ 57 (ธันวาคม 2544): 133.

[5] เรื่องเดียวกัน.

ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายนั้น ก็ไม่จัดว่าเป็นประเภทหนึ่งของการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ เนื่องจากทั้งสองชนิดมีลักษณะการกระทำที่แตกต่างกัน กล่าวคือ การทำให้ตายอย่างสงบเป็นกรณีที่บุคคลอื่นลงมือกระทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ส่วนการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายเป็นกรณีที่ผู้ป่วยลงมือฆ่าตัวตายด้วยตนเอง แต่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเท่านั้น การกระทำทั้งสองชนิดจึงมีความแตกต่างกันที่การกระทำขั้นสุดท้าย (Last Act) ดังนั้น ผู้ที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย จึงไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา แต่ผู้กระทำอาจต้องรับผิดฐานช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย หากมีกฎหมายกำหนดเป็นความผิดอาญา

อย่างไรก็ดี วิทยานิพนธ์เล่มนี้เป็นการศึกษาเรื่องการทำให้ตายอย่างสงบเท่านั้น โดยมิได้ครอบคลุมไปถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายด้วย เนื่องจากมีหลายประเด็นที่แตกต่างกัน ทั้งลักษณะของการกระทำ ความรับผิดทางอาญา และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ผู้เขียนได้อธิบายความหมายของการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายมาในหัวข้อนี้ด้วย เพื่อมิให้เกิดความสับสนและความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการศึกษาวิจัย

2.1.2 ประเภทของการตายอย่างสงบ

การแบ่งประเภทของการตายอย่างสงบนั้นจะทำให้เข้าใจลักษณะของการกระทำดังกล่าวได้ดีมากยิ่งขึ้น และประเภทของการทำให้ตายอย่างสงบนี้จะเป็นจุดสำคัญในการกำหนดความรับผิดให้แก่ผู้กระทำผิด ในหัวข้อนี้จึงจำเป็นต้องศึกษาประเภทต่าง ๆ อย่างละเอียด เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ความรับผิดของผู้กระทำผิดต่อไป การแบ่งประเภทของการตายอย่างสงบนั้น ในทางวิชาการสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การแบ่งโดยพิจารณาจากลักษณะของการกระทำ และการแบ่งโดยพิจารณาจากความสมัครใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.1.2.1 การแบ่งโดยพิจารณาจากลักษณะการกระทำ

การตายอย่างสงบประเภทนี้มุ่งพิจารณาลักษณะของการกระทำเป็นหลัก โดยพิจารณาว่าผู้กระทำมีการกระทำอย่างไรอันเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ซึ่งเดิมสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด มีรายละเอียดดังนี้

1) การเร่งให้ตายอย่างสงบ (Active Euthanasia) หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ โดยไม่ใช่แค่ช่วยจัดหาวิธีการตายเท่านั้น แต่ยังลงมือกระทำใด ๆ อันส่งผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายด้วย[6] ในทางปฏิบัติ การกระทำลักษณะนี้มักเป็นการฉีด

[6] Brian A. Garner, Black's Law Dictionary, p. 594.

หรือให้ยาบางชนิดเกินขนาดจนผู้ป่วยถึงแก่ความตายโดยไม่เจ็บปวดทรมาน[7] อย่างไรก็ตาม หากผู้กระทำเป็นบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ อาจมีลักษณะการกระทำที่ต่างออกไป เห็นได้จากคดีที่เกิดขึ้นจริงในต่างประเทศ เช่น การนำหมอนปิดหน้าของผู้ป่วย การนำถุงพลาสติกครอบศีรษะของผู้ป่วยเพื่อให้ขาดอากาศหายใจ หรือใช้ปืนยิงให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย เป็นต้น การเร่งให้ตายอย่างสงบนี้ ในต่างประเทศมักใช้คำว่า “Mercy Killing” เพื่อให้ประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจความหมายได้อย่างรวดเร็ว ในประเทศไทยก็ได้รับอิทธิพลมาจากคำดังกล่าว ทำให้มีการแปลความหมายตรงตัวกลายเป็นคำว่า “การุณยฆาต” นั่นเอง

2) การปล่อยให้ตายอย่างสงบ (Passive Euthanasia) หมายถึง การกระทำใด ๆ อันเป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงแก่ความตาย ไม่ว่าจะเป็นการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจ หรือการให้อาหารทางสายยาง[8] โดยลักษณะของการยุติการช่วยชีวิตนั้นสามารถทำได้ 2 ลักษณะดังนี้

2.1) การยับยั้งการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต (Withholding Treatment) หมายถึง การไม่นำเครื่องมือช่วยชีวิตมาใช้รักษาผู้ป่วยตั้งแต่แรก ซึ่งหากได้ใช้เครื่องมือดังกล่าว จะสามารถยืดอายุของผู้ป่วยออกไปได้อีก เช่น การงดใช้เครื่องช่วยหายใจ การไม่กระตุ้นหัวใจ (Cardiopulmonary Resuscitation) การงดให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) หรือการไม่เปลี่ยนถ่ายเลือด (Blood Transfusion) เป็นต้น[9]

2.2) การเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต (Withdrawing Treatment) หมายถึง การเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตที่กำลังใช้รักษาผู้ป่วยออกไป ซึ่งหากใช้เครื่องมือดังกล่าวต่อไป จะสามารถยืดอายุของผู้ป่วยออกไปได้อีก เช่น การหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ[10] การหยุดให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ การหยุดใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต[11] เป็นต้น

จากการแบ่งประเภทของการตายอย่างสงบดังที่กล่าวมานี้ ในทางศีลธรรมมักให้เหตุผลว่า เป็นการแบ่งแยกระหว่าง “การฆ่า” (Killing) และ “การปล่อยให้ตาย” (Letting Die) โดยนำลักษณะของการกระทำมาเป็นหลักในการแบ่งประเภท ได้แก่ “การกระทำ” (Act) และ “การ

---

[7] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "สิทธิที่จะตาย," ดุลพาห 43 (ตุลาคม 2539): 101.

[8] Brian A. Garner, Black’s Law Dictionary, p. 594.

[9] นันทน อินทนนท์, "ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ," บทบัณฑิตย์ 57 (ธันวาคม 2544): 138.

[10] เรื่องเดียวกัน.

[11] ดุสิต สถาวร, "End-of-Life Care in the Picu," ใน New insights in pediatric critical care, จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์ ดุสิต สถาวร และนวลจันทร์ ปราบพาล, บรรณาธิการ (กรุงเทพมหานคร: ชมรมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย, 2546), หน้า 277.

งดเว้นการกระทำ” (Omission)[12] เพราะการเร่งให้ตายอย่างสงบเกิดจากการลงมือกระทำการใด ๆ ให้ผู้นั้นถึงแก่ความตาย ส่วนการปล่อยให้ตายอย่างสงบเป็นเพียงการงดเว้นการกระทำจนเป็นเหตุให้ผู้นั้นถึงแก่ความตายเท่านั้น ซึ่งการแบ่งลักษณะนี้มีหลักการพื้นฐานคือ แม้ผู้กระทำจะเล็งเห็นถึงผลร้ายที่ตามมาเหมือนกัน แต่การงดเว้นการกระทำนั้นถือว่ามีความชั่วน้อยกว่าการลงมือกระทำด้วยตนเอง ดังนั้น การเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบจึงยังเป็นการกระทำที่มีความผิดทางอาญา ในขณะที่การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบนั้นเริ่มได้รับการยอมรับให้กระทำได้ในบางสถานการณ์[13] และหากทำภายใต้เงื่อนไขนั้น จะไม่ถือว่าเป็นความผิดทางอาญาแต่อย่างใด

นอกจากนี้ นักวิชาการบางส่วนยังมีข้อโต้แย้งว่า การแบ่งโดยใช้การกระทำและการงดเว้นนั้นไม่ชัดเจนเพียงพอ เนื่องจากการเพิกถอนเครื่องมือทางการแพทย์บางชนิดอาจไม่ถือเป็นการงดเว้นเพราะต้องมีการลงมือกระทำต่อตัวผู้ป่วย เช่น การถอดเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วย ผู้กระทำจำเป็นต้องลงมือนำเครื่องมือนั้นออกจากตัวผู้ป่วย หรือการหยุดเครื่องมือช่วยชีวิตอื่น ๆ ก็จำเป็นต้องกระทำเพื่อให้เครื่องมือนั้นหยุดทำงาน ดังนั้นการหยุดใช้เครื่องมือช่วยชีวิตจึงยังเกี่ยวข้องกับการกระทำ และยังมีผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายด้วย[14] อีกทั้งยังมีข้อโต้แย้งทางศีลธรรมว่า การฆ่าและการปล่อยให้ตายนั้นไม่ได้มีระดับความชั่วที่แตกต่างกัน เพราะผู้กระทำมีเจตนาจะทำให้ถึงแก่ความตายเช่นเดียวกัน[15] ยิ่งไปกว่านั้นการเร่งให้ตายอย่างสงบอาจเป็นวิถีทางที่ดีต่อผู้ป่วยมากกว่าการปล่อยให้ตายอย่างสงบ เนื่องจากการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้นกระทำด้วยความรวดเร็วและผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวด แต่การปล่อยให้ตายอย่างสงบมีกระบวนการที่ช้ากว่าและผู้ป่วยอาจต้องทุกข์ทรมานมากขึ้นด้วย[16]

อย่างไรก็ตาม ในทางการแพทย์ยังมีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการแบ่งประเภทของการตายอย่างสงบที่สำคัญ เห็นได้จากคณะกรรมการด้านกฎหมายและจริยธรรมของแพทยสมาคมของสหรัฐอเมริกา (American Medical Association) ได้กล่าวว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น ไม่ควรเรียกว่า “Passive Euthanasia” เพราะการใช้คำว่า “Euthanasia” หมายถึงการมีเจตนาทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ในขณะที่การยับยั้งหรือเพิกถอน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[12] Puteri Nemie Jahn Kassim and Omipidan Bashiru Adeniyi, "Withdrawing and Withholding Medical Treatment: A Comparative Study between the Malaysian, English and Islamic Law," Medicine and Law 29, 2 (2010): 446.

[13] Ibid.

[14] Ibid.

[15] James Rachels, "Active and Passive Euthanasia," in Biomedical Ethics and the Law, eds. James M. Humber and Robert F. Almeder (New York: Plenum Press, 1979), pp. 513-515.

[16] Ibid., p. 512.

เครื่องมือช่วยชีวิตต่าง ๆ นั้น แพทย์ไม่ได้มีเจตนาให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ต้องการปลดเปลื้องความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเท่านั้น จึงไม่ควรนำไปปะปนกับคำว่า “Passive Euthanasia”[17]

ในระยะหลังการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตต่าง ๆ ออกจากผู้ป่วย จึงแยกออกจากการทำให้ตายอย่างสงบ เพื่อมิให้เกิดความสับสนในทางปฏิบัติของแพทย์และให้เกิดความชัดเจนในผลของกฎหมาย ดังนั้น การตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีการจัดแบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังนี้

1) การทำให้ตายอย่างสงบ (Euthanasia) เป็นการกระทำไปโดยมีเจตนาให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย เพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1.1) การเร่งให้ตายอย่างสงบ (Active Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายโดยเจตนา และผู้กระทำได้กระทำต่อร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง เช่น การฉีดยาให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้น[18]

1.2) การปล่อยให้ตายอย่างสงบ (Passive Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายโดยเจตนา แต่ผู้กระทำมิได้กระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง และยังปฏิเสธที่จะเข้าแทรกแซงเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายอีกด้วย ซึ่งการไม่เข้าแทรกแซงดังกล่าวเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต[19] เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่การพยากรณ์โรคสันนิษฐานว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีก 2-3 ปี ต่อมาผู้ป่วยติดเชื้อแทรกซ้อน และไม่ให้ยารักษาจนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย เป็นต้น

2) การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วย (Withholding/Withdrawing Treatment) หมายถึง การกระทำโดยเจตนาเพื่อปลดเปลื้องความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย โดยไม่มีเจตนายุติชีวิตของผู้ป่วย แต่ความตายที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ตามธรรมชาติของโรค ทั้งนี้ การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น ไม่ควรจัดเป็นส่วนหนึ่งของการปล่อยให้ตายอย่างสงบ เพราะจุดประสงค์ของการกระทำแตกต่างกัน กล่าวคือ การปล่อยให้ตายอย่างสงบเป็นการกระทำโดยมีเจตนาให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แต่การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีเจตนาให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

---

[17] พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน, สรุปการสัมมนาวิชาการ "ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต (Withholding and Withdrawing of Life-Sustaining Treatment)" หน้า 35.

[18] เรื่องเดียวกัน, หน้า 133.

[19] เรื่องเดียวกัน.

เท่านั้น แต่ความตายของผู้ป่วยนั้นเป็นผลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จากการกระทำนั้น (Double Effects of Treatment)[20]

จะเห็นได้ว่า ทั้งสองรูปแบบนี้มีลักษณะของการกระทำที่คล้ายคลึงกัน และอาจสร้างความสับสนได้ กล่าวคือ “Active Euthanasia” มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกับ “Withdraw” เพราะมีการกระทำต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ส่วน “Passive Euthanasia” มีรูปแบบคล้ายกับ “Withhold” เพราะเป็นการไม่เข้าทำการรักษาหรือใช้เครื่องมือตั้งแต่ต้น ซึ่งข้อแตกต่างของคำนิยามสำหรับการทำให้ตายอย่างสงบกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นมีอยู่ 2 ประการคือ

ประการแรก “Euthanasia” เป็นการทำโดยมีเจตนาทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วน “Withholding/Withdrawing Treatment” เป็นการทำโดยมีเจตนาเพื่อปลดเปลื้องความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยไม่ได้มีเจตนาทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยตรง

ประการที่สอง “Euthanasia” เป็นการกระทำต่อผู้ป่วยที่ยังไม่ถึงเวลาเสียชีวิต หากทำการรักษาหรือใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่อไป สามารถยื้อชีวิตของผู้ป่วยต่อไปได้อีก ส่วน “Withholding/Withdrawing Treatment” เป็นกรณีที่การยื้อชีวิตของผู้ป่วยต่อไปเป็นการรักษาเกินความจำเป็น และไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอีกต่อไป[21]

เมื่อเห็นแล้วว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นไม่ควรใช้คำปะปนกับ “Passive Euthanasia” เพราะมีคำนิยามที่แตกต่างกัน ดังนั้น ในวิทยานิพนธ์เล่มนี้จะเป็นการศึกษาความรับผิดสำหรับการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงแก่ความตายใน 2 รูปแบบ ได้แก่ การเร่งให้ตายอย่างสงบ (Active Euthanasia) และการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต (Withholding/Withdrawing Treatment) เพื่อให้สอดคล้องกับคำนิยามทางการแพทย์ และมิให้เกิดความสับสนต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.1.2.2 การแบ่งโดยพิจารณาจากความสมัครใจ

นอกจากการแบ่งตามลักษณะของการกระทำแล้ว ยังมีการแบ่งอีกรูปแบบหนึ่งคือ การแบ่งโดยพิจารณาจากความสมัครใจของผู้ป่วย เพื่อลดความคลุมเครือของการแบ่งแยกประเภทการตายอย่างสงบ โดยมุ่งพิจารณาเจตนาของผู้ป่วยเป็นสำคัญว่าผู้ป่วยสมัครใจหรือยินยอมให้

---

[20] เรื่องเดียวกัน, หน้า 133-134.

[21] Virginia Sanchini, Cecilia Nardini, and Giovanni Boniolo, "The Withholding/Withdrawing Distinction in the End-of-Life Debate," Multidisciplinary Respiratory Medicine 9, 13 (March 2014): 3.

กระทำให้ตนถึงแก่ความตายหรือไม่ และไม่จำเป็นต้องพิจารณาถึงการกระทำหรือการงดเว้นการกระทำอีกต่อไป ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การทำให้ตายอย่างสงบโดยความยินยอมของผู้ป่วย (Voluntary Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงแก่ความตายอย่างสงบ โดยผู้ป่วยนั้นยินยอม[22] การทำให้ตายอย่างสงบประเภทนี้ได้รับการยอมรับมากที่สุด เพราะเป็นการทำตามความประสงค์ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถฆ่าตัวตายเองได้ ผู้กระทำเพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบตามเจตนารมณ์ที่ให้ไว้ก่อนตายเท่านั้น[23] การกระทำดังกล่าวจึงมีความน่าตำหนิน้อยกว่าประเภทอื่น ๆ และสามารถยอมรับให้ทำได้ในบางสถานการณ์

2) การทำให้ตายอย่างสงบโดยผู้ป่วยไม่ยินยอม (Involuntary Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยที่ยังมีสติสัมปชัญญะถึงแก่ความตายอย่างสงบ โดยผู้ป่วยนั้นไม่ยินยอม[24] การกระทำประเภทนี้จึงเป็นกรณีที่ผู้ป่วยประสงค์จะมีชีวิตอยู่ แต่บุคคลอื่นกลับทำให้ตายอย่างสงบโดยขัดกับเจตนารมณ์ของผู้นั้น ในปัจจุบันการกระทำดังกล่าวยังไม่อาจยอมรับได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ผู้กระทำจึงต้องรับผิดทางอาญาฐานฆ่าผู้อื่น แม้ว่าจะทำไปด้วยความประสงค์ดีต่อผู้ป่วยก็ตาม

3) การทำให้ตายอย่างสงบโดยผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้ (Non-Voluntary Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะถึงแก่ความตายอย่างสงบ จึงเป็นกรณีผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้[25] การกระทำประเภทนี้มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบางประเภท เช่น ทารกเกิดใหม่ที่พิการอย่างรุนแรง ผู้ที่สมองเสื่อมรุนแรงจากชราภาพ ผู้ที่เป็นโรคจิตบางประเภท[26] หรือผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวร (Persistent Vegetative State) เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ล้วนแต่ไม่สามารถแสดงความประสงค์ได้อีกแล้ว ส่งผลให้การยุติชีวิตของผู้ป่วยดังกล่าวมีความเห็นทางวิชาการที่หลากหลาย ดังนั้น ในทางปฏิบัติการทำให้ตายอย่างสงบโดยผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้จึงแตกต่างกันในแต่ละประเทศ

จากการศึกษาประเภทของการตายอย่างสงบทั้งสองชนิด แม้มีประเด็นความเห็นแย้งในบางเรื่อง แต่การแบ่งประเภทดังกล่าวก็ยังเป็นหลักเกณฑ์ที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบัน และยังใช้ในการวิเคราะห์เรื่องการตายอย่างสงบในทางวิชาการอยู่ ดังนั้น การศึกษาการแบ่งประเภทเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ความรับผิดของการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบต่อไป

---

[22] Brian A. Garner, Black's Law Dictionary, p. 594.

[23] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "สิทธิที่จะตาย," ดุลพาห: 103.

[24] Brian A. Garner, Black's Law Dictionary, p. 594.

[25] Ibid.

[26] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "สิทธิที่จะตาย," ดุลพาห: 105.

2.1.3 ขอบเขตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากที่ได้ศึกษาถึงความหมายและประเภทของการตายอย่างสงบแล้ว จะเห็นได้ว่าการกระทำดังกล่าวจำกัดเฉพาะกรณีที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally Ill Patients) เท่านั้น หากการเจ็บป่วยนั้นยังมีแนวโน้มที่จะรักษาให้หายกลับเป็นปกติได้ การทำให้ผู้นั้นถึงแก่ความตายจะไม่ถือเป็นการทำให้ตายอย่างสงบแต่อย่างใด ดังนั้น ในหัวข้อนี้จึงจำเป็นต้องศึกษาว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีความหมายอย่างไร และครอบคลุมถึงผู้ป่วยประเภทใดบ้าง

โดยทั่วไปคำว่า “การป่วยระยะสุดท้าย” (Terminal illness หรือ Terminal Condition) หมายถึง ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายกลับเป็นปกติได้ ซึ่งจะทำให้ถึงแก่ความตายภายในเวลาไม่ช้า และการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตจะเป็นเพียงการยืดความตายออกไปเท่านั้น[27] เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคปอดเรื้อรัง โรคไตวาย โรคสมองเสื่อม โรคเอดส์ หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

ส่วนในประเทศไทยนั้น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ให้คำจำกัดความของการป่วยระยะสุดท้ายว่า โรคหรือภาวะที่ร้ายแรงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง จนต้องพึ่งพาครอบครัวและผู้ดูแล โดยคาดหมายว่าจะเสียชีวิตในไม่ช้า

อย่างไรก็ตาม คำว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” นั้นไม่มีนิยามที่เป็นสากล และอาจทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ได้[28] เนื่องจากมีการให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกันไป ในบางประเทศอาจกำหนดอายุที่คาดหวัง (Life Expectancy) อย่างชัดเจนในคำนิยาม เช่น ในกฎหมายสหพันรัฐของสหรัฐอเมริกา (U.S. Federal Code) มีกำหนดอายุที่คาดหวังของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ 4 ระดับด้วยกัน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้อีกไม่เกิน 24 เดือน 12 เดือน 9 เดือน และ 6 เดือน[29] เป็นต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[27] Duhaime's Encyclopedia of Law, "Duhaime's Law Dictionary: Terminal Condition Definition," [Online] Accessed: 6 May 2019. Available from: http://www.duhaime.org/LegalDictionary/T/TerminalCondition.aspx

[28] David Hui *et al.*, "Concepts and Definitions for ‘Actively Dying,’ ‘End of Life,’ ‘Terminally Ill,’ ‘Terminal Care,’ and ‘Transition of Care’: A Systematic Review," Journal of Pain and Symptom Management 47, 1 (January 2014): 78.

[29] Ibid., p. 85.

นอกจากนี้ การทำให้ตายอย่างสงบนั้น นอกจากเป็นกระทำต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ยังมีการศึกษาขยายไปถึงผู้ป่วยประเภทอื่นที่อาจกระทำการดังกล่าวได้เช่นกัน ซึ่งในประเด็นนี้มีนักวิชาการแบ่งประเภทของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการทำให้ตายอย่างสงบไว้ 3 ประเภท[30] คือ

1) ผู้ป่วยที่ทรมานจากอาการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2) ผู้ป่วยที่หมดหวัง เช่น ผู้ป่วยสภาพผักถาวร[31] (Persistent Vegetative State หรือ PVS) ผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิต ผู้ป่วยปัญญาอ่อน ผู้สูงอายุที่ทุกข์ทรมานเพราะชราภาพ ผู้ป่วยที่บกพร่องทางร่างกายอย่างเห็นได้ชัด หรือผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์

3) ผู้ป่วยที่เป็นทารกหรือเด็กที่มีความผิดปกติทางกายและจิตใจตั้งแต่กำเนิด

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีผู้ป่วยหลายประเภทที่เป็นกลุ่มเสี่ยง แต่หลายประเทศก็ยอมรับการทำให้ตายอย่างสงบเฉพาะการกระทำต่อผู้ป่วยบางประเภทเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยสภาพผักถาวร ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวถาวร เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยบางประเภทอาจมีลักษณะไม่ครบตามความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ผู้ป่วยสภาพผักถาวรยังสามารถมีชีวิตอยู่ได้เรื่อย ๆ ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ จึงไม่ถือเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ถึงแม้ว่าไม่เข้าลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง แต่ในบางประเทศก็อาจมีกฎหมายหรือคำพิพากษาวางหลักให้การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยเหล่านี้ได้เช่นกัน ส่วนผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ เช่น ทารกที่มีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด หรือผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิตนั้น ในบางประเทศอาจมีการถกเถียงเกี่ยวกับการทำให้ผู้ป่วยประเภทนี้ตายอย่างสงบ แต่ก็ยังไม่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายมากนัก

จะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันการทำให้ตายอย่างสงบนั้น นอกจากเป็นการกระทำต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ยังครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยบางประเภทดังที่ได้กล่าวไปข้างต้นอีกด้วย ทำให้ขอบเขตของการทำให้ตายอย่างสงบในประเทศต่าง ๆ มีความแตกต่างกันไปในรายละเอียด ดังนั้น การศึกษานิยามของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบของต่างประเทศต่อไป

---

[30] Joseph Sanders, "Euthanasia: None Dare Call It Murder," Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science 60, 3 (1969): 352.

[31] ผู้ป่วยสภาพผักถาวร หมายถึง ผู้ป่วยที่เปลือกสมองได้รับความเสียหายอย่างรุนแรง เป็นเหตุให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยผู้ป่วยลักษณะนี้จะมีชีวิตอยู่ได้ด้วยเครื่องช่วยหายใจและได้รับอาหารผ่านทางสายยาง จึงทำให้ผู้ป่วยยังสามารถมีชีวิตอยู่ได้ ทั้ง ๆ ที่หมดโอกาสฟื้นคืนความรู้สึกกลับมาได้อีก หรือที่คนไทยเรียกกันว่า เจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทรา อ้างถึงใน วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, นิติเวชสาธกฉบับกฎหมายอาญากับการแพทย์ยุคไฮเทค, พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2533), หน้า 76, 92.

2.1.4 บุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า การทำให้ตายอย่างสงบนั้นเป็นการทำให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน ผู้กระทำจึงทำไปเพราะความสงสารผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ บุคคลที่จะกระทำการดังกล่าวมักเป็นคนใกล้ชิดกับผู้ป่วยและเห็นผู้ป่วยต้องทรมานกับโรคภัยไข้เจ็บมาเป็นเวลานาน จนในที่สุดจึงตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย จะเห็นได้ว่า บุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้มักเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมาก่อน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้[32]

1) แพทย์

ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เป็นผู้ที่มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากแพทย์มีหน้าที่ตรวจและวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยโดยตรง และผู้ป่วยก็คาดหวังว่าแพทย์จะใช้ความรู้ความสามารถในการรักษาอาการเจ็บป่วยของตนได้ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจึงเป็นความสัมพันธ์พิเศษที่อยู่บนพื้นฐานของความไว้เนื้อเชื่อใจซึ่งกันและกัน ในบางกรณี เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องทนทุกข์กับโรคดังกล่าว ผู้ป่วยบางส่วนอาจร้องขอให้แพทย์ทำให้ตนเองจากไปอย่างสงบได้ ดังนั้น หากแพทย์เกิดความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ก็สามารถใช้ความรู้ทางการแพทย์และอาศัยโอกาสในการประกอบวิชาชีพ และทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบได้

2) บุคคลอื่น

นอกจากแพทย์จะสามารถทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบแล้ว ยังมีบุคคลอื่น ๆ ที่สามารถกระทำได้เช่นกัน โดยเฉพาะบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยมาตลอดการรักษา เช่น สมาชิกในครอบครัว หรือญาติพี่น้อง เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ต้องทนเห็นบุคคลที่ตนรักทุกข์ทรมานกับอาการเจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน ดังนั้น การทำให้ตายอย่างสงบโดยบุคคลอื่นจึงมักเกิดขึ้นระหว่างสามีภรรยา หรือบิดามารดากับบุตร เพราะบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยคงไม่กระทำไปทั้งที่มีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดทางอาญาอย่างแน่นอน

อย่างไรก็ตาม แม้บุคคลที่สามารถทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้จะมีทั้งแพทย์และบุคคลอื่น แต่ในปัจจุบันประเทศส่วนใหญ่มักอนุญาตให้แพทย์ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบได้ในบางรูปแบบ โดยเฉพาะการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต และในบางประเทศยังมีกฎหมายให้แพทย์ทำการุณยฆาตแก่ผู้ป่วยได้อีกด้วย เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะแพทย์กับบุคคลอื่น ๆ มีความแตกต่างทางวิชาชีพ กล่าวคือ แพทย์มีลักษณะเป็นวิชาชีพมาตั้งแต่สมัยกรีก เนื่องจากเป็นอาชีพที่ต้องใช้องค์ความรู้เฉพาะด้านและต้องปฏิบัติหน้าที่โดยรับผิดชอบต่อสังคม จึงต้องมีจริยธรรมในการ

---

[32] Joseph Sanders, "Euthanasia: None Dare Call It Murder," Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science: 352.

ประกอบวิชาชีพ และมีองค์กรวิชาชีพมาควบคุมให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ แพทย์ในยุโรปสมัยก่อน จึงต้องกล่าวคำปฏิญาณของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) ซึ่งได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาแห่งการแพทย์ก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติหน้าที่ตามวิชาชีพ[33] ดังนั้น การที่แพทย์ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หากเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยก็สอดคล้องกับหลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (Autonomy) อีกทั้งการไม่ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ยื้อชีวิตของผู้ป่วยเกินจำเป็น ก็สอดคล้องกับหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence) ตามจริยธรรมทางการแพทย์แล้ว[34]

ในทางกลับกัน บุคคลอื่น ๆ ไม่ได้เป็นวิชาชีพเช่นเดียวกับแพทย์ จึงไม่มีเหตุผลด้านจริยธรรมทางการแพทย์มารองรับ แต่ในกรณีที่บุคคลนั้นเป็นผู้มีความสัมพันธ์พิเศษกับผู้ป่วย เช่น มีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดากับบุตร หรือเป็นสามีกับภรรยา เป็นต้น บุคคลเหล่านี้อาจมีหน้าที่ตามกฎหมายที่ต้องอุปการะเลี้ยงดูซึ่งกันและกัน หรือเป็นหน้าที่ตามศีลธรรมในบางศาสนาก็ได้ ส่งผลให้เกิดประเด็นปัญหาว่า บุคคลอื่นที่มีส่วนในการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบนั้น ควรต้องรับผิดทางอาญาหรือไม่ และแตกต่างกับความรับผิดของแพทย์อย่างไร ซึ่งผู้เขียนจะได้วิเคราะห์ความรับผิดทางอาญาสำหรับบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ต่อไปในบทที่ 5

ดังนั้น เมื่อได้ศึกษาความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบแล้วว่ามีความหมายและลักษณะอย่างไร ในหัวข้อถัดไปจึงจำเป็นต้องศึกษาแนวคิดทางกฎหมายของการกระทำดังกล่าว เพื่อให้เข้าใจเหตุผลเบื้องหลังการทำให้ตายอย่างสงบอย่างละเอียดมากยิ่งขึ้น และจะเป็นประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจบริบทของการทำให้ตายอย่างสงบในประเทศต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการตายอย่างสงบ

การทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงแก่ความตาย ทั้งในรูปแบบของการเร่งให้ตายอย่างสงบและการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้น มีแนวคิดมาจากการคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยเห็นว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกว่าจะรักษาต่อไปหรือเลือกที่จะจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ดังนั้น แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการตายอย่างสงบของผู้ป่วยจึงมีอยู่ 2 ประการ ได้แก่ สิทธิที่จะตาย และสิทธิในการปฏิเสธการรักษา

---

[33] Oknation, "แพทย์... ทำไมต้องมีจริยธรรมวิชาชีพ" [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2562. แหล่งที่มา: http://oknation.nationtv.tv/blog/wahiniawitt/2010/01/28/entry-1

[34] อำพล จินดาวัฒนะ, ปฏิเสธการรักษากับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต, พิมพ์ครั้งที่ 1 (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552), หน้า 27.

2.2.1 สิทธิที่จะตาย (Right to Die)

สิทธิที่จะตายนั้นเป็นสิทธิทางธรรมชาติที่มนุษย์มีมาตั้งแต่ต้น[35] เพราะมนุษย์ทุกคนมีสิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเอง (Right to Self-Determination) จึงสามารถตัดสินใจได้ว่าตนต้องการมีชีวิตอยู่หรือตาย โดยไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคลอื่นใด ดังนั้น สิทธิที่จะตายจึงถือเป็นสิทธิมนุษยชนเช่นเดียวกับสิทธิในการมีชีวิตอยู่ (Right to Life)[36] อย่างไรก็ตาม การที่รัฐเข้ามาควบคุมสังคมมนุษย์ โดยตรากฎหมายขึ้นมาเพื่อจัดระเบียบสังคมให้เป็นไปตามหลักศาสนา วัฒนธรรม และสังคม ส่งผลให้ในหลายประเทศมีการตรากฎหมายจำกัดสิทธิที่จะตายเพื่อมิให้สูญเสียทรัพยากรของรัฐ โดยบัญญัติเป็นความผิดอาญา เช่น ความผิดฐานพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ที่ฝ่าฝืนจะต้องรับโทษทางอาญา ส่งผลให้สิทธิที่จะตายของมนุษย์ถูกจำกัดมากยิ่งขึ้น

ต่อมาเมื่อมนุษย์เริ่มให้ความสำคัญกับสิทธิและเสรีภาพของปัจเจกชน จึงเกิดการตั้งคำถามถึงการจำกัดสิทธิดังกล่าว และนำไปสู่การยกเลิกความผิดฐานฆ่าตัวตายในหลายประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษ ประเทศฝรั่งเศส ประเทศปรัสเซีย และประเทศออสเตรีย เป็นต้น[37] ซึ่งผลของการยกเลิกกฎหมายดังกล่าวส่งผลโดยตรงกับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ และการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย จนทำให้เกิดการเรียกร้องให้มีกฎหมายรับรองสิทธิที่จะตาย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถถึงแก่ความตายอย่างสงบ เพราะผู้ป่วยไม่ควรถูกยืดความตายออกไปด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีอยู่ แต่ควรให้ผู้นั้นได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ให้มากที่สุด

อย่างไรก็ตาม สิทธิที่จะตายเป็นสิทธิที่จำกัดเฉพาะการตายเมื่อถึงกาลเวลาที่สมควรเท่านั้น กล่าวคือ สิทธิที่จะตายให้สิทธิเฉพาะผู้ป่วยที่หมดหวัง เพื่อให้บุคคลดังกล่าวเลือกที่จะตายอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากเครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ เท่านั้น แต่มิได้ส่งเสริมให้บุคคลทั่วไปสามารถขอให้แพทย์กระทำการให้ตนถึงแก่ความตายได้ทุกเมื่อ[38] ดังนั้น สิทธิที่จะตายจึงไม่ได้ปฏิเสธการรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน แต่เป็นสิทธิสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถจากไปตามธรรมชาติดั้งเดิมของมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ที่กล่าวถึงความสำคัญของสิทธิที่จะตายสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ดังนี้

---

[35] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "สิทธิที่จะตาย," ดุลพาห: 108.

[36] ไพศาล ลิ้มสถิตย์, "สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตามพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐," ดุลพาห 56 (กันยายน 2552): 141.

[37] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "สิทธิที่จะตาย," ดุลพาห: 108.

[38] แสวง บุญเฉลิมวิภาส, "การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย," วารสารศาลยุติธรรม 4 (ธันวาคม 2546): 34.

“สิทธิที่จะตายอาจแสดงให้เห็นได้เสมอ ในกรณีผู้ป่วยเป็นมะเร็งที่แพร่กระจายทั้งตัวแล้ว ผู้ป่วยจะพยายามฆ่าตัวตาย จึงทำให้เกิดปัญหากับแพทย์ว่า จะยังพยายามช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ทุกวิถีทาง โดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายใด ๆ ซึ่งขัดกับความต้องการของผู้ป่วยเองหรือควรจะปล่อยให้โรคดำเนินไปตามวิถีทางของธรรมชาติ”[39]

เนื่องจากการใช้สิทธิที่จะตายของบุคคลหนึ่ง อาจกระทบต่อสิทธิของบุคคลอื่นหรือสิทธิของสาธารณชนได้[40] ส่งผลให้หลายประเทศเริ่มผลักดันให้มีกฎหมายรับรองสิทธิที่จะตายอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อพัฒนาจากสิทธิทางธรรมชาติมาเป็นสิทธิทางกฎหมาย[41] โดยกฎหมายที่รับรองสิทธิดังกล่าว อาจอยู่ในรูปแบบของการบัญญัติกฎหมายอนุญาตการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือจากแพทย์ หรือรับรองการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า (Living Will) ก็ได้ ตัวอย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มลรัฐออริกอน (Oregon) ออกพระราชบัญญัติการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Death with Dignity Act) เพื่ออนุญาตให้แพทย์ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายอย่างเต็มรูปแบบ จนปัจจุบันมีอีก 5 มลรัฐที่ออกกฎหมายมารับรองการกระทำดังกล่าวเช่นกัน และยังส่งผลให้ฝ่ายนิติบัญญัติในรัฐอื่น ๆ ก็เริ่มผลักดันกฎหมายเข้าสู่สภามากขึ้นอีกด้วย จะเห็นได้ว่า สิทธิที่จะตายมีแนวโน้มที่จะพัฒนาเป็นสิทธิทางกฎหมายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนการรับรองดังกล่าวจะมีขอบเขตและรูปแบบอย่างไร ขึ้นอยู่กับความเห็นของฝ่ายนิติบัญญัติที่จะออกกฎหมายให้เหมาะสมกับความเห็นส่วนใหญ่ของคนในประเทศนั้น ๆ

นอกจากนี้ ในบางประเทศยังมีคำพิพากษาของศาลรับรองให้สิทธิที่จะตายเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญอีกด้วย ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2516 สหรัฐอเมริกามลรัฐเพนซิลเวเนีย ศาลได้วินิจฉัยว่าสิทธิส่วนบุคคลนั้นครอบคลุมไปถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาและสิทธิที่จะตายด้วย โดยมีข้อความดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

“สิทธิส่วนบุคคลตามรัฐธรรมนูญ รวมถึงสิทธิของผู้ใหญ่ที่มีความสามารถสมบูรณ์ (Nature Competent Adult) ปฏิเสธที่จะรับการรักษาตามคำแนะนำของแพทย์เพื่อยืดชีวิตของตนออกไป หรืออาจจะกล่าวอย่างรวบรัดว่า สิทธิส่วนตัวรวมถึงสิทธิที่จะตายด้วย ซึ่งรัฐไม่ควรเข้าไปขัดขวาง ถ้ามิใช่กรณีที่มีผู้เยาว์หรือทารกในครรภ์ และต้องไม่ปรากฏว่ามีอันตรายต่อสุขภาพของสาธารณชน หรือกระทบกระเทือนต่อสวัสดิการสาธารณะ ตลอดจนศีลธรรมอันดี ถ้าผู้ใดมีความสามารถสมบูรณ์ในขณะเจตนาตัดสินใจที่จะตาย ศาลก็ไม่ควรเข้าไปขัดขวาง

---

[39] เรื่องเดียวกัน.

[40] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "สิทธิที่จะตาย," ดุลพาห: 124.

[41] เรื่องเดียวกัน, หน้า 108.

แม้ว่าการตัดสินใจของเขาอาจเห็นได้ว่าเป็นการไม่ฉลาด หรือโง่เขลาเบาปัญญาก็ตาม"[42]

จากการศึกษาข้างต้น เห็นได้ชัดว่า สิทธิที่จะตายนั้นเกี่ยวข้องกับการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ ดังนั้น การที่ผู้ป่วยจะใช้สิทธิดังกล่าวย่อมเกี่ยวพันกับการปฏิเสธการรักษาของแพทย์โดยตรง ในหัวข้อถัดไป จึงเป็นการศึกษาเรื่องสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า เพื่อให้เข้าใจลักษณะของสิทธิดังกล่าวอย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2.2.2 สิทธิในการปฏิเสธการรักษา (Right to Refuse Treatment)

มนุษย์ทุกคนเมื่อเกิดมาย่อมเป็นเจ้าของชีวิตและร่างกายของตนเอง หากเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ย่อมมีสิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเอง และสามารถเลือกได้ว่าจะเข้ารับการรักษาพยาบาลหรือไม่ หรือแม้จะเริ่มรักษาพยาบาลไปแล้ว ก็สามารถหยุดการรักษาได้เช่นกัน เพราะการรักษาบางชนิด แพทย์ต้องใช้เครื่องมือต่าง ๆ กระทำกับร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง จึงต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนเสมอ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง สิทธิในการปฏิเสธการรักษาจึงเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สำคัญของผู้ป่วย[43] หากผู้ป่วยไม่เห็นด้วยกับการรักษา หรือเห็นว่าการรักษาต่อไปจะไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ ก็สามารถปฏิเสธการรักษาได้ และเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจปฏิเสธการรักษาโดยชัดแจ้งแล้ว แพทย์จะต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยเสมอ แต่แพทย์ก็มีหน้าที่ต้องอธิบายถึงข้อมูลต่าง ๆ อย่างละเอียด เช่น ขั้นตอนการรักษา ประโยชน์ของการรักษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงผลกระทบและอันตรายที่จะตามมา[44]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ การใช้สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยมักเกิดปัญหาเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวจะทำให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการ เช่น ญาติของผู้ป่วยสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้หรือไม่ หรือกรณีญาติของผู้ป่วยมีหลายคนและมีความเห็นขัดแย้งกันจะทำอย่างไร หรือหากความประสงค์ของญาติกับเจตนาที่ผู้ป่วยเคยให้ไว้มีความแตกต่างกันจะทำอย่างไร ปัญหาเหล่านี้สามารถพบเจอได้บ่อยครั้ง และจะนำไปสู่ข้อพิพาทกันระหว่างญาติของผู้ป่วยและโรงพยาบาลเสมอ ดังนั้น ในหลายประเทศจึงพัฒนากฎหมายรองรับการทำหนังสือ

---

[42] In re Yetter, 62 Pa. D. & C.2d 619, 623 (Pa. Com. Pl. 1973); วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "สิทธิที่จะตาย," ดุลพาห: 111.

[43] นิรมัย พิศแข มั่นจิตร, กฎหมายว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการทางด้านสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอนคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2561), หน้า 75.

[44] แสวง บุญเฉลิมวิภาส และ เอนก ยมจินดา, กฎหมายการแพทย์, หน้า 174.

แสดงเจตนาล่วงหน้า เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวและสร้างความชัดเจนในการปฏิบัติงานของบุคคลที่เกี่ยวข้อง

หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้านั้น ในภาษาอังกฤษมีชื่อเรียกหลายรูปแบบ เช่น “Living Will” “Advance Directives” หรือ “Advance Decision” หนังสือดังกล่าวนี้เป็นเครื่องมือในการแสดงออกซึ่งสิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่ใช้อย่างแพร่หลายในประเทศต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยที่ต้องการจากไปตามวิถีทางธรรมชาติ สามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าตนไม่ต้องการให้แพทย์ใช้เครื่องมือต่าง ๆ มายื้อชีวิตของตนอีกต่อไป ดังนั้น การที่ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ จะทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ และลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับญาติของผู้ป่วยได้มากขึ้น

สิทธิในการปฏิเสธการรักษาและการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้านั้น ได้รับการรับรองจากแพทยสมาคมโลก (World Medial Association - WMA) ซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพระหว่างประเทศ เปรียบเสมือนตัวแทนของแพทย์ในประเทศสมาชิกทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย[45] โดยแพทยสมาคมโลกได้ออกกฎหมายและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธการรักษาอย่างชัดเจน ได้แก่

1) ปฏิญญาลิสบอนเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient) ปฏิญญานี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยที่สำคัญ โดยเน้นหลักความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์และบุคคลที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานด้วยความรู้ผิดชอบชั่วดี และคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย[46] ในปฏิญญานี้กำหนดสิทธิต่าง ๆ ของผู้ป่วยไว้หลากหลาย ยกตัวอย่างเช่น สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ สิทธิในการเลือกอย่างเสรี สิทธิในการได้รับข้อมูล สิทธิที่จะได้รับการรักษาความลับ เป็นต้น แต่เนื้อหาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการปฏิเสธการรักษานั้นปรากฏอยู่ในข้อ 3 ว่าด้วยสิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเอง และข้อ 10 ว่าด้วยสิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ซึ่งมีเนื้อหาดังนี้

> *“ข้อ 3 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น*
>
> *ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มีสิทธิจะให้หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตน ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของ*

---

[45] ไพศาล ลิ้มสถิตย์, "สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตามพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐," ดุลพาห: 143.

[46] เรื่องเดียวกัน, หน้า 144.

การตรวจทดสอบหรือการบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม”[47]

“ข้อ 10 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะช่วยให้สิ้นชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีโดยสงบเท่าที่จะทำได้”[48]

2) คำแถลงเรื่อง หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Statement on Advance Directives (“Living Wills”)) แพทยสมาคมโลกได้ออกคำแถลงนี้เมื่อปี ค.ศ. 2003 และได้รับการรับรองอีกครั้งในปี ค.ศ. 2013 ซึ่งมีหลักการสำคัญ คือ การทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษร หรือทำด้วยวาจาต่อหน้าพยาน เพื่อกำหนดการรักษาทางการแพทย์ที่ต้องการหรือไม่ต้องการไว้ล่วงหน้า หากตนเจ็บป่วยถึงขั้นที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถแสดงเจตนาได้ในอนาคต[49]

เมื่อผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้อย่างชัดเจนแล้ว แพทย์ก็สามารถกระทำไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยได้ โดยไม่ถือว่าขัดกับจริยธรรมทางการแพทย์แต่อย่างใด เพราะแพทย์กระทำไปด้วยความเคารพต่อเจตนาของคนไข้ที่ต้องการตายตามวิถีทางธรรมชาติ มิใช่ไปเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตออกจากผู้ป่วยโดยพลการ[50] กรณีเช่นนี้ จึงแตกต่างกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ซึ่งคนส่วนใหญ่ยังเห็นว่าขัดต่อศีลธรรมและจริยธรรมทางการแพทย์ และยังไม่เป็นที่ยอมรับในทางสากล[51]

ในประเด็นดังกล่าว แพทยสมาคมโลกก็ได้ให้การยอมรับอย่างชัดเจนไว้เช่นกันว่าการกระทำของแพทย์ไม่ขัดต่อจริยธรรมทางการแพทย์ ดังความตอนหนึ่งในปฏิญญาของแพทยสมาคมโลกว่าด้วยการตายอย่างสงบ (The World Medical Association's Declaration on Euthanasia) ซึ่งประกาศในปี พ.ศ. 2530 และได้รับการรับรองอีกครั้งในปี พ.ศ. 2548 มีข้อความดังนี้

“การกระทำโดยตั้งใจที่จะทำลายชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าจะเป็นการทำตามคำร้องขอของผู้ป่วยหรือญาติสนิทก็ตาม ถือว่าผิดหลักจริยธรรม แต่ไม่รวมถึงการดูแล

---

[47] เรื่องเดียวกัน.

[48] เรื่องเดียวกัน.

[49] World Medical Association, "Wma Statement on Advance Directives (“Living Wills”) " [Online] Accessed: 27 October 2018. Available from: https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-advance-directives-living-wills/

[50] แสวง บุญเฉลิมวิภาส, ปลายทางชีวิต ขอลิขิตการรักษา, พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพมหานคร: สายธาร, 2557), หน้า 67.

[51] นิรมัย พิศแข มั่นจิตร, กฎหมายว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการทางด้านสุขภาพ, หน้า 122.

ของแพทย์ที่เคารพต่อความปรารถนาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งประสงค์ที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ”[52]

อย่างไรก็ตาม การไม่ช่วยเหลือชีวิตของผู้ป่วยตามสิทธิในการปฏิเสธการรักษานั้นจำกัดเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งในทางการแพทย์เรียกกันว่า ผู้ป่วย NR. (Do Not Resuscitate or No Resuscitation) หมายถึง ไม่ต้องการให้นำเครื่องมือต่าง ๆ มาช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฟื้นคืนชีวิตเท่านั้น แต่การดูแลรักษาในขั้นพื้นฐานยังคงต้องมีต่อไปคงเดิม[53] ดังนั้น เรื่องการปฏิเสธการรักษาจึงไม่ใช่การทอดทิ้งหรือปล่อยปละละเลยผู้ป่วยแต่อย่างใด ในปัจจุบันการแพทย์ทั่วโลกจึงสนับสนุนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) มากยิ่งขึ้น ซึ่งหมายถึงการรักษาโดยดูแลบรรเทาโรคตามอาการ (Symptom Control) บรรเทาความเจ็บปวด (Relief Pain) ตลอดจนดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย (Spiritual Healing)[54] เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้ายของชีวิต และค่อย ๆ จากไปอย่างสงบโดยไม่ต้องทุกข์ทรมาน

จากการศึกษาแนวคิดของการตายอย่างสงบดังที่กล่าวมา ทำให้เข้าใจสิทธิที่เป็นพื้นฐานของการตายอย่างสงบครบถ้วนแล้ว ในหัวข้อถัดไปจะเริ่มศึกษาถึงข้อพิจารณาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ได้แก่ ข้อสนับสนุนและข้อคัดค้าน และขอบเขตการทำให้ตายอย่างสงบในประเทศต่าง ๆ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ขอบเขตของการตายอย่างสงบให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย และสามารถวิเคราะห์ความรับผิดที่เหมาะสมสำหรับการกระทำดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น

2.3 ข้อพิจารณาเกี่ยวกับขอบเขตของการทำให้ตายอย่างสงบ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า การทำให้ตายอย่างสงบยังมีประเด็นที่ถกเถียงกันทั่วโลก และยังไม่ได้ข้อยุติ ส่งผลให้การกระทำดังกล่าวเป็นเรื่องที่อยู่กึ่งกลางระหว่างสิทธิที่จะตายของผู้ป่วยและการผิดศีลธรรม ดังนั้น ในหัวข้อนี้จะพิจารณาถึงขอบเขตของการตายอย่างสงบในปัจจุบัน โดยศึกษาความคิดเห็นต่าง ๆ ทั้งด้านบวกและด้านลบ ตลอดจนการทำให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมายในประเทศต่าง ๆ เพื่อให้เห็นพัฒนาการและแนวโน้มในอนาคตของการทำให้ตายอย่างสงบต่อไป ทั้งนี้ในการพิจารณาขอบเขตดังกล่าวสามารถแบ่งได้ 2 หัวข้อ คือ ข้อสนับสนุนและข้อคัดค้านของการทำให้ตายอย่างสงบ และการทำให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมายในประเทศต่าง ๆ

---

[52] แสวง บุญเฉลิมวิภาส, ปลายทางชีวิต ขอลิขิตการรักษา, หน้า 60.

[53] แสวง บุญเฉลิมวิภาส และเอนก ยมจินดา, กฎหมายการแพทย์, หน้า 174.

[54] แสวง บุญเฉลิมวิภาส, ปลายทางชีวิต ขอลิขิตการรักษา, หน้า 61.

2.3.1 ข้อสนับสนุนและข้อคัดค้านเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบ

ในปัจจุบันการทำให้ตายอย่างสงบในรูปแบบของการเร่งให้ตายอย่างสงบ ยังเป็นเรื่องที่มีความเห็นทางวิชาการจำนวนมากและยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน โดยมีทั้งฝ่ายที่สนับสนุนและฝ่ายที่คัดค้านการกระทำดังกล่าว ทำให้การพิจารณาความรับผิดของผู้กระทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบจะต้องชั่งน้ำหนักถึงข้อดีและข้อเสียในแง่มุมต่าง ๆ อย่างละเอียด ฉะนั้น ในหัวข้อนี้จึงสรุปความคิดเห็นของทั้งสองฝ่ายไว้ดังต่อไปนี้

ข้อสนับสนุนในการเร่งให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมาย ได้แก่

1) ผู้ป่วยมีสิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเอง[55] โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย ย่อมสามารถเลือกได้ว่าต้องการจากไปอย่างสงบ หรือต้องการให้แพทย์ยื้อชีวิตของตนต่อไป หากผู้ป่วยต้องการที่จะตายอย่างสงบ ก็ควรมีกฎหมายมารับรองสิทธิในการกระทำนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้ รัฐก็ไม่มีอำนาจในการเข้ามาแทรกแซงสิทธิดังกล่าวของผู้ป่วย เพราะการตายของผู้ป่วยมิได้กระทบกระเทือนต่อสิทธิของสาธารณชนแต่อย่างใด[56] ดังนั้น การอนุญาตให้ตายอย่างสงบจะเปรียบเสมือนเครื่องมือที่ให้ผู้ป่วยได้แสดงออกซึ่งสิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเองเป็นครั้งสุดท้าย

2) การเร่งให้ตายอย่างสงบเป็นการสะท้อนความเป็นจริงทางการแพทย์ เพราะเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน ยังไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ทุกชนิด[57] ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนกลายเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย กล่าวคือ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการยื้อชีวิตผู้ป่วยเหล่านี้ต่อไป มีแต่จะทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยเฝ้ารอปาฏิหาริย์ที่ไม่มีวันมาถึง จึงควรต้องยอมรับความจริงว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถกลับมามีชีวิตปกติดังเดิมได้อีก และควรให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบจึงจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด

3) การเร่งให้ตายอย่างสงบเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด เนื่องจากการป่วยระยะสุดท้าย อาจทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ การยื้อชีวิตของผู้ป่วยต่อไป ก็มีแต่จะเพิ่มระยะเวลาให้ต้องทนกับความเจ็บปวดมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้น การเร่งให้ตายอย่างสงบจึงเสมือนการปลดปล่อยให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนรับความเจ็บปวดอีกต่อไป ผู้กระทำจึงกระทำไปด้วยความประสงค์ดีต่อผู้ป่วย ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าผู้ป่วยแต่อย่างใด[58]

---

[55] นันทน อินทนนท์, "ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ," บทบัณฑิตย์: 143-144.

[56] เรื่องเดียวกัน.

[57] เรื่องเดียวกัน, หน้า 144.

[58] เรื่องเดียวกัน.

4) การเร่งให้ตายอย่างสงบอาจเป็นทางออกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยบางประเภท เช่น ทารกที่มีภาวะพิการแต่กำเนิดอันเป็นผลมาจากการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งทารกเหล่านี้ ในบางรายอาจไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้อีกต่อไป ทำให้ฝ่ายที่สนับสนุนยกประเด็นเรื่องคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ขึ้นมาเป็นเหตุผลในการเร่งให้ตายอย่างสงบแก่ทารกที่มีอายุไม่เกิน 4 สัปดาห์หลังคลอด (Neonatal)[59] เพื่อมิให้ทารกเหล่านี้ต้องทุกข์ทรมานจากอาการที่ตนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และจากไปอย่างสงบก่อนที่จะเติบโตมารับรู้ความพิการของตนเอง

ส่วนข้อคัดค้านในการเร่งให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมาย มีหลายประการเช่นกัน ได้แก่

1) การเร่งให้ตายอย่างสงบเป็นสิ่งที่ผิดศีลธรรมและผิดกฎหมาย เพราะเป็นการฆ่าผู้อื่นโดยตรง[60] จึงมีลักษณะเป็นความผิดในตัวเอง *(mala in se)* ด้วยเหตุนี้ การบัญญัติกฎหมายรับรองการเร่งให้ตายอย่างสงบจึงขัดแย้งกับหลักการของกฎหมายอาญาที่ต้องการรักษาความสงบเรียบร้อยในสังคม จึงไม่ควรสนับสนุนให้มีกฎหมายที่อนุญาตให้ฆ่าผู้อื่นได้

2) ในทางปฏิบัติ การตัดสินใจว่าผู้ป่วยคนใดเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สามารถร้องขอให้ตายอย่างสงบได้ เป็นหน้าที่ของแพทย์โดยตรง เพราะเป็นวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยมากที่สุด การอนุญาตให้แพทย์เร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายอาจส่งผลให้ความน่าเชื่อถือของแพทย์ลดน้อยลง อีกทั้งยังทำลายความไว้เนื้อเชื่อใจระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ได้อีกด้วย นอกจากนี้หน้าที่หลักของแพทย์คือการรักษาผู้ป่วย หากอนุญาตให้แพทย์กระทำดังกล่าว จะเป็นการขัดต่อจริยธรรมทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับคำปฏิญาณทางการแพทย์ของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) ซึ่งมีใจความว่า ข้าพเจ้าจะไม่มอบยาพิษที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แม้ผู้ป่วยจะร้องขอด้วยตนเองก็ตาม อีกทั้งจะไม่แนะนำให้ผู้ใดกระทำการเช่นนั้นอีกด้วย[61]

3) แม้ว่าแพทย์เป็นวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วย แต่แพทย์ก็ยังเป็นมนุษย์คนหนึ่งที่สามารถทำงานผิดพลาดได้เหมือนอาชีพอื่น ๆ ดังนั้น แพทย์จึงอาจวิเคราะห์อาการของผู้ป่วยผิดพลาดได้เช่นกัน[62] ซึ่งหากแพทย์ตรวจผิดพลาด จนทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าโรคของตนไม่สามารถรักษาได้ และร้องขอการตายอย่างสงบ จะกลายเป็นผลร้ายต่อผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยมหาศาล

---

[59] วินัย ล้ำเลิศ, "การุณยฆาต (Euthanasia) และการช่วยเหลือการกระทำอัตวินิบาตกรรม (Assisted Suicide)," วารสารรามคำแหง 25 (กรกฎาคม 2551): 8.

[60] นันทน อินทนนท์, "ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ," บทบัณฑิตย์: 144.

[61] ไพศาล ลิ้มสถิตย์, "สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตามพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐," ดุลพาห: 145.; Rowine Hayes Brown and Richard B. Truitt, "Euthanasia and the Right to Die," Ohio Northern University Law Review: 620.

[62] Joseph Sanders, "Euthanasia: None Dare Call It Murder," Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science: 352.

4) ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้าขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาเครื่องมือทางการแพทย์และยารักษาโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปและหายขาดจากโรคภัย ดังนั้น แพทย์อาจค้นพบการรักษารูปแบบใหม่ ภายหลังจากทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบเรียบร้อยแล้ว[63] การเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายไปก่อนเวลาอันควร จึงเป็นการตัดโอกาสในการรักษาผู้ป่วยในอนาคต

5) การอนุญาตให้ตายอย่างสงบโดยชอบด้วยกฎหมายแก่ผู้ป่วยบางกลุ่ม อาจเกิดการขยายขอบเขตไปสู่ผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ด้วย (Slippery Slope) เช่น เดิมกฎหมายอนุญาตเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายกรณีที่ผู้ป่วยยินยอมเท่านั้น ต่อมาเมื่อเวลาผ่านไป สังคมจะเริ่มคุ้นชินกับการกระทำดังกล่าว และเริ่มขยายขอบเขตไปถึงกรณีผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้ หรือในที่สุดอาจไปถึงกรณีที่ผู้ป่วยไม่ให้ความยินยอมอีกด้วย[64] นอกจากนี้ อาจขยายขอบเขตไปยังบุคคลอื่นที่มิใช่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่มีภาวะบกพร่องในสภาพร่างกาย เช่น คนพิการ หรือผู้สูงอายุ เนื่องจากคนกลุ่มนี้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทุกเรื่อง จึงมักวิตกกังวลว่าตนจะเป็นภาระให้กับครอบครัวและสังคม[65] ดังนั้น จึงไม่ควรอนุญาตให้มีการเร่งให้ตายอย่างแพร่หลาย

6) การอนุญาตให้เร่งการตายนั้น หากไม่มีหลักเกณฑ์ในการควบคุมที่ชัดเจนมากพอ อาจนำไปสู่การกระทำที่มิชอบ[66] หรือไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของกฎหมาย เช่น ถูกนำไปใช้เป็นช่องทางในการก่ออาชญากรรม หรือใช้เป็นหนทางในการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

7) แม้การเร่งให้ตายอย่างสงบจะกำหนดหลักเกณฑ์โดยจำกัดเฉพาะผู้ป่วยที่ยินยอมแล้วก็ตาม แต่ในความเป็นจริง การได้รับความยินยอมที่แท้จริงของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ยากมาก เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวและไม่สามารถให้ความยินยอมได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่กำลังจะตายอาจเปลี่ยนคำตอบของตนหลายครั้งในหนึ่งวัน ขึ้นอยู่กับความรู้สึกของผู้ป่วย ณ ขณะนั้น และการตัดสินใจของผู้ป่วยอาจไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์ของตนเป็นหลัก แต่คำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความทุกข์ของญาติ[67] หรือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นต้น

จากการศึกษาข้อสนับสนุนและข้อคัดค้านข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การเร่งให้ตายอย่างสงบมิใช่เรื่องที่สามารถวินิจฉัยได้ว่าถูกหรือผิด แต่เป็นเรื่องที่อยู่กึ่งกลาง ขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่

---

[63] Ibid.

[64] มาโนช โชคแจ่มใส, "Euthanasia Assisted Suicide" [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2561. แหล่งที่มา: http://www.med.cmu.ac.th/secret/meded/Mede7/%B5%E9%B9%A9%BA%D1%BA/MEDE07PDF/Chapter04%20MEDE07.pdf

[65] นันทน อินทนนท์, "ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ," บทบัณฑิตย์: 145.

[66] เรื่องเดียวกัน.

[67] Joseph Sanders, "Euthanasia: None Dare Call It Murder," Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science: 352.

ละคนว่าจะให้ความสำคัญกับด้านใดมากกว่ากัน อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันมีเพียงไม่กี่ประเทศที่ยอมรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ เนื่องจากยังมีข้อคัดค้านที่ฟังขึ้นหลายประการ และจะส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยตรงได้ ด้วยเหตุนี้ การเร่งให้ตายอย่างสงบจึงยังไม่ได้รับการยอมรับเป็นการทั่วไป และการกระทำนั้นยังถือว่าเป็นความผิดอาญาอีกด้วย

ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นแตกต่างจากการเร่งให้ตายอย่างสงบโดยสิ้นเชิง เพราะเมื่อพิจารณาข้อคัดค้านของการเร่งให้ตายอย่างสงบแล้ว พบว่า ข้อคัดค้านบางประการไม่มีน้ำหนักเพียงพอที่จะโต้แย้งการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตได้ ส่งผลให้คนทั่วไปเริ่มยอมรับให้การกระทำดังกล่าวชอบด้วยกฎหมาย ตัวอย่างเช่น

1) การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต เป็นการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความตายที่เกิดขึ้นจากการยุติการใช้เครื่องมือนั้น จึงเป็นผลที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ (Natural Causes) จากอาการของโรคภัยที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญ[68] ดังนั้น การงดเว้นกระทำดังกล่าวจึงมิใช่การฆ่าผู้อื่นโดยตรง แตกต่างจากการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ซึ่งมีการกระทำอันเป็นการฆ่าผู้อื่นที่ชัดเจน

2) การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต สามารถกำหนดขอบเขตของการกระทำที่ชัดเจน และไม่อาจขยายไปสู่ผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ได้มากนัก เพราะการกระทำเป็นการยุติเครื่องมือช่วยชีวิตที่จะทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ จึงสามารถกระทำได้เฉพาะผู้ป่วยบางกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เท่านั้น เช่น ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือผู้ป่วยสภาพผักถาวร แต่ไม่สามารถขยายขอบเขตไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่มีชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือทางการแพทย์

3) การกระทำของแพทย์ในการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตนั้น ในปัจจุบันแพทย์ส่วนใหญ่เริ่มเห็นว่าไม่ขัดจริยธรรมทางการแพทย์ หากทำไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะคำนึงถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย ดังนั้น การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องช่วยมือชีวิตจึงได้รับการยอมรับทั้งกับแพทย์และคนทั่วไปให้สามารถกระทำได้ในทางปฏิบัติ

เหตุผลทั้งสามประการข้างต้นนี้ เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตแตกต่างจากการเร่งให้ตายอย่างสงบ ในปัจจุบันประเทศต่าง ๆ จึงยอมรับการกระทำดังกล่าวมากยิ่งขึ้น ภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายกำหนดให้กระทำได้ ซึ่งแต่ละประเทศก็มีหลักเกณฑ์และรายละเอียดที่แตกต่างกันไป ดังนั้น ในหัวข้อถัดไปจะศึกษาถึงขอบเขตของการทำให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมายในประเทศต่าง ๆ โดยศึกษาทั้งสองประเภทคือ การเร่งให้ตายอย่าง

[68] นันทน อินทนนท์, "ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ," บทบัณฑิตย์: 135.

สงบ และการยับยั้งหรือเพิกถอนมือเครื่องมือช่วยชีวิต เพื่อให้ทราบแนวโน้มของการตายอย่างสงบต่อไปในอนาคต

2.3.2 การทำให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมายในประเทศต่าง ๆ

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า แพทยสมาคมโลกได้ให้การรับรองสิทธิในการปฏิเสธการรักษาและสิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเองอย่างชัดเจน หลายประเทศจึงเริ่มผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยมีสิทธิดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น[69] ซึ่งกฎหมายของแต่ละประเทศยังมีขอบเขตของการตายอย่างสงบที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ สภาพสังคม วัฒนธรรม ศาสนา และจารีตประเพณี แนวคิดในการทำให้ตายอย่างสงบในปัจจุบันจึงอยู่ระหว่างการเจริญเติบโต และมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากจัดกลุ่มประเทศที่มีกฎหมายรับรองการทำให้ตายอย่างสงบแล้วสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มดังนี้

1) กลุ่มประเทศที่มีกฎหมายอนุญาตทั้งการเร่งให้ตายอย่างสงบและการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า การเร่งให้ตายอย่างสงบยังเป็นที่ถกเถียงอย่างมากในปัจจุบัน เพราะมีข้อคัดค้านที่ฟังขึ้นหลายประการ ในปัจจุบันจึงมีเพียง 4 ประเทศเท่านั้นที่อนุญาตให้กระทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ได้แก่ ประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศเบลเยียม ประเทศลักเซมเบิร์ก และประเทศโคลอมเบีย ซึ่งครั้งแรกที่มีกฎหมายอนุญาตการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบคือ ในปี พ.ศ. 2545 ประเทศเนเธอร์แลนด์ผ่านกฎหมายรับรองทั้งการเร่งให้ตายอย่างสงบและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์[70] จึงถือเป็นประเทศที่ก้าวหน้าเรื่องสิทธิที่จะตายเป็นอย่างมาก ต่อมาในปีเดียวกัน ประเทศเบลเยียมก็ได้ออกกฎหมายอนุญาตการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบเช่นเดียวกัน[71] โดยมีหลักเกณฑ์ที่คล้ายคลึงกับกฎหมายของประเทศเนเธอร์แลนด์ และต่อมาปี พ.ศ. 2552 ประเทศลักเซมเบิร์กก็ได้ผ่านกฎหมายดังกล่าวเป็นครั้งแรก ตามมาด้วยประเทศโคลอมเบียในปี พ.ศ. 2558[72]

ทั้งนี้ ต้องทำความเข้าใจว่า การเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยชอบด้วยกฎหมายนี้ประเทศต่าง ๆ กำหนดหลักเกณฑ์ให้แพทย์สามารถกระทำได้ภายใต้มาตรฐานความระมัดระวัง (Due Care) เท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่จะกำหนดหลักเกณฑ์ไว้คล้ายคลึงกัน อาจมีความแตกต่างกันในรายละเอียดเพียงเล็กน้อย ปัจจุบันหลักเกณฑ์ในการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้นมีหลักเกณฑ์สำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยต้อง

---

[69] นิรมัย พิศแข มั่นจิตร, กฎหมายว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการทางด้านสุขภาพ, หน้า 118.

[70] Golan Luzon, "The Practice of Euthanasia and Assisted Suicide Meets the Concept of Legalization," Criminal Law and Philosophy (July 2018).

[71] Ibid.

[72] Ibid.

ร้องขอการกระทำนั้นด้วยตนเอง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ต้องเป็นการกระทำที่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยเท่านั้น ต้องมีแพทย์ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปร่วมกันวินิจฉัยอาการของผู้ป่วย และผู้กระทำจะต้องเป็นแพทย์เท่านั้น จึงจะพ้นจากความรับผิดทางอาญา ดังนั้น ในการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ แพทย์จะต้องคำนึงถึงมาตรฐานความระมัดระวังเป็นสำคัญ หากแพทย์ไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์แม้เพียงข้อใดข้อหนึ่ง จะทำให้แพทย์มีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญาได้

นอกจากนี้ ประเทศต่าง ๆ จะตั้งคณะกรรมการเพื่อดูแลเรื่องการเร่งให้ตายอย่างสงบโดยเฉพาะ ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวจะมีหน้าที่ในการตรวจสอบว่า แพทย์กระทำครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในมาตรฐานความระมัดระวังหรือไม่ หากการกระทำนั้นครบตามหลักเกณฑ์ ก็ถือว่าชอบด้วยกฎหมาย แต่หากไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด คณะกรรมการจะส่งเรื่องดังกล่าวไปให้องค์กรอัยการตรวจสอบต่อไป และหากพบว่ามีความผิด พนักงานอัยการก็สามารถดำเนินคดีกับแพทย์คนดังกล่าวได้

อย่างไรก็ตาม แม้มาตรฐานความระมัดระวังดังกล่าวจะกำหนดหลักเกณฑ์ไว้อย่างชัดเจนแล้ว แต่การเร่งให้ตายอย่างสงบในบางประเทศเริ่มมีการแก้ไขกฎหมายเพื่อขยายไปถึงผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ด้วย อันเป็นผลจากการมีกฎหมายอนุญาตการเร่งให้ตายอย่างสงบ ทำให้เกิดการขยายขอบเขตอย่างต่อเนื่อง เช่น ประเทศเบลเยียม มีบางกรณีที่แพทย์กระทำต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ และคณะกรรมการที่ดูแลเรื่องดังกล่าวก็เพิกเฉยไม่ดำเนินคดีกับแพทย์จนทำให้เกิดการชุมนุมประท้วง เพื่อให้รัฐควบคุมการเร่งให้ตายอย่างสงบให้เข้มงวดมากขึ้น[73] นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2557 ก็มีการอนุญาตให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้เยาว์สามารถร้องขอการตายอย่างสงบได้ และมีเด็กอายุ 9 และ 11 ปีขอเข้าสู่กระบวนการดังกล่าว ซึ่งนับเป็นผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดที่ขอรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ[74]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2) กลุ่มประเทศที่มีกฎหมายอนุญาตเฉพาะการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตเท่านั้น

ปัจจุบันคนทั่วไปเริ่มเห็นว่าการไม่ยื้อชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และให้ผู้ป่วยจากไปตามเจตนาของผู้ป่วย ถือเป็นการเคารพสิทธิของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ในหลายประเทศจึงมีกฎหมายอนุญาตให้แพทย์สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยได้ในบางสถานการณ์ โดย

---

[73] Cbc News, "Euthanasia Dispute in Belgium: When Do Doctors Cross a Line?," [Online] Accessed: 7 October 2018. Available from: https://www.cbc.ca/news/health/euthanasia-dispute-belgium-dementia-1.4538785

[74] Henry Samuel, "Belgium Authorised Euthanasia of a Terminally Ill Nine and 11-Year-Old in Youngest Cases Worldwide," [Online]. Available from: https://www.telegraph.co.uk/news/2018/08/07/belgium-authorised-euthanasia-terminally-nine-11-year-old-youngest/

ปราศจากความรับผิดทางอาญา เช่น ประเทศฝรั่งเศส ประเทศอังกฤษ ประเทศเดนมาร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศออสเตรเลีย ประเทศสิงคโปร์ เป็นต้น[75] นอกจากนี้ ในประเทศที่ยังไม่มีกฎหมายรับรองการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตที่ชัดเจน ก็อาจมีคำพิพากษาของศาลที่ยอมรับให้การกระทำดังกล่าวชอบด้วยกฎหมาย ดังเช่น ในประเทศอินเดีย ศาลพิพากษาว่า หากแพทย์ได้ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตภายใต้สถานการณ์ที่ยอมรับได้ ผู้นั้นไม่มีความผิดทางอาญา อีกทั้งยังกำหนดเงื่อนไขของการกระทำดังกล่าวที่ชัดเจน เพื่อบังคับใช้ชั่วคราวจนกว่าฝ่ายนิติบัญญัติจะออกกฎหมายรองรับในอนาคต

เครื่องมือทางกฎหมายที่นำมาใช้กับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบนั้น ได้แก่ การทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า เพราะเป็นหนทางที่จะทราบความประสงค์ของผู้ป่วยได้อย่างชัดแจ้ง เนื่องจากผู้ป่วยสามารถทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษร จึงทำให้แพทย์มั่นใจว่าจะสามารถยุติการรักษาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าจึงถูกนำมาใช้ในทางปฏิบัติมากยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความประสงค์และเคารพสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศต่าง ๆ จะใช้หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าอย่างแพร่หลาย แต่การกำหนดหลักเกณฑ์และรายละเอียดของการทำหนังสือดังกล่าวอาจแตกต่างกันอยู่บ้าง ขึ้นอยู่กับกฎหมายของแต่ละประเทศ หลักเกณฑ์ที่มักมีความแตกต่างกันในรายละเอียด ได้แก่ เกณฑ์อายุของผู้ป่วยที่สามารถแสดงเจตนา รูปแบบของหนังสือ รูปแบบของการปฏิเสธการรักษา เป็นต้น นอกจากนี้ ในบางประเทศยังกำหนดให้มีผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะอีกด้วย กล่าวคือ กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนาล่วงหน้าไว้และตกอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว หรือกรณีผู้ป่วยเคยแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้แล้ว แต่มีประเด็นทางการแพทย์ที่ต้องตัดสินใจนอกเหนือจากเจตนาของผู้ป่วยในครั้งก่อน ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยก็สามารถแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยได้ ซึ่งผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยนี้ ส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลในครอบครัว เพราะมีความใกล้ชิดและทราบเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วยมากที่สุด

ตัวอย่างของกฎหมายเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ได้แก่

1) ประเทศอังกฤษ มีกฎหมายที่มีชื่อว่า Mental Capacity Act, 2005[76] ซึ่งในมาตรา 24 ถึงมาตรา 26 ว่าด้วยการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา (Advance Decisions

[75] นิรมัย พิศแข มั่นจิตร, กฎหมายว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการทางด้านสุขภาพ, หน้า 120.

[76] The National Archives, "Mental Capacity Act 2005," [Online] Accessed: 21 October 2018. Available from: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents

to Refuse Treatment) วางหลักให้ผู้ป่วยที่อายุ 18 ปีขึ้นไปสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเพื่อปฏิเสธการรักษาได้ ในขณะที่ตนมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์[77]

2) สาธารณรัฐสิงคโปร์ มีกฎหมายที่ชื่อว่า Advance Medical Directive Act, 1996[78] ซึ่งกำหนดหลักเกณฑ์ในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้อย่างละเอียด และยังวางหลักไว้ชัดเจนว่า การทำหนังสือดังกล่าวไม่กระทบต่อสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาแบบประคับประคอง อีกทั้งกำหนดไว้ชัดเจนว่าพระราชบัญญัติฉบับนี้ใช้เฉพาะกรณีผู้ป่วยถึงแก่ความตายด้วยสาเหตุทางธรรมชาติเท่านั้น แต่ไม่รวมถึงการเร่งให้ตายอย่างสงบด้วย

3) สหรัฐอเมริกา บัญญัติกฎหมายที่มีชื่อว่า Patient Self-Determination Act, 1990 กำหนดให้แพทย์มีหน้าที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนากำหนดวิธีการรักษาไว้ล่วงหน้าในกรณีที่ตนไม่มีสติสัมปชัญญะเพียงพอที่จะตัดสินใจได้ ซึ่งการแสดงเจตนานี้สามารถทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า (Advance Directives) เพื่อเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ได้ ซึ่งกฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายของส่วนกลาง (Federal Law) ที่กำหนดให้มลรัฐต่าง ๆ บัญญัติกฎหมายและกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าได้ เพื่อเป็นการรับรองสิทธิของผู้ป่วยและลดการนำคดีเกี่ยวกับการตายอย่างสงบขึ้นสู่ศาล[79]

นอกจากประเทศต่าง ๆ ที่รับรองการทำให้ตายอย่างสงบข้างต้นแล้ว ยังมีบางประเทศที่รับรองสิทธิที่จะตายของผู้ป่วยในรูปแบบของการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ ซึ่งแม้จะมีลักษณะการกระทำที่แตกต่างจากการทำให้ตายอย่างสงบ แต่ก็มีวัตถุประสงค์เหมือนกัน และมีแนวโน้มที่จะได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เช่น ในสหรัฐอเมริกา ศาลฎีกาวางหลักชัดเจนว่าการเร่งให้ตายอย่างสงบถือว่าผิดกฎหมาย แต่อนุญาตให้มลรัฐต่าง ๆ สามารถพิจารณาให้มีกฎหมายเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ได้ ในปัจจุบันจึงมี 6 เขตที่ผ่านกฎหมายดังกล่าว ได้แก่ มลรัฐออริกอน (Oregon) มลรัฐวอชิงตัน (Washington) มลรัฐเวอร์มอนต์ (Vermont) มลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California) มลรัฐโคโลราโด (Colorado) และกรุงวอชิงตันดีซี (Washington D.C.)[80]

---

[77] ดวงเด่น นาคสีหราช, "สิทธิของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการตายอย่างสงบในจังหวัดมหาสารคาม," วารสารรามคำแหง ฉบับนิติศาสตร์ 7, 1 (มกราคม 2561): 209.

[78] Legislation Division of the Attorney-General's Chambers, "Advance Medical Directive Act 1996," [Online] Accessed: 21 October 2018. Available from: https://sso.agc.gov.sg/Act/AMDA1996

[79] ดวงเด่น นาคสีหราช, "สิทธิของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการตายอย่างสงบในจังหวัดมหาสารคาม," วารสารรามคำแหง ฉบับนิติศาสตร์: 209.

[80] Golan Luzon, "The Practice of Euthanasia and Assisted Suicide Meets the Concept of Legalization," Criminal Law and Philosophy.

จะเห็นได้ว่า การทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายโดยมิต้องทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย สามารถทำได้หลายรูปแบบ แต่เนื่องจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ศึกษาเฉพาะการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบเท่านั้น ไม่รวมถึงการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ด้วย ดังนั้น เพื่อมิให้เกิดความสับสนระหว่างการทำให้ตายอย่างสงบกับการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ ผู้เขียนขอยกตัวอย่างประเทศต่าง ๆ เพื่อแสดงให้เห็นว่าขอบเขตของการกระทำทั้งสองรูปแบบมีความแตกต่างกัน บางประเทศอาจมีกฎหมายอนุญาตให้กระทำเพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งก็ได้

ตาราง 1 ตัวอย่างของการตายอย่างสงบในประเทศต่าง ๆ

ประเด็น/ ประเทศ	หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า	การเร่งให้ตายอย่างสงบ	การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต	การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์
ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	✓	✓	✓	✓
ราชอาณาจักรเบลเยียม	✓	✓	✓	✓
สมาพันธรัฐสวิส	✓	-	✓	✓
ราชอาณาจักรนอร์เวย์	✓	-	✓	-
สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	✓	-	✓	✓
ประเทศอังกฤษ	✓	-	✓	-
สหรัฐอเมริกา (บางมลรัฐ)	✓	-	✓	✓
ประเทศแคนาดา	✓	-	✓	✓
สาธารณรัฐสิงคโปร์	✓	-	✓	-
ราชอาณาจักรไทย	✓	-	✓	-
สาธารณรัฐอินเดีย	✓	-	✓	-

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การทำให้ตายอย่างสงบในแต่ละประเทศ แม้จะมีขอบเขตเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันในรายละเอียด ทั้งในรูปแบบของการกระทำ และหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่กฎหมายกำหนด ซึ่งขอบเขตของการทำให้ตายอย่างสงบนี้จะส่งผลโดยตรงต่อการพิจารณากฎหมายอาญาด้วยเช่นกัน ดังนั้น เมื่อทราบแล้วว่าแต่ละประเทศกำหนดหลักเกณฑ์และรายละเอียดในการทำให้ตายอย่างสงบไม่เหมือนกัน ในการวิเคราะห์แง่มุมของความรับผิดอาญาของผู้กระทำผิด ก็ต้องคำนึงถึงพิจารณาขอบเขตและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ เปรียบเทียบกันด้วย เพื่อให้เข้าใจเจตนารมณ์และสิ่งที่กฎหมายประสงค์จะคุ้มครองอย่างแท้จริง

2.4 ความแตกต่างระหว่างการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนากับการทำให้ตายอย่างสงบ

ในหัวข้อที่ผ่านมาได้ศึกษาข้อพิจารณาเกี่ยวกับการตายอย่างสงบในแง่มุมต่าง ๆ ทำให้เข้าใจการทำให้ตายอย่างสงบอย่างละเอียดยิ่งขึ้นแล้ว หัวข้อนี้จึงจะศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไปกับการทำให้ตายอย่างสงบ เพื่อค้นหาว่าการกระทำทั้งสองลักษณะมีความแตกต่างกันอย่างไร และผู้กระทำสมควรต้องรับโทษในระดับเดียวกันหรือไม่ ซึ่งการแบ่งแยกความแตกต่างดังกล่าว สามารถแบ่งได้เป็น 3 หัวข้อ คือ ผู้กระทำ การกระทำ และผู้ถูกกระทำ มีรายละเอียดดังนี้

2.4.1 ผู้กระทำ

การฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไปกับการทำให้ตายอย่างสงบนั้น มีความแตกต่างกันในด้านผู้กระทำผิดอยู่ 2 ประการดังนี้

1) มูลเหตุจูงใจของผู้กระทำผิด

มูลเหตุจูงใจ หมายถึง เหตุผลหรือวัตถุประสงค์สุดท้ายของผู้กระทำผิด ซึ่งแม้จะมีความคล้ายกับเจตนา แต่ก็ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน เพราะมูลเหตุจูงใจเปรียบเสมือนจุดมุ่งหมายที่ซ่อนไว้หลังเจตนา[81] แต่โดยหลักความรับผิดทางอาญานั้นพิจารณาเพียงองค์ประกอบด้านการกระทำและเจตนาเป็นหลัก มูลเหตุจูงใจที่ดีของผู้กระทำผิด จึงมิใช่ข้ออ้างเพื่อให้ตนพ้นจากความรับผิดได้[82] ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดก็คือ การทำให้ตายอย่างสงบ เพราะแม้จะมีความประสงค์ดีต่อผู้ป่วย แต่ก็เป็นเพียงมูลเหตุจูงใจเท่านั้น จึงถือว่าผู้กระทำมีเจตนาฆ่าผู้ป่วยโดยตรง อย่างไรก็ตาม มูลเหตุจูงใจของผู้กระทำผิดอาจสอดคล้องกับความรับผิดทางอาญาในแง่มุมอื่น ๆ เช่น เป็นองค์ประกอบความผิด เป็นเหตุเพิ่มโทษหรือลดโทษ และยังสามารถแบ่งระดับความน่าตำหนิของผู้กระทำผิดในการลงโทษได้อีกด้วย[83]

เมื่อพิจารณามูลเหตุจูงใจของผู้กระทำแล้วพบว่า การฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไป ผู้กระทำผิดกระทำไปด้วยเจตนา และมีมูลเหตุจูงใจในการกระทำที่แตกต่างกันไป เช่น ความคับแค้นใจ ความโกรธ ความต้องการผลประโยชน์ทางทรัพย์สิน หรือความสะใจของผู้กระทำผิดเอง เป็นต้น ในขณะที่การทำให้ตายอย่างสงบ ผู้กระทำผิดทำไปเพราะเกิดความสงสารและรู้สึกเห็นใจผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรักษาได้ จึงมีมูลเหตุจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงแก่ความตาย โดยมิต้องทุกข์ทรมานกับอาการเจ็บป่วยอีก การกระทำดังกล่าวจึงเป็นการกระทำที่หวังดีต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง

---

[81] ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาคทั่วไป, พิมพ์ครั้งที่ 14 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2555), หน้า 77.

[82] Carissa Byrne Hessich, "Motive's Role in Criminal Punishment," Southern California Law Review 80, 1 (November 2006): 94.

[83] Ibid., p. 95.

ดังนั้น มูลเหตุจูงใจของการฆ่าโดยทั่วไปกับการทำให้ตายอย่างสงบจึงมีความแตกต่างกันอย่างมาก และส่งผลให้ผู้กระทำผิดทางอาญาควรต้องรับโทษแตกต่างกันไปด้วย

2) ความสัมพันธ์ของผู้กระทำผิดกับผู้ถูกกระทำ

การฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไปนั้น ผู้กระทำผิดสามารถเป็นบุคคลใดก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นคนใกล้ชิดกับผู้ถูกกระทำ หรือเป็นคนที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อนก็ตาม เพราะมูลเหตุจูงใจของการกระทำมีความหลากหลายมากกว่า ดังนั้น ผู้กระทำอาจมีความสัมพันธ์พิเศษกับผู้ถูกกระทำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ ส่วนการทำให้ตายอย่างสงบนั้น เนื่องจากผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจคือความเมตตาสงสารดังที่กล่าวไปข้างต้น ผู้กระทำจึงเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์พิเศษกับผู้ป่วย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ แพทย์ และบุคคลอื่น เช่น สามีหรือภรรยา บิดามารดา ผู้สืบสันดาน หรือญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย[84]

2.4.2 การกระทำ

การฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไปกับการทำให้ตายอย่างสงบนั้น มีลักษณะการกระทำที่เหมือนกันคือ สามารถทำได้ทั้งการกระทำ และการงดเว้นการกระทำ ซึ่งหากการกระทำนั้นส่งผลโดยตรงให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ผู้กระทำก็ต้องรับผิดในทางอาญาทั้งสิ้น

อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างระหว่างการฆ่าโดยทั่วไปกับการทำให้ตายอย่างสงบนั้น ได้แก่ วิธีการกระทำความผิด กล่าวคือ การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบมีรูปแบบการกระทำเป็นการเฉพาะมากกว่าการฆ่าโดยทั่วไป เพราะผู้ถูกกระทำมักเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถตอบโต้ใด ๆ ได้มากนัก ดังนั้น วิธีการกระทำความผิด มักเป็นการฉีดยาให้ถึงแก่ความตาย (Lethal Injection) หรือการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตเท่านั้น ส่วนการกระทำลักษณะอื่น ๆ เกิดขึ้นได้น้อยมาก เช่น การใช้ปืนยิง การทำให้ขาดอากาศหายใจโดยนำสิ่งของมาปิดหน้าผู้ป่วย เป็นต้น แต่โดยหลักแล้ววิธีการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบจะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างรวดเร็ว และไม่ต้องเจ็บปวดทรมาน

นอกจากนี้ การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบจะเป็นการกระทำโดยเจตนาเสมอ และในบางกรณีอาจมีการตระเตรียมอุปกรณ์ในการกระทำความผิดไว้อย่างชัดเจน และเป็นการกระทำโดยไตร่ตรองไว้ก่อน[85] เนื่องจากผู้กระทำผ่านการคิดทบทวนมาดีแล้วว่าการทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายจะเป็นหนทางที่ดีต่อผู้ป่วยมากที่สุด

---

[84] ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 2.1.3

[85] Helen Silving, "Euthanasia: A Study in Comparative Criminal Law," University of Pennsylvania Law Review 103 (December 1954): 352.

ส่วนการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไป ผู้กระทำอาจใช้วิธีใด ๆ ที่ทำให้ผู้ถูกกระทำถึงแก่ความตายก็ได้ จึงมีวิธีการที่หลากหลายกว่า เพราะผู้ถูกกระทำอาจหลบหนีหรือตอบโต้การกระทำนั้นกลับมาได้ ซึ่งวิธีการฆ่าผู้อื่นที่พบเห็นได้บ่อย เช่น การใช้ปืนยิง การใช้มีดแทง การใช้อาวุธตีศีรษะ การฆ่าโดยทารุณโหดร้าย การขับรถชนให้ถึงแต่ความตาย เป็นต้น อีกทั้งผู้กระทำอาจกระทำไปโดยไตร่ตรองหรือไม่ไตร่ตรองไว้ก่อนก็ได้ เช่น ผู้กระทำอาจทำไปโดยบันดาลโทสะ จึงลงมือฆ่าผู้อื่นไปโดยไม่ได้เตรียมการมาตั้งแต่ต้น

2.4.3 ผู้ถูกกระทำ

การฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไปกับการทำให้ตายอย่างสงบนั้น มีความแตกต่างกันในด้านผู้ถูกกระทำอยู่ 2 ประการดังนี้

1) สภาวะของผู้ถูกกระทำ

สำหรับการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไปนั้น ผู้ถูกกระทำจะเป็นใครก็ได้ โดยมิได้จำกัดว่าผู้ถูกกระทำต้องมีสภาวะเป็นเช่นไร ดังนั้น ไม่ว่าผู้ถูกกระทำจะมีสภาวะเป็นเช่นไร ก็ถือว่าเป็นการฆ่าผู้อื่นได้ทั้งสิ้น ผู้ถูกกระทำจึงอาจมีความแตกต่างกันในด้านต่าง ๆ เช่น อายุ หรือสภาพร่างกาย เป็นต้น ส่วนการทำให้ตายอย่างสงบเป็นการกระทำเพื่อให้ผู้นั้นพ้นจากความทุกข์ทรมาน ผู้ถูกกระทำจึงต้องเป็นผู้ป่วยบางกลุ่มเท่านั้น[86] เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยสภาพผักถาวร ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวถาวร เป็นต้น ดังนั้น หากผู้ถูกกระทำไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีสภาวะดังกล่าวก็ถือว่าเป็นการฆ่าตามธรรมดา มิใช่การทำให้ตายอย่างสงบแต่อย่างใด

2) ความยินยอมของผู้ถูกกระทำ

สำหรับการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไปนั้น เป็นการพรากชีวิตของผู้อื่นไป โดยผู้นั้นมิได้ให้ความยินยอม เพราะคนทั่วไปย่อมต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไปจนแก่เฒ่า จึงไม่อนุญาตให้ผู้อื่นมาทำให้ตนถึงแก่ความตายได้โดยง่าย การฆ่าผู้อื่นนี้ จึงเป็นการพรากเอาชีวิตของผู้อื่นไปโดยผู้นั้นไม่อนุญาต และเป็นการกระทำที่ไม่เคารพคุณค่าของชีวิตมนุษย์อีกด้วย ส่วนการทำให้ตายอย่างสงบ ผู้ถูกกระทำมีสภาพเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งในบางกรณีผู้ป่วยมักเป็นผู้ร้องขอให้คนใกล้ชิดกระทำการใด ๆ ให้ตนถึงแก่ความตาย เพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน จึงเป็นการที่ผู้ถูกกระทำให้ความยินยอมต่อการกระทำความผิดด้วยตนเอง การทำให้ตายอย่างสงบโดยผู้ป่วยยินยอม จึงเป็นการกระทำที่กระทบต่อคุณค่าในการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์โดยทั่วไปเท่านั้น แต่มิได้ทำให้ผู้ถูกกระทำต้องเสียหายโดยตรง เพราะเป็นการพรากชีวิตไปด้วยความยินยอมของผู้นั้นเอง

---

[86] ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 2.1.3

อย่างไรก็ตาม ความยินยอมของผู้เสียหายในทางอาญานั้น ทำให้เกิดประเด็นปัญหาว่าจะส่งผลต่อความรับผิดทางอาญาของผู้กระทำหรือไม่ ในกฎหมายโรมันมีหลักสุภาษิตที่สำคัญคือ ความยินยอมทำให้ไม่เสียหาย (*volenti non fit injuria* : to him who is willing, no injury is done)[87] แต่หลักสุภาษิตดังกล่าวเป็นหลักทางละเมิด จึงไม่นำมาใช้พิจารณาความรับผิดทางอาญาด้วย ทำให้กฎหมายอาญาไม่มีหลักเกี่ยวกับความยินยอมที่ชัดเจนมากนัก[88] อย่างไรก็ตาม ความยินยอมของผู้เสียหายก็เกี่ยวข้องกับกฎหมายอาญาในบางฐานความผิด เช่น ความผิดเกี่ยวกับเพศ ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ ความผิดเกี่ยวกับร่างกาย รวมทั้งความผิดเกี่ยวกับชีวิตด้วย ซึ่งในความผิดเกี่ยวกับชีวิตนั้น การฆ่าผู้อื่นด้วยความยินยอม ไม่สามารถยกเป็นข้อต่อสู้ให้ตนพ้นจากความรับผิดได้ เพราะหากอนุญาตให้ฆ่าด้วยความยินยอมจะเป็นอันตรายต่อสังคมส่วนรวม และอาจก่อให้เกิดเหตุฆาตกรรมเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังกระทบต่อคุณค่าของชีวิตมนุษย์อีกด้วย แต่ในบางประเทศ แม้ความยินยอมไม่อาจรับฟังเป็นเหตุยกเว้นความผิดได้ แต่การฆ่าผู้อื่นด้วยความยินยอมอาจทำให้ผู้กระทำความได้รับโทษน้อยลง เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศเยอรมนี ประเทศอิตาลี ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ประเทศสเปน เป็นต้น[89]

จากการศึกษาความแตกต่างของการกระทำทั้งสองประเภทข้างต้น จะเห็นได้ว่า การฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไปนั้น มิได้มีลักษณะหรือวิธีการที่กำหนดไว้เป็นการเฉพาะ แต่เป็นความผิดที่กำหนดไว้อย่างกว้าง ส่วนการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบจะมีลักษณะเฉพาะเจาะจงมากกว่าการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไป ทั้งในด้านของผู้กระทำ การกระทำ และผู้ถูกกระทำ อีกทั้งความแตกต่างบางประการก็เป็นส่วนสำคัญในการวินิจฉัยความรับผิดทางอาญา เช่น มูลเหตุจูงใจของผู้กระทำผิด และความยินยอมของผู้ถูกกระทำ ซึ่งจากการศึกษานั้นสรุปได้ว่า ผู้กระทำไม่อาจอ้างมูลเหตุจูงใจ และความยินยอมดังกล่าว ให้ตนเองพ้นจากความรับผิดทางอาญาได้ ด้วยเหตุนี้ จึงมีประเด็นต้องพิจารณาต่อไปว่า การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบสมควรได้รับโทษน้อยกว่าการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไปหรือไม่ ดังนั้น ในหัวข้อถัดไปจะเป็นการศึกษาหลักการกำหนดโทษทางอาญา เพื่อนำมาวิเคราะห์ความรับผิดที่เหมาะสมสำหรับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบให้ได้มากที่สุด

2.5 หลักการกำหนดโทษทางอาญาสำหรับการทำให้ตายอย่างสงบ

การลงโทษทางอาญากับบุคคลใด ๆ ที่กระทำความผิดนั้น เป็นไปตามหลักสุภาษิต “ไม่มีความผิด ไม่มีโทษ โดยไม่มีกฎหมาย” *(nullum crimen, nulla poena sine lege)* ซึ่งสอดคล้องกับ

---

[87] ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาคทั่วไป, หน้า 161.

[88] Helen Silving, "Euthanasia: A Study in Comparative Criminal Law," University of Pennsylvania Law Review: 352.

[89] กมลชัย รัตนสกาววงศ์, "ความยินยอมในกฎหมายอาญา" (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523), หน้า 67-68.

แนวคิดของ Cesare Beccaria ที่เห็นว่า การลงโทษต้องกระทำโดยเปิดเผย รวดเร็ว เหมาะสมและได้สัดส่วนกับความร้ายแรงของอาชญากรรม อีกทั้งต้องเป็นโทษที่มีกฎหมายกำหนดไว้ชัดเจน[90] ดังนั้น การลงโทษบุคคลใด ๆ หากไม่มีกฎหมายกำหนดความผิดและโทษไว้ ก็ถือว่าผู้นั้นไม่มีความผิดและไม่มีโทษ หลักดังกล่าวนี้เป็นหัวใจสำคัญของกฎหมายอาญาและถือเป็นหลักสากลที่ต้องยึดถือปฏิบัติ ด้วยเหตุนี้ กฎหมายอาญาในทุกฐานความผิด จึงจำเป็นต้องมีการบัญญัติความผิดและโทษไว้อย่างชัดเจนเสมอ

สำหรับการบัญญัติกฎหมายนั้นเป็นอำนาจหน้าที่ของฝ่ายนิติบัญญัติในการตรากฎหมายต่าง ๆ มาบังคับใช้ในสังคม ซึ่งในการบัญญัติความผิดในกฎหมายอาญาประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 2 ส่วน ได้แก่ องค์ประกอบความผิด และโทษ ซึ่งในการกำหนดโทษทางอาญานั้น ฝ่ายนิติบัญญัติจะกำหนดกรอบในการลงโทษไว้เรียกว่า “อัตราโทษหรือระวางโทษ” โดยนำทฤษฎีการลงโทษหรือวัตถุประสงค์ในการลงโทษมาเป็นแนวทางในการกำหนดอัตราโทษให้เหมาะสมสำหรับความผิดแต่ละฐาน กล่าวคือ ความผิดที่ร้ายแรงมากต้องบัญญัติอัตราโทษสูงกว่าความผิดที่ร้ายแรงน้อยกว่า[91] และเมื่อมีการกระทำความผิดเกิดขึ้น ฝ่ายตุลาการจะมีหน้าที่ปรับใช้กฎหมายดังกล่าว โดยการพิจารณาข้อเท็จจริงในแต่ละคดีและใช้ดุลพินิจกำหนดโทษให้เหมาะสมแก่ผู้กระทำผิดแต่ละคน ซึ่งฝ่ายตุลาการจะต้องคำนึงถึงเหตุภววิสัย (Objective Cause) และเหตุอัตวิสัย (Subjective Cause) ประกอบกัน[92] เพื่อให้สามารถกำหนดโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำผิดได้อย่างเหมาะสม

2.5.1 เหตุภววิสัย

การลงโทษโดยคำนึงถึงเหตุภววิสัยนั้น เป็นการลงโทษตามหลักความได้สัดส่วน (Principle of Proportionality) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Cesare Beccaria[93] และวัตถุประสงค์การลงโทษแบบแก้แค้นทดแทน ซึ่งหลักความได้สัดส่วนนี้เป็นปัญหาที่ถกเถียงมายาวนานว่าต้องใช้หลักเกณฑ์ใดในการพิจารณา เพราะในสภาพความเป็นจริง ไม่มีหลักเกณฑ์ใดที่สามารถวัดระดับความรุนแรงของความผิดที่แน่นอนได้ อีกทั้งข้อเท็จจริงในแต่ละคดีก็มีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปอีกด้วย ด้วยเหตุนี้ จึงมีนักวิชาการหลายท่านพยายามค้นหาหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมในการกำหนดหลักความได้สัดส่วน โดยหนึ่งในนักวิชาการที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายก็คือ Andrew von Hirsch ซึ่งได้กำหนดว่า หลักความได้สัดส่วน หมายถึง การลงโทษจะต้องได้สัดส่วนกับระดับความร้ายแรงของ

---

[90] อัจฉรียา ชูตินันท์, อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2557), หน้า 140.

[91] อุทิศ สุภาพ, "การใช้ดุลพินิจในการกำหนดโทษของศาลยุติธรรม," ดุลพาห 53, 2 (พฤษภาคม 2549): 63-64.

[92] ปกป้อง ศรีสนิท, กฎหมายอาญาชั้นสูง (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559), หน้า 173.

[93] เรื่องเดียวกัน.

ความผิด (The Seriousness of Crime)[94] และในการพิจารณาความร้ายแรงของความผิดนั้นมีมาตรวัดอยู่ 2 ประการดังนี้[95]

ประการที่หนึ่ง ความเสียหาย (Harm)

ความเสียหายในที่นี้ หมายถึง ความเสียหายหรือภยันตรายที่เกิดขึ้นจากการกระทำความผิดทางอาญา[96] ซึ่งการกระทำนั้นอาจเป็นการล่วงล้ำต่อประโยชน์ทางร่างกายหรือประโยชน์ทางทรัพย์สินของผู้เสียหายก็ได้[97] ในการพิจารณาระดับความเสียหายนั้นจะต้องเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่ผู้เสียหายต้องเสียไป หากการกระทำนั้นทำให้ผู้เสียหายต้องเสียประโยชน์มาก ก็ต้องกำหนดโทษหนักขึ้น แต่หากการกระทำนั้นเกิดผลเสียเพียงเล็กน้อย ก็ต้องกำหนดโทษน้อยลงตามไปด้วย เช่น ระหว่างการลักทรัพย์ตามร้านค้ากับการลักทรัพย์รถยนต์ จะต้องลงโทษผู้ที่ลักทรัพย์รถยนต์หนักกว่าผู้ที่ลักทรัพย์ตามร้านค้า เพราะรถยนต์มีมูลค่าสูงกว่าสิ่งของตามร้านทั่วไป ผู้เสียหายจึงต้องสูญเสียประโยชน์ในทางทรัพย์สินมากกว่า

อย่างไรก็ตาม การพิจารณาระดับความเสียหายอาจทำได้ยากมากยิ่งขึ้น หากเป็นการเปรียบเทียบผลประโยชน์ต่างประเภทกัน[98] เช่น ระหว่างการทำร้ายร่างกายกับการลักทรัพย์ เป็นการเปรียบเทียบประโยชน์ทางร่างกายกับประโยชน์ทางทรัพย์สิน ซึ่งแต่ละคนอาจให้คุณค่าของประโยชน์แต่ละชนิดไม่เท่ากันก็ได้ จึงทำให้การเปรียบเทียบระดับความเสียหายอาจทำได้ยากมากขึ้น อย่างไรก็ดี ในปัจจุบันกฎหมายอาญามักให้ความสำคัญกับประโยชน์ทางร่างกายมากกว่าประโยชน์ทางทรัพย์สิน และกำหนดให้ความผิดที่มีการใช้ความรุนแรงต่อเนื้อตัวร่างกาย ถือเป็นความผิดร้ายแรงและได้รับการลงโทษมากกว่า[99]

ประการที่สอง ความน่าตำหนิของผู้กระทำผิด (Culpability)

ความน่าตำหนิของผู้กระทำผิดนั้น หมายถึง เจตนา มูลเหตุจูงใจ และพฤติการณ์ต่าง ๆ ที่นำมาพิจารณาขนาดความรับผิดของผู้กระทำผิด[100] ในการพิจารณาความน่าตำหนิของผู้กระทำ

---

[94] Andrew von Hirsch, "Proportionality in the Philosophy of Punishment," Crime and Justice: A Review of Research 16 (1992): 81.

[95] Andrew von Hirsch, Past or Future Crimes: Deservedness and Dangerousness in the Sentencing of Criminals (Manchester: Manchester University, 1986), p. 64.

[96] Ibid.

[97] Ibid., p. 66.

[98] Andrew von Hirsch, "Proportionality in the Philosophy of Punishment," Crime and Justice: A Review of Research: 82.

[99] Andrew von Hirsch, Past or Future Crimes: Deservedness and Dangerousness in the Sentencing of Criminals, p. 69.

[100] Ibid., p. 64.

ผิดแต่ละคน จะส่งผลโดยตรงต่อการกำหนดโทษ ซึ่งแปรผันตามระดับความน่าตำหนิของบุคคลนั้น ดังนั้น จึงต้องมีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยที่ชัดเจน ซึ่งสามารถแบ่งได้ 4 ประการดังนี้[101]

1) ลักษณะการกระทำของผู้กระทำผิด ได้แก่ การกระทำโดยเจตนา (Purposeful) โดยรู้ (Knowing) ประมาทโดยจงใจ (Reckless) หรือประมาทธรรมดา (Negligent)[102] ดังนั้น ระดับความน่าตำหนิของผู้กระทำผิดจะแปรผันไปตามการกระทำโดยเจตนาหรือประมาทด้วยเสมอ การกระทำโดยเจตนาจึงมีความน่าตำหนิมากกว่าการกระทำโดยประมาท เช่น การฆ่าผู้อื่นโดยเจตนามีความน่าตำหนิมากกว่าการประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ดังนั้น ผู้ที่ฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาจึงต้องรับโทษมากกว่าผู้ที่กระทำโดยประมาท

2) ข้อต่อสู้ของผู้กระทำผิด เช่น การกระทำโดยจำเป็นเพื่อให้พ้นภยันตราย (Necessity) การกระทำโดยจำเป็นเพราะอยู่ในที่บังคับ (Duress) หรือบันดาลโทสะ (Provocation) เมื่อผู้กระทำผิดกระทำไปเพราะเหตุเหล่านี้ แสดงว่ามีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาแทรกแซงในขณะกระทำความผิด ส่งผลให้ระดับความน่าตำหนิของผู้กระทำนั้นลดน้อยลง เช่น การอ้างบันดาลโทสะส่งผลให้ลดจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (Murder) เป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา (Manslaughter) ได้[103]

3) เหตุวิกลจริตของผู้กระทำผิด ก็สามารถยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ได้ (Insanity Defense) เพราะความบกพร่องทางจิตนั้นเป็นเหตุให้ผู้กระทำเข้าใจถึงการกระทำของตนเองน้อยกว่าคนปกติ ดังนั้น หากผู้กระทำได้กระทำในขณะที่ตนวิกลจริต จึงถือว่าเป็นการกระทำที่น่าตำหนิน้อยกว่าการกระทำของคนปกติธรรมดา[104] จึงสมควรลงโทษผู้กระทำในขณะวิกลจริตน้อยกว่าผู้กระทำผิดทั่วไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4) มูลเหตุจูงใจของผู้กระทำผิด (The Defendant's Motives) เป็นเหตุผลเบื้องหลังของการกระทำความผิด ในบางกรณี ผู้กระทำผิดอาจกระทำไปด้วยมูลเหตุจูงใจที่มีความน่าตำหนิมากกว่า หรือน้อยกว่าความร้ายแรงของความผิดก็ได้[105] ด้วยเหตุนี้ ผู้กระทำผิดที่กระทำความผิดฐานเดียวกันนั้นอาจมีความแตกต่างกันของระดับความน่าตำหนิ ทำให้การลงโทษแก่ผู้กระทำผิดแต่ละคนแตกต่างกันตามไปด้วย เช่น การขโมยอาหารในร้านค้า ถือว่าเป็นความผิดลักทรัพย์ แต่หากข้อเท็จจริงฟังได้ว่า ผู้กระทำผิดเป็นมารดาที่มีฐานะยากจน จึงขโมยอาหารเพียงเล็กน้อยเพื่อนำไปให้แก่บุตรของตนเอง ในกรณีนี้มูลเหตุจูงใจในการกระทำความผิดคือ ต้องการให้บุตรของตนเองอิ่ม

---

[101] Ibid., p. 71.

[102] Ibid.

[103] Ibid., p. 72.

[104] Ibid., p. 73.

[105] Ibid.

ท้อง โดยมิได้หวังประโยชน์ทางทรัพย์สินอย่างอื่นอีก ดังนั้น ผู้กระทำผิดจึงมีความน่าตำหนิที่น้อยกว่าผู้กระทำผิดฐานลักทรัพย์ทั่วไป จึงควรกำหนดโทษแก่ผู้กระทำผิดให้ลดน้อยลง เพื่อให้สอดคล้องกับความร้ายแรงของความผิดนั้น

จากการศึกษาเหตุภววิสัยข้างต้น สรุปได้ว่า การลงโทษผู้กระทำผิดตามหลักความได้สัดส่วนนั้นต้องคำนึงถึงความร้ายแรงของความผิด โดยพิจารณาจากความเสียหายที่เกิดขึ้นประกอบกับความน่าตำหนิของผู้กระทำผิดเป็นหลัก เพื่อให้การลงโทษผู้กระทำผิดได้สัดส่วนกับความผิดมากที่สุด สำหรับการทำให้ตายอย่างสงบนั้น เมื่อพิจารณาลักษณะของความผิดจะพบว่า เป็นการฆ่าให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย จึงสมควรได้รับโทษร้ายแรง อย่างไรก็ตาม หากวิเคราะห์ความร้ายแรงของความผิดอย่างละเอียดถี่ถ้วนแล้วพบว่า การกระทำไปด้วยมูลเหตุจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบถือว่ามีความน่าตำหนิน้อยกว่าการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไป ดังนั้น จึงควรลงโทษผู้ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบน้อยกว่าผู้ฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไป เพื่อให้สอดคล้องกับความร้ายแรงของความผิดตามหลักความได้สัดส่วนในการลงโทษทางอาญา

2.5.2 เหตุอัตวิสัย

ในหัวข้อที่แล้วได้ศึกษาเรื่องหลักความได้สัดส่วนซึ่งเป็นเหตุภววิสัยในการลงโทษผู้กระทำผิดแล้ว อย่างไรก็ตาม นอกจากการลงโทษจะต้องคำนึงถึงหลักความได้สัดส่วนแล้ว ฝ่ายตุลาการยังต้องคำนึงถึงเหตุอัตวิสัย คือ หลักการลงโทษต้องเหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคน (Individualization of Punishment) ด้วย หลักดังกล่าวนี้มีพัฒนาการมาจากสำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม (Positive School of Criminology) ซึ่งมีแนวคิดว่า การกระทำความผิดของมนุษย์อาจเกิดจากสาเหตุทางชีววิทยาหรือกรรมพันธุ์ หรืออาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้ เช่น บุคคลที่อาศัยในชุมชนแออัด พบการวิ่งราวทรัพย์อยู่เป็นประจำ ทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมดังกล่าว[106] ดังนั้น เมื่อมนุษย์กระทำความผิดก็ไม่ควรต้องรับผิดชอบในการกระทำของตนเองทั้งหมด ผู้กระทำผิดแต่ละคนจึงเปรียบเสมือนผู้ป่วยที่ควรได้รับการบำบัดรักษา มิให้กลับมากระทำความผิดซ้ำอีก ด้วยเหตุนี้ การลงโทษผู้กระทำผิดจึงต้องพิจารณาผู้กระทำแต่ละคนเป็นราย ๆ ไป เพื่อให้การลงโทษเหมาะสมกับผู้กระทำแต่ละคนมากที่สุด[107]

จะเห็นได้ว่า หลักการลงโทษที่เหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคนนั้น ให้ความสำคัญกับผู้กระทำผิดเป็นหลัก หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ผู้กระทำผิดเป็น “ประธานของการบังคับโทษ” เพราะ

---

[106] อัจฉรียา ชูตินันท์, อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา, หน้า 136.

[107] เรื่องเดียวกัน, หน้า 71-74.

วัตถุของการบังคับโทษก็คือ ผู้กระทำผิดนั่นเอง[108] ด้วยเหตุนี้ ในการกำหนดโทษผู้กระทำผิดจึงเป็นการพิจารณาจากมุมมองของผู้กระทำผิดแต่ละคนอย่างละเอียด เพื่อให้ทราบสาเหตุหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่มีส่วนกระตุ้นให้ผู้นั้นกระทำความผิด และสามารถแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันมิให้หวนกลับไปกระทำความผิดซ้ำอีก ดังนั้น ในการพิพากษาคดีของศาล ผู้พิพากษาจึงต้องพิจารณาข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อการกำหนดโทษให้แก่ผู้กระทำผิด ซึ่งสามารถแบ่งได้ 2 ประการ[109] ได้แก่

1) ข้อเท็จจริงที่เป็นพฤติการณ์ของการกระทำความผิด

2) ข้อเท็จจริงส่วนบุคคลของผู้กระทำผิด เช่น ประวัติการกระทำความผิด อายุ สุขภาพทางกายและภาวะทางจิต ประวัติการศึกษา ครอบครัว สิ่งแวดล้อม สถานะทางการเงิน ความประพฤติเป็นอาจิณของผู้กระทำผิด หรือปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เหตุอันควรปรานี

จากการศึกษาข้างต้น พบว่า การวินิจฉัยข้อเท็จจริงต่าง ๆ เหล่านี้ประกอบการกำหนดโทษ จะส่งผลให้สามารถลงโทษผู้กระทำผิดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเมื่อพิจารณาการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ผู้กระทำผิดบางประเภทอาจมีข้อเท็จจริงส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการกำหนดโทษ เช่น ผู้กระทำเป็นสมาชิกในครอบครัว ที่พาผู้ป่วยไปรับการรักษาทุกวิถีทาง และคอยดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหลายปีอย่างไม่ขาดตกบกพร่อง จะเห็นได้ว่ากรณีเช่นนี้มีเหตุอันควรปรานีให้ศาลลงโทษแก่ผู้กระทำผิดน้อยลงได้ เพราะฟังได้ว่าผู้กระทำผิดกระทำไปด้วยความเมตตาสงสาร อันเกิดจากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดังนั้น หลักการลงโทษต้องเหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคนจึงสามารถนำมาใช้กับกรณีดังกล่าว เพื่อให้ศาลมีดุลพินิจในการกำหนดโทษแก่ผู้กระทำผิดมากยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุป เมื่อพิจารณาทั้งเหตุภววิสัยและอัตวิสัยแล้ว จะเห็นได้ว่า การทำให้ตายอย่างสงบนั้นมีความร้ายแรงของความผิดน้อยกว่าการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไป จึงสมควรให้ผู้กระทำผิดได้รับโทษน้อยลง ทั้งนี้ ผู้เขียนได้วิเคราะห์เรื่องดังกล่าวอย่างละเอียดไว้ในบทที่ 5.1 แล้ว ดังนั้น เมื่อเข้าใจแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบในทุกแง่มุมแล้ว ในบทต่อไปจะเริ่มศึกษาถึงการทำให้ตายอย่างสงบในประเทศไทย เพื่อให้ทราบถึงขอบเขตของการตายอย่างสงบ กฎหมายที่กำหนดความรับผิดทางอาญา และเหตุในการลดโทษที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการกำหนดโทษของศาลไทย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ว่า กฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้นเหมาะสมกับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือไม่ และมีเหตุลดโทษใดที่เหมาะสมกับผู้กระทำผิด เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดก่อนนำไปเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศต่อไป

---

[108] ธานี วรภัทร์, หลักกฎหมายมาตรการบังคับทางอาญา (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2557), หน้า 65.

[109] เรื่องเดียวกัน.

บทที่ 3
กฎหมายอาญาของไทยที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ

เมื่อทราบแล้วว่า การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบมีความแตกต่างกับการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไปหลายประการ ผู้ที่กระทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยจึงควรได้รับโทษน้อยกว่าผู้กระทำผิดทั่วไป เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการกำหนดโทษทางอาญา ในบทนี้ จึงมุ่งศึกษาถึงกฎหมายอาญาของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ตายอย่างสงบ เพื่อให้ทราบว่าผู้กระทำผิดต้องรับโทษตามกฎหมายที่บัญญัติไว้เพียงใด ซึ่งในการศึกษาเรื่องดังกล่าว จำเป็นต้องเริ่มศึกษาจากวิวัฒนาการของการทำให้ตายอย่างสงบในประเทศไทย เพื่อให้ทราบทัศนคติของสังคมไทยต่อการตายอย่างสงบ รวมทั้งขอบเขตของการกระทำดังกล่าวตามกฎหมายในปัจจุบัน จากนั้นจึงจะศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ รัฐธรรมนูญ ประมวลกฎหมายอาญา และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ต่อมาจึงเริ่มพิจารณาความรับผิดทางอาญาของผู้กระทำผิด ซึ่งจะพิจารณาตามโครงสร้างความรับผิดทางอาญาในปัจจุบัน และแยกพิจารณาลักษณะของการกระทำทั้งสองรูปแบบ คือ การเร่งให้ตายอย่างสงบและการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต เพื่อวิเคราะห์ว่าผู้กระทำทั้งสองรูปแบบจะต้องรับผิดทางอาญาและได้รับการลงโทษอย่างไร โดยพิจารณาถึงเหตุลดโทษอื่น ๆ ด้วย และในหัวข้อสุดท้ายจะศึกษาถึงการกำหนดโทษของศาลไทย โดยพิจารณาถึงข้อจำกัดในการใช้ดุลพินิจของศาล เพื่อรวบรวมปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และนำไปเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิเคราะห์กับกฎหมายต่างประเทศต่อไป

3.1 การทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบในประเทศไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ในอดีตการดำรงชีวิตของคนไทยนั้นเป็นสังคมเกษตรกรรม และมีความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย หากวันใดรู้สึกไม่สบายก็หายาหรือสมุนไพรมารับประทานเอง เพื่อบรรเทาอาการเจ็บไข้ เนื่องจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังไม่เข้าถึงง่ายเหมือนในปัจจุบัน การไปพบแพทย์ในโรงพยาบาลจึงถือเป็นเรื่องใหญ่ อีกทั้งความรู้ทางการแพทย์ก็เป็นความรู้เฉพาะทาง ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยมักจะไม่มีความรู้ในเรื่องดังกล่าว ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงยอมปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ ผู้ป่วยบางรายยอมทำตามที่แพทย์สั่ง โดยไม่กล้าถามแพทย์ด้วยซ้ำว่าแพทย์กำลังจะทำอะไรแก่ร่างกายของตน และมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ได้รับการผ่าตัดไปเรียบร้อยแล้ว ก็ยังไม่ทราบว่าแพทย์ได้ผ่าเอาอะไรของไปจากร่างกายของตนเอง[1] เหตุที่เป็นเช่นนี้ เพราะผู้ป่วยเชื่อว่าแพทย์มีหน้าที่รักษาโรคและสามารถช่วยยืดอายุของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้นได้ จึงยอมรับการรักษาของแพทย์ในทุกรูปแบบ และไม่ปฏิเสธการรักษาใด ๆ เพื่อให้ตน

[1] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา – สิทธิที่จะตาย," ดุลพาห 56, 2 (พฤษภาคม 2552): 52.

มีชีวิตอยู่ได้นานที่สุด ดังนั้น สังคมไทยในอดีตจึงยังไม่เข้าใจถึงสิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเอง (Right to Self-Determination)[2] อันเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์เท่าไหร่นัก

การรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล แพทย์จะให้ความสำคัญกับการรักษาโรคและการยื้อชีวิตของผู้ป่วย โดยอาศัยความรู้ความสามารถของแพทย์และเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ในการรักษาและประคับประคองผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ในกรณีที่ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต การเสียชีวิตของผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจะเป็นการตายที่ผิดธรรมชาติ เพราะเป็นการตายโดยผ่านกระบวนการต่าง ๆ จากแพทย์และพยาบาล เช่น การทุบอกเพื่อนวดหัวใจ การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ การเจาะคอหรือการใส่สายระโยงระยางรอบกาย เป็นต้น การตายในโรงพยาบาลเช่นนี้ได้กลายเป็นค่านิยมของคนไทยส่วนใหญ่ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาในห้องไอซียู (Intensive Care Unit) หรือห้องซีซียู (Cardiac Care Unit) คนส่วนใหญ่จะชื่นชมว่า ญาติของผู้ป่วยให้การรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่จนถึงวันสุดท้ายของชีวิต จนทำให้การยื้อชีวิตของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือต่าง ๆ กลายเป็นเรื่องที่น่ายกย่องในสังคมไทย[3] จะเห็นได้ว่า ในอดีตการมีโอกาสได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถือเป็นเรื่องที่โชคดีสำหรับผู้ป่วยทุกคน แนวคิดในการปฏิเสธการรักษาจึงเป็นเรื่องที่ไม่คุ้นเคย และยังไม่ได้รับยอมรับอย่างแพร่หลายในสังคมไทย

ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 การมรณภาพของพระธรรมโกษาจารย์ หรือที่เรียกกันว่า พุทธทาสภิกขุ (เงื่อม อินทปัญโญ) ทำให้สังคมไทยฉุกคิดถึงการตายโดยวิถีทางธรรมชาติมากยิ่งขึ้น เพราะท่านพุทธทาสปฏิเสธการเข้ารับการรักษาที่กรุงเทพในช่วงสุดท้ายของชีวิต เพราะต้องการสิ้นชีวิตตามธรรมชาติ โดยไม่ต้องการให้มีเครื่องมือต่าง ๆ มายื้อชีวิตเอาไว้[4] จนสุดท้ายท่านพุทธทาสได้ละสังขารอย่างสงบ ณ สวนโมกขพลาราม ซึ่งเป็นสถานที่ปฏิบัติธรรมที่ท่านก่อตั้งขึ้นเอง ดังนั้น การมรณภาพของท่านพุทธทาสนี้เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้สังคมไทยเริ่มให้ความสำคัญกับหลักทางพุทธศาสนา ซึ่งมองว่าการตายเป็นเรื่องธรรมชาติและเริ่มฉุกคิดว่า การบังคับให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยไม่ปรารถนาเป็นเรื่องที่สมควรหรือไม่ และหากต้องยื้อชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายในห้องไอซียูหรือห้องซีซียูที่รายล้อมไปด้วยเครื่องมือพันธนาการผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานมากกว่าเดิม และไม่ใช่เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเสมอไป

การมรณภาพของท่านพุทธทาสจึงส่งผลให้การตายโดยวิถีทางธรรมชาติและการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเริ่มได้รับความสนใจ โดยศึกษาบูรณาการกับความรู้ทางการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[2] เรื่องเดียวกัน.

[3] สันต์ หัตถีรัตน์, "8 กรกฎาคม ครบรอบปี มรณกาล ท่านพุทธทาส" [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2561. แหล่งที่มา: http://www.geocities.ws/gogfox/sunt.html

[4] เรื่องเดียวกัน.

แพทย์ควบคู่กันไปด้วย[5] คณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ จึงเริ่มบรรจุเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และมีการจัดประชุมทางวิชาการเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ระหว่างมหาวิทยาลัยและหน่วยงานของรัฐอยู่บ่อยครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างองค์กรมากยิ่งขึ้น[6]

ส่วนในแง่มุมทางกฎหมาย ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ได้ทำวิจัยสำรวจความคิดเห็นของนักกฎหมายในวงการศาล อัยการ ทนายความ นิติกร และอาจารย์มหาวิทยาลัย เกี่ยวกับการยุติการรักษาของแพทย์ โดยทำการสำรวจ 2 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2527 และครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2538 ผลการวิจัยพบว่า กรณีแรก แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงแก่ความตายตามความประสงค์ของผู้ป่วย การวิจัยครั้งที่ 1 เห็นว่าแพทย์มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ร้อยละ 71.8 และครั้งที่ 2 เห็นว่าแพทย์มีความผิดร้อยละ 26.4 ส่วนกรณีที่สอง แพทย์ให้การรักษาผู้ป่วยไปโดยฝืนความต้องการของผู้ป่วยไประยะหนึ่ง แต่อาการของผู้ป่วยไม่สามารถหายกลับเป็นปกติได้แล้ว จึงหยุดให้การรักษา ผู้ป่วยจึงถึงแก่ความตาย การวิจัยครั้งที่ 1 เห็นว่าแพทย์มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ร้อยละ 80.6 และครั้งที่ 2 เห็นว่าแพทย์มีความผิดร้อยละ 60.7 จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ในระยะเวลาที่ต่างกันประมาณ 10 ปี นักกฎหมายยอมรับการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษามากยิ่งขึ้น และเห็นว่าหากกระทำไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย แพทย์ไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา[7] ดังนั้น แนวคิดเกี่ยวกับการยุติการรักษาในทัศนคติของนักกฎหมายมีแนวโน้มที่จะได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้แพทย์และนักกฎหมายต้องร่วมมือกันแสวงหาขอบเขตในการปฏิบัติหน้าของแพทย์ที่ชอบด้วยกฎหมาย เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในทางปฏิบัติ

ในประเทศไทยมีการจัดประชุมร่วมกันระหว่างแพทย์และนักกฎหมายอยู่หลายครั้ง เพื่อแสวงหาแนวทางให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงแก่ความตายอย่างสงบ ซึ่งในการประชุมมีความคิดเห็นที่ตรงกันว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตเป็นเรื่องที่ยอมรับได้ แต่ควรต้องมีหลักฐานที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยมีเจตนาที่จะตายอย่างสงบ จึงสมควรให้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า เพื่อให้สะดวกต่อการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ และลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์และญาติของผู้ป่วยด้วย ส่วนการเร่งให้ตายอย่างสงบ แม้จะทำไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย ก็ยังถือเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[5] สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, "คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย" [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2561. แหล่งที่มา: http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/027_livingwill.pdf

[6] เรื่องเดียวกัน.

[7] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "แนวคิดของนักกฎหมายไทยเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาที่จะนำไปสู่การตายดี," ใน รู้ให้รอบตอบเรื่องมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550, แสวงบุญเฉลิมวิภาส, บรรณาธิการ (กรุงเทพมหานคร: สามดีพริ้นติ้งอีควิปเมนท์, 2559), หน้า 16-26.

ความตายเร็วขึ้น[8] ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่ยังมีความลำบากใจและคัดค้านการกระทำดังกล่าว การเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบจึงยังไม่สามารถกระทำได้ในปัจจุบัน

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา รัฐบาลเริ่มผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย จึงจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้น ทำหน้าที่ดูแลการจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของสังคมไทย[9] ซึ่งหนึ่งในหลักการที่สำคัญในพระราชบัญญัติฉบับนี้คือ การยอมรับการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาผ่านการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย เพื่อเคารพความประสงค์ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต หลักจากผ่านกระบวนการจัดทำร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวถึง 8 ปีเต็ม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ประกาศลงในราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550 และมีผลใช้บังคับจนถึงปัจจุบัน

หลังจากบังคับใช้พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ส่งผลให้การทำให้ตายอย่างสงบในประเทศไทยมีขอบเขตที่ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งหากพิจารณาตามลักษณะของการกระทำแล้ว สามารถแบ่งได้ดังนี้

1) การเร่งให้ตายอย่างสงบ

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรับรองการกระทำดังกล่าว หากผู้ใดเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ไม่ว่าผู้นั้นจะเป็นแพทย์หรือบุคคลอื่น จึงต้องรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา ส่วนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินั้นรับรองแค่การทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าว่าตนไม่ประสงค์จะรับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ถึงแก่ความตายตามวิถีธรรมชาติเท่านั้น แต่มิได้รวมไปถึงการอนุญาตให้เร่งการตายของผู้ป่วย ซึ่งหลักการดังกล่าวนี้ ได้ถูกเน้นย้ำมาตั้งแต่เริ่มจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และเมื่อประกาศใช้พระราชบัญญัติดังกล่าวแล้ว สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติยังได้ออกประกาศเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติงานตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าให้แก่สถานบริการสาธารณสุข และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยระบุคำแนะนำเบื้องต้นอย่างชัดเจนว่า การทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้านั้น มิใช่การเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (Mercy Killing) แต่อย่างใด[10] เพื่อมิให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติหน้าที่ และเกิดปัญหาตามมาในภายหลัง

---

[8] แสวง บุญเฉลิมวิภาส และ เอนก ยมจินดา, กฎหมายการแพทย์, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2546), หน้า 178.

[9] สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, "พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550" [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2561. แหล่งที่มา: https://www.nationalhealth.or.th/node/429

[10] ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

2) การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12[11] บัญญัติให้บุคคลสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าได้ว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ตนต้องการจากไปตามวิถีธรรมชาติ โดยไม่ประสงค์ให้ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ มายืดความตายออกไป หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง มาตรานี้เป็นสิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ[12] หากผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้อย่างชัดเจนแล้ว การที่แพทย์ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตจึงสามารถกระทำได้ และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขจะพ้นจากความรับผิดทั้งปวงด้วยผลของมาตรา 12 วรรคท้าย ดังนั้น มาตรา 12 จึงเป็นการยอมรับการปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปตามธรรมชาติตามความประสงค์ของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ไม่ได้ครอบคลุมไปถึงกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยินยอม หรือผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้

อย่างไรก็ตาม แม้มาตรา 12 จะกำหนดยกเว้นความผิดสำหรับแพทย์เฉพาะกรณีที่มีหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเท่านั้น แต่ในความเป็นจริง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ก่อนและตกอยู่สภาวะที่ไม่รู้สึกตัว ในทางปฏิบัติหากแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์จะหารือกับญาติของผู้ป่วย เพื่อให้ตัดสินใจว่าจะยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตหรือไม่ หากญาติของผู้ป่วยตัดสินใจให้กระทำการดังกล่าว ในกรณียับยั้งการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต (Withhold) แพทย์ปฏิบัติกันเป็นเรื่องปกติในโรงพยาบาลอยู่แล้ว แต่หากเป็นการเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต (Withdraw) แพทย์บางส่วนยังไม่มีความเข้าใจในข้อกฎหมายและลำบากใจที่จะกระทำดังกล่าว อีกทั้งการเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต จะต้องมีการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) เข้ามารองรับ มิฉะนั้นจะดำเนินการได้ยาก ซึ่งเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคองนั้นเป็นหลักสูตรที่เพิ่งศึกษาในประเทศไทยไม่นานนัก ทำให้แพทย์บางส่วนและในโรงพยาบาลที่ห่างไกลอาจยังไม่มีความเข้าใจมากพอในการกระทำการดังกล่าว จึงต้องใช้ระยะเวลาในการเผยแพร่ความรู้ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อไป

ส่วนประเด็นทางกฎหมายว่า กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวและไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ แพทย์จะต้องรับผิดกรณีที่ยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตหรือไม่นั้น แม้ปัจจุบันไม่มี

---

[11] พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

[12] แสวง บุญเฉลิมวิภาส, "หลักการมาตรา 12 ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือ สิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ," ใน รู้ให้รอบ ตอบเรื่องมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550, แสวงบุญเฉลิมวิภาส, บรรณาธิการ, หน้า 46-47.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทบัญญัติให้ความคุ้มครองแพทย์อย่างชัดเจน แต่จากการสัมมนาวิชาการระหว่างแพทย์และนักกฎหมายเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2561[13] ที่ประชุมได้ให้ความเห็นตรงกันว่าแพทย์ไม่มีความผิดทางอาญา โดยนายภัทรศักดิ์ วรรณแสง ผู้พิพากษาศาลฎีกา ได้ให้ความเห็นว่า แม้จะไม่มีมาตรา 12 แพทย์ก็ตัดสินใจในแง่ของคุณธรรมและจริยธรรมได้ เพราะตามหลักกฎหมายอาญาพิจารณาเจตนาของผู้กระทำเป็นหลัก การปฏิบัติตามเจตจำนงผู้ป่วยที่ต้องการเสียชีวิตอย่างมีความสุข จึงไม่ใช่เจตนาฆ่าและไม่ใช่การงดเว้น แต่เป็นเพียงการเปลี่ยนวิธีรักษาจากยืดชีวิตเป็นการดูแลรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น[14]

กล่าวโดยสรุป การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในประเทศไทยในปัจจุบัน มีขอบเขตของการกระทำที่แตกต่างกันไป กล่าวคือ การเร่งให้ตายอย่างสงบ ไม่มีกฎหมายอนุญาตให้กระทำได้ ไม่ว่าผู้กระทำจะเป็นแพทย์หรือเป็นบุคคลอื่น ก็ต้องรับผิดทางอาญา ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสามารถกระทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยในหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าได้ โดยไม่ต้องรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา แต่กรณีผู้ป่วยไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ หากแพทย์กระทำไปโดยหารือกับญาติผู้ป่วยและคำนึงถึงจริยธรรมทางการแพทย์แล้ว ก็มีแนวโน้มว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นไม่ถือว่ามีเจตนาฆ่า จึงไม่ต้องรับผิดทางอาญาเช่นกัน ทั้งนี้ หากผู้กระทำเป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ปัจจุบันไม่มีกฎหมายอนุญาตให้กระทำดังกล่าว ผู้กระทำจึงมีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดทางอาญาได้ ดังนั้น เมื่อทราบขอบเขตของการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในประเทศไทยแล้ว ในหัวข้อถัดไปจะศึกษาถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตายอย่างสงบเพื่อให้เข้าใจถึงหลักเกณฑ์และรายละเอียดต่าง ๆ ของกฎหมายแต่ละฉบับ และนำไปวินิจฉัยความรับผิดทางอาญาของผู้กระทำผิดต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบนั้นมีความเกี่ยวข้องกับกฎหมายหลายฉบับ ในหัวข้อนี้จะเริ่มศึกษาตั้งแต่รัฐธรรมนูญ ซึ่งรองรับแนวคิดพื้นฐานของการตายอย่างสงบก่อน ต่อมาจึงศึกษาประมวล

---

[13] งานสัมมนาวิชาการ “ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต” (Withholding And Withdrawing Of Life-Sustaining Treatment) วันที่ 27 มิถุนายน 2561 ณ ห้องจิ๊ด เศรษฐบุตร (LT.1) คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ท่าพระจันทร์)

[14] Thailivingwill, "'ถอด-ไม่ถอด' เครื่องช่วยหายใจ การตัดสินใจบนเส้นด้ายของชีวิต" [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2561. แหล่งที่มา: http://www.thailivingwill.in.th/content/'ถอด-ไม่ถอด'-เครื่องช่วยหายใจ-การตัดสินใจบนเส้นด้ายของชีวิต

กฎหมายอาญาในความผิดเกี่ยวกับชีวิต และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อให้ทราบสาระสำคัญของบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบทั้งหมด

3.2.1 รัฐธรรมนูญ

นับแต่มีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรสยาม พ.ศ. 2475 ประเทศไทยก็มีกฎหมายรับรองสิทธิและหน้าที่ของประชาชนไว้อย่างชัดเจน ซึ่งมีบทบัญญัติครอบคลุมไปถึงเสรีภาพในร่างกายของตนเองด้วย[15] หลังจากนั้น สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายก็เป็นบทบัญญัติพื้นฐานที่รับรองไว้ในรัฐธรรมนูญแทบทุกฉบับ เพื่อประกันสิทธิและเสรีภาพให้แก่ปวงชนชาวไทย อย่างไรก็ตาม ประชาชนชาวไทยยังไม่ให้ความสำคัญกับเสรีภาพในร่างกายมากเท่าใดนัก กล่าวคือ ยังไม่เคยพิจารณาไปถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษา หรือสิทธิที่จะตายแต่อย่างใด

จนกระทั่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มีการบัญญัติเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) ไว้ในรัฐธรรมนูญเป็นครั้งแรก[16] โดยผู้ร่างมีแนวคิดว่า มนุษย์ต้องตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ด้วยกัน การปฏิบัติต่อผู้อื่นเยี่ยงสัตว์ หรือปฏิบัติในลักษณะที่ต่ำกว่ามนุษย์ จะกระทำมิได้[17] ดังนั้น เมื่อแนวคิดเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ถูกบัญญัติไว้อย่างชัดเจน ส่งผลให้กฎหมายหรือแนวปฏิบัติต่าง ๆ ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามไปด้วย แนวคิดเรื่องการตายอย่างสงบในประเทศไทย จึงได้รับการสนับสนุนมากขึ้น โดยให้เหตุผลว่า การให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายด้วยวิถีทางธรรมชาติในวาระสุดท้ายของชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพราะมิต้องถูกพันธนาการด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เสมือนว่าไม่ใช่มนุษย์อีกต่อไป

ในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ มีเจตนารมณ์เพื่อคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 บัญญัติรับรองไว้ในมาตรา 4 มาตรา 26 มาตรา 28 และมาตรา 31[18]

---

[15] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรสยาม มาตรา 14

"ภายในบังคับแห่งบทกฎหมาย บุคคลย่อมมีเสรีภาพบริบูรณ์ในร่างกาย เคหสถาน ทรัพย์สิน การพูดการเขียน การโฆษณา การศึกษาอบรม การประชุมโดยเปิดเผย การตั้งสมาคม การอาชีพ"

[16] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา – สิทธิที่จะตาย," ดุลพาห 56: 52.

[17] อุดม รัฐอมฤต, นพนิธิ สุริยะ และ บรรเจิด สิงคะเนติ, การอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามมาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 (กรุงเทพมหานคร: นานาสิ่งพิมพ์, 2544), หน้า 71.

[18] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

มาตรา 4 *"ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพของบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครอง"*

มาตรา 26 *"การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กร ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ"*

ดังนั้น การตายอย่างมีศักดิ์ศรีจึงเป็นสิทธิพื้นฐานที่บุคคลสามารถเลือกได้ เนื่องจากรัฐธรรมนูญกำหนดเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ในหลายมาตรา การตายอย่างมีศักดิ์ศรีจึงควรได้รับความคุ้มครองเช่นเดียวกัน แม้ว่ารัฐธรรมนูญจะไม่ได้บัญญัติเรื่องการเลือกที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรีไว้อย่างชัดเจนก็ตาม[19]

เรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายนั้น ยังคงได้รับการคุ้มครองมาจนถึงปัจจุบัน โดยในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มีบทบัญญัติรับรองไว้เช่นเดียวกัน ปรากฏอยู่ในมาตรา 4 มาตรา 26 และมาตรา 28[20] นอกจากนี้ ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ยังให้ความเห็นว่า แม้สถานะของสิทธิที่จะตายในประเทศไทยจะยังไม่ชัดเจน แต่ประเทศไทยนั้นแตกต่างกับบางประเทศในแถบตะวันตก เพราะไม่เคยมีกฎหมายบัญญัติความผิดฐานพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน การเลือกที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรีจึงสามารถทำได้ตามเจตนาของบุคคลนั้นเอง ดังนั้น สิทธิที่จะตายของบุคคลจึงน่าจะรวมอยู่กับสิทธิในความเป็นอยู่ส่วนตัว[21] ซึ่งรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันบัญญัติคุ้มครองอยู่ในมาตรา 32 ด้วย[22] จะเห็นได้ว่า เรื่องดังกล่าวเป็นสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่ได้รับความคุ้มครองในรัฐธรรมนูญ การตายอย่างมีศักดิ์ศรีจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรได้รับการยอมรับ เพื่อคุ้มครองให้ผู้ป่วยได้ใช้สิทธิของตนในวาระสุดท้ายของชีวิต

มาตรา 28 *"บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญ หรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน"*

มาตรา 31 *"บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย..."*

[19] รายงานของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ พิจารณาเรื่อง การปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต, (กรุงเทพมหานคร: สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2550), หน้า 8.

[20] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560

มาตรา 4 *"ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครอง ปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน"*

มาตรา 26 *"การตรากฎหมายที่มีผลเป็นการจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ในกรณีที่รัฐธรรมนูญมิได้บัญญัติเงื่อนไขไว้ กฎหมายดังกล่าวต้องไม่ขัดต่อหลักนิติธรรม ไม่เพิ่มภาระหรือจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลเกินสมควรแก่เหตุ และจะกระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลมิได้ รวมทั้งต้องระบุเหตุผลความจำเป็นในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพไว้ด้วย*

กฎหมายตามวรรคหนึ่ง ต้องมีผลใช้บังคับเป็นการทั่วไป ไม่มุ่งหมายให้ใช้บังคับแก่กรณีใดกรณีหนึ่งหรือแก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นการเจาะจง"

มาตรา 28 *"บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย..."*

[21] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "สิทธิที่จะตาย," ดุลพาห 43 (ตุลาคม 2539): 123.

[22] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 32

"บุคคลย่อมมีสิทธิในความเป็นอยู่ส่วนตัว เกียรติยศ ชื่อเสียง และครอบครัว

การกระทำอันเป็นการละเมิดหรือกระทบต่อสิทธิของบุคคลตามวรรคหนึ่ง หรือการนำข้อมูล ส่วนบุคคลไปใช้ประโยชน์ไม่ว่าในทางใด ๆ จะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ที่ตราขึ้นเพียงเท่าที่จำเป็นเพื่อประโยชน์สาธารณะ"

3.2.2 ประมวลกฎหมายอาญา

กฎหมายอาญามีความเกี่ยวข้องกับการทำให้ตายอย่างสงบโดยตรง เพราะเป็นกฎหมายที่ใช้วินิจฉัยความรับผิดของผู้กระทำผิด การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ไม่ว่าจะกระทำในรูปแบบใด ล้วนเกี่ยวพันกับความตายของผู้ป่วยเสมอ และเมื่อมีความตายเข้ามาเกี่ยวข้องจึงทำให้เกิดประเด็นทางกฎหมายตามมา เพราะชีวิตของมนุษย์เป็นสิ่งที่ทุกคนหวงแหนและยอมรับว่ามีคุณค่าสูงที่สุด[23] การทำลายชีวิตของมนุษย์คนหนึ่ง ไม่ว่าชีวิตของบุคคลนั้นจะไร้ค่าเพียงใด เช่น เป็นคนวิกลจริต เป็นคนพิการ หรือเป็นผู้ป่วยใกล้ตาย ก็ไม่สามารถยอมรับได้ทั้งสิ้น[24] ดังนั้น กฎหมายอาญาในทุกประเทศจึงให้การคุ้มครองชีวิตมนุษย์เป็นอันดับแรก และกำหนดอัตราโทษในความผิดต่อชีวิตไว้สูงมาก[25] เพื่อป้องกันมิให้ผู้ใดมาทำลายชีวิตของมนุษย์ได้ตามอำเภอใจ

ในประเทศไทย ความผิดเกี่ยวกับชีวิตก็เป็นความผิดพื้นฐานที่กฎหมายให้ความคุ้มครองเช่นกัน เห็นได้จากการบัญญัติความผิดไว้ตั้งแต่กฎหมายตราสามดวง โดยปรากฏอยู่ในพระไอยการหลายลักษณะ ต่อมาเมื่อประกาศใช้กฎหมายลักษณอาญา ร.ศ. 127 ก็บัญญัติความผิดเกี่ยวกับชีวิตไว้ในมาตรา 249 ถึงมาตรา 253[26] และเมื่อร่างประมวลกฎหมายอาญา ความผิดเกี่ยวกับชีวิตจึงได้รับการแก้ไขเพิ่มเติม และบัญญัติไว้ในมาตรา 288 ถึงมาตรา 294 ดังที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งหากพิจารณาความผิดโดยคำนึงถึงองค์ประกอบภายในของความผิดและรูปแบบของการกระทำ จะสามารถแบ่งความผิดต่อชีวิตออกเป็น 5 ฐานความผิด[27] ได้แก่ 1) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา มาตรา 288 และมาตรา 289 2) ความผิดฐานทำร้ายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้ถึงแก่ความตาย มาตรา 290 3) ความผิดฐานประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย มาตรา 291 4) ความผิดฐานทำให้ผู้อื่นฆ่าตนเองมาตรา 292 และมาตรา 293 5) ความผิดฐานชุลมุนต่อสู้เป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย มาตรา 294

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จะเห็นได้ว่า ความผิดเกี่ยวกับชีวิตในประเทศไทยไม่ได้มีบทบัญญัติเรื่องการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบไว้โดยเฉพาะเหมือนบางประเทศ การวินิจฉัยความรับผิดของผู้กระทำผิดจึงต้องพิจารณาความผิดเท่าที่มีอยู่ตั้งแต่มาตรา 288 ถึงมาตรา 294 ซึ่งเมื่อพิจารณาลักษณะของการทำให้ตายอย่างสงบ ผู้กระทำมีความต้องการให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายโดยไม่ต้องทุกข์ทรมาน จึงเป็นการกระทำโดยเจตนาแล้ว ด้วยเหตุนี้ ความผิดที่เกี่ยวข้องกับการกระทำดังกล่าว จึงมีเพียงความผิดฐานฆ่า

---

[23] คณิต ณ นคร, กฎหมายอาญาภาคความผิด, พิมพ์ครั้งที่ 11 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559), หน้า 97.

[24] เรื่องเดียวกัน, หน้า 109.

[25] เรื่องเดียวกัน, หน้า 97.

[26] คณพล จันทน์หอม, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาคความผิด เล่ม 1, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559), หน้า 22.

[27] เรื่องเดียวกัน, หน้า 23.

ผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 และมาตรา 289 เท่านั้น ส่วนความผิดอื่น ๆ มีองค์ประกอบความผิดที่ไม่เข้าลักษณะของการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ผู้กระทำจึงไม่ต้องรับผิดแต่อย่างใด

ดังนั้น ในหัวข้อนี้ผู้เขียนจะศึกษาความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา โดยจะแบ่งการพิจารณาออกเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 และความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.2.2.1 ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา มาตรา 288

ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288[28] สามารถแบ่งการพิจารณาออกเป็น 2 ประการ ได้แก่ องค์ประกอบภายนอก และองค์ประกอบภายใน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) องค์ประกอบภายนอก

องค์ประกอบภายนอกสำหรับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ซึ่งมีข้อพิจารณาดังนี้

1.1) ผู้ใด หมายถึง บุคคลซึ่งมีความสามารถในการกระทำความผิด[29] โดยกฎหมายไม่ได้จำกัดเพศ วัย ฐานะ หรือชนชาติใด ๆ ทั้งสิ้น

1.2) ฆ่า หมายถึง การทำให้ตาย โดยไม่จำกัดวิธีกระทำ หากการฆ่านั้นทำให้เกิดผลคือความตายขึ้น ก็ถือว่าเป็นความผิดสำเร็จ แต่หากกระทำแล้วไม่ตายก็เป็นเพียงพยายาม[30] โดยทั่วไปการฆ่ามักเกิดจากการกระทำ เช่น ใช้ปืนยิง ใช้ของมีคมฟันหรือแทง บีบคอ ขับรถยนต์ชนให้ตาย ผลักตกจากที่สูง กดศีรษะให้จมน้ำ เป็นต้น และการฆ่าอาจเกิดจากการงดเว้นการจักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลตามมาตรา 59 วรรคท้ายด้วย[31] จะเห็นได้ว่า การฆ่าผู้อื่นนั้นส่งผลให้ชีวิตของมนุษย์สั้นลง ซึ่งรวมไปถึงการทำให้ชีวิตของผู้ป่วยที่ใกล้จะตายอยู่แล้วสั้นลงไปด้วย[32] เพราะแม้ว่าผู้ป่วยนั้นจะถึงแก่ความตายในไม่ช้า แต่ก็เป็นการเร่งให้ผู้นั้นถึงแก่ความตายเร็วขึ้น จึงถือว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการฆ่าตามมาตรา 288 ได้

---

[28] ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288
"ผู้ใดฆ่าผู้อื่น ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี"

[29] คณพล จันทน์หอม, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาคความผิด เล่ม 1, หน้า 25.

[30] จิตติ ติงศภัทิย์, คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 2 ตอน 2 และภาค 3, พิมพ์ครั้งที่ 7 (นนทบุรี: ศูนย์การพิมพ์เพชรรุ่ง, 2553), หน้า 9.

[31] คณพล จันทน์หอม, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาคความผิด เล่ม 1, หน้า 25.

[32] คณิต ณ นคร, กฎหมายอาญาภาคความผิด, หน้า 107.

อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาความรับผิดทางอาญา คือ การทำให้ตายหมายความว่าอย่างไร เนื่องจากกฎหมายมิได้นิยามความหมายของคำว่า “ตาย” ไว้โดยเฉพาะ ในอดีตถือหลักการหยุดเต้นของหัวใจและการหยุดทำงานของปอดเป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัย[33] แต่ปัจจุบันความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทำให้สามารถพยุงการเต้นของหัวใจและการทำงานของปอดไว้ได้ แม้ว่าสมองจะถูกทำลายไปแล้ว ปัจจุบันจึงถือหลัก “สมองตาย” เป็นเกณฑ์[34] ซึ่งหมายถึง ภาวะที่แกนสมองหยุดทำงานโดยสิ้นเชิง เพราะแกนสมองมีหน้าที่ควบคุมการดำรงชีวิต ควบคุมประสาทอัตโนมัติ และควบคุมการทำงานของเปลือกสมองอีกด้วย ดังนั้น หากแกนสมองถูกทำลาย หัวใจอาจยังคงเต้นต่อไปได้อีกระยะหนึ่งถ้ายังมีออกซิเจนอยู่ แต่ในที่สุดจะหยุดเต้น เพราะขาดการควบคุมจากแกนสมอง[35]

ในทางกฎหมาย หลักสมองตายดังกล่าวมีคำพิพากษาศาลฎีกายอมรับอย่างชัดเจน[36] โดยอ้างอิงประกาศของแพทยสภาเรื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย พ.ศ.2532 และประกาศแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ.2539 จึงเป็นคดีแรกที่ศาลฎีกายอมรับเอาหลักทางการแพทย์มาวินิจฉัยการตายของบุคคลตามกฎหมายอย่างชัดเจน ดังนั้น การวินิจฉัยตามหลักสมองตายจึงได้รับการรับรองจากศาลไทยในปัจจุบัน

1.3) ผู้อื่น หมายถึง บุคคลธรรมดาที่มิใช่ตัวผู้กระทำเอง โดยบุคคลนั้นจะต้องมีสภาพบุคคลตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 15[37] เสียก่อน จึงจะถือว่าเป็น “ผู้อื่น” ตามมาตรานี้[38]

---

[33] แสวง บุญเฉลิมวิภาส และ เอนก ยมจินดา, กฎหมายการแพทย์, หน้า 183.

[34] ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาคความผิดและลหุโทษ, พิมพ์ครั้งที่ 15 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2561), หน้า 232.

[35] แสวง บุญเฉลิมวิภาส และ เอนก ยมจินดา, กฎหมายการแพทย์, หน้า 184.

[36] คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 4200/2559 ตัดสินว่า เมื่อตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534 กำหนดให้แพทย์เป็นผู้ออกหนังสือรับรองการตาย ดังนั้น การวินิจฉัยการตายจึงเป็นปัญหาข้อเท็จจริงที่ต้องให้แพทย์วินิจฉัย ในการนี้ได้มีประกาศแพทยสภา เรื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย พ.ศ. 2532 และประกาศแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2539 กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการวินิจฉัยสมองตายโดยมีสาระสำคัญว่า บุคคลซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าสมองตาย ถือว่า บุคคลนั้นถึงแก่ความตาย สมองตายหมายถึง การที่แกนสมองถูกทำลายจนสิ้นสุดการทำงานโดยสิ้นเชิงตลอดไป ดังนั้น เมื่อแพทย์ใช้วิธีการที่ได้รับการยอมรับในการสรุปว่าคนไข้นั้นถึงแก่ความตายแล้วตามหลักเกณฑ์และวิธีการวินิจฉัยสมองตายดังกล่าว ย่อมถือได้ว่า เป็นการตายของบุคคล การที่จำเลยที่ 1 และที่ 4 แพทย์ผู้ร่วมผ่าตัดเอาไต ทั้ง 2 ข้างและตับออกจากร่างกายของ ล. และจำเลยที่ 1 และที่ 2 แพทย์ผู้ร่วมผ่าตัดเอาไต ทั้ง 2 ข้าง ออกจากร่างกายของ น. ซึ่งอยู่ในสภาวะสมองตายตามประกาศแพทยสภา เพื่อนำเอาอวัยวะนั้นไปทำการปลูกถ่ายอวัยวะให้แก่บุคคลอื่น จึงเป็นการกระทำต่อบุคคลที่ตายแล้วไม่มีสภาพเป็นบุคคลที่จะถูกฆ่าได้อีก ไม่เป็นความผิดฐานร่วมกันฆ่าผู้อื่น

[37] ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 15

“สภาพบุคคลย่อมเริ่มแต่เมื่อคลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารกและสิ้นสุดลงเมื่อตาย ทารกในครรภ์มารดาก็สามารถมีสิทธิต่าง ๆ ได้ หากว่าภายหลังคลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารก”

[38] คณพล จันทน์หอม, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาคความผิด เล่ม 1, หน้า 25.

2) องค์ประกอบภายใน

องค์ประกอบภายในของมาตรานี้เป็นเจตนาธรรมดา ซึ่งในมาตรา 59 วรรคสองประกอบวรรคสาม กำหนดความหมายไว้ชัดเจนว่า เป็นการกระทำโดยรู้สำนึกในการกระทำ โดยผู้กระทำรู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบความผิด และผู้กระทำประสงค์ต่อผลหรือเล็งเห็นผลของการกระทำนั้น ซึ่งเป็นหลักที่กำหนดไว้ในมาตรา 59 วรรคสองประกอบวรรคสาม[39] ดังนั้น การกระทำโดยมีเจตนาฆ่า ผู้กระทำต้องรู้ว่ากรรมของการกระทำเป็นมนุษย์ และต้องการกระทำให้ผู้นั้นถึงแก่ความตาย[40]

3.2.2.2 ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ มาตรา 289

มาตรา 289[41] เป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาเช่นเดียวกับมาตรา 288 แต่มาตรา 289 เป็นเหตุฉกรรจ์ของความผิดตามมาตรา 288 เพราะการฆ่าผู้อื่นในบางกรณีมีความร้ายแรงมากกว่าการฆ่าโดยทั่วไป กฎหมายจึงกำหนดให้ผู้กระทำต้องรับโทษหนักขึ้นตามมาตรา 289[42] ซึ่งกำหนดเหตุฉกรรจ์ที่ต้องรับโทษหนักขึ้นไว้ใน 7 อนุมาตรา อย่างไรก็ตาม การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบนั้นอาจเข้าเหตุฉกรรจ์ได้เพียง 2 อนุมาตรา ได้แก่ (1) ฆ่าบุพการี และ (4) ฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน ดังนั้น ในหัวข้อนี้จะศึกษาเฉพาะอนุมาตราที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงสามารถแบ่งการพิจารณาออกเป็น 2 หัวข้อ ได้แก่ การฆ่าบุพการีตามมาตรา 289 (1) และการฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อนตามมาตรา 289 (4) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

---

[39] ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 วรรคสองและวรรคสาม

"กระทำโดยเจตนา ได้แก่กระทำโดยรู้สำนึกในการที่กระทำและในขณะเดียวกันผู้กระทำประสงค์ต่อผลหรือย่อมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้น

ถ้าผู้กระทำมิได้รู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบของความผิด จะถือว่าผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือย่อมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้นมิได้..."

[40] คณิต ณ นคร, กฎหมายอาญาภาคความผิด, หน้า 109.

[41] ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 289

"ผู้ใด

(1) ฆ่าบุพการี

(2) ฆ่าเจ้าพนักงาน ซึ่งกระทำการตามหน้าที่ หรือเพราะเหตุที่จะกระทำ หรือได้กระทำการตามหน้าที่

(3) ฆ่าผู้ช่วยเหลือเจ้าพนักงาน ในการที่เจ้าพนักงานนั้นกระทำตามหน้าที่ หรือเพราะเหตุที่บุคคลนั้นจะช่วยหรือได้ช่วยเจ้าพนักงานดังกล่าวแล้ว

(4) ฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน

(5) ฆ่าผู้อื่นโดยทรมานหรือโดยกระทำทารุณโหดร้าย

(6) ฆ่าผู้อื่นเพื่อตระเตรียมการ หรือเพื่อความสะดวกในการที่จะกระทำความผิดอย่างอื่น หรือ

(7) ฆ่าผู้อื่นเพื่อจะเอา หรือเอาไว้ซึ่งผลประโยชน์อันเกิดแต่การที่ตนได้กระทำความผิดอื่น เพื่อปกปิดความผิดอื่นของตน หรือเพื่อหลีกเลี่ยงให้พ้นอาญาในความผิดอื่นที่ตนได้กระทำไว้

ต้องระวางโทษประหารชีวิต"

[42] คณพล จันทน์หอม, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาคความผิด เล่ม 1, หน้า 41.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1) การฆ่าบุพการี มาตรา 289 (1)

การกำหนดให้การฆ่าบุพการีเป็นความผิดที่ร้ายแรงกว่าการฆ่าโดยทั่วไปนั้น เป็นลักษณะความผิดในประเทศแถบเอเชีย เพราะได้รับอิทธิพลมาจากศาสนาและเหตุผลทางศีลธรรม ที่ให้ความสำคัญกับความกตัญญูต่อบุพการี[43] ในทางพระพุทธศาสนาก็ถือว่าการฆ่าบุพการีเป็นกรรมที่หนักที่สุด ดังนั้น เมื่อประชากรส่วนใหญ่ในประเทศไทยนับถือศาสนาพุทธ ผู้ร่างกฎหมายจึงเห็นความสำคัญและบัญญัติให้เป็นเหตุฉกรรจ์ในอนุมาตราหนึ่ง เพื่อให้ผู้กระทำต้องรับโทษที่หนักว่าการฆ่าโดยทั่วไป[44]

ส่วนคำว่า “บุพการี” ตามมาตรานี้ หมายถึง ผู้สืบสายโลหิตโดยตรงขึ้นไปของผู้กระทำ ได้แก่ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ทวด ตลอดสายขึ้นไป[45] ซึ่งคำว่าบุพการีนี้ ศาลมักตีความโดยให้ความสำคัญกับสายโลหิตมากกว่าความสัมพันธ์ทางกฎหมาย จึงถือความสัมพันธ์ตามความเป็นจริง[46] ดังนั้น หากผู้กระทำเป็นบุตรที่มิชอบด้วยกฎหมาย ฆ่าบิดาของตนเอง บุตรก็ต้องรับโทษหนักขึ้นตามอนุมาตรานี้ด้วย

นอกจากนี้ การเป็นบุพการีนั้นเป็นข้อเท็จจริงที่ทำให้ผู้กระทำต้องรับโทษหนักขึ้น ผู้กระทำต้องรู้ว่าผู้ถูกกระทำเป็นบุพการีตามมาตรา 59 วรรคสามประกอบมาตรา 62 วรรคท้าย[47] ซึ่งบัญญัติไว้ว่า “บุคคลจะต้องรับโทษหนักขึ้นโดยอาศัยข้อเท็จจริงใด บุคคลนั้นจะต้องได้รู้ข้อเท็จจริงนั้น” ดังนั้น หากผู้กระทำไม่รู้ว่าผู้ถูกกระทำเป็นบุพการีของตน ก็ไม่สามารถเพิ่มโทษได้ ผู้กระทำรับผิดเพียงมาตรา 288 เท่านั้น

2) การฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อน มาตรา 289 (4)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คำว่า “ไตร่ตรองไว้ก่อน” ตามมาตรานี้ หมายถึง การที่ผู้กระทำคิดอย่างถี่ถ้วนแล้วจึงตัดสินใจลงมือฆ่าผู้อื่น และได้ฆ่าผู้อื่นตามที่ตัดสินใจนั้น[48] เช่น การดักซุ่มฆ่า การจ้างวานฆ่า การเตรียมอุปกรณ์ในการฆ่า การวางแผนก่อนการฆ่า เป็นต้น สาเหตุที่ทำให้การไตร่ตรองไว้ก่อนถูกบัญญัติเป็นเหตุฉกรรจ์ เนื่องจากพฤติการณ์ของการกระทำแสดงให้เห็นว่า ผู้กระทำได้ชั่งน้ำหนักถึงผลได้ผลเสียในการฆ่ามาอย่างดี และยังยืนยันที่จะกระทำการดังกล่าว จึงสมควรได้รับโทษที่ร้ายแรง

---

[43] คณิต ณ นคร, กฎหมายอาญาภาคความผิด, หน้า 117-118.

[44] คณพล จันทน์หอม, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาคความผิด เล่ม 1, หน้า 42.

[45] จิตติ ติงศภัทิย์, คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 2 ตอน 2 และภาค 3, หน้า 78.

[46] ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาคความผิดและลหุโทษ, หน้า 234.

[47] เรื่องเดียวกัน, หน้า 235.

[48] คณพล จันทน์หอม, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาคความผิด เล่ม 1, หน้า 47.

กว่าผู้กระทำที่ฆ่าด้วยความหุนหันพลันแล่น เช่น บันดาลโทสะ หรือเกิดเหตุทะเลาะวิวาทแล้วฆ่าผู้อื่นในทันที เป็นต้น

จากการศึกษาความผิดทางอาญาที่เกี่ยวข้องพบว่า การทำให้ตายอย่างสงบ ผู้กระทำอาจต้องรับผิดทางอาญาในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289 ได้ ซึ่งการวินิจฉัยความรับผิดในรูปแบบของการเร่งให้ตายอย่างสงบและการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้น ผู้เขียนจะกล่าวถึงในหัวข้อที่ 3.3 อย่างละเอียดต่อไป

3.2.3 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ในประเทศไทย สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยนั้นมีกฎหมายให้ความคุ้มครองไว้อย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ตามมาตรา 8[49] โดยกำหนดให้บุคลากรด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ในการแจ้งข้อมูลต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ประกอบการตัดสินใจเข้ารับการรักษา อีกทั้งยังมีการบัญญัติเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถแสดงเจตจำนงที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ โดยไม่ใช้เครื่องมือทางการแพทย์เข้ามายื้อชีวิตอีกต่อไป

สำหรับหลักเกณฑ์และวิธีการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้านั้น จะต้องดำเนินการตามที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ซึ่งได้กำหนดคำนิยามและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ในการจัดทำหนังสือดังกล่าวตามมาตรา 12 นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติยังออกประกาศเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติงาน[50] โดยมีคำอธิบายรายละเอียดของกฎกระทรวงฯ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมดอีกด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

---

[49] พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 8

"ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมิได้..."

[50] ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

เมื่อพิจารณามาตรา 12 และกฎกระทรวงฯ ดังกล่าวแล้ว มีข้อพิจารณาเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในประเทศไทยดังนี้

1) ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า โดยมีเงื่อนไข 2 กรณี ได้แก่ การไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่า จากเงื่อนไขดังกล่าวมีถ้อยคำที่ต้องพิจารณาคือ คำว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” และ “การทรมานจากการเจ็บป่วย”

ในมาตรา 2 ของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 บัญญัตินิยามของทั้ง 2 ถ้อยคำดังกล่าวว่า

> *““วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น*
>
> *“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้”*

จะเห็นได้ว่า ในประเทศไทยไม่ได้กำหนดนิยามของคำว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ไว้โดยตรง แต่หากพิจารณาคำนิยามข้างต้น จะเห็นว่า คำว่าวาระสุดท้ายของชีวิต หมายถึงผู้ป่วยที่บาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และจะนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง ซึ่งเป็นความหมายทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั่นเอง นอกจากนี้ ยังกำหนดให้ครอบคลุมไปถึงภาวะที่สูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดตอสื่อสารอย่างถาวร ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวร ดังนั้น คำว่าวาระสุดท้ายของชีวิตจึงหมายถึงผู้ป่วย 2 จำพวก ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยสภาพผักถาวร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อพิจารณาคำว่าการทรมานจากการเจ็บป่วย หมายถึง ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานทางกายหรือจิตใจ ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งในประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติฯ ได้ยกตัวอย่างการบาดเจ็บหรือโรคดังกล่าว เช่น การเป็นอัมพาตตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม โรคมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เป็นต้น[51]

2) บุคคลผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า

กฎหมายกำหนดให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาในการปฏิเสธไม่รับบริการสาธารณสุขสำหรับตนเองเท่านั้น ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดจึงไม่สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าให้แก่ตัวผู้ป่วยได้ บุคคลผู้ทำหนังสือนั้น ไม่จำกัดว่าจะต้องเป็นผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษาอยู่เท่านั้น หากบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงมีความประสงค์จะแสดงเจตนา ก็สามารถทำหนังสือดังกล่าวได้เช่นกัน[52]

3) ลักษณะของหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า

การทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าตามมาตรา 12 นั้น กฎหมายไม่ได้กำหนดรูปแบบของหนังสือไว้เป็นการเฉพาะ แต่ต้องมีความชัดเจนเพียงพอ เพื่อให้บุคคลที่เกี่ยวข้องสามารถทำตามความประสงค์ได้ ซึ่งในกฎกระทรวงฯ ก็ได้กำหนดข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการทำหนังสือไว้ชัดเจนแล้ว[53] ส่วนเงื่อนไขของการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้านี้ มาตรา 12 กำหนดให้สามารถทำได้ 2 กรณี ได้แก่ การไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต และเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

4) ข้อยกเว้นความรับผิดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข

มาตรา 12 วรรคท้ายบัญญัติให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง หากได้กระทำไปตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย ซึ่งนิยามของคำว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล[54] ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร หรือผู้ประกอบวิชาชีพอื่นตามที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา[55] ดังนั้น พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มิได้คุ้มครอง

---

[51] เรื่องเดียวกัน.

[52] นิรมัย พิศแข มั่นจิตร, กฎหมายว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการทางด้านสุขภาพ, หน้า 124.

[53] กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, ข้อ 3

[54] พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 3

[55] พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 4

เฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขทั้งหมดด้วย

จากการศึกษาข้างต้นพบว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตตามความประสงค์ของผู้ป่วยในหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้านั้น กฎหมายให้ความคุ้มครองเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่หากผู้กระทำเป็นบุคคลอื่น ยังไม่มีกฎหมายให้ความคุ้มครอง และยังไม่มีแนวคำพิพากษาเกี่ยวกับการกระทำดังกล่าว ทำให้เกิดประเด็นปัญหาว่า ผู้กระทำที่เป็นบุคคลอื่น แม้กระทำไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย จะต้องรับผิดทางอาญาหรือไม่ เพียงใด ด้วยเหตุนี้ ในหัวข้อถัดไปจะศึกษาถึงความรับผิดทางอาญากรณีทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ ทั้งรูปแบบของการเร่งให้ตายอย่างสงบและการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาเปรียบเทียบกับต่างประเทศต่อไป

3.3 โครงสร้างความรับผิดทางอาญา

การวินิจฉัยความรับผิดทางอาญาของไทยนั้นมีนักวิชาการหลายท่านอธิบายโครงสร้างไว้อย่างชัดเจน ในหัวข้อนี้ผู้เขียนจะศึกษาโครงสร้างความรับผิดทางอาญาตามคำอธิบายของศาสตราจารย์พิเศษ ดร.เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์ ซึ่งได้แบ่งโครงสร้างความรับผิดทางอาญาออกเป็น 3 โครงสร้าง[56] ได้แก่ (1) การกระทำครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ (2) การกระทำไม่มีกฎหมายยกเว้นความผิด และ (3) การกระทำไม่มีกฎหมายยกเว้นโทษ นอกจากนี้ หากวินิจฉัยจากโครงสร้างทั้งสามประการแล้ว ผู้กระทำยังต้องรับผิดทางอาญา ก็อาจมีกฎหมายบัญญัติเป็นเหตุให้ลดโทษได้อีกด้วย[57] ดังนั้น การพิจารณาความรับผิดกรณีทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบนั้นสามารถแบ่งได้เป็น 4 หัวข้อ ได้แก่ การกระทำครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ การกระทำไม่มีกฎหมายยกเว้นความผิด การกระทำไม่มีกฎหมายยกเว้นโทษ และเหตุลดโทษ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.3.1 การกระทำครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ

โครงสร้างที่ 1 เรื่องการกระทำครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัตินั้นประกอบไปด้วย 4 หลักด้วยกัน ได้แก่ การกระทำ การกระทำครบองค์ประกอบภายนอก การกระทำครบองค์ประกอบภายใน และความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผล ซึ่งในการพิจารณาหลักเหล่านี้จะต้องพิจารณาตามลำดับขั้น หากการกระทำดังกล่าวครบทั้งสี่หลัก จะถือว่าการกระทำนั้นครบ

---

[56] เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1, พิมพ์ครั้งที่ 10 (กรุงเทพมหานคร: พลสยามพริ้นติ้ง, 2551), หน้า 86.

[57] เรื่องเดียวกัน, หน้า 492.

องค์ประกอบในความผิดฐานนั้น ๆ แล้ว และจะต้องพิจารณาโครงสร้างที่สองและสามต่อไป เพื่อวินิจฉัยว่ามีกฎหมายยกเว้นความผิดหรือยกเว้นโทษหรือไม่

ในการวินิจฉัยว่าผู้กระทำจะต้องรับผิดทางอาญาหรือไม่ ผู้เขียนจะแบ่งการพิจารณาตามลักษณะของการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบดังนี้

1) การเร่งให้ตายอย่างสงบ

เมื่อวินิจฉัยโครงสร้างความรับผิดทางอาญา พบว่า ลักษณะของการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้น ไม่ว่าจะเป็นการฉีดยา หรือกระทำการอื่นใด ย่อมต้องมีการกระทำเกิดขึ้น และการกระทำนั้นเป็นการทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย จึงถือว่าเป็นการ “ฆ่า” ผู้อื่นแล้ว การกระทำดังกล่าวจึงครบองค์ประกอบภายนอก ส่วนองค์ประกอบภายใน ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนานั้นไม่ได้บัญญัติเจตนาพิเศษไว้แต่อย่างใด ดังนั้น แม้ผู้กระทำจะมีมูลเหตุจูงใจเพื่อมนุษยธรรม (Humanitarian Motives) กล่าวคือ ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน ก็ไม่อาจทำให้พ้นจากความรับผิดไปได้[58] เพราะผู้กระทำมีเจตนาประสงค์ต่อผลหรือเล็งเห็นผลได้ว่าจะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย หากไม่มีการกระทำดังกล่าว ผู้ป่วยจะมีชีวิตที่ยืนยาวมากกว่านี้ได้ การกระทำนี้จึงเสมือนเหตุที่เข้ามาแทรกแซงให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเร็วขึ้น[59] และเมื่อความตายของผู้ป่วยเป็นผลโดยตรงจากการกระทำดังกล่าว ผู้กระทำจึงมีความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา

สำหรับการวินิจฉัยความรับผิดในกรณีดังกล่าว ศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์ ได้ให้ความเห็นอย่างชัดเจนว่า

> *“คนเราเกิดมาแล้วต้องตายทุกคน ฆ่าก็ตาย ไม่ฆ่าก็ตาย การฆ่าจึงเป็นการทำให้ตายก่อนเวลาธรรมดาของเขาเท่านั้น คนที่จวนจะตายเพราะอายุหรือโรค หรือถูกทำร้ายจะตายอยู่แล้ว ถ้าใครทำให้ตายเร็วขึ้นก็เป็นการฆ่าคน”*[60]

จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การเร่งให้ตายอย่างสงบถือเป็นการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ไม่ว่าผู้กระทำจะเป็นแพทย์หรือบุคคลอื่นก็ตาม ผู้กระทำก็ต้องรับผิดตามมาตรา 288 และอาจต้องรับผิดตามมาตรา 289 ได้ หากการกระทำมีลักษณะที่เข้าเหตุฉกรรจ์ตามที่กฎหมายกำหนด ยกตัวอย่างเช่น การเร่งให้ตายอย่างสงบ ผู้กระทำมักเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว กล่าวคือ สามีกระทำต่อภรรยา บิดามารดากระทำต่อบุตร หรือบุตรกระทำต่อบิดามารดาก็ได้ ดังนั้น หากเป็นกรณีที่บุตรทำให้บิดาหรือมารดาถึงแก่ความตายอย่างสงบ บุตรก็อาจต้อง

---

[58] เรื่องเดียวกัน, หน้า 192.

[59] แสวง บุญเฉลิมวิภาส และ เอนก ยมจินดา, กฎหมายการแพทย์, หน้า 177.

[60] จิตติ ติงศภัทิย์, คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 2 ตอน 2 และภาค 3, หน้า 6.

รับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289 (1) นอกจากนี้ ลักษณะของการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ มักมีพฤติการณ์เป็นการไตร่ตรองไว้ก่อน[61] เช่น การฉีดยาเพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ต้องมีการตระเตรียมอุปกรณ์ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้กระทำผ่านการคิดทบทวนก่อนกระทำแล้วเสมอ ดังนั้น การเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ผู้กระทำจึงอาจต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289 (4) ได้เช่นกัน

2) การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

ในการทางแพทย์เห็นว่า ทั้งการยับยั้งหรือเพิกถอนนั้นไม่มีความแตกต่างกัน เพราะมีวัตถุประสงค์ที่เหมือนกันคือทำให้ผู้ป่วยจากไปตามธรรมชาติ โดยไม่ใช้เครื่องมือทางการแพทย์เข้ามายื้อชีวิตเช่นเดียวกัน นอกจากนี้การกระทำไปตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย แพทย์ยังไม่มีความรับผิดทางอาญาอีกด้วยตามมาตรา 12 วรรคท้ายของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

แต่ในทางกฎหมาย การวินิจฉัยความรับผิดสำหรับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของบุคคลอื่นนั้น เกี่ยวข้องกับลักษณะของการกระทำโดยตรง เพราะการยับยั้งหรือเพิกถอนการรักษาสามารถทำได้หลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ส่วนใหญ่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นการยับยั้งหรือเพิกถอนก็มีลักษณะเป็นการยุติการรักษาผู้ป่วยต่อไปทั้งสิ้น จึงมีประเด็นว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำโดยงดเว้นหรือไม่ ซึ่งหลักสำคัญของการกระทำโดยงดเว้นคือ การไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยรู้สำนึก ทั้ง ๆ ผู้กระทำมีหน้าที่ต้องกระทำ เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลนั้นขึ้น[62] ตามมาตรา 59 วรรคท้าย[63]

สำหรับการยุติการให้ยาหรือการใช้เครื่องมือใด ๆ เข้าช่วย ก็ถือว่าเป็นการกระทำโดยงดเว้นได้ ซึ่งกรณีที่ผู้กระทำเป็นบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ ก็อาจมีหน้าที่ต้องกระทำเพื่อป้องกันผลได้ โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย จะมีหน้าที่ตามกฎหมายบัญญัติ เช่น ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1461 มาตรา 1563 และมาตรา 1564[64] หรืออาจมีหน้าที่อันเกิดจากความสัมพันธ์พิเศษเฉพาะเรื่อง เช่น กรณีบิดาที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายอุปการะเลี้ยงดูบุตรผู้เยาว์มาโดย

---

[61] Helen Silving, "Euthanasia: A Study in Comparative Criminal Law," University of Pennsylvania Law Review: 352.

[62] เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1, หน้า 104.

[63] ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 วรรคท้าย
"การกระทำ ให้หมายความรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้นโดยงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย"

[64] ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์
มาตรา 1461 วรรคสอง *"สามีภริยาต้องช่วยเหลืออุปการะเลี้ยงดูกันตามความสามารถและฐานะของตน"*
มาตรา 1563 *"บุตรจำต้องอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดา"*
มาตรา 1564 *"บิดามารดาจำต้องอุปการะเลี้ยงดูและให้การศึกษาตามสมควรแก่บุตรในระหว่างที่เป็นผู้เยาว์ บิดามารดาจำต้องอุปการะเลี้ยงดูบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เฉพาะผู้ทุพพลภาพและหาเลี้ยงตนเองมิได้"*

ตลอด ก็มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือเกื้อกูลกัน หรือชายหญิงที่อยู่กินฉันสามีภรรยา แม้ไม่ได้จดทะเบียนสมรส แต่ก็มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือกัน เป็นต้น[65]

ดังนั้น เมื่อการกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำโดยงดเว้นตามมาตรา 59 วรรคท้าย การที่ผู้กระทำไม่ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อไป ผู้กระทำย่อมประสงค์ต่อผลหรือเล็งเห็นผลได้ว่าผู้ป่วยจะถึงแก่ความตาย และเมื่อความตายของผู้ป่วยเป็นผลโดยตรงจากการกระทำนั้น ผู้กระทำอาจต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเจตนาตามมาตรา 288 ได้

อย่างไรก็ตาม การเพิกถอนการรักษาในบางกรณี มีการใส่เครื่องมือช่วยชีวิตกับผู้ป่วยแล้ว ทำให้ผู้กระทำต้องลงมือกระทำบางอย่างอันเป็นเหตุให้เครื่องมือช่วยชีวิตนั้นถูกถอดออกหรือหยุดทำงาน เช่น การหยุดเครื่องช่วยหายใจ หรือการปิดเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า[66] การกระทำดังกล่าวจึงไม่เข้าลักษณะของการงดเว้น เพราะมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยรู้สำนึกแล้ว ดังนั้น ผู้กระทำจึงต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเจตนาตามมาตรา 288 หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289 โดยไม่ต้องพิจารณามาตรา 59 วรรคท้ายแต่อย่างใด

ทั้งนี้ การวินิจฉัยความรับผิดทางอาญานั้นยังไม่มีคำพิพากษาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตโดยตรง จึงยังไม่ชัดเจนว่า หากมีคดีขึ้นสู่ศาลแล้วศาลจะวินิจฉัยอย่างไร ซึ่งผู้เขียนเห็นว่า ศาลอาจแก้ไขปัญหาโดยวินิจฉัยว่า การกระทำนั้นไม่เป็นการงดเว้น เพราะไม่มีหน้าที่ในการยื้อชีวิตของผู้ป่วยที่กำลังจะถึงแก่ความตาย หรืออาจวินิจฉัยว่า ผู้กระทำไม่มีเจตนาฆ่าก็ได้ เพื่อมิให้การยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตถือเป็นการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 หรือมาตรา 289

แม้ประเทศยังไม่มีคำพิพากษาในเรื่องดังกล่าวโดยตรง แต่ก็เคยมีคดีที่ใกล้เคียงกับการเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต ได้แก่

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 659/2532 จำเลยใช้ของแข็งตีทำร้ายผู้ตายมีบาดแผลฟกช้ำดำเขียวทั่วร่างกายกับมีบาดแผลฉีกขาดที่ศีรษะยาวประมาณ 3 เซนติเมตร ลึกประมาณ1.5 เซนติเมตร มีบาดแผลฉีกขาดที่หัวคิ้วซ้ายยาวประมาณ 3 เซนติเมตรลึกประมาณ 1 เซนติเมตร มีบาดแผลถลอกที่ขากรรไกรและข้อศอกซ้ายกระดูกขากรรไกรหัก กระดูกซี่โครงร้าว 2 ซี่ ฟังได้ว่าจำเลยทำร้ายผู้ตายโดยมีเจตนาฆ่า หลังจากที่ผู้ตายถูกทำร้ายแล้ว ได้มีการนำตัวผู้ตายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ได้รักษาผู้ตายเบื้องแรกโดยให้น้ำเกลือใส่ท่อช่วยหายใจ ผ่าตัดใส่ท่อระบายลมใน

---

[65] เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1, หน้า 105-106.

[66] David McQuoid-Mason, "Withholding or Withdrawing Treatment and Palliative Treatment Hastening Death: The Real Reason Why Doctors Are Not Held Legally Liable for Murder," South African Medical Journal 104, 2 (February 2014): 102.

โพรงปอดข้างซ้ายเพราะมีลมรั่วออกมาจากทางเดินหายใจ แล้วใส่เครื่องช่วยหายใจให้ผู้ตายด้วย และแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่า หากให้ผู้ตายรักษาตัวที่โรงพยาบาลต่อไปแล้ว โอกาสที่ผู้ตายจะมีชีวิตรอดมีมากกว่าผู้ตายจะถึงแก่ความตาย การที่ญาติผู้ตายกระทำให้การรักษาสิ้นสุดลงโดยการดึงเครื่องช่วยหายใจ และท่อช่วยหายใจออก แล้วพาผู้ตายกลับบ้าน และผู้ตายถึงแก่ความตายในคืนนั้น ย่อมถือได้ว่าเป็นผลโดยตรงที่ทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย หาใช่เป็นผลจากการกระทำของจำเลยโดยตรงไม่ เพราะเมื่อผู้ตายอยู่ในความดูแลรักษาของแพทย์แล้ว ผู้ตายย่อมเป็นผู้อยู่ในสภาพที่มีโอกาสมีชีวิตอยู่รอดสูง การกระทำของจำเลยจึงมีความผิดเพียงฐานพยายามฆ่าผู้ตาย

ในคำพิพากษาฉบับนี้ มีประเด็นเกี่ยวกับความรับผิดของจำเลย ศาลจึงมิได้วินิจฉัยว่าการกระทำของญาติผู้ป่วยมีความผิดหรือไม่ ซึ่งศาสตราจารย์พิเศษ ดร.เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์ ให้ความเห็นไว้ว่า แม้ญาติของผู้ป่วยจะกระทำไปด้วยความเมตตา แต่การที่ญาติดึงเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยออก ถือเป็นการกระทำโดยมีเจตนาฆ่าแล้ว เมื่อความตายเป็นผลโดยตรงจากการกระทำของญาติ จึงถือว่าญาติมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา[67]

ทั้งนี้ ผู้เขียนมีข้อสังเกตว่า คดีนี้ยังไม่เข้าลักษณะของการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตโดยตรง เพราะแพทย์ยังเห็นว่าผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าจะถึงแก่ความตาย แต่ในคดีนี้ ผู้ป่วยถูกทำร้ายทั่วร่างกายและเข้าใจว่าตนกำลังจะถึงแก่ความตาย จึงขอให้ญาติพากลับบ้าน เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลง

จากการศึกษาทั้งการยับยั้งและเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตพบว่า เมื่อพิจารณาตามโครงสร้างความรับผิดทางอาญา ผู้กระทำมีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาได้ เพราะปัจจุบันยังไม่มีแนวคำพิพากษาของศาลที่ชัดเจน และหากพิจารณาโครงสร้างความรับผิดทางอาญาอย่างเคร่งครัดก็สามารถตีความได้ว่า มีการกระทำที่ครบองค์ประกอบภายนอกและองค์ประกอบภายใน และเมื่อผู้ป่วยถึงแก่ความตายจากการกระทำดังกล่าว อาจทำให้เกิดความรับผิดตามมาได้เช่นกัน

3.3.2 การกระทำไม่มีกฎหมายยกเว้นความผิด

เมื่อการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบนั้นมีการกระทำที่ครบองค์ประกอบความผิดตามโครงสร้างที่ 1 แล้ว ต่อมาจึงต้องวินิจฉัยในโครงสร้างที่ 2 คือ การกระทำไม่มีกฎหมายยกเว้นความผิด เพราะหากมีกฎหมายยกเว้นความผิดไว้ ผู้กระทำก็มีอำนาจกระทำได้ จึงไม่ต้องรับผิดทางอาญา[68] และ

---

[67] เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1, หน้า 360.

[68] เรื่องเดียวกัน, หน้า 372.

ไม่ต้องพิจารณาโครงสร้างอื่น ๆ อีกต่อไป ในหัวข้อนี้จะแบ่งเหตุที่กฎหมายยกเว้นความผิดออกเป็น 2 ประการ ได้แก่ การป้องกัน และความยินยอม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.3.2.1 การป้องกัน

ประมวลกฎหมายอาญาบัญญัติเรื่องการป้องกันโดยชอบด้วยกฎหมาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความคุ้มครองประชาชนผู้บริสุทธิ์ เพราะเมื่อมีภยันตรายที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเองหรือผู้อื่น ไม่ใช่ทุกกรณีที่รัฐจะเข้าไปขจัดภัยดังกล่าวได้ทันท่วงที[69] ดังนั้น เมื่อประชาชนเข้าระงับภัยที่กำลังจะเกิดขึ้นด้วยตนเอง จึงเป็นการใช้สิทธิในการป้องกันตนเองหรือผู้อื่นแล้ว ซึ่งประมวลกฎหมายอาญามาตรา 68[70] บัญญัติหลักเกณฑ์ในการป้องกันโดยชอบด้วยกฎหมายไว้อย่างชัดแจ้ง หากการกระทำนั้นครบองค์ประกอบตามมาตรา 68 จะถือว่าเป็นการป้องกันโดยชอบด้วยกฎหมาย ผู้กระทำจึงไม่ต้องรับผิดทางอาญา แม้การกระทำนั้นจะครบองค์ประกอบตามโครงสร้างที่ 1 แล้วก็ตาม

เมื่อวินิจฉัยการทำให้ตายอย่างสงบแล้วพบว่า ภยันตรายที่กำลังจะเกิดต่อผู้ป่วยคือความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย ซึ่งมิได้เกิดจากการประทุษร้ายอันละเมิดต่อกฎหมาย และแม้ว่าภยันตรายนั้นใกล้จะถึง ผู้กระทำก็ไม่สามารถอ้างว่ากระทำไปเพื่อป้องกันสิทธิของผู้ป่วย เพราะการป้องกันต้องกระทำต่อผู้ก่อภัยเท่านั้น มิใช่กระทำต่อผู้ได้รับภัย อีกทั้งการกระทำดังกล่าวแม้จะทำให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน แต่ก็ทำให้ผู้นั้นถึงแก่ความตาย ดังนั้น ผู้กระทำจึงไม่สามารถอ้างการป้องกันตามมาตรา 68 เป็นเหตุยกเว้นความผิดได้

3.3.2.2 ความยินยอม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เนื่องจากการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบอาจเกิดจากการร้องขอหรือยินยอมของผู้ป่วยได้ การวินิจฉัยความรับผิดทางอาญาของผู้กระทำผิด จึงต้องคำนึงถึงบทบาทของความยินยอมในคดีอาญาว่าส่งผลต่อการพิจารณาความรับผิดมากน้อยเพียงใด ดังนั้น ในหัวข้อนี้จะศึกษาหลักความยินยอมในคดีอาญาของประเทศไทย เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ความรับผิดทางอาญาของผู้กระทำผิด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

---

[69] อุทิศ แสนโกศิก, กฎหมายอาญาภาค 1 (กรุงเทพมหานคร: ศูนย์บริการเอกสารและวิชาการ กองวิชาการ กรมอัยการ, 2525), หน้า 115.

[70] ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 68

"ผู้ใดจำต้องกระทำการใดเพื่อป้องกันสิทธิของตนหรือของผู้อื่นให้พ้นภยันตรายซึ่งเกิดจากการประทุษร้ายอันละเมิดต่อกฎหมาย และเป็นภยันตรายที่ใกล้จะถึง ถ้าได้กระทำพอสมควรแก่เหตุ การกระทำนั้นเป็นการป้องกันโดยชอบด้วยกฎหมาย ผู้นั้นไม่มีความผิด"

ประมวลกฎหมายอาญาของไทยไม่มีบทบัญญัติที่นิยามคำว่า “ความยินยอม” ไว้ และยังไม่มีบัญญัติใดกำหนดไว้ชัดว่า ความยินยอมของผู้เสียหายถือเป็นเหตุยกเว้นความผิดได้[71] อย่างไรก็ตาม แม้ประมวลกฎหมายอาญาจะไม่ได้กำหนดไว้ชัดเจน แต่ศาลฎีกาได้ยอมรับเอาหลักความยินยอมดังกล่าวมาใช้ในฐานะที่เป็นหลักกฎหมายทั่วไป[72] และสร้างหลักเกณฑ์ของความยินยอมไว้อย่างชัดเจนในคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1403/2508 (ประชุมใหญ่) โดยกำหนดหลักเกณฑ์ 3 ประการ ได้แก่

1) ความยินยอมนั้นเป็นความยินยอมอันบริสุทธิ์ หมายถึง ผู้ยินยอมต้องให้ความยินยอม โดยปราศจากการข่มขู่ หลอกลวง หรือสำคัญผิด[73]

2) ความยินยอมนั้นไม่ขัดต่อความสำนึกในศีลธรรมอันดีของประชาชน ซึ่งการวินิจฉัยว่าการกระทำใดขัดต่อศีลธรรมอันดีหรือไม่นั้น จะต้องพิจารณาจากความรู้สึกของประชาชนทั่วไปในท้องถิ่นนั้นเป็นเกณฑ์[74]

3) ความยินยอมนั้นต้องมีอยู่ตลอดเวลาที่กระทำความผิด หากผู้ยินยอมบอกเลิกความยินยอมนั้นแล้ว และผู้กระทำยังขืนกระทำต่อไป จะถือว่ามีเหตุยกเว้นความผิดไม่ได้[75]

สำหรับความผิดต่อชีวิตร่างกายนั้น แนวคำพิพากษาศาลฎีกาของไทยยังเห็นว่า การทำร้ายชีวิตของผู้อื่นเป็นการขัดต่อศีลธรรมอันดี และขัดต่อความสงบเรียบร้อยของประชาชน เพราะชีวิตของมนุษย์เป็นสิ่งที่มีคุณค่า จึงควรได้รับความคุ้มครองจากสังคมส่วนรวม[76] ดังนั้น แม้ผู้เสียหายจะให้ความยินยอมให้ผู้อื่นฆ่าตนเอง ก็ไม่ถือว่าเป็นเหตุยกเว้นความรับผิดแต่อย่างใด เห็นได้จากคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 59/2502 แม้จำเลยจะใช้ปืนยิงตามคำร้องขอของผู้ตาย โดยเชื่อว่าผู้ตายมีวิชาอยู่ยงคงกระพัน จำเลยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ด้วยเหตุนี้ แม้ผู้ป่วยต้องการจะตายและขอร้องให้ผู้อื่นทำตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้กระทำก็ไม่สามารถอ้างความยินยอมมาเป็น

---

[71] ชาตรี ศรีนวลนัด และวันชัย ศรีนวลนัด, ความยินยอมในคดีอาญา ความผิดอันยอมความได้, พิมพ์ครั้งที่ 4 (กรุงเทพมหานคร: สี่พระยาทนายความและการบัญชี, 2558), หน้า 1-2.

[72] เรื่องเดียวกัน, หน้า 22.

[73] ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาคความผิดและลหุโทษ, หน้า 161-162.

[74] เรื่องเดียวกัน.

[75] เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1, หน้า 432.

[76] ชาตรี ศรีนวลนัด และวันชัย ศรีนวลนัด, ความยินยอมในคดีอาญา ความผิดอันยอมความได้, หน้า 26.

เหตุยกเว้นความผิดหรือเหตุลดโทษใด ๆ ได้[77] จึงต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 หรือมาตรา 289 เทียบเท่ากับการฆ่าผู้อื่นโดยไม่ได้รับความยินยอม

จากการศึกษาโครงสร้างที่ 2 จะเห็นได้ว่า การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ แม้จะกระทำไปเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน และกระทำไปตามความยินยอมของผู้ป่วย ก็ไม่สามารถอ้างเป็นเหตุยกเว้นความผิดได้ เพราะมิใช่การป้องกันตามมาตรา 68 และไม่สามารถอ้างความยินยอมของผู้เสียหายในความผิดเกี่ยวกับชีวิตได้ ดังนั้น ผู้กระทำจึงต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาโดยไม่มีเหตุยกเว้นความผิดแต่อย่างใด

3.3.3 การกระทำไม่มีกฎหมายยกเว้นโทษ

เมื่อการกระทำครบองค์ประกอบความผิดและไม่มีกฎหมายยกเว้นความผิด ต่อมาจึงต้องพิจารณาในโครงสร้างที่ 3 ว่าด้วยการกระทำไม่มีกฎหมายยกเว้นโทษ ในประมวลกฎหมายอาญามีกำหนดกฎหมายที่ยกเว้นโทษไว้หลายกรณี เช่น การกระทำโดยจำเป็น การกระทำความผิดของเด็กอายุไม่เกิน 10 ปี และไม่เกิน 15 ปี การกระทำของคนวิกลจริต การกระทำของผู้มึนเมา เป็นต้น[78] อย่างไรก็ตาม ในหัวข้อนี้ ผู้เขียนจะศึกษาเฉพาะการกระทำโดยจำเป็นตามมาตรา 67 เท่านั้น เพราะการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบมีประเด็นทางกฎหมายต้องพิจารณาว่า เป็นการกระทำโดยจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานหรือไม่

การกระทำโดยจำเป็น เป็นพฤติการณ์ที่บุคคลหนึ่งมีความจำเป็นต้องทำผิดกฎหมายเพื่อมิให้เกิดความเสียหายหรือเกิดภยันตรายกับตนเอง การตัดสินใจกระทำความผิดจึงมิได้เกิดจากความคิดโดยอิสระอย่างแท้จริง (Free Will) กฎหมายจึงบัญญัติให้การกระทำโดยจำเป็นถือเป็นเหตุยกเว้นโทษ เพราะการลงโทษผู้กระทำผิดนั้นไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใด ๆ ทั้งสิ้น[79] ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 67[80] บัญญัติเรื่องการกระทำโดยจำเป็นไว้ 2 ลักษณะ คือ อนุมาตรา 1 จำเป็นเพราะอยู่ในที่บังคับ และอนุมาตรา 2 จำเป็นเพื่อให้ตนเองหรือผู้อื่นพ้นจากภยันตราย ซึ่งเมื่อพิจารณาการทำให้ตายอย่างสงบนั้น ผู้กระทำไม่สามารถอ้างได้ว่า ตนกระทำไปโดยจำเป็นตามมาตรา 67 (2) เนื่องจาก

---

[77] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, กฎหมายการแพทย์ : ความรับผิดทางกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2546), หน้า 44.

[78] เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1, หน้า 437-438.

[79] ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาคความผิดและลหุโทษ, หน้า 166.

[80] ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 67

"ผู้ใดกระทำความผิดด้วยความจำเป็น

(1) เพราะอยู่ในที่บังคับ หรือภายใต้อำนาจซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือขัดขืนได้ หรือ

(2) เพราะเพื่อให้ตนเองหรือผู้อื่นพ้นจากภยันตรายที่ใกล้จะถึงและไม่สามารถหลีกเลี่ยงให้พ้นโดยวิธีอื่นใดได้ เมื่อภยันตรายนั้นตนมิได้ก่อให้เกิดขึ้นเพราะความผิดของตน

ถ้าการกระทำนั้นไม่เป็นการเกินสมควรแก่เหตุแล้ว ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษ"

การทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายนั้น แทนที่จะเป็นการป้องกันชีวิตของผู้ป่วย กลับเป็นการทำลายชีวิตของผู้ป่วยเสียเอง จึงมิใช่การทำให้พ้นจากภยันตรายที่ใกล้จะถึง[81] และหากรักษาต่อไปโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย ผู้ป่วยจะมีชีวิตที่ยาวนานขึ้นได้ จึงมิใช่ภยันตรายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงให้พ้นโดยวิธีอื่นใดได้ ดังนั้น การกระทำดังกล่าวจึงมิใช่การกระทำโดยจำเป็นตามมาตรา 67 แต่อย่างใด

3.3.4 เหตุลดโทษอื่น

จากการศึกษาโครงสร้างความรับผิดทางอาญาทั้ง 3 โครงสร้าง การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบนั้น ผู้กระทำไม่สามารถอ้างเหตุยกเว้นความผิดหรือเหตุยกเว้นโทษใด ๆ ได้ จึงต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เทียบเท่ากับการฆ่าโดยทั่วไป เมื่อมีความชัดเจนแล้วว่า การกระทำดังกล่าวต้องรับผิดทางอาญา จึงต้องพิจารณาต่อมาว่า มีเหตุลดโทษใด ๆ สำหรับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือไม่ ในหัวข้อนี้ ผู้เขียนจะศึกษาเหตุลดโทษที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เหตุบรรเทาโทษตามมาตรา 78[82]

เหตุบรรเทาโทษตามมาตรานี้เป็นการเปิดโอกาสให้ศาลใช้ดุลพินิจในการลดโทษเพื่อให้การลงโทษเหมาะสมกับผู้กระทำผิด[83] อย่างไรก็ตาม มาตรานี้มิใช่บทบังคับให้ศาลต้องลดโทษแม้มีพฤติการณ์ที่เข้าเหตุบรรเทาโทษที่บัญญัติไว้ในมาตรา 78 วรรคสอง ศาลอาจไม่ลดโทษให้แก่จำเลยก็ได้[84] จึงอาจกล่าวได้ว่า มาตรานี้เป็นดุลพินิจของศาลที่พิจารณาคดีโดยแท้จริง สำหรับพฤติการณ์ที่เป็นเหตุบรรเทาโทษนั้น แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติการณ์ก่อนกระทำความผิด ได้แก่ ผู้กระทำเป็นผู้โฉดเขลาเบาปัญญา ตกอยู่ในความทุกข์แสนสาหัส หรือมีคุณความดีมาก่อน และพฤติการณ์หลังกระทำความผิด ได้แก่ การพยายามบรรเทาผลร้าย ลุแก่โทษต่อเจ้าพนักงาน และให้ความรู้อันเป็นประโยชน์แก่การพิจารณา นอกจากนี้ มาตรา 78 ยังบัญญัติให้ศาลลดโทษได้เมื่อมีเหตุอื่นในทำนองเดียวกันอีกด้วย[85]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[81] อรรัมภา ไวยมุกข์ และคณะ, "การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน," วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย 9, 3 (กันยายน 2560): 49.;เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1, หน้า 192.

[82] ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 78

"มาตรา 78 เมื่อปรากฏว่ามีเหตุบรรเทาโทษ ไม่ว่าจะได้มีการเพิ่มหรือการลดโทษตามบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายนี้หรือกฎหมายอื่นแล้วหรือไม่ ถ้าศาลเห็นสมควรจะลดโทษไม่เกินกึ่งหนึ่งของโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดนั้นก็ได้

เหตุบรรเทาโทษนั้น ได้แก่ผู้กระทำความผิดเป็นผู้โฉดเขลาเบาปัญญาตกอยู่ในความทุกข์อย่างสาหัส มีคุณความดีมาแต่ก่อน รู้สึกความผิดและพยายามบรรเทาผลร้ายแห่งความผิดนั้น ลุแก่โทษต่อเจ้าพนักงานหรือให้ความรู้แก่ศาลอันเป็นประโยชน์แก่การพิจารณา หรือเหตุอื่นที่ศาลเห็นว่ามีลักษณะทำนองเดียวกัน"

[83] ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาคความผิดและลหุโทษ, หน้า 203.

[84] เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1, หน้า 504.

[85] เรื่องเดียวกัน, หน้า 501-503.

สำหรับการทำให้ตายอย่างสงบ แม้ผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจคือความเมตตาต่อผู้ป่วยในขณะกระทำความผิด แต่พฤติการณ์ดังกล่าวก็ไม่ใช่พฤติการณ์ที่บัญญัติให้เป็นเหตุบรรเทาโทษตามมาตรา 78 วรรคสอง และยังไม่มีความใกล้เคียงพฤติการณ์อื่น ๆ ด้วย หากศาลตีความให้พฤติการณ์ดังกล่าวเป็นเหตุอื่นในทำนองเดียวกัน ก็อาจไม่ถูกต้องตามเจตนารมณ์ของบทบัญญัตินี้ ดังนั้น การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ จึงไม่เป็นเหตุบรรเทาโทษตามมาตรา 78 วรรคสอง เว้นแต่ศาลจะเห็นว่ามีพฤติการณ์อื่น ๆ ที่สามารถลดโทษได้ เช่น จำเลยเป็นผู้มีคุณความดีมาแต่ก่อน หรือเป็นผู้โฉดเขลาเบาปัญญา เป็นต้น

จากการศึกษาโครงสร้างความรับผิดทางอาญาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า การทำให้ตายอย่างสงบทั้งสองรูปแบบ ผู้กระทำที่มิใช่แพทย์มีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 หรือฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289 อีกทั้งยังไม่มีกฎหมายยกเว้นความผิดหรือกฎหมายยกเว้นโทษในกรณีดังกล่าวแต่อย่างใด ส่วนเหตุบรรเทาโทษตามมาตรา 78 ก็ไม่มีบัญญัติเรื่องการกระทำไปด้วยความเมตตาสงสารไว้โดยเฉพาะ จึงลดโทษได้เฉพาะกรณีที่ผู้กระทำมีพฤติการณ์ตามที่บัญญัติในมาตรา 78 วรรคสองเท่านั้น ดังนั้น เมื่อประมวลกฎหมายอาญาของไทยไม่มีบทบัญญัติที่สามารถลดโทษให้แก่ผู้กระทำผิดเป็นการเฉพาะ ผู้กระทำจึงต้องรับผิดตามอัตราโทษที่บัญญัติไว้ในมาตรา 288 และมาตรา 289 เทียบเท่ากับการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไป

เมื่อได้ทราบความรับผิดทางอาญาสำหรับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบแล้ว ในหัวข้อถัดไปจะศึกษาถึงข้อพิจารณาต่าง ๆ ในการกำหนดโทษของศาลโดยเฉพาะในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เพื่อวิเคราะห์ว่าศาลมีดุลพินิจในการกำหนดโทษให้แก่ผู้กระทำผิดได้มากน้อยเพียงใด และแสดงให้เห็นว่าศาลไทยยังมีข้อจำกัดบางประการในการกำหนดโทษ ซึ่งอาจทำให้ผู้กระทำผิดได้รับโทษที่ไม่สอดคล้องกับหลักความได้สัดส่วน และหลักการลงโทษต้องเหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.4 ข้อพิจารณาในการกำหนดโทษของศาลไทย

ในการพิจารณาคดีของศาลในคดีอาญานั้น ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ การวินิจฉัยความผิดของจำเลย และการกำหนดโทษ[86] เมื่อศาลพิจารณาข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานในคดีทั้งหมด และตัดสินว่าจำเลยมีความผิดแล้ว ศาลก็ต้องกำหนดโทษให้แก่จำเลยเป็นลำดับต่อมา โดยคำนึงถึงทฤษฎีการลงโทษต่าง ๆ ในทางอาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา เพื่อให้ศาลกำหนดโทษให้แก่ผู้กระทำผิดอย่างเหมาะสมมากที่สุด ซึ่งในการกำหนดโทษของศาลไทยนั้นมีข้อจำกัดบางประการที่เป็นอุปสรรคต่อการลงโทษ ส่งผลให้ศาลไม่สามารถกำหนดโทษที่เหมาะสมกับผู้กระทำผิดได้ และจะทำให้เกิดปัญหาเรื่องความเป็นธรรมในกระบวนการยุติธรรมของไทยตามมาได้ ข้อจำกัดดังกล่าวนี้ มีอยู่ด้วยกัน 3 ประการ

[86] อุทิศ สุภาพ, "การใช้ดุลพินิจในการกำหนดโทษของศาลยุติธรรม," ดุลพาห 53, 2 (พฤษภาคม 2549): 60-61.

ได้แก่ การกำหนดโทษขั้นต่ำในกฎหมาย บัญชีกำหนดอัตราโทษของศาล และบทบาทของศาลในการวินิจฉัยลักษณะส่วนตัวของผู้กระทำผิด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.4.1 การกำหนดโทษขั้นต่ำในกฎหมาย

โดยปกติแล้ว การตรากฎหมายของฝ่ายนิติบัญญัติจะกำหนดบทลงโทษไว้เพียงหลักเกณฑ์กว้าง ๆ เพื่อให้ศาลสามารถใช้ดุลพินิจในการลงโทษให้เหมาะสมกับผู้กระทำผิดได้[87] ความผิดส่วนใหญ่ในประมวลกฎหมายอาญาจึงกำหนดไว้เพียงโทษขั้นสูงเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ในความผิดบางฐานที่มีความร้ายแรงและสร้างความเสียหายต่อส่วนรวม ฝ่ายนิติบัญญัติอาจกำหนดโทษขั้นต่ำไว้อย่างชัดเจน จึงเป็นการจำกัดดุลพินิจของศาลมิให้ลงโทษผู้กระทำผิดต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนด เช่น ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา มาตรา 288 กำหนดระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่ 15 ถึง 20 ปี จะเห็นได้ว่า โทษขั้นต่ำสำหรับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา คือ โทษจำคุก 15 ปี ดังนั้น แม้ว่าการกระทำความผิดจะมีเหตุอันควรลดหย่อนโทษเพียงใด ศาลก็ไม่สามารถลงโทษจำคุกต่ำกว่า 15 ปีได้ เว้นแต่จะเข้าเหตุลดโทษประการอื่น ๆ ที่กฎหมายบัญญัติไว้เท่านั้น[88]

ส่วนความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289 กำหนดระวางโทษประหารชีวิตสถานเดียวเท่านั้น หากมีการกระทำผิดตามมาตรา 289 ศาลต้องกำหนดโทษจากโทษประหารชีวิต แล้วค่อยนำเหตุลดโทษต่าง ๆ มาพิจารณาเพื่อลดโทษผู้กระทำผิด จะเห็นได้ว่า ทั้งมาตรา 288 และมาตรา 289 กฎหมายจำกัดดุลพินิจในการลงโทษของศาลเป็นอย่างมาก ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับความผิดบางลักษณะ ที่ผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจพิเศษที่แตกต่างจากการฆ่าโดยทั่วไป ด้วยเหตุนี้ ในบางประเทศจึงมีความผิดต่อชีวิตฐานอื่น ๆ ที่เป็นความผิดบทเบา[89] ได้แก่ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ[90] และความผิดกรณีมารดาฆ่าทารกทันทีหลังคลอด

สำหรับการทำให้ตายอย่างสงบนั้น ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ณ นคร ได้ให้ความเห็นไว้ว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้ยินยอมและร้องขอให้ทำให้ตนถึงแก่ความตาย เมื่อประมวลกฎหมายอาญาของไทยไม่มีความผิดที่เป็นบทเบาเหมือนบางประเทศ หากนำบทบัญญัติมาตรา 288 และ 289 มาบังคับใช้ อาจทำให้คนทั่วไปรู้สึกว่าการลงโทษไม่เหมาะสมกับผู้กระทำผิดได้ เช่น มารดาป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งเจ็บปวดทรมานมาก ได้ร้องขอบุตรของตนซึ่งเป็นแพทย์หญิง ให้ช่วยทำให้

---

[87] เรื่องเดียวกัน, หน้า 64.

[88] ปกป้อง ศรีสนิท, กฎหมายอาญาชั้นสูง, หน้า 53.

[89] คณิต ณ นคร, กฎหมายอาญาภาคความผิด, หน้า 121.

[90] ยกตัวอย่างเช่น ประมวลกฎหมายเยอรมัน มาตรา 216 ประมวลกฎหมายเนเธอร์แลนด์ มาตรา 293 ประมวลกฎหมายญี่ปุ่น มาตรา 202 ประมวลกฎหมายสวิตเซอร์แลนด์ มาตรา 114 ประมวลกฎหมายสเปน มาตรา 143 เป็นต้น

ตนพ้นจากความทุกข์ทรมาน บุตรสาวจึงได้ฉีดยาระงับปวดเกินขนาดให้แก่มารดาของตน เป็นเหตุให้มารดาจากไปอย่างสงบ จากตัวอย่างข้างต้นนี้ หากศาลเห็นว่าบุตรควรได้รับโทษสถานเบาหรือไม่ควรได้รับโทษเลย ก็ไม่สามารถทำได้ เพราะถูกจำกัดไว้ด้วยกฎหมายสารบัญญัติที่ชัดเจน ทางแก้ในเรื่องดังกล่าวอาจต้องใช้วิธีทางปฏิบัติเข้ามาแก้ไข เช่น ดุลพินิจในการสั่งไม่ฟ้องของอัยการ หรือใช้กฎหมายเกี่ยวกับการบังคับโทษ หรือกฎหมายราชทัณฑ์มาแก้ไข เพื่อมิให้ผู้กระทำต้องรับโทษเป็นระยะนานเกินไป[91]

จากความเห็นข้างต้นนี้ ผู้เขียนมีความเห็นพ้องด้วยว่า ผู้กระทำผิดสมควรได้รับโทษสถานเบาที่แตกต่างไปจากการฆ่าโดยทั่วไป และแม้ว่าผู้กระทำผิดจะเป็นบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ แต่หากทำไปเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานตามความประสงค์ของผู้ป่วยเอง ย่อมสมควรได้รับโทษสถานเบาเช่นกัน เพราะการเร่งให้ผู้อื่นตายอย่างสงบในประเทศไทยยังไม่อนุญาตให้ทำได้ ไม่ว่าผู้กระทำจะเป็นแพทย์หรือบุคคลอื่น ก็ต้องรับผิดทางอาญาเช่นเดียวกันเสมอ

3.4.2 บัญชีกำหนดอัตราโทษของศาล

เนื่องจากการลงโทษผู้กระทำผิดเป็นดุลพินิจของศาลที่พิจารณาคดีนั้นโดยตรง ซึ่งผู้พิพากษาแต่ละคนมีความคิดที่แตกต่างกันไป และอาจทำให้การลงโทษในความผิดเดียวกันมีความแตกต่างกันมากเกินไป ในทางปฏิบัติการใช้ดุลพินิจกำหนดโทษของศาลนั้น ศาลยุติธรรมใช้บัญชีกำหนดอัตราโทษ (Sentencing Guideline) หรือที่เรียกว่า “ยี่ต๊อก” เป็นคู่มือสำคัญในการกำหนดโทษของศาล เพื่อให้การลงโทษของผู้พิพากษามีความเป็นเอกภาพและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน[92] ผู้พิพากษาจึงยึดถือยี่ต๊อกในการกำหนดโทษให้แก่ผู้กระทำผิดเป็นหลัก

อย่างไรก็ตาม แม้ยี่ต๊อกจะมีข้อดีที่ทำให้การลงโทษมีมาตรฐานเดียวกัน แต่การใช้ยี่ต๊อกก็มีข้อเสียหลายประการ เช่น ประการแรก ทำให้ผู้พิพากษาไม่กล้ากำหนดโทษที่แตกต่างกับยี่ต๊อก เพราะต้องมีการชี้แจงถึงเหตุผลในการกำหนดโทษที่สูงหรือต่ำกว่า หรือรอการลงโทษ ประการที่สอง ทำให้ผู้พิพากษาเกิดความเคยชินในการลงโทษ โดยไม่คำนึงถึงทฤษฎีการลงโทษและพฤติการณ์ในแต่ละคดี ส่งผลให้การลงโทษขาดความยืดหยุ่นและไม่เหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคน[93] ประการที่สาม ยี่ต๊อกในบางศาลไม่มีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน[94]

---

[91] คณิต ณ นคร, กฎหมายอาญาภาคความผิด, หน้า 121.

[92] อุทิศ สุภาพ, "การใช้ดุลพินิจในการกำหนดโทษของศาลยุติธรรม," ดุลพาห: 62.

[93] เรื่องเดียวกัน.

[94] ศุภวิทย์ ตั้งตรงจิตต์ และ คณะ, "การใช้ดุลพินิจในการกำหนดโทษของศาลยุติธรรม" [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2561. แหล่งที่มา: http://elib.coj.go.th/Ebook/data/judge_report/3_2.pdf

จะเห็นได้ว่า การกำหนดโทษของศาลไทยนั้น มีข้อจำกัดบางประการที่ผู้พิพากษาไม่อาจใช้ดุลพินิจกำหนดโทษได้อย่างเต็มที่ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหากับกรณีทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้ เนื่องจากการกระทำดังกล่าว จำเป็นต้องพิจารณาพฤติการณ์ต่าง ๆ ในการกระทำ และคำนึงถึงมูลเหตุจูงใจของผู้กระทำว่า มีความต้องการให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน โดยไม่มีเจตนาอื่นแอบแฝงใช่หรือไม่ เพื่อให้ศาลนำข้อเท็จจริงและพฤติการณ์ดังกล่าวมาประกอบการใช้ดุลพินิจกำหนดโทษให้เหมาะสมกับผู้กระทำผิดมากที่สุด

3.4.3 บทบาทของศาลในการวินิจฉัยข้อเท็จจริงส่วนบุคคลของผู้กระทำผิด

การลงโทษผู้กระทำผิดในฐานความผิดเดียวกันนั้น ศาลอาจใช้ดุลพินิจกำหนดโทษให้แตกต่างกันได้ โดยคำนึงถึงลักษณะส่วนตัวของผู้กระทำผิด เพราะผู้กระทำผิดแต่ละคนมีปัจจัยต่าง ๆ ในชีวิตที่แตกต่างกัน การลงโทษจึงต้องเป็นไปตามหลักการลงโทษให้เหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคน (Individualization of Punishment) ในบางประเทศจึงมีบทบัญญัติให้นำหลักการดังกล่าวมาใช้กับการลงโทษทางอาญาอย่างชัดเจน[95] และยังบัญญัติแนวทางการพิจารณาข้อมูลส่วนตัวของผู้กระทำผิดไว้ด้วย อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยไม่ปรากฏว่าได้นำหลักการดังกล่าวมาบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา[96] และการพิจารณาคดีของศาลก็มิได้นำหลักการนี้มาใช้อย่างสมบูรณ์ กล่าวคือ การดำเนินคดีของศาลจะมีเพียงข้อเท็จจริงของการกระทำผิด เพื่อวินิจฉัยความรับผิดของจำเลย แต่ไม่มีการนำข้อเท็จจริงส่วนบุคคลมาใช้พิจารณาคดีด้วย อีกทั้งกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยตั้งแต่ชั้นสอบสวนจนถึงชั้นบังคับโทษ ก็ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนตัวของผู้กระทำผิดแต่อย่างใด[97]

จะเห็นได้ว่า การพิจารณาคดีอาญาของไทยยังไม่ได้คำนึงถึงหลักการลงโทษให้เหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคนมากนัก ซึ่งการกำหนดโทษให้แก่ผู้ที่ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบจำเป็นต้องพิจารณาพฤติการณ์ในการกระทำและข้อเท็จจริงส่วนบุคคลประกอบกัน เช่น ผู้กระทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างดีที่สุด โดยไม่มีเรื่องปัญหาทางการเงินเข้ามาเกี่ยวข้อง หรือผู้กระทำดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาเป็นระยะเวลานาน จนเชื่อได้ว่าผู้กระทำมีความประสงค์ดีต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง หากศาลพิจารณาข้อเท็จจริงเหล่านี้ก็อาจใช้ดุลพินิจกำหนดโทษที่ไม่ร้ายแรงมากนัก เพราะฟังได้ว่าเป็นการกระทำด้วยความเมตตาสงสาร มิใช่กระทำเพราะความแค้นหรือความต้องการผลประโยชน์อื่นใด ดังนั้น เมื่อการพิจารณาคดีของไทยยังไม่คำนึงถึงข้อเท็จจริงส่วนบุคคล ก็ทำให้การค้นหามูลเหตุจูง

---

[95] ประมวลกฎหมายอาญาฝรั่งเศส มาตรา 132-1 วรรคสอง และวรรคสาม

[96] ปกป้อง ศรีสนิท, กฎหมายอาญาชั้นสูง, หน้า 176.

[97] ธานี วรภัทร์, หลักกฎหมายมาตรการบังคับทางอาญา (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน ,2557), หน้า 66-67.

ใจของผู้กระทำผิดถูกลดความสำคัญลงไปด้วย และอาจส่งผลให้การลงโทษนั้นไม่เหมาะสมกับผู้กระทำผิดได้

กล่าวโดยสรุป การกำหนดโทษของศาลไทยในปัจจุบัน ยังมีข้อจำกัดสำหรับผู้ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบอยู่หลายประการ ไม่ว่าจะเป็นโทษขั้นต่ำที่กฎหมายบัญญัติ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการใช้ดุลพินิจกำหนดโทษ หรือการตัดสินตามบัญชีกำหนดอัตราโทษที่อาจไม่ยืดหยุ่นและทันสมัยเพียงพอ และการค้นหาข้อเท็จจริงส่วนบุคคลของศาลที่ยังไม่ได้รับความสำคัญ ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้จะทำให้การกำหนดโทษสำหรับการทำให้ตายอย่างสงบมีโทษที่หนักเกินไป เมื่อเทียบกับความร้ายแรงของความผิด ดังนั้น ความรับผิดทางอาญาสำหรับการกระทำดังกล่าวในปัจจุบัน จึงไม่เหมาะสมกับผู้กระทำผิด และยังไม่สอดคล้องหลักการกำหนดโทษทางอาญาอีกด้วย

เมื่อทราบถึงความรับผิดทางอาญาสำหรับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในประเทศไทยแล้ว หัวข้อถัดไปจะเป็นการศึกษากฎหมายต่างประเทศ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ประเทศอังกฤษและเวลส์ สหรัฐอเมริกา สาธารณรัฐจีน สาธารณรัฐสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่น เพื่อนำมาศึกษาเปรียบเทียบกับความรับผิดในกฎหมายไทย และเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายไทยต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 4
การกำหนดความรับผิดทางอาญาเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบในต่างประเทศ

จากที่กล่าวมาในบทที่ 3 การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับ จึงต้องนำความผิดในประมวลกฎหมายอาญามาใช้บังคับ ได้แก่ มาตรา 288 และมาตรา 289 ซึ่งทั้งสองมาตราดังกล่าวบัญญัติขึ้นเพื่อลงโทษผู้กระทำผิดที่ฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา แต่การทำให้ตายอย่างสงบในบางลักษณะ มีเหตุอันควรปรานีที่เห็นได้ชัดว่า การกระทำนั้นมีความน่าตำหนิน้อยกว่าการฆ่าโดยทั่วไป การลงโทษผู้กระทำผิดตามมาตรา 288 และมาตรา 289 จึงไม่เหมาะสม และจะก่อให้เกิดปัญหาเรื่องความเป็นธรรมขึ้นได้ ดังนั้น กฎหมายอาญาของไทยจึงไม่สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการตายอย่างสงบในปัจจุบัน ดังนั้น ในบทนี้จะศึกษากฎหมายและแนวคำพิพากษาของประเทศต่าง ๆ ว่ามีการแก้ไขปัญหาเรื่องนี้อย่างไร เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการแก้ไขกฎหมายของประเทศไทยในอนาคต

4.1 บทนำ

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า การทำให้ตายอย่างสงบในบางกรณี ผู้กระทำมีความน่าตำหนิน้อยกว่าการฆ่าโดยทั่วไป เนื่องจากมีมูลเหตุจูงใจ (Motive) มาจากความเมตตาสงสารหรือความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ซึ่งการกระทำไปด้วยความเมตตา (Mercy) นี้ก็เป็นเหตุผลเบื้องหลังของแนวคิดการตายอย่างสงบ เพื่อมิให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับโรคภัยไข้เจ็บเป็นเวลานานจนเกินไป อย่างไรก็ตาม กฎหมายอาญาในปัจจุบันมีบทบัญญัติรองรับเฉพาะการกระทำด้วยมูลเหตุจูงใจที่เกิดจากความโกรธแค้นเท่านั้น ผู้กระทำจึงจะสามารถยกข้อต่อสู้เรื่องบันดาลโทสะ (Provocation) เพื่อลดความร้ายแรงของความผิดลงได้ แต่หากผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจจากความเมตตาสงสารกลับไม่มีบทบัญญัติสำหรับมูลเหตุจูงใจดังกล่าวเท่าไหร่นัก

บทบาทของมูลเหตุจูงใจในกฎหมายอาญาของแต่ละประเทศนั้นมีความแตกต่างกันไป ในกลุ่มประเทศที่ใช้ประมวลกฎหมาย มูลเหตุจูงใจสามารถบัญญัติเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความผิดอาญาได้ ในขณะที่บางประเทศดังเช่นสหรัฐอเมริกา มูลเหตุจูงใจเป็นเพียงปัจจัยในการแสวงหาพยานหลักฐานเท่านั้น[1] ด้วยเหตุนี้ ในกลุ่มประเทศที่ใช้ประมวลกฎหมาย มูลเหตุจูงใจจึงสามารถกำหนดระดับความร้ายแรงของความผิดได้ เช่น ในความผิดเกี่ยวกับชีวิต ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (Murder) เป็นความผิดที่มีระดับความร้ายแรงมากที่สุด จึงกำหนดอัตราโทษไว้สูง เนื่องจาก

[1] Helen Silving, "Euthanasia: A Study in Comparative Criminal Law," University of Pennsylvania Law Review 103 (December 1954): 351.

มูลเหตุจูงใจของผู้กระทำผิดมีความน่าตำหนิอย่างรุนแรง โดยเฉพาะการฆ่าที่โหดร้ายย่อมสะท้อนให้เห็นถึงความไร้ศีลธรรมภายในจิตใจของผู้กระทำผิดได้เป็นอย่างดี แตกต่างจากการฆ่าโดยมีมูลเหตุจูงใจมาจากความเห็นอกเห็นใจ (Altruistic Desire) จนเป็นเหตุให้ผู้กระทำยอมทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายตามคำร้องขอของผู้นั้น ซึ่งการฆ่าตามคำร้องขอเช่นนี้มักกำหนดเป็นบทบัญญัติแยกต่างหากจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา และลงโทษจำคุกในระยะเวลาเพียงไม่กี่ปี ดังนั้น กลุ่มประเทศที่ใช้ประมวลกฎหมายจึงสามารถลงโทษผู้กระทำผิดได้อย่างเหมาะสมภายใต้บทบัญญัติที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมาย โดยมิต้องพึ่งวิธีการทางอ้อมในการลงโทษสถานเบาแก่ผู้กระทำผิด อีกทั้งยังส่งผลให้ศาลสามารถตัดสินคดีเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบได้อย่างมีเอกภาพอีกด้วย[2]

ปัจจุบันกลุ่มประเทศที่ใช้ประมวลกฎหมายมีหลายประเทศที่บัญญัติความผิดสำหรับการทำให้ตายอย่างสงบไว้แยกต่างหากจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไป ซึ่งแม้ว่าแต่ละประเทศอาจมีองค์ประกอบความผิดที่แตกต่างกันบ้าง แต่ทุกประเทศล้วนกำหนดอัตราโทษสำหรับความผิดดังกล่าวน้อยกว่าความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาทั้งสิ้น ผู้เขียนขอยกตัวอย่างประเทศบางส่วนที่มีบทบัญญัติดังกล่าว โดยเปรียบเทียบอัตราโทษของความผิดฐานฆ่าผู้อื่นกับความผิดเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

[2] Ibid., p. 363.

ตาราง 2 ตัวอย่างบทบัญญัติเฉพาะเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบ

ประเด็น/ประเทศ	การฆ่าโดยทั่วไป		การทำให้ตายอย่างสงบ			
	บทบัญญัติ	โทษ	บทบัญญัติ	ผู้ป่วยร้องขอ	สภาวะของผู้ตาย	โทษ
1. สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	มาตรา 211 มาตรา 212	จำคุกตลอดชีวิต จำคุกไม่น้อยกว่า 5 ปี	มาตรา 216	✓	-	จำคุกตั้งแต่ 6 เดือนถึง 5 ปี
2. ราชอาณาจักรนอร์เวย์	มาตรา 275	จำคุกตั้งแต่ 8 ถึง 21 ปี	มาตรา 278	-	ผู้ตายป่วยระยะสุดท้ายหรือมีเหตุอื่นที่ทำให้ใกล้ถึงแก่ความตาย	สามารถลงโทษต่ำกว่าโทษขั้นต่ำในมาตรา 275 ได้
3. ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	มาตรา 287 มาตรา 289	จำคุกไม่เกิน 15 ปี หรือปรับในระดับที่ 5 จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกไม่เกิน 30 ปี หรือปรับในระดับที่ 5	มาตรา 293	✓	-	จำคุกไม่เกิน 12 ปี หรือปรับในระดับที่ 5
4. ราชอาณาจักรเดนมาร์ค	มาตรา 237	จำคุกในระยะเวลาใด ๆ ตั้งแต่ 5 ปี ถึงตลอดชีวิต	มาตรา 239	✓	-	จำคุกไม่เกิน 3 ปี
5. สมาพันธรัฐสวิส	มาตรา 111 มาตรา 112	จำคุกไม่น้อยกว่า 5 ปี จำคุกตลอดชีวิตหรือจำคุกไม่น้อยกว่า 10 ปี	มาตรา 114	✓	-	จำคุกไม่เกิน 3 ปีหรือปรับทางแพ่ง

ประเด็น/ประเทศ	การฆ่าโดยทั่วไป		การทำให้ตายอย่างสงบ			
	บทบัญญัติ	โทษ	บทบัญญัติ	ผู้ป่วยร้องขอ	สภาวะของผู้ตาย	โทษ
6. ราชอาณาจักรสเปน	มาตรา 138 มาตรา 139	จำคุกตั้งแต่ 10 ถึง 15 ปี จำคุกตั้งแต่ 15 ถึง 20 ปี	มาตรา 143	✓	ผู้ตายเผชิญกับโรคร้ายแรงที่อันตรายถึงชีวิตหรือทำให้ทรมานจนไม่อาจทานทนได้	ให้ลดโทษที่ได้รับลงอีก 1 ถึง 2 ระดับ
7. โรมาเนีย	มาตรา 188 มาตรา 189	จำคุกตั้งแต่ 10 ถึง 20 ปี และระงับการใช้สิทธิบางประเภท จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่ 15 ถึง 25 ปี และระงับการใช้สิทธิบางประเภท	มาตรา 190	✓	ผู้ตายเผชิญกับโรคซึ่งได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าไม่สามารถรักษาได้หรือมีความบกพร่องอย่างรุนแรง ซึ่งทำให้ต้องทุกข์ทรมานอย่างถาวรและไม่อาจทานทนได้	จำคุกตั้งแต่ 1 ถึง 5 ปี
8. ญี่ปุ่น	มาตรา 199	ประหารชีวิต หรือจำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกไม่น้อยกว่า 5 ปี	มาตรา 202	✓	-	จำคุกตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 7 ปี
9. สาธารณรัฐเกาหลี	มาตรา 250	ประหารชีวิต หรือจำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกไม่น้อยกว่า 5 ปี	มาตรา 252	✓	-	จำคุกตั้งแต่ 1 ถึง 10 ปี

นอกจากนี้ แม้บางประเทศไม่มีการบัญญัติเป็นฐานความผิดโดยตรง แต่อาจกำหนดข้อยกเว้นสำหรับการทำให้ตายอย่างสงบไว้ในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เพื่อกำหนดโทษที่ร้ายแรงน้อยกว่าการฆ่าโดยเจตนาในกรณีปกติ เช่น ประมวลกฎหมายสิงคโปร์ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 300 ต้องระวางโทษประหารชีวิตหรือจำคุกตลอดชีวิต แต่หากเป็นการทำให้ตายอย่างสงบ ซึ่งผู้ตายมีอายุเกิน 18 ปี และยินยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนถึงแก่ความตาย มาตรา 300 กำหนดเป็นข้อยกเว้นประการหนึ่งที่ไม่ถือเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา แต่รับผิดเพียงฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย (Culpable Homicide) ตามมาตรา 299 เท่านั้น

อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มประเทศที่ไม่มีบทบัญญัติสำหรับการทำให้ตายอย่างสงบดังกล่าว เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษและเวลส์ แคนาดา เป็นต้น เมื่อมีคดีขึ้นสู่การพิจารณา ในแต่ละประเทศจะมีการแก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติเพื่อมิให้ผู้กระทำผิดต้องรับโทษที่มิได้สัดส่วนกับความร้ายแรงของความผิด ซึ่งวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอาจมีหลากหลายวิธี เช่น ศาลใช้ดุลพินิจกำหนดโทษสถานเบา การต่อรองคำรับสารภาพ การยกข้อต่อสู้เรื่องวิกลจริต หรือศาลตัดสินให้จำเลยพ้นจากข้อกล่าวหา เป็นต้น

ดังนั้น ในบทนี้ผู้เขียนจะศึกษาทั้งประเทศที่มีกฎหมายบัญญัติความผิดสำหรับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบไว้โดยเฉพาะและประเทศที่ไม่มีบทบัญญัติเฉพาะ เพื่อให้เห็นแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในทุกรูปแบบ โดยเลือกศึกษาเฉพาะประเทศที่มีกฎหมายและคำพิพากษาที่น่าสนใจ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังต่อไปนี้

1) ประเทศที่มีบทบัญญัติความผิดสำหรับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยเฉพาะ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สาธารณรัฐจีน สาธารณรัฐสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่น

Chulalongkorn University

2) ประเทศที่ไม่มีบทบัญญัติความผิดสำหรับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยเฉพาะ ได้แก่ ประเทศอังกฤษและเวลส์ และสหรัฐอเมริกา

อนึ่ง ในการศึกษากฎหมายและคำพิพากษาของแต่ละประเทศ ผู้เขียนจะเริ่มศึกษาจากความทั่วไปของการตายอย่างสงบในประเทศดังกล่าวก่อน เพื่อให้เห็นถึงความเป็นมาและขอบเขตของการทำให้ตายอย่างสงบในประเทศดังกล่าว จากนั้นจึงเริ่มศึกษากฎหมายอาญาและคำพิพากษาเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบ และการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตตามลำดับ

4.2 สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีมีแนวคิดเรื่องการตายอย่างสงบที่ใกล้เคียงกับประเทศไทย กล่าวคือ มีกฎหมายเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า และอนุญาตให้แพทย์ยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ ส่วนการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบก็ยังไม่สามารถกระทำได้ และผู้กระทำต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นเช่นเดียวกันกับประเทศไทย อย่างไรก็ตาม กฎหมายเยอรมันมีบทบัญญัติความรับผิดที่ไม่มีในประเทศไทย อีกทั้งยังมีคำพิพากษาของศาลเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบจำนวนมาก จึงสมควรศึกษาเพื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกฎหมายของไทยต่อไป

4.2.1 ความทั่วไปของการทำให้ตายอย่างสงบในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

แนวคิดเกี่ยวกับการตายอย่างสงบที่แพร่หลายไปทั่วโลกนั้นมีอิทธิพลต่อสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีเป็นอย่างมาก เพราะส่งผลให้เกิดการถกเถียงเกี่ยวกับแนวคิดดังกล่าวในวงกว้าง โดยมีความเห็นจาก German Medical Association และ German National Ethics Council เป็นบทบาทสำคัญในการถกเถียง[3] อีกทั้งในช่วงต้นทศวรรษ 1980 นักการเมืองบางกลุ่มพยายามผลักดันให้มีกฎหมายรับรองการเร่งให้ตายอย่างสงบ แต่เมื่อรับฟังความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหลายฝ่ายแล้วพบว่า การเร่งให้ตายอย่างสงบก่อให้เกิดผลกระทบในทางปฏิบัติมากเกินไป และบุคคลที่เกี่ยวข้องก็ยังมีความเห็นไม่ลงรอยกันอยู่มาก[4] จึงได้ข้อสรุปว่า การทำผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงแก่ความตายต้องจำกัดเฉพาะรูปแบบการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตเท่านั้น ส่วนการเร่งให้ตายอย่างสงบถือว่ามีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาเยอรมัน หากบุคคลใดฝ่าฝืนก็ต้องรับผิดทางอาญาเสมอ ดังนั้นรูปแบบการทำให้ตายอย่างสงบในช่วงแรกของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี จึงเป็นไปตามแผนภาพด้านล่างนี้[5]

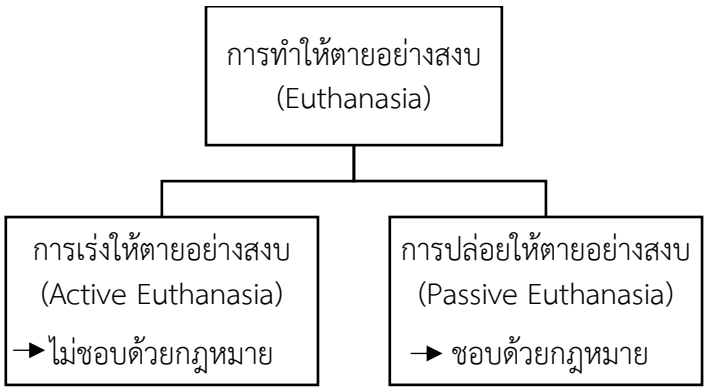
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[3] Anna Zwick, "The German Law on Euthanasia: The Legal Basics and the Actual Debate," in Advance Care Decision Making in Germany and Italy. A Comparative, European and International Law Perspective, eds. Stefania Negri, *et al.* (2013), p. 154.

[4] Ibid., p. 157.

[5] Ibid., p. 156.



ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้นไม่มีพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบไว้โดยเฉพาะ แต่ยึดถือหลักกฎหมายอาญาและการตีความของศาลเยอรมันเป็นหลัก[6] ซึ่งในปี พ.ศ. 2546 ศาลเยอรมันได้พิพากษาไว้อย่างชัดเจนว่า การยุติการรักษาโดยชอบด้วยกฎหมายต้องจำกัดเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้น ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับโรคที่จะทำให้เสียชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คำพิพากษาฉบับนี้ทำให้เกิดปัญหาในการตีความว่าผู้ป่วยประเภทใดสามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตได้บ้าง โดยเฉพาะผู้ป่วยบางประเภทที่มีความคลุมเครือในการพิจารณา เช่น ผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวรหรือผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นต้น[7]

แต่ต่อมาเมื่อมีการประกาศใช้กฎหมายเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในประมวลกฎหมายแพ่งเยอรมันมาตรา 1901a ในปี พ.ศ. 2552 ข้อกำหนดเรื่องการเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ถูกยกเลิกไป จึงหมายความว่า การใช้หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้านั้นขยายขอบเขตไปถึงผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ ที่อยู่ในภาวะที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ด้วย ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวรและผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงหมดไป จึงสรุปได้ว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้น หากทำไปตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ย่อมเป็นการชอบด้วยกฎหมายเสมอ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือไม่[8]

อย่างไรก็ตาม การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตยังมีขอบเขตที่ไม่ชัดเจน เนื่องจากตามหลักกฎหมายอาญา การงดเว้นการกระทำก็สามารถทำให้ผู้กระทำต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา[9] และรับผิดฐานละเว้นไม่ช่วยเหลือผู้ที่ตกอยู่ในภยันตรายได้เช่นกัน[10] นอกจากนี้ การ

---

[6] Ibid., p. 154.

[7] Ibid., p. 159.

[8] Ibid., p. 168.

[9] ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 4.2.3

[10] German Criminal Code, Section 323c

"Whoever does not render assistance during accidents or common danger or need, although it is required and can be expected of him under the circumstances and, especially, is possible without substantial

กระทำดังกล่าว ในทางวิชาการจำกัดเพียงการงดเว้นการกระทำ (Omission) เท่านั้น แต่ในทางปฏิบัติการปิดอุปกรณ์ทางการแพทย์บางชนิดมีลักษณะเป็นการกระทำ (Act) อย่างเห็นได้ชัด และอาจถือเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ซึ่งต้องรับผิดทางอาญาได้[11]

หนึ่งปีถัดมาหลังจากประกาศใช้กฎหมายดังกล่าว ได้มีคดีขึ้นสู่การพิจารณาของศาล[12] ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงขอบเขตของการตายอย่างสงบในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีในภายหลัง คดีนี้มีปัญหาว่า การถอดสายยางให้อาหารของผู้ป่วยมีการกระทำที่ชัดเจนแล้วจึงไม่เป็นการงดเว้น ทำให้การกระทำดังกล่าวไม่เข้าลักษณะของการปล่อยให้ตายอย่างสงบ ทั้ง ๆ ที่ทำไปถูกต้องตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ศาลจึงพิพากษาว่า การแบ่งแยกความแตกต่างของ “Active” และ “Passive” ตามลักษณะการกระทำและงดเว้นการกระทำนั้นไม่ใช่การแบ่งที่ชัดเจนอีกต่อไป และการแบ่งเช่นนี้ยังไม่สมเหตุสมผลในการอธิบายว่าการกระทำนั้นชอบด้วยกฎหมายเพราะเจตจำนงของผู้ป่วยควรได้รับการเคารพในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ว่าจะต้องกระทำหรืองดเว้นการกระทำก็ตาม ด้วยเหตุนี้ ศาลจึงกำหนดหลักเกณฑ์ชัดเจนว่า รูปแบบการทำให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมาย ควรเรียกว่า “End of Treatment” แทนคำว่า “Passive Euthanasia” เพื่อมิให้เกิดความสับสนทางกฎหมายอาญาในอนาคต และเพื่อให้กฎหมายแพ่งเรื่องหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าและกฎหมายอาญามีความเป็นเอกภาพ[13] ดังนั้น การทำให้ตายอย่างสงบรูปแบบใหม่ จึงเป็นไปตามแผนภาพด้านล่างนี้[14]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

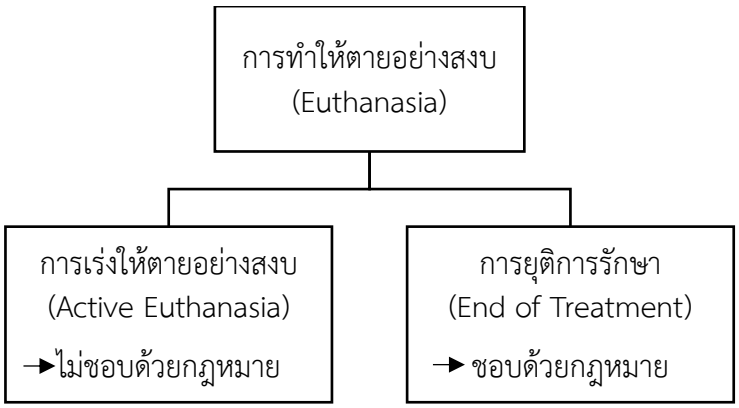
danger to himself and without violation of other important duties, shall be punished with imprisonment for not more than one year or a fine.”

[11] Anna Zwick, "The German Law on Euthanasia: The Legal Basics and the Actual Debate," in Advance Care Decision Making in Germany and Italy. A Comparative, European and International Law Perspective, pp. 159-160.

[12] BGH decision from 25 June 2010 no.2 StR 454/09 = NJW 2010, 2963. ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 4.2.3

[13] Anna Zwick, "The German Law on Euthanasia: The Legal Basics and the Actual Debate," in Advance Care Decision Making in Germany and Italy. A Comparative, European and International Law Perspective, pp. 170-171.

[14] Ibid., p. 172.



กล่าวโดยสรุป ขอบเขตของการทำให้ตายอย่างสงบในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้น ศาลอนุญาตให้แพทย์สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ หากทำไปสอดคล้องกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย โดยถือว่าเป็นการยุติการรักษา จึงไม่ต้องคำนึงว่าเป็นการกระทำหรืองดเว้นการกระทำแต่อย่างใด ส่วนการเร่งให้ตายอย่างสงบ ไม่ว่าผู้กระทำจะเป็นแพทย์หรือบุคคลอื่น ก็ต้องรับผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญาเยอรมัน

4.2.2 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

ความศักดิ์สิทธิ์ของชีวิตมนุษย์นั้นเป็นหลักการพื้นฐานของกฎหมายอาญาเยอรมัน ความผิดต่อชีวิตจึงเป็นความผิดที่ร้ายแรง และมีอัตราโทษสูงสุดคือจำคุกตลอดชีวิต[15] อย่างไรก็ตาม ในประมวลกฎหมายอาญาเยอรมันบัญญัติความผิดเกี่ยวกับชีวิตไว้ในหมวด 16 ตั้งแต่มาตรา 211 ถึงมาตรา 222 ซึ่งความผิดที่เป็นการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนามีอยู่ 4 มาตรา ได้แก่ 1) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 211 2) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 212 3) บทลดโทษของความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 213 และ 4) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 216 แต่เมื่อพิจารณามาตราดังกล่าวแล้วพบว่า มาตรา 213 เป็นบทลดโทษสำหรับกรณีผู้กระทำบันดาลโทสะเท่านั้น จึงไม่เกี่ยวข้องกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบแต่อย่างใด ดังนั้นกฎหมายที่บัญญัติความรับผิดสำหรับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบจึงมีอยู่ทั้งสิ้น 3 มาตรา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) <u>ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ (Mord) มาตรา 211</u>

“(1) ผู้ใดกระทำการฆ่าผู้อื่นภายใต้เงื่อนไขที่บัญญัติในมาตรานี้ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิต

[15] Wolfgang Mitsch, "Euthanasia and Modern German Criminal Law," <u>Tel Aviv University Studies in Law</u> 13 (1997): 63.

(2) ผู้กระทำตามมาตรานี้ หมายถึง บุคคลใด ๆ ที่ฆ่าเพื่อความบันเทิง ฆ่าเพื่อความสุขทางเพศ ฆ่าด้วยความโลภ ฆ่าด้วยเหตุอื่นที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย ฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อน ฆ่าโดยทรมานหรือทารุณโหดร้าย ฆ่าเพื่อกระทำผิดอย่างอื่น ฆ่าเพื่อสะดวกต่อการกระทำผิด หรือฆ่าเพื่อปกปิดความผิดที่ได้ทำไปแล้ว"[16]

ความผิดตามมาตรา 211 นี้เป็นเหตุฉกรรจ์ของมาตรา 212 ซึ่งเป็นความผิดบทหลักของการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เนื่องจากการฆ่าบางลักษณะ ผู้กระทำผิดมีมูลเหตุจูงใจ มีวิธีการกระทำผิดหรือมีวัตถุประสงค์ที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย การกระทำเช่นนี้จึงมีความร้ายแรงกว่าการฆ่าโดยทั่วไป กฎหมายจึงบัญญัติให้การกระทำผิดที่เข้าลักษณะตามมาตรา 211 (2) ถือเป็นเหตุฉกรรจ์ที่ผู้กระทำต้องรับโทษสถานหนักคือ จำคุกตลอดชีวิต

2) <u>ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (Totschlag) มาตรา 212</u>

"(1) ผู้ใดฆ่าผู้อื่นโดยมิใช่ผู้กระทำตามมาตรา 211 ต้องระวางโทษจำคุกไม่น้อยกว่า 5 ปี

(2) เฉพาะแต่การฆ่าที่มีความร้ายแรง ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิต"[17]

ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 212 ถือเป็นความผิดบทหลักของการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาในประมวลกฎหมายอาญาเยอรมัน ซึ่งมีองค์ประกอบภายนอกคล้ายคลึงกับกฎหมายอาญาของไทยดังนี้

(1) ผู้ใด หมายถึง บุคคลธรรมดาทั่วไป[18]

(2) ฆ่า หมายถึง การกระทำโดยไม่จำกัดวิธีอันเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย โดยผู้กระทำต้องตั้งใจกระทำให้เกิดผลคือความตาย และในขณะกระทำ ผู้กระทำต้องคาดหมาย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[16]German Criminal Code, Section 211 Murder under specific aggravating circumstances

" (1) Whosoever commits murder under the conditions of this provision shall be liable to imprisonment for life.

(2) A murderer under this provision is any person who kills a person for pleasure, for sexual gratification, out of greed or otherwise base motives, by stealth or cruelly or by means that pose a danger to the public or in order to facilitate or to cover up another offence."

[17] German Criminal Code, Section 212 Murder

"(1) Whosoever kills a person without being a murderer under section 211 shall be convicted of murder and be liable to imprisonment of not less than five years.

(2) In especially serious cases the penalty shall be imprisonment for life."

[18] อรรัมภา ไวยมุกข์ และคณะ, "การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน," <u>วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย</u> 9, 3 (กันยายน 2560): 52.

ได้ว่า ความตายจะเกิดขึ้นแก่บุคคลนั้นด้วย ทั้งนี้ สภาพบุคคลของกฎหมายเยอรมันนั้นสิ้นสุดลง โดยวินิจฉัยตามหลักสมองตายเช่นเดียวกันประเทศไทย[19]

(3) ผู้อื่น หมายถึง บุคคลอื่นที่มีสภาพบุคคล มิใช่ตัวผู้กระทำผิดเอง ดังนั้น การฆ่าตัวตายหรือการช่วยเหลือผู้อื่นให้ฆ่าตัวตายจึงไม่มีความผิดอาญา[20]

ส่วนองค์ประกอบภายในของความผิดดังกล่าวคือ ผู้กระทำต้องมีเจตนาฆ่า หมายถึง ต้องกระทำด้วยความสมัครใจและรู้ว่าการกระทำของตนจะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย[21] เมื่อการกระทำครบทั้งองค์ประกอบภายนอกและองค์ประกอบภายในก็ถือว่าเป็นความผิดสำเร็จ หากผู้ถูกกระทำถึงแก่ความตาย ผู้กระทำต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 212

3) <u>ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ (Tötung auf Verlangen) มาตรา 216</u>

“(1) หากผู้ใดถูกโน้มน้าวให้ฆ่าโดยคำร้องขอที่ชัดเจนและแท้จริงของผู้ถูกกระทำ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 6 เดือนถึง 5 ปี

(2) การพยายามกระทำความผิด ต้องระวางโทษ”[22]

ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 216 เป็นความผิดพิเศษของความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เนื่องจากการฆ่านั้น ผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจมาจากการร้องขอของผู้ถูกกระทำเอง มูลเหตุจูงใจดังกล่าวจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการพิจารณาความร้ายแรงของความผิด[23] ส่งผลให้มาตรานี้เป็นความผิดบทเบาของความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา และกำหนดโทษสถานเบาเหลือเพียงโทษจำคุกตั้งแต่ 6 เดือนถึง 5 ปีเท่านั้น ในทางปฏิบัติมาตรา 216 จึงนำมาใช้กับการทำให้ตายอย่างสงบโดยผู้ป่วยให้ความยินยอม (Voluntary Euthanasia) เพราะผู้ป่วยมักร้องขอให้บุคคลใกล้ชิดทำให้ตนถึงแก่ความตายอยู่บ่อยครั้ง ทำให้เกิดคดีความขึ้นสู่ศาลหลายคดี ซึ่งจะได้ศึกษาต่อไป

จะเห็นได้ว่า กฎหมายเยอรมันไม่นำหลักความยินยอมของผู้เสียหายมาใช้กับความผิดเกี่ยวกับชีวิต แต่บัญญัติให้ผู้กระทำได้รับโทษที่ต่ำกว่าเท่านั้น ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้กระทำไม่สามารถอ้างหลักความยินยอมของผู้ป่วยได้ เป็นเพราะกฎหมายป้องกันไม่ให้เกิดการตัดสินใจที่

---

[19] เรื่องเดียวกัน, หน้า 52-53.

[20] เรื่องเดียวกัน.

[21] เรื่องเดียวกัน, หน้า 54.

[22] German Criminal Code, Section 216 Killing at the request of the victim; mercy killing

“(1) If a person is induced to kill by the express and earnest request of the victim the penalty shall be imprisonment from six months to five years.

(2) The attempt shall be punishable.”

[23] Anna Zwick, "The German Law on Euthanasia: The Legal Basics and the Actual Debate," in <u>Advance Care Decision Making in Germany and Italy. A Comparative, European and International Law Perspective</u>, p. 157.

ผิดพลาด หรือเกิดการกระทำที่มิชอบ หรือการกระทำไปเพราะปัญหาทางเศรษฐกิจ[24] นอกจากนี้ แม้ผู้ป่วยจะมีสิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเอง (Right To Self-Determination) แต่สิทธิดังกล่าวก็ไม่อาจขยายไปสร้างความชอบธรรมให้แก่บุคคลที่สามในการฆ่าผู้อื่นด้วย[25] ดังนั้น แม้การฆ่าจะเกิดจากการร้องขอของผู้ป่วย แต่ผู้กระทำก็ยังต้องรับผิดตามมาตรา 216 โดยไม่อาจอ้างความยินยอมของผู้ป่วยเป็นเหตุยกเว้นความผิดได้

สำหรับองค์ประกอบภายนอกของความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ มีรายละเอียดดังนี้[26]

(1) การกระทำครบองค์ประกอบภายนอกของความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 212[27]

(2) ผู้ถูกกระทำร้องขอให้ตนเองถึงแก่ความตาย หมายถึง ผู้ถูกกระทำมีความต้องการที่ชัดแจ้ง ซึ่งอาจแสดงออกอย่างชัดเจนหรือโดยปริยายก็ได้ เช่น การพูด การแสดงท่าทาง เป็นต้น นอกจากนี้ ความต้องการดังกล่าวต้องเป็นความต้องการที่แท้จริงของผู้ถูกกระทำ โดยไม่ได้เกิดจากการข่มขู่ หลอกหลวงหรือสำคัญผิดแต่อย่างใด[28]

ทั้งนี้ หากข้อเท็จจริงไม่ชัดเจนว่า ผู้ถูกกระทำได้ร้องขออย่างชัดแจ้งและแท้จริง ผู้กระทำก็ไม่สามารถรับผิดตามมาตรา 216 ได้ ดังคำพิพากษาของศาลเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2553 ศาลพิพากษาให้จำเลยที่ฆ่าแฟนสาวจนถึงแก่ความตาย มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 211 และลงโทษจำคุก 4 ปีครึ่ง เนื่องจากแฟนสาวมีอาการซึมเศร้าและอาการทางประสาทเป็นระยะเวลา 8 ปี ในคดีนี้ข้อเท็จจริงไม่ชัดเจนว่า แฟนสาวได้ร้องขออย่างชัดแจ้งและมีความต้องการอย่างแท้จริง จึงถือว่าจำเลยลงมือกระทำจากเจตนาของตนเอง[29] จึงมิใช่ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 216 แต่เป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 211

---

[24] Michael Lindemann and Paul Mevis, "Recent Developments in the Legislation and Case-Law on Euthanasia and Assisted Suicide - a Comparative Analysis of the Situation in Germany and the Netherlands," Jahrbuch fur Recht und Ethik 24 (2016).

[25] Monika Bobbert and Ulrike Riedel, "Euthanasia and End-of-Life-Decisions in Germany: Public Opinion, Medical Views, the Ethical Debate and Legal Regulation," Jahrbuch fur Recht und Ethik 16 (2008): 486.

[26] อรรัมภา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่พงศกร ประลอง ศิริภูล และ อารยา เนื่องจำนงค์, "การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน," วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย: 57.

[27] เรื่องเดียวกัน.

[28] เรื่องเดียวกัน.

[29] Helmut Ullrich, "Gefängnisstrafe Wegen Tötung Auf Verlangen," [Online] Accessed: 15 November 2018. Available from: https://www.derwesten.de/staedte/hagen/gefaengnisstrafe-wegen-toetung-auf-verlangen-id4030063.html อ้างถึงใน อรรัมภา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่พงศกร ประลอง ศิริภูล และ อารยา เนื่องจำนงค์, "การุณย

(3) ผู้กระทำลงมือฆ่าตามความต้องการนั้น หมายถึง การฆ่าต้องเกิดขึ้นเพราะการร้องขอของผู้ถูกกระทำเท่านั้น มิใช่เกิดจากความต้องการของผู้กระทำเอง หรือผู้กระทำลงมือฆ่าโดยไม่รู้ถึงความต้องการของผู้ถูกกระทำ[30]

ส่วนองค์ประกอบภายในสำหรับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ ได้แก่[31]

(1) เจตนาฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 212

(2) เจตนาฆ่าตามความต้องการที่ชัดแจ้งและแท้จริงของผู้ถูกกระทำ มิใช่เกิดจากเจตนาของผู้กระทำเอง

ดังนั้น หากการเร่งให้ตายอย่างสงบมีข้อเท็จจริงครบองค์ประกอบภายนอกและองค์ประกอบภายในตามมาตรา 216 แล้ว ไม่ว่าผู้กระทำจะเป็นบุคคลใดก็ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 216 เพราะบทบัญญัติไม่ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้กระทำไว้โดยเฉพาะ ผู้กระทำผิดส่วนใหญ่จึงเป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สามีภรรยา บิดามารดา หรือบุตร เป็นต้น

ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี มีคดีที่บุคคลดังกล่าวเร่งให้ตายอย่างสงบหลายคดี ยกตัวอย่างเช่น ในวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2552 ศาลพิพากษาให้จำเลยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 216 และลงโทษจำคุก 1 ปีครึ่งและสั่งให้รอการลงโทษ ในคดีนี้จำเลยฉีดยาให้ภรรยาของตนถึงแก่ความตาย เนื่องจากภรรยาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแต่ยังมีสุขภาพแข็งแรง โดยภรรยาได้ข่มขู่จำเลยว่า หากไม่ทำให้เธอถึงแก่ความตาย เธอจะหนีไปฆ่าตัวตายตามลำพัง จึงเป็นเหตุให้จำเลยกระทำการดังกล่าว[32] หรือในวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ศาลได้พิพากษาให้หญิงชราอายุ 80 ปี ซึ่งฆ่าสามีของตนเอง มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 216 โดยตัดสินลงโทษจำคุก 1 ปีและรอการลงโทษ และลงโทษปรับ 4,000 ยูโร เนื่องจากสามีทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยเป็น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน," วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย: 58.

[30] อรรัมภา ไวยมุกข์ อชิรญา ภู่พงศกร ประลอง ศิริภูล และ อารยา เนื่องจำนงค์, "การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน," วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย: 58.

[31] เรื่องเดียวกัน.

[32] Frankfurter Rundschau, "Milde Strafe Für Tötung Auf Verlangen," [Online] Accessed: 15 November 2018. Available from: http://www.fr-online.de/rhein-main/prozess-um-sterbehilfe-mildestrafe-fuer-toetung-auf-verlangen,1472796,3291560.html อ้างถึงใน อรรัมภา ไวยมุกข์ อชิรญา ภู่พงศกร ประลอง ศิริภูลและ อารยา เนื่องจำนงค์, "การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน," วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย: 60.

ระยะเวลานาน จึงร้องขอให้ภรรยาทำให้ตนถึงแก่ความตาย เพื่อต้องการจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์[33]

ทั้งนี้ ผู้เขียนมีข้อสังเกตว่า องค์ประกอบความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอนั้น ไม่ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ถูกกระทำไว้ ดังนั้น แม้ผู้ถูกกระทำจะไม่ใช่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็เข้าองค์ประกอบตามมาตรานี้ได้ ดังเห็นได้จากคดีแรกที่ผู้ป่วยร้องขอให้ฆ่าตนเองเพราะอาการของโรคซึมเศร้า แต่สุขภาพร่างกายของผู้ป่วยยังแข็งแรงดีอยู่ ผู้กระทำก็รับผิดตามมาตรา 216 ได้เช่นเดียวกับกรณีที่ผู้ถูกกระทำเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นอกจากบทบัญญัติทั้ง 3 มาตราดังกล่าว ในคดีที่เป็นการเร่งให้ตายอย่างสงบโดยความยินยอมของผู้ป่วย ศาลเคยพิพากษาไม่ลงโทษจำเลย เนื่องจากผลที่เกิดขึ้นแก่ผู้กระทำผิดเป็น “ผลร้ายที่รุนแรง” เพียงพอแล้ว จนไม่สมควรลงโทษผู้กระทำผิดซ้ำอีก[34] โดยอาศัยบทบัญญัติเรื่องการปล่อยตัวจำเลยตามมาตรา 60 ซึ่งบัญญัติไว้ว่า

> *“ศาลอาจสั่งให้ปล่อยตัวจำเลยก็ได้ หากผลที่เกิดจากความผิดนั้นเป็นผลร้ายแรงต่อจำเลย จนทำให้การลงโทษตามบทบัญญัตินั้นไม่เหมาะสม มาตรานี้ไม่ใช้กับจำเลยที่ต้องโทษจำคุกมากกว่าหนึ่งปี”*[35]

ในคดีนี้จำเลยได้ฆ่าบิดาของตนเอง เนื่องจากบิดาป่วยเป็นอัมพาตขั้นรุนแรง ทำให้มีอาการตาบอด สั่นเกร็งที่มือและเท้า ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ และต้องทุกข์ทรมานกับอาการดังกล่าวเป็นระยะเวลากว่า 5 ปี อีกทั้งบิดาได้ขอร้องให้จำเลยฆ่าตนเองตั้งแต่เริ่มมีอาการดังกล่าวตลอดหลายปีจนถึงขณะที่จำเลยลงมือใช้มีดแทงบิดาของตนเอง ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 ศาลจึงพิพากษาให้จำเลยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 216 แต่ศาลเห็นว่าจำเลยต้องทุกข์ทรมานกับความรู้สึกผิดมากพอแล้ว เพราะจำเลยให้การว่ายังจำภาพในขณะที่ฆ่าบิดาของตนเองได้ติดตา และคงต้องทุกข์ทรมานกับการกระทำดังกล่าวไปตลอดชีวิต ด้วยเหตุนี้ ศาลจึงเห็น

---

[33] Humanistischer Verband Deutschlands, "80-Jährige Half Bei Freitod Von Ehemann Nach: Bewährungsstrafe," [Online] Accessed: 15 November 2018. Available from: https://www.patientenverfuegung.de/wenn-paare-sich-beim-sterben-helfen-welche-strafen/ อ้างถึงใน อรรัมภา ไวยมุกข์ อชิรญา ภู่พงศกร ประลอง ศิริภูล และ อารยา เนื่องจำนงค์, "การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน," วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย: 60.

[34] อรรัมภา ไวยมุกข์ อชิรญา ภู่พงศกร ประลอง ศิริภูล และ อารยา เนื่องจำนงค์, "การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน," วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย: 61.

[35] German Criminal Code, Section 60 Discharge

“ The court may order a discharge if the consequences of the offence suffered by the offender are so serious that an imposition of penalties would be clearly inappropriate. This shall not apply if the offender has incurred a sentence of imprisonment of more than one year for the offence.”

ว่า จำเลยได้รับผลร้ายที่รุนแรงเพียงพอแล้ว แม้จำเลยจะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 216 แต่ก็ใช้ดุลพินิจให้ปล่อยตัวจำเลยไปตามมาตรา 60[36]

กล่าวโดยสรุป การเร่งให้ตายอย่างสงบตามกฎหมายเยอรมันนั้น หากเป็นการกระทำโดยผู้ป่วยไม่ได้ยินยอมหรือไม่สามารถให้ความยินยอมได้ ผู้กระทำต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 212 หรือฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 211 แต่หากผู้ป่วยให้ความยินยอมอย่างชัดแจ้งและแท้จริง ผู้กระทำต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 216 ซึ่งกำหนดอัตราโทษน้อยกว่าสองมาตราก่อน นอกจากนี้ ในกรณีที่ศาลเห็นว่า การเร่งให้ตายอย่างสงบนั้นกระทำโดยบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและมีเหตุอันควรปรานี ศาลอาจใช้ดุลพินิจไม่ลงโทษจำเลยก็ได้ หากเห็นว่าจำเลยได้รับผลร้ายจากการกระทำผิดมากเพียงพอแล้วตามมาตรา 60 ดังนั้น ความรับผิดของการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบตามกฎหมายเยอรมันจึงมีความหลากหลายมากกว่ากฎหมายไทย เนื่องจากมีบทบัญญัติเฉพาะ และมีเหตุยกเว้นโทษที่ให้ศาลใช้ดุลพินิจกำหนดโทษให้เหมาะสมกับผู้กระทำผิดได้

4.2.3 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า การการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้นชอบด้วยกฎหมาย หากแพทย์ได้กระทำไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยเอง โดยศาลได้พิพากษาไว้ชัดเจนว่า กรณีผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะที่ไม่อาจรักษาให้ฟื้นคืนได้และมีความประสงค์ที่จะปฏิเสธการรักษา แพทย์ต้องเผชิญกับความขัดแย้งระหว่างหน้าที่ของแพทย์ในการปกป้องชีวิตผู้ป่วยกับการเคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย การที่แพทย์เลือกที่จะไม่รักษาผู้ป่วยต่อไป ไม่ถือเป็นการกระทำโดยงดเว้น เพราะแพทย์ไม่มีหน้าที่ในการยื้อชีวิตของผู้ป่วยที่กำลังจะตายโดยไม่คำนึงถึงความสิ้นเปลืองใด ๆ การตัดสินใจของแพทย์ที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยจึงถูกต้องแล้ว ดังนั้น แพทย์จึงไม่ต้องรับผิดทางอาญาแต่อย่างใด[37]

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตสามารถกระทำได้โดยชอบด้วยกฎหมายในบางสถานการณ์ แต่ขอบเขตของการกระทำดังกล่าวยังมีความคลุมเครือในหลายประเด็น โดยเฉพาะเรื่องความรับผิดทางอาญา เนื่องจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นในประมวลกฎหมายอาญาเยอรมัน ไม่ว่าจะเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 211 ความผิด

---

[36] Köln Von Claudia Hauser, "Sterbehilfe-Prozess Das Versprechen," [Online] Accessed: 15 November 2018. Available from: http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/toetung-auf-verlangen-keine-strafe-fuer-sohn-a-1020993.html อ้างถึงใน อรรัมภา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่พงศกร ประลอง ศิริภูล และ อารยา เนื่องจำนงค์, "การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน," วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย: 61.

[37] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, นิติเวชสาธกฉบับกฎหมายอาญากับการแพทย์ยุคไฮเทค, พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2533), หน้า 91.

ฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 212 หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 216[38] การฆ่านั้นหมายถึง การกระทำด้วยวิธีการใด ๆ ให้ถึงแก่ความตาย จึงรวมไปถึงการกระทำโดยงดเว้นตามมาตรา 13 ด้วย[39] ซึ่งมีบทบัญญัติว่า

> *"(1) ผู้ใดไม่ป้องกันผลอันเป็นองค์ประกอบของความผิด ต้องรับผิดตามประมวลกฎหมายนี้ หากผู้นั้นมีหน้าที่ตามกฎหมายในการรับรองว่าผลนั้นจะไม่เกิดขึ้น และการงดเว้นนั้นเทียบเท่ากับความเข้าใจถึงองค์ประกอบความผิดที่เกิดจากการกระทำการ*
>
> *(2) การลงโทษอาจลดหย่อนได้ตามมาตรา 49 (1)"*[40]

ต่อมาในวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2553 ศาลได้พิพากษาคดีเกี่ยวกับการเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตที่รู้จักกันในชื่อ Wolfgang Putz[41] ซึ่งเป็นชื่อของจำเลยในคดี และได้วางหลักการสำคัญที่ส่งผลต่อแนวคิดเรื่องการตายอย่างสงบในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ทำให้ขอบเขตของการกระทำดังกล่าวมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังมีบทบาทสำคัญต่อแนวคิดการทำให้ตายอย่างสงบในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีเป็นอย่างมาก

ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นคือ Erika Kuellmer มารดาอายุ 77 ปี เกิดภาวะเลือดออกในสมอง (Cerebral Hemorrhage) และตกอยู่สภาพผักถาวร (Persistent Vegetative State) เป็นระยะเวลา 5 ปี โดยมีชีวิตอยู่ด้วยการให้อาหารทางสายยาง หลายปีก่อนหน้านี้มารดาเคยบอกกับบุตรสาวของตนว่าเธอไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ แต่ไม่ได้ทำเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ บุตรสาวจึงไปปรึกษาทนายความคือนาย Wolfgang Putz ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายการแพทย์ ทนายได้ให้คำปรึกษาว่า การถอดสายยางให้อาหารสามารถทำได้โดยไม่ผิดกฎหมาย ดังนั้นบุตรสาวจึงถอดสายยางดังกล่าวออกตามคำแนะนำของทนาย และแม้ภายหลังจะมีการใส่กลับเข้าไปใหม่ แต่มารดาก็เสียชีวิตลงในอีก 2 สัปดาห์ถัดมาด้วยสาเหตุการตายโดยธรรมชาติ

---

[38] Monika Bobbert and Ulrike Riedel, "Euthanasia and End-of-Life-Decisions in Germany: Public Opinion, Medical Views, the Ethical Debate and Legal Regulation," Jahrbuch fur Recht und Ethik: 486-487.

[39] อรรัมภา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่พงศกร ประลอง ศิริภูล และ อารยา เนื่องจำนงค์, "การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน," วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย: 52-53.

[40] German Criminal Code, Section 13 Omissions

"(1) Whosoever fails to avert a result which is an element of a criminal provision shall only be liable under this law if he is responsible under law to ensure that the result does not occur, and if the omission is equivalent to the realisation of the statutory elements of the offence through a positive act.

(2) The sentence may be mitigated pursuant to section 49(1)."

[41] BGH decision from 25 June 2010 no. 2 StR 454/09 = NJW 2010, 2963.

จากการกระทำดังกล่าว ทั้งบุตรสาวและทนายจึงถูกฟ้องร้องต่อศาล แต่ศาลแขวงได้ยกฟ้องบุตรสาว เนื่องจากกระทำไปตามคำแนะนำของทนาย โดยไม่รู้ว่าการกระทำของตนผิดกฎหมาย[42] และพิพากษาว่าทนายมีความผิดฐานพยายามฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ลงโทษจำคุก 9 เดือนและรอการลงโทษ อย่างไรก็ตาม เมื่อคดีขึ้นสู่การพิจารณาของศาลสูง ศาลได้ยกฟ้องทนายด้วยเช่นกัน โดยศาลได้วางหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ไว้ในคำพิพากษาหลายประเด็น สรุปได้ดังนี้

1) ในทางอาญา การถอดสายยางให้อาหารออกนั้นไม่ใช่การกระทำโดยงดเว้น แต่ถือว่ามีการกระทำเกิดขึ้น จึงไม่ใช่การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ แม้ว่าในทางแพ่งจะถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า แต่ก็อาจต้องรับผิดทางอาญาได้ ดังนั้น เพื่อป้องกันมิให้เกิดความสับสนในการใช้กฎหมาย ศาลจึงวางหลักเกณฑ์ว่า การแบ่งแยกการตายอย่างสงบ โดยใช้การกระทำและการงดเว้นนั้นไม่ชัดเจนเพียงพอ และยังไม่สมเหตุสมผลในการอธิบายว่าเป็นการทำให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมาย อีกทั้งเมื่อกฎหมายคำนึงถึงเจตจำนงของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เจตจำนงของผู้ป่วยก็ควรได้รับการเคารพ ไม่ว่าการกระทำนั้นจะเป็นการกระทำหรือการงดเว้นก็ตาม ด้วยเหตุนี้เพื่อมิให้เกิดความสับสนจึงควรนิยามการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตว่าเป็น “การยุติการรักษา” (End of Treatment) แทนคำว่า “Passive Euthanasia” โดยไม่ต้องคำนึงว่าเป็นการกระทำหรืองดเว้นการกระทำอีกต่อไป[43]

2) การยุติการรักษานั้นสามารถทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่กับโรคที่ร้ายแรงถึงชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาต่อไปจะส่งผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย และการยุติการรักษานั้นเป็นความประสงค์ของผู้ป่วยในหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า หรือหากไม่มีหนังสือดังกล่าว ให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยตัดสินไปตามความประสงค์ที่สันนิษฐานว่าเป็นของผู้ป่วย (Presumed Will) ตามประมวลกฎหมายแพ่งเยอรมันมาตรา 1901a ว่าด้วยหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า[44]

3) ผู้ที่สามารถยุติการรักษานั้นมิได้มีเพียงแพทย์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงบุคคลที่สาม ได้แก่ ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยของแพทย์ หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยด้วย อย่างไรก็

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

[42] Michael Lindemann and Paul Mevis, "Recent Developments in the Legislation and Case-Law on Euthanasia and Assisted Suicide - a Comparative Analysis of the Situation in Germany and the Netherlands," Jahrbuch fur Recht und Ethik.

[43] Anna Zwick, "The German Law on Euthanasia: The Legal Basics and the Actual Debate," in Advance Care Decision Making in Germany and Italy. A Comparative, European and International Law Perspective, p. 170.

[44] Ibid., p. 124, 171.

ตาม คำว่า “ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย” นี้ยังคงเป็นประเด็นปัญหา เนื่องจากกฎหมายแพ่งไม่ได้กำหนดนิยามไว้ชัดเจน และศาลก็ไม่ได้ระบุไว้ในคำพิพากษาว่าหมายถึงบุคคลใดโดยเฉพาะเจาะจง[45]

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว ศาลจึงเห็นว่า ในคดีนี้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตนาของตนเองได้แล้ว บุตรสาวจึงเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยตามประมวลกฎหมายแพ่งเยอรมันมาตรา 1901a เมื่อบุตรสาวประสงค์ให้ยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต เพื่อให้เป็นไปตามความประสงค์ที่ผู้ป่วยเคยให้ไว้ การถอดสายยางให้อาหารจึงสอดคล้องกับมาตรา 1901a ว่าด้วยหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าแล้ว[46] ดังนั้น คำปรึกษาของทนายที่ให้ถอดเครื่องมือช่วยชีวิตออกจากผู้ป่วย เป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมายและทำไปเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยแล้ว[47] จึงไม่มีความผิดทางอาญาแต่อย่างใด

จะเห็นได้ว่า ในคดี Wolfgang Putz ศาลได้พัฒนาแนวคิดการทำให้ตายอย่างสงบให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และกำหนดขอบเขตของการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตที่ชอบด้วยกฎหมาย โดยนำกฎหมายแพ่งว่าด้วยหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้ามาพิจารณาประกอบด้วย เพื่อสร้างความเป็นเอกภาพระหว่างกฎหมายแพ่งและกฎหมายอาญาเข้าด้วยกัน ซึ่งหลักเกณฑ์ที่ศาลกำหนดในคดีนี้จะนำไปใช้เป็นหลักในการพิจารณาคดีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป เห็นได้จากคดีที่เกิดขึ้นถัดมา คือ คดี Kolner Fall[48] ที่วางหลักต่อเนื่องจากคำพิพากษาในคดี Wolfgang Putz และยังวางหลักเกณฑ์ทางอาญาให้สอดคล้องกับกฎหมายเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าอีกด้วย

ข้อเท็จจริงในคดีนี้คือ มารดาของภรรยาจำเลยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพราะสงสัยว่ามีอาการปอดอักเสบ แต่หลายวันต่อมา กลับมีอาการทรุดหนักจนมีภาวะไม่รู้สึกตัว (Comatose) ในขณะทำการรักษามีเพียงจำเลยเท่านั้นที่มาโรงพยาบาล ส่วนภรรยาของจำเลยซึ่งเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยไม่ได้มาที่โรงพยาบาลด้วย ต่อมาจำเลยได้ขอให้แพทย์ปิดเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วย เพราะมารดาได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์ให้ใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่แพทย์ปฏิเสธคำขอนั้น เนื่องจากอาการของผู้ป่วยยังมีหวังที่จะรักษาให้หายได้ ในเวลาต่อมา จำเลยจึงเข้าปิดเครื่องมือนั้นด้วยตนเอง ซึ่งแม้ว่าเครื่องนั้นจะถูกเปิดใหม่ทันทีในไม่กี่นาทีต่อมา แต่ผู้ป่วยก็ถึงแก่ความตายในคืนนั้นเอง อย่างไรก็ตาม ในทางพิจารณาไม่

---

[45] Ibid., p. 172.

[46] Ibid., p. 170.

[47] Library of Congress, "Germany: Landmark Euthanasia Ruling," [Online] Accessed: 20 November 2018. Available from: http://www.loc.gov/law/foreign-news/article/germany-landmark-euthanasia-ruling/

[48] BGH decision from 10 November 2010 no. 2 StR 320/10 = NJW 2011, 161.

สามารถพิสูจน์ได้ว่า ความตายของผู้ป่วยเป็นผลโดยตรงจากการปิดเครื่องมือเพียงชั่วคราวของจำเลย ศาลจึงพิพากษาว่าจำเลยมีความผิดฐานพยายามฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 212[49]

คำพิพากษาในคดีนี้ ศาลได้นำเรื่องหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าทางแพ่งมาปรับใช้กับความรับผิดทางอาญา โดยวินิจฉัยว่า หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าที่จำเลยกล่าวอ้าง ยังไม่สามารถปฏิบัติตามได้ เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต การกระทำของจำเลยจึงไม่สอดคล้องกับเจตจำนงของผู้ป่วยในหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า นอกจากนี้ ศาลยังเน้นย้ำไว้ชัดเจนว่า การยุติการรักษาต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ในมาตรา 1901a ของประมวลกฎหมายแพ่งเยอรมันอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันมิให้เกิดการกระทำที่มิชอบ และมิให้เกิดการตัดสินใจอย่างเร่งด่วนเกินไป เพราะต้องผ่านการตรวจสอบสภาพร่างกายจากแพทย์อย่างละเอียดก่อน เพื่อให้เป็นไปตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย ดังนั้น คำพิพากษาคดีนี้เป็นการยืนยันชัดเจนว่า กระบวนการทางแพ่งมีผลต่อความรับผิดทางอาญา และการทำให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมายก็ต้องทำตามหลักเกณฑ์ของการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าตามกฎหมายแพ่งด้วย[50]

กล่าวโดยสรุป การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้น เรียกว่า “การยุติการรักษา” ซึ่งสามารถกระทำได้โดยชอบด้วยกฎหมายภายใต้หลักเกณฑ์ที่กำหนด คือ การกระทำไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามประมวลกฎหมายแพ่งเยอรมันมาตรา 1901a และเป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายตามความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ หากการยุติการรักษานั้นครบหลักเกณฑ์ดังกล่าว ผู้กระทำก็ไม่ต้องรับผิดทางอาญา นอกจากนี้ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการกระทำดังกล่าว ได้แก่ แพทย์ ผู้ช่วยของแพทย์ และผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย ก็ไม่ต้องรับผิดทางอาญาอีกด้วย อย่างไรก็ตาม หากการยุติการรักษานั้น ไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดหรือกระทำไปโดยบุคคลอื่นที่มิใช่ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย ผู้กระทำก็ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 211 ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 212 หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 216 แล้วแต่กรณี และแม้ว่าการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือบางลักษณะจะไม่มีการกระทำเกิดขึ้น ผู้กระทำก็อาจต้องรับผิดหากมีหน้าที่ที่จะต้องกระทำเพื่อป้องกันผล อันเป็นการกระทำโดยงดเว้นตามมาตรา 13 ได้เช่นกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

[49] Anna Zwick, "The German Law on Euthanasia: The Legal Basics and the Actual Debate," in Advance Care Decision Making in Germany and Italy. A Comparative, European and International Law Perspective, p. 174.

[50] Ibid., p. 175.

4.3 ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์

ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์มีการศึกษาเรื่องการทำให้ตายอย่างสงบมาเป็นระยะเวลานาน และเป็นประเทศแรกของโลกที่บัญญัติกฎหมายอนุญาตให้แพทย์สามารถเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยยินยอม (Voluntary Active Euthanasia) นอกจากนี้ ในประมวลกฎหมายเนเธอร์แลนด์ยังมีบทบัญญัติฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ โดยมีเจตนารมณ์เพื่อนำมาใช้ลงโทษผู้ที่เร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยตรง ด้วยเหตุนี้ กฎหมายของราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์จึงสมควรศึกษา เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับกฎหมายของประเทศไทยต่อไป

4.3.1 ความทั่วไปของการทำให้ตายอย่างสงบในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์

ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์เริ่มมีพัฒนาการเกี่ยวกับแนวคิดการตายอย่างสงบที่รวดเร็วกว่าประเทศอื่น เนื่องจากมีคดีเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบขึ้นสู่ศาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 ซึ่งศาลตัดสินให้แพทย์ที่ฉีดยาให้น้องชายตนเองถึงแก่ความตายมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 293 และตัดสินให้คุมประพฤติเป็นเวลา 1 ปี[51] ต่อมาในปี พ.ศ. 2512 Van den Berg จิตแพทย์ที่มีชื่อเสียงได้ออกหนังสือทางการแพทย์ โดยมีความเห็นว่าจริยธรรมทางการแพทย์จะต้องปรับเปลี่ยนไปตามเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นเสมอ ในอดีตแพทย์มีหน้าที่ต้องรักษาและยื้อชีวิตของมนุษย์ให้ได้นานที่สุด แต่เมื่อมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากยิ่งขึ้นจนสามารถยื้อชีวิตผู้ป่วยที่หมดหวังต่อไปได้ ทำให้เกิดคำถามว่าหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องยื้อชีวิตของผู้ป่วยไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใด ๆ นั้นยังมีความเหมาะสมอยู่หรือไม่ รวมทั้งยังเสนอให้แพทย์สามารถยุติชีวิตของผู้ป่วยที่หมดหวังได้อีกด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือของ Van den Berg นั้นได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก ทำให้ช่วงปี พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา สาธารณชนเริ่มมีการถกเถียงเรื่องดังกล่าวอย่างแพร่หลาย[52] จนได้ข้อสรุปว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยที่หมดหวังนั้น หากเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยหรือตัวแทนของผู้ป่วย แพทย์สามารถกระทำได้โดยไม่ถือว่าแพทย์มีความผิดฐานผู้อื่นโดยเจตนา เพราะความตายของผู้ป่วยเกิดจากสาเหตุทางธรรมชาติ (Natural Cause) จึงไม่จำเป็นต้องมีกฎหมายบัญญัติให้อำนาจไว้โดยเฉพาะ[53] ส่วนการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้น ประชาชนบางส่วนเริ่มให้

---

[51] John Griffiths, Alex Bood, and Heleen Weyers, Euthanasia and Law in the Netherlands (Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998), p. 44.

[52] Ibid., p. 48.

[53] Ibid., p. 95.

การยอมรับ อีกทั้งยังมีคดีที่เกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบขึ้นสู่ศาลหลายคดี ทำให้แนวคิดดังกล่าวได้รับการพัฒนาอย่างรวดเร็ว

จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2525 คดีของนายแพทย์ Schooheim[54] เป็นคดีแรกที่ศาลตัดสินให้แพทย์ที่เร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบพ้นจากความรับผิดทางอาญา เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรง และขอร้องให้แพทย์ช่วยทำให้ตนถึงแก่ความตาย ในคดีนี้ศาลตัดสินว่าแพทย์ต้องเผชิญกับความขัดแย้งในการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างหน้าที่ของแพทย์ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและหน้าที่ในการเคารพประมวลกฎหมายอาญามาตรา 293[55] ดังนั้น การกระทำดังกล่าวเข้าเหตุจำเป็นตามมาตรา 40[56] แพทย์จึงไม่มีความผิดทางอาญาแต่อย่างใด

หลังจากคดีดังกล่าว แม้การเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบจะยังไม่มีกฎหมายรองรับอย่างเป็นรูปธรรม แต่ผลของคำพิพากษาข้างต้นส่งผลให้การกระทำดังกล่าวได้รับการยอมรับในทางปฏิบัติ เห็นได้จากในปี พ.ศ. 2533 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมของราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ได้ให้คำสัญญาว่าจะให้ความคุ้มกันทางกฎหมายแก่แพทย์ที่เร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ และออกประกาศแนวทางการปฏิบัติหน้าที่สำหรับแพทย์ให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ตามคำพิพากษาของศาลเพื่อให้ขอบเขตในการกระทำดังกล่าวชัดเจนมากยิ่งขึ้น[57]

นอกจากนี้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมได้นิยามความหมายของคำว่า “Euthanasia” ไว้โดยเฉพาะ กล่าวคือ “Euthanasia” หมายถึง การยุติชีวิตโดยแพทย์ซึ่งทำไปตามคำร้องขอของผู้ป่วย ส่วนการกระทำบางชนิดก็ไม่ถือว่าเป็น “Euthanasia” เช่น การปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการยับยั้งไม่ใช้เครื่องมือช่วยชีวิตตั้งแต่ต้น หรือการเพิกถอนเครื่องมือที่ใช้ไปแล้ว เป็นต้น[58] จะเห็นได้ว่า นิยามของคำว่า “Euthanasia” ในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์นั้นกำหนดความหมายไว้อย่างแคบ กล่าวคือ ผู้กระทำต้องเป็นแพทย์ และต้องมีคำร้องขอจากผู้ป่วยเท่านั้น กรณีอื่นนอกจากนี้ไม่ถือว่าเป็นการตายอย่างสงบ จึงต้องรับผิดทางอาญาเสมอ ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[54] Nederlandse Jurisprudentie 1985, no. 106 cited in John Griffiths, Alex Bood and Heleen Weyers, Euthanasia and Law in the Netherlands, pp. 322-328.

[55] John Griffiths, Alex Bood and Heleen Weyers, Euthanasia and Law in the Netherlands, pp. 18-19.

[56] Dutch Penal Code, Section 40

“Any person who commits an offence under the compulsion of an irresistible force shall not be criminally liable.”

[57] Raphael Cohen-Almagor, "Why the Netherlands," Journal of Law, Medicine and Ethics 30 (2002): 97.

[58] Jonathan T. Smies, "The Legalization of Euthanasia in the Netherlands," Gonzaga Journal of International Law 7 (2003-2004): 1.

ในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care) จึงอยู่ในอำนาจของแพทย์ในการตัดสินใจ โดยไม่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการ “Euthanasia” แต่อย่างใด[59]

เมื่อเวลาผ่านไป การเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบเริ่มได้รับการยอมรับจากประชาชนส่วนใหญ่ และแนวคำพิพากษาของศาลก็มีแนวโน้มที่จะอนุญาตให้กระทำการดังกล่าวมากขึ้นเรื่อย ๆ ด้วยเหตุผลทั้งสองประการนี้ จึงนำไปสู่การบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, 2002 และประกาศบังคับใช้ในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2545[60] ใจความสำคัญของพระราชบัญญัติฉบับนี้คือ การอนุญาตให้แพทย์สามารถเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้ภายใต้หลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้

เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติข้างต้น ฝ่ายนิติบัญญัติก็มีการแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญาดัตช์ตามมาตรา 293[61] ซึ่งเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ เพื่อให้มีหลักการที่สอดคล้องกันอีกด้วย โดยบัญญัติเพิ่มเติมข้อยกเว้นความผิดสำหรับแพทย์ไว้ในวรรคสอง เพื่อให้แพทย์พ้นจากความผิดทางอาญา หากกระทำไปตามมาตรฐานความระมัดระวัง (Due Care) ตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ซึ่งมาตรฐานความระมัดระวังที่กำหนดให้แพทย์ต้องปฏิบัติตามนั้นบัญญัติไว้ในมาตรา 2 (1) ของ Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, 2002 ได้แก่

> *“1. มาตรฐานความระมัดระวังที่อ้างถึงในมาตรา 293 วรรคสองแห่งประมวลกฎหมายอาญา หมายความว่า แพทย์*
>
> *a. มีความมั่นใจว่าคำร้องขอของผู้ป่วยเป็นไปโดยสมัครใจและผ่านการพิจารณาอย่างถี่ถ้วน*

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[59] Raphael Cohen-Almagor, "Why the Netherlands," Journal of Law, Medicine and Ethics: 95.

[60] Michael Lindemann and Paul Mevis, "Recent Developments in the Legislation and Case-Law on Euthanasia and Assisted Suicide - a Comparative Analysis of the Situation in Germany and the Netherlands," Jahrbuch fur Recht und Ethik.

[61] Dutch Penal Code, Section 293

“1. Any person who terminates the life of another person at that other person’s express and earnest request, shall be liable to a term of imprisonment not exceeding twelve years or a fine of the fifth category.

2. The offence referred to in subsection (1) shall not be punishable, if it is committed by a medical doctor who meets the requirements of due care referred to in section 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act [Wet Toetsing Levensbeëindiging op Verzoek en Hulp bij Zelfdoding] and who informs the municipal forensic pathologist in accordance with section 7(2) of the Burial and Cremation Act [Wet op de Lijkbezorging].”

b. มีความมั่นใจว่าความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยนั้นมีอยู่อย่างยาวนานและไม่สามารถทานทนได้

c. ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความหวังที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย

d. ผู้ป่วยเชื่อว่าไม่มีทางออกที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่

e. ได้ปรึกษาหารือกับแพทย์ท่านอื่นไม่น้อยกว่า 1 คน ซึ่งต้องเคยพบผู้ป่วยมาแล้ว และได้ให้ความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรตามมาตรฐานความระมัดระวังในข้อ a ถึง d และ

f. ได้ยุติชีวิตหรือช่วยให้ฆ่าตัวตายด้วยความระมัดระวังตามสมควร"[62]

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวยังกำหนดกลไกในการตรวจสอบข้อเท็จจริง ได้แก่ การกำหนดให้มี Regional Euthanasia Review Committees (RERCs) เป็นคณะกรรมการทำหน้าที่ตรวจสอบว่าแพทย์ปฏิบัติหน้าที่ถูกต้องตามมาตรฐานความระมัดระวัง และเป็นไปตามข้อยกเว้นความผิดของแพทย์หรือไม่ หากตรวจสอบแล้วพบว่า แพทย์ปฏิบัติหน้าที่ถูกต้องตามกฎหมายก็เป็นไปตามมาตรา 293 วรรคสองคือ แพทย์ไม่มีความผิดทางอาญา แต่หากแพทย์ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานความระมัดระวัง คณะกรรมการจะรายงานให้สำนักงานอัยการสูงสุด และ Healthcare Inspectorate ทราบ เพื่อพิจารณาต่อว่าจะดำเนินคดีอาญาหรือสอบสวนทางวินัยของแพทย์หรือไม่[63] จะเห็นได้ว่า พระราชบัญญัติฉบับนี้พยายามสร้างกลไกในการควบคุมตรวจสอบการเร่งให้ตายอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

---

[62] Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, Article 2

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

a. holds the conviction that the request by the patient was voluntary and well-considered,

b. holds the conviction that the patient's suffering was lasting and unbearable,

c. has informed the patient about the situation he was in and about his prospects,

d. and the patient hold the conviction that there was no other reasonable solution for the situation he was in,

e. has consulted at least one other, independent physician who has seen the patient and has given his written opinion on the requirements of due care, referred to in parts a – d, and

f. has terminated a life or assisted in a suicide with due care."

[63] Michael Lindemann and Paul Mevis, "Recent Developments in the Legislation and Case-Law on Euthanasia and Assisted Suicide - a Comparative Analysis of the Situation in Germany and the Netherlands," Jahrbuch fur Recht und Ethik.

สงบของแพทย์ เพื่อให้การกระทำดังกล่าวเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดและสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปมากที่สุด

ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้น ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่าไม่ถือเป็นส่วนหนึ่งของการ “Euthanasia” จึงไม่ตกอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ของ Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, 2002 แต่การยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือดังกล่าวให้แก่ผู้ป่วยที่หมดหวังตามความประสงค์ของผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย ถือว่าเป็นการปฏิบัติทางแพทย์ตามปกติ (Normal Medical Practice) แพทย์จึงสามารถกระทำได้ โดยไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นแต่อย่างใด เพราะความตายอย่างของผู้ป่วยเกิดจากสาเหตุทางธรรมชาติ[64] ไม่ใช่เป็นผลมาจากการกระทำของแพทย์

ในปี พ.ศ. 2552 Netherlands Society for Intensive Care ได้จัดทำแนวทางการดูแลประคับประคองผู้ป่วยไอซียู เพื่อให้เป็นประโยชน์แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติหน้าที่ อย่างไรก็ตาม แนวทางดังกล่าวไม่ได้คำนิยามของ “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ไว้อย่างชัดเจน แต่ศาลได้เคยพิพากษาไว้ในคดีของ Stinissen[65] ว่าแพทย์สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนสายยางให้อาหารและน้ำของผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวรได้ เพราะการให้อาหารทางสายยางถือเป็นการรักษาทางการแพทย์อย่างหนึ่ง จึงอยู่ในอำนาจหน้าที่ของแพทย์เท่านั้นที่จะยุติการรักษา ดังนั้น การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ จึงครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวรด้วย

นอกจากนี้ ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ยังมีบทบัญญัติรับรองการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า เพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการแสดงความประสงค์ของผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งปรากฏอยู่ในประมวลกฎหมายแพ่งเนเธอร์แลนด์ บรรพ 7 ว่าด้วยข้อตกลงลักษณะพิเศษ (Particular Agreement) มาตรา 7: 450 (3)[66] โดยบัญญัติว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไปและอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถแสดงเจตนาเกี่ยวกับตนเองได้ แพทย์และผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยต้องเคารพเจตนาของผู้ป่วยที่ได้ทำเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ล่วงหน้าในขณะที่ผู้ป่วยมีความสามารถแสดงเจตนาได้เต็มที่ รวมทั้งมาตรา 7: 465[67] ยังกำหนดตัวแทนของผู้ป่วยคือ บุคคลที่ผู้ป่วยมีหนังสือแต่งตั้งให้เป็นผู้มีอำนาจ

---

[64] John Griffiths, Alex Bood and Heleen Weyers, Euthanasia and Law in the Netherlands, p. 95.

[65] ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 4.3.3

[66] Dutch Civil Code, Section 7: 450

“(3) In the event that a patient of the age of sixteen years or older cannot be regarded as being capable to make a reasonable appreciation of his interests in the matter, the care provider and a person as referred to in Article 7:465, paragraph 2 or 3, shall comply with the apparent opinion of the patient expressed in writing while he was still capable of making a reasonable appreciation of his interests and containing a refusal to give his consent as referred to in paragraph 1. The care provider may nevertheless deviate from this statement if he thinks there are well-founded reasons for doing so.”

[67] Dutch Civil Code, Section 7: 465

ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความสามารถตัดสินใจเองได้ และหากไม่มีบุคคลดังกล่าว ให้เป็นอำนาจของคู่สมรสหรือคู่ชีวิตของผู้ป่วย และหากผู้ป่วยไม่มีคู่สมรสหรือคู่ชีวิตเช่นว่านั้น ให้เป็นอำนาจของบิดามารดา ผู้สืบสันดาน หรือพี่น้องของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า ในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตสามารถกระทำได้ตามความประสงค์ของผู้ป่วยเป็นหลัก แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธการรักษาได้ด้วยตนเอง ตัวแทนของผู้ป่วยและญาติใกล้ชิดก็มีอำนาจใช้สิทธิในการปฏิเสธการรักษาในนามของผู้ป่วยได้เช่นกัน

กล่าวโดยสรุป ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์นั้นยอมรับการทำให้ตายอย่างสงบทั้งสองรูปแบบ กล่าวคือ การเร่งให้ตายอย่างสงบในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์นั้นมี Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, 2002 ให้อำนาจแก่แพทย์ในการกระทำดังกล่าว และหากปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องตามหลักเกณฑ์ แพทย์ก็พ้นจากความรับผิดตามประมวลกฎหมายอาญาดัตช์ มาตรา 293 วรรคสอง ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตก็ถือว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care) จึงเป็นอำนาจของแพทย์ในการตัดสินใจ โดยไม่ตกอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ตามพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว แพทย์จึงสามารถยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ทั้งนี้ การทำให้ตายอย่างสงบทั้งสองรูปแบบต้องเป็นการกระทำโดยแพทย์เท่านั้น จึงมีอำนาจกระทำได้ หากบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการกระทำดังกล่าว บุคคลนั้นอาจต้องรับผิดทางอาญาได้ เนื่องจากมิใช่การกระทำทางแพทย์ จึงไม่มีอำนาจในการทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย

4.3.2 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

ประมวลกฎหมายอาญาดัตช์ (*Wetboek van Strafrecht*) บัญญัติความผิดเกี่ยวกับชีวิตไว้ในหมวด 19 ตั้งแต่มาตรา 287 ถึงมาตรา 295 ซึ่งบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบนั้นมีอยู่ 3 มาตรา ได้แก่ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 287 ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อนตามมาตรา 289 และความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 293 ซึ่งแต่ละมาตรามีรายละเอียดดังนี้

"(3) If a patient who has reached the age of majority and who cannot be regarded as being capable of making a reasonable appreciation of his interests in the matter, is not placed under adult guardianship or under protective mentorship, the care provider shall fulfil the obligations to the patient arising from the present Section (Section 7.7.5) towards the person who is authorised in writing to act on the patient's behalf. If there is no such person or if he does not act, the obligations shall be fulfilled towards the spouse or other life companion of the patient, unless the patient refuses this, or, if there is no such person, towards a parent, child, brother or sister of the patient."

1) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (Manslaughter) มาตรา 287

"ผู้ใดฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ผู้นั้นมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 15 ปี หรือปรับในระดับที่ 5"[68]

จากบทบัญญัติข้างต้นสามารถพิจารณาองค์ประกอบของความผิดได้ดังนี้ องค์ประกอบภายนอก ได้แก่ (1) ผู้ใด (2) ฆ่า (3) ผู้อื่น ส่วนองค์ประกอบภายใน ได้แก่ การกระทำโดยมีเจตนาฆ่า เมื่อพิจารณาองค์ประกอบความผิดจะเห็นได้ว่า บทบัญญัติมาตรา 287 มีความคล้ายคลึงกับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาของประเทศไทยและสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เพราะลักษณะการบัญญัติใช้ถ้อยคำที่กระชับ และไม่ได้กำหนดวิธีการฆ่าไว้โดยเฉพาะ การกระทำใด ๆ อันเป็นการพรากชีวิตของผู้อื่นไปจึงถือเป็นการฆ่าทั้งสิ้น มาตรา 287 จึงเป็นความผิดบทหลักของการฆ่าโดยเจตนาตามประมวลกฎหมายอาญาดัตช์

ส่วนอัตราโทษของความผิดข้างต้นคือ โทษจำคุกไม่เกิน 15 ปี หรือปรับในระดับที่ 5 สำหรับอัตราของโทษปรับมีบทบัญญัติกำหนดไว้ในมาตรา 23[69] ของประมวลกฎหมายอาญาดัตช์ โดยแบ่งโทษปรับออกเป็น 6 ระดับ เรียงจากโทษน้อยไปหามาก ในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนากำหนดโทษปรับในระดับที่ 5 หมายถึง โทษปรับจำนวน 83,000 ยูโร

2) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน (Murder) มาตรา 289

"ผู้ใดฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาและไตร่ตรองไว้ก่อน ผู้นั้นมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกไม่เกิน 30 ปี หรือปรับในระดับที่ 5"[70]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[68] Dutch Penal Code, Section 287 Manslaughter

"Any person who intentionally takes the life of another person shall be guilty of manslaughter and shall be liable to a term of imprisonment not exceeding fifteen years or a fine of the fifth category."

[69] Dutch Penal Code, Section 23 fourth paragraph

"There are six categories:
the first category, € 335 [Red: As at 1 January 2018: € 415.];
the second category, € 3,350 [Red: As at 1 January 2018: € 4,150.];
the third category, € 6,700 [Red: As at 1 January 2018: € 8,300.];
the fourth category, € 16,750 [Red: As at 1 January 2018: € 20,750.];
the fifth category, € 67,000 [Red: As at 1 January 2018: € 83,000.];
the sixth category, € 670,000 [Red: As at 1 January 2018: € 830,000.]."

[70] Dutch Penal Code, Section 289 Murder

"Any person who intentionally and with premeditation takes the life of another person shall be guilty of murder and shall be liable to life imprisonment or a determinate term of imprisonment not exceeding thirty years or a fine of the fifth category."

จากบทบัญญัติข้างต้น มีองค์ประกอบที่เพิ่มเติมจากมาตรา 287 คือ การไตร่ตรองไว้ก่อน (Premeditation) การฆ่าที่มีการไตร่ตรองไว้ก่อนนั้น แสดงให้เห็นว่า ผู้กระทำมีการคิดและเตรียมวางแผนฆ่าผู้อื่นมาตั้งแต่ต้น จึงมีการคิดทบทวนมาอย่างถี่ถ้วน มิใช่การฆ่าโดยขาดสติ หรือฆ่าโดยบันดาลโทสะเท่านั้น ดังนั้น ความผิดฐานฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อนตามมาตรา 289 จึงกำหนดโทษที่รุนแรงกว่าความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 287 เป็นอย่างมาก คือ โทษจำคุกไม่เกิน 30 ปี เพื่อให้ศาลสามารถใช้ดุลพินิจกำหนดโทษเพิ่มขึ้นได้ หากเห็นกว่าความผิดนั้นมีความร้ายแรง ส่วนโทษปรับนั้นกำหนดในระดับที่ 5 เช่นเดียวกับมาตรา 287 คือ โทษปรับจำนวน 83,000 ยูโร

3) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ (Euthanasia) มาตรา 293

“1. ผู้ใดทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามคำร้องขอที่ชัดแจ้งและแท้จริงของผู้ตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 12 ปี หรือปรับในระดับที่ 5

2. บทบัญญัติตามวรรคแรกไม่ต้องรับผิด หากกระทำโดยแพทย์ตามมาตรฐานความระมัดระวังที่บัญญัติในมาตรา 2 แห่ง Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act และได้แจ้งนักนิติพยาธิวิทยาของรัฐตามมาตรา 7(2) แห่ง Burial and Cremation Act”[71]

มาตรา 293 เป็นบทบัญญัติพิเศษของความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (Manslaughter) ซึ่งบัญญัติมาตั้งแต่ประกาศใช้ประมวลกฎหมายอาญาดัตช์ในปี พ.ศ. 2429 และได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมเพียงครั้งเดียวในปี พ.ศ. 2545 คือการบัญญัติข้อยกเว้นความผิดสำหรับแพทย์ไว้ในมาตรา 293 วรรคสอง เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการใน Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, 2002 อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย แต่หลักการและเจตนารมณ์ของมาตรา 293 ยังคงเหมือนเดิม[72] กล่าวคือ การทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามคำร้องขอที่ชัดแจ้งและแท้จริงของผู้ตายเองนั้นเป็นการฆ่าด้วยความยินยอม มูลเหตุ

---

[71] Dutch Penal Code, Section 293 Euthanasia

“1. Any person who terminates the life of another person at that other person’s express and earnest request, shall be liable to a term of imprisonment not exceeding twelve years or a fine of the fifth category.

2. The offence referred to in subsection (1) shall not be punishable, if it is committed by a medical doctor who meets the requirements of due care referred to in section 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act [Wet Toetsing Levensbeëindiging op Verzoek en Hulp bij Zelfdoding] and who informs the municipal forensic pathologist in accordance with section 7(2) of the Burial and Cremation Act [Wet op de Lijkbezorging].”

[72] Michael Lindemann and Paul Mevis, "Recent Developments in the Legislation and Case-Law on Euthanasia and Assisted Suicide - a Comparative Analysis of the Situation in Germany and the Netherlands," Jahrbuch fur Recht und Ethik.

จูงใจของผู้กระทำจึงเป็นการปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ตายเท่านั้น ความผิดตามมาตรา 293 จึงบัญญัติอัตราโทษที่น้อยกว่าความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 287 และความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อนตามมาตรา 289 เนื่องจากเจตนารมณ์ของบทบัญญัติมาตรา 293 มิได้ต้องการลงโทษผู้กระทำผิดเพราะผู้นั้นฆ่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะเจาะจง แต่ลงโทษผู้กระทำผิดเพราะเป็นการไม่เคารพต่อคุณค่าของชีวิตมนุษย์เป็นการทั่วไป[73]

สำหรับองค์ประกอบภายนอกของมาตรา 293 วรรคแรก บทบัญญัติใช้คำว่า “ผู้ใด” โดยมิได้กำหนดผู้กระทำไว้โดยเฉพาะเจาะจง และยังไม่ได้แยกความแตกต่างของการกระทำโดยแพทย์หรือบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ ดังนั้น มาตรา 293 วรรคแรกจึงใช้บังคับทั้งกรณีที่ผู้กระทำเป็นแพทย์และเป็นบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ด้วย[74] อย่างไรก็ตาม หากการกระทำของแพทย์ครบองค์ประกอบในวรรคสอง ซึ่งเป็นข้อยกเว้นความผิด แพทย์ก็พ้นจากความรับผิดทางอาญา แต่หากผู้กระทำเป็นบุคคลอื่นไม่สามารถนำวรรคสองมาใช้เป็นข้อยกเว้นความรับผิดได้ เพราะบทบัญญัติในวรรคสองกำหนดชัดเจนว่าเฉพาะแพทย์เท่านั้นที่สามารถเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยชอบด้วยกฎหมาย ดังนั้น เมื่อผู้กระทำที่เป็นบุคคลอื่นเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายตามคำร้องขอของผู้ป่วยเอง ผู้กระทำจึงมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 293 วรรคแรก โดยมิอาจอ้างมาตรา 293 วรรคสองมายกเว้นความผิดได้[75]

ข้อยกเว้นความผิดสำหรับแพทย์ในมาตรา 293 วรรคสอง เป็นบทบัญญัติที่บังคับใช้อย่างเคร่งครัด และไม่ขยายไปถึงผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขอื่น ๆ ด้วย เช่น พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2538 มีคดีที่พยาบาลถูกดำเนินคดีเพราะเร่งให้เพื่อนสนิทของตนเองถึงแก่ความตายตามคำร้องขอ ในขณะนั้นแม้ยังไม่บังคับใช้ Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, 2002 แต่ศาลได้วางหลักเกณฑ์อนุญาตให้แพทย์เร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้ โดยไม่มีความผิดทางอาญาแล้ว ซึ่งในคดีนี้พยาบาลกระทำถูกต้องตามหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ศาลกำหนดไว้ครบถ้วน เว้นแต่พยาบาลเป็นผู้กระทำด้วยตนเอง มิใช่แพทย์ตามที่ศาลกำหนด ศาลจึงพิพากษาให้พยาบาลมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 293 และตัดสินให้ลงโทษคุมประพฤติ[76]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[73] Marian H.N. Driesse *et al.*, "Euthanasia and the Law in the Netherlands," Law & Medicine 3, 4 (1988): 387.

[74] Michael Lindemann and Paul Mevis, "Recent Developments in the Legislation and Case-Law on Euthanasia and Assisted Suicide - a Comparative Analysis of the Situation in Germany and the Netherlands," Jahrbuch fur Recht und Ethik.

[75] John Griffiths, Alex Bood and Heleen Weyers, Euthanasia and Law in the Netherlands, p. 107.

[76] Ibid., p. 109.

ส่วนองค์ประกอบของภายนอกที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ คำร้องขอของผู้ถูกกระทำ ซึ่งบทบัญญัติมาตรา 293 กำหนดเงื่อนไขของคำร้องขอดังกล่าวไว้ 2 ประการ ได้แก่

(1) ต้องเป็นคำร้องขอที่ชัดแจ้ง กล่าวคือ ควรเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร หรือบันทึกไว้เป็นอย่างอื่น[77]

(2) ต้องเป็นคำร้องขอที่แท้จริง กล่าวคือ ผู้ถูกกระทำต้องร้องขอโดยสมัครใจ ปราศจากอิทธิพลจากปัจจัยภายนอก และผู้ถูกกระทำต้องผ่านการพิจารณาอย่างรอบคอบแล้ว จึงได้ทำการร้องขอไปด้วยความต้องการยุติชีวิตของตนเอง[78]

ด้วยเหตุนี้ ในการพิจารณามาตรา 293 จะต้องปรากฏข้อเท็จจริงที่ชัดเจนว่าผู้กระทำผิดกระทำไปเพราะคำร้องขอของผู้ป่วยโดยไม่มีข้อสงสัยอื่นใดแล้ว จึงต้องรับผิดตามบทบัญญัติดังกล่าว แต่หากข้อเท็จจริงเกี่ยวกับคำร้องขอยังไม่แน่ชัดหรือไม่ครบทั้ง 2 เงื่อนไขดังกล่าว ก็ไม่อาจใช้มาตรา 293 ได้ เพราะถือว่าไม่ครบองค์ประกอบความผิด

สำหรับองค์ประกอบภายในของมาตรา 293 บทบัญญัติไม่ได้กำหนดเจตนาพิเศษอื่น ๆ ไว้โดยเฉพาะ ผู้กระทำจึงต้องกระทำโดยเจตนาธรรมดาเท่านั้น

ที่ผ่านมาราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์มีดำเนินคดีตามมาตราดังกล่าวกับผู้กระทำผิดที่มิใช่แพทย์หลายครั้ง เช่น ปี พ.ศ. 2512 จำเลยบีบคอภรรยาที่ป่วยระยะสุดท้ายตามคำร้องขอของภรรยา ศาลพิพากษาว่าจำเลยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 293 และลงโทษจำคุก 7 เดือน แต่คดีนี้จำเลยได้ถูกจำคุกระหว่างพิจารณาคดีเป็นระยะเวลา 6 เดือนแล้ว ศาลจึงสั่งให้คุมประพฤติจำเลยสำหรับโทษจำนวนที่เหลืออยู่ และในปี พ.ศ. 2521 จำเลยบีบคอแม่เลี้ยงของตนเองตามคำร้องขอ หลังจากแม่เลี้ยงพยายามฆ่าตัวตายอยู่หลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ ศาลพิพากษาให้ลงโทษจำคุกเป็นเวลา 1 ปีครึ่ง[79] จากคดีเหล่านี้จะเห็นได้ว่า เมื่อข้อเท็จจริงในทางพิจารณามีเหตุอันควรปรานี ศาลจะกำหนดโทษให้แก่ผู้กระทำผิดไม่มากนัก ทั้งนี้ เนื่องจากบทบัญญัติมาตรา 293 ไม่มีกำหนดอัตราโทษขั้นต่ำ จึงทำให้ศาลสามารถใช้ดุลพินิจในการกำหนดโทษสถานเบาให้แก่ผู้กระทำผิดได้

จากการศึกษาความผิดที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 มาตรา สรุปได้ว่า แม้ว่าการเร่งให้ตายอย่างสงบในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์จะอนุญาตให้ทำได้ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด แต่กฎหมายระบุชัดเจนว่าผู้กระทำต้องเป็นแพทย์เท่านั้น กรณีบุคคลที่มิใช่แพทย์เร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบไม่มีกฎหมาย

---

[77] Ibid., pp. 100-101.

[78] Ibid.

[79] Ibid., p. 53.

ยกเว้นความผิดไว้เช่นเดียวกับแพทย์ ผู้กระทำจึงต้องรับผิดทางอาญาเสมอ ซึ่งหากเป็นการเร่งให้ตายอย่างสงบโดยผู้ป่วยยินยอม โดยมีคำร้องขอที่ชัดแจ้งและแท้จริงของผู้ป่วย ผู้กระทำต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 293 ซึ่งกำหนดโทษสถานเบากว่าความผิดฐานอื่น แต่หากผู้ป่วยไม่ให้ความยินยอม หรือผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้ ผู้กระทำจะต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 287 หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อนตามมาตรา 289 แล้วแต่กรณี[80]

4.3.3 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์นั้น แพทย์จึงสามารถกระทำได้ โดยไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นแต่อย่างใด เพราะความตายอย่างของผู้ป่วยเกิดจากสาเหตุทางธรรมชาติ[81] และยังเป็นไปตามสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยอีกด้วย[82]

ในปี พ.ศ. 2533 มีคดีขึ้นสู่ศาลเกี่ยวกับการเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ได้แก่ คดี Stinissen ข้อเท็จจริงในคดีนี้คือ Gerard Stinissen ได้ยื่นคำร้องต่อศาลเพื่อขอหยุดการให้อาหารทางสายยางของนาง Ineke Stinissen ซึ่งเป็นภรรยาของตนเอง เพราะการรักษาต่อไปย่อมไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ แก่ผู้ป่วยแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาผิดพลาด ทำให้ตกอยู่ในสภาพผักถาวรมาเป็นระยะเวลากว่า 16 ปี คดีนี้ศาลได้พิพากษาชัดเจนว่า การให้อาหารทางสายยางถือเป็นการรักษาทางการแพทย์ จึงอยู่ในอำนาจหน้าที่ของแพทย์เท่านั้นที่จะยุติการรักษา เมื่อแพทย์ที่ทำการรักษายังประสงค์ให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปและไม่ยุติการใช้เครื่องมือดังกล่าว จึงเป็นการตัดสินใจของแพทย์ที่ทำการรักษาแล้ว[83] จากคดีข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตเป็นอำนาจหน้าที่ของแพทย์แต่เพียงผู้เดียว แม้แต่ศาลก็ไม่สามารถพิพากษาให้ยุติการรักษาได้ เพราะศาลมิใช่วิชาชีพที่สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยและรักษาทางการแพทย์ได้ ดังนั้น คำพิพากษาฉบับนี้จึงวางหลักการชัดเจนว่า บุคคลอื่น ๆ ที่มิใช่แพทย์ไม่มีสิทธิเข้ามาแทรกแซงการปฏิบัติทางการแพทย์ได้ หากผู้ใดฝ่าฝืนย่อมเป็นการกระทำที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมายังไม่เคยมีคดีที่บุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตแต่อย่างใด ความรับผิดทางอาญาสำหรับกรณีดังกล่าวจึงยังไม่ชัดเจนว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนนั้นถือเป็นการฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 287 มาตรา 289 หรือมาตรา 293 หรือไม่

---

[80] Ibid., p. 97.

[81] Ibid., p. 95.

[82] Ibid., p. 157.

[83] Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1987, no. 50., Nederlandse Iurisprudentie 1989, no. 909. cited in John Griffiths, Alex Bood and Heleen Weyers, Euthanasia and Law in the Netherlands, pp. 77-78.

เนื่องจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 293 นั้น ฝ่ายนิติบัญญัติเคยมีความเห็นว่าความผิดฐานนี้มีความมุ่งหมายในการบังคับใช้สำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบโดยตรง ส่วนการยับยั้งไม่รักษาตั้งแต่ต้นหรือการเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตจากผู้ป่วย ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตามมาตรา 293[84] ดังนั้น เมื่อยังไม่มีคำพิพากษาของศาลที่ชัดเจน จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยถือเป็นการฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 287 มาตรา 289 หรือมาตรา 293 ทั้งนี้ หากศาลเห็นว่าผู้กระทำไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น ผู้กระทำก็อาจต้องรับผิดฐานทอดทิ้งบุคคลซึ่งตนมีหน้าที่ต้องดูแลตามมาตรา 255[85] ของประมวลกฎหมายอาญาดัตช์ได้เช่นกัน

กล่าวโดยสรุป การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์เป็นการกระทำที่ถูกต้องตามกฎหมายเฉพาะกรณีที่แพทย์เป็นผู้กระทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยเท่านั้น หากบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ไปยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เสียเอง ถือว่าเป็นการกระทำที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย แต่ผู้กระทำจะต้องรับผิดทางอาญาฐานใดนั้นยังไม่มีความชัดเจนมากนัก เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่เคยมีคดีดังกล่าวขึ้นสู่ศาลโดยตรง

4.4 ประเทศอังกฤษและเวลส์

ประเทศอังกฤษและเวลส์มีขอบเขตการทำให้ตายอย่างสงบใกล้เคียงกับประเทศไทยเป็นอย่างมาก เนื่องจากไม่มีบทบัญญัติความรับผิดเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบไว้โดยเฉพาะ จึงต้องใช้ความผิดเกี่ยวกับชีวิตโดยพื้นฐานมาปรับใช้กับกรณีดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ประเทศอังกฤษและเวลส์มี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

[84] ในปี พ.ศ. 2528 มีการเสนอให้แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ตายอย่างสงบ (The proposal of the State Commission on Euthanasia) โดยเสนอร่างมาตรา 293d ให้มีข้อยกเว้นมิให้ความผิดตามมาตรา 293 รวมไปถึงการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยด้วยดังนี้

"For the purposes of the provisions of this title [of the Criminal Code]' the expressions taking life and termination of life do not include:

a) not initiating or stopping a treatment at the express and earnest request of the patient;

b) not initiating or stopping a treatment in a situation in which that treatment, according to current medical opinion, is futile;

c) not treating a secondary illness or disorder in the case of a patient who according to current medical opinion has permanently lost consciousness;

d) hastening the moment of death as a subsidiary effect of treatment that is necessary in order to relieve the severe suffering of a patient and whose nature is directly appropriate to that end."

[85] Dutch Penal Code, Section 255

" Any person who intentionally puts or leaves in a helpless condition a person for whose maintenance, care or nursing he is responsible pursuant to the law or agreement shall be liable to a term of imprisonment not exceeding two years or a fine of the fourth category."

วิธีแก้ไขปัญหาความรุนแรงของบทบัญญัติด้วยวิธีอื่น ทำให้ศาลสามารถใช้ดุลพินิจกำหนดโทษให้แก่ผู้กระทำผิดได้เหมาะสมมากกว่ากฎหมายของไทย

4.4.1 ความทั่วไปของการทำให้ตายอย่างสงบในประเทศอังกฤษและเวลส์

แนวคิดเรื่องการตายอย่างสงบในประเทศอังกฤษและเวลส์นั้นมีการศึกษาและทบทวนถึงขอบเขตของการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบอยู่บ่อยครั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับทัศนคติของประชาชนส่วนใหญ่ ในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนชาวอังกฤษต่อการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ซึ่งจากผลการสำรวจพบว่า ประชาชนชาวอังกฤษจำนวนร้อยละ 80 เห็นด้วยกับการเร่งให้ตายอย่างสงบโดยความยินยอมของผู้ป่วย[86] แต่เมื่อทำการศึกษาทัศนคติของแพทย์กลับพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ยังคัดค้านการกระทำดังกล่าว โดยมีแพทย์เพียงร้อยละ 22.7 เท่านั้นที่มีความพร้อมสำหรับการเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย[87] ด้วยเหตุนี้ ประเทศอังกฤษและเวลส์จึงยังไม่มีกฎหมายอนุญาตสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบแต่อย่างใด ไม่ว่าผู้กระทำจะเป็นแพทย์หรือเป็นบุคคลอื่นก็ต้องรับผิดทางอาญาเสมอ

ที่ผ่านมามีคดีเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบขึ้นสู่ศาลอยู่บ่อยครั้ง เช่น คดี R v Shipman เป็นคดีความผิดของแพทย์ที่มีชื่อเสียงที่สุดในอังกฤษ เนื่องจากแพทย์ได้เร่งให้ผู้ป่วย 15 รายถึงแก่ความตายโดยผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอ ศาลพิพากษาว่ามีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (murder) และลงโทษจำคุกตลอดชีวิต[88] หรือแม้ว่าผู้ป่วยจะร้องขอให้กระทำการดังกล่าว ผู้กระทำก็ยังมีความผิดทางอาญาเช่นกัน เนื่องจากความยินยอมของผู้ป่วยไม่สามารถอ้างเป็นเหตุยกเว้นความผิดได้ เช่น คดี R v Cox[89] แพทย์ฉีดสารโปรแตสเซียมคลอไรด์ให้แก่ผู้ป่วยของตน เพราะผู้ป่วยทรมานกับอาการเจ็บป่วยเป็นอย่างมากและร้องขอให้แพทย์ฉีดยาให้ถึงแก่ความตาย ต่อมาผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ศาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[86] Ruaidhri McCormack, Margaret Clifford, and Marian Conroy, "Attitudes of Uk Doctors Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A Systematic Literature Review," Palliative Medicine 26, 1 (March 2011): 28.

[87] Ibid., p. 26.

[88] Puteri Nemie Jahn Kassim and Omipidan Bashiru Adeniyi, "Withdrawing and Withholding Medical Treatment: A Comparative Study between the Malaysian, English and Islamic Law," Medicine and Law 29, 2 (2010): 447.

[89] R v Cox, (1992) 12 BMLR 38.

พิพากษาให้จำเลยมีความผิดฐานพยายามฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา (Attempted Manslaughter)[90] และลงโทษจำคุก 1 ปี และรอการลงโทษ[91]

ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้น ประเทศอังกฤษและเวลส์อนุญาตให้แพทย์ยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ นอกจากนี้ ยังรวมไปถึงกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะด้วย โดยศาลอนุญาตให้แพทย์กระทำการดังกล่าวได้เช่นกัน หากเป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย[92] หลักการข้างต้นนี้ศาลได้พิพากษาให้นำไปใช้กับการถอดสายยางให้อาหารของผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวรด้วย โดยคำพิพากษาที่วางหลักการดังกล่าวคือ คดี Airedale NHS Trust v Bland[93] มีข้อเท็จจริงคือ Anthony Bland ประสบอุบัติเหตุทำให้ตกอยู่ในสภาพผักถาวรเป็นระยะเวลากว่า 3 ปี ทั้งครอบครัวและแพทย์ต่างเห็นพ้องต้องกันว่า การยื้อชีวิตผู้ป่วยต่อไปไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใด ๆ ขึ้น จึงมีความประสงค์จะถอดสายยางให้อาหารของผู้ป่วยออก ดังนั้นสถานพยาบาลที่ดูแลรักษาจึงยื่นคำร้องต่อศาล เพื่อขอให้มีคำสั่งให้แพทย์ถอดสายยางให้อาหารของผู้ป่วยออกตามความประสงค์ของครอบครัวผู้ป่วย

เมื่อคดีนี้ขึ้นสู่การพิจารณาของศาลสูง ศาลได้วางหลักการสำคัญว่า บุคคลที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ย่อมมีสิทธิในการปฏิเสธการรักษาได้เสมอ และแพทย์มีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามสิทธิดังกล่าวของผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตก็สามารถทำได้ในกรณีที่แพทย์เห็นว่าการใช้เครื่องมือนั้นต่อไปไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยอีกต่อไป นอกจากนี้ ศาลได้พิจารณาในประเด็นเรื่องความรับผิดทางอาญาว่า การยุติการรักษาของแพทย์ไม่ว่ากรณีใด ๆ ย่อมถือว่าเป็นการกระทำโดยงดเว้น (Omission) ทั้งสิ้น แม้ว่าการหยุดใช้เครื่องมือบางชนิดอาจเป็นการกระทำการ (Act) อย่างชัดเจน และการเพิกถอนการใช้เครื่องมือในภายหลัง (Withdraw) ก็มีวัตถุประสงค์ที่ไม่แตกต่างจากการยับยั้งไม่ทำการรักษาตั้งแต่แรก (Withhold) จึงมีผลทางกฎหมายที่ไม่แตกต่างกัน รวมทั้งการงดเว้นดังกล่าวก็มิได้ฝ่าฝืนหน้าที่ของแพทย์ เพราะแพทย์ไม่มีหน้าที่ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่หมดหวังแล้ว ดังนั้น แพทย์จึงไม่มีความผิดทางอาญาแต่อย่างใด[94]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[90] คดีนี้เมื่อผู้ป่วยถึงแก่ความตาย พยาบาลได้พบบันทึกการรักษาในภายหลัง จึงแจ้งต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ แต่เนื่องจากศพถูกเผาไปแล้ว การพิสูจน์สาเหตุการตายที่แท้จริงจึงไม่สามารถทำได้ แพทย์จึงถูกฟ้องฐานพยายามฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาเท่านั้น อ้างถึงใน วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "สิทธิที่จะตาย," ดุลพาห: 118.

[91] Puteri Nemie Jahn Kassim and Omipidan Bashiru Adeniyi, "Withdrawing and Withholding Medical Treatment: A Comparative Study between the Malaysian, English and Islamic Law," Medicine and Law: 447.

[92] Jonathan Herring, Criminal Law: Text, Cases, and Materials, 6 ed. (New York: Oxford University Press, 2014), p. 266.

[93] Airedale NHS Trust v Bland, [1993] 1 All ER 821.

[94] Airedale NHS Trust v Bland, [1993] 1 All ER 821 at 868.

คดีของ Anthony Bland จึงเป็นคดีแรกที่ศาลอนุญาตให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาได้ ส่งผลให้มีคดีที่ญาติของผู้ป่วยสภาพผักถาวรยื่นคำร้องขอขึ้นสู่ศาลจำนวนมาก เพื่อให้ศาลอนุญาตให้ถอดสายยางให้อาหารของผู้ป่วยออกเช่นกัน

ต่อมาในปี พ.ศ. 2548 ประเทศอังกฤษและเวลส์ได้ประกาศใช้ Mental Capacity Act, 2005 ซึ่งกฎหมายที่กำหนดหลักเกณฑ์ในการรักษาพยาบาลในกรณีที่บุคคลนั้นขาดความสามารถในการตัดสินใจ โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อเป็นประโยชน์กับแพทย์ในการปฏิบัติหน้าที่ อีกทั้งยังมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ในมาตรา 24 ถึงมาตรา 26 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในกรณีที่ตนไม่สามารถในการตัดสินใจเองได้

เมื่อพระราชบัญญัติฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ในการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองได้ จึงมิได้มีนิยามของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้เหมือนประเทศอื่น ๆ แต่ได้กำหนดนิยามของคำว่า “บุคคลที่ขาดความสามารถ” ไว้ในมาตรา 2 หมายถึง บุคคลที่ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองในสาระสำคัญในช่วงเวลาที่สำคัญได้ เนื่องจากความบกพร่องหรือความแปรปรวนในการทำงานของจิตใจหรือสมอง[95] เช่น ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเกี่ยวกับสมองหรือเส้นโลหิตในสมองอุดตัน หรือผู้มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เป็นต้น[96] ซึ่งในกรณีที่แพทย์จะยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยที่ขาดความสามารถหากเป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยก็สามารถทำได้ แม้จะส่งผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายก็ตาม[97]

อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจยับยั้งหรือเพิกถอนสายยางให้อาหารนั้น แพทย์ยังไม่สามารถถอดสายยางให้อาหารนั้นได้ เพราะถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวร ดังนั้นจึงต้องยื่นคำร้องขอเพื่อให้ศาลพิจารณา เว้นแต่ผู้ป่วยได้แต่งตั้งผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนหรือแสดงความประสงค์ในหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้แล้ว[98]

จนเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ในคดี An NHS Trust and others (Respondents) v Y (by his litigation friend, the Official Solicitor) and another

---

[95] Mental Capacity Act 2005, Section 2

“For the purposes of this Act, a person lacks capacity in relation to a matter if at the material time he is unable to make a decision for himself in relation to the matter because of an impairment of, or a disturbance in the functioning of, the mind or brain.”

[96] Mental Capacity Act 2005: Code of Practice, (London: The Stationery Office, 2007), p. 44.

[97] Ibid., p. 79.

[98] Ibid., p. 99.

(Appellants)[99] ศาลได้พิพากษาว่า การถอดสายยางให้อาหารในผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวรนั้นสามารถกระทำได้ โดยไม่จำเป็นต้องมีคำพิพากษาของศาล เพราะสายยางให้อาหารนั้นไม่ได้ต่างจากเครื่องมือช่วยชีวิตอื่น ๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ หรือยากระตุ้นความดันโลหิต ดังนั้น หากครอบครัวของผู้ป่วยและแพทย์เห็นตรงกันว่า การถอดสายยางให้อาหารนั้นเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย แพทย์ก็สามารถทำได้โดยมิต้องยื่นคำร้องขอต่อศาลอีกต่อไป

กล่าวโดยสรุป ประเทศอังกฤษและเวลส์ยังไม่มีกฎหมายรองรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ ไม่ว่าผู้กระทำผิดจะเป็นแพทย์หรือบุคคลใด ๆ ก็ต้องรับผิดทางอาญาเสมอ ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้น มีคำพิพากษาของศาลและ Mental Capacity Act, 2005 วางหลักเกณฑ์ไว้อย่างชัดเจนถึงรายละเอียดในการพิจารณาผู้ป่วย แพทย์จึงสามารถยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตได้ หากการกระทำนั้นเป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย โดยปราศจากความรับผิดทางอาญา

4.4.2 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

การเร่งให้ตายอย่างสงบในประเทศอังกฤษและเวลส์ไม่มีบทบัญญัติความรับผิดไว้โดยเฉพาะ ในการวินิจฉัยความรับผิดจึงต้องนำความผิดเกี่ยวกับชีวิตมาบังคับใช้ ซึ่งตามกฎหมายอาญาของประเทศอังกฤษและเวลส์แบ่งความผิดเกี่ยวกับชีวิตออกเป็น 4 ประเภท[100] ได้แก่ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (Murder) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา (Manslaughter) ความผิดฐานฆ่าทารก (Infanticide) และความผิดพิเศษเกี่ยวกับการขับรถชนคนตาย แต่เมื่อพิจารณาความผิดที่เกี่ยวข้องกับการเร่งให้ตายอย่างสงบโดยตรงนั้นมีอยู่ 2 ความผิด ได้แก่ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาและความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1) <u>ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (murder)</u>

องค์ประกอบภายนอกของความผิดฐานนี้ คือ การฆ่าผู้อื่นที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของพระเจ้าแผ่นดินโดยมิชอบด้วยกฎหมาย[101] ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

1.1) ฆ่า หมายถึง การกระทำใด ๆ ให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ในอดีตมีหลักเพิ่มเติมว่าความตายนั้นจะต้องเกิดขึ้นภายใน 1 ปีและ 1 วันหลังจากการกระทำความผิด แต่ปัจจุบัน

---

[99] An NHS Trust and others (Respondents) v Y (by his litigation friend, the Official Solicitor) and another (Appellants), [2018] UKSC 46 on appeal from [2017] EWHC 2866 (QB).

[100] Jonathan Herring, <u>Criminal Law: Text, Cases, and Materials</u>, p. 234.

[101] Ibid.

หลักดังกล่าวได้ยกเลิกไปแล้ว เพราะทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยความรับผิดตามมา เนื่องจากผู้ตายอาจมีชีวิตอยู่ได้ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์เกินกำหนดระยะเวลาดังกล่าว[102]

1.2) ผู้อื่น หมายถึง บุคคลที่มีสภาพบุคคล โดยสภาพบุคคลนั้นเริ่มต้นเมื่อคลอดพ้นจากครรภ์มารดาตลอดทั้งตัวและสามารถหายใจเองได้ และจะสิ้นสุดลงเมื่อถึงแก่ความตาย กล่าวคือ เมื่อผู้นั้นหยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้น และสมองหยุดทำงาน[103] นอกจากนี้ ผู้ตายจะต้องอยู่ในความคุ้มครองของพระเจ้าแผ่นดิน (Queen's peace) ดังนั้น การฆ่าข้าศึกในช่วงสงครามจึงไม่มีความผิดทางอาญาแต่อย่างใด[104]

1.3) โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หมายถึง ผู้กระทำไม่สามารถอ้างได้ว่ากระทำไปเพื่อป้องกันตนเอง[105]

ส่วนองค์ประกอบภายในของความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา คือ เจตนาทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายหรือเป็นอันตรายสาหัส ดังนั้น แม้ว่าผู้กระทำจะไม่ได้ตั้งใจฆ่าผู้อื่น แต่ต้องการทำร้ายร่างกายจนอาการสาหัส ก็รับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาได้เช่นกัน ทั้งนี้ ในอดีตเจตนาของความผิดฐานนี้ เรียกว่า "Malice aforethought" (เจตนาร้ายโดยไตร่ตรองไว้ก่อน) แต่การใช้ถ้อยคำนี้อาจทำให้เกิดความสับสนได้ เพราะความผิดบางรูปแบบ แม้ไม่มีเจตนาร้าย ผู้กระทำก็มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาได้ เช่น การเร่งให้ตายอย่างสงบในกรณีที่ผู้กระทำฆ่าผู้ป่วยไปด้วยความเมตตาสงสาร แม้กระทำไปโดยไม่มีเจตนาร้าย (Malice) แต่ก็ถือว่ามีเจตนาฆ่าได้เช่นกัน[106]

สำหรับอัตราโทษในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา คือ จำคุกตลอดชีวิต เนื่องจากประเทศอังกฤษและเวลส์บังคับใช้ Murder (Abolition of Death Penalty) Act, 1965 ซึ่งมีบทบัญญัติยกเลิกการใช้โทษประหารชีวิตไว้ในมาตรา 1 (1) ซึ่งมีใจความว่า

"ไม่มีผู้ใดจะต้องถึงแก่ความตายเพราะการฆ่าผู้อื่น และบุคคลที่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิต"[107]

อย่างไรก็ตาม แม้ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาจะบัญญัติโทษจำคุกตลอดชีวิต แต่ประเทศอังกฤษและเวลส์มี Criminal Justice Act, 2003 ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติที่กำหนดมาตรการ

---

[102] Ibid., pp. 235-236.

[103] Ibid., pp. 234-235.

[104] บัญญัติ สุชีวะ, "ความผิดฐานฆ่าคนตายตามกฎหมายอังกฤษ," ดุลพาห 6 (กุมภาพันธ์ 2502): 109.

[105] Jonathan Herring, Criminal Law: Text, Cases, and Materials, p. 235.

[106] Ibid., p. 236.

[107] Murder (Abolition of Death Penalty) Act 1965, Section 1 (1)

"No person shall suffer death for murder, and a person convicted of murder shall be sentenced to imprisonment for life"

ทางอาญาในด้านต่าง ๆ ให้มีความครอบคลุมและทันสมัยมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังกำหนดรายละเอียดของการใช้กฎหมายเพิ่มเติมไว้อีกด้วย บทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการเร่งให้ตายอย่างสงบคือ มาตรา 269 เรื่องการพิจารณาระยะเวลาขั้นต่ำสำหรับโทษจำคุกตลอดชีวิต โดยกำหนดระยะเวลาในการรับโทษขั้นต่ำแปรผันตามอายุของผู้กระทำและความร้ายแรงของความผิด รวมทั้งบัญญัติแนวทางพิจารณาความร้ายแรงของความผิดไว้ในข้อกำหนดที่ 21[108] กล่าวคือ กำหนดจุดเริ่มต้นในการกำหนดโทษ (Starting point) สำหรับการฆ่าในลักษณะต่าง ๆ ไว้ ซึ่งบัญญัติตั้งแต่จำคุก 12 ปี จำคุก 15 ปี จำคุก 25 ปี จำคุก 30 ปี และจำคุกตลอดชีวิต นอกจากนี้ ศาลสามารถใช้ดุลพินิจเพิ่มหรือลดโทษแก่ผู้กระทำผิดได้ตามเหตุเพิ่มโทษ (Aggravating Factors) ที่กำหนดไว้ในวรรค 10 และเหตุลดหย่อนโทษ (Mitigating Factors) ที่กำหนดไว้ในวรรค 11 ซึ่งดุลพินิจดังกล่าวไม่มีการกำหนดระดับการเพิ่มโทษหรือลดโทษที่แน่นอนไว้ จึงเป็นหน้าที่ของศาลในการใช้ดุลพินิจลงโทษผู้กระทำผิดให้เหมาะสมกับข้อเท็จจริงในแต่ละคดี

ที่ผ่านมาการพิจารณาคดีเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบ ศาลได้นำแนวทางตามข้อกำหนดที่ 21 ดังกล่าวมาใช้ในการกำหนดโทษแก่ผู้กระทำผิด เห็นได้จากคดี R v Inglis[109] มีข้อเท็จจริงคือ Frances Inglis จำเลยถูกกล่าวหาว่าฆ่า Thomas Inglis บุตรชายของตนเอง เนื่องจากบุตรชายได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะขณะตกจากรถพยาบาล ส่งผลให้สื่อสารได้เพียงกะพริบตาและบีบมือเท่านั้น อย่างไรก็ตาม อาการของบุตรชายยังไม่ถือว่ามีสภาพผักถาวรเพราะยังมีอาการไม่แน่นอน การยื่นคำร้องขอถอดสายยางให้อาหารจึงต้องไปพิสูจน์ในการพิจารณาคดีของศาลเท่านั้น อีกทั้งครอบครัวยังเห็นว่าการถอดสายยางให้อาหารและปล่อยให้ถึงแก่ความตาย เป็นการตายอย่างช้า ๆ ที่โหดร้ายเกินไป ด้วยเหตุนี้ จำเลยจึงพยายามฆ่าบุตรชายของตนเองครั้งแรกแต่ไม่สำเร็จ หลังได้รับการประกันตัวออกมา จำเลยได้หาข้อมูลเรื่องการใช้เฮโรอีนในอินเทอร์เน็ต และฉีดเฮโรอีนให้แก่บุตรชายของตนจนถึงแก่ความตายในครั้งที่สอง คดีนี้จำเลยไม่ได้อ้างเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญา (Diminished Responsibility) ขึ้นต่อสู้ เพราะต้องการให้เข้าใจว่าตนกระทำไปเพราะความรักที่มีต่อบุตรชายของตนเท่านั้น คดีนี้ศาลชั้นต้นพิพากษาว่าจำเลยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา และลงโทษจำคุกตลอดชีวิตโดยกำหนดระยะเวลาขั้นต่ำ 9 ปี[110]

---

[108] Criminal Justice Act 2003, Section 269 (5)

"In considering under subsection (3) or (4) the seriousness of an offence (or of the combination of an offence and one or more offences associated with it), the court must have regard to—

(a) the general principles set out in Schedule 21, and

(b) any guidelines relating to offences in general which are relevant to the case and are not incompatible with the provisions of Schedule 21."

[109] R v Inglis, [2010] EWCA Crim 2637

[110] Heather Keating and Jo Bridgman, "Compassionate Killings: The Case for a Partial Defence," The Modern Law Review 75 (September 2012): 699-700.

ต่อมาในชั้นกำหนดโทษของศาลอุทธรณ์ ศาลได้ลดโทษจำคุกเหลือกำหนดระยะเวลาขั้นต่ำเพียง 5 ปีเท่านั้น เนื่องจากคดีนี้เห็นได้ชัดเจนว่า จำเลยกระทำไปโดยเชื่อว่าเป็นการกระทำด้วยความเมตตา (Act of Mercy) ซึ่งเป็นเหตุลดหย่อนโทษตาม Criminal Justice Act, 2003 มาตรา 269 ประกอบข้อกำหนดที่ 21 วรรค 11 (f)[111] อย่างไรก็ตาม แม้พฤติการณ์ของการกระทำผิดยังเป็นเหตุเพิ่มโทษตามวรรค 10 (a)(b)[112] เพราะเป็นการฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อน และผู้ตายเป็นผู้ที่มีสภาพอ่อนแอไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ศาลก็ให้ความเห็นว่า เหตุลดหย่อนโทษตามวรรค 11 (f) นั้นจะไม่มีผลสมบูรณ์ หากไม่ละเลยเหตุเพิ่มโทษตามวรรค 10 ไป[113] ดังนั้น จึงสมควรกำหนดระยะเวลาจำคุกขั้นต่ำเพียง 5 ปีเท่านั้น จะเห็นได้ว่า แม้ผู้กระทำต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ซึ่งกำหนดโทษสูงสุดสำหรับความผิดเกี่ยวกับชีวิตในประเทศอังกฤษและเวลส์ แต่ศาลก็ยังสามารถใช้ดุลพินิจในการกำหนดโทษให้เหมาะสมกับความร้ายแรงของความผิดได้

2) <u>ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา (manslaughter)</u>

ความผิดฐานนี้เป็นรูปแบบความผิดที่ร้ายแรงน้อยกว่าความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (murder) โดยแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด[114] ได้แก่

2.1) Voluntary Manslaughter หมายถึง การฆ่าผู้อื่นโดยครบทั้งองค์ประกอบภายนอกและองค์ประกอบภายในของความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (murder) แล้ว แต่มีเหตุควรลดหย่อนความผิดทำให้ผู้กระทำไม่ควรต้องรับผิดในฐานดังกล่าว[115]

2.2) Involuntary Manslaughter หมายถึง การฆ่าที่ผู้กระทำไม่มีเจตนาให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายหรือได้รับบาดเจ็บสาหัส แต่การกระทำนั้นก็ถือว่ามีความผิดเพียงพอที่ต้องรับผิดทางอาญาแล้ว[116] เช่น ประมาทอย่างร้ายแรง ประมาทโดยจงใจ เป็นต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[111] Criminal Justice Act, 2003 Schedule 21, paragraph 11

"Mitigating factors that may be relevant to the offence of murder include—

(f) a belief by the offender that the murder was an act of mercy,"

[112] Criminal Justice Act, 2003 Schedule 21, paragraph 10

"Aggravating factors (additional to those mentioned in paragraph 4(2) [F6, 5(2) and 5A(2)]) that may be relevant to the offence of murder include—

(a) a significant degree of planning or premeditation,

(b) the fact that the victim was particularly vulnerable because of age or disability,"

[113] Amanda Clough, "Mercy Killing: Three's a Crowd?," <u>The Journal of Criminal Law</u> 79 (October 2015): 366.

[114] Jonathan Herring, <u>Criminal Law: Text, Cases, and Materials</u>, p. 237.

[115] Ibid.

[116] Ibid.

เมื่อพิจารณาลักษณะของการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ผู้กระทำล้วนมีเจตนาทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายทั้งสิ้น การกระทำดังกล่าวจึงเข้าลักษณะความผิด Voluntary Manslaughter ซึ่งตามกฎหมายอังกฤษและเวลส์สามารถแบ่งเหตุลดหย่อนความผิดออกได้เป็น 3 ประเภทดังนี้[117]

ประเภทที่หนึ่ง เหตุบันดาลโทสะ (Loss of Control)

ประเภทที่สอง เหตุหย่อนความรับผิดทางอาญา (Diminished Responsibility)

ประเภทที่สาม การฆ่าตัวตายหมู่ (Suicide pact)

ทั้งนี้ เหตุลดหย่อนความผิดที่ผู้กระทำผิดมักใช้อ้างในกรณีนี้ ได้แก่ เหตุหย่อนความรับผิดทางอาญา เห็นได้จากการรายงานสถิติของการเร่งให้ตายอย่างสงบในกรณีที่บิดามารดาฆ่าบุตรที่ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2555 พบว่า มีคดีทั้งหมด 8 คดี และมีจำนวน 5 คดีที่ผู้กระทำผิดอ้างเหตุหย่อนความรับผิดอาญาเพื่อให้รับผิดทางอาญาน้อยลง[118]

เหตุหย่อนความรับผิดทางอาญานั้นเป็นข้อต่อสู้เฉพาะในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา และหากข้อต่อสู้นั้นสามารถรับฟังได้ ก็จะลดความผิดของจำเลยให้เป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาซึ่งเป็นความผิดที่ร้ายแรงน้อยกว่าแทน ศาลจึงมีดุลพินิจในการกำหนดโทษมากกว่าอัตราโทษในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา และหากเห็นว่าผู้กระทำควรได้รับการบำบัดในสถานพยาบาลก็มีคำสั่งให้เข้ารับการบำบัดแทนได้ ในการยกข้อต่อสู้เรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญา จำเลยจะต้องแสดงให้เห็นว่า ตนต้องเผชิญกับความผิดปกติทางจิตใจอันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยทางการแพทย์ รวมทั้งต้องแสดงให้เห็นว่าความผิดปกตินี้ส่งผลให้ความสามารถในการเข้าใจพฤติกรรม การตัดสินใจ หรือการควบคุมตนเองลดน้อยลง[119] อันเป็นสาเหตุให้เกิดการกระทำความผิด ซึ่งบทบัญญัติที่กำหนดหลักเกณฑ์ของเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญาคือ Homicide Act, 1957 มาตรา 2 (1) ซึ่งมีใจความว่า

“(1) บุคคล ("D") ที่ฆ่าหรือมีส่วนร่วมในการฆ่าผู้อื่น ไม่ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา หาก D กำลังทุกข์ทรมานจากความผิดปกติในการทำงานของจิตใจ ซึ่ง

(a) เป็นผลจากความเจ็บป่วยที่ได้รับการรับรองทางการแพทย์,

---

[117] Ibid., p. 238.

[118] Heather Keating and Jo Bridgman, "Compassionate Killings: The Case for a Partial Defence," The Modern Law Review: 698.

[119] Jonathan Herring, Criminal Law: Text, Cases, and Materials, p. 255.

(b) ลดความสามารถในการกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดดังที่กล่าวใน (1A) และ

(c) อธิบายการกระทำและการงดเว้นของ D ในการฆ่าหรือมีส่วนร่วมในการฆ่า

(1A) ความสามารถเหล่านี้คือ

(a) ทำความเข้าใจลักษณะที่แท้จริงของพฤติกรรมของ D;

(b) การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล

(c) การควบคุมตนเอง

(1B) เพื่อความประสงค์ตามวรรค (1)(c) ความผิดปกติในการทำงานของจิตใจนั้นต้องให้คำอธิบายถึงพฤติกรรมของ D ในกรณีที่เป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ D กระทำดังกล่าว"[120]

อัตราโทษสำหรับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาเนื่องจากมีเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญานั้นมีตั้งแต่โทษจำคุก 3 ปีถึง 40 ปี Sentencing Council ได้กำหนดขั้นตอนการกำหนดโทษไว้ชัดเจน ซึ่งในขั้นตอนแรกศาลต้องพิจารณาก่อนว่า จำเลยมีระดับความรับผิดต่ำ กลาง หรือสูง โดยพิจารณาจากระดับความผิดปกติทางจิตใจของจำเลยในขณะที่กระทำความผิด เมื่อสรุประดับความรับผิดของจำเลยได้แล้ว ขั้นตอนต่อมาจึงกำหนดจุดเริ่มต้นในการกำหนดโทษ (Starting point)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

[120] Homicide Act 1957, Section 2 (1)

"(1) A person ("D") who kills or is a party to the killing of another is not to be convicted of murder if D was suffering from an abnormality of mental functioning which—

(a) arose from a recognised medical condition,

(b) substantially impaired D's ability to do one or more of the things mentioned in subsection (1A), and

(c) provides an explanation for D's acts and omissions in doing or being a party to the killing.

(1A) Those things are—

(a) to understand the nature of D's conduct;

(b) to form a rational judgment;

(c) to exercise self-control.

(1B) For the purposes of subsection (1)(c), an abnormality of mental functioning provides an explanation for D's conduct if it causes, or is a significant contributory factor in causing, D to carry out that conduct."

ตามระดับความรับผิด[121] ได้แก่ จำคุก 7 ปี จำคุก 15 ปี และจำคุก 24 ปี[122] ดังนั้นเมื่อกำหนดโทษตั้งต้นดังกล่าวแล้ว ศาลจะต้องพิจารณาเหตุเพิ่มโทษหรือเหตุลดหย่อนโทษประการอื่น ๆ ต่อไป ซึ่งรวมถึงเหตุลดหย่อนโทษว่าจำเลยกระทำไปโดยเชื่อว่าเป็นการกระทำด้วยความเมตตาตาม Criminal Justice Act, 2003 ข้อกำหนดที่ 21 วรรค 11 (f) ด้วย

ที่ผ่านมาในประเทศอังกฤษและเวลส์มีคดีที่บุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์เร่งให้ตายอย่างสงบหลายคดีที่ผู้กระทำผิดสามารถยกข้อต่อสู้เรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญาต่อศาลได้ ทำให้ต้องรับผิดเพียงฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาเท่านั้น ยกตัวอย่างเช่น

คดี Donald Mawditt มีข้อเท็จจริงคือ Donald Mawditt จำเลยอายุ 72 ปี ได้ฆ่า Maureen Mawditt ซึ่งเป็นภรรยาของตนที่อยู่ด้วยกันมากว่า 50 ปี เนื่องจากภรรยาได้ตรวจพบว่ามีภาวะเหล็กเกิน (Hemochromatosis) และต่อมาแพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นการป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ภรรยาเริ่มมีความทุกข์ทรมานจากอาการป่วย กล่าวคือ มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พูดจาลำบาก และมีภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง จำเลยจึงต้องดูแลภรรยาตลอด 24 ชั่วโมง ภายหลังเมื่ออาการทรุดหนัก ภรรยาได้ร้องขอให้ทำให้เธอถึงแก่ความตายหลายครั้ง จนในที่สุดจำเลยได้ให้ยาระงับประสาทแก่ภรรยา และใช้ถุงพลาสติกครอบศีรษะของภรรยาจนขาดอากาศหายใจและถึงแก่ความตาย จากนั้นจำเลยจึงโทรแจ้งตำรวจถึงความผิดของตนเอง คดีนี้ศาลเห็นว่า จำเลยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอันเป็นผลจากความเครียดในการดูแลภรรยาเป็นเวลานาน ข้อต่อสู้เรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญาจึงสามารถรับฟังได้ ศาลจึงพิพากษาว่าจำเลยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา และตัดสินให้ปล่อยตัวโดยมีเงื่อนไข เพราะเห็นว่าการใช้โทษจำคุกในคดีนี้ไม่มีความเหมาะสม[123]

คดี James Lawson มีข้อเท็จจริงคือ James Lawson จำเลยมีความผิดฐานฆ่า Sarah Lawson บุตรสาวของตนเอง เนื่องจากบุตรสาวป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลากว่า 10 ปี โดยมีการทำร้ายตนเองและพยายามฆ่าตัวตายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำเลยจึงให้บุตรสาวทานยาเกินขนาด และเมื่อบุตรสาวยังคงมีชีวิตอยู่ จึงใช้หมอนกดใบหน้าจนขาดอากาศหายใจและถึงแก่ความตาย ในคดีนี้จำเลยรับสารภาพในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา โดยยกข้อต่อสู้เรื่องเหตุหย่อนความรับผิด

---

[121] Sentencing Council, "Manslaughter by Reason of Diminished Responsibility," [Online] Accessed: 22 March 2019. Available from: https://www.sentencingcouncil.org.uk/offences/crown-court/item/manslaughter-by-reason-of-diminished-responsibility/

[122] ในจุดเริ่มต้นในการกำหนดโทษ (Starting point) จะกำหนดขอบเขตของโทษ (Category range) แต่ละระดับไว้เพื่อให้ศาลให้ดุลพินิจเพิ่มหรือลดโทษต่อไป ได้แก่ โทษจำคุก 7 ปีมีขอบเขตของโทษคือ จำคุก 3 – 12 ปี โทษจำคุก 15 ปี มีขอบเขตของโทษคือ จำคุก 10 – 25 ปี และโทษจำคุก 24 ปีมีขอบเขตของโทษคือ จำคุก 15 – 40 ปี อย่างไรก็ตาม ในบางกรณีอาจกำหนดโทษแตกต่างไปจากขอบเขตของโทษ เพื่อให้เหมาะสมกับคดีนั้น ๆ ก็ได้

[123] Heather Keating and Jo Bridgman, "Compassionate Killings: The Case for a Partial Defence," The Modern Law Review: 700-701.

ทางอาญา เพราะมีหลักฐานชัดเจนว่า จำเลยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและอยู่ในสภาวะจิตใจที่สิ้นหวังต่อบุตรสาวอย่างรุนแรง[124] ศาลจึงพิพากษาลงโทษจำคุก 2 ปี โดยรอการลงโทษและสั่งให้คุมประพฤติเป็นเวลา 2 ปี[125]

คดี R v Webb[126] มีข้อเท็จจริงคือ George Webb จำเลยได้ฆ่า Beryl Webb ซึ่งเป็นภรรยาของตน โดยใช้ถุงพลาสติกและผ้าขนหนูครอบศีรษะให้หายใจไม่ออก เนื่องจากภรรยาป่วยเป็นโรคร้ายแรง กล่าวคือ เป็นโรคซึมเศร้า มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ มีภาวะมดลูกหย่อน ภาวะเส้นเลือดในสมองตีบชั่วคราว และเป็นมะเร็งเต้านม คดีนี้ศาลเห็นว่า ขณะที่ฆ่าภรรยาของตนเอง จำเลยมีความแปรปรวนทางจิตใจอันเกิดจากเหตุการณ์ที่จำเลยไม่อาจเอาชนะได้ อีกทั้งจำเลยเป็นผู้ดูแลภรรยาซึ่งป่วยทางกายและจิตใจตลอด 24 ชั่วโมง จึงส่งผลให้จำเลยมีภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) และมีอาการซึมเศร้า ข้อต่อสู้เรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญาจึงรับฟังได้ ศาลพิพากษาให้จำเลยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา ลงโทษจำคุก 12 เดือนและรอการลงโทษ

จากคดีที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า เหตุหย่อนความรับผิดสามารถใช้เป็นข้อต่อสู้สำหรับผู้กระทำผิดได้ หากมีข้อเท็จจริงรับฟังได้ว่าผู้กระทำผิดมีความผิดปกติในการทำงานของจิตใจตาม Homicide Act, 1957 มาตรา 2 (1) อย่างไรก็ตาม พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวกำหนดหลักเกณฑ์ไว้อย่างละเอียด จึงมิใช่ผู้กระทำผิดทุกคนที่จะอ้างเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญาได้ ด้วยเหตุนี้ นักวิชาการบางท่านจึงเสนอให้แก้ไขกฎหมายเพื่อมิให้เกิดปัญหาในทางพิจารณา โดยเห็นว่ามี 2 ทางเลือก ได้แก่ การบัญญัติฐานความผิดแยก หรือการบัญญัติข้อต่อสู้เฉพาะการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ซึ่งทางเลือกแบบที่สองนั้นควรกำหนดเป็นข้อต่อสู้บางส่วน (Partial Defence) เพื่อมิให้ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา แต่รับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาแทน โดยควรจำกัดเฉพาะกรณีที่มีพยานหลักฐานว่าผู้ป่วยต้องทรมานจากความเจ็บป่วยจนไม่อาจทนต่อไปได้ และข้อต่อสู้นี้ควรใช้สำหรับสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยเท่านั้น อีกทั้งต้องมีเหตุอันควรเชื่อได้ว่า กระทำไปเพราะต้องการยุติความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอีกด้วย[127]

กล่าวโดยสรุป การเร่งให้ตายอย่างสงบในประเทศอังกฤษและเวลส์ไม่มีบทบัญญัติที่กำหนดฐานความผิดไว้โดยเฉพาะ ความผิดที่นำมาบังคับใช้กับผู้กระทำผิด ได้แก่ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น

---

[124] Ibid., pp. 704-705.

[125] The Guardian, "Father Who Aided Daughter's Suicide Goes Free," [Online] Accessed: 5 December 2018. Available from: https://www.theguardian.com/uk/2001/jun/08/2

[126] R v Webb, [2011] EWCA Crim 152

[127] Heather Keating and Jo Bridgman, "Compassionate Killings: The Case for a Partial Defence," The Modern Law Review: 698.

โดยเจตนา และความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา โดยยกข้อต่อสู้เรื่องเหตุลดหย่อนความรับผิดทางอาญาตาม Homicide Act, 1957 มาตรา 2 (1) เท่านั้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้กระทำผิดไม่สามารถยกข้อต่อสู้ดังกล่าวและต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ศาลก็อาจใช้ดุลพินิจลดอัตราโทษให้เหมาะสมกับความร้ายแรงของความผิดได้ตาม Criminal Justice Act, 2003 มาตรา 269 ประกอบข้อกำหนดที่ 21 วรรค 11 ซึ่งบัญญัติเป็นเหตุลดหย่อนโทษในกรณีที่เชื่อว่าเป็นการกระทำด้วยความเมตตาได้ เพื่อให้ผู้กระทำผิดได้รับโทษที่ได้สัดส่วนกับความผิดมากที่สุด

4.4.3 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า ประเทศอังกฤษและเวลส์อนุญาตให้แพทย์ยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตได้ หากการรักษาต่อไปเป็นการไร้ประโยชน์และการยุติการช่วยชีวิตนั้นทำไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ซึ่งหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยนี้นำมาบังคับใช้อย่างเคร่งครัด เพราะศาลอาจอนุญาตให้ถอดเครื่องมือช่วยชีวิตออกจากตัวผู้ป่วยได้ แม้ว่าจะขัดกับความประสงค์ของญาติของผู้ป่วยก็ตาม

อย่างไรก็ตาม หากผู้ที่ยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตเป็นบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ ในประเทศอังกฤษและเวลส์ยังไม่มีคดีขึ้นสู่การพิจารณาของศาลโดยตรง แต่ในคดี Airedale NHS Trust v Bland[128] ศาลได้วางหลักการชัดเจนว่า การอนุญาตให้ยับยั้งหรือเพิกถอนดังกล่าวจำกัดไว้เฉพาะแพทย์เท่านั้น โดย Lord Goff ได้ให้ความเห็นที่น่าสนใจว่า การที่แพทย์ยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตถือเป็นการงดเว้น เพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายตามอาการที่เป็นอยู่ ซึ่งการงดเว้นดังกล่าวไม่ถือว่าผิดกฎหมาย เว้นแต่จะฝ่าฝืนหน้าที่ของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย ทั้งนี้การกระทำดังกล่าวของแพทย์นั้นแตกต่างไปจากการกระทำของบุคคลภายนอก เช่น กรณีที่บุคคลอื่นมีเจตนาเข้าแทรกแซงการทำงานของแพทย์และปิดเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าจะมีการกระทำเช่นเดียวกับแพทย์ แต่การกระทำนั้นถือเป็นการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นหน้าที่ของแพทย์โดยตรง ดังนั้น หากบุคคลอื่นยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตจึงไม่ใช่การกระทำโดยงดเว้นแต่อย่างใด[129]

---

[128] Airedale NHS Trust v Bland, [1993] 1 All ER 821.

[129] Airedale NHS Trust v Bland, [1993] 1 All ER 821 at 869 อย่างไรก็ตาม นักวิชาการบางท่านมีข้อสังเกตว่าในการปิดเครื่องมือทางการแพทย์เหมือนกัน แต่กลับให้ผลที่แตกต่างกันนั้น มีความสมเหตุสมผลเพียงพอหรือไม่ เพราะหากเป็นการกระทำของแพทย์ถือว่าเป็นการงดเว้น แต่เมื่อกระทำโดยบุคคลอื่นกลับไม่ถือว่าเป็นการงดเว้น อ้างถึงใน Jonathan Herring, Criminal Law: Text, Cases, and Materials, p. 84.

นอกจากนี้ ในคดี R (Nicklinson) v Ministry of Justice[130] ซึ่งเป็นอีกคดีหนึ่งที่มีความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิที่จะตายของประเทศอังกฤษและเวลส์ Lord Neuberger ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมต่อความเห็นของ Lord Goff ว่า บุคคลอื่นที่แทรกแซงการกระทำของแพทย์ควรต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา แล้วแต่กรณี

ส่วนบทบัญญัติใน Mental Capacity Act, 2005 เรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตามมาตรา 24 ถึงมาตรา 26 มีบทบัญญัติกำหนดเรื่องผลของการทำหนังสือดังกล่าวไว้อย่างละเอียด ปรากฏอยู่ในมาตรา 26 (3) ซึ่งมีเนื้อหาดังนี้

> *“บุคคลไม่ต้องรับผิดใด ๆ อันเป็นผลจากการยับยั้งหรือเพิกถอนการรักษาจากผู้ป่วย หากในขณะนั้นมีเหตุอันควรเชื่อว่ามีหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าซึ่งมีผลสมบูรณ์และสามารถบังคับใช้ได้กับการรักษา”* [131]

อย่างไรก็ตาม แม้มาตรา 26 (3) ใช้ถ้อยคำในบทบัญญัติว่า “บุคคล” โดยมิได้กำหนดเฉพาะเจาะจงว่าหมายถึงผู้ใด แต่พระราชบัญญัติฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นคู่มือสำหรับ Clinical Commissioning Groups ในการรับรองว่าผู้ให้บริการการรักษาจะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และผู้รับบริการจะได้รับการคุ้มครองสิทธิต่าง ๆ ครบถ้วน[132] ดังนั้น ในคำอธิบายมาตรา 26 (3) ของพระราชบัญญัติฉบับนี้จึงใช้คำว่า “A treatment provider”[133] เพื่อคุ้มครองให้ผู้ให้การรักษาพ้นจากความรับผิดทั้งปวง

นอกจากนี้ Mental Capacity Act, 2005 ยังมีบทบัญญัติที่รับรองว่าพระราชบัญญัติฉบับนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อความรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาแต่อย่างใด ซึ่งปรากฏอยู่ในมาตรา 62 มีใจความดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

> *“เพื่อมิให้เกิดข้อสงสัยประการใด ๆ พระราชบัญญัติฉบับนี้ไม่มีผลต่อกฎหมายเกี่ยวกับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา หรือ*

---

[130] R (Nicklinson) v Ministry of Justice, [2014] UKSC 38

[131] Mental Capacity Act 2005, Section 26 (3) Effect of advance decisions

“A person does not incur liability for the consequences of withholding or withdrawing a treatment from P if, at the time, he reasonably believes that an advance decision exists which is valid and applicable to the treatment.”

[132] NHS England, "Mental Capacity Act 2005," [Online] Accessed: 6 December 2018. Available from: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/09/guide-for-clinical-commissioning.pdf

[133] The National Archives, "Mental Capacity Act 2005," [Online] Accessed: 6 December 2018. Available from: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/notes/division/6/1/6/3

การดำเนินการตามมาตรา 2 แห่ง Suicide Act, 1961 (ช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย)"[134]

ดังนั้น แม้ว่าการยับยั้งหรือเพิกถอนการรักษาจะดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยตาม Mental Capacity Act, 2005 แล้ว แต่หากผู้กระทำเป็นบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ ข้อยกเว้นความผิดตามมาตรา 26 (3) ไม่สามารถบังคับใช้ได้ ผู้กระทำจึงอาจต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา แล้วแต่กรณี

กล่าวโดยสรุป การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในประเทศอังกฤษและเวลส์ แพทย์สามารถกระทำได้ หากเป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย โดยไม่มีความผิดทางอาญา ส่วนกรณีที่บุคคลอื่นกระทำการดังกล่าวยังไม่เคยมีคดีขึ้นสู่ศาลโดยตรง แต่ในคดี Airedale NHS Trust v Bland ศาลได้วางหลักให้เฉพาะแพทย์เป็นผู้กระทำเท่านั้น บุคคลอื่นที่เข้ามาแทรกแซงการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ จึงอาจต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาได้ และแม้ว่าผู้ป่วยจะทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ตาม Mental Capacity Act, 2005 แต่พระราชบัญญัติดังกล่าวกำหนดข้อยกเว้นความรับผิดให้เฉพาะผู้ให้การรักษาเท่านั้น จึงไม่รวมถึงบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ด้วย ดังนั้น ผู้กระทำจึงอาจต้องรับผิดทางอาญาในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาแล้วแต่กรณี

4.5 สหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกาไม่มีบทบัญญัติความผิดสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบเหมือนกับประเทศไทย และกฎหมายก็ยังกำหนดโทษในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาไว้อย่างรุนแรงอีกด้วย แต่เมื่อมีคดีขึ้นสู่ศาล ศาลมีแนวโน้มที่จะใช้การลงโทษสถานเบาแก่ผู้กระทำผิดเท่านั้น โดยมีวิธีแก้ไขความเคร่งครัดของบทบัญญัติในทางปฏิบัติ ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้น ในมลรัฐนิวเจอร์ซีย์มีคำพิพากษาและกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ในการศึกษาต่อไป

4.5.1 ความทั่วไปของการทำให้ตายอย่างสงบในสหรัฐอเมริกา

ในสหรัฐอเมริกามีคดีเกี่ยวกับการตายอย่างสงบขึ้นสู่การพิจารณาของศาลเป็นจำนวนมาก แนวคิดเรื่องการตายอย่างสงบจึงได้รับการถกเถียงทางวิชาการและมีพัฒนาการอย่าง

---

[134] Mental Capacity Act 2005, Section 62 Scope of the Act

"For the avoidance of doubt, it is hereby declared that nothing in this Act is to be taken to affect the law relating to murder or manslaughter or the operation of section 2 of the Suicide Act 1961 (c. 60) (assisting suicide)."

ต่อเนื่อง สิทธิที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย คือ สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต ซึ่งสิทธิดังกล่าวมีพื้นฐานมาจากสิทธิตามรัฐธรรมนูญ ได้แก่ สิทธิในการนับถือศาสนา (Right of Religious Freedom) สิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเอง (Right to Self-Determination) และสิทธิส่วนบุคคล (Right to Privacy)[135] ส่งผลให้แพทย์สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนการรักษาผู้ป่วยได้โดยชอบด้วยกฎหมาย

ในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัวและไม่สามารถปฏิเสธการรักษาได้นั้น ศาลฎีกาของสหรัฐอเมริกาได้วางหลักไว้ในคดี Cruzan v. Director, Missouri Department of Health[136] ว่า บุคคลที่มีสติสัมปชัญญะย่อมมีสิทธิในการปฏิเสธการรักษาได้ทุกเมื่อ แต่หากผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถแสดงเจตนาด้วยตนเองได้ ญาติของผู้ป่วยจะต้องแสดงพยานหลักฐานที่ชัดเจนว่า ผู้ป่วยไม่ประสงค์ให้ทำการรักษาต่อไป จึงจะสามารถยุติการรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะได้ นอกจากนี้ ศาลยังกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของมลรัฐต่าง ๆ ในการบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตอีกด้วย จากคดีดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า แพทย์สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยสภาพผักถาวรได้ เมื่อเป็นไปตามเงื่อนไขข้อหนึ่งข้อใดดังต่อไปนี้[137]

1) ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาไว้อย่างชัดเจน

2) ผู้ป่วยได้ตั้งบุคคลอื่นเป็นตัวแทนให้มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (Medical Power of Attorney)

3) มีพยานหลักฐานที่ชัดเจนและเชื่อถือได้แสดงต่อศาลว่าการเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นสอดคล้องกับความประสงค์ของผู้ป่วยหรือเป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

ด้วยเหตุนี้ มลรัฐต่าง ๆ จึงประกาศใช้กฎหมายเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า เพื่อให้แพทย์สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งในเรื่องนี้ ผู้เขียนขอยกตัวอย่างกฎหมายและคำพิพากษาของมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ เนื่องจากมีคำ

---

[135] Dana Elizabeth Hirsch, "Euthanasia: Is It Murder or Mercy Killing - a Comparison of the Criminal Laws in the United States, the Netherlands and Switzerland," Loyola of Los Angeles International and Comparative Law Journal 12, 3 (1990): 827.

[136] Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 497 U.S. 261 (1990)

[137] Thomas J. Gardner and Terry M. Anderson, Criminal Law, 11 ed. (Belmont, CA: Wadsworth, 2012), p. 255.

พิพากษาเกี่ยวกับการกระทำดังกล่าวที่น่าสนใจ และมีอิทธิพลต่อคำพิพากษาอื่น ๆ ในสหรัฐอเมริกาเป็นอย่างยิ่ง

มลรัฐนิวเจอร์ซีย์นั้นประกาศใช้ New Jersey Advance Directives for Health Care Act, 1992 ซึ่งมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้ารวบรวมอยู่ในกฎหมายนิวเจอร์ซีย์ (New Jersey Statutes Annotated) หมวด 26 ตอนที่ 2H ว่าด้วยหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล (Advance Directives for Health Care) โดยกำหนดให้บุคคลที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าได้ ซึ่งมีอยู่ 2 รูปแบบ[138] คือ หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า (Instruction Directive หรือ Living will) และหนังสือแต่งตั้งตัวแทนด้านสุขภาพ[139] (Durable Power of Attorney for Healthcare)

นอกจากนี้ยังกำหนดนิยามของ “การป่วยระยะสุดท้าย” ว่าหมายถึง การป่วยขั้นสุดท้ายด้วยโรคที่อันตรายถึงชีวิตจนไม่สามารถรักษาหายได้ ซึ่งต้องพยากรณ์โรคโดยพิจารณาบนพื้นฐานทางการแพทย์ว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน ไม่ว่าจะใช้เครื่องมือช่วยชีวิตหรือไม่ก็ตาม[140] ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้านั้น กฎหมายนิวเจอร์ซีย์มาตรา 26:2H - 67 ได้กำหนด 3 กรณีหลักที่สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต ได้แก่[141]

---

[138] New Jersey Statutes Annotated, Section 26:2H-55 Definitions

“"Advance directive for health care" or "advance directive" means a writing executed in accordance with the requirements of this act. An "advance directive" may include a proxy directive or an instruction directive, or both.”

[139] เอกสารแต่งตั้งตัวแทนที่มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในกรณีที่ตนเองไม่สามารถตัดสินใจเองได้ บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งเรียกว่า “ตัวแทนด้านสุขภาพ”

[140] New Jersey Statutes Annotated, Section 26:2H-55 Definitions

“‘‘Terminal condition’’ means the terminal stage of an irreversibly fatal illness, disease or condition. A determination of a specific life expectancy is not required as a precondition for a diagnosis of a “terminal condition,” but a prognosis of a life expectancy of six months or less, with or without the provision of life-sustaining treatment, based upon reasonable medical certainty, shall be deemed to constitute a terminal condition.”

[141] New Jersey Statutes Annotated, Section 26:2H- 67 Decision to forego life-sustaining treatment

“ Consistent with the terms of an advance directive and the provisions of this act, life-sustaining treatment may be withheld or withdrawn from a patient in the following circumstances:

(1) When the life-sustaining treatment is experimental and not a proven therapy, or is likely to be ineffective or futile in prolonging life, or is likely to merely prolong an imminent dying process;

(2) When the patient is permanently unconscious, as determined by the attending physician and confirmed by a second qualified physician;

(3) When the patient is in a terminal condition, as determined by the attending physician and confirmed by a second qualified physician.”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1) เมื่อการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตนั้นยังอยู่ในขั้นทดลองและไม่ได้รับการพิสูจน์ว่ารักษาได้ หรือใช้ไม่ได้ผล หรือเป็นการยื้อชีวิตที่ไม่มีโยชน์ หรือเป็นเพียงการยืดความตายที่ใกล้จะถึงเท่านั้น

2) เมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวเป็นการถาวร ตามที่แพทย์ประจำได้พิจารณาและได้รับการรับรองโดยแพทย์คนที่สอง

3) เมื่อผู้ป่วยมีการป่วยระยะสุดท้าย ตามที่แพทย์ได้พิจารณาและรับรองโดยแพทย์คนที่สอง

จากมาตรานี้ข้างต้น จะเห็นได้ว่า แม้ผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวรจะไม่ถือเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกหลายปีเมื่อใช้เครื่องมือช่วยชีวิต แต่ในมาตรา 26:2H – 67 (2) นั้นครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวรด้วย ดังนั้น แพทย์จึงสามารถถอดสายยางให้อาหารและน้ำของผู้ป่วยดังกล่าวได้

ส่วนการเร่งให้ตายอย่างสงบในสหรัฐอเมริกายังไม่มีกฎหมายอนุญาตให้ทำได้ ไม่ว่าผู้กระทำจะเป็นแพทย์หรือบุคคลอื่น ก็ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาเสมอ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการเร่งให้ตายอย่างสงบจะเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมายในทุกมลรัฐ แต่ในคดี Washington v. Glucksberg ศาลฎีกาของสหรัฐอเมริกาได้อนุญาตให้แต่ละมลรัฐสามารถออกกฎหมายรับรองการใช้สิทธิที่จะตายของปัจเจกชนได้ โดยใช้วิธีการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician Assisted Suicide) เท่านั้น[142] แต่ไม่อนุญาตให้แพทย์ลงมือทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายโดยตรง ในปัจจุบันมี 6 มลรัฐที่มีกฎหมายรับรองการกระทำดังกล่าว ได้แก่ ได้แก่ มลรัฐออริกอน (Oregon) มลรัฐวอชิงตัน (Washington) มลรัฐเวอร์มอนต์ (Vermont) มลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California) มลรัฐโคโลราโด (Colorado) และกรุงวอชิงตันดีซี (Washington D.C.)[143]

จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การเร่งให้ตายอย่างสงบในสหรัฐอเมริกายังไม่มีกฎหมายรองรับ ไม่ว่าผู้กระทำจะเป็นแพทย์หรือบุคคลอื่นก็ต้องรับผิดทางอาญาเสมอ ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วย หากมีข้อเท็จจริงครบเงื่อนไขตามหลักการที่ศาลกำหนดหรือสอดคล้องกับกฎหมายของแต่ละมลรัฐ แพทย์ก็สามารถกระทำได้โดยมิต้องรับผิดทางอาญาแต่อย่างใด

---

[142] Washington v. Glucksberg, 521 U.S. 702 (1997).

[143] Golan Luzon, "The Practice of Euthanasia and Assisted Suicide Meets the Concept of Legalization," Criminal Law and Philosophy (July 2018).

4.5.2 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

สหรัฐอเมริกาไม่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบไว้โดยเฉพาะ การกระทำดังกล่าวจึงต้องรับผิดทางอาญาในความผิดเกี่ยวกับชีวิต (Homicide) โดยทั่วไป สหรัฐอเมริกาแบ่งประเภทความผิดเกี่ยวกับชีวิตออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (Murder) และความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา (Manslaughter) ซึ่งมีรายละเอียดแตกต่างกันไปในแต่ละมลรัฐ แต่เมื่อพิจารณาความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาแล้วพบว่า มีลักษณะเป็นการกระทำโดยประมาทเลินเล่อ หรือกระทำโดยบันดาลโทสะเท่านั้น จึงไม่เกี่ยวข้องกับการเร่งให้ตายอย่างสงบโดยตรง ดังนั้น การเร่งให้ตายอย่างสงบในสหรัฐอเมริกาจึงถือเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (Murder) และหากเป็นการกระทำโดยไตร่ตรองไว้ก่อน ผู้กระทำจะต้องรับผิดในความผิดที่ร้ายแรงที่สุดคือ First-degree murder[144]

ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา หมายถึง การฆ่าผู้อื่นโดยมีเจตนาร้ายโดยไตร่ตรองไว้ก่อน (Malice Aforethought) ซึ่งแม้ถ้อยคำจะหมายถึงประสงค์ร้าย แต่ก็ครอบคลุมไปถึงการฆ่าด้วยความเมตตาสงสารด้วย[145] องค์ประกอบความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาประกอบไปด้วยองค์ประกอบส่วนการกระทำคือการฆ่าบุคคลอื่น และมีองค์ประกอบส่วนจิตใจคือ การกระทำโดยเจตนา (Purposely) โดยรู้ (Knowingly) หรือประมาทโดยจงใจ (Recklessly) และหากการกระทำนั้นส่งผลโดยตรงให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ผู้กระทำก็มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา[146]

โดยทั่วไปการแบ่งระดับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาจะแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ความผิด First-degree murder และความผิด Second-degree murder โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจำกัดการใช้โทษสถานหนักคือ โทษประหารชีวิตและจำคุกตลอดชีวิต ไว้ใช้ในเฉพาะความผิด First-degree murder เท่านั้น ในปัจจุบันแม้ทุกมลรัฐจะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา แต่อาจบัญญัติรายละเอียดความของความผิดทั้งสองระดับแตกต่างกันไป ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1) ความผิด First-degree murder ได้แก่ การฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อน และการฆ่าในขณะกระทำความผิดร้ายแรงอย่างอื่น (Felony Murder)[147]

---

[144] Dana Elizabeth Hirsch, "Euthanasia: Is It Murder or Mercy Killing - a Comparison of the Criminal Laws in the United States, the Netherlands and Switzerland," Loyola of Los Angeles International and Comparative Law Journal: 833.

[145] Thomas J. Gardner and Terry M. Anderson, Criminal Law, p. 258.

[146] Joel Samaha, Criminal Law, 11 ed. (Belmont, CA: Wadsworth, 2014), p. 307.

[147] Ibid., p. 309.

2) ความผิด Second-degree murder ได้แก่ การฆ่าผู้อื่นที่ไม่เข้าลักษณะ First-degree murder คือการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา แต่มิได้มีการไตร่ตรองไว้ก่อนหรือมิใช่การฆ่าขณะกระทำผิดร้ายแรงอย่างอื่น รวมถึงการฆ่าโดยมีเจตนาทำร้ายร่างกายจนสาหัส และการฆ่าโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงด้วย (Depraved Heart Murders)[148]

เมื่อกฎหมายของแต่ละมลรัฐมีความแตกต่างกันในรายละเอียด ผู้เขียนจึงขอยกตัวอย่างบทบัญญัติความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาในกฎหมายระดับกลาง (Federal Law) เพื่อให้เห็นตัวอย่างบทบัญญัติที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น กฎหมายระดับกลางมีการรวมรวมกฎหมายต่าง ๆ ไว้ในรูปแบบของประมวลกฎหมายคือ ประมวลกฎหมายสหรัฐอเมริกา (United States Code Annotated) ซึ่งบัญญัติกฎหมายอาญาไว้ในหมวด 18 ว่าด้วยอาชญากรรมและกระบวนการพิจารณาความอาญา (Crimes and Criminal Procedure) โดยความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนานั้นบัญญัติไว้ในมาตรา 1111 ซึ่งวางหลักว่า

> *“(a) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาคือ การฆ่าคนโดยผิดกฎหมายด้วยเจตนาร้ายโดยไตร่ตรองไว้ก่อน ในทุกการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาซึ่งเป็นการกระทำโดยการใช้ยาพิษ การดักซุ่ม หรือลักษณะอื่น ๆ ที่เป็นการตั้งใจ ผ่านมาคิดอย่างรอบคอบ มีความมุ่งร้าย และฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อน หรือเป็นการกระทำหรือพยายามกระทำความผิดไม่ว่าจะเป็นการวางเพลิง การหลบหนี การฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา การลักพาตัว กบฏ จารกรรม การก่อวินาศกรรม การล่วงละเมิดทางเพศอย่างรุนแรงหรือการล่วงละเมิดทางเพศ ลักทรัพย์ ชิงหรือปล้นทรัพย์ หรือเป็นการกระทำในรูปแบบหรือแบบแผนของการทำร้ายหรือทารุณต่อเด็ก หรือเป็นกระทำโดยเจตนาโดยผิดกฎหมายและประสงค์ร้ายให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายนอกเหนือจากผู้ที่ถูกฆ่า ถือเป็นการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาในระดับที่หนึ่ง (First degree)*
>
> *การฆ่าแบบอื่น ๆ ถือเป็นการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาในระดับที่สอง (Second degree)*
>
> *(b) ภายใต้เขตอำนาจพิเศษทั้งทางบกและทางทะเลของสหรัฐอเมริกา*
>
> *ผู้ใดกระทำผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาในระดับที่หนึ่ง ต้องระวางโทษประหารชีวิตหรือจำคุกตลอดชีวิต*

[148] Ibid., p. 319.

ผู้ใดกระทำผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาในระดับที่สอง ต้องระวางโทษจำคุกโดยกำหนดเวลาเป็นปีหรือจำคุกตลอดชีวิต"[149]

ดังนั้น เมื่อสหรัฐอเมริกาไม่มีบทบัญญัติเฉพาะสำหรับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ไม่ว่าการกระทำดังกล่าวจะเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย หรือผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจมาจากความเมตตาสงสาร ก็ไม่สามารถยกข้อต่อสู้ดังกล่าวเพื่อบรรเทาความผิดของตนเองได้[150] ผู้กระทำจึงมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาเท่านั้น และโดยส่วนใหญ่ลักษณะของการเร่งให้ตายอย่างสงบจะมีการไตร่ตรองไว้ก่อน ผู้กระทำจึงอาจต้องรับผิดในระดับที่ร้ายแรงที่สุดคือ First-degree murder ได้อีกด้วย[151]

ในช่วงกลางศตวรรษที่ 20 เป็นต้นมา สหรัฐอเมริกามีคดีเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบขึ้นสู่ศาลเป็นจำนวนมาก กล่าวคือ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1920 ถึง ค.ศ. 1985 มีคดีดังกล่าวจำนวน 56 คดี แต่มีเพียง 10 คดีเท่านั้นที่ศาลพิพากษาให้จำเลยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นและลงโทษจำคุก ส่วนอีก 46 คดีนั้นแบ่งออกเป็นศาลพิพากษาให้รอการลงโทษจำนวน 20 คดี พิพากษาให้จำเลยพ้นจากความรับผิด 15 คดี และยกฟ้องจำเลย 6 คดี ส่วนอีก 5 คดีไม่มีการฟ้องดำเนินคดีแก่จำเลยตั้งแต่ต้น[152] จะเห็นได้ว่า เมื่อมีคดีเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบขึ้นสู่ศาล หากมีข้อเท็จจริงอันเป็นเหตุควรปรานีแก่ผู้กระทำผิด สหรัฐอเมริกามีวิธีการหลีกเลี่ยงมิให้เกิดผลทางกฎหมายที่ร้ายแรงจนเกินไป[153] ผู้กระทำ

---

[149] United State Code Annotated, Title 18 Section 1111

"(a) Murder is the unlawful killing of a human being with malice aforethought. Every murder perpetrated by poison, lying in wait, or any other kind of willful, deliberate, malicious, and premeditated killing; or committed in the perpetration of, or attempt to perpetrate, any arson, escape, murder, kidnapping, treason, espionage, sabotage, aggravated sexual abuse or sexual abuse, child abuse, burglary, or robbery; or perpetrated as part of a pattern or practice of assault or torture against a child or children; or perpetrated from a premeditated design unlawfully and maliciously to effect the death of any human being other than him who is killed, is murder in the first degree.

Any other murder is murder in the second degree.

(b) Within the special maritime and territorial jurisdiction of the United States,

Whoever is guilty of murder in the first degree shall be punished by death or by imprisonment for life;

Whoever is guilty of murder in the second degree, shall be imprisoned for any term of years or for life."

[150] Dana Elizabeth Hirsch, "Euthanasia: Is It Murder or Mercy Killing - a Comparison of the Criminal Laws in the United States, the Netherlands and Switzerland," Loyola of Los Angeles International and Comparative Law Journal: 833.

[151] Helen Silving, "Euthanasia: A Study in Comparative Criminal Law," University of Pennsylvania Law Review: 352.

[152] Timothy Paul Brooks, "State V. Forrest: Mercy Killing and Malice in North Carolina," North Carolina Law Review 66, 6 (September 1988): 1168.

[153] Ibid., p. 353.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ผิดส่วนใหญ่จึงได้รับโทษสถานเบาหรือไม่ได้รับโทษใด ๆ เลย ซึ่งจากคำพิพากษาของศาลตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน สหรัฐอเมริกามีแนวทางแก้ไขความร้ายแรงของความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาอยู่ 3 วิธี ดังนี้

1) การต่อรองคำรับสารภาพ (Plea Bargaining)

สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่นำหลักการต่อรองคำรับสารภาพมาใช้ในการดำเนินคดีอาญาอย่างแพร่หลาย พนักงานอัยการจึงนำวิธีดังกล่าวมาใช้กับความผิดที่เป็นการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ เพื่อมิให้ผู้กระทำต้องรับผิดตามบทบัญญัติของกฎหมายอย่างเคร่งครัด ด้วยเหตุนี้ผู้กระทำผิดจึงมักรับสารภาพเพื่อลดจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา หรือลดความร้ายแรงของความผิดจาก First degree เป็น Second Degree แทน[154] เพื่อให้ศาลสามารถใช้ดุลพินิจกำหนดโทษสถานเบาได้ เช่น การจำคุกระยะสั้น การรอการลงโทษ การคุมประพฤติ เป็นต้น

ยกตัวอย่างเช่น คดี Repouille v. United states[155] ข้อเท็จจริงคือ จำเลยใช้ยาสลบฆ่าบุตรชายของตนเองจนถึงแก่ความตาย เนื่องจากบุตรชายวัย 13 ปี ได้รับบาดเจ็บที่สมองตั้งแต่เกิด ทำให้ตาบอด หูหนวก ร่างกายพิการอย่างรุนแรง มีอาการปัญญาอ่อนและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในคดีนี้แม้การกระทำจะเป็นการฆ่าโดยเจตนา แต่อัยการได้สั่งฟ้องจำเลยในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา (manslaughter) ในระดับ First degree เท่านั้น ต่อมาในชั้นพิจารณาคณะลูกขุนได้ตัดสินให้มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาในระดับ Second degree และเสนอให้ลดหย่อนโทษให้แก่จำเลยจนถึงที่สุด เพราะจำเลยยังมีบุตรอีก 4 คนต้องดูแล ศาลจึงพิพากษาให้จำคุกไม่ต่ำกว่า 5 ปีแต่ไม่เกิน 10 ปี โดยสั่งให้รอการลงโทษและคุมประพฤติไว้[156]

2) การยกข้อต่อสู้เรื่องวิกลจริต (Insanity Defense)

ข้อต่อสู้เรื่องวิกลจริงของสหรัฐอเมริกามีความคล้ายคลึงกับเรื่องการหย่อนความรับผิดทางอาญา (Diminished responsibility) ของประเทศอังกฤษและเวลส์ กล่าวคือ เป็นข้อต่อสู้ทางกฎหมายว่าจำเลยไม่ต้องรับผิดในการกระทำของตนเองเนื่องจากมีสาเหตุมาจากปัญหาหรือความบกพร่องทางจิตใจ[157] ในแต่ละมลรัฐจะมีหลักเกณฑ์การพิสูจน์ความวิกลจริตแตกต่างกันเล็กน้อย

---

[154] การแบ่งระดับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นเป็น First Degree และ Second Degree มีได้ทั้งความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (murder) และความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา (manslaughter) แล้วแต่รูปแบบการบัญญัติกฎหมายของแต่ละมลรัฐ

[155] Repouille v. United states, 165 F.2d 152 (1947)

[156] Rowine Hayes Brown and Richard B. Truitt, "Euthanasia and the Right to Die," Ohio Northern University Law Review 3, 3 (1976): 616-617.

[157] Joel Samaha, Criminal Law, p. 194.

ขึ้นอยู่กับบทบัญญัติของแต่ละมลรัฐ แต่โดยส่วนใหญ่ภาระการพิสูจน์ถึงอาการวิกลจริตจะตกอยู่แก่จำเลย[158] เพื่อให้ศาลพิจารณาว่าจำเลย “ไม่มีความผิดเนื่องจากความวิกลจริต” (Not Guilty by Reason of Insanity หรือ NGRI) หรือ “มีความผิดแต่เกิดจากความวิกลจริต” (Guilty but Mentally Ill หรือ GMBI) แล้วแต่กรณี ซึ่งศาลจะวินิจฉัยเช่นใดนั้นเป็นไปตามบทบัญญัติของแต่ละมลรัฐในสหรัฐอเมริกา

ในการเร่งให้ตายอย่างสงบโดยส่วนใหญ่นั้นเกิดจากการกระทำของบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษา นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานแล้ว ยังส่งผลให้บุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเกิดความเครียดสะสมเป็นเวลานาน และอาจทำให้เกิดอาการทางจิตได้ ดังนั้น ในทางพิจารณาผู้กระทำผิดจึงมักยกข้อต่อสู้ว่าตนมีอาการวิกลจริตชั่วคราวในขณะกระทำความผิด เพื่อให้ตนเองพ้นจากความรับผิดหรือรับผิดน้อยลงได้

ยกตัวอย่างเช่น คดี Carol Ann Paight มีข้อเท็จจริงคือ จำเลยได้ฆ่าบิดาของตนเองที่ตกอยู่ในภาวะไร้ความรู้สึก (Anesthesia) ภายหลังผ่าตัดวินิจฉัยมะเร็งกระเพาะอาหาร จึงถูกตั้งข้อหาว่ามีความผิด Second-degree murder แต่ในชั้นพิจารณาจำเลยยกข้อต่อสู้ว่าตนเองเป็นโรคกลัวมะเร็ง (Cancer phobia หรือ Carcinophobia) จึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการวิกลจริตชั่วคราวในขณะกระทำความผิด (temporary insanity) ศาลจึงตัดสินให้จำเลยพ้นจากความผิด[159]

คดี Robert Waskin ข้อเท็จจริงคือ จำเลยได้ฆ่ามารดาของตนเอง โดยใช้ปืนยิงที่ศีรษะ 3 นัดในขณะที่มารดากำลังหลับอยู่ เนื่องจากมารดาของจำเลยป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) ซึ่งมีอาการเจ็บปวดทรมาน ก่อนหน้านี้มารดาเคยพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ จึงร้องขอให้จำเลยฆ่าตนเองให้ถึงแก่ความตาย หลังจากกระทำความผิดดังกล่าว จำเลยถูกตั้งข้อหาฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา แต่ในชั้นพิจารณาคณะลูกขุนตัดสินให้จำเลยไม่มีความผิดเนื่องจากความวิกลจริตชั่วคราวในขณะกระทำผิด และคณะลูกขุนยังเห็นว่าจำเลยมิได้มีอาการวิกลจริตอีกต่อไปแล้ว จึงตัดสินให้ปล่อยตัวจำเลยได้[160]

3) ศาลตัดสินให้พ้นจากข้อกล่าวหา (Acquittal)

ในการพิจารณาคดีอาญาของสหรัฐอเมริกา คณะลูกขุนมีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินว่าจำเลยกระทำความผิดทางอาญาหรือไม่ โดยต้องคำนึงถึงกฎหมายที่ใช้บังคับในปัจจุบัน

---

[158] Thomas J. Gardner and Terry M. Anderson, Criminal Law, p. 112.

[159] Rowine Hayes Brown and Richard B. Truitt, "Euthanasia and the Right to Die," Ohio Northern University Law Review: 619.

[160] Ibid., pp. 619-620.

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าข้อเท็จจริงในคดีจะมีพยานหลักฐานที่ชัดเจนว่าจำเลยได้กระทำความผิดจริง คณะลูกขุนยังมีอำนาจตัดสินให้จำเลยพ้นจากความผิดได้ ซึ่งมักใช้ในกรณีที่จำเลยนั้นน่าเห็นอกเห็นใจ หรือจำเลยกระทำผิดกฎหมายที่ล้าสมัยแล้ว[161] อำนาจดังกล่าวนี้เรียกว่า “Jury nullification” ซึ่งเป็นหลักการที่สหรัฐอเมริการับมาจากประเทศอังกฤษ และนำมาใช้ในการพิจารณาคดีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2278 ในคดี Crown v. John Peter Zenger[162]

การนำหลัก Jury nullification มาใช้พิจารณาคดีเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้นได้รับการกล่าวถึงในทางวิชาการ เพื่อแสดงให้เห็นว่าการลงโทษตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดอาจไม่เหมาะสมกับข้อเท็จจริงในบางกรณี แต่คดีที่เกิดขึ้นจริงในสหรัฐอเมริกาและคณะลูกขุนตัดสินให้จำเลยพ้นจากความรับผิดนั้นมีเพียงคดีที่จำเลยช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายฆ่าตัวตาย (assisted suicide) ส่วนคดีที่เป็นการเร่งให้ตายอย่างสงบ ศาลมักตัดสินให้จำเลยพ้นจากความรับผิดเฉพาะกรณีที่จำเลยยกข้อต่อสู้เรื่องเหตุวิกลจริตเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม แม้การพิจารณาคดีจะไม่ได้ใช้หลัก Jury nullification โดยตรงก็ตาม แต่ในบางคดีแม้จำเลยได้กระทำความผิดจริง แต่ศาลเห็นว่าจำเลยมิได้เป็นอันตรายต่อสังคม และศาลเชื่อโดยบริสุทธิ์ใจว่าการลงโทษจำเลยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใด ๆ ศาลอาจใช้วิธีแก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติ โดยให้จำเลยถอนคำให้การรับสารภาพและตัดสินให้จำเลยพ้นจากความรับผิดได้เช่นกัน

ยกตัวอย่างเช่น คดี People v. Werner[163] ข้อเท็จจริงคือ Otto Werner จำเลยฆ่าภรรยาของตนที่พิการและเป็นผู้ป่วยติดเตียงโดยทำให้ขาดอากาศหายใจจนถึงแก่ความตาย จึงถูกตั้งข้อหาในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ต่อมาในชั้นพิจารณาคดีโดยไม่ใช้คณะลูกขุน (Bench Trial) จำเลยให้การรับสารภาพ และลดเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา (Voluntary Manslaughter) แทน แต่หลังจากที่ศาลได้ตรวจสอบพยานหลักฐานจึงเห็นถึงความรักและความทุ่มเทของจำเลยในการดูแลภรรยาของตนเองมาตลอด[164] ศาลจึงแนะนำให้จำเลยถอนคำรับสารภาพและ

---

[161] John N. Ferdico, Henry F. Fradella, and Christopher D. Totten, Criminal Procedure for the Criminal Justice Professional, 11 ed. (Belmont, CA: Wadsworth, 2012), p. 613.

[162] Historical Society of the New York Courts, "Crown V. John Peter Zenger," [Online] Accessed: 24 January 2019. Available from: http://www.nycourts.gov/history/legal-history-new-york/legal-history-eras-01/history-new-york-legal-eras-crown-zenger.html

[163] People v. Werner, Crim. No. 58-3636 (Cook Co. Ct., Ill. 1958)

[164] คดีนี้ภรรยาของจำเลยเป็นผู้ร้องขอให้ตนเองพ้นจากความทุกข์ทรมาน จำเลยจึงลงมือฆ่าภรรยาตามคำร้องขอ และหลังจากจำเลยฆ่าภรรยาของตนแล้ว ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยทานยานอนหลับกว่า 20 เม็ด แต่แพทย์ช่วยเหลือไว้ได้ทัน ต่อมาในชั้นพิจารณาศาลได้สอบถามบุตรชายและบุตรสาวของจำเลยจึงได้ความว่า ตั้งแต่ภรรยากลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง จำเลยได้นอนพื้นข้างเตียงของภรรยาและคอยดูแลภรรยาตลอด 24 ชั่วโมงมาเป็นระยะเวลากว่า 2 ปี อีกทั้งจำเลยมีอายุ 69 ปีแล้ว จึงควรได้ใช้

พิพากษายกฟ้องจำเลย โดยให้ความเห็นว่าศาลไม่ได้ยอมรับการฆ่าด้วยความเมตตาสงสาร แต่ศาลไม่มีเหตุผลที่ต้องกังวลว่าจำเลยจะไปก่ออาชญากรรมใด ๆ อีกในอนาคต และศาลเชื่อว่าหากจำเลยได้รับพิจารณาคดีโดยคณะลูกขุน เมื่อคณะลูกขุนได้ฟังเรื่องราวทั้งหมดของจำเลยแล้ว ก็คงไม่ตัดสินให้จำเลยมีความผิดอย่างแน่นอน[165]

จากการศึกษาข้างต้น แม้การเร่งให้ตายอย่างสงบในสหรัฐอเมริกาจะเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ซึ่งกำหนดโทษประหารชีวิตหรือจำคุกตลอดชีวิต แต่เมื่อพิจารณาคดีที่เกิดขึ้นตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันจะเห็นได้ว่า ผู้กระทำผิดส่วนใหญ่มักได้รับการลงโทษสถานเบาหรือไม่ได้รับการลงโทษเลย โดยใช้ทั้งกฎหมายสารบัญญัติและกฎหมายวิธีสบัญญัติมาแก้ไขปัญหา ได้แก่ การต่อรองคำรับสารภาพจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา เพื่อให้ศาลใช้ดุลพินิจกำหนดโทษได้กว้างมากยิ่งขึ้น หรือการยกข้อต่อสู้เรื่องวิกลจริตก็อาจทำให้ผู้กระทำผิดบางส่วนพ้นจากความรับผิดได้เช่นกัน นอกจากนี้ หากศาลเห็นว่าการลงโทษผู้กระทำผิดจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใด ๆ ศาลอาจใช้ดุลพินิจยกฟ้องผู้กระทำผิดก็ได้

4.5.3 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่าการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในสหรัฐอเมริกาแพทย์สามารถกระทำได้หากเป็นไปตามเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่งที่กำหนดไว้[166] โดยคำนึงถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่โดยหลักกฎหมายอาญาของสหรัฐอเมริกา บุคคลใด ๆ ที่มีเจตนายับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือทางการแพทย์จนเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย บุคคลนั้นจะต้องรับผิดในความผิดเกี่ยวกับชีวิต[167] เพราะแม้ว่าจะมีความประสงค์ให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ แต่ก็ถือว่าเป็นการทำให้ผู้นั้นถึงแก่ความตายเช่นกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

อย่างไรก็ตาม การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในสหรัฐอเมริกา มลรัฐต่าง ๆ มีการตรากฎหมายที่แตกต่างกันไป ในหัวข้อนี้ผู้เขียนจึงจะศึกษาเฉพาะกฎหมายและคำพิพากษาในมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ (New Jersey) เท่านั้น เนื่องจากมีคำพิพากษาที่เกี่ยวข้องหลายคดี ซึ่งล้วนเป็นคดีที่มีชื่อเสียงและยังได้รับการศึกษามาจนถึงปัจจุบัน และในคำพิพากษาของศาลยังได้กล่าวถึงความรับผิด

ชีวิตบั้นปลายพร้อมกับบุตรชายและบุตรสาวของตนเองต่อไป อ้างถึงใน Glanville Williams, "Euthanasia and Abortion," University of Colorado Law Review 38, no. 2 (Winter 1965): 184-186.

[165] William H. Baughman and John C. Bruha, "Euthanasia: Criminal, Tort, Constitutional and Legislative Considerations," Notre Dame Law Review 48, 5 (June 1973): 1214-1215.

[166] ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 4.5.1

[167] Joel Samaha, Criminal Law, p. 303.

ของบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ไว้อย่างชัดเจนอีกด้วย การศึกษากฎหมายและคำพิพากษาในมลรัฐนิวเจอร์ซีย์จึงเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ความรับผิดของบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ต่อไป

การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในมลรัฐนิวเจอร์ซีย์มีพัฒนาการมาจากคำพิพากษาของศาลในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 เนื่องจากมีคดีที่ครอบครัวของผู้ป่วยยื่นคำร้องต่อศาลขอให้หยุดใช้เครื่องมือทางการแพทย์เป็นจำนวนมาก คดีแรกที่ขึ้นสู่การพิจารณาของศาลคือ คดี Matter of Quinlan[168] ในปี พ.ศ. 2519 มีข้อเท็จจริงคือ Karen Ann Quinlan วัย 21 ปีหมดสติและขาดอากาศหายใจไประยะเวลาหนึ่งทำให้ตกอยู่ในสภาพผักถาวร บิดาจึงยื่นคำร้องขอต่อศาลให้แต่งตั้งตนเป็นผู้อนุบาล เพื่อจะใช้อำนาจในฐานะผู้อนุบาลขออนุญาตให้แพทย์ยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วย คดีนี้ศาลฎีกาแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซีย์อนุญาตให้ยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ โดยมีพื้นฐานจากสิทธิส่วนบุคคลตามรัฐธรรมนูญเป็นสำคัญ เพราะแม้ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวและไม่สามารถแสดงเจตนาเองได้ บิดาก็สามารถใช้สิทธิดังกล่าวในนามของผู้ป่วยได้ในฐานะที่เป็นผู้อนุบาลของผู้ป่วย

ส่วนประเด็นเรื่องความรับผิดทางอาญา ศาลได้ตัดสินว่า เมื่อผู้อนุบาลและครอบครัว รวมทั้งแพทย์ที่ทำการรักษาเห็นพ้องต้องกันว่า ผู้ป่วยไม่อาจฟื้นคืนกลับมาได้อีก และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลได้ให้การรับรองแล้ว การหยุดเครื่องช่วยชีวิตของผู้ป่วยก็สามารถทำได้[169] เพราะแม้ว่าการหยุดเครื่องช่วยชีวิตจะเป็นการเร่งการตายของผู้ป่วย แต่การใช้สิทธิส่วนบุคคลในการกระทำดังกล่าวนั้นไม่ถือเป็นความผิดต่อชีวิต เพราะมิใช่การฆ่าแต่เป็นการตายจากสาเหตุทางธรรมชาติ และยังมิใช่การกระทำโดยมิชอบด้วยกฎหมายอีกด้วย[170] นอกจากนี้ สิทธิตามรัฐธรรมนูญดังกล่าวยังขยายไปถึงบุคคลที่สามซึ่งกระทำไปตามสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย ดังนั้น บุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ผู้อนุบาล โรงพยาบาล หรือบุคคลอื่น ๆ จึงมิต้องรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญาแต่อย่างใด[171]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คดีที่สองที่ขึ้นสู่การพิจารณาของศาลในมลรัฐนิวเจอร์ซีย์คือ คดี Matter of Conroy[172] ซึ่งผู้ป่วยตกอยู่ในสภาวะที่ไม่รู้สึกตัวเช่นเดียวกันกับคดีก่อนหน้า แต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในสถานพยาบาล (nursing home) มิใช่โรงพยาบาลทั่วไป ศาลจึงวางหลักเกณฑ์บางประการที่แตกต่างจากคดี Matter of Quinlan ในคดีนี้ข้อเท็จจริงคือ Claire Conroy อายุ 84 ปี ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมและมีโรคอื่น ๆ แทรกซ้อนมากมาย เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีแผลกดทับหลายแห่ง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายและไม่ตอบสนองต่อสิ่งรอบตัว แพทย์ได้ลง

---

[168] Matter of Quinlan, 70 N.J. 10, 355 A.2d 647 (1976)

[169] Matter of Quinlan, 70 N.J. 10, 55, 355 A.2d 647, 671–72 (1976)

[170] Matter of Quinlan, 70 N.J. 10, 51, 355 A.2d 647, 669–70 (1976)

[171] Matter of Quinlan, 70 N.J. 10, 55, 355 A.2d 647, 672 (1976)

[172] Matter of Conroy, 98 N.J. 321, 486 A.2d 1209 (1985)

ความเห็นแล้วว่าอาการของผู้ป่วยไม่มีทางจะดีขึ้นได้อีก หลานชายของผู้ป่วยซึ่งศาลได้แต่งตั้งให้เป็นผู้อนุบาลจึงยื่นคำร้องขอให้ศาลสั่งให้ถอดสายยางให้อาหารของผู้ป่วยออก ศาลอุทธรณ์แห่งมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ได้พิพากษาว่า อาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต การถอดสายยางให้อาหารออกถือว่าเป็นฆ่าผู้ป่วย ซึ่งเข้าลักษณะของการเร่งให้ตายอย่างสงบ จึงไม่สามารถกระทำได้

อย่างไรก็ตาม เมื่อคดีขึ้นสู่ศาลฎีกาแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ ศาลกลับอนุญาตให้ถอดสายยางให้อาหารของผู้ป่วยได้ โดยให้เหตุผลว่า การยับยั้งหรือการเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นมีผลทางกฎหมายที่เหมือนกัน และไม่ว่าเครื่องมือนั้นจะเป็นสายยางให้อาหารหรือเป็นอุปกรณ์ช่วยชีวิตอื่น ๆ ก็ไม่ได้ให้ผลทางกฎหมายที่แตกต่างกันแต่อย่างใด จึงเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่สามารถปฏิเสธการรักษาได้ทุกกรณี[173] และศาลฎีกาแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ยังได้กำหนดแนวทางพิจารณาเรื่องการเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะไว้ 3 ประการดังนี้[174]

1) เมื่อมีความชัดเจนว่าผู้ป่วยได้ปฏิเสธการรักษา (Subjective Test) โดยทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า หรือเคยบอกกล่าวด้วยวาจากับผู้อื่นว่าตนไม่ต้องการรักษาด้วยวิธีเช่นนั้น หรือได้มอบอำนาจให้ตัวแทนเป็นผู้ตัดสินใจเรื่องการรักษาพยาบาลในกรณีที่ตนไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว

2) เมื่อมีหลักฐานที่เชื่อถือได้ว่า ผู้ป่วยเคยแสดงความประสงค์ที่จะยุติการรักษาด้วยวิธีเช่นนั้น (Limited Objective Test)

3) เมื่อการรักษาจะทำให้ชีวิตของผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานมากกว่าประโยชน์จากการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ (Pure Objective Test)

นอกจากนี้ ศาลยังได้อ้างอิงคำตัดสินในคดี Matter of Quinlan ในเรื่องความรับผิดทางอาญา โดยยืนยันหลักเดิมว่า หากกระทำไปตามกระบวนการที่ศาลกำหนดไว้อย่างครบถ้วน[175]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

---

[173] George J. Annas, "Fashion and Freedom: When Artificial Feeding Should Be Withdrawn," American Journal of Public Health 75, 6 (June 1985): 686.

[174] Ibid., pp. 686-689.; วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, นิติเวชสาธกฉบับกฎหมายอาญากับการแพทย์ยุคไฮเทค, พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2533), หน้า 114.

[175] ในคดีนี้ศาลได้กำหนดกระบวนการเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในสถานพยาบาล (nursing home) เนื่องจาก Claire Conroy เป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาล ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไป หลักการในคดี Matter of Quinlan บางส่วน เช่น การกำหนดให้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล จึงไม่สามารถนำมาใช้ได้ ศาลจึงกำหนดกระบวนการในการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยในสถานพยาบาลไว้เพิ่มเติม เช่น ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์อีก 2 คนเพื่อเป็นหลักฐาน และต้องมีการแจ้งแก่ผู้ตรวจการของรัฐสภา (ombudsman) เป็นต้น แต่หลักการเรื่องความรับผิดของบุคคลที่เกี่ยวข้องนั้นยังไม่มีความแตกต่างกัน

และทำไปโดยสุจริตแล้ว ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดย่อมไม่ต้องรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญาแต่อย่างใด[176]

คดีที่เกิดขึ้นต่อมาในมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ ได้แก่ คดี Matter of Farrell[177] ข้อเท็จจริง คือ Kathleen Farrell วัย 37 ปี ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Amyotrophic Lateral Sclerosis หรือ ALS) ต้องได้รับการเจาะคอและใส่เครื่องช่วยหายใจ ในคดีนี้ผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวและแสดงความประสงค์ว่าต้องการให้ปิดเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ตนเองจากไปตามวิถีทางธรรมชาติ สามีของผู้ป่วยจึงยื่นคำร้องต่อศาลขออนุญาตปิดเครื่องช่วยหายใจดังกล่าว ศาลฎีกาแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ได้ตัดสินรับรองสิทธิในการขอเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะ โดยผู้นั้นต้องผ่านการตรวจร่างกายจากแพทย์และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคและทางเลือกในการรักษาอย่างครบถ้วนแล้ว บุคคลใด ๆ ที่กระทำไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยโดยสุจริตไม่ต้องรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา แม้ว่าบุคคลนั้นจะมิใช่บุคลากรทางวิชาชีพแพทย์ตาม[178]

คำพิพากษาทั้งสามคดีข้างต้นนี้ได้กลายเป็นบรรทัดฐานให้แก่คำพิพากษาต่อมาอีกหลายคดี จะเห็นได้ว่า ศาลฎีกาแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ได้กำหนดหลักเกณฑ์ของการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตไว้ในคำพิพากษาของศาล ซึ่งแม้ว่าหลักเกณฑ์ดังกล่าวอาจมีรายละเอียดแตกต่างกันตามข้อเท็จจริงแต่ละคดี แต่ก็ต้องเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยหรือเป็นไปตามประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเท่านั้น หากการกระทำนั้นเป็นไปตามหลักที่ศาลกำหนด และกระทำไปโดยสุจริต บุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ผู้อนุบาล โรงพยาบาล หรือบุคคลอื่น ๆ ก็ไม่มีความผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญาแต่อย่างใด

นอกจากนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ และมีการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตตามที่กำหนดไว้ในหนังสือดังกล่าว New Jersey Advance Directives for Health Care Act, 1991 ยังมีบทบัญญัติคุ้มกันมิให้บุคคลที่เกี่ยวข้องต้องรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญาอีกด้วย ซึ่งบุคคลที่กฎหมายบัญญัติให้ความคุ้มกันมีอยู่ 3 ประเภท ได้แก่ ตัวแทนด้านสุขภาพ (Health Care Representative) ผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (Health Care Professional) และสถาบันด้านสุขภาพ (Health Care Institution) ปรากฏอยู่ในกฎหมายนิวเจอร์ซีย์มาตรา 26:2H-73 ความว่า

---

[176] Matter of Conroy, 98 N.J. 321, 385, 486 A.2d 1209, 1242 (1985)

[177] Matter of Farrell, 108 N.J. 335, 529 A.2d 404 (1987)

[178] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, นิติเวชสาธกฉบับกฎหมายอาญากับการแพทย์ยุคไฮเทค, หน้า 110.

“a. ตัวแทนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดทางอาญาหรือทางแพ่งสำหรับการกระทำใด ๆ โดยสุจริตและสอดคล้องกับบทบัญญัติของพระราชบัญญัตินี้เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงในหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า

b. ผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่ต้องรับผิดทางอาญาหรือทางแพ่งหรือทางวินัยจากสถาบันด้านสุขภาพหรือคณะกรรมการการออกใบอนุญาตของรัฐสำหรับการกระทำผิดวิชาชีพในการกระทำใด ๆ โดยสุจริตและสอดคล้องกับบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้ กฎและระเบียบใด ๆ ที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ และยอมรับมาตรฐานวิชาชีพในการปฏิบัติตามข้อตกลงในหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า

c. สถาบันด้านสุขภาพไม่ต้องรับผิดทางอาญาหรือทางแพ่งสำหรับการกระทำใด ๆ โดยสุจริตและสอดคล้องกับบทบัญญัติของพระราชบัญญัตินี้เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงในหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า”[179]

ดังนั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้แล้ว หากการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นกระทำโดยบุคคลที่ผู้ป่วยแต่งตั้งให้เป็นตัวแทนด้านสุขภาพ นอกจากผู้กระทำจะมิต้องรับผิดทางอาญาตามแนวคำพิพากษาของศาลแล้ว มาตรา 26:2H-73 แห่งกฎหมายนิวเจอร์ซีย์ก็ยังมีบทบัญญัติให้ความคุ้มครองไว้อย่างชัดเจนอีกด้วย

กล่าวโดยสรุป การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ โดยหลักแล้วผู้กระทำต้องรับผิดทางอาญาในความผิดเกี่ยวกับชีวิต เพราะเป็นการทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย อย่างไรก็ตาม ศาลได้พิพากษาเป็นบรรทัดฐานให้สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตได้ เฉพาะกรณีที่กระทำไปตามหลักเกณฑ์ที่ศาลกำหนดและกระทำไปโดยสุจริตเท่านั้น โดยคำนึงถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยและประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสาระสำคัญ ดังนั้น แม้

---

[179] New Jersey Statutes Annotated, Section 26:2H-73 Immunities

“a. A health care representative shall not be subject to criminal or civil liability for any actions performed in good faith and in accordance with the provisions of this act to carry out the terms of an advance directive.

b. A health care professional shall not be subject to criminal or civil liability or to discipline by the health care institution or the respective State licensing board for professional misconduct for any actions performed in good faith and in accordance with the provisions of this act, any rules and regulations established by the Department of Health pursuant to this act, and accepted professional standards to carry out the terms of an advance directive.

c. A health care institution shall not be subject to criminal or civil liability for any actions performed in good faith and in accordance with the provisions of this act to carry out the terms of an advance directive.”

ผู้กระทำจะเป็นบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ หากกระทำไปตามหลักเกณฑ์ของศาลโดยสุจริตแล้ว ผู้กระทำก็มิต้องรับผิดทางอาญาแต่อย่างใด

4.6 สาธารณรัฐจีน

สาธารณรัฐจีนเป็นประเทศที่มีพัฒนาการเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน และเพิ่งบังคับใช้พระราชบัญญัติฉบับใหม่ ซึ่งกำหนดหลักเกณฑ์และข้อยกเว้นความรับผิดทางอาญาไว้อย่างชัดเจน ส่วนการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบก็มีความผิดฐานช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ เป็นความผิดที่มีโทษสถานเบารองจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา จึงสมควรศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศไทยต่อไป

4.6.1 ความทั่วไปของการทำให้ตายอย่างสงบในสาธารณรัฐจีน

จากการรายงานของ The Economist Intelligence Unit ในปี พ.ศ. 2558 ได้จัดอันดับคุณภาพการเสียชีวิตของประเทศต่าง ๆ ไว้ ซึ่งสาธารณรัฐจีนอยู่ในลำดับที่ 6 ของโลก ซึ่งถือเป็นอันดับหนึ่งของทวีปเอเชีย[180] แนวคิดเรื่องการตายอย่างสงบในสาธารณรัฐจีนจึงมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก โดยเริ่มจัดตั้งแผนกดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Ward) แห่งแรกในปี พ.ศ. 2533 และต่อมาจึงก่อตั้งศูนย์ดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในการจัดตั้งคณะสนับสนุนการดูแลประคับประคอง (Hospice Palliative Care Promotion Team) ให้มีหน้าที่จัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ประกอบวิชาชีพในการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย ดังนั้น ในปัจจุบันโรงพยาบาลส่วนใหญ่ของสาธารณรัฐจีนจึงมีแผนกและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจน ส่งผลให้การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยมีความก้าวหน้ามากที่สุดในทวีปเอเชีย[181]

Chulalongkorn University

ในปี พ.ศ. 2543 สาธารณรัฐจีนได้บังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต ได้แก่ Hospice Palliative Care Act, 2000 (Natural Death Act) โดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมอีก 3 รอบในปี พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2554 และพ.ศ. 2556[182] พระราชบัญญัติ

---

[180] The Economist Intelligence Unit, "The 2015 Quality of Death Index Ranking Palliative Care across the World," [Online] Accessed: 2 May 2019. Available from: https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf

[181] Cho Chun Ying, "From Cure to Care: The Development of Hospice Care in Taiwan," Hospice & Palliative Medicine International Journal 2, 5 (2018): 286.

[182] ในปี พ.ศ. 2545 อนุญาตให้ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ในกรณีที่ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าไว้โดยลำพัง ต่อมาในปี พ.ศ. 2554 อนุญาตให้ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ หากสมาชิกใน

ฉบับนี้มีบทบัญญัติให้บุคคลสามารถลงลายมือชื่อในคำสั่ง DNR (Do Not Resuscitate) เพื่อให้แพทย์ยับยั้งหรือยุติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานหรือที่เรียกว่า “ซีพีอาร์” (Cardiopulmonary Resuscitation) และเครื่องมือช่วยชีวิตอื่น ๆ ได้ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย[183] ยิ่งไปกว่านั้น หากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถลงลายมือชื่อในคำสั่ง DNR ได้ กฎหมายยังกำหนดให้ญาติใกล้ชิดสามารถให้ความยินยอมแทนได้อีกด้วย โดยกำหนดลำดับในการพิจารณาญาติของผู้ป่วยไว้อย่างละเอียด และในกรณีที่ไม่ปรากฏญาติของผู้ป่วย ให้แพทย์ตัดสินไปตามประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย[184]

คำว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” นี้ มาตรา 3 ของพระราชบัญญัติดังกล่าวได้ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือบุคคลที่ทุกข์ทรมานกับการบาดเจ็บหรือโรคที่ร้ายแรง และแพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ รวมทั้งการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์คาดคะเนได้ว่าจะถึงแก่ความตายในเวลาอันใกล้[185] โดยการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้ต้องกระทำโดยแพทย์ 2 ท่าน จึงสามารถทำตามคำสั่ง DNR ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้

อย่างไรก็ตาม Hospice Palliative Care Act, 2000 นั้นยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ไม่รองรับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า และไม่ครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยบางประเภท ด้วยเหตุนี้ ในเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2558 สาธารณรัฐจีนได้ผ่าน Patient Right to Autonomy Act, 2016 โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาชีวิตของตนเองได้มากขึ้น และขยายขอบเขตของการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตให้มากกว่าพระราชบัญญัติฉบับก่อน เนื่องจากใน Patient Right to Autonomy Act, 2016 ผู้ป่วยสามารถจัดทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเพื่อให้แพทย์ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตได้ โดยในมาตรา 14[186] ได้กำหนดผู้ป่วย 5 ประเภทที่แพทย์สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตได้ ได้แก่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ครอบครัวทั้งหมดให้ความยินยอมและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ต่อมาในปี พ.ศ. 2556 (ฉบับปัจจุบัน) อนุญาตให้กระทำดังกล่าวได้ หากสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คนให้ความยินยอม

[183] Chen RC, "Providing Patients with Dementia and Neurological Diseases a Dignified Peaceful Demise," Baoj Palliative Medicine 2, 1 (2016).

[184] Hospice Palliative Care Act 2000, Section 7

[185] Hospice Palliative Care Act 2000, Section 3

“Definitions:

Terminal illness patients: This term refers to those who suffer from serious injury or illness, and are diagnosed by a physician as incurable, and there is medical evidence showed that the prognosis is fatal within near future.”

[186] Patient Right to Autonomy Act 2016, Section 14

“ Should a patient, who has made an advance decision, meet any one of the following clinical conditions, the medical institution or physician may, in accordance with the advance decision, partially or fully terminate, withdraw, or withhold life-sustaining treatments, artificial nutrition and hydration:

1. The patient is terminally ill.

1) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2) ผู้ป่วยมีสภาวะหมดสติจนไม่สามารถฟื้นคืนได้

3) ผู้ป่วยมีสภาพผักถาวร

4) ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะสมองเสื่อมอย่างรุนแรง

5) โรคอื่น ๆ ที่ประกาศโดยเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจ ซึ่งจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้ กล่าวคือ ความเจ็บป่วยหรือความทุกข์ทรมานนั้นไม่สามารถทนทานได้ และโรคนี้รักษาไม่หายและไม่มีทางเลือกการรักษาอื่นที่เหมาะสมตามมาตรฐานทางการแพทย์ ณ เวลาที่เกิดโรค

ดังนั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า และมีแพทย์ 2 ท่านวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขที่กำหนดไว้ 5 ประเภทนี้ แพทย์ก็สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตต่าง ๆ ซึ่งรวมไปถึงสายยางให้อาหารของผู้ป่วยได้อีกด้วย

ส่วนการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้นยังเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมายและไม่ข้อยกเว้นใด ๆ ให้กระทำได้ ดังนั้น ผู้กระทำจึงต้องรับผิดทางอาญาเสมอ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการเร่งให้ตายอย่างสงบจะผิดกฎหมาย แต่ก็ยังได้รับการกล่าวถึงในสาธารณรัฐจีนอยู่เรื่อย ๆ เช่น ในปี พ.ศ. 2553 Wang Xiao min ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุและตกอยู่ในสภาพผักถาวรมาเป็นเวลากว่า 47 ปี ได้เสียชีวิตลงในขณะที่อายุ 64 ปี ยิ่งเป็นการตอกย้ำให้สังคมเห็นถึงความสำคัญของการตายอย่างสงบมากขึ้น นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2559 Fu Ta-jen ผู้ประกาศข่าวชื่อดังได้เขียนจดหมายถึงประธานาธิบดีเพื่อเรียกร้องให้ผลักดันกฎหมายเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบหรือการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ เพื่อมิให้ผู้ป่วยบางประเภทต้องทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวดเป็นเวลานาน ประธานาธิบดีจึงส่งเรื่องให้คณะรัฐมนตรีจัดการกับปัญหาดังกล่าว[187] จะเห็นได้ว่า แม้ในปัจจุบันการเร่งให้ตายอย่างสงบในสาธารณรัฐจีนยังไม่สามารถทำได้ แต่หากประชาชนส่วนใหญ่เห็นพ้องต้องกัน ก็อาจขยายขอบเขตของการทำให้ตายอย่างสงบได้ในอนาคต

---

2. The patient is in an irreversible coma.

3. The patient is in permanent vegetative state.

4. The patient is suffering from severe dementia.

5. Other disease conditions, announced by the central competent authority, that shall meet all of the following requirements that the conditions or sufferings are unbearable, that the disease is incurable and that there are no other appropriate treatment options available given the medical standards at the time of the disease's occurrence."

[187] Cho Chun Ying, "From Cure to Care: The Development of Hospice Care in Taiwan," Hospice & Palliative Medicine International Journal: 287.

4.6.2 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

ประมวลกฎหมายอาญาของสาธารณรัฐจีนบัญญัติความผิดเกี่ยวกับชีวิตไว้ในหมวด 22 ตั้งแต่มาตรา 271 ถึงมาตรา 276 ได้แก่ 1) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 271 2) ความผิดฐานฆ่าบุพการีตามตามมาตรา 272 3) ความผิดฐานฆ่าโดยบันดาลโทสะตามมาตรา 273 4) ความผิดฐานมารดาฆ่าทารกตามมาตรา 274 5) ความผิดฐานช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 275 และ 6) ความผิดฐานประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามมาตรา 276

สำหรับความผิดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบนั้น มีอยู่ 2 ฐานความผิด ได้แก่ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 271 และความผิดฐานช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 275 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) <u>ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา มาตรา 271</u>

“ผู้ใดทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกไม่น้อยกว่า 10 ปี

ความพยายามกระทำความผิดตามที่ระบุในวรรคก่อน ต้องระวางโทษ

บุคคลที่ตระเตรียมการกระทำความผิดตามที่ระบุในวรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี”[188]

ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 271 เป็นความผิดบทหลักในหมวดความผิดเกี่ยวกับชีวิต โดยกำหนดองค์ประกอบความผิดคือ (1) ผู้ใด (2) ทำให้ถึงแก่ความตาย (3) ผู้อื่น เท่านั้น เมื่อผู้กระทำมีเจตนาทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ผู้กระทำก็ต้องรับผิดตามมาตรา 271 เสมอ ไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยไตร่ตรองไว้ก่อนหรือไม่ก็ตาม เพราะกรณีที่ผู้กระทำจะต้องรับโทษหนักขึ้นมีเพียงกรณีเดียวคือ การฆ่าบุพการีที่บัญญัติไว้ในมาตรา 272 ดังนั้นในกรณีที่การเร่งให้ตายอย่างสงบกระทำต่อบุพการีของตน ผู้กระทำจะต้องระวางโทษประหารชีวิตหรือจำคุกตลอดชีวิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[188] Criminal Code of the Republic of China, Section 271

“A person who takes the life of another shall be sentenced to death or life imprisonment or imprisonment for not less than ten years.

An attempt to commit an offense specified in the preceding paragraph is punishable.

A person who prepares to commit an offense specified in paragraph 1 shall be sentenced to imprisonment for not more than two years.”

เท่านั้น แตกต่างจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาที่กำหนดโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกไม่น้อยกว่า 10 ปี

2) <u>ความผิดฐานช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ มาตรา 275</u>

“ผู้ใดสนับสนุนหรือช่วยเหลือผู้อื่นให้ฆ่าตัวตายหรือทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามคำร้องขอหรือความยินยอมของผู้นั้น ต้องระวางโทษจำคุกไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 7 ปี

ความพยายามกระทำความผิดตามที่ระบุในวรรคก่อน ต้องระวางโทษ”[189]

มาตรา 275 เป็นกรณีที่ผู้กระทำเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยสมัครใจ ไม่ว่าจะในรูปแบบของการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือการทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามคำร้องขอหรือความยินยอมของผู้ตายก็ตาม ดังนั้น หากการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้นเกิดจากผู้ป่วยร้องขอ หรือผู้ป่วยให้ความยินยอมโดยชัดแจ้ง ผู้กระทำก็รับผิดเพียงมาตรา 275 ซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษสถานเบา โดยไม่ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 271 อีก

สำหรับอัตราโทษตามมาตรา 275 คือ โทษจำคุกไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 7 ปี ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราโทษในมาตรา 271 จะเห็นว่า โทษสูงสุดในมาตรา 275 คือจำคุกไม่เกิน 7 ปี ยังเป็นอัตราที่น้อยกว่าโทษจำคุกขั้นต่ำในมาตรา 271 เสียอีก ในกรณีเช่นนี้ศาลจึงสามารถกำหนดโทษสถานเบาแก่ผู้กระทำผิดได้

กล่าวโดยสรุป การเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในสาธารณรัฐจีนไม่มีบทบัญญัติที่รองรับการกระทำดังกล่าว จึงถือว่าไม่ชอบด้วยกฎหมาย ผู้กระทำจึงต้องรับผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญาของสาธารณรัฐจีน ดังนั้น ไม่ว่าผู้กระทำจะเป็นแพทย์หรือบุคคลอื่นก็ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 271 แต่หากการฆ่านั้นกระทำไปตามคำร้องขอหรือความยินยอมของผู้ป่วย ผู้กระทำก็รับผิดเพียงฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 275 เท่านั้น

4.6.3 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในสาธารณรัฐจีนนั้นได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่ มีทั้ง Hospice Palliative Care Act, 2000 และ Patient Right to

---

[189] Criminal Code of the Republic of China, Section 275

“A person who abet or assist another to commit suicide or who causes the death of another upon his request or with his consent shall be sentenced to imprisonment for not less than one year but not more than seven years.

An attempt to commit an offense specified in the preceding paragraph is punishable.”

Autonomy Act, 2016 ที่มีบทบัญญัติอนุญาตให้แพทย์ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตได้ หากเป็นไปตามคำสั่ง DNR ที่ผู้ป่วยลงลายมือชื่อไว้ หรือเป็นไปตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย

สำหรับประเด็นเรื่องความรับผิดทางอาญาสำหรับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้น ใน Patient Right to Autonomy Act, 2016 นอกจากจะกำหนดหลักเกณฑ์ในการกระทำดังกล่าวแล้ว ยังมีบทบัญญัติคุ้มกันมิให้สถาบันทางการแพทย์หรือแพทย์ต้องรับผิดทางอาญาอีกด้วย ซึ่งปรากฏอยู่ในมาตรา 14 บัญญัติว่า

> *“สถาบันทางการแพทย์หรือแพทย์ไม่จำต้องรับผิดทางอาญาหรือทางปกครอง เมื่อได้ยุติ เพิกถอน หรือยับยั้งเครื่องมือช่วยชีวิต และ/หรือการให้สารอาหารและน้ำตามหลักเกณฑ์ในมาตรานี้ ทั้งสองไม่ต้องรับผิดในค่าเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้น เว้นแต่กระทำโดยเจตนาหรือประมาทอย่างร้ายแรงและฝ่าฝืนหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย”*[190]

จะเห็นได้ว่า พระราชบัญญัติฉบับนี้มีบทบัญญัติยกเว้นความรับผิดสำหรับบุคคล 2 ประเภทเท่านั้นคือ 1) สถาบันทางการแพทย์ และ 2) ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ส่วนบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากบุคคลดังกล่าวไม่ได้มีบทบัญญัติยกเว้นความรับผิดไว้แต่อย่างใด ดังนั้น ในกรณีที่บุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ไปยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตเสียเอง ก็อาจต้องรับผิดทางอาญาในความผิดเกี่ยวกับชีวิตได้เช่นกัน

กล่าวโดยสรุป การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในสาธารณรัฐจีนมี Hospice Palliative Care Act, 2000 และ Patient Right to Autonomy Act, 2016 อนุญาตให้กระทำได้ โดยกำหนดให้แพทย์ 2 ท่านเป็นผู้วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่กฎหมายกำหนดหรือไม่ ซึ่งหากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการตามที่กำหนดและได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ แพทย์ก็สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตได้โดยไม่ต้องรับผิดทางอาญา ส่วนบุคคลอื่น ๆ นอกจากแพทย์ไม่มีบทบัญญัติยกเว้นความรับผิดไว้อย่างชัดเจน ผู้กระทำจึงมีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 271 หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 275 ได้

---

[190] Patient Right to Autonomy Act 2015, Section 14

“A medical institution or physician shall not be subject to criminal or administrative liability when it, he or she terminates, withdraws or withholds life-sustaining treatment and/or artificial nutrition and hydration in accordance with the regulations in this article; they shall bear no responsibility of compensation for the damage incurred, unless intentional or grossly negligent conduct and violation of the advance decision of patients are involved.”

4.7 สาธารณรัฐสิงคโปร์

ประมวลกฎหมายอาญาสิงคโปร์นั้นมีความผิดเกี่ยวกับชีวิตที่แตกต่างไปจากประเทศอื่น ๆ เนื่องจากกรณีที่ผู้ตายให้ความยินยอม กฎหมายกำหนดเป็นข้อยกเว้นมิให้ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา อีกทั้งยังกำหนดอายุของผู้ให้ความยินยอมไว้อย่างชัดเจนอีกด้วย นอกจากนี้ ในเรื่องการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต ก็ยังมีพระราชบัญญัติที่กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และข้อยกเว้นความรับผิดทางอาญาไว้อย่างชัดเจนอีกด้วย การศึกษากฎหมายของสาธารณรัฐสิงคโปร์จึงเป็นประโยชน์ต่อการแสวงหาความรับผิดทางอาญาที่เหมาะสมสำหรับผู้กระทำผิดเป็นอย่างยิ่ง

4.7.1 ความทั่วไปของการทำให้ตายอย่างสงบในสาธารณรัฐสิงคโปร์

แนวคิดเรื่องการทำให้ตายอย่างสงบในสาธารณรัฐสิงคโปร์จึงถือว่ามีความก้าวหน้าเป็นอันดับต้น ๆ ของเอเชีย เริ่มจากการเห็นความสำคัญของปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์และปัญหาในการตัดสินใจของญาติของผู้ป่วย ส่งผลให้มีการผลักดันกฎหมายว่าด้วยการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีสิทธิปฏิเสธการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตและจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี[191] จนในที่สุดรัฐสภาจึงผ่านกฎหมายดังกล่าวคือ Advance Medical Directive Act, 1996 เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2539 และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2540

ในพระราชบัญญัติฉบับนี้มีกำหนดนิยามของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจนในมาตรา 2 ซึ่งบัญญัติว่า

> *""การป่วยระยะสุดท้าย" หมายถึงภาวะที่รักษาไม่หายอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคซึ่งไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้ได้โดยชั่วคราวหรือถาวร ซึ่ง -*
>
> *(a) ในการตัดสินใจอย่างสมเหตุสมผลของแพทย์ ความตายนั้นใกล้จะถึง โดยไม่คำนึงถึงการใช้วิธีการรักษาที่ยืดชีวิตเป็นพิเศษ*
>
> *(b) การใช้การรักษาที่ยืดชีวิตเป็นพิเศษนั้นจะเป็นการเลื่อนเวลาเสียชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น"*[192]

---

[191] Ter Kah Leng and Susanna Leong Huey Sy, "Advanced Medical Directives in Singapore," Medical Law Review 5, 1 (Spring 1997): 63.

[192] Advance Medical Directive Act 1996, Section 2

" "terminal illness" means an incurable condition caused by injury or disease from which there is no reasonable prospect of a temporary or permanent recovery where —

จากคำนิยาม “การป่วยระยะสุดท้าย” ข้างต้น คำว่า “การรักษาที่ยืดชีวิตเป็นพิเศษ” (Extraordinary Life-Sustaining Treatment) นั้นได้กำหนดนิยามไว้อย่างชัดเจนในมาตราเดียวกันว่า ไม่รวมถึงการดูแลประคับประคองด้วย (Palliative Care)[193] ซึ่งการให้อาหารและน้ำแก่ผู้ป่วยนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลประคับประคอง[194] ดังนั้น จากคำนิยามจึงเห็นได้ชัดเจนว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวร (Persistent Vegetative State หรือ PVS) เนื่องจากผู้ป่วยดังกล่าวสามารถมีชีวิตอยู่ได้ต่อไปเรื่อย ๆ ด้วยการให้อาหารทางสายยาง[195] ซึ่งในประเด็นนี้เป็นข้อกังวลที่มีมาตั้งแต่จัดทำร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวแล้ว คณะกรรมการร่างพระราชบัญญัติจึงได้ให้ความเห็นไว้อย่างชัดเจนว่า ผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวรนั้นไม่ถือเป็นการป่วยระยะสุดท้าย และอยู่นอกขอบเขตของพระราชบัญญัติฉบับนี้[196] จึงสรุปได้ชัดเจนว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสาธารณรัฐสิงคโปร์ไม่รวมไปถึงผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวรแต่อย่างใด

ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อแพทย์ที่ทำการรักษาให้ความเห็นว่า ผู้ป่วยที่ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้านั้นเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว จะต้องได้รับความเห็นจากแพทย์อีก 2 ท่านว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย และหากแพทย์ทั้ง 2 ท่านนี้มีความเห็นที่ขัดแย้งกัน จะต้องส่งเรื่องให้คณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางทั้งหมด 3 ท่านเป็นผู้วินิจฉัย[197]

ดังนั้น พระราชบัญญัติฉบับนี้จึงเป็นการอนุญาตให้แพทย์สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ หากเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยในหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า นอกจากนี้ ยังมีบทบัญญัติที่ยกเว้นความรับผิดสำหรับแพทย์ในการกระทำไปตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยอีกด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

(a) death would, within reasonable medical judgment, be imminent regardless of the application of extraordinary life-sustaining treatment; and

(b) the application of extraordinary life-sustaining treatment would only serve to postpone the moment of death of the patient."

[193] Advance Medical Directive Act 1996, Section 2

" "extraordinary life-sustaining treatment" means any medical procedure or measure which, when administered to a terminally ill patient, will only prolong the process of dying when death is imminent, but excludes palliative care;"

[194] Advance Medical Directive Act 1996, Section 2

""palliative care" includes —

(a) the provision of reasonable medical procedures for the relief of pain, suffering or discomfort; and

(b) the reasonable provision of food and water;"

[195] Ter Kah Leng and Susanna Leong Huey Sy, "Advanced Medical Directives in Singapore," Medical Law Review: 72.

[196] Ibid., p. 67.

[197] Advance Medical Directive Act 1996, Section 9

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันสาธารณรัฐสิงคโปร์ยังไม่อนุญาตให้มีการเร่งให้ตายอย่างสงบ โดยใน Advance Medical Directive Act, 1996 มาตรา 17 ได้บัญญัติไว้ชัดเจนว่า พระราชบัญญัติฉบับนี้ไม่รวมไปถึงการเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ที่นอกเหนือไปจากการให้ผู้ป่วยจากไปตามธรรมชาติ อีกทั้งยังบัญญัติชัดเจนว่า พระราชบัญญัติฉบับนี้ไม่ได้เป็นการอนุญาตการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ หรือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายอีกด้วย[198] ดังนั้น เมื่อการเร่งให้ตายอย่างสงบยังไม่มีกฎหมายอนุญาตให้กระทำได้ บุคคลใด ๆ ที่กระทำการดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือบุคคลอื่นจึงต้องรับผิดทางอาญาเสมอ

4.7.2 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

สาธารณรัฐสิงคโปร์รวบรวมกฎหมายอาญาไว้ในประมวลกฎหมายอาญาสิงคโปร์ ซึ่งในลักษณะที่ 16 ว่าด้วยความผิดเกี่ยวกับร่างกายมนุษย์ ได้บัญญัติความผิดเกี่ยวกับชีวิตไว้ตั้งแต่มาตรา 299 ถึงมาตรา 311 ประกอบไปด้วยความผิด 3 ประเภท ได้แก่ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (Murder) ความผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย (Culpable Homicide) และความผิดฐานประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย[199]

สำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้นต้องเป็นการกระทำที่มีเจตนา ดังนั้น บทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการเร่งให้ตายอย่างสงบจึงมีอยู่ 2 ความผิด ได้แก่ ความผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามมาตรา 299 และความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 300 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ความผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย (Culpable Homicide) มาตรา 299

> *“ผู้ใดทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย โดยมีเจตนาทำให้ตาย หรือเจตนาทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บสาหัสจนอาจถึงแก่ชีวิต หรือโดยรู้ว่าการกระทำเช่นนี้เป็นเหตุให้ถึงแก่ความตาย ผู้นั้นกระทำผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย”*[200]

---

[198] Advance Medical Directive Act 1996, Section 17

“(1) Nothing in this Act shall authorise an act that causes or accelerates death as distinct from an act that permits the dying process to take its natural course.

(2) For the avoidance of doubt, it is hereby declared that nothing in this Act shall condone, authorise or approve abetment of suicide, mercy killing or euthanasia.”

[199] KL Koh, CMV Clarkson, and NA Morgan, Criminal Law in Singapore and Malaysia: Text and Materials (Singapore: Malayan Law Journal Pte Ltd, 1989), p. 397.

[200] Singapore Penal Code, Section 299 Culpable Homicide

“Whoever causes death by doing an act with the intention of causing death, or with the intention of causing such bodily injury as is likely to cause death, or with the knowledge that he is likely by such act to cause death, commits the offence of culpable homicide.”

มาตรา 299 เป็นความผิดทั่วไปของความผิดเกี่ยวกับชีวิต โดยมีองค์ประกอบภายนอกคือ การทำให้บุคคลอื่นถึงแก่ความตาย ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ใช้กับความผิดเกี่ยวกับชีวิตทั้งสามความผิด เพราะความผิดแต่ละชนิดแตกต่างกันที่องค์ประกอบภายในของผู้กระทำผิดเท่านั้น ในมาตรา 299 กำหนดองค์ประกอบภายในไว้ 3 ประเภท คือ (1) เจตนาทำให้ตาย (2) เจตนาทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บสาหัสจนอาจถึงแก่ชีวิต (3) รู้ว่าการกระทำเช่นนี้เป็นเหตุให้ถึงแก่ความตาย หากการทำผู้อื่นถึงแก่ความตายกระทำไปโดยมีเจตนาอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้นนี้ ผู้กระทำก็มีความผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามมาตรา 299

ส่วนอัตราโทษของความผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายที่ไม่ถือเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนานั้นบัญญัติอยู่ในมาตรา 304[201] กล่าวคือ หากเป็นการกระทำมีเจตนาทำให้ตายหรือเจตนาทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บสาหัสจนอาจถึงแก่ชีวิตต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิตและเฆี่ยน หรือจำคุกไม่เกิน 20 ปีและลงโทษปรับหรือเฆี่ยน แต่หากกระทำโดยรู้ว่าการกระทำเช่นนี้เป็นเหตุให้ถึงแก่ความตาย โดยไม่มีเจตนาฆ่าหรือทำให้บาดเจ็บสาหัส ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี หรือปรับ หรือเฆี่ยน หรือลงโทษหลายอย่างรวมกันก็ได้

นอกจากนี้ การพยายามกระทำผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ยังกำหนดอัตราโทษไว้ในมาตรา 308[202] ไว้โดยเฉพาะ กล่าวคือ การพยายามทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายแต่ไม่เป็นการฆ่าโดยเจตนา ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 7 ปีหรือปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับ และหากมีบุคคลได้รับบาดเจ็บการกระทำนั้น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 15 ปี หรือปรับ หรือเฆี่ยน หรือลงโทษหลายอย่างรวมกันก็ได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[201] Singapore Penal Code, Section 304 Punishment for culpable homicide not amounting to murder

"Whoever commits culpable homicide not amounting to murder shall —

(a) if the act by which death is caused is done with the intention of causing death, or of causing such bodily injury as is likely to cause death, be punished with —

(i) imprisonment for life, and shall also be liable to caning; or

(ii) imprisonment for a term which may extend to 20 years, and shall also be liable to fine or to caning; or

(b) if the act is done with the knowledge that it is likely to cause death, but without any intention to cause death, or to cause such bodily injury as is likely to cause death, be punished with imprisonment for a term which may extend to 10 years, or with fine, or with caning, or with any combination of such punishments."

[202] Singapore Penal Code, Section 308 Attempt to commit culpable homicide

"Whoever does any act with such intention or knowledge and under such circumstances that if he by that act caused death he would be guilty of culpable homicide not amounting to murder, shall be punished with imprisonment for a term which may extend to 7 years, or with fine, or with both; and if hurt is caused to any person by such act, the offender shall be punished with imprisonment for a term which may extend to 15 years, or with fine, or with caning, or with any combination of such punishments."

2) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (Murder) มาตรา 300

“ในกรณีดังต่อไปนี้ การทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายถือเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา

(a) หากการกระทำที่ทำให้ตายนั้นเป็นการกระทำโดยมีเจตนาทำให้ตาย

(b) หากกระทำโดยเจตนาที่จะก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย โดยผู้กระทำผิดรู้ว่ามีแนวโน้มที่บุคคลที่ถูกทำร้ายจะถึงแก่ความตาย

(c) หากกระทำโดยเจตนาที่จะก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง และการบาดเจ็บทางร่างกายที่ประสงค์จะทำนั้นเพียงพอที่จะทำให้ถึงแก่ความตายไปตามธรรมชาติ

(d) หากผู้กระทำผิดกระทำโดยรู้ว่าการกระทำดังกล่าวเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง ซึ่งอาจทำให้ถึงแก่ความตายหรือบาดเจ็บทางร่างกายได้ทุกเมื่อ และยังกระทำการนั้นไปโดยปราศจากข้อต่อสู้ใด ๆ ในการทำให้ตายหรือบาดเจ็บข้างต้น”[203]

ในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนานั้น มีองค์ประกอบภายในที่แตกต่างจากความผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามมาตรา 299 โดยต้องพิจารณาองค์ประกอบภายใน 4 ประเภทดังที่ได้บัญญัติไว้อย่างชัดเจนใน (a) ถึง (d) ซึ่งองค์ประกอบภายในทั้ง 4 ประเภทนี้ส่งผลต่ออัตราโทษที่กำหนดไว้ในมาตรา 302[204] ด้วย กล่าวคือ หากเป็นการกระทำตามมาตรา 300 (a) ต้องระวางโทษประหารชีวิต ส่วนการกระทำตามมาตรา 300 (b)(c)(d) ต้องระวางโทษประหารชีวิต หรือจำคุกตลอดชีวิตและเฆี่ยน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[203] Singapore Penal Code, Section 300 Murder

“Except in the cases hereinafter excepted culpable homicide is murder —

(a) if the act by which the death is caused is done with the intention of causing death;

(b) if it is done with the intention of causing such bodily injury as the offender knows to be likely to cause the death of the person to whom the harm is caused;

(c) if it is done with the intention of causing bodily injury to any person, and the bodily injury intended to be inflicted is sufficient in the ordinary course of nature to cause death; or

(d) if the person committing the act knows that it is so imminently dangerous that it must in all probability cause death, or such bodily injury as is likely to cause death, and commits such act without any excuse for incurring the risk of causing death, or such injury as aforesaid.”

[204] Singapore Penal Code, Section 302 Punishment for murder

“(1) Whoever commits murder within the meaning of section 300(a) shall be punished with death.

(2) Whoever commits murder within the meaning of section 300(b), (c) or (d) shall be punished with death or imprisonment for life and shall, if he is not punished with death, also be liable to caning.”

แม้ว่าเจตนาในมาตรา 299 และในมาตรา 300 จะมีความคล้ายคลึงและเชื่อมโยงกัน แต่การแบ่งแยกบทบัญญัติออกเป็นมาตรา 299 และมาตรา 300 นั้นมีเหตุผล 2 ประการ คือ ประการแรก ทุกความผิดที่เข้ามาตรา 300 จะเข้ามาตรา 299 ซึ่งเป็นความผิดทั่วไปเสมอ และประการที่สอง หากการกระทำนั้นเข้าข้อยกเว้นที่กำหนดไว้ในมาตรา 300 เช่น การกระทำโดยบันดาลโทสะ หรือการเร่งให้ตายอย่างสงบ ผู้กระทำก็รับผิดเพียงมาตรา 299 แม้ว่าจะมีเจตนาฆ่าก็ตาม ดังนั้น ข้อยกเว้นความผิดที่กำหนดไว้ในมาตรา 300 จึงเป็นบทบัญญัติที่ลดหย่อนโทษอย่างเป็นทางการ แตกต่างจากการให้ศาลใช้ดุลพินิจลดหย่อนโทษ ซึ่งถือเป็นการลดหย่อนโทษที่ไม่เป็นทางการเท่านั้น[205]

สำหรับข้อยกเว้นที่บัญญัติไว้ในมาตรา 300 นั้นเป็นข้อยกเว้นในกรณีที่ไม่ถือว่าเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 300 แต่รับผิดเพียงความผิดฐานฆ่าผู้อื่นเท่านั้น ซึ่งในมาตรา 300 กำหนดข้อยกเว้นดังกล่าวไว้ 7 กรณี ได้แก่

(1) บันดาลโทสะ (Provocation)

(2) ป้องกันเกินกว่าเหตุ (Exceeding Private Defence)

(3) การใช้อำนาจรัฐเกินกว่าเหตุ (Exceeding Public Powers)

(4) การทะเลาะวิวาทอย่างฉับพลัน (Sudden Fight)

(5) ความยินยอม (Consent)

(6) มารดาฆ่าทารก (Infanticide)

(7) เหตุหย่อนความรับผิดทางอาญา (Diminished Responsibility)

ข้อยกเว้นที่มีความเกี่ยวข้องกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยตรง ได้แก่ ข้อยกเว้นเรื่องความยินยอมตาม (5) ซึ่งบัญญัติไว้ดังนี้

> *“ข้อยกเว้นที่ 5 – การทำให้ตายไม่ถือเป็นการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา หากผู้ตายอายุเกินกว่า 18 ปี กำลังทุกข์ทรมานกับความตายหรือยอมรับความเสี่ยงในการตายด้วยความยินยอมของเขาเอง”*[206]

---

[205] KL Koh, CMV Clarkson and NA Morgan, Criminal Law in Singapore and Malaysia: Text and Materials, p. 399.

[206] Singapore Penal Code, Section 300 Murder

“Exception 5.—Culpable homicide is not murder when the person whose death is caused, being above the age of 18 years, suffers death or takes the risk of death with his own consent.”

ในข้อยกเว้นที่ 5 เรื่องความยินยอมนั้นเป็นบทบัญญัติสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบโดยตรง โดยผู้ถูกกระทำจะต้องให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจและเป็นความยินยอมอย่างแท้จริง มิได้เกิดจากความกลัวหรือการเข้าใจผิดในข้อเท็จจริง มิฉะนั้นจะไม่ถือว่าเป็นความยินยอมตามมาตรานี้[207] ซึ่งข้อยกเว้นที่ 5 นี้ครอบคลุมถึงการเร่งให้ตายอย่างสงบในกรณีที่ผู้ป่วยให้ความยินยอม ผู้กระทำผิดจึงไม่ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 300 แต่รับผิดเพียงฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามมาตรา 299 เท่านั้น

อย่างไรก็ตาม ข้อยกเว้นนี้ไม่ครอบคลุมถึงการเร่งให้ตายอย่างสงบทุกกรณี เช่น ผู้ป่วยอายุไม่เกิน 18 ปี หรือผู้ป่วยอยู่ในอาการโคม่าจนไม่สามารถให้ความยินยอมได้ กรณีเหล่านี้แม้ไม่เข้าข้อยกเว้นที่ 5 ซึ่งเป็นบทบัญญัติที่กำหนดไว้โดยตรง แต่ในทางปฏิบัติศาลอาจตีความเข้าข้อยกเว้นที่ 7 เรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญาได้เช่นกัน[208] เพื่อให้เกิดความยุติธรรมในการลงโทษแก่ผู้กระทำผิด ซึ่งข้อยกเว้นที่ 7 เรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญานั้นกำหนดว่า

> *“ข้อยกเว้นที่ 7 – การทำให้ตายไม่ถือเป็นการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา หากผู้กระทำความผิดกำลังเผชิญกับความผิดปกติทางจิตใจ (ไม่ว่าจะเกิดจากพัฒนาการทางจิตใจที่หยุดชะงักหรือช้าลง หรือสาเหตุใด ๆ ที่เกิดจากโรคหรือการบาดเจ็บ) ซึ่งทำให้ลดความรู้ผิดชอบของจิตใจสำหรับการกระทำและการงดเว้นในการทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายหรือมีส่วนร่วมในการทำให้ถึงแก่ความตาย”*[209]

ข้อยกเว้นที่ 7 เรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญานั้น เป็นบทบัญญัติกรณีที่ผู้กระทำผิดมีความผิดปกติของจิตใจในขณะกระทำความผิด ซึ่งแม้ว่าบทบัญญัติจะกำหนดองค์ประกอบเอาไว้อย่างชัดเจน แต่ในบางประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษ หากผู้กระทำผิดต้องเผชิญกับภาวะที่ลำบากใจ ศาลจะมองข้ามบทบัญญัติที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัดนี้และตีความเข้าเหตุดังกล่าวเพื่อมิให้ผู้กระทำผิดต้องรับโทษที่รุนแรงจนเกินไป โดย Glanville Williams ได้ให้ความเห็นไว้ว่า การตีความเรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญาสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้น เป็นการตีความโดยใช้หลักศีลธรรมมากกว่าการใช้แนวคิดทางจิตวิทยา เพื่อให้เกิดความยุติธรรมในการลงโทษทางอาญา

---

[207] KL Koh, CMV Clarkson and NA Morgan, Criminal Law in Singapore and Malaysia: Text and Materials, p. 464.

[208] Ibid., p. 466.

[209] Singapore Penal Code, Section 300 Murder

“Exception 7.—Culpable homicide is not murder if the offender was suffering from such abnormality of mind (whether arising from a condition of arrested or retarded development of mind or any inherent causes or induced by disease or injury) as substantially impaired his mental responsibility for his acts and omissions in causing the death or being a party to causing the death.”

ทั้งนี้ แม้ว่าสาธารณรัฐสิงคโปร์จะยังไม่มีคดีเช่นนี้ขึ้นสู่ศาลโดยตรง แต่ศาลก็สามารถตีความข้อยกเว้นที่ 7 นี้เพื่อลงโทษแก่ผู้กระทำความผิดได้ตามแนวคำพิพากษาของศาลอังกฤษได้เช่นกัน[210]

กล่าวโดยสรุป การเร่งให้ตายอย่างสงบในสาธารณรัฐสิงคโปร์ ไม่ว่าผู้กระทำจะเป็นแพทย์หรือเป็นบุคคลอื่นก็ต้องรับผิดทางอาญาทั้งสิ้น โดยทั่วไปการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้น ผู้กระทำมีเจตนาทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเร็วขึ้น จึงเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 300 อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีอายุเกินกว่า 18 ปี และยินยอมให้ผู้นั้นฆ่าตนเอง จะเข้าข้อยกเว้นที่ 5 เรื่องความยินยอม ส่งผลให้ผู้กระทำรับผิดเพียงความผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามมาตรา 299 เท่านั้น นอกจากนี้ ในกรณีที่ไม่ครบองค์ประกอบตามข้อยกเว้นที่ 5 ศาลก็สามารถตีความโดยใช้ข้อยกเว้นที่ 7 เรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญา โดยนำแนวทางจากประเทศอังกฤษมาใช้เพื่อมิให้ผู้กระทำได้รับโทษที่รุนแรงจนเกินไปได้เช่นกัน

4.7.3 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า สาธารณรัฐสิงคโปร์มี Advance Medical Directive Act, 1996 บัญญัติเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน ในพระราชบัญญัติฉบับนี้จึงบัญญัติว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย ไม่ถือว่าเป็นเหตุให้ผู้นั้นถึงแก่ความตาย ซึ่งปรากฏอยู่ในมาตรา 20 ว่า

> *“(1) ตามเจตนารมณ์ของกฎหมายของสิงคโปร์ การไม่ใช้วิธีการรักษาที่ยืดชีวิตเป็นพิเศษ หรือการยับยั้งหรือเพิกถอนการรักษานั้นจากบุคคลที่ทุกข์ทรมานกับการป่วยระยะสุดท้าย ไม่ถือเป็นเหตุให้ผู้นั้นถึงแก่ความตาย เมื่อการไม่ใช้หรือการยับยั้งหรือเพิกถอนนั้นเป็นการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าที่บุคคลนั้นกระทำโดยสมบูรณ์ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้”*[211]

นอกจากนี้ยังมีบทบัญญัติที่ยกเว้นความรับผิดทางอาญาสำหรับผู้กระทำการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตอีกด้วย ปรากฏอยู่ในมาตรา 19 ซึ่งกำหนดว่า

---

[210] KL Koh, CMV Clarkson and NA Morgan, Criminal Law in Singapore and Malaysia: Text and Materials, pp. 472-473.

[211] Advance Medical Directive Act 1996, Section 19

“(1) For the purposes of the laws of Singapore, the non-application of extraordinary life-sustaining treatment to, or the withdrawal of extraordinary life-sustaining treatment from, a person suffering from a terminal illness shall not constitute a cause of death where the non-application or withdrawal was as a result of and in compliance with a directive validly made in accordance with this Act by the person.”

“(1) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ไม่จำต้องรับผิดทั้งทางแพ่ง ทางอาญาหรือทางวินัยเกี่ยวกับการประพฤติผิดทางวิชาชีพ สำหรับการตัดสินใจด้วยความสุจริตและปราศจากความประมาท หากว่า

(a) ผู้ป่วยได้รับหรือไม่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการป่วยระยะสุดท้าย;

(b) ผู้ป่วยได้เพิกถอนหรือตั้งใจที่จะเพิกถอนหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า;

(c) ในขณะที่ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ผู้ป่วยสามารถหรือไม่สามารถเข้าใจลักษณะหรือผลที่ตามมาของหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า หรือ

(d) หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้ามีผลสมบูรณ์

(2) บุคคลที่ทำตามคำสั่งของแพทย์ไม่จำต้องรับผิดทั้งทางแพ่งหรือทางอาญาหรือทางวินัยสำหรับการประพฤติผิดทางวิชาชีพสำหรับการทำให้เกิดผลตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า โดยไม่รู้ถึงการเพิกถอนหรือความเจตนาที่จะเพิกถอนหนังสือดังกล่าว”[212]

จะเห็นได้ว่า มาตรา 19 บัญญัติยกเว้นความรับผิดให้แก่บุคคล 2 กลุ่มคือ ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ และบุคคลที่ทำตามคำสั่งของแพทย์ เพื่อเป็นหลักประกันมิให้บุคคลเหล่านี้ต้องรับผิดทางแพ่ง ทางอาญา หรือทางวินัย อีกทั้งยังครอบคลุมไปถึงกรณีที่ไม่รู้ว่าผู้ป่วยได้เพิกถอนหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า หรือทำหนังสือดังกล่าวโดยไม่เข้าใจผลที่ตามมาอีกด้วย

ดังนั้น กรณีบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต หากเป็นการกระทำไปตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย และทำตามคำสั่งของแพทย์ บุคคลนั้นก็พ้นจากความรับผิดอาญา อย่างไรก็ตาม หากเป็นกรณีนอกเหนือจากที่กล่าวมา เช่น ผู้ป่วยไม่มีหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า หรือกระทำไปโดยมิได้ปรึกษาแพทย์ ยังไม่มีบทบัญญัติที่ยกเว้นความรับผิดอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[212] Advance Medical Directive Act 1996, Section 19

“(1) A medical practitioner shall not be subject to civil or criminal liability or discipline for professional misconduct for a decision made by him in good faith and without negligence as to whether —

(a) a patient is, or is not, suffering from a terminal illness;

(b) a patient has revoked, or intended to revoke, a directive;

(c) a patient was, or was not, at the time of making a directive, capable of understanding the nature and consequences of the directive; or

(d) a directive was valid.

(2) A person acting under the instructions of a medical practitioner shall not be subject to civil or criminal liability or discipline for professional misconduct for giving effect to a directive in the absence of knowledge of revocation or intended revocation of the directive.”

ชัดเจน ผู้กระทำจึงมีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดทางอาญาในความผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามมาตรา 299 หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 300 ได้

4.8 ประเทศญี่ปุ่น

ในประเทศญี่ปุ่น แม้ว่าจะยังไม่มีบทบัญญัติเฉพาะสำหรับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต แต่ก็มีคำพิพากษาที่สนใจและวางหลักทั้งในรูปแบบการเร่งให้ตายอย่างสงบและการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนอกจากนี้ ในประมวลกฎหมายอาญายังมีบทบัญญัติฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ ซึ่งสามารถใช้กับการเร่งให้ตายอย่างสงบได้ จึงสมควรศึกษากฎหมายและคำพิพากษาของประเทศญี่ปุ่น เพื่อประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ความรับผิดทางอาญาเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวต่อไป

4.8.1 ความทั่วไปของการทำให้ตายอย่างสงบในประเทศญี่ปุ่น

ในประเทศญี่ปุ่น ขอบเขตทางกฎหมายของการทำให้ตายอย่างสงบยังไม่ชัดเจนเท่าใดนัก เนื่องจากไม่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต หรือการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบไว้โดยเฉพาะ[213] ดังนั้น คำว่า “Euthanasia” จึงไม่มีคำนิยามอย่างเป็นทางการจากหน่วยงานราชการ[214] อย่างไรก็ตาม ประเทศญี่ปุ่นมีคดีที่เกี่ยวข้องกับการตายอย่างสงบอยู่สองคดี ซึ่งได้กำหนดเงื่อนไขในการเร่งให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมาย ได้แก่

คดีที่หนึ่ง ในปี พ.ศ. 2505 ศาลสูงนาโกย่า (Nagoya High Court) ได้พิพากษาให้บุตรชายที่ฆ่าบิดาที่ป่วยระยะสุดท้ายมีความผิดฐานฆ่าบุพการี และลงโทษจำคุก 4 ปีและรอการลงโทษเป็นเวลา 3 ปี ในคำพิพากษาฉบับนี้ได้วางหลักเกณฑ์ที่สำคัญคือ หลักเกณฑ์สำหรับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งประกอบไปด้วย 6 หลักเกณฑ์ดังนี้[215]

1) ผู้ป่วยต้องเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และจะถึงแก่ความตายในไม่ช้า

2) ผู้ป่วยจะต้องทุกข์ทรมานจนไม่สามารถทนทานได้

3) การเร่งให้ตายต้องทำเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยเท่านั้น

---

[213] Susan Orpett Long, "Ancestors, Computers, and Other Mixed Messages: Ambiguity and Euthanasia in Japan," Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 10, 1 (Winter 2000): 63.

[214] Katsunori Kai, "Euthanasia and Death with Dignity in Japanese Law," Waseda Bulletin of Comparative Law 27: 2.

[215] Rihito Kimura, "Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Socio-Cultural and Legal Point of View," [Online] Accessed: 26 April 2019. Available from: http://www.bioethics.jp/licht_adv8.html

4) ผู้ป่วยจะต้องร้องขอหรือยินยอมในขณะที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน

5) การเร่งให้ตายจะต้องทำโดยแพทย์ หากแพทย์ไม่สามารถกระทำได้ จะต้องมีเหตุผลพิเศษว่าเหตุใดจึงไม่สามารถทำได้

6) ขั้นตอนในการเร่งให้ตายต้องกระทำอย่างมีจริยธรรม

อย่างไรก็ตาม ในคดีข้างต้นไม่ครบหลักเกณฑ์ทั้ง 6 ประการ โดยขาดหลักเกณฑ์ที่ 5 และ 6 การกระทำดังกล่าวจึงไม่ชอบด้วยกฎหมาย ศาลจึงพิพากษาลงโทษจำคุกแก่บุตรชายของผู้ป่วย[216]

คดีที่สอง ในปี พ.ศ. 2538 ศาลจังหวัดโยโกฮาม่า (Yokohama District Court) พิพากษาให้แพทย์ที่ฉีดยาให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงแก่ความตายมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ลงโทษจำคุกและทำงาน 2 ปีและรอการลงโทษเป็นเวลา 2 ปี นอกจากนี้ ศาลยังได้วางหลักเกณฑ์สำคัญเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบและการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตเพิ่มเติมอีกด้วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้[217]

การเร่งให้ตายอย่างสงบจะชอบด้วยกฎหมาย หากเป็นไปตามหลักเกณฑ์ทั้งหมด 4 ประการ ซึ่งเป็นการลดหลักเกณฑ์จาก 6 ประการตามคำพิพากษาคดีแรก เหลือเพียง 4 ประการเท่านั้น ได้แก่

1) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

2) ความตายของผู้ป่วยใกล้จะมาถึง และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

3) แพทย์ได้พยายามทุกวิถีทางในการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยแล้ว และไม่มีวิถีทางใด ๆ อีก

4) ผู้ป่วยจะต้องให้ความยินยอมอย่างชัดแจ้งเกี่ยวกับการเร่งให้ตายนั้น

ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นสามารถกระทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย บนพื้นฐานของสิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเองของผู้ป่วย และจำกัดเฉพาะแพทย์ได้การกระทำดังกล่าว ซึ่งมีหลักเกณฑ์ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

---

[216] Ibid.

[217] Katsunori Kai, "Euthanasia and Death with Dignity in Japanese Law," Waseda Bulletin of Comparative Law: 4-5.

1) ผู้ป่วยจะต้องป่วยระยะสุดท้าย กล่าวคือ ต้องเผชิญกับโรคที่ไม่สามารถรักษาและฟื้นคืนได้อีก รวมทั้งไม่สามารถหลีกเลี่ยงความตายได้

2) ผู้ป่วยต้องแสดงเจตนาว่าต้องการยุติการรักษาในขณะนั้น

3) การยุติการรักษานั้นหมายถึงเครื่องมือในการรักษาและช่วยชีวิตผู้ป่วยทุกชนิด รวมทั้งการรักษาด้วยยา การฟอกไต การใช้เครื่องช่วยหายใจ การปลูกถ่ายเลือด การให้อาหารทางสายยาง และอื่น ๆ

จากคำพิพากษาทั้งสองคดีนี้ จะเห็นได้ว่า ศาลวางหลักเกณฑ์อนุญาตการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยความยินยอมของผู้ป่วย ส่งผลให้ประเทศญี่ปุ่นเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศที่อาจยอมรับให้มีการเร่งให้ตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมาย อย่างไรก็ตาม รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นได้ให้ความเห็นว่า แม้ศาลจะวางหลักเกณฑ์ดังกล่าว แต่ที่ผ่านมาก็ยังไม่มีคดีที่ศาลตัดสินให้จำเลยพ้นจากความรับผิดโดยตรง การเร่งให้ตายอย่างสงบในประเทศญี่ปุ่นจึงยังไม่สามารถยอมรับได้ในทางปฏิบัติ[218] ดังนั้น สถานะทางกฎหมายของการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในประเทศญี่ปุ่นจึงไม่ชัดเจน และยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่ามีการอนุญาตให้แพทย์เร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้หรือไม่

ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในประเทศญี่ปุ่นนั้นถือเป็นปัญหาที่สำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีประชากรที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ กลุ่มอิสระและองค์กรที่เกี่ยวข้องจึงจัดทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเผยแพร่แก่ประชาชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในกำหนดชีวิตของตนในวาระสุดท้ายมากยิ่งขึ้น จนกระทั่งปี พ.ศ. 2523 สมาชิกกลุ่ม Japan Society for Dying with Dignity (JSDD) ได้ยื่นคำร้องต่อศาลจังหวัดโตเกียวเพื่อให้รับรองความชอบด้วยกฎหมายของหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าที่จัดทำขึ้น โดยอ้างว่ารัฐควรจะต้องรับรองเจตนาของบุคคลในการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า เพื่อมิให้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็นได้ อย่างไรก็ตาม ศาลไม่รับคำร้องดังกล่าว โดยอ้างว่าไม่ครบเงื่อนไขทางกฎหมายในการยื่นคำร้องต่อศาล ดังนั้น การทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในประเทศญี่ปุ่นจึงต้องรอให้มีการประกาศใช้กฎหมายอย่างเป็นทางการเท่านั้น จึงจะมีผลทางกฎหมายที่ผูกพันบุคคลที่เกี่ยวข้อง[219]

ต่อมาในปี พ.ศ. 2550 รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขได้ออกแนวทางการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีหลักพื้นฐานคือการเคารพเจตนาของผู้ป่วย และให้แพทย์มีดุลพินิจใน

---

[218] Susan Orpett Long, "Ancestors, Computers, and Other Mixed Messages: Ambiguity and Euthanasia in Japan," Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics: 63.

[219] Rihito Kimura, "Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Socio-Cultural and Legal Point of View."

การตัดสินใจยับยั้งหรือเพิกถอนการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่แนวทางฉบับนี้ยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนเพียงพอ กล่าวคือ ไม่กำหนดนิยามของคำว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย และยังไม่ได้กำหนดเงื่อนไขของการยุติการรักษาอีกด้วย[220]

อย่างไรก็ตาม แม้แนวทางดังกล่าวจะกำหนดให้แพทย์มีดุลพินิจในการตัดสินใจ และในทางปฏิบัติก็มีการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตเป็นจำนวนมากก็ตาม แต่ในปัจจุบันประเทศญี่ปุ่นยังไม่มีกฎหมายที่รองรับการกระทำดังกล่าวอย่างชัดเจน จึงสร้างความลำบากใจให้แก่แพทย์ เพราะยังมีความกังวลว่าญาติผู้ป่วยจะฟ้องร้องดำเนินคดีได้ และแม้ว่าผู้ป่วยจะทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าแล้วก็ตาม หนังสือดังกล่าวก็ยังไม่มีผลทางกฎหมายที่ผูกพันให้แพทย์ต้องปฏิบัติตาม[221] การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นดุลพินิจของแพทย์แต่ละคนว่าจะทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยหรือไม่ เนื่องจากไม่มีหลักประกันทางกฎหมายที่รับรองให้แพทย์พ้นจากความรับผิดที่ชัดเจน

กล่าวโดยสรุป การเร่งให้ตายอย่างสงบในประเทศญี่ปุ่น มีคำพิพากษาวางหลักว่าสามารถกระทำได้ภายใต้หลักเกณฑ์ที่กำหนด แต่จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่มีคดีที่แพทย์พ้นจากความรับผิดทางอาญาจากการกระทำดังกล่าว สถานะของการเร่งให้ตายอย่างสงบในประเทศญี่ปุ่นจึงยังไม่ชัดเจนว่าต้องรับผิดทางอาญาหรือไม่ ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต แม้ว่าจะกระทำในทางปฏิบัติ แต่ในทางกฎหมายก็ยังไม่มีบทบัญญัติรองรับอย่างชัดเจน ผู้กระทำจึงต้องรับความเสี่ยงในการกระทำดังกล่าวเอง

4.8.2 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า การเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในประเทศญี่ปุ่นยังมีความไม่ชัดเจนว่า หากทำครบหลักเกณฑ์ทั้ง 4 ประการตามคำพิพากษาของศาลในปี พ.ศ. 2538 ผู้กระทำจะพ้นจากความรับผิดจริงหรือไม่ ดังนั้น ผู้กระทำผิดจึงอาจรับผิดทางอาญาได้เช่นกัน ซึ่งในประมวลกฎหมายอาญาของประเทศญี่ปุ่นบัญญัติความผิดเกี่ยวกับชีวิตไว้ในหมวด 26 ตั้งแต่มาตรา 199 ถึงมาตรา 203 ได้แก่ 1) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 199 2) ความผิดฐานฆ่าบุพการีตามมาตรา 200 (ยกเลิก) 3) ความผิดฐานตระเตรียมการฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 201 4) ความผิดฐาน

[220] Taeko Nakashima, "International Comparative Report on Terminal Care System," [Online] Accessed: 28 April 2019. Available from: http://www.ilcjapan.org/symposiumE/doc/1202_02.pdf

[221] Rihito Kimura, "Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Socio-Cultural and Legal Point of View."

ช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 202 และ 5) ความผิดฐานพยายามฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 203

สำหรับความผิดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบนั้นมีอยู่ 2 ฐานความผิด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) <u>ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา มาตรา 199</u>

"ผู้ใดฆ่าผู้อื่น ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกและทำงานตลอดชีวิตหรือไม่ต่ำกว่า 5 ปี"[222]

ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 199 เป็นความผิดบทหลักเพียงบทเดียวในหมวดความผิดเกี่ยวกับชีวิต โดยกำหนดอัตราโทษไว้หลากหลาย เริ่มตั้งแต่จำคุกไม่ต่ำกว่า 5 ปี จนถึงประหารชีวิต ส่วนองค์ประกอบความผิดนั้นกำหนดไว้คล้ายคลึงกับประเทศไทย กล่าวคือ กำหนดองค์ประกอบภายนอกคือ (1) ผู้ใด (2) ฆ่า (3) ผู้อื่นเท่านั้น ดังนั้น การฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาจึงเป็นความผิดตามมาตรานี้ทุกกรณี ไม่ว่าผู้ถูกกระทำจะเป็นบุพการีของตนก็ตาม เนื่องจากความผิดฐานฆ่าบุพการีตามมาตรา 200 ได้ถูกยกเลิกไปในปี พ.ศ. 2538 โดยให้เหตุผลว่า มาตรา 200 กำหนดอัตราโทษที่รุนแรง กล่าวคือ โทษประหารชีวิตหรือจำคุกตลอดชีวิตเท่านั้น ซึ่งการกำหนดโทษรุนแรงระดับนี้ยังไม่มีความสมเหตุสมผลเพียงพอ หากเทียบกับระดับอัตราโทษของการฆ่ากรณีอื่น ๆ มาตรานี้จึงเป็นการเลือกปฏิบัติ และขัดต่อบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญว่าด้วยการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน (Equal Treatment Clause) ตามมาตรา 14 ส่งผลให้ความผิดฐานฆ่าบุพการีมาตรา 200 ถูกยกเลิกไปในที่สุด[223]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2) <u>ความผิดฐานช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ มาตรา 202</u>

"ผู้ใดชักนำหรือช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย หรือฆ่าผู้อื่นเมื่อผู้นั้นร้องขอหรือให้ความยินยอม ต้องระวางโทษจำคุกและทำงาน หรือจำคุกโดยมิต้องทำงานไม่ต่ำกว่า 6 เดือน แต่ไม่เกิน 7 ปี"[224]

---

[222] Penal Code of Japan, Section 199

"A person who kills another shall be punished by the death penalty or imprisonment with work for life or for a definite term of not less than 5 years."

[223] Rihito Kimura, "Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Socio-Cultural and Legal Point of View."

[224] Penal Code of Japan, Section 202

"A person who induces or aids another to commit suicide, or kills another at the other's request or with other's consent, shall be punished by imprisonment with or without work for not less than 6 months but not more than 7 years."

มาตรา 202 เป็นบทบัญญัติในความผิดเกี่ยวกับชีวิตที่กำหนดโทษสถานเบา กล่าวคือ จำคุกไม่ต่ำกว่า 6 เดือน แต่ไม่เกิน 7 ปี โดยประกอบความผิด 2 ลักษณะคือ (1) การช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย และ (2) การฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอหรือความยินยอม โดยกำหนดเป็นความผิดฐานเดียวกันและกำหนดอัตราโทษเท่าเทียมกัน ซึ่งหากการเร่งให้ตายนั้นกระทำไปตามคำร้องขอหรือความยินยอมของผู้ป่วย ผู้กระทำก็รับผิดตามมาตรา 202 ได้ โดยไม่ต้องรับผิดตามมาตรา 199 อีก

ที่ผ่านมามีคดีที่บุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายหลายคดี โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2505 ที่ศาลนาโกย่าได้พิพากษาให้บุตรชายที่ฆ่าบิดาของตนเองมีความผิดฐานฆ่าบุพการี ซึ่งบทบัญญัติกำหนดอัตราโทษประหารชีวิตและจำคุกตลอดชีวิต แต่ในคดีนี้ศาลเชื่อว่า บุตรชายกระทำไปเพราะความกตัญญู และเป็นการทำตามคำสั่งของบิดาก่อนเสียชีวิต จึงสมควรได้รับโทษสถานเบาเท่านั้น[225]

อนึ่ง ในคดีดังกล่าวศาลได้วางหลักเกณฑ์ 6 ประการ[226] เกี่ยวกับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบที่ชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งหลักเกณฑ์นี้มีผลโดยตรงกับคดีที่เกิดขึ้นต่อมาอีก 4 คดี แต่ทั้ง 4 คดีนี้เป็นการกระทำที่ไม่ครบหลักเกณฑ์ข้างต้นทั้งสิ้น ผู้กระทำจึงยังต้องรับผิดทางอาญา แต่ได้รับโทษสถานเบาแทน ได้แก่[227]

คดีที่หนึ่ง จำเลยฆ่าภรรยาของตนเองที่ต้องทุกข์ทรมานกับโรคเรื้อรังเกี่ยวกับระบบประสาทอัตโนมัติ โรคเกาต์ และวัณโรค ศาลพิพากษาให้จำเลยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ ตัดสินลงโทษจำคุก 1 ปี และรอการลงโทษเป็นเวลา 2 ปี

คดีที่สอง จำเลยฆ่ามารดาของตนที่มีภาวะเลือดออกในสมอง ศาลพิพากษาให้จำเลยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ตัดสินลงโทษจำคุก 3 ปี และรอการลงโทษเป็นเวลา 4 ปี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คดีที่สาม จำเลยฆ่าภรรยาของตนซึ่งป่วยเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร ศาลพิพากษาให้จำเลยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ ตัดสินลงโทษจำคุก 1 ปี และรอการลงโทษเป็นเวลา 2 ปี

คดีที่สี่ จำเลยฆ่าภรรยาของตนที่ต้องทรมานจากอาการของโรคมะเร็ง ศาลพิพากษาให้จำเลยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ ตัดสินลงโทษจำคุก 3 ปี และรอการลงโทษเป็นเวลา 1 ปี

---

[225] Rihito Kimura, "Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Socio-Cultural and Legal Point of View."

[226]ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 4.8.1

[227] Rihito Kimura, "Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Socio-Cultural and Legal Point of View."

กล่าวโดยสรุป การเร่งให้ตายอย่างสงบในประเทศญี่ปุ่น แม้จะยังมีขอบเขตไม่ชัดเจนเท่าใดนัก แต่การที่บุคคลอื่น ๆ ที่มิใช่แพทย์เร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบอาจต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 199 หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 202 ได้ ซึ่งทั้งสองมาตราดังกล่าวกำหนดอัตราโทษขั้นต่ำเพียงจำคุกไม่ต่ำกว่า 5 ปี และจำคุกไม่ต่ำกว่า 6 เดือนตามลำดับ ดังนั้นจึงเปิดโอกาสให้ศาลสามารถใช้ดุลพินิจกำหนดโทษให้เหมาะสมกับผู้กระทำผิดได้ คดีเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบในประเทศญี่ปุ่น ผู้กระทำผิดจึงรับโทษเพียงจำคุกระยะสั้นและรอการลงโทษเท่านั้น

4.8.3 กฎหมายอาญาเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า ประเทศญี่ปุ่นยังไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตที่ชัดเจน มีเพียงคำพิพากษาของศาลจัดหวัดโยโกฮาม่าในปี พ.ศ. 2538 ที่กำหนดเงื่อนไขในการยุติการรักษาโดยชอบด้วยกฎหมายของแพทย์ 3 ประการ[228] และแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งก็ไม่ได้กำหนดรายละเอียดที่รัดกุมมากเพียงพอ นอกจากนี้ยังไม่มีกฎหมายยกเว้นความผิดสำหรับแพทย์อย่างชัดเจนอีกด้วย ดังนั้น แพทย์บางส่วนจึงมีความลำบากใจในการกระทำดังกล่าว เพราะประมวลกฎหมายอาญาญี่ปุ่นตามมาตรา 202 มีความผิดฐานช่วยเหลือในผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ ซึ่งเป็นบทบัญญัติสำคัญที่ทำให้แพทย์อาจตัดสินใจยื้อชีวิตของผู้ป่วยให้นานที่สุดเท่าที่ทำได้ และละเลยความประสงค์ของผู้ป่วยที่ต้องการจากไปตามวิถีทางธรรมชาติ[229]

ในปี พ.ศ. 2554 ฝ่ายนิติบัญญัติมีความพยายามผลักดันกฎหมายเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยการเคารพเจตนาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีการกำหนดคำนิยามของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกำหนดข้อยกเว้นความรับผิดสำหรับแพทย์ทั้งทางแพ่งและทางอาญา หากแพทย์ทำไปภายใต้เงื่อนไข 3 ประการดังนี้[230]

1) มีหลักฐานชัดเจนว่าผู้ป่วยไม่ต้องการให้ยื้อชีวิตอีกต่อไป

2) มีแพทย์จำนวน 2 คนขึ้นไปที่มิใช่แพทย์ที่รักษาผู้ป่วย ให้ความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3) ครอบครัวของผู้ป่วยไม่คัดค้านการไม่ยื้อชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

---

[228] ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 4.8.1

[229] Rihito Kimura, "Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Socio-Cultural and Legal Point of View."

[230] Taeko Nakashima, "International Comparative Report on Terminal Care System."

ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 มีการจัดทำร่างพระราชบัญญัติฉบับแก้ไขใหม่ แต่ยังไม่ได้เสนอต่อรัฐสภาก็ถูกคัดค้านจากกลุ่มผู้รักษาสิทธิของผู้พิการหรือทุพพลภาพเป็นอย่างมาก เนื่องจากเกรงว่าร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวจะเป็นการเปิดทางสู่การอนุญาตให้เร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้ในอนาคต นอกจากนี้ ทัศนคติของคนญี่ปุ่นดั้งเดิมยังเห็นว่า ครอบครัวมีหน้าที่ที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุอย่างถึงที่สุด และกลัวว่าการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยจะทำให้ครอบครัวถูกกล่าวหาว่าเป็นคนไม่ดี[231] ซึ่งมุมมองเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในทางปฏิบัติ และส่งผลให้การผ่านกฎหมายที่เกี่ยวข้องเป็นไปได้ยากขึ้นด้วย

จนถึงปัจจุบัน ประเทศญี่ปุ่นก็ยังไม่ประกาศใช้กฎหมายเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต จึงมีเพียงคำพิพากษาของศาลที่กำหนดหลักเกณฑ์ให้แพทย์สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตเท่านั้น ส่วนบุคคลอื่น ๆ นอกจากแพทย์ยังไม่มีกฎหมายหรือคำพิพากษาที่เกี่ยวข้องแต่อย่างใด ผู้กระทำยังมีความเสี่ยงจะต้องรับผิดทางอาญาในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 199 หรือความผิดฐานช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 202 ได้ เนื่องจากสถานะทางกฎหมายยังไม่ชัดเจน

4.9 สรุปการศึกษากฎหมายต่างประเทศ

จากที่ได้ศึกษากฎหมายและคำพิพากษาของทั้ง 7 ประเทศ ทั้งประเทศที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยเฉพาะ และประเทศที่ไม่มีบทบัญญัติเฉพาะ ผู้เขียนสามารถสรุปความรับผิดทางอาญาของบุคคลอื่นในการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ โดยแบ่งตามลักษณะของการกระทำได้ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1) การเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สาธารณรัฐจีน และประเทศญี่ปุ่น มีบทบัญญัติความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ ซึ่งเป็นความผิดบทเบาของความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา โดยมีองค์ประกอบความผิดที่สำคัญคือ ผู้ถูกกระทำเป็นผู้ร้องขอให้ฆ่าตนเอง ความผิดดังกล่าวจึงนำมาใช้กับการเร่งให้ตายอย่างสงบในกรณีที่ผู้ป่วยยินยอมได้ (Voluntary Active Euthanasia) ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยินยอม หรือไม่สามารถให้ความยินยอมได้ ผู้กระทำก็ต้องรับผิดในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามที่กฎหมายของแต่ประเทศบัญญัติไว้

---

[231] Reuters, "Aging, Indebted Japan Debates Right to 'Die with Dignity' " [Online] Accessed: 28 April 2019. Available from: https://www.reuters.com/article/us-japan-dying/aging-indebted-japan-debates-right-to-die-with-dignity-idUSKCN0W800I

นอกจากนี้ ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ยังมีเหตุลดหย่อนโทษที่ศาลเคยนำมาใช้กับคดีเร่งให้ตายอย่างสงบ ได้แก่ กรณีที่ข้อเท็จจริงในคดีมีเหตุควรปรานีแก่ผู้กระทำผิด เพราะเห็นว่าผู้กระทำได้รับผลร้ายจากการกระทำผิดนั้นเพียงพอแล้ว ศาลมีดุลพินิจในการสั่งให้ปล่อยตัวจำเลยโดยไม่ต้องรับโทษได้ตามมาตรา 60 ของประมวลกฎหมายอาญาเยอรมัน

อนึ่ง แม้ว่าราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์มีกฎหมายอนุญาตให้เร่งให้ตายอย่างสงบได้โดยชอบด้วยกฎหมาย แต่บทบัญญัติกำหนดชัดเจนว่า ผู้มีอำนาจกระทำการดังกล่าวต้องเป็นแพทย์เท่านั้น หากบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์กระทำการแทน บุคคลนั้นก็ต้องรับผิดทางอาญาดังที่กล่าวไปข้างต้น

ส่วนสาธารณรัฐสิงคโปร์ แม้ไม่มีบทบัญญัติฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอกำหนดไว้โดยเฉพาะ แต่มีบัญญัติเป็นข้อยกเว้นมิให้ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาซึ่งเป็นความผิดบทหนัก แต่ให้รับผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายแทน โดยข้อยกเว้นดังกล่าวได้กำหนดเงื่อนไขอายุของผู้ถูกกระทำว่าต้องมีอายุเกินกว่า 18 ปี และได้ให้ความยินยอมให้ฆ่าตนเองได้ ดังนั้น ข้อยกเว้นนี้จึงสามารถนำมาใช้กับการเร่งให้ตายอย่างสงบโดยความยินยอมของผู้ป่วยได้โดยตรง

ส่วนประเทศอังกฤษและเวลส์และสหรัฐอเมริกานั้นไม่มีบทบัญญัติเฉพาะสำหรับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ผู้กระทำจึงต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ความผิดดังกล่าวบัญญัติอัตราโทษไว้ร้ายแรงมาก ในทางปฏิบัติจึงมีวิธีการหลีกเลี่ยงมิให้ผู้กระทำต้องรับผิดที่สูงเกินไปจนมิได้สัดส่วนกับความผิด โดยแต่ละประเทศมีแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวดังนี้

1.1) ประเทศอังกฤษและเวลส์ ในกรณีที่ผู้กระทำผิดมีความบกพร่องทางจิตในขณะกระทำ ผู้กระทำสามารถยกข้อต่อสู้เรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญา เพื่อลดจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาแทนได้ นอกจากนี้ ในขั้นตอนการกำหนดโทษ หากข้อเท็จจริงฟังได้ว่า ผู้กระทำเชื่อว่าตนกระทำไปด้วยความเมตตาต่อผู้ตาย ศาลยังมีดุลพินิจลดหย่อนโทษให้แก่ผู้กระทำผิดได้อีกด้วย

1.2) สหรัฐอเมริกา พนักงานอัยการสามารถต่อรองคำรับสารภาพของผู้กระทำผิดและตั้งข้อหาในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาแทนได้ และหากผู้กระทำมีความวิกลจริตชั่วคราวในขณะกระทำความผิด ก็สามารถยกข้อต่อสู้เรื่องเหตุวิกลจริต เพื่อให้ศาลตัดสินลงโทษหรือไม่ลงโทษผู้กระทำผิดแล้วแต่กรณี นอกจากนี้ หากศาลหรือคณะลูกขุนเห็นว่าการกระทำของจำเลยมีเหตุอันควรปรานี และการลงโทษผู้กระทำผิดไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใด ๆ ศาลอาจตัดสินให้จำเลยพ้นจากข้อกล่าวหาและปล่อยตัวจำเลยไปก็ได้

จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ทั้งประเทศที่มีบทบัญญัติเฉพาะและประเทศที่ไม่มีบทบัญญัติเฉพาะ เมื่อมีคดีเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบขึ้นสู่ศาล ศาลจะพิพากษาลงโทษสถาน

เบาเท่านั้น เพื่อให้การลงโทษได้สัดส่วนกับความร้ายแรงของความผิดมากที่สุด ทั้งนี้ เพื่อให้เข้าใจกฎหมายเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบได้ง่ายมากขึ้น ผู้เขียนขอเปรียบเทียบกฎหมายของทั้ง 7 ประเทศดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตาราง 3 เปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบ

ประเทศ/ประเด็น		สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	อังกฤษและเวลส์	สหรัฐอเมริกา	สาธารณรัฐจีน	สาธารณรัฐสิงคโปร์	ญี่ปุ่น
ความผิดทั่วไป	**ฐานความผิด**	1. ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ มาตรา 211 2. ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา มาตรา 212	1. ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา มาตรา 287 2. ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน มาตรา 289	ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา	ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา	ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา มาตรา 271	1. ความผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย มาตรา 299 2. ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา มาตรา 300	ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา มาตรา 199
	โทษประหารชีวิตหรือจำคุก	1. จำคุกตลอดชีวิต 2. จำคุกไม่น้อยกว่า 5 ปี	1. จำคุกไม่เกิน 15 ปี 2. จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกไม่เกิน 30 ปี	จำคุกตลอดชีวิต	ประหารชีวิตหรือจำคุกตลอดชีวิต	ประหารชีวิตจำคุกตลอดชีวิตหรือจำคุกไม่น้อยกว่า 10 ปี	1. ประหารชีวิตจำคุกไม่เกิน 20 ปี หรือจำคุกไม่เกิน 10 ปี 2. ประหารชีวิตหรือจำคุกตลอดชีวิต	ประหารชีวิตจำคุกตลอดชีวิตหรือไม่ต่ำกว่า 5 ปี

ประเทศ/ประเด็น		สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	อังกฤษและเวลส์	สหรัฐอเมริกา	สาธารณรัฐจีน	สาธารณรัฐสิงคโปร์	ญี่ปุ่น
บทบัญญัติเฉพาะ	บทบัญญัติ	ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ มาตรา 216	ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ มาตรา 293	-	-	ความผิดฐานช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ มาตรา 275	ข้อยกเว้นเรื่องการฆ่าด้วยความยินยอม รับผิดเพียงฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย มาตรา 299 เท่านั้น	ความผิดฐานช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ มาตรา 202
	โทษจำคุก	จำคุกตั้งแต่ 6 เดือนถึง 5 ปี	จำคุกไม่เกิน 12 ปี	-	-	จำคุกเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 7 ปี	ประหารชีวิต จำคุกไม่เกิน 20 ปี หรือจำคุกไม่เกิน 10 ปี	จำคุกไม่น้อยกว่า 6 เดือน แต่ไม่เกิน 7 ปี
มาตรการอื่น	มาตรการ	-	-	ข้อต่อสู้เรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญา (Diminished responsibility)	1. การต่อรองคำรับสารภาพ 2. ข้อต่อสู้เรื่องวิกลจริต 3. ศาลตัดสินให้พ้นจากข้อกล่าวหา	-	ข้อยกเว้นเรื่องเหตุหย่อนความผิดทางอาญา	-

ประเทศ/ประเด็น		สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	อังกฤษและเวลส์	สหรัฐอเมริกา	สาธารณรัฐจีน	สาธารณรัฐสิงคโปร์	ญี่ปุ่น
มาตรการอื่น	ผล	-	-	รับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาเท่านั้น	1. มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาเท่านั้น 2. ศาลอาจตัดสินให้จำเลยมีความผิดหรือไม่มีความผิดแล้วแต่กรณี 3. จำเลยได้รับการปล่อยตัว	-	รับผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย มาตรา 299 เท่านั้น	-
เหตุลดหย่อนโทษ	บทบัญญัติ	จำเลยได้รับผลร้ายมากเพียงพอแล้ว มาตรา 60	-	เหตุลดหย่อนโทษเพราะกระทำไปด้วยความเมตตา	-	-	-	-
	ผล	จำเลยได้รับการปล่อยตัว	-	ศาลมีดุลพินิจกำหนดโทษสถานเบาให้แก่จำเลย	-	-	-	-

2) การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในทั้ง 7 ประเทศล้วนมีหลักการมาจากคำพิพากษาของศาลและกฎหมายเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า กล่าวคือ ในบางประเทศศาลอนุญาตให้ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ โดยไม่ต้องรับผิดทางอาญา ส่วนในบางประเทศมีกฎหมายเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า บัญญัติยกเว้นความผิดไว้อย่างชัดเจน ซึ่งจากการศึกษากฎหมายและคำพิพากษาที่เกี่ยวข้องสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ยกเว้นความรับผิดเฉพาะแพทย์ ได้แก่ ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ อังกฤษและเวลส์ สาธารณรัฐจีน และญี่ปุ่น ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งคือ กลุ่มที่ยกเว้นความรับผิดแก่แพทย์และบุคคลอื่น ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ และสาธารณรัฐสิงคโปร์ โดยแต่ละกลุ่มมีรายละเอียดดังนี้

2.1) กลุ่มที่ยกเว้นความรับผิดเฉพาะแพทย์

ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ศาลพิพากษาชัดเจนว่า ผู้มีอำนาจกระทำการดังกล่าวต้องเป็นแพทย์เท่านั้น เพราะถือว่าการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตเป็นการรักษาพยาบาลอย่างหนึ่ง บุคคลอื่น ๆ ที่มิใช่แพทย์จึงไม่สามารถเข้าแทรกแซงและกระทำการแทนได้ อย่างไรก็ตาม คดีที่บุคคลอื่นเป็นผู้กระทำนั้นยังไม่มีคดีขึ้นสู่ศาลโดยตรง ความรับผิดของผู้กระทำในกรณีนี้จึงยังไม่ชัดเจน

ประเทศอังกฤษและเวลส์ ก็มีคำพิพากษาที่ชัดเจนคล้ายคลึงกับราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ที่ให้อำนาจแพทย์ในการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ โดยผู้พิพากษาได้ให้ความเห็นว่า กรณีบุคคลอื่นเข้าไปแทรกแซงการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์โดยพลการ บุคคลนั้นอาจมีความผิดทางอาญาตามกฎหมายอาญาทั่วไป ได้แก่ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาได้ นอกจากนี้ หากเป็นการทำไปตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าตาม Mental Capacity Act, 2005 ในมาตรา 26 (3) ได้บัญญัติยกเว้นความผิดให้แก่แพทย์ไว้อย่างชัดเจนด้วย

ต่อมาในสาธารณรัฐจีน มีกฎหมายเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตอยู่ 2 ฉบับ ได้แก่ Hospice Palliative Care Act, 2000 ซึ่งให้อำนาจผู้ป่วยหรือญาติใกล้ชิดลงลายมือชื่อในคำสั่ง DNR เพื่ออนุญาตให้แพทย์ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตได้ ส่วนอีกฉบับหนึ่งคือ Patient Right to Autonomy Act, 2016 ซึ่งมีบทบัญญัติรับรองการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย และมีบทยกเว้นความผิดสำหรับแพทย์และสถาบันทางการแพทย์ไว้โดยเฉพาะ

ส่วนประเทศญี่ปุ่นนั้น เคยมีคำพิพากษาของศาลอนุญาตให้แพทย์ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ โดยไม่มีความผิดทางอาญา ทำให้มีการกระทำดังกล่าวอย่างแพร่หลายในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ประเทศญี่ปุ่นยังไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าที่ยกเว้นความรับผิดสำหรับแพทย์อย่างชัดเจน เนื่องจากยังอยู่ระหว่างการจัดทำร่างพระราชบัญญัติและยังไม่มีผลบังคับใช้

จะเห็นได้ว่าทั้ง 4 ประเทศนี้ แม้บางประเทศมีคำพิพากษาของศาล และบางประเทศมีกฎหมายเฉพาะที่กำหนดยกเว้นความรับผิดสำหรับแพทย์ไว้โดยตรงด้วย แต่ในกรณีที่บุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์มีส่วนในการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต บุคคลนั้นไม่มีกฎหมายคุ้มกันมิให้รับผิดทางอาญาแต่อย่างใด ดังนั้น จึงมีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดในความผิดเกี่ยวกับชีวิตดังที่กำหนดไว้ในกฎหมายของประเทศนั้น ๆ ได้

2.2) กลุ่มที่ยกเว้นความรับผิดแก่แพทย์และบุคคลอื่น

ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี มีคำพิพากษาของศาลที่ตัดสินให้บุคคลอื่นพ้นจากความรับผิดทางอาญาด้วย หากกระทำถูกต้องตามหลักเกณฑ์ในประมวลกฎหมายแพ่งเยอรมันมาตรา 1901a โดยศาลตัดสินว่าผู้ที่หลุดพ้นจากความผิดไม่ได้มีเพียงแพทย์เท่านั้น และยังรวมถึงผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนด้วย

ส่วนในสหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ก็มีคำพิพากษาของศาลเช่นเดียวกัน โดยตัดสินว่า หากการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ครบถ้วนแล้ว บุคคลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ผู้อนุบาล โรงพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ก็พ้นจากความรับผิดทางอาญาเสมอ นอกจากนี้ ในกรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าตาม New Jersey Advance Directives for Health Care Act, 1991 ในมาตรา 26:2H-73 ยกเว้นความรับผิดทางอาญาให้แก่แพทย์ สถาบันด้านสุขภาพ และตัวแทนด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วย

ส่วนประเทศสุดท้ายคือ สาธารณรัฐสิงคโปร์ มี Advance Medical Directive Act, 1996 เป็นกฎหมายเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า และมีบทบัญญัติยกเว้นความรับผิดให้แก่ แพทย์ รวมถึงบุคคลที่ทำตามคำสั่งของแพทย์ด้วย

จากการศึกษาทั้ง 3 ประเทศข้างต้น จะเห็นได้ว่า มีการยกเว้นความรับผิดให้แก่บุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ แต่ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎหมายของแต่ละประเทศ ทั้งเรื่องความประสงค์ของผู้ป่วย และสภาวะของผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้เข้าใจหลักการเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตได้ง่ายมากขึ้น ผู้เขียนขอเปรียบเทียบกฎหมายและคำพิพากษาของทั้ง 7 ประเทศดังนี้

ตาราง 4 เปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

ประเด็น/ประเทศ	กฎหมายและคำพิพากษา	เงื่อนไขของการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต	บุคคลที่หลุดพ้นจากความผิด	
			แพทย์	บุคคลอื่น
สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	- คำพิพากษา - ประมวลกฎหมายแพ่ง มาตรา 1901a	- หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า - ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยตัดสินไปตามความประสงค์ที่สันนิษฐานว่าเป็นของผู้ป่วย	✓	ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย
ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	- คำพิพากษา - ประมวลกฎหมายแพ่ง มาตรา 7:450(3)	- หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า - ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย	✓	-
อังกฤษและเวลส์	- คำพิพากษา - Mental Capacity Act, 2005	- ความประสงค์ของผู้ป่วย/หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า - ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ให้พิจารณาประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นหลัก	✓	-
สหรัฐอเมริกา มลรัฐนิวเจอร์ซีย์	- คำพิพากษา - New Jersey Advance Directives for Health Care Act, 1991	- ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาอย่างชัดเจน - มีหลักฐานที่เชื่อถือได้ว่า ผู้ป่วยประสงค์ที่จะยุติการรักษา - เมื่อการรักษาจะทำให้ชีวิตของผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานมากกว่าประโยชน์จากการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่	✓	บุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประเด็น/ประเทศ	กฎหมายและคำพิพากษา	เงื่อนไขของการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต	บุคคลที่หลุดพ้นจากความผิด	
			แพทย์	บุคคลอื่น
สาธารณรัฐจีน	- Hospice Palliative Care Act, 2000 - Patient Right to Autonomy Act, 2016	- ผู้ป่วยลงชื่อในคำสั่ง DNR ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ให้ญาติใกล้ชิดตัดสินใจแทน - หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า	✓	-
สาธารณรัฐสิงคโปร์	Advance Medical Directive Act, 1996	- หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า	✓	บุคคลที่ทำตามคำสั่งของแพทย์
ญี่ปุ่น	คำพิพากษา	ความประสงค์ของผู้ป่วย	✓	-

เมื่อทราบถึงกฎหมาย คำพิพากษา และแนวทางการแก้ไขปัญหาของประเทศต่าง ๆ ทั้งในรูปแบบของการเร่งให้ตายอย่างสงบและการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตแล้ว ในบทต่อไปจะเป็นการวิเคราะห์กฎหมายของประเทศไทย โดยศึกษาเปรียบเทียบกับกฎหมายของต่างประเทศ เพื่อแสวงหาแนวทางการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยให้มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 5
บทวิเคราะห์ความรับผิดทางอาญาเกี่ยวกับการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ปัจจุบันการทำให้ตายอย่างสงบได้รับการยอมรับมากขึ้น เนื่องจากเหตุผลเกี่ยวกับสิทธิที่จะตายและสิทธิในการปฏิเสธการรักษา ส่งผลให้ในประเทศต่าง ๆ เริ่มอนุญาตให้แพทย์ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบเพิ่มมากขึ้น และการกระทำดังกล่าวยังมีลักษณะเฉพาะ ซึ่งแตกต่างกับการฆ่าโดยทั่วไปหลายประการ ได้แก่ ผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ผู้ถูกกระทำเป็นผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาให้ฟื้นคืนได้ และผู้ถูกกระทำอาจเป็นผู้ร้องขอหรือยินยอมให้ฆ่าตนเอง เป็นต้น ดังนั้น แม้การทำให้ตายอย่างสงบจะส่งผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเช่นเดียวกับการฆ่าโดยทั่วไป แต่การฆ่าโดยทั่วไปมีลักษณะที่ร้ายแรงกว่าอย่างเห็นได้ชัด การลงโทษทั้งสองกรณีดังกล่าวในระดับอัตราโทษเดียวกัน จึงไม่สอดคล้องกับหลักการลงโทษทางอาญาแต่อย่างใด

เมื่อศึกษากฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ตายอย่างสงบพบว่า ในประมวลกฎหมายอาญามิได้บัญญัติฐานความผิดไว้โดยเฉพาะ จึงต้องนำบทบัญญัติฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนามาบังคับใช้ ซึ่งการใช้ฐานความผิดดังกล่าวกับกรณีทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบนั้นยังมีความไม่เหมาะสมบางประการ โดยเฉพาะเรื่องอัตราโทษขั้นต่ำที่กำหนดโทษจำคุกตั้งแต่ 15 ปี นอกจากนี้ประมวลกฎหมายอาญายังไม่มีมาตรการหรือข้อต่อสู้อื่นใดที่จะนำมาใช้ลดโทษให้แก่ผู้กระทำผิดได้โดยตรง ดังนั้น หากเกิดการกระทำความผิดขึ้นอาจต้องใช้แนวทางแก้ไขในทางปฏิบัติ หรือตีความบทบัญญัติต่าง ๆ ให้สามารถลดโทษแก่ผู้กระทำผิดได้ ซึ่งการกระทำเช่นนี้อาจไม่ตรงตามเจตนารมณ์ของบทบัญญัติต่าง ๆ

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษากฎหมายต่างประเทศพบว่า แนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวสามารถแบ่งได้ 2 รูปแบบคือ กลุ่มประเทศที่มีบทบัญญัติเฉพาะสำหรับการทำให้ตายอย่างสงบ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สาธารณรัฐจีน สาธารณรัฐสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่น และกลุ่มประเทศที่ไม่มีบทบัญญัติเฉพาะ แต่นำมาตรการอื่นมาใช้แก้ไขปัญหา เพื่อมิให้ผู้กระทำผิดได้รับโทษที่สูงจนเกินไป ได้แก่ สหรัฐอเมริกา และอังกฤษและเวลส์ ดังนั้น การศึกษากฎหมายต่างประเทศวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกฎหมายของไทย จะเป็นประโยชน์ต่อการแสวงหารูปแบบของกฎหมายที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การพัฒนากฎหมายไทยต่อไป

ในบทนี้จึงเป็นการวิเคราะห์เกี่ยวกับความรับผิดทางอาญาของบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ในกรณีที่ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์หลักการกำหนดโทษ เพื่อพิสูจน์ว่าผู้กระทำควรได้รับโทษในระดับที่น้อยกว่าการฆ่าโดยทั่วไป จึงจะสอดคล้องกับหลักความได้สัดส่วนและหลักการ

ลงโทษต้องเหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคน จากนั้นจึงศึกษาขอบเขตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและบุคคลที่มิใช่แพทย์ของแต่ละประเทศ เพื่อพิจารณาว่าควรมีขอบเขตมากน้อยเพียงใด และประเด็นต่อมาจึงเป็นการวิเคราะห์ความรับผิดของบุคคลอื่นสำหรับการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ โดยแบ่งการพิจารณาออกเป็น 2 รูปแบบคือ การเร่งให้ตายอย่างสงบและการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตและในหัวข้อสุดท้ายจะเป็นการสรุปแนวทางการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายที่เหมาะสมกับประเทศไทย

5.1 ข้อพิจารณาเรื่องหลักการกำหนดโทษทางอาญากับการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

จากการศึกษาลักษณะของการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ โดยเปรียบเทียบกับการฆ่าโดยทั่วไป แล้วจะพบว่า การทำให้ตายอย่างสงบมีรูปแบบที่แตกต่างจากการฆ่าโดยทั่วไปหลายประการ[1] แต่เมื่อประมวลกฎหมายอาญาของไทยในปัจจุบันยังกำหนดให้การทำให้ตายอย่างสงบต้องรับโทษในระดับเดียวกันกับการฆ่าโดยทั่วไป จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ว่า การลงโทษผู้กระทำผิดทั้งสองกรณีในระดับเดียวกันนั้น สอดคล้องตามหลักการกำหนดโทษทางอาญาหรือไม่ ดังนั้น ในหัวข้อนี้จะเป็นการวิเคราะห์หลักการกำหนดโทษทางอาญา[2] เพื่อกำหนดขอบเขตของการกระทำที่สมควรได้รับโทษน้อยกว่าการฆ่าโดยทั่วไป และพิจารณาเปรียบเทียบกับกฎหมายและมาตรการอื่น ๆ ของต่างประเทศควบคู่กันไปด้วย

ในการลงโทษทางอาญานั้น นอกจากจะต้องพิจารณากฎหมายสารบัญญัติแล้ว ยังต้องพิจารณาข้อเท็จจริงในแต่ละคดี เพื่อให้ใช้ดุลพินิจกำหนดโทษให้แก่ผู้กระทำผิดแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม หลักในการลงโทษผู้กระทำผิดจึงต้องคำนึงถึงเหตุภววิสัย และเหตุอัตวิสัยประกอบกันเสมอ[3] ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1) เหตุภววิสัย

การกำหนดโทษให้แก่ผู้กระทำผิดโดยคำนึงถึงเหตุภววิสัย เป็นการลงโทษตามหลักความได้สัดส่วนตามแนวคิดของ Cesare Beccaria ซึ่ง Andrew von Hirsch ได้ให้ความหมายของหลักความได้สัดส่วนว่า การลงโทษจะต้องได้สัดส่วนกับระดับความร้ายแรงของความผิด และระดับความร้ายแรงของความผิดนั้นจะต้องพิจารณาตามมาตรวัด 2 ประการ ได้แก่ ความเสียหาย และความ

[1] ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 2.3

[2] ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 2.4

[3] ปกป้อง ศรีสนิท, กฎหมายอาญาชั้นสูง (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559), หน้า 173.

น่าตำหนิของผู้กระทำผิด[4] ดังนั้น เมื่อพิจารณาการทำให้ตายอย่างสงบกับมาตรวัดทั้ง 2 ประการดังกล่าว จะสามารถพิจารณาได้ดังนี้

ประการที่หนึ่ง ความเสียหาย

ในความผิดเกี่ยวกับชีวิตนั้น กฎหมายมิได้คุ้มครองเฉพาะชีวิตของปัจเจกบุคคลผู้เสียหายเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการปกป้องชีวิตของประชาชนที่อยู่ในสังคมอีกด้วย ดังนั้น กฎหมายจึงมุ่งคุ้มครองประโยชน์ใน 2 ระดับ ได้แก่ ประโยชน์ส่วนบุคคล (Individual's Interest) และประโยชน์ของสังคม (Society's Interest)[5] สำหรับการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไปนั้นจะกระทบทั้งประโยชน์ส่วนบุคคลและประโยชน์ต่อสังคม เนื่องจากการฆ่าผู้อื่นเป็นการพรากชีวิตของบุคคลใดบุคคลหนึ่งไป ความเสียหายที่เกิดขึ้นจึงเกิดแก่ผู้ตายโดยตรง เพราะทำให้ผู้ตายต้องสูญเสียชีวิตของตนเองไป นอกจากนี้ การฆ่าผู้อื่นยังส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างอีกด้วย เนื่องจากประชาชนในสังคมย่อมรักชีวิตของตนเอง การที่บุคคลหนึ่งพรากเอาชีวิตของผู้อื่นไปโดยพลการ จึงขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนในสังคมเกิดความหวาดกลัวและรู้สึกไม่ปลอดภัยได้ จะเห็นได้ว่า การฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไปจะทำให้เกิดความเสียหายทั้งต่อผู้เสียหายและต่อสังคม กฎหมายจึงต้องกำหนดโทษสำหรับการฆ่าผู้อื่นไว้อย่างร้ายแรง เพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม

เมื่อพิจารณาผลกระทบเกี่ยวกับประโยชน์ส่วนบุคคลแล้ว สามารถแบ่งจากลักษณะของการกระทำได้ 2 รูปแบบ ได้แก่

1) การเร่งให้ตายอย่างสงบ มีการกระทำที่เป็นการเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเร็วขึ้น การกระทำนั้นจึงเป็นผลโดยตรงให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย จึงเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยแล้ว อย่างไรก็ตาม การเร่งให้ตายอย่างสงบในบางลักษณะ ผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจถึงแก่ความตายด้วยตนเอง และเมื่อไม่สามารถฆ่าตัวตายด้วยตนเองได้ ก็จะร้องขอให้บุคคลใกล้ชิดเป็นผู้กระทำให้ตนถึงแก่ความตาย ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าวนี้เป็นการใช้สิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเอง (Right To Self-Determination) มนุษย์ในฐานะเจ้าของชีวิตจึงสามารถกำหนดเจตจำนงของตนเองว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือไม่ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้ร้องขอหรือยินยอมให้ฆ่าตนเองนั้น แม้ผู้กระทำจะพรากชีวิตของผู้ป่วยไปก็เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยเอง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้ป่วยเต็มใจที่จะถึงแก่ความตายอยู่แล้ว ผู้ป่วยจึงมิได้รู้สึกว่าตนเองต้องเสียหายจากการกระทำดังกล่าว แตกต่างจากการฆ่าโดยทั่วไปที่ผู้ตายถูกพรากชีวิตของตนเองไปโดยไม่ได้รับอนุญาต ดังนั้น ในกรณีที่มีคำร้องขอหรือยินยอมของผู้ป่วยจึงไม่กระทบต่อประโยชน์ส่วนบุคคลแต่อย่างใด

---

[4] Andrew von Hirsch, Past or Future Crimes: Deservedness and Dangerousness in the Sentencing of Criminals (Manchester: Manchester University, 1986), p. 64.

[5] Roger Leng, "Consent in Criminal Law," Holdsworth Law Review 13, 2 (Autumn 1988): 137.

2) การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต เป็นการไม่ริเริ่มใช้เครื่องมือนั้นตั้งแต่แรก หรือหยุดการใช้เครื่องมือนั้นในภายหลัง ทั้งสองรูปแบบนี้เป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยตายตามวิถีทางธรรมชาติ ความตายที่เกิดขึ้นจึงเกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง มิได้เกิดจากการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตแต่อย่างใด แตกต่างจากการเร่งให้ตายอย่างสงบที่ความตายเกิดจากการกระทำของผู้กระทำโดยตรง ดังนั้น การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตจึงมิได้ต่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลแต่อย่างใด

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลกระทบเกี่ยวกับประโยชน์ของสังคมแล้ว สามารถแบ่งการวิเคราะห์ตามลักษณะของการกระทำออกได้ 2 รูปแบบ ได้แก่

1) การเร่งให้ตายอย่างสงบ แม้ปัจจุบันจะมีบางประเทศที่อนุญาตในกระทำได้ แต่ในทางสากลก็ยังไม่ได้รับการยอมรับเป็นทั่วไป เนื่องจากยังมีข้อโต้แย้งหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อโต้แย้งเรื่องการขยายขอบเขตของการกระทำ (Slippery Slope) จากการจำกัดเฉพาะผู้ป่วยยินยอม ไปสู่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ ซึ่งการขยายขอบเขตเช่นนี้ก็เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติแล้ว ส่งผลให้ประชาชนส่วนหนึ่งยังไม่เห็นพ้องด้วยกับการกระทำดังกล่าว และกลัวว่าการอนุญาตให้เร่งให้ตายอย่างสงบ จะนำมาซึ่งความขัดแย้งจนไม่อาจรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคมไว้ได้

2) การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต ปัจจุบันได้รับการยอมรับเป็นการทั่วไปแล้ว เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่า การพันธนาการผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุดเสมอไป เพราะนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานเป็นเวลานานมากขึ้น ยังทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างไม่สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อีกด้วย ดังนั้น การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัวหรือขัดต่อศีลธรรม แต่เป็นการให้ผู้ป่วยจากไปตามธรรมชาติ โดยปราศจากเครื่องมือทางการแพทย์ ด้วยเหตุนี้ การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตจึงไม่ได้กระทบต่อประโยชน์ของสังคมแต่อย่างใด เพราะเกิดจากความเห็นพ้องต้องกันของประชาชนแล้ว

จะเห็นได้ว่า การทำให้ตายอย่างสงบทั้งสองรูปแบบนั้นมีระดับความเสียหายที่แตกต่างจากการฆ่าโดยทั่วไป สำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้นก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อบุคคลและต่อสังคม แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยร้องขอให้ฆ่าตนเองนั้น ผู้ป่วยจึงไม่ได้เสียหายจากการกระทำดังกล่าว จึงไม่กระทบต่อประโยชน์ส่วนบุคคล ความเสียหายที่เกิดขึ้นจึงมีเพียงความเสียหายต่อสังคมเท่านั้น ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลเพราะไม่ได้ส่งผลโดยตรงให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย อีกทั้งยังไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชนด้วย จึงไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสังคมแต่อย่างใด

<u>ประการที่สอง</u> ความน่าตำหนิของผู้กระทำผิด

ในการวินิจฉัยความน่าตำหนิของผู้กระทำผิดนั้นประกอบไปด้วยข้อพิจารณา 4 ประการ ได้แก่ ลักษณะของการกระทำ ข้อต่อสู้ของผู้กระทำผิด เหตุวิกลจริต และมูลเหตุจูงใจ ซึ่งข้อพิจารณาที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการวินิจฉัยในกรณีนี้ได้แก่ มูลเหตุจูงใจของผู้กระทำผิด เพราะมูลเหตุจูงใจในการฆ่าโดยทั่วไปกับการทำให้ตายอย่างสงบมีความแตกต่างกัน[6] การฆ่าโดยทั่วไปนั้นส่วนใหญ่ผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจเพื่อแสวงหาประโยชน์ทางทรัพย์สิน เพื่อความสะใจ เพื่อล้างแค้น หรือกระทำไปด้วยความคึกคะนอง ส่วนการทำให้ตายอย่างสงบ ผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีโดยมิต้องทุกข์ทรมานอีกต่อไป

จะเห็นได้ว่า มูลเหตุจูงใจของการทำให้ตายอย่างสงบเกิดมาจากความเมตตาสงสารและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเจ็บปวดทรมานกับโรคที่รักษาไม่หาย และจะนำไปสู่ความตายในเวลาไม่ช้า ผู้กระทำจึงเชื่อว่าการทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเป็นการประสงค์ดีต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังนั้น เมื่อมูลเหตุจูงใจของการทำให้ตายอย่างสงบเกิดจากมูลเหตุจูงใจที่ดีต่อผู้ป่วย แตกต่างจากการฆ่าโดยทั่วไป ระดับความน่าตำหนิของการกระทำทั้งสองลักษณะนี้จึงแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้กระทำที่ฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไปมีพฤติกรรมที่น่าตำหนิมากกว่าการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ การกำหนดโทษให้แก่ผู้กระทำผิดจึงต้องแตกต่างกันไปด้วย กล่าวคือ การกระทำที่มีความน่าตำหนิสูงสมควรได้รับการลงโทษมากกว่าการกระทำที่มีความน่าตำหนิน้อยกว่า ด้วยเหตุนี้ เมื่อวินิจฉัยความน่าตำหนิของผู้กระทำผิดโดยพิจารณาจากมูลเหตุจูงใจ จะได้ข้อสรุปว่า การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบมีความน่าตำหนิน้อยกว่าการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไป จึงต้องกำหนดโทษแก่ผู้กระทำผิดน้อยลงไปด้วย

จากการศึกษาเหตุภววิสัยทั้งในแง่ความเสียหายและความน่าตำหนิของผู้กระทำผิด สามารถสรุปได้ว่า การทำให้ตายอย่างสงบทั้ง 2 ประเภทมีระดับความร้ายแรงของความผิดน้อยกว่าการฆ่าโดยทั่วไปเพราะผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจที่ประสงค์ดีต่อผู้ป่วย และเมื่อพิจารณาการกระทำแต่ละรูปแบบแล้วพบว่า การเร่งให้ตายอย่างสงบมีความร้ายแรงของความผิดมากกว่าการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตอย่างชัดเจน เพราะการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นไม่เกิดความเสียหายใด ๆ ต่อผู้ป่วยและต่อสังคมเลย การกระทำดังกล่าวจึงไม่ควรต้องรับผิดทางอาญาแต่อย่างใด

หลักการดังกล่าวสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนในประมวลกฎหมายอาญาของประเทศต่าง ๆ โดยการบัญญัติความผิดที่มีองค์ประกอบความผิดเกี่ยวกับความยินยอมของผู้ตาย หรือสภาวะของผู้ตายไว้โดยเฉพาะ แยกต่างหากจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เช่น ประเทศเยอรมนี เนเธอร์แลนด์ เดนมาร์ค สวิตเซอร์แลนด์ สเปน โรมาเนีย ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้ มีบทบัญญัติความผิด

[6] ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 2.3.1

ฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ โดยมีความยินยอมหรือคำร้องขอของผู้ตายเป็นองค์ประกอบหลักของความผิด และกำหนดระวางโทษสำหรับการกระทำดังกล่าวน้อยกว่าระวางโทษในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่กำหนดอัตราโทษขั้นต่ำ หรือกำหนดโทษขั้นต่ำให้จำคุก 6 เดือนหรือ 1 ปีเท่านั้น[7] จึงอาจกล่าวได้ว่า การฆ่าโดยได้รับความยินยอมจากผู้ตายนั้นเป็นความผิดที่เป็นบทเบาของความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เพื่อให้สามารถกำหนดอัตราโทษได้อย่างเหมาะสมตามหลักความได้สัดส่วน

ยิ่งไปกว่านั้น ในบางประเทศอาจบัญญัติองค์ประกอบด้านสภาวะของผู้ตายเป็นหลักเพื่อจำกัดให้ใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบเท่านั้น และยังเป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้ทราบมูลเหตุจูงใจของผู้กระทำผิดได้ง่ายมากขึ้น เพราะหากมีข้อเท็จจริงว่าผู้ตายมีความทุกข์ทรมานและใกล้ถึงแก่ความตาย ก็มีเหตุให้พิจารณาได้ว่าผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจที่ประสงค์ดีต่อผู้ตายมากกว่ากรณีอื่น ๆ เช่น ประเทศนอร์เวย์บัญญัติว่าผู้ตายต้องป่วยระยะสุดท้ายหรือมีเหตุอื่นที่ทำให้ใกล้ถึงแก่ความตาย[8] ประเทศสเปนบัญญัติว่าผู้ตายต้องเผชิญกับโรคร้ายแรงที่อันตรายถึงแก่ชีวิตหรือทำให้ทรมานจนไม่อาจทานทนได้[9] หรือประเทศโรมาเนียบัญญัติว่าผู้ตายกำลังเผชิญกับโรคซึ่งได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าไม่สามารถรักษาได้ หรือมีความบกพร่องอย่างรุนแรง ซึ่งทำให้ทุกข์ทรมานอย่างถาวรและไม่อาจทานทนได้[10] เป็นต้น

2) เหตุอัตวิสัย

ในการลงโทษผู้กระทำผิดโดยคำนึงถึงเหตุอัตวิสัยคือ การลงโทษต้องเหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคน โดยพิจารณาจากมุมมองของผู้กระทำผิด เพื่อให้ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการกระทำความผิดนั้นและสามารถกำหนดโทษได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ในการกำหนดโทษจึงต้องพิจารณาข้อเท็จจริง 2 ประการ ดังนี้[11]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

<u>ประการที่หนึ่ง</u> ข้อเท็จจริงที่เป็นพฤติการณ์ของการกระทำความผิด

พฤติการณ์ของการกระทำผิดเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดโทษ การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบก็มีลักษณะของการกระทำที่แตกต่างจากการฆ่าโดยทั่วไป กล่าวคือ การทำให้ตายอย่างสงบ ผู้กระทำจะใช้วิธีการที่ทำให้ถึงแก่ความตายโดยเร็ว และไม่ต้องทุกข์ทรมานเป็นเวลานาน ยกตัวอย่างเช่น การฉีดยา การทำให้ขาดอากาศหายใจ หรือการถอดเครื่องมือช่วยชีวิต ในขณะที่การ

---

[7] ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 4.1 ตาราง 2

[8] ประมวลกฎหมายอาญานอร์เวย์ มาตรา 278

[9] ประมวลกฎหมายอาญาสเปน มาตรา 143

[10] ประมวลกฎหมายอาญาโรมาเนีย มาตรา 190

[11] ธานี วรภัทร์, <u>หลักกฎหมายมาตรการบังคับทางอาญา</u> (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2557), หน้า 65.

ฆ่าโดยทั่วไปอาจมีพฤติการณ์ที่ทำให้ผู้ตายต้องทุกข์ทรมานและไม่ถึงแก่ความตายในทันที เช่น การทำร้ายร่างกาย การใช้อาวุธที่เป็นของแข็งหรือของมีคม การใช้ปืนยิงจนเป็นเหตุให้ถึงแก่ความตาย เป็นต้น ดังนั้น เมื่อพฤติการณ์ของการกระทำปรากฏชัดว่า ผู้กระทำใช้วิธีที่ทำให้ผู้ตายต้องทรมาน หรือฆ่าด้วยความทารุณโหดร้าย ย่อมแสดงให้เห็นว่า ผู้กระทำไม่มีความเห็นอกเห็นใจใด ๆ ต่อผู้ตาย และยังต้องการให้ผู้ตายได้รับความทุกข์ทรมานก่อนตายอีกด้วย ผู้กระทำผิดจึงสมควรได้รับโทษที่ร้ายแรง เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติการณ์ของการกระทำผิด แต่หากข้อเท็จจริงปรากฏชัดว่า การทำให้ตายอย่างสงบมีพฤติการณ์ของการกระทำที่มีความปรานีต่อผู้ตาย และผู้ตายจากไปโดยเร็วและมิต้องทุกข์ทรมาน จึงแสดงให้เห็นถึงมูลเหตุจูงใจเบื้องหลังการกระทำได้เป็นอย่างดี ผู้กระทำจึงสมควรได้รับน้อยกว่าการฆ่าในกรณีอื่น ๆ

ประการที่สอง ข้อเท็จจริงส่วนบุคคลของผู้กระทำผิด

ข้อเท็จจริงส่วนบุคคลเป็นการพิจารณาถึงภูมิหลังของผู้กระทำผิด เพื่อให้ทราบสาเหตุและปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดการกระทำผิดได้อย่างชัดเจนมากที่สุด ภูมิหลังของผู้กระทำผิดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการทำให้ตายอย่างสงบ ได้แก่ ประวัติครอบครัว สุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิต และความประพฤติเป็นอาจิณของผู้กระทำผิด เนื่องจากผู้กระทำผิดมักเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกัน และทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเนื่องจากความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย หรือเนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ นอกจากนี้ ในบางกรณีอาจมีข้อเท็จจริงที่ชัดเจนว่าตลอดเวลาที่ผ่านมาผู้กระทำผิดเป็นคนดูแลผู้ป่วยอย่างไม่ขาดตกบกพร่อง และให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างดีที่สุดแล้ว ข้อเท็จจริงด้านความประพฤติของผู้กระทำผิดดังกล่าวจึงเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดโทษให้เหมาะสมแก่ผู้กระทำผิดได้เป็นอย่างดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ในต่างประเทศก็ให้ความสำคัญกับข้อเท็จจริงส่วนบุคคลของผู้กระทำผิดเช่นกัน เห็นได้จากคดี People v Werner[12] ในสหรัฐอเมริกาที่ศาลแนะนำให้จำเลยถอนคำรับสารภาพและพิพากษายกฟ้อง เนื่องจากคดีนี้เมื่อตรวจสอบประวัติครอบครัวแล้วพบว่า จำเลยสมรสกับภรรยา มีบุตรด้วยกัน 2 คน และอาศัยอยู่ร่วมกับภรรยาจนจำเลยอายุ 69 ปี ในชั้นพิจารณาศาลได้สอบถามบุตรทั้งสองคนของจำเลย บุตรทั้งสองให้การตรงกันว่า ตั้งแต่ภรรยาของจำเลยเป็นผู้ป่วยติดเตียง จำเลยเป็นผู้พาภรรยาไปรักษาที่โรงพยาบาล และดูแลภรรยาทุกอย่างตั้งแต่ทำอาหาร อาบน้ำ และจัดหาสิ่งจำเป็นสำหรับภรรยาด้วยตนเอง อีกทั้งจำเลยยังนอนที่พื้นข้างเตียงของภรรยาเพื่อทำการดูแลตลอด 24 ชั่วโมงมาเป็นระยะเวลากว่า 2 ปี ข้อเท็จจริงดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความประพฤติเป็นอาจิณของจำเลยที่คอยดูแลเอาใจใส่ภรรยามาเป็นเวลานาน ดังนั้น แม้ว่าจำเลยจะทำให้ภรรยาถึงแก่ความตาย แต่ก็กระทำไปตามคำร้องขอของภรรยา และเมื่อจำเลยกระทำดังกล่าวแล้ว ยังพยายามฆ่า

[12] People v. Werner, Crim. No. 58-3636 (Cook Co. Ct., Ill. 1958) ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 4.5.2

ตัวตายตามภรรยาไปอีกด้วย ในคดีนี้จึงเห็นได้ชัดเจนว่าข้อเท็จจริงส่วนบุคคลของจำเลยมีเหตุอันควรปรานีที่ศาลไม่สมควรลงโทษจำเลยอีกต่อไป และศาลเห็นว่าจำเลยมีอายุมากแล้ว หากลงโทษตามความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาจะทำให้จำเลยต้องใช้ชีวิตบั้นปลายในเรือนจำ ด้วยเหตุนี้ ศาลจึงตัดสินยกฟ้องเพื่อให้จำเลยกลับไปใช้ชีวิตกับบุตรของตนเองต่อไป[13]

นอกจากนี้ ข้อเท็จจริงส่วนบุคคลของผู้กระทำผิดอาจต้องพิจารณาไปถึงสุขภาพทางจิตใจของผู้กระทำผิดด้วย เนื่องจากการที่ผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้บุคคลที่ใกล้ชิด โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวที่ดูแลรักษาผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน เกิดความเครียดสะสมและอาจนำไปสู่การตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายได้ง่ายขึ้น เห็นได้จากในประเทศอังกฤษและเวลส์ และสหรัฐอเมริกา ที่ในบางกรณีจำเลยยกข้อต่อสู้เรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญา (Diminished responsibility) หรือวิกลจริตชั่วคราวในขณะกระทำความผิดได้ ดังนั้น หากแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ก็ต้องกำหนดโทษแก่ผู้กระทำผิดน้อยลงและเน้นการใช้มาตรการเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดแทน

จะเห็นได้ว่า ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับพฤติการณ์ของการกระทำและข้อเท็จจริงส่วนบุคคลของผู้กระทำผิด เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดโทษให้แก่ผู้กระทำผิด ในชั้นพิจารณาศาลจำเป็นต้องวินิจฉัยข้อเท็จจริงเหล่านี้ประกอบกันเสมอ เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการลงโทษต้องเหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคนให้มากที่สุด

กล่าวโดยสรุป เมื่อวินิจฉัยทั้งเหตุอัตวิสัยและเหตุภววิสัย กล่าวคือ หลักความได้สัดส่วนและหลักการลงโทษต้องเหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคนแล้ว พบว่า การเร่งให้ตายอย่างสงบมีระดับความร้ายแรงความผิดน้อยกว่าการฆ่าโดยทั่วไปอย่างเห็นได้ชัด ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลและสังคมส่วนรวม จึงไม่ควรต้องรับผิดทางอาญาแต่อย่างใด ด้วยเหตุนี้ เมื่อประมวลกฎหมายอาญาของไทยตามมาตรา 288 และมาตรา 289 กำหนดอัตราโทษจำคุกขั้นต่ำ 15 ปี และโทษประหารชีวิตตามลำดับ อัตราโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำผิดจึงอยู่ในระดับเดียวกับการฆ่าโดยทั่วไป และไม่สามารถลดโทษให้น้อยกว่าโทษจำคุกขั้นต่ำได้ บทบัญญัติตามประมวลกฎหมายอาญาของไทยจึงไม่สอดคล้องกับหลักความได้สัดส่วนและหลักการลงโทษต้องเหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคน

ดังนั้น เมื่อได้ข้อสรุปว่าควรกำหนดโทษสำหรับการทำให้ตายอย่างสงบในระดับที่แตกต่างจากการฆ่าโดยทั่วไป ในหัวข้อถัดไปจึงเป็นการวิเคราะห์กฎหมายไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ โดยเริ่มจากการเปรียบเทียบหลักเกณฑ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และขอบเขตของบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์

---

[13] Glanville Williams, "Euthanasia and Abortion," University of Colorado Law Review 38, 2 (Winter 1965): 184-186.

ในแต่ละประเทศ จากนั้นจึงวิเคราะห์ความรับผิดทางอาญาสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบและการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตตามลำดับ

5.2 ข้อพิจารณาเรื่องขอบเขตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรับผิดเกี่ยวกับการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบนั้น นอกจากจะต้องพิจารณากฎหมายอาญาของกฎหมายแต่ละประเทศแล้ว ยังต้องพิจารณาหลักเกณฑ์ในการทำให้ตายอย่างสงบในประเทศนั้น ๆ ด้วย ซึ่งหลักเกณฑ์ที่สำคัญก็คือ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั่นเอง ในหัวข้อนี้จึงเป็นการศึกษาเปรียบเทียบขอบเขตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละประเทศ รวมทั้งผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ ที่สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตโดยชอบด้วยกฎหมายด้วย ซึ่งจากการศึกษาสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

จากการศึกษานิยามของคำว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศต่าง ๆ พบว่า มีอยู่ 5 ประเทศที่ปรากฏความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ในกฎหมายหรือคำพิพากษาอย่างชัดเจน ส่วนอีก 2 ประเทศ ได้แก่ ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ไม่มีกฎหมายหรือคำพิพากษากำหนดไว้ ส่วนในประเทศอังกฤษและเวลส์ ไม่ได้กำหนดนิยามของถ้อยคำดังกล่าว เนื่องจากมีกฎหมายที่บัญญัติมาเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจ ด้วยเหตุนี้ ใน Mental Capacity Act, 2005 จึงกำหนดนิยามของบุคคลที่ขาดความสามารถไว้โดยเฉพาะแทน

ดังนั้น ในการเปรียบเทียบความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเปรียบเทียบกับประเทศ 5 ประเทศ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีคำพิพากษา ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี และประเทศญี่ปุ่น และกลุ่มที่มีบทบัญญัติของกฎหมาย ได้แก่ สหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ สาธารณรัฐจีน และสาธารณรัฐสิงคโปร์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

<u>กลุ่มแรก</u> กลุ่มที่มีคำพิพากษา มีอยู่ 2 ประเทศที่ศาลได้กำหนดความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี และญี่ปุ่น กล่าวคือ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ศาลพิพากษาว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง *“ผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมานกับโรคที่จะทำให้เสียชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้”* ส่วนประเทศญี่ปุ่น ศาลพิพากษาว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง *“ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคที่ไม่สามารถรักษาและฟื้นคืนได้อีก รวมทั้งไม่สามารถหลีกเลี่ยงความตายได้”*

<u>กลุ่มที่สอง</u> กลุ่มที่มีบทบัญญัติของกฎหมาย มีทั้งหมด 3 ประเทศ ได้แก่

สหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ มี New Jersey Advance Directives for Health Care Act, 1992 ซึ่งเป็นกฎหมายเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า มีบทบัญญัตินิยามความหมายของการป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Condition) ไว้ในกฎหมายนิวเจอร์ซีย์ มาตรา 26:2H-55 ว่า

หมายถึง *“การป่วยขั้นสุดท้ายด้วยโรคที่อันตรายถึงชีวิตจนไม่สามารถรักษาหายได้ ซึ่งต้องพยากรณ์โรคโดยพิจารณาบนพื้นฐานทางการแพทย์ว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน ไม่ว่าจะใช้เครื่องมือช่วยชีวิตหรือไม่ก็ตาม”*

สาธารณรัฐจีน ใน Hospice Palliative Care Act, 2000 ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติที่ให้อำนาจแพทย์สามารถเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยได้ มีกำหนดความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal illness patients) ไว้ในมาตรา 3 ว่าหมายถึง *“บุคคลที่ทุกข์ทรมานกับการบาดเจ็บหรือโรคที่ร้ายแรง และแพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ รวมทั้งการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์คาดคะเนได้ว่าจะถึงแก่ความตายในเวลาอันใกล้”*

ส่วนในสาธารณรัฐสิงคโปร์ มี Advance Medical Directive Act, 1996 ซึ่งในมาตรา 2 มีกำหนดนิยามคำว่า การป่วยระยะสุดท้าย (Terminal illness) ว่าหมายถึง *“ภาวะที่รักษาไม่หายอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคซึ่งไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้ได้โดยชั่วคราวหรือถาวร ซึ่ง (a) ในการตัดสินใจอย่างสมเหตุสมผลของแพทย์ ความตายนั้นใกล้จะถึง โดยไม่คำนึงถึงการใช้วิธีการรักษาที่ยืดชีวิตเป็นพิเศษ (b) การใช้การรักษาที่ยืดชีวิตเป็นพิเศษนั้นจะเป็นการเลื่อนเวลาเสียชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น”*

จากความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังกล่าว สามารถสรุปได้เป็นตารางดังต่อไปนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตาราง 5 เปรียบเทียบความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประเด็น/ ประเทศ	กฎหมายหรือคำพิพากษา	ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	คำพิพากษาของศาล	ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับโรคที่จะทำให้เสียชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	-	-
อังกฤษและเวลส์	-	-
สหรัฐอเมริกา มลรัฐนิวเจอร์ซีย์	กฎหมายนิวเจอร์ซีย์ มาตรา 26:2H-55	การป่วยขั้นสุดท้ายด้วยโรคที่อันตรายถึงชีวิตจนไม่สามารถรักษาหายได้ ซึ่งต้องพยากรณ์โรคโดยพิจารณาบนพื้นฐานทางการแพทย์ว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน ไม่ว่าจะใช้เครื่องมือช่วยชีวิตหรือไม่ก็ตาม
สาธารณรัฐจีน	Hospice Palliative Care Act, 2000 มาตรา 3	บุคคลที่ทุกข์ทรมานกับความบาดเจ็บหรือโรคที่ร้ายแรง และแพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ รวมทั้งการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์คาดคะเนได้ว่าจะถึงแก่ความตายในเวลาอันใกล้
สาธารณรัฐสิงคโปร์	Advance Medical Directive Act, 1996 มาตรา 2	ภาวะที่รักษาไม่หายอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคซึ่งไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้ได้โดยชั่วคราวหรือถาวร ซึ่ง - (a) ในการตัดสินใจอย่างสมเหตุสมผลของแพทย์ ความตายนั้นใกล้จะถึง โดยไม่คำนึงถึงการใช้วิธีการรักษาที่ยืดชีวิตเป็นพิเศษ (b) การใช้การรักษาที่ยืดชีวิตเป็นพิเศษนั้นจะเป็นการเลื่อนเวลาเสียชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น
ญี่ปุ่น	คำพิพากษาของศาล	ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคที่ไม่สามารถรักษาและฟื้นคืนได้อีก รวมทั้งไม่สามารถหลีกเลี่ยงความตายได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากการวิเคราะห์ความหมายของกลุ่มที่มีคำพิพากษาของศาลคือ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี และประเทศญี่ปุ่น จะเห็นได้ว่า ความหมายที่ศาลให้คำนิยามไว้มีความคล้ายคลึงกัน โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องประกอบไปด้วยลักษณะ 2 ประการคือ

(1) ต้องเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

(2) ต้องเป็นโรคที่อันตรายถึงแก่ชีวิต

ส่วนในกลุ่มที่มีบทบัญญัติของกฎหมายคือ สหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ สาธารณรัฐจีน และสาธารณรัฐสิงคโปร์นั้น นิยามของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บัญญัติไว้ในบทนิยามของพระราชบัญญัติในแต่ละประเทศ จะกำหนดรายละเอียดที่มากกว่าความหมายในคำพิพากษาของศาล โดยเพิ่มเติมเนื้อหา 2 ประการ ได้แก่

(1) ความตายนั้นใกล้จะถึง เห็นได้จากบทบัญญัติที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนในสาธารณรัฐจีน และสาธารณรัฐสิงคโปร์ นอกจากนี้ บทบัญญัติของสหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ยังกำหนดระยะเวลาที่คาดว่าจะมีชีวิต (Life Expectancy) ไว้อย่างชัดเจนด้วย โดยกำหนดว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือนอีกด้วย

(2) ต้องพิจารณาตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยทั้ง 3 ประเทศข้างต้นมีบัญญัติไว้อย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่า การพิจารณาว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือไม่ จะต้องอยู่บนพื้นฐานทางการแพทย์เท่านั้น เนื่องจากผู้ที่จะประเมินอาการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จำเป็นต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะ มิใช่การประเมินอาการของผู้ป่วยไปโดยไม่มีเหตุผลในทางการแพทย์มารองรับ

ดังนั้น จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทั้ง 5 ประเทศแล้ว สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีลักษณะที่สำคัญอยู่ 4 ประการดังนี้

(1) ต้องป่วยเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

(2) ต้องเป็นโรคที่อันตรายถึงแก่ชีวิต

(3) ความตายนั้นใกล้จะถึง

(4) ต้องพิจารณาตามมาตรฐานทางการแพทย์

อย่างไรก็ตาม จากนิยามของผู้ป่วยระยะสุดท้ายข้างต้นอาจทำให้เกิดประเด็นคำถามต่อมาว่าจะครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยบางประเภทหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยที่มีสภาพผักถาวร (Persistent Vegetative State) ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวถาวร (Irreversible Coma) หรือผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia) เป็นต้น เพราะผู้ป่วยเหล่านี้อาจไม่เข้าความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำหนดไว้ในประเทศนั้น ๆ ด้วยเหตุ

นี้ ในบางประเทศจึงมีบทบัญญัติที่อนุญาตให้ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วย โดยขยายไปถึงผู้ป่วยอื่น ๆ นอกจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย เพื่อมิให้เกิดความสับสนในการตีความถ้อยคำดังกล่าวและเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ ซึ่งแต่ละประเทศนั้นมีรายละเอียดดังนี้

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี แม้มีคำพิพากษาที่ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ แต่ต่อมาเมื่อมีการแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งเยอรมันมาตรา 1901a ว่าด้วยหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า กลับมิได้มีถ้อยคำที่จำกัดเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อมิให้เกิดปัญหาในการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตแก่ผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยสภาพผักถาวร หรือผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นต้น อีกทั้งศาลยังเคยพิพากษาให้สามารถถอดสายยางให้อาหารของผู้ป่วยสภาพผักถาวรได้อีกด้วย ดังนั้น การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตจึงขยายไปถึงผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ ด้วย เพราะมิได้มีกฎหมายกำหนดประเภทของผู้ป่วยอย่างชัดเจน

ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ มีความคล้ายคลึงกับสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เนื่องจากมีคำพิพากษาของศาลที่ยอมรับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตเช่นเดียวกัน ซึ่งในคดี Stinissen ญาติของผู้ป่วยยื่นคำร้องขอให้ถอดสายยางให้อาหารของผู้ป่วยสภาพผักถาวร ศาลก็พิพากษาว่าการกระทำนั้นเป็นอำนาจของแพทย์ในการตัดสินใจ ดังนั้น การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยสภาพผักถาวรถึงแก่ความตายจึงสามารถกระทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย

ส่วนประเทศอังกฤษและเวลส์นั้นแตกต่างจากประเทศอื่น ๆ เนื่องจาก Mental Capacity Act, 2005 ใช้กับบุคคลที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจเป็นหลัก ซึ่งครอบคลุมถึงผู้ป่วยหลากหลายประเภท เช่น ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเกี่ยวกับสมองหรือเส้นโลหิตในสมองอุดตัน หรือผู้มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เป็นต้น[14] แพทย์จึงสามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของบุคคลดังกล่าวได้โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ นอกจากนี้ ศาลยังมีคำพิพากษาอย่างชัดเจนว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยสภาพผักถาวรก็สามารถกระทำได้เช่นกัน โดยมิต้องยื่นคำร้องต่อศาลก่อน

สหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย ปรากฏอยู่ในกฎหมายนิวเจอร์ซีย์ มาตรา 26:2H-67 ซึ่งกำหนดผู้ป่วยที่สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตได้ 3 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยที่การยื้อชีวิตต่อไปไม่ได้ผลหรือไม่มีประโยชน์ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวถาวร ซึ่งในกรณีที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวถาวร จะต้องให้แพทย์จำนวน 2 ท่านเป็นผู้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีลักษณะดังกล่าวจริง จึงจะสามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตได้

---

[14] Mental Capacity Act 2005: Code of Practice (London: The Stationery Office, 2007), p. 44.

สาธารณรัฐจีน มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องอยู่ 2 ฉบับ ซึ่งใน Hospice Palliative Care Act, 2000 ได้กำหนดเรื่องการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปแล้ว ต่อมาใน Patient Right to Autonomy Act, 2016 ยังบัญญัติให้แพทย์สามารถกระทำการดังกล่าวตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยได้ ซึ่งในมาตรา 14 กำหนดผู้ป่วยถึง 5 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวถาวร ผู้ป่วยสภาพผักถาวร ผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างรุนแรง และผู้ป่วยอื่น ๆ ตามประกาศของเจ้าหน้าที่ ซึ่งในการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าวหรือไม่ ต้องให้แพทย์จำนวน 2 ท่านเป็นผู้วินิจฉัย

ส่วนในสาธารณรัฐสิงคโปร์ มี Advance Medical Directive Act, 1996 กำหนดให้แพทย์สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยได้ ซึ่งในพระราชบัญญัติกำหนดเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยสภาพผักถาวรด้วย ทั้งนี้ ในวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยจะต้องได้รับความเห็นที่เป็นเอกฉันท์จากแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยและแพทย์ท่านอื่นอีก 2 ท่านว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามคำนิยามที่กำหนดไว้

ประเทศญี่ปุ่น มีเพียงคำพิพากษาของศาลที่อนุญาตให้แพทย์ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้น แต่กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระทำดังกล่าวโดยตรงยังไม่มีผลบังคับใช้ ดังนั้น แม้ว่าในทางปฏิบัติ แพทย์จะยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยหลายประเภท แต่ในทางกฎหมายยังไม่มีบทบัญญัติคุ้มครองความรับผิดของแพทย์อย่างชัดเจนเท่าใดนัก

จากการศึกษากฎหมายและคำพิพากษาของประเทศต่าง ๆ สามารถสรุปหลักเกณฑ์ของผู้ป่วยที่สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตได้ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตาราง 6 สรุปประเภทของผู้ป่วยที่สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

ประเด็น/ประเทศ	กฎหมายหรือคำพิพากษา	ประเภทของผู้ป่วย		จำนวนแพทย์ที่วินิจฉัย
		ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ผู้ป่วยอื่น ๆ	
สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	คำพิพากษา	✓	- ผู้ป่วยสภาพผักถาวร - ผู้ป่วยสมองเสื่อม	ไม่กำหนด
ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	คำพิพากษา	✓	- ผู้ป่วยสภาพผักถาวร	ไม่กำหนด
อังกฤษและเวลส์	คำพิพากษา Mental Capacity Act, 2005	✓	- บุคคลที่ขาดความสามารถตาม Mental Capacity Act, 2005	ไม่กำหนด
สหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์	กฎหมายนิวเจอร์ซีย์ มาตรา 26:2H-67	✓	- ผู้ป่วยที่การยื้อชีวิตต่อไปไม่ได้ผลหรือไม่มีประโยชน์ - ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวถาวร	กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวถาวรต้องได้รับการพิจารณาโดยแพทย์ 2 ท่าน
สาธารณรัฐจีน	Patient Right to Autonomy Act, 2016 มาตรา 14	✓	- ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวถาวร - ผู้ป่วยสภาพผักถาวร - ผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างรุนแรง - ผู้ป่วยอื่น ๆ ตามประกาศของเจ้าหน้าที่	แพทย์ 2 ท่าน
สาธารณรัฐสิงคโปร์	Advance Medical Directive Act, 1996	✓	-	แพทย์ที่ทำการรักษา และแพทย์อื่นอีก 2 ท่าน
ญี่ปุ่น	คำพิพากษา	✓	-	ไม่กำหนด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จะเห็นได้ว่า ทั้ง 7 ประเทศข้างต้นมีกฎหมายหรือคำพิพากษาอนุญาตให้ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ แต่ในบางประเทศ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ประเทศอังกฤษและเวลส์ สหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ และสาธารณรัฐจีน มีบทบัญญัติหรือคำพิพากษาของศาลระบุชัดเจนว่า รวมไปถึงผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ ด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสภาพผักถาวร ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวถาวร หรือผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่วนอีก 2 ประเทศ ได้แก่ สาธารณรัฐสิงคโปร์และประเทศญี่ปุ่น ยังไม่มีกฎหมายหรือคำพิพากษาขยายไปถึงผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ ด้วย

เมื่อพิจารณากฎหมายของไทย คำว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นไม่ได้กำหนดไว้โดยเฉพาะ แต่เมื่อพิจารณามาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติให้ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าได้ 2 กรณีคือ การไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพียงเพื่อยืดความตายในวาระสุดท้ายของชีวิต และการไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพิจารณาความหมายของ “วาระสุดท้ายของชีวิต” และ “การทรมานจากการเจ็บป่วย” ว่าหมายถึงผู้ป่วยประเภทใดบ้าง ซึ่งในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ได้บัญญัติความหมายของถ้อยคำทั้งสองไว้ จึงพิจารณาได้ว่า แพทย์สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยได้ทั้งหมด 3 ประเภท ได้แก่

1) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อพิจารณาความหมายของคำว่าวาระสุดท้ายของชีวิตในส่วนต้น[15] เปรียบเทียบกับลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำหนดไว้ในประเทศต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าบทบัญญัติของไทยกำหนดลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายครบทั้ง 4 ประการ กล่าวคือ (1) ภาวะการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ (2) เป็นโรคที่นำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (3) ความตายนั้นจะเกิดในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และ (4) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมวินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ ดังนั้น คำว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายของไทยจึงมีลักษณะเช่นเดียวกับที่บัญญัติไว้ในกฎหมายของสหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ สาธารณรัฐจีน และสาธารณรัฐสิงคโปร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[15] กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, ข้อ 2

“ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณโรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกลจะถึง...”

2) ผู้ป่วยสภาพผักถาวร ในส่วนท้ายของนิยามคำว่าวาระสุดท้ายของชีวิต[16] ยังกำหนดให้หมายความรวมถึงผู้ป่วยสภาพผักถาวรอีกด้วย เพราะกฎหมายเห็นว่าผู้ป่วยดังกล่าวไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยปราศจากเครื่องมือทางการแพทย์ การมีชีวิตอยู่ในสภาพเช่นนี้จึงลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิ้นเปลืองภาระค่าใช้จ่ายของญาติผู้ป่วย[17] จะเห็นได้ว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของไทยครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยสภาพผักถาวรด้วยเช่นเดียวกับสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ประเทศอังกฤษและเวลส์ สหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ และสาธารณรัฐจีน

3) ผู้ป่วยที่ทรมานจากการเจ็บป่วย[18] ซึ่งหมายรวมถึงผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม โรคมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เป็นต้น[19]

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายของไทยกับกฎหมายของต่างประเทศเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเห็นได้ว่า ในกฎกระทรวงฯ ของประเทศไทยกำหนดลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้อย่างละเอียด ซึ่งประกอบไปด้วยลักษณะ 4 ประการ คล้ายคลึงกับประเทศที่มีพระราชบัญญัติเฉพาะ ได้แก่ สหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ สาธารณรัฐจีน และสาธารณรัฐสิงคโปร์ โดยมีความแตกต่างกันเพียงรายละเอียดปลีกย่อยเท่านั้น นอกจากนี้ การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของประเทศไทยยังขยายไปถึงผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยสภาพผักถาวร และผู้ป่วยที่ทรมานจากการเจ็บป่วยด้วย ซึ่งครอบคลุมมากกว่ากฎหมายของสาธารณรัฐสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่นเสียอีก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

---

[16] กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, ข้อ 2

"...และให้หมายรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น"

[17] ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

[18] กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, ข้อ 2

""การทรมานจากการเจ็บป่วย" หมายความว่า ความทุกขทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้"

[19] ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

ทั้งนี้ แม้ว่ากฎหมายจะไม่ได้กำหนดรายการของโรคที่ถือว่าเป็นการป่วยระยะสุดท้ายหรือทำให้ทรมานจากการเจ็บป่วยไว้โดยละเอียด แต่ก็เป็นหน้าที่ของแพทย์ในการวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยแต่ละราย และต้องพิจารณาเป็นกรณี ๆ ไป จึงไม่สามารถกำหนดหลักเกณฑ์ที่ตายตัวในการวินิจฉัยได้ ซึ่งในกฎหมายต่างประเทศก็มีลักษณะเดียวกันกับบทบัญญัติของไทย และไม่มีกฎหมายของประเทศใดที่สามารถระบุรายชื่อและอาการของโรคอย่างละเอียดได้เช่นกัน

อย่างไรก็ตาม ข้อแตกต่างของกฎหมายของไทยกับกฎหมายต่างประเทศที่สำคัญมีอยู่ 2 ประการ ได้แก่

1) การกำหนดระยะเวลาที่คาดว่าจะมีชีวิต (Life Expectancy) เห็นได้จากบทบัญญัติของสหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ที่กำหนดระยะเวลาที่คาดว่าจะมีชีวิตไว้ในกฎหมายอย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ความตายใกล้จะถึงนั้น คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่า การกำหนดระยะเวลาที่คาดว่าจะมีชีวิตไว้อย่างชัดเจน อาจทำให้เกิดปัญหาในการวินิจฉัยอาการของผู้ป่วย เนื่องจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ในปัจจุบันยังไม่สามารถวินิจฉัยระยะเวลาที่คาดว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตได้อย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน ในความเป็นจริงอาจมีทั้งผู้ป่วยที่เสียชีวิตในเวลาสั้น ๆ และผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายหลังเวลา 6 เดือนก็ได้ เพราะผู้ป่วยแต่ละคนก็มีอาการและเงื่อนไขด้านอื่น ๆ ที่แตกต่างกัน การกำหนดระยะเวลาเช่นนี้จึงทำให้แพทย์เกิดความยากลำบากในทางปฏิบัติมากขึ้น[20] ในปัจจุบันการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงอยู่บนพื้นฐานของการรักษาและเงื่อนไขของโรค ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามงานวิจัยทางการแพทย์ ดังนั้น การไม่กำหนดระยะเวลาดังกล่าวจึงน่าจะเป็นผลดีต่อการปฏิบัติงานของแพทย์มากกว่า บทบัญญัติที่นิยามคำว่าวาระสุดท้ายของชีวิตในกฎกระทรวงฯ ที่กำหนดว่า *“ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง”* จึงเป็นการใช้ถ้อยคำอย่างกว้างเหมาะสมกับผู้ป่วยทุกประเภทแล้ว

2) จำนวนแพทย์ที่วินิจฉัยอาการของผู้ป่วย ในประเทศที่มีพระราชบัญญัติเฉพาะได้แก่ สหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ สาธารณรัฐจีน และสาธารณรัฐสิงคโปร์ มีกำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายชัดเจนมากกว่า โดยบัญญัติให้แพทย์อย่างน้อย 2 คนวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด ในขณะที่กฎหมายของไทยมิได้กำหนดเรื่องดังกล่าวไว้ มีเพียงประกาศของสำนักงานสุขภาพแห่งชาติฯ เท่านั้นที่อธิบายว่า แพทย์ที่รับผิดชอบการรักษาสามารถพยากรณ์โรคของผู้ป่วยเองได้ แต่ในบางกรณีอาจขอความเห็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นได้เช่นกัน ด้วยเหตุนี้ ผู้เขียนเห็นว่า การกำหนดให้มีแพทย์มากกว่าหนึ่งคนเป็นผู้วินิจฉัยอาการของผู้ป่วยว่าเป็น

[20] National Institute on Aging, "What Are Palliative Care and Hospice Care?," [Online] Accessed: 10 July 2019. Available from: https://www.nia.nih.gov/health/what-are-palliative-care-and-hospice-care

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือไม่ จะส่งผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่า เนื่องจากแพทย์ก็เป็นมนุษย์คนหนึ่งที่อาจเกิดความผิดพลาดในการทำงานได้เช่นเดียวกับอาชีพอื่น ๆ การกำหนดให้แพทย์ตั้งแต่ 2 คนต้องวินิจฉัยและลงความเห็นร่วมกันจึงเป็นผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่า เพราะจะทำให้เกิดการตรวจสอบการใช้ดุลพินิจของแพทย์ไปในตัว อีกทั้งยังทำให้แพทย์เกิดความมั่นใจในการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตอีกด้วย ดังนั้น แม้การให้แพทย์ลงความเห็นร่วมกันจะทำให้เกิดความยุ่งยากในทางปฏิบัติมากขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเหตุผลอื่น ๆ ข้างต้นเห็นว่ามีประโยชน์มากกว่า จึงควรกำหนดให้มีแพทย์ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปเป็นผู้วินิจฉัยอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตกระทำไปอย่างรัดกุมมากยิ่งขึ้น

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายไทยกับต่างประเทศทั้งหมด จะเห็นได้ว่าบทบัญญัติของไทยในปัจจุบันมีกำหนดนิยามของผู้ป่วยระยะสุดท้ายคล้ายคลึงกับประเทศต่าง ๆ ที่มีความก้าวหน้าในเรื่องดังกล่าว อีกทั้งยังขยายขอบเขตของการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตไปถึงผู้ป่วยอีกหลายประเภทด้วย บทบัญญัติของไทยจึงมีขอบเขตที่ใกล้เคียงกับบทบัญญัติของสหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ และสาธารณรัฐจีนที่มีความก้าวหน้าในเรื่องดังกล่าวแล้ว ดังนั้น เมื่อกฎหมายของไทยกำหนดผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน และขยายไปถึงผู้ป่วยบางประเภทด้วย การวินิจฉัยความรับผิดทางอาญากรณีทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ จึงควรกำหนดให้สอดคล้องกับผู้ป่วยที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ด้วย กล่าวคือ ครอบคลุมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยสภาพผักถาวร และผู้ป่วยที่ทรมานจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังควรกำหนดให้การประเมินอาการของผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นการวินิจฉัยร่วมกันของแพทย์ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อให้การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปด้วยความรัดกุมมากยิ่งขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5.3 ข้อพิจารณาเรื่องขอบเขตของบุคคลที่มิใช่แพทย์

ดังที่ได้กล่าวไปในหัวข้อ 2.1.4 ว่าบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบได้มีอยู่ 2 ประเภท ได้แก่ แพทย์ และบุคคลอื่น ซึ่งในส่วนของแพทย์นั้นมีกฎหมายยกเว้นความรับผิดให้ในกรณีที่เป็นการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตแล้ว ส่วนบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ยังไม่มีกฎหมายดังกล่าว ทั้ง ๆ ที่ก็มีความเสี่ยงในการกระทำดังกล่าวเช่นกัน ด้วยเหตุนี้ ในการพิจารณาความรับผิดทางอาญาของบุคคลที่มิใช่แพทย์ จึงมีประเด็นต้องพิจารณาว่า หากมีกฎหมายลดหย่อนโทษหรือยกเว้นความผิดให้แก่ผู้กระทำ ควรจำกัดขอบเขตของบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์เฉพาะบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือไม่

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศพบว่า บทบัญญัติเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายอาญาของประเทศต่าง ๆ กำหนดองค์ประกอบในส่วนผู้กระทำว่า “ผู้ใด” โดยมิได้เจาะจงว่าผู้กระทำต้องเป็นบุคคลใด หรือมีความสัมพันธ์กับผู้ตายอย่างไร

ดังนั้น ไม่ว่าผู้กระทำจะเป็นแพทย์ บุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่นใด หากการกระทำดังกล่าวเข้าองค์ประกอบตามบทบัญญัตินั้น ก็สามารถรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอซึ่งปรากฏในประมวลกฎหมายของแต่ละประเทศคือ มาตรา 216 ของประมวลกฎหมายอาญาเยอรมัน มาตรา 293 ของประมวลกฎหมายอาญาดัตช์ มาตรา 275 ของประกฎหมายอาญาของสาธารณรัฐจีน หรือมาตรา 202 ของประมวลกฎหมายอาญาญี่ปุ่นได้ หรือรับผิดเพียงฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามมาตรา 299 ของประมวลกฎหมายอาญาสิงคโปร์ได้

ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้น ในประเทศที่มีบทบัญญัติยกเว้นความผิดสำหรับบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ ในสหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ มีคำพิพากษาของศาลที่วางหลักว่าบุคคลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ต้องรับผิดทั้งหมดในกรณีที่การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นถูกต้องตามหลักเกณฑ์ทุกประการ และในสาธารณรัฐสิงโปร์ Advance Medical Directive Act, 1996 มาตรา 19 กำหนดยกเว้นความรับผิดสำหรับบุคคลที่ทำไปตามคำสั่งของแพทย์ ซึ่งการที่บทบัญญัติมิได้เจาะจงว่าหมายถึงบุคคลใดบ้าง จึงครอบคลุมถึงบุคคลใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ที่สำคัญคือ ต้องเป็นไปตามคำสั่งของแพทย์เพราะแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยอาการของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี กลับมีหลักการที่แตกต่างไปจาก 2 ประเทศข้างต้น เนื่องจากศาลพิพากษาว่า การยกเว้นความผิดสำหรับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนี้ขยายไปถึงผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยด้วย กรณีที่บุตรสาวถอดสายยางให้อาหารของมารดาจึงไม่มีความรับผิดทางอาญาแต่อย่างใด

จะเห็นได้ว่า ในการเร่งให้ตายอย่างสงบ ผู้กระทำจะต้องรับผิดในระดับเดียวกันทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือบุคคลใด ๆ โดยมิได้กำหนดผู้กระทำไว้โดยเฉพาะ ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต มีเพียงคำพิพากษาของศาลเยอรมันเท่านั้น ที่จำกัดเฉพาะผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน แต่ไม่รวมไปถึงบุคคลอื่นด้วย ซึ่งการที่ศาลเยอรมันตัดสินเช่นนั้นเพราะไม่ต้องการเปิดช่องให้บุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์กระทำการนั้นด้วยตนเอง และเป็นการพิพากษาเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับจำเลยซึ่งเป็นบุตรสาวของผู้ตาย อย่างไรก็ตาม คำพิพากษาของศาลเยอรมันดังกล่าวมีทั้งฝ่ายที่คัดค้านและฝ่ายที่สนับสนุน กล่าวคือ ฝ่ายที่คัดค้านเห็นว่า การกำหนดยกเว้นความผิดเฉพาะผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้นแคบเกินไป เพราะเมื่อการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตกระทำถูกต้องตามความประสงค์ของผู้ป่วยแล้ว ผลของการกระทำจึงมีเหตุผลทางกฎหมายรองรับ บุคคลใด ๆ ที่กระทำเช่นนั้นจึงไม่ต้องรับผิดในความตายของผู้ป่วย ส่วนฝ่ายที่สนับสนุนเห็นว่า การกำหนดยกเว้นความผิดให้แก่แพทย์และผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนนั้นเพียงพอแล้ว เพราะหากเปิดช่องให้บุคคลอื่นใดนอกเหนือจากนี้ อาจเป็นการเปิดช่องให้บุคคลอื่นสามารถกระทำได้ โดยมิได้ปรึกษากับแพทย์และผู้มี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

อำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยก่อน อีกทั้งจะเป็นปัญหาได้หากบุคคลอื่นเข้าไปแทรกแซงการทำงานในสถานพยาบาลต่าง ๆ[21]

จากการศึกษาข้างต้น ผู้เขียนเห็นด้วยกับฝ่ายที่คัดค้านความเห็นของศาลเยอรมัน เพราะเมื่อผู้ป่วยแสดงเจตนาชัดเจนว่าประสงค์จะยุติการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตก็สามารถกระทำโดยชอบด้วยกฎหมาย บุคคลที่กระทำการนั้น ไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือบุคคลอื่น ก็ไม่ต้องรับผิดในความตายของผู้ป่วย เพราะเป็นการทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แล้ว นอกจากนี้ หากจะกำหนดให้ยกเว้นความรับผิดเฉพาะผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย จะทำให้เกิดปัญหาตามมาว่า หากผู้กระทำเป็นคนที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในความเป็นจริง แต่มิใช่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย จะต้องรับผิดมากน้อยเพียงใด อีกทั้งการกำหนดให้บุคคลที่มีการกระทำและเจตนาเดียวกัน ต้องรับผิดทางอาญาแตกต่างกันนั้น จะทำให้เกิดคำถามตามมาว่า การกำหนดความรับผิดเช่นนี้เป็นธรรมแล้วหรือไม่

ด้วยเหตุนี้ ผู้เขียนจึงเห็นว่า ขอบเขตของบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ที่จะได้รับโทษน้อยลงหรือได้รับการยกเว้นความรับผิดนั้น ควรหมายถึงบุคคลใด ๆ ที่มิใช่แพทย์ทั้งหมด โดยไม่จำเป็นต้องเจาะจงว่า บุคคลดังกล่าวเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือไม่ เพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาในการใช้และการตีความกฎหมายในอนาคต

5.4 ความรับผิดทางอาญาของบุคคลที่มิใช่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ

เมื่อได้ทราบขอบเขตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและบุคคลที่มิใช่แพทย์ในหัวข้อก่อนหน้าแล้ว ในหัวข้อนี้จะเป็นการวิเคราะห์ความรับผิดทางอาญาของบุคคลที่มิใช่แพทย์กรณีทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ โดยเปรียบเทียบกฎหมายและคำพิพากษาของไทยกับต่างประเทศ ซึ่งจะแบ่งการพิจารณาออกเป็น 2 หัวข้อตามลักษณะของการกระทำ ได้แก่ การเร่งให้ตายอย่างสงบ และการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตตามลำดับ

5.4.1 การเร่งให้ตายอย่างสงบ

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วในหัวข้อ 5.1 แล้วว่า การเร่งให้ตายอย่างสงบมีระดับความร้ายแรงของความผิดน้อยกว่าการฆ่าโดยทั่วไปเป็นอย่างมาก ในหัวข้อนี้จึงเป็นการศึกษาต่อไปว่าแนวทางการแก้ไขปัญหาแบบใดจึงจะเหมาะสมกับประเทศไทยมากที่สุด โดยจะเริ่มวิเคราะห์เปรียบเทียบ

---

[21] Anna Zwick, "The German Law on Euthanasia: The Legal Basics and the Actual Debate," in Advance Care Decision Making in Germany and Italy. A Comparative, European and International Law Perspective, p. 173.

รูปแบบการในการแก้ไขปัญหา จากนั้นจึงวิเคราะห์องค์ประกอบของบทบัญญัติในกฎหมายต่างประเทศ และเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาในระบบกฎหมายของไทย

5.4.1.1 รูปแบบในการแก้ไขปัญหา

จากการศึกษากฎหมายต่างประเทศพบว่า มีแนวทางแก้ไขปัญหา 3 รูปแบบ ได้แก่ (1) การกำหนดบทบัญญัติเฉพาะ (2) มาตรการอื่นที่ใช้แก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติ และ (3) เหตุลดหย่อนโทษ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สำหรับการกำหนดเป็นบทบัญญัติเฉพาะ มีทั้งรูปแบบของฐานความผิดและข้อยกเว้นมิให้ต้องรับโทษหนักขึ้น ซึ่งในรูปแบบของฐานความผิดคือ การกำหนดความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สาธารณรัฐจีน และญี่ปุ่น ส่วนรูปแบบของข้อยกเว้นมิให้ต้องรับโทษหนักขึ้นมีเพียงประเทศเดียวคือ สาธารณรัฐสิงคโปร์ ซึ่งแต่ละประเทศสามารถพิจารณาได้ดังนี้

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีและราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ มีบทบัญญัติฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอแยกต่างหากจากฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา โดยบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญาเยอรมันมาตรา 216 และประมวลกฎหมายอาญาดัตช์มาตรา 293 ซึ่งองค์ประกอบความผิดของทั้งสองมาตรานั้นมีความคล้ายคลึงกันมาก กล่าวคือ การฆ่านั้นต้องเกิดจากผู้ถูกกระทำร้องขออย่างชัดแจ้งและแท้จริงเท่านั้น จึงจะเป็นความผิดฐานนี้

ส่วนในสาธารณรัฐจีน และประเทศญี่ปุ่น มีบทบัญญัติเฉพาะแยกออกจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาเช่นเดียวกัน แต่กำหนดความผิดรวมกับการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายเป็นฐานช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ ซึ่งปรากฏอยู่ในประมวลกฎหมายอาญาสาธารณรัฐจีนมาตรา 275 และประมวลกฎหมายอาญาญี่ปุ่นมาตรา 202 โดยมีองค์ประกอบความผิดที่เหมือนกันคือ ผู้ถูกกระทำต้องร้องขอหรือยินยอมให้ฆ่าตนเองได้

ในขณะที่สาธารณรัฐสิงคโปร์ มีรูปแบบการบัญญัติที่แตกต่างจากประเทศอื่น ๆ เนื่องจากความผิดเกี่ยวกับชีวิตของสาธารณรัฐสิงคโปร์ประกอบด้วย 2 ฐานความผิดคือ ความผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายมาตรา 299 ซึ่งถือว่าเป็นบทบัญญัติทั่วไปของการฆ่าผู้อื่น และความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนามาตรา 300 ซึ่งเป็นบทบัญญัติให้ต้องรับผิดหนักขึ้น และในมาตรา 300 กำหนดข้อยกเว้นที่ไม่ถือเป็นการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาไว้ในข้อยกเว้นที่ 5 คือ กรณีที่ผู้ตายอายุเกินกว่า 18 ปี และกำลังทุกข์ทรมานกับความตายหรือยอมให้ฆ่าด้วยความยินยอมของตนเอง ส่งผลให้ผู้กระทำรับผิดเพียงฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามมาตรา 299 เท่านั้น

สำหรับมาตรการอื่นที่นำมาใช้แก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติ ปรากฏอยู่ในประเทศอังกฤษและเวลส์ สหรัฐอเมริกา และสาธารณรัฐสิงคโปร์ ซึ่งสามารถพิจารณาได้ดังนี้

ในประเทศอังกฤษและเวลส์ และสาธารณรัฐสิงคโปร์ มีบทบัญญัติเกี่ยวกับเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญา ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีขึ้นสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติของจิตใจจนเป็นเหตุให้เกิดการกระทำผิดขึ้น ในกรณีเช่นนี้ ผู้กระทำจะรับผิดน้อยกว่าความผิดฐานฆ่าโดยเจตนาตามปกติ โดยบทบัญญัติของประเทศอังกฤษและเวลส์ปรากฏอยู่ใน Homicide Act, 1957 มาตรา 2 (1) และบทบัญญัติของสาธารณรัฐสิงคโปร์ปรากฏอยู่ในประมวลกฎหมายอาญาสิงคโปร์ มาตรา 300 ข้อยกเว้นที่ 7 ทั้งนี้ แม้ว่าเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญาจะกำหนดองค์ประกอบเรื่องความผิดปกติทางจิตใจไว้อย่างละเอียด แต่ศาลมักตีความเหตุดังกล่าวให้ครอบคลุมไปถึง เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ผู้กระทำผิดในกรณีที่มีข้อเท็จจริงที่น่าเห็นใจ และเห็นว่าควรลงโทษน้อยกว่าการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา

ส่วนสหรัฐอเมริกา มีวิธีการแก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติที่หลากหลาย ซึ่งสามารถสรุปได้ 3 รูปแบบคือ การต่อรองคำรับสารภาพ ข้อต่อสู้เรื่องวิกลจริต และศาลตัดสินให้พ้นจากข้อกล่าวหา ในรูปแบบแรกคือ การต่อรองคำรับสารภาพ เป็นวิธีที่ใช้แก้ไขปัญหาเรื่องความรุนแรงของโทษได้มากที่สุด โดยลดจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาเพื่อให้ศาลมีดุลพินิจลงโทษสถานเบาได้ ส่วนรูปแบบที่สองคือ การยกข้อต่อสู้เรื่องวิกลจริตเพื่อให้ศาลตัดสินว่าจำเลยไม่มีความผิดหรือมีความผิดอันเนื่องมาจากการป่วยทางจิต ซึ่งจะส่งผลให้ถือว่าจำเลยไม่มีความผิด หรือมีความผิดแต่ได้รับโทษสถานเบาและเข้ารับการรักษาต่อไป ส่วนรูปแบบสุดท้ายคือศาลตัดสินให้พ้นจากข้อกล่าวหา เป็นดุลพินิจของผู้พิพากษาในการแก้ไขปัญหา โดยอาจแนะนำให้จำเลยถอนคำรับสารภาพ และตัดสินยกฟ้องคดีไป ซึ่งแม้ว่าวิธีการดังกล่าวจะถูกวิพากษ์วิจารณ์พอสมควร แต่ศาลก็ตัดสินไปเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่จำเลยเท่านั้น

สำหรับเหตุลดหย่อนโทษนั้น ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีและประเทศอังกฤษและเวลส์ มีบทบัญญัติที่ศาลนำมาใช้ตัดสินกับคดีเร่งให้ตายอย่างสงบในทางปฏิบัติ กล่าวคือ ในประมวลกฎหมายอาญาเยอรมันมาตรา 60 มีบทบัญญัติให้ศาลใช้ดุลพินิจปล่อยตัวจำเลยได้ หากเห็นว่าจำเลยได้รับผลร้ายจากการกระทำผิดนั้นเพียงพอแล้ว ซึ่งศาลนำมาใช้กับคดีที่บุตรชายฆ่าบิดาที่ป่วยระยะสุดท้าย เพราะเห็นว่าบุตรชายต้องอยู่กับความรู้สึกผิดไปทั้งชีวิตแล้ว ส่วนในประเทศอังกฤษและเวลส์ มีกำหนดเหตุลดหย่อนโทษสำหรับความผิดเกี่ยวกับชีวิตคือ กรณีที่จำเลยกระทำไปด้วยความเมตตา ศาลจึงสามารถลดหย่อนโทษให้แก่ผู้กระทำผิดได้ ดังนั้น แม้ว่าประเทศอังกฤษและเวลส์จะไม่มีบทบัญญัติเฉพาะสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ แต่เมื่อจำเลยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ศาลยังสามารถลดหย่อนโทษให้แก่จำเลยตามเหตุดังกล่าวได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากรายละเอียดทั้งหมดข้างต้น ผู้เขียนขอสรุปรูปแบบในการแก้ไขปัญหาความรับผิดทางอาญาสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ โดยจัดทำตารางเปรียบเทียบรูปแบบการแก้ไขปัญหาทั้ง 3 รูปแบบในประเทศต่าง ๆ ดังนี้

ตาราง 7 สรุปรูปแบบการแก้ไขปัญหาสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบของต่างประเทศ

ประเด็น/ ประเทศ	รูปแบบ		
	บทบัญญัติเฉพาะ	**มาตรการอื่น**	**เหตุลดหย่อนโทษ**
สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	ฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ	-	จำเลยได้รับผลร้ายมากเพียงพอแล้ว
ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	ฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ	-	-
อังกฤษและเวลส์	-	ข้อต่อสู้เรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญา	กระทำไปด้วยความเมตตา
สหรัฐอเมริกา	-	1. การต่อรองคำรับสารภาพ 2. ข้อต่อสู้เรื่องวิกลจริต 3. ศาลตัดสินให้พ้นจากข้อกล่าวหา	-
สาธารณรัฐจีน	ฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ	-	-
สาธารณรัฐสิงคโปร์	ข้อยกเว้นเรื่องการฆ่าด้วยความยินยอม	ข้อยกเว้นเรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญา	-
ญี่ปุ่น	ฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ	-	-

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เมื่อศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาของทั้ง 7 ประเทศแล้ว จะเห็นได้ว่ามีรูปแบบที่แตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดเป็นบทบัญญัติเฉพาะ มาตรการอื่น หรือเหตุลดหย่อนโทษ ดังนั้น ในการพิจารณาความรับผิดทางอาญาสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ว่าประเทศไทยสามารถนำรูปแบบใดมาปรับใช้ได้บ้าง ซึ่งสามารถทำการวิเคราะห์ได้ดังนี้

เนื่องจากประเทศไทยไม่มีบทบัญญัติเฉพาะที่นำมาใช้กับการเร่งให้ตายอย่างสงบได้ ผู้กระทำจึงต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 หรือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับอีก 5 ประเทศ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สาธารณรัฐจีน สาธารณรัฐสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่น นอกจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาแล้ว ยังมีบทบัญญัติเฉพาะสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ ทำให้สามารถกำหนดโทษสถานเบาแก่ผู้กระทำผิดได้ ดังนั้น หากประเทศไทยจะกำหนดเป็นบทบัญญัติเฉพาะสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ ก็สามารถกระทำได้โดยบัญญัติเพิ่มเติมไว้ในประมวลกฎหมายอาญาในลักษณะที่ 10 ว่าด้วยความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย เพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติอื่น ๆ ในประมวลกฎหมายอาญาด้วย

ส่วนมาตรการอื่นที่นำมาแก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติ เมื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศพบว่า การยกข้อต่อสู้เรื่องเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญาในประเทศอังกฤษและเวลส์ และสาธารณรัฐสิงคโปร์ หรือข้อต่อสู้เรื่องวิกลจริตในสหรัฐอเมริกานั้น ประมวลกฎหมายของไทยมีบทบัญญัติที่คล้ายคลึงกันอยู่ในมาตรา 65[22] ซึ่งเป็นกรณีที่ผู้กระทำผิดมีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน จนส่งผลต่อความสามารถในการรู้ผิดชอบหรือการบังคับตนเอง ผู้กระทำผิดอาจไม่ต้องรับโทษหรือศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดเพียงใดก็ได้ อย่างไรก็ตาม การยกข้อต่อสู้เรื่องวิกลจริตนั้นไม่อาจใช้กับการเร่งให้ตายอย่างสงบได้ทุกกรณีเพราะขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงของแต่ละคดี และอาจทำให้เกิดการตีความเรื่องวิกลจริตขยายไปดังคดีความที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ ซึ่งแม้ว่าจะทำให้เกิดความเป็นธรรมแก่จำเลย แต่ก็ไม่ถูกต้องตามเจตนารมณ์ของบทบัญญัติ จึงไม่สมควรใช้มาตรา 65 มาแก้ไขปัญหาดังกล่าว ส่วนการแก้ไขปัญหาโดยใช้การต่อรองคำรับสารภาพนั้น กระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยไม่ได้นำหลักการดังกล่าวมาใช้ พนักงานอัยการจึงต้องสั่งฟ้องในข้อหาที่จำเลยกระทำผิดจริง โดยไม่สามารถต่อรองคำรับสารภาพเพื่อให้จำเลยรับผิดฐานอื่นที่มีโทษสถานเบาได้ นอกจากนี้ การแก้ไขปัญหาโดยให้ศาลตัดสินให้จำเลยไม่มีความผิดทั้ง ๆ ที่มีหลักฐานประจักษ์ชัดว่าจำเลยกระทำความผิด ก็มิใช่วิธีที่ถูกต้องตามกฎหมาย จึงไม่สมควรให้ศาลพิพากษาให้จำเลยพ้นจากข้อกล่าวหาได้

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติประเทศไทยยังมีแนวทางแก้ไขปัญหาอีกวิธีหนึ่ง คือ การให้อัยการสูงสุดสั่งไม่ฟ้อง หากเห็นว่าการฟ้องคดีอาญาไม่เป็นประโยชน์แก่สาธารณชนตาม

---

[22] ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65

"มาตรา 65 ผู้ใดกระทำความผิด ในขณะไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น

แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้"

พระราชบัญญัติองค์กรอัยการและพนักงานอัยการ พ.ศ. 2553 มาตรา 21 วรรคสอง[23] โดยมีรายละเอียดกำหนดไว้ในระเบียบสำนักงานอัยการสูงสุดว่าด้วยการสั่งคดีอาญาที่จะไม่เป็นประโยชน์แก่สาธารณชน หรือจะมีผลกระทบต่อความปลอดภัยหรือความมั่นคงของชาติ หรือต่อผลประโยชน์อันสำคัญของประเทศ พ.ศ. 2554 ซึ่งให้พนักงานอัยการคำนึงถึงสำเหตุหรือมูลเหตุจูงใจในการกระทำความผิด ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะความร้ายแรงของการกระทำความผิด และการได้รับผลร้ายของผู้ต้องหาอันเนื่องมาจากการกระทำความผิดของผู้ต้องหาเอง[24] ดังนั้น หากข้อเท็จจริงในคดีแสดงให้เห็นชัดเจนว่า ผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจที่ประสงค์ดีต่อผู้ป่วย หรือต้องรู้สึกผิดไปตลอดชีวิตกับการกระทำนั้น พนักงานอัยการอาจทำความเห็นว่าเป็นคดีอาญาที่ไม่เป็นประโยชน์แก่สาธารณชน และอัยการสูงสุดสั่งไม่ฟ้องเป็นคดีอาญาได้

ส่วนเหตุลดหย่อนโทษของประเทศไทย ในประมวลกฎหมายอาญาว่าด้วยความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายไม่มีบทบัญญัติลดหย่อนโทษสำหรับการฆ่าผู้อื่นไว้โดยเฉพาะ การลดโทษให้แก่ผู้กระทำผิดจึงต้องนำบทบัญญัติทั่วไปมาพิจารณา ได้แก่ เหตุบรรเทาโทษตามมาตรา 78 เท่านั้น ด้วยเหตุนี้ หากพฤติการณ์ก่อนกระทำผิดและพฤติการณ์หลักกระทำผิดของจำเลย เข้าเหตุใดเหตุหนึ่งที่กำหนดไว้ในมาตรา 78 ศาลก็มีดุลพินิจลดหย่อนโทษให้แก่จำเลยได้เช่นกัน

จากรูปแบบการแก้ไขปัญหาข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ว่า ประเทศไทยมีแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวอยู่ 3 แนวทาง ได้แก่

1) การแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติของกฎหมาย

2) อัยการสูงสุดสั่งไม่ฟ้องคดีอาญา

3) ศาลมีดุลพินิจลดหย่อนโทษตามมาตรา 78

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้เขียนเห็นว่า การแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติของกฎหมายเป็นรูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมมากที่สุด เนื่องจากสามารถกำหนดองค์ประกอบความผิดที่รัดกุมและจำกัดเฉพาะผู้ป่วยบางประเภทเพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

---

[23] พระราชบัญญัติองค์กรอัยการและพนักงานอัยการ พ.ศ. 2553 มาตรา 21

"พนักงานอัยการมีอิสระในการพิจารณาสั่งคดีและการปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นไปตาม รัฐธรรมนูญและตามกฎหมายโดยสุจริตและเที่ยงธรรม

ถ้าพนักงานอัยการเห็นวาการฟ้องคดีอาญาจะไม่เป็นประโยชนแกสาธารณชน หรือจะมีผลกระทบต่อความปลอดภัยหรือความมั่นคงของชาติ หรือตอผลประโยชนอันสำคัญของประเทศ ใหเสนอตออัยการสูงสุด และอัยการสูงสุดมีอำนาจสั่งไม่ฟองได้ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่สำนักงานอัยการ สูงสุดกำหนด โดยความเห็นชอบของ ก.อ...."

[24] ระเบียบสำนักงานอัยการสูงสุดว่าด้วยการสั่งคดีอาญาที่จะไม่เป็นประโยชน์แก่สาธารณชน หรือจะมีผลกระทบต่อความปลอดภัยหรือความมั่นคงของชาติ หรือต่อผลประโยชน์อันสำคัญของประเทศ พ.ศ. 2554, ข้อ 6

2550 ได้ อีกทั้งการมีบทบัญญัติเฉพาะสำหรับประเด็นดังกล่าว จะทำให้การใช้กฎหมายนั้นถูกต้องตามเจตนารมณ์ของบทบัญญัติอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม การบัญญัติกฎหมายเพิ่มเติมในปัจจุบัน มีประเด็นเรื่องความจำเป็นในการตรากฎหมายตามมาตรา 77[25] แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ซึ่งกำหนดให้รัฐมีกฎหมายเฉพาะเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหากฎหมายอาญาเฟ้อ (Overcriminalization) อีกทั้งความผิดทางอาญาควรจำกัดเฉพาะความผิดที่ร้ายแรงเท่านั้นตามมาตรา 77 วรรคสาม และเป็นหนทางสุดท้ายที่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ จึงสมควรบัญญัติเป็นความผิดอาญา ดังนั้น หากยังมีแนวทางแก้ไขปัญหาอื่น ๆ ที่เหมาะสม การบัญญัติเพิ่มเติมความผิดทางอาญาย่อมเกินกว่าความจำเป็น และไม่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 77

เมื่อพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหาอื่น ๆ แล้วพบว่า การแก้ไขปัญหาโดยการให้อัยการสูงสุดสั่งไม่ฟ้องคดีอาญาและศาลใช้ดุลพินิจลดหย่อนโทษนั้นเป็นเพียงการแก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติ เพื่อมิให้จำเลยได้รับโทษสถานหนักเท่านั้น ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้มีข้อพิจารณาแตกต่างกันไป กล่าวคือ การให้อัยการสูงสุดสั่งไม่ฟ้องคดีอาญาสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้น แม้จะเป็นผลดีต่อผู้กระทำผิด แต่ในทางกลับกัน การไม่ดำเนินคดีกับผู้กระทำผิดเลยทั้ง ๆ ที่การเร่งให้ตายอย่างสงบนั้นเป็นความผิดอาญาชัดเจน จึงเท่ากับเป็นการยอมรับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในทางอ้อม และอาจทำให้เกิดพฤติกรรมลอกเลียนแบบได้ เพราะเห็นว่าการกระทำดังกล่าวไม่ต้องรับผิดทางอาญาเลยแม้แต่น้อย

ส่วนการให้ศาลใช้ดุลพินิจลดหย่อนโทษนั้น มีเพียงเหตุบรรเทาโทษตามมาตรา 78 เท่านั้นที่สามารถนำมาใช้ได้ เนื่องจากเหตุอื่น ๆ ได้แก่ การกระทำโดยป้องกันตามมาตรา 68 การอ้างเรื่องความยินยอมของผู้ถูกกระทำ หรือการกระทำโดยจำเป็นตามมาตรา 67 นั้นไม่สามารถกระทำได้[26] แต่เหตุบรรเทาโทษตามมาตรา 78 นั้นเป็นเหตุที่กำหนดไว้ในบทบัญญัติทั่วไปสามารถบังคับใช้ได้กับทุกฐานความผิด อีกทั้งยังไม่ได้กำหนดเรื่องมูลเหตุจูงใจของผู้กระทำผิด หรือ

---

[25] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560

"มาตรา 77 รัฐพึงจัดให้มีกฎหมายเพียงเท่าที่จำเป็น และยกเลิกหรือปรับปรุงกฎหมายที่หมดความจำเป็นหรือไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์ หรือที่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตหรือการประกอบอาชีพ โดยไม่ชักช้าเพื่อไม่ให้เป็นภาระแก่ประชาชน และดำเนินการให้ประชาชนเข้าถึงตัวบทกฎหมายต่าง ๆ ได้โดยสะดวกและสามารถเข้าใจกฎหมายได้ง่ายเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายได้อย่างถูกต้อง...

รัฐพึงใช้ระบบอนุญาตและระบบคณะกรรมการในกฎหมายเฉพาะกรณีที่จำเป็น พึงกำหนดหลักเกณฑ์ การใช้ดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ของรัฐและระยะเวลาในการดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ที่บัญญัติไว้ ในกฎหมายให้ชัดเจน และพึงกำหนดโทษอาญาเฉพาะความผิดร้ายแรง"

[26] ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 3.3.2 และ 3.3.3

การกระทำต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้โดยเฉพาะ การลดหย่อนโทษตามมาตรานี้จึงขึ้นอยู่กับว่ามีพฤติการณ์เข้าเหตุที่กำหนดไว้หรือไม่

จากการพิจารณาพฤติการณ์ตามมาตรา 78 พบว่า กำหนดไว้ทั้งสิ้น 7 กรณี คือ (1) เป็นผู้โฉดเขลาเบาปัญญา (2) ตกอยู่ในความทุกข์อย่างแสนสาหัส (3) มีคุณความดีมาก่อน (4) รู้สึกผิดและพยายามบรรเทาผลร้ายแห่งความผิดนั้น (5) ลุแก่โทษต่อเจ้าพนักงาน (6) ให้ความรู้แก่ศาลเป็นประโยชน์แก่การพิจารณา และ (7) เหตุอื่นที่ศาลเห็นว่ามีลักษณะเดียวกัน ซึ่งเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับการเร่งให้ตายอย่างสงบแล้ว ไม่มีเหตุบรรเทาโทษใดที่นำมาใช้ได้โดยตรงได้ เหตุที่ใกล้เคียงที่สุดคือ กรณีตกอยู่ในความทุกข์อย่างแสนสาหัส ซึ่งหากจำเลยพิสูจน์ให้เห็นความทุกข์ยากในขณะกระทำความผิดก็สามารถยกเหตุนี้มาเพื่อลดหย่อนโทษได้ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมายังไม่เคยมีคำพิพากษาฎีกาเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบ อีกทั้งเคยมีคำพิพากษาศาลฎีกาว่า กรณีบิดามารดาป่วยหนัก และมีบุตรจะต้องเลี้ยงดู มิใช่เหตุบรรเทาแก่ผู้กระทำผิด ด้วยเหตุนี้จึงยังไม่ชัดเจนว่า ศาลจะนำเหตุบรรเทาโทษตามมาตรา 78 มาใช้กับกรณีนี้ได้มากน้อยเพียงใด

จะเห็นได้ว่า พฤติการณ์ที่กำหนดในมาตรา 78 มีลักษณะเป็นอัตวิสัย เพราะขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงในแต่ละคดี และหากผู้กระทำผิดไม่มีพฤติการณ์ตามที่บัญญัติไว้ ศาลก็ไม่สามารถใช้ดุลพินิจลดหย่อนโทษได้ นอกจากนี้ การลดโทษตามมาตรา 78 ไม่ได้ให้ดุลพินิจศาลลดหย่อนโทษแก่ผู้กระทำผิดเพียงใดก็ได้ เพราะในมาตรา 78 วรรคหนึ่งให้ลดโทษไม่เกินกึ่งหนึ่งของโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำผิดเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ เมื่อการแก้ไขวิธีอื่น ๆ เป็นการแก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติ และไม่สามารถลดหย่อนโทษให้เหมาะสมกับผู้กระทำผิดในทุกกรณี ดังนั้น การแก้ไขปัญหาโดยแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติของกฎหมายจึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมมากที่สุด และเป็นหนทางสุดท้ายที่สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างตรงจุด การเพิ่มเติมบทบัญญัติของกฎหมายจึงมีความจำเป็นสอดคล้องกับมาตรา 77 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 แล้ว

เมื่อสรุปได้แล้วว่า ควรแก้ไขปัญหาโดยการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติของกฎหมาย ประเด็นต่อมาที่ต้องพิจารณาคือ การแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติควรแก้ไขในบทบัญญัติทั่วไปหรือฐานความผิด ผู้เขียนเห็นว่า ในบทบัญญัติทั่วไปมีเพียงเหตุบรรเทาโทษตามมาตรา 78 เท่านั้น ซึ่งสามารถใช้กับผู้กระทำผิดทุกฐานความผิด แต่การเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบเกี่ยวข้องกับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาเท่านั้น ซึ่งบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา ลักษณะ 10 หมวดที่ 1 ว่าด้วยความผิดต่อชีวิต ดังนั้น การแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ จึงควรแก้ไขเพิ่มเติมในความผิดต่อชีวิตเช่นเดียวกับสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สาธารณรัฐจีน สาธารณรัฐสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อพิจารณาที่สำคัญถัดมาคือ การแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติควรแก้ไขในฐานความผิดเดิม หรือบัญญัติเป็นฐานความผิดใหม่ สำหรับการแก้ไขในฐานความผิดเดิมก็จะคล้ายคลึงกับบทบัญญัติของสาธารณรัฐสิงคโปร์ ซึ่งมีข้อยกเว้นกรณีเร่งให้ตายอย่างสงบไว้ในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เพื่อให้ผู้กระทำรับผิดเพียงฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายที่เป็นความผิดทั่วไปเท่านั้น แต่หากบัญญัติเป็นฐานความผิดใหม่จะคล้ายกับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สาธารณรัฐจีน และประเทศญี่ปุ่น

ผู้เขียนเห็นว่า หากประเทศไทยจะมีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย เพื่อกำหนดความผิดสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ ควรจะแก้ไขเพิ่มเติมเป็นฐานความผิดใหม่ เนื่องจากการฆ่าโดยทั่วไปและการทำให้ตายอย่างสงบมีลักษณะที่แตกต่างกันหลายประการ ทั้งด้านผู้กระทำ การกระทำ และผู้ถูกกระทำ[27] นอกจากนี้ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 288 และมาตรา 289 นั้นเป็นบทบัญญัติที่ใช้กับการฆ่าผู้อื่นโดยทั่วไป กล่าวคือ มาตรา 288 เป็นบททั่วไปของความผิดฐานฆ่าโดยเจตนา ส่วนมาตรา 289 กำหนดเป็นเหตุฉกรรจ์ของความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เพื่อให้ผู้กระทำต้องรับโทษหนักขึ้น ในขณะที่บทบัญญัติที่ต้องการแก้ไขเพิ่มเติมมีลักษณะเป็นการลดหย่อนโทษเฉพาะการเร่งให้ตายอย่างสงบเท่านั้น หากบัญญัติเหตุลดหย่อนโทษดังกล่าวปะปนกับฐานความผิดเดิม ซึ่งเป็นบททั่วไปและเหตุฉกรรจ์ของความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาอาจไม่สอดคล้องกับความผิดต่อชีวิตที่ปรากฏในประมวลกฎหมายอาญาในภาพรวม จึงไม่สมควรกำหนดเหตุลดหย่อนโทษในมาตรา 288 และมาตรา 289 ยิ่งไปกว่านั้น การบัญญัติเป็นฐานความผิดใหม่ จะทำให้เจตนารมณ์ของบทบัญญัติมีความชัดเจนมากขึ้นว่าเป็นการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อใช้กับการเร่งให้ตายอย่างสงบเท่านั้นด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

อย่างไรก็ตาม เมื่อการเร่งให้ตายอย่างสงบสามารถเข้าองค์ประกอบความผิดตามมาตรา 288 และมาตรา 289 ได้ บทบัญญัติที่แก้ไขเพิ่มเติมจึงต้องพิจารณาว่า การกระทำลักษณะใดที่สมควรได้รับเหตุลดหย่อนโทษ โดยเฉพาะในมาตรา 289 ที่กำหนดเหตุฉกรรจ์ไว้ทั้งหมด 7 กรณี ผู้เขียนเห็นว่า เหตุฉกรรจ์ที่สมควรได้รับการลดหย่อนโทษมีเพียง 2 อนุมาตราเท่านั้น ได้แก่ การฆ่าบุพการีตามมาตรา 289 (1) และการฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อนมาตรา 289 (4) เพราะการเร่งให้ตายอย่างสงบส่วนใหญ่เป็นการกระทำระหว่างบุคคลในครอบครัว จึงสามารถเกิดกรณีที่บุตรฆ่าบุพการีของตนเองได้เช่นกัน และการเร่งให้ตายอย่างสงบในบางรูปแบบ อาจมีลักษณะเป็นการไตร่ตรองไว้ก่อนได้ เช่น การฉีดยา จำเป็นต้องมีการตระเตรียมอุปกรณ์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจและคิดมาดีแล้วว่าต้องการทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย จึงถือเป็นการไตร่ตรองไว้ก่อน

[27] ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 2.4

ดังนั้น การเร่งให้ตายอย่างสงบตามมาตรา 289 (1) และ (4) จึงสมควรได้รับโทษน้อยลงเช่นกัน เพื่อหลีกเลี่ยงมิให้ผู้กระทำต้องรับโทษประหารชีวิตตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 289

ส่วนการกระทำในอนุมาตราอื่น ๆ นั้นไม่สมควรกำหนดเป็นเหตุลดหย่อนโทษ เนื่องจากบางอนุมาตราไม่สามารถเกิดการเร่งให้ตายอย่างสงบได้ เช่น การฆ่าเจ้าพนักงานหรือผู้ช่วยเจ้าพนักงาน ซึ่งกระทำตามหน้าที่ตามมาตรา 289 (2)(3) เพราะการเร่งให้ตายอย่างสงบเป็นการกระทำต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย เจ้าพนักงานหรือผู้ช่วยเจ้าพนักงานที่กระทำตามหน้าที่จึงไม่ใช่ผู้ป่วยที่สามารถเร่งให้ตายอย่างสงบได้ ส่วนบางอนุมาตราก็ไม่สมควรได้รับการลดหย่อนโทษ เพราะผู้กระทำไม่ได้ประสงค์ดีต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง ได้แก่ การฆ่าโดยทรมานหรือโดยกระทำทารุณโหดร้ายตามมาตรา 289 (5) เป็นการกระทำให้ผู้ตายต้องได้รับความลำบากอย่างสาหัสก่อนตาย[28] เช่น การเผาทั้งเป็น[29] แสดงให้เห็นว่าผู้กระทำไม่มีมูลเหตุจูงใจที่ดีต่อผู้ป่วย จึงไม่สมควรได้รับการลดโทษ การฆ่าเพื่อตระเตรียมการ หรือเพื่อความสะดวกในการที่จะกระทำความผิดอย่างอื่นตามมาตรา 289 (6) หรือการฆ่าผู้อื่นเพื่อจะเอา หรือเอาไว้ซึ่งผลประโยชน์อันเกิดแต่การที่ตนได้กระทำความผิดอื่น เพื่อปกปิดความผิดอื่นของตน หรือเพื่อหลีกเลี่ยงให้พ้นอาญาในความผิดอื่นที่ตนได้กระทำไว้ตามมาตรา 289 (7) ก็เป็นกระทำโดยมีมูลเหตุจูงใจเพื่อหวังผลประโยชน์อย่างอื่นนอกจากประโยชน์ของผู้ป่วย ผู้กระทำตามอนุมาตรานี้จึงไม่สมควรได้รับการลดหย่อนโทษเช่นกัน

เมื่อสรุปได้แล้วว่า การลดหย่อนโทษสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบควรกำหนดเฉพาะการกระทำตามมาตรา 288 และมาตรา 289 (1)(4) เท่านั้น ผู้เขียนเห็นว่า ควรแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติของกฎหมายในประมวลกฎหมายอาญา โดยเพิ่มเติมบทบัญญัติเป็นฐานความผิดใหม่คือ มาตรา 289/1 เพื่อเป็นเหตุลดหย่อนโทษเฉพาะการเร่งให้ตายอย่างสงบเท่านั้น และในอนาคตหากต้องการเพิ่มเติมเหตุลดหย่อนโทษในกรณีอื่น ๆ อีก ก็สามารถบัญญัติเป็นมาตรา 289/2 ต่อไปอย่างเป็นระบบได้

นอกจากนี้ ประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อมาคือ การลดโทษตามมาตรา 289/1 นั้นมีลักษณะเป็นเหตุส่วนตัวหรือเหตุในลักษณะคดี เนื่องจากการกระทำความผิดอาญาสามารถมีผู้กระทำผิดหลายคนได้ จึงจำเป็นต้องพิจารณาว่า การกระทำของบุคคลบางคนจะส่งผลดีต่อผู้ร่วมกระทำผิดคนอื่น ๆ ให้ได้รับการลดหย่อนโทษไปด้วยหรือไม่ ผู้เขียนเห็นว่า การเร่งให้ตายอย่างสงบนั้นไม่ได้กำหนดข้อเท็จจริงหรือคุณสมบัติส่วนตัวของผู้กระทำผิดไว้เป็นพิเศษ เพราะผู้กระทำจะเป็นบุคคลใดก็ได้ แต่เหตุแห่งการลดโทษนั้นเกี่ยวเนื่องกับการกระทำความผิดนั้น ๆ เอง กล่าวคือ เป็นการกระทำต่อผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากเจ็บป่วย โดยเกิดจากความสงสารและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

[28] คำพิพากษาฎีกาที่ 1970/2500

[29] คำพิพากษาฎีกาที่ 449/2536, 3350/2543

บทบัญญัติดังกล่าวจึงไม่ควรเป็นเหตุส่วนตัว แต่เป็นเหตุในลักษณะคดีอันควรลดโทษ ดังนั้น เมื่อการกระทำของผู้ลงมือเป็นการเร่งให้ตายอย่างสงบ ซึ่งเข้ามาตรา 289/1 ที่กำหนดอัตราโทษน้อยกว่าแล้ว ผู้ร่วมกระทำผิดทุกคน ไม่ว่าจะเป็นตัวการ ผู้ใช้ หรือผู้สนับสนุน ก็ย่อมได้รับผลดีจากมาตราดังกล่าวและได้รับโทษน้อยลงไปด้วย

กล่าวโดยสรุป ในการพิจารณารูปแบบของการแก้ไขปัญหาสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้น ผู้เขียนเห็นว่า ควรแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา โดยเพิ่มเติมบทบัญญัติเป็นฐานความผิดใหม่คือ มาตรา 289/1 เพื่อเป็นเหตุลดหย่อนโทษสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบที่เป็นการกระทำไปตามมาตรา 288 และมาตรา 289 (1)(4) เท่านั้น

5.4.1.2 องค์ประกอบของบทบัญญัติ

เมื่อทราบแล้วว่าการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติของกฎหมาย ควรเพิ่มเติมเป็นบทบัญญัติมาตรา 289/1 ในหัวข้อนี้จำเป็นต้องศึกษาองค์ประกอบความผิดของกฎหมายต่างประเทศเปรียบเทียบกับกฎหมายไทย และวิเคราะห์ว่าการเร่งให้ตายอย่างสงบของประเทศไทยที่จะได้รับการลดหย่อนโทษนั้นควรกำหนดอย่างไร โดยเริ่มจากการศึกษาองค์ประกอบภายนอก ทั้งผู้กระทำ การกระทำ และผู้ถูกกระทำ รวมทั้งองค์ประกอบภายในของความผิดด้วย ซึ่งในการเปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศนั้น ผู้เขียนจะศึกษากฎหมายของประเทศที่มีบทบัญญัติเฉพาะทั้ง 5 ประเทศ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สาธารณรัฐจีน ประเทศญี่ปุ่น และสาธารณรัฐสิงคโปร์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) องค์ประกอบภายนอกส่วนผู้กระทำ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทบัญญัติเกี่ยวกับการเร่งให้ตายอย่างสงบของทั้ง 5 ประเทศ กฎหมายใช้คำว่า “ผู้ใด” โดยไม่ได้กำหนดองค์ประกอบภายนอกส่วนผู้กระทำไว้เป็นพิเศษ มีเพียงราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์เท่านั้นที่มีข้อยกเว้นความผิดสำหรับผู้กระทำที่เป็นแพทย์ตามมาตรา 293 วรรคสอง แต่หากผู้กระทำเป็นบุคคลอื่นไม่ได้มีบทบัญญัติกำหนดไว้แต่อย่างใด เมื่อกฎหมายทั้ง 5 ประเทศไม่ได้เจาะจงคุณสมบัติของผู้กระทำ จึงไม่สำคัญว่าผู้กระทำเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือไม่ ดังนั้นแม้ว่าผู้กระทำจะไม่ใช่บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย ก็สามารถรับผิดตามบทบัญญัตินี้ได้เช่นกัน

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบภายนอกส่วนผู้กระทำของต่างประเทศแล้ว หากประเทศไทยจะกำหนดความผิดสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ ก็ไม่ควรจำกัดผู้กระทำผิดเช่นกัน เนื่องจากการจำกัดเฉพาะบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยจะทำให้เกิดประเด็นตามมาว่า บุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมีขอบเขตมากน้อยเพียงใด และหากมิใช่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจะทำได้หรือไม่ นอกจากนี้ การ

จำกัดผู้กระทำเฉพาะบางกลุ่ม ส่งผลให้เกิดคำถามในแง่ศีลธรรมว่า หากผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจที่ประสงค์ดีต่อผู้ป่วยและมีลักษณะการกระทำที่เหมือนกัน เหตุใดจึงลงโทษผู้กระทำบางกลุ่มมากกว่าผู้กระทำอีกกลุ่มหนึ่ง ด้วยเหตุนี้ ผู้เขียนจึงเห็นว่า การกำหนดผู้กระทำเฉพาะคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งยังไม่สมเหตุสมผลเพียงพอ จึงสมควรใช้ถ้อยคำว่า “ผู้ใด” ดังเช่นบทบัญญัติในประเทศต่าง ๆ

2) องค์ประกอบภายนอกส่วนการกระทำและผลของการกระทำ

สำหรับองค์ประกอบภายนอกส่วนการกระทำของกฎหมายต่างประเทศ มักบัญญัติโดยใช้ถ้อยคำอย่างกว้างและไม่จำกัดวิธีการกระทำไว้โดยเฉพาะ เช่น คำว่า “ฆ่า” หรือ “ทำให้ถึงแก่ความตาย” เป็นต้น และการกระทำนั้นทำให้เกิดผลของการกระทำคือ ความตายของผู้ถูกกระทำนั่นเอง ซึ่งแต่ละประเทศมีรายละเอียดดังนี้

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี บัญญัติว่า *“ถูกโน้มน้าวให้ฆ่าโดยคำร้องขอที่ชัดเจนและแท้จริงของผู้ถูกกระทำ...”* โดยในคำว่าว่า “ฆ่า” นี้มีความหมายเหมือนกับการฆ่าในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 212 อันหมายถึง การกระทำโดยไม่จำกัดวิธีอันเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย โดยผู้กระทำต้องตั้งใจกระทำให้เกิดผลคือความตาย และในขณะกระทำ ผู้กระทำต้องคาดหมายได้ว่า ความตายจะเกิดขึ้นแก่บุคคลนั้นด้วย นอกจากนี้ในมาตรา 216 วรรคสองยังกำหนดให้การพยายามกระทำความผิด ต้องระวางโทษเช่นเดียวกันด้วย

ส่วนราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ บัญญัติว่า *“...ทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามคำร้องขอที่ชัดแจ้งและแท้จริงของผู้ตาย...”* ลักษณะของการกระทำคือ การทำให้ถึงแก่ความตายโดยไม่จำกัดวิธีการใด ๆ

สาธารณรัฐจีน บัญญัติว่า *“...สนับสนุนหรือช่วยเหลือผู้อื่นให้ฆ่าตัวตายหรือทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย...”* ลักษณะของการกระทำมี 2 ลักษณะคือ การสนับสนุนหรือช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย และการทำให้ถึงแก่ความตาย ซึ่งการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการเร่งให้ตายอย่างสงบคือบทบัญญัติส่วนท้ายเท่านั้นคือ การทำให้ถึงแก่ความตาย นอกจากนี้ ในวรรคสองยังบัญญัติเกี่ยวกับการพยายามทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามมาตรา 275 ให้มีระวางโทษเช่นเดียวกัน

สำหรับสาธารณรัฐสิงคโปร์ บัญญัติว่า *“...ทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย...ผู้นั้นกระทำผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย”* การกระทำในความผิดฐานนี้คือ การทำให้ถึงแก่ความตายเช่นเดียวกันประเทศอื่น ๆ และมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการพยายามทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายไว้ในมาตรา 308 ซึ่งกำหนดอัตราโทษไว้โดยเฉพาะด้วย

ส่วนประเทศญี่ปุ่น บัญญัติว่า *“...ชักนำหรือช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย หรือฆ่าผู้อื่น...”* บทบัญญัติฐานนี้ประกอบไปด้วยการกระทำ 2 ลักษณะเช่นเดียวกับสาธารณรัฐจีน แต่ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเร่งให้ตายอย่างสงบโดยตรงคือ การฆ่าผู้อื่น ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นใช้ถ้อยคำว่า “ฆ่า” โดยมิได้กำหนดวิธีการใด ๆ ไว้โดยเฉพาะเช่นเดียวกับสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

จากการพิจารณาองค์ประกอบภายนอกส่วนการกระทำและผลของการกระทำ สามารถสรุปได้ดังนี้

ตาราง 8 สรุปองค์ประกอบภายนอกส่วนการกระทำและผลของการกระทำสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบของต่างประเทศ

ประเทศ/ประเด็น	สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	สาธารณรัฐจีน	สาธารณรัฐสิงคโปร์	ประเทศญี่ปุ่น
การกระทำ	ฆ่า	ทำให้ตาย	ทำให้ตาย	ทำให้ตาย	ฆ่า
ผลของการกระทำ	ถึงแก่ความตาย	ถึงแก่ความตาย	ถึงแก่ความตาย	ถึงแก่ความตาย	ถึงแก่ความตาย

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบภายนอกส่วนการกระทำและผลของการกระทำแล้ว พบว่า บทบัญญัติเฉพาะสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบในต่างประเทศ กำหนดคำว่า “ฆ่า” หรือ “ทำให้ถึงแก่ความตาย” ซึ่งทั้งสองคำนี้มีความหมายเหมือนกันและเป็นถ้อยคำที่มีความหมายกว้างครอบคลุมการทำให้ตายในทุกวิธีการ นอกจากนี้ การกระทำดังกล่าวยังต้องการผลคือ ความตายของผู้ถูกกระทำอีกด้วย ดังนั้น การกระทำใด ๆ ที่มีเจตนาให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ แต่ไม่บรรลุผล จึงยังต้องรับผิดจากการพยายามกระทำความผิดนั้นด้วย เห็นได้จากบทบัญญัติของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สาธารณรัฐจีน และสาธารณรัฐสิงคโปร์ที่กำหนดไว้ชัด

ผู้เขียนเห็นว่า หากประเทศไทยจะเพิ่มเติมบทบัญญัติเฉพาะ ก็สามารถกำหนดองค์ประกอบส่วนการกระทำเหมือนกับประมวลกฎหมายอาญามาตรา 288 และมาตรา 289 ได้ เพราะทั้งสองมาตราบัญญัติลักษณะของการกระทำคือ การ “ฆ่า” โดยมิได้จำกัดวิธีการเช่นเดียวกับบทบัญญัติเฉพาะสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบในต่างประเทศ อีกทั้งผลของการกระทำคือ ความตายของผู้ถูกกระทำเช่นเดียวกัน ดังนั้น เมื่อองค์ประกอบส่วนการกระทำและผลของการกระทำจึงไม่ได้มีความแตกต่างกันในสาระสำคัญ จึงสามารถแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติเฉพาะให้สอดคล้องกับมาตรา 288 และมาตรา 289 ได้

3) องค์ประกอบภายนอกส่วนผู้ถูกกระทำ

สำหรับองค์ประกอบภายนอกส่วนผู้ถูกกระทำนั้น แต่ละประเทศมีบทบัญญัติที่กำหนดลักษณะของผู้ถูกกระทำไว้เป็นพิเศษ ซึ่งองค์ประกอบส่วนนี้เองทำให้บทบัญญัติเฉพาะสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบแตกต่างจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา จากการศึกษาบทบัญญัติเฉพาะทั้ง 5 ประเทศ สามารถแบ่งองค์ประกอบภายนอกส่วนผู้ถูกกระทำได้เป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ ความยินยอม อายุ และสภาวะของผู้ถูกกระทำ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1) ความยินยอมของผู้ถูกกระทำ

ความยินยอมของผู้ถูกกระทำเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอยู่ในบทบัญญัติเฉพาะของแต่ละประเทศ เพราะหากผู้กระทำฆ่าผู้อื่นตามความยินยอมของผู้นั้น ถือว่าความร้ายแรงของความผิดมีระดับที่น้อยกว่าการฆ่าโดยผู้นั้นไม่ยินยอม ด้วยเหตุนี้ ในบางประเทศจึงมีบทบัญญัติเฉพาะกรณีผู้ตายยินยอมแยกออกจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ซึ่งบทบัญญัตินี้สามารถใช้กับการเร่งให้ตายอย่างสงบโดยผู้ป่วยยินยอมได้อีกด้วย ในหัวข้อนี้จึงเป็นการเปรียบเทียบองค์ประกอบภายนอกส่วนผู้ถูกกระทำในประเด็นเรื่องความยินยอม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีและราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ มีบทบัญญัติเกี่ยวกับความยินยอมของผู้ถูกกระทำที่คล้ายคลึงกันมาก ซึ่งสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีบัญญัติว่า “*...ถูกโน้มน้าวให้ฆ่าโดยคำร้องขอที่ชัดเจนและแท้จริงของผู้ถูกกระทำ...*” ส่วนราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์บัญญัติว่า “*...ทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามคำร้องขอที่ชัดแจ้งและแท้จริงของผู้ตาย*” จะเห็นได้ว่า ทั้งสองประเทศกำหนดให้ผู้ถูกกระทำต้องเป็นฝ่ายร้องขอให้ฆ่าตนเอง และต้องเป็นคำร้องขอที่เกิดขึ้นโดยชัดแจ้งและแท้จริงของผู้นั้นด้วย จึงจะถือเป็นคำร้องขอตามความผิดฐานนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนสาธารณรัฐจีนและประเทศญี่ปุ่น มีบทบัญญัติเหมือนกันคือ ผู้ถูกกระทำต้องร้องขอหรือยินยอมให้ฆ่าตนเอง จะเห็นได้ว่า บทบัญญัติกำหนดทั้งการร้องขอและความยินยอม แตกต่างจากสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีและราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ที่บัญญัติเฉพาะการร้องขอเท่านั้น

ในสาธารณรัฐสิงคโปร์ มีบทบัญญัติเฉพาะเป็นข้อยกเว้นไม่ให้ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ซึ่งในข้อยกเว้นที่ 5 บัญญัติว่า “*...ยอมรับความเสี่ยงในการตายด้วยความยินยอมของเขาเอง*” ดังนั้น หากผู้ถูกกระทำยินยอมให้ผู้อื่นฆ่าตนเองได้ ก็เข้าข้อยกเว้นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ทำให้ผู้กระทำรับผิดเพียงฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายเท่านั้น

จากการศึกษาบทบัญญัติเฉพาะของแต่ละประเทศ จะเห็นได้ว่า ทุกประเทศมีบทบัญญัติเฉพาะสำหรับเร่งให้ตายอย่างสงบโดยผู้ป่วยยินยอมหรือร้องขอเท่านั้น แต่หากผู้ป่วยไม่ได้

ร้องขอหรือไม่สามารถให้ความยินยอมได้ ผู้กระทำก็ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามปกติ เพราะถือว่าไม่ครบองค์ประกอบภายนอกส่วนผู้ถูกกระทำแต่อย่างใด

อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่า การกำหนดองค์ประกอบภายนอกให้ผู้ถูกกระทำต้องมีคำร้องขอหรือความยินยอมเท่านั้นจึงจะได้รับโทษสถานเบา อาจทำให้เกิดปัญหาในความเป็นจริงได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตมักไม่มีสติสัมปชัญญะหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยสภาพผักถาวร หรือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวถาวร เป็นต้น ในกรณีเช่นนี้ หากผู้กระทำเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบด้วยความประสงค์ดีต่อผู้ป่วย ก็ต้องรับโทษสถานหนักเช่นเดียวกับการฆ่าโดยทั่วไปด้วย ดังนั้น หากจะแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติในประเทศไทย ผู้เขียนเห็นว่าการกำหนดองค์ประกอบเรื่องความยินยอม อาจไม่ใช่การแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ดีเท่าไรนัก เพราะหากเป็นการกระทำต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความยินยอม ก็จะเกิดปัญหาในการกำหนดโทษแก่ผู้กระทำเช่นเดียวกับกฎหมายปัจจุบันได้

นอกจากนี้ ในหลายประเทศ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สาธารณรัฐจีน และประเทศญี่ปุ่น กำหนดองค์ประกอบภายนอกส่วนผู้ถูกกระทำเพียงเรื่องความยินยอมเท่านั้น บทบัญญัติดังกล่าวจึงสามารถตีความครอบคลุมไปถึงการฆ่าเพื่อวัตถุประสงค์อื่น ๆ ที่ผู้ถูกกระทำให้ความยินยอมได้อีกด้วย เห็นได้จากคำพิพากษาฎีกาที่ 59/2502 ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย กล่าวคือ จำเลยใช้ปืนยิงตามคำร้องขอของผู้ตาย โดยเชื่อว่าผู้ตายมีวิชาอยู่ยงคงกระพัน กรณีเช่นนี้หากบทบัญญัติเฉพาะกำหนดองค์ประกอบด้านความยินยอมของผู้ถูกกระทำเพียงประการเดียว จะทำให้จำเลยได้รับผลดีตามบทบัญญัติเฉพาะนี้ไปด้วย ซึ่งจะไม่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของบทบัญญัติที่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้กับการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ ผู้เขียนเห็นว่า การกำหนดองค์ประกอบด้านความยินยอมของผู้ถูกกระทำนั้นยังมีข้อจำกัดบางประการ จึงไม่สมควรกำหนดในบทบัญญัติเฉพาะแต่อย่างใด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.2) อายุของผู้ถูกกระทำ

ในบทบัญญัติทั้ง 5 ประเทศนั้นมีเพียงสาธารณรัฐสิงคโปร์ที่กำหนดอายุของผู้ถูกกระทำด้วย โดยกำหนดว่าผู้ถูกกระทำต้องอายุเกินกว่า 18 ปี จึงจะเข้าข้อยกเว้นให้ผู้กระทำรับโทษสถานเบาได้ เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะสาธารณรัฐสิงคโปร์มีกำหนดเรื่องความยินยอมของผู้ถูกกระทำไว้ และเกรงว่าบุคคลที่เป็นผู้เยาว์จะยังไม่มีความสามารถในการความยินยอมเกี่ยวกับตนเองได้เต็มที่ จึงต้องบัญญัติอายุขั้นต่ำของบุคคลที่สามารถให้ความยินยอมไว้ด้วย ดังนั้น หากการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้น กระทำไปโดยได้รับความยินยอมจากบุคคลที่อายุไม่เกิน 18 ปี ผู้กระทำก็ต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เพราะไม่เข้าข้อยกเว้นตามมาตรา 300

เมื่อวิเคราะห์แนวทางแก้ไขกฎหมายของไทย ผู้เขียนเห็นว่า องค์ประกอบภายนอกด้านอายุของผู้ถูกกระทำนั้นควรบัญญัติเชื่อมโยงกับการให้ความยินยอมของผู้ป่วย เนื่องด้วยเหตุผลด้านความสามารถในการตัดสินใจของผู้เยาว์ อย่างไรก็ตาม ในหัวข้อก่อนหน้าผู้เขียนได้วิเคราะห์แล้วว่า ประเทศไทยไม่สมควรบัญญัติองค์ประกอบภายนอกด้านความยินยอมของผู้ถูกกระทำ เพราะไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยบางประเภท จึงไม่มีความจำเป็นในการกำหนดอายุของผู้ถูกกระทำแต่อย่างใด ดังนั้น ผู้เขียนเห็นว่า ประเทศไทยไม่ควรบัญญัติองค์ประกอบด้านอายุของผู้ถูกกระทำไว้โดยเฉพาะ เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สาธารณรัฐจีน และประเทศญี่ปุ่น

3.3) สภาวะของผู้ถูกกระทำ

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สาธารณรัฐจีน และประเทศญี่ปุ่น บัญญัติองค์ประกอบภายนอกส่วนผู้ถูกกระทำเฉพาะเรื่องความยินยอมเท่านั้น จึงมีเพียงสาธารณรัฐสิงคโปร์ที่กำหนดองค์ประกอบภายนอกด้านสภาวะของผู้ถูกกระทำเพิ่มเติม ซึ่งในสาธารณรัฐสิงคโปร์บัญญัติว่า *“...หากผู้ตาย...ทุกข์ทรมานกับความตาย ...”* ดังนั้น บทบัญญัตินี้จึงครอบคลุมถึงบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บจนใกล้ถึงแก่ความตาย เช่น ทหารที่ได้รับบาดเจ็บในสนามรบ หรือผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานและใกล้ถึงแก่ความตายด้วย

จากการศึกษาเปรียบเทียบองค์ประกอบภายนอกส่วนผู้ถูกกระทำทั้งหมด ไม่ว่าจะเห็นด้านความยินยอม อายุ หรือสภาวะของผู้ถูกกระทำ สามารถสรุปเป็นตารางเปรียบได้ดังนี้

ตาราง 9 สรุปองค์ประกอบภายนอกส่วนผู้ถูกกระทำสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบของต่างประเทศ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประเทศ/ประเด็น	สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	สาธารณรัฐจีน	สาธารณรัฐสิงคโปร์	ประเทศญี่ปุ่น
ความยินยอม	ร้องขออย่างชัดแจ้งและแท้จริง	ร้องขออย่างชัดแจ้งและแท้จริง	ร้องขอ/ยินยอม	ยินยอม	ร้องขอ/ยินยอม
อายุ	-	-	-	เกินกว่า 18 ปี	-
สภาวะ	-	-	-	ทรมานกับความตาย	-

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบภายนอกส่วนผู้ถูกกระทำแล้ว ผู้เขียนเห็นว่า การบัญญัติองค์ประกอบภายนอกโดยกำหนดสภาวะของผู้ถูกกระทำไว้เป็นพิเศษ มีประโยชน์ในการจำกัดให้ใช้บทบัญญัติเฉพาะสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบเท่านั้น เพราะหากไม่บัญญัติว่าผู้ถูกกระทำมีสภาวะอย่างไร ก็อาจตีความบทบัญญัติขยายไปถึงบุคคลที่มิได้เจ็บป่วยหรือไม่ใช่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ เห็นได้จากคดีที่เกิดขึ้นในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ศาลได้นำความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอตามมาตรา 216 ไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงด้วย[30] ซึ่งกรณีเช่นนี้เห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นไม่เข้าหลักเกณฑ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงไม่เป็นการเร่งให้ตายอย่างสงบแต่อย่างใด แต่เนื่องจากสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีบัญญัติเฉพาะองค์ประกอบภายนอกด้านความยินยอมของผู้ป่วย จึงสามารถตีความเข้าฐานความผิดดังกล่าวได้ ดังนั้น การลดหย่อนโทษสำหรับการฆ่าตามคำร้องขอเพียงอย่างเดียว โดยผู้ถูกกระทำไม่ใช่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะทำให้เป็นประโยชน์ต่อจำเลยในคดีอื่น ๆ ที่มีข้อเท็จจริงเรื่องความยินยอมของผู้ถูกกระทำได้ ซึ่งจะไม่สอดคล้องกับความมุ่งหมายของบทบัญญัติเท่าใดนัก

นอกจากนี้ การกำหนดสภาวะของผู้ป่วยโดยเฉพาะเจาะจง มิได้มีเพียงสาธารณรัฐสิงคโปร์เท่านั้นที่มีบทบัญญัติดังกล่าว แต่ในประเทศอื่น ๆ ก็มีการกำหนดสภาวะของผู้กระทำเช่นกัน ซึ่งผู้เขียนได้กล่าวไปแล้วในหัวข้อ 4.1 ได้แก่ ประมวลกฎหมายอาญานอเวย์ มาตรา 278 บัญญัติว่า *“ผู้ตายป่วยระยะสุดท้าย หรือมีเหตุอื่นที่ทำให้ใกล้ถึงแก่ความตาย”* ประมวลกฎหมายอาญาสเปน มาตรา 143 บัญญัติว่า *“ผู้ตายเผชิญกับโรคร้ายแรงที่อันตรายถึงชีวิตหรือทำให้ทรมานจนไม่อาจทานทนได้”* และประมวลกฎหมายอาญาโรมาเนีย มาตรา 190 บัญญัติว่า *“ผู้ตายเผชิญกับโรคซึ่งได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าไม่สามารถรักษาได้หรือมีความบกพร่องอย่างรุนแรง ซึ่งทำให้ต้องทุกข์ทรมานอย่างถาวรและไม่อาจทานทนได้”* ด้วยเหตุนี้ การบัญญัติสภาวะของผู้ถูกกระทำโดยจำกัดเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงไม่ใช่เรื่องแปลกใหม่ แต่เป็นการจำกัดขอบเขตการใช้บทบัญญัติให้แคบลงเพื่อมิให้ตีความไปถึงการฆ่ารูปแบบอื่น ๆ ด้วย

ผู้เขียนเห็นว่า หากประเทศไทยจะบัญญัติกฎหมายสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบโดยเฉพาะ ก็ควรกำหนดองค์ประกอบด้านสภาวะของผู้ถูกกระทำให้ชัดเจน เพราะการทำให้ตายอย่างสงบต้องเป็นการทำต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานเท่านั้น หากผู้ถูกกระทำมิได้ตกอยู่ในสภาวะดังกล่าว ก็ไม่อาจเรียกได้ว่าเป็นการทำให้ตายอย่างสงบ ดังนั้น เมื่อสรุปได้แล้วว่าควรกำหนดสภาวะของผู้ถูกกระทำไว้โดยเฉพาะเจาะจง

---

[30] Rundschau, F., "Milde Strafe Für Tötung Auf Verlangen." อ้างถึงใน อรรัมภา ไวยมุกข์ อชิรญา ภู่พงศกร ประลอง ศิริภูลและ อารยา เนื่องจำนงค์, "การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน," วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย: 60.

ข้อพิจารณาต่อมาคือ สภาวะของผู้กระทำควรมีขอบเขตมากน้อยเพียงใด ซึ่งในประเด็นดังกล่าวผู้เขียนได้วิเคราะห์ขอบเขตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศไทยไว้แล้วในหัวข้อ 5.2 โดยพิจารณาจากบทบัญญัติที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกอบกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และเห็นว่า ขอบเขตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของไทยมีความครอบคลุมและทัดเทียมกับนานาอารยประเทศแล้ว ด้วยเหตุนี้ การแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายไทยจึงควรใช้ถ้อยคำที่เหมือนกัน เพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายทางการแพทย์และมีความเป็นเอกภาพในการใช้กฎหมาย

ดังนั้น หากประเทศจะแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ ผู้เขียนเห็นว่า ควรกำหนดให้มีองค์ประกอบด้านสภาวะของผู้ถูกกระทำที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จึงควรกำหนดสภาวะของผู้ถูกกระทำว่าเป็นบุคคลที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ

4) องค์ประกอบภายใน

สำหรับองค์ประกอบภายในที่ปรากฏในกฎหมายต่างประเทศพบว่า มีการบัญญัติไว้คล้ายคลึงกันคือ ผู้กระทำต้องมีเจตนาฆ่า มีเพียงสาธารณรัฐสิงคโปร์ที่บัญญัติองค์ประกอบภายในไว้แตกต่างจากระเทศอื่น นอกจากนี้ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีก็มีเจตนาพิเศษที่เพิ่มเติมจากประเทศอื่น ๆ ด้วย ซึ่งแต่ละประเทศมีรายละเอียดดังนี้

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี บัญญัติว่า *“...ถูกโน้มน้าวให้ฆ่าโดยคำร้องขอที่ชัดเจนและแท้จริงของผู้ถูกกระทำ...”* ซึ่งองค์ประกอบภายในของความผิดมาตรานี้คือ เจตนาฆ่า และต้องเป็นเจตนาที่เกิดขึ้นจากคำร้องขอของผู้ถูกกระทำเท่านั้น มิใช่เกิดจากเจตนาของผู้กระทำผิดเอง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีมีองค์ประกอบภายในคือ เจตนาฆ่า และเจตนานั้นเกิดจากคำร้องขอของผู้ถูกกระทำ

ส่วนราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สาธารณรัฐจีน และประเทศญี่ปุ่น มีบทบัญญัติที่คล้ายคลึงกัน โดยราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ บัญญัติว่า *“...ทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามคำร้องขอ...”* สาธารณรัฐจีน บัญญัติว่า *“...ทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามคำร้องขอหรือความยินยอมของผู้นั้น...”* และประเทศญี่ปุ่น บัญญัติว่า *“...ฆ่าผู้อื่นเมื่อผู้นั้นร้องขอหรือให้ความยินยอม...”* จากบทบัญญัติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าทั้งสามประเทศกำหนดองค์ประกอบภายในของผู้กระทำผิดคือ เจตนาทำให้ตายหรือเจตนาฆ่าเท่านั้น โดยไม่มีเจตนาพิเศษอื่น ๆ แต่อย่างใด

สำหรับสาธารณรัฐสิงคโปร์ บัญญัติไว้ว่า *"...โดยมีเจตนาทำให้ตาย หรือเจตนาทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บสาหัสจนอาจถึงแก่ชีวิต หรือโดยรู้ว่าการกระทำเช่นนี้เป็นเหตุให้ถึงแก่ความตาย..."* ซึ่งองค์ประกอบภายในของสาธารณรัฐสิงคโปร์แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ (1) เจตนาฆ่า (2) เจตนาทำร้าย หรือ (3) โดยรู้ว่าเป็นเหตุให้ถึงแก่ความตาย จะเห็นได้ว่า สาธารณรัฐสิงคโปร์มีองค์ประกอบภายในแตกต่างจากประเทศอื่น ๆ ที่มีเพียงเจตนาฆ่าเท่านั้น

จากการศึกษาองค์ประกอบภายในข้างต้น สามารถสรุปองค์ประกอบภายในของประเทศต่าง ๆ เป็นตารางเปรียบเทียบได้ดังนี้

ตาราง 10 สรุปองค์ประกอบภายในสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบของต่างประเทศ

ประเทศ/ประเด็น	สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	สาธารณรัฐจีน	สาธารณรัฐสิงคโปร์	ประเทศญี่ปุ่น
องค์ประกอบภายใน	1) เจตนาฆ่า 2) เจตนาเกิดจากคำร้องขอ	เจตนาฆ่า	เจตนาฆ่า	1) เจตนาฆ่า 2) เจตนาทำร้าย 3) รู้ว่าทำให้ถึงแก่ความตาย	เจตนาฆ่า

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกฎหมายของไทยแล้ว พบว่า ความผิดที่เกี่ยวข้องกับการเร่งให้ตายอย่างสงบปรากฏอยู่ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 288 และมาตรา 289 ซึ่งเป็นการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา องค์ประกอบภายในของทั้งสองมาตรานี้คือ ผู้กระทำต้องมีเจตนาฆ่า ส่วนกรณีที่มีเจตนาทำร้ายแต่เกิดผลให้ผู้ถูกกระทำถึงแก่ความตาย มีบัญญัติไว้ในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนาตามมาตรา 290 จะเห็นได้ว่า ประเทศไทยบัญญัติความผิดที่มีเจตนาฆ่าและความผิดที่มีเจตนาทำร้ายแต่เป็นเหตุให้ถึงแก่ความตายออกจากกัน แตกต่างจากสาธารณรัฐสิงคโปร์ที่รวมไว้ในความผิดเดียว ดังนั้น หากจะกำหนดบทบัญญัติเฉพาะสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ ซึ่งเป็นการกระทำโดยมีเจตนาฆ่าเพียงอย่างเดียว ผู้เขียนเห็นว่า ควรกำหนดองค์ประกอบภายในคือ เจตนาฆ่า ในบทบัญญัติเฉพาะเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ และการบัญญัติเช่นนี้ยังสอดคล้องกับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 และความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289 อีกด้วย

อย่างไรก็ตาม ในกฎหมายของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี มีกำหนดเจตนาเพิ่มเติมว่า เจตนาฆ่านั้นต้องเกิดขึ้นจากคำร้องขอของผู้ถูกกระทำเท่านั้น มิได้ริเริ่มจากผู้กระทำผิดเอง ซึ่งการกำหนดองค์ประกอบภายในเช่นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันมิให้ผู้กระทำผิดที่มีเจตนาฆ่าอยู่ก่อนแล้ว ได้ประโยชน์จากบทบัญญัติดังกล่าว เมื่อพิจารณาเทียบกับกฎหมายไทย จึงมีข้อพิจารณา

ต่อมาว่า บทบัญญัติสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้น นอกจากผู้กระทำต้องมีเจตนาฆ่าแล้ว ควรกำหนดเจตนาพิเศษอีกหรือไม่

ผู้เขียนเห็นว่า บทบัญญัติสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบ ได้เสนอให้มีองค์ประกอบด้านสภาวะของผู้ถูกกระทำอย่างชัดเจน เพื่อมิให้นำไปใช้กับการฆ่าในกรณีอื่น ๆ ได้ ซึ่งการกำหนดว่าผู้ถูกกระทำต้องเป็นบุคคลที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือทรมานจากการเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวนั้นยังมีองค์ประกอบที่ไม่รัดกุมเพียงพอ เนื่องจากการฆ่าในทุกกรณีที่ผู้ถูกกระทำเป็นบุคคลดังกล่าว ก็ตกอยู่ภายใต้องค์ประกอบความผิดนี้แล้ว ไม่ว่าผู้กระทำจะมีมูลเหตุจูงใจที่ดีต่อผู้ป่วยหรือไม่ก็ตาม ด้วยเหตุนี้ การกำหนดเจตนาพิเศษเพิ่มเติมจากเจตนาฆ่า จะทำให้สามารถจำกัดเฉพาะผู้กระทำที่มีมูลเหตุจูงใจที่ประสงค์ดีต่อจำเลยได้ เพื่อมิให้ผู้กระทำผิดอื่นได้ประโยชน์จากการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัตินี้ ยิ่งไปกว่านั้น การกำหนดมูลเหตุจูงใจไว้ในกฎหมายอาญาและมีผลเป็นเหตุลดโทษให้แก่ผู้กระทำผิด ก็ไม่ใช่เรื่องแปลกใหม่ ยกตัวอย่างเช่น เหตุฉกรรจ์ของความผิดฐานลักทรัพย์ตามมาตรา 335 ในวรรคท้าย[31] บัญญัติเหตุลดโทษให้แก่ผู้กระทำโดยความจำใจหรือความยากจนเหลือทนทาน และทรัพย์นั้นมีราคาน้อย ให้ศาลลงโทษเพียงมาตรา 334 ก็ได้

ส่วนเจตนาพิเศษจะกำหนดอย่างไรนั้น ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีกำหนดให้เจตนาฆ่าต้องเกิดจากคำร้องขอ แต่เมื่อมิได้กำหนดองค์ประกอบด้านความยินยอมของผู้ถูกกระทำ จึงไม่สามารถบัญญัติเช่นเดียวกับสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีได้ ดังนั้น การกำหนดเจตนาพิเศษในประเทศไทย ผู้เขียนเห็นว่า ควรนำมูลเหตุจูงใจที่เกิดจากความสงสารผู้ป่วยมาบัญญัติเป็นองค์ประกอบภายใน เพื่อให้สอดคล้องกับความหมายของการทำให้ตายอย่างสงบ[32] และเป็นการจำกัดเฉพาะผู้กระทำที่ประสงค์ดีต่อผู้ป่วยโดยแท้จริงเท่านั้น

กล่าวโดยสรุป ความรับผิดทางอาญาสำหรับบุคคลที่มิใช่แพทย์กรณีเร่งให้ตายอย่างสงบนั้น ควรแก้ไขปัญหาโดยการบทบัญญัติเป็นฐานความผิดใหม่คือ ความผิดฐานเร่งให้ตายอย่างสงบตามมาตรา 289/1 และกำหนดองค์ประกอบภายนอกด้านสภาวะของผู้ถูกกระทำ โดยจำกัดเฉพาะบุคคลที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและทรมานจากการเจ็บป่วยตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ ส่วนองค์ประกอบภายในนั้น นอกจากผู้กระทำต้องมีเจตนาฆ่าแล้ว ควรกำหนดเจตนาพิเศษคือ เจตนาที่เกิดจากความสงสาร เพื่อจำกัดให้ใช้เฉพาะแต่กรณีที่เป็นการเร่งให้ตายอย่างสงบเท่านั้น มิให้ครอบคลุมไปถึงการฆ่าผู้ป่วยในกรณีอื่น ๆ ด้วย

---

[31] ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาคทั่วไป, พิมพ์ครั้งที่ 14 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2555), หน้า 77.

[32] ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 2.1.1

5.4.2 การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตไม่ได้ก่อความเสียหายต่อบุคคลหรือสังคมส่วนรวม และปัจจุบันมีการกำหนดหลักเกณฑ์ของการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตที่ชัดเจนมากขึ้น จนเป็นการกระทำที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบัน การกระทำดังกล่าวจึงแตกต่างจากการเร่งให้ตายอย่างสงบที่มีระดับความร้ายแรงมากกว่า ดังนั้น ในประเทศต่าง ๆ จึงมีคำพิพากษาหรือพระราชบัญญัติยกเว้นความรับผิดให้แก่แพทย์สำหรับการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจนแล้ว ซึ่งแต่ละประเทศมีรายละเอียดดังนี้

ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี และราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ มีคำพิพากษารับรองให้แพทย์สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ โดยศาลเยอรมันเห็นว่า การการกระทำดังไม่ถือว่าเป็นการงดเว้น เพราะแพทย์ไม่มีหน้าที่ต้องยื้อชีวิตของผู้ป่วยที่กำลังจะถึงแก่ความตาย แพทย์จึงไม่มีความผิดทางอาญา ส่วนศาลเนเธอร์แลนด์พิพากษาว่าผู้มีอำนาจยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตต้องเป็นแพทย์เท่านั้น เพราะถือเป็นการรักษาพยาบาลอย่างหนึ่ง แพทย์จึงกระทำได้โดยไม่ต้องรับผิดทางอาญา

ส่วนประเทศอังกฤษและเวลส์ ศาลมีคำพิพากษารับรองการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยสภาพผักถาวร โดยไม่ถือว่ามีความผิดอาญา นอกจากนี้ ยังมี Mental Capacity Act, 2005 ยกเว้นความรับผิดสำหรับผู้ให้การรักษาผู้ป่วยที่ทำไปตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยด้วย

สหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ มีคำพิพากษาเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบจำนวนมาก ซึ่งวางหลักเกณฑ์สำหรับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตไว้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังมี New Jersey Advance Directives for Health Care Act, 1991 ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย และมีบทบัญญัติยกเว้นความรับผิดทางอาญาให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่กระทำตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยด้วย

ในสาธารณรัฐจีน มีพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง 2 ฉบับ ได้แก่ Hospice Palliative Care Act, 2000 ซึ่งให้อำนาจแพทย์ให้การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตตามคำสั่ง DNR ของผู้ป่วยหรือญาติผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน และ Patient Right to Autonomy Act, 2016 ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติที่รับรองการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า และมีบทบัญญัติยกเว้นความรับผิดสำหรับแพทย์ที่ทำตามหนังสือดังกล่าวอย่างชัดเจน

สาธารณรัฐสิงคโปร์ มีพระราชบัญญัติที่ให้อำนาจผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ได้แก่ Advance Medical Directive Act, 1996 อีกทั้งยังมีบทบัญญัติให้ความคุ้มกันแก่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แพทย์ มิให้ต้องรับผิดทางอาญาสำหรับการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย

ส่วนในประเทศญี่ปุ่น ศาลได้พิพากษากำหนดหลักเกณฑ์ในการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของแพทย์ไว้อย่างชัดเจน เพื่อมิให้แพทย์ต้องรับผิดทางอาญาในการกระทำดังกล่าว นอกจากนี้ ประเทศญี่ปุ่นยังอยู่ระหว่างการจัดทำพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า และมีบทบัญญัติยกเว้นความผิดสำหรับแพทย์ แต่ยังไม่ประกาศใช้เป็นกฎหมาย

จะเห็นได้ว่า ในทางกฎหมายของทุก ๆ ประเทศ มีคำพิพากษาของศาลหรือพระราชบัญญัติเฉพาะให้ความคุ้มครองมิให้แพทย์ต้องรับผิดทางอาญาสำหรับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้กระทำเป็นบุคคลอื่น ๆ นอกจากแพทย์ บางประเทศมีคำพิพากษาหรือพระราชบัญญัติกำหนดยกเว้นความรับผิดทางอาญาไว้เช่นกัน ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ และสาธารณรัฐสิงคโปร์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี มีคำพิพากษาของศาลในคดี Wolfgang Putz[33] ซึ่งศาลตัดสินว่า บุคคลที่สามารถยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าหรือตามความประสงค์ที่สันนิษฐานว่าเป็นของผู้ป่วยนั้น นอกจากแพทย์สามารถทำได้แล้ว ยังรวมไปถึงผู้ช่วยของแพทย์ และผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยด้วย ดังนั้น บุคคลดังกล่าวจึงได้รับการยกเว้นความรับผิดทางอาญาเช่นเดียวกับแพทย์

ในสหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ มีการยื่นคำร้องขอยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตหลายคดี ซึ่งศาลได้ตัดสินว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นสามารถกระทำได้หากมีข้อเท็จจริงเข้าหลักเกณฑ์ที่ศาลกำหนดครบถ้วน และจะส่งผลให้บุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ผู้อนุบาล โรงพยาบาล หรือบุคคลอื่น ๆ ไม่ต้องรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญาแต่อย่างใด อีกทั้งในกฎหมายนิวเจอร์ซีย์ มาตรา 26:2H-73 ยังยกเว้นความรับผิดให้แก่ตัวแทนด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่กระทำตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าด้วย

ส่วนในสาธารณรัฐสิงคโปร์นั้น ใน Advance Medical Directive Act, 1996 นอกจากมีบทบัญญัติยกเว้นความรับผิดสำหรับแพทย์แล้ว ยังครอบคลุมไปถึงบุคคลที่ทำตามคำสั่งของแพทย์ด้วย ซึ่งไม่ได้เจาะจงว่าต้องเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือไม่ ดังนั้น หากการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตกระทำไปภายใต้การดูแลของแพทย์ ไม่ว่าผู้กระทำจะเป็นบุคคลใดก็พ้นจากความรับผิดทางอาญาด้วยเสมอ

---

[33] BGH decision from 25 June 2010 no. 2 StR 454/09 = NJW 2010, 2963.

จากการศึกษาเปรียบเทียบความรับผิดทางอาญาสำหรับบุคคลที่มิใช่แพทย์ในการเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ จะสามารถสรุปเป็นตารางเปรียบเทียบได้ดังนี้

ตาราง 11 สรุปความรับผิดทางอาญาสำหรับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของต่างประเทศ

ประเด็น/ประเทศ	กฎหมาย/คำพิพากษา	บุคคลที่ยกเว้นความรับผิด	
		บุคคลด้านสาธารณสุข	บุคคลอื่น
สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	คำพิพากษา	1) แพทย์ 2) ผู้ช่วยของแพทย์	ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย
ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	คำพิพากษา	แพทย์	-
อังกฤษและเวลส์	คำพิพากษา	แพทย์	-
	Mental Capacity Act, 2005 มาตรา 26 (3)	ผู้ให้การรักษา	-
สหรัฐอเมริกา มลรัฐนิวเจอร์ซีย์	คำพิพากษา	แพทย์	บุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง
	กฎหมายนิวเจอร์ซีย์ มาตรา 26:2H-73	1) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 2) สถาบันด้านสุขภาพ	ตัวแทนด้านสุขภาพของผู้ป่วย
สาธารณรัฐจีน	Patient Right to Autonomy Act, 2016 มาตรา 14	1) แพทย์ 2) สถาบันทางการแพทย์	-
สาธารณรัฐสิงคโปร์	Advance Medical Directive Act, 1996 มาตรา 19	แพทย์	บุคคลที่ทำตามคำสั่งของแพทย์
ญี่ปุ่น	คำพิพากษา	แพทย์	-

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เมื่อเปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศแล้วพบว่า ทุกประเทศมีคำพิพากษาหรือพระราชบัญญัติยกเว้นความผิดของแพทย์อย่างชัดเจน เพื่อคุ้มครองแพทย์ในการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย อีกทั้งในสหรัฐอเมริกาและสาธารณรัฐจีนยังมีบทบัญญัติครอบคลุมไปถึงสถาบันทางการแพทย์ให้ได้รับความคุ้มครองเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ในบางประเทศเมื่อมีคดีขึ้นสู่ศาล ศาลกลับพิพากษาว่าบุคคลอื่น ๆ นอกจากแพทย์ก็สามารถพ้นจากความผิดทางอาญาได้เช่นกัน ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี และสหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ นอกจากนี้บางประเทศยังมีพระราชบัญญัติที่ยกเว้นความผิดสำหรับบุคคลอื่นไว้โดยเฉพาะ ได้แก่ สหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ มีบทบัญญัติยกเว้นความผิดสำหรับตัวแทนด้านสุขภาพของผู้ป่วย และสาธารณรัฐสิงคโปร์ มีบทบัญญัติยกเว้นความผิดสำหรับบุคคลที่ทำตามคำสั่งของแพทย์

จะเห็นได้ว่า ประเทศที่มีคำพิพากษาหรือบทบัญญัติยกเว้นความผิดสำหรับบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์นั้น มีข้อพิจารณาร่วมกันคือ การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามกฎหมายของแต่ละประเทศ ทั้งหลักเกณฑ์ด้านสภาวะของผู้ป่วย ซึ่งต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรืออาจขยายไปถึงผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ ได้ดังที่ได้กล่าวไปในหัวข้อ 5.2 และหลักเกณฑ์ด้านความประสงค์ของผู้ป่วย ซึ่งสามารถพิจารณาจากได้หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย หรือในบางประเทศอาจอนุญาตให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยสามารถแสดงความประสงค์แทนผู้ป่วยได้เช่นกัน ดังนั้น หากบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ บุคคลนั้นก็ไม่ต้องรับผิดทางอาญาแต่อย่างใด

หลักการข้างต้นนี้ เห็นได้ชัดเจนจากคดีความที่เกิดขึ้นในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี คือ คดี Wolfgang Putz[34] ศาลตัดสินให้บุตรสาวและทนายความที่ให้คำแนะนำในการถอดสายยางให้อาหารของมารดา หลุดพ้นจากความผิดทางอาญา เพราะบุตรสาวเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยจึงสามารถกระทำการดังกล่าวได้โดยชอบด้วยกฎหมาย แตกต่างจากคดี Kolner Fall[35] ที่จำเลยปิดเครื่องมือช่วยชีวิตมารดาของภรรยาตนเอง โดยอ้างว่ามารดาทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้แล้ว ซึ่งในคดีนี้จำเลยยังต้องรับผิดอาญาเพราะมารดายังอยู่ในสภาวะที่สามารถรักษาให้หายได้ เมื่อไม่ได้อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าจึงยังไม่มีผลบังคับใช้ จำเลยจึงยังต้องรับผิดทางอาญา

เมื่อพิจารณาความรับผิดทางอาญาของไทยพบว่า การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นมีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดทางอาญาได้ กล่าวคือ การยับยั้งการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต (Withhold) ทำให้ผู้กระทำที่มีหน้าที่ต้องกระทำเพื่อป้องกันผลตามมาตรา 59 วรรคท้าย ต้องรับผิด

---

[34] BGH decision from 25 June 2010 no. 2 StR 454/09 = NJW 2010, 2963.

[35] BGH decision from 10 November 2010 no. 2 StR 320/10 = NJW 2011, 161.

ทางอาญาได้เพราะเป็นการกระทำโดยงดเว้น ส่วนลักษณะของการเพิกถอน (Withdraw) เป็นการที่เริ่มใช้เครื่องมือช่วยชีวิตไปแล้ว และยุติการใช้ในภายหลัง ซึ่งการกระทำบางอย่างอาจถือว่าเป็นการลงมือกระทำการแล้วก็ได้ แม้ผู้กระทำไม่มีหน้าที่ต้องกระทำเพื่อป้องกันผล ก็อาจต้องรับผิดทางอาญาได้เช่นกัน

อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบกับกฎหมายต่างประเทศแล้วพบว่า ความรับผิดทางอาญาสำหรับการยับยั้งหรือเพิกถอนนั้นไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ไม่นิยามลักษณะของการปล่อยให้ตายอย่างสงบเพียงการงดเว้นแล้ว แต่อนุญาตให้กระทำได้ทั้งการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต โดยไม่คำนึงว่าเป็นการงดเว้นหรือไม่ เพื่อมิให้เกิดความสับสนว่าการกระทำลักษณะใดชอบด้วยกฎหมาย ส่วนในประเทศอังกฤษและเวลส์นั้น ศาลก็พิพากษาชัดเจนว่าการเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยในภายหลัง มีวัตถุประสงค์ไม่แตกต่างจากการยับยั้งไม่ใช้เครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยตั้งแต่แรก จึงมีผลทางกฎหมายที่ไม่แตกต่างกัน[36] ด้วยเหตุผลที่กล่าวมานี้ ผู้เขียนเห็นว่า การวินิจฉัยว่าการกระทำอย่างใดเป็นการยับยั้งหรือเพิกถอนนั้น จึงไม่ควรเป็นประเด็นสำคัญในการพิจารณาแต่อย่างใด เพราะจะสร้างความสับสนให้กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น หากกระทำไปตามหลักเกณฑ์ครบถ้วน ก็ควรถือว่าชอบด้วยกฎหมายแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตก็ตาม

ส่วนกฎหมายเกี่ยวกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของไทยนั้น มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดทางอาญาอยู่ในมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยยกเว้นความรับผิดของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขที่ทำไปตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยเท่านั้น อย่างไรก็ตาม บุคคลอื่นนอกจากผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าวที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้น ไม่มีกฎหมายให้ความคุ้มครองไว้แต่อย่างใดทั้ง ๆ ที่ในบางกรณีญาติเป็นคนพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน และจำเป็นต้องถอดเครื่องมือช่วยชีวิตออกจากผู้ป่วยด้วยตนเอง กรณีเช่นนี้ญาติของผู้ป่วยย่อมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตายของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การมีกฎหมายยกเว้นความรับผิดเฉพาะแพทย์ อาจไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับการกระทำในทางปฏิบัติ ด้วยเหตุนี้จึงควรขยายขอบเขตให้กฎหมายคุ้มครองไปถึงบุคคลอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย

ผู้เขียนเห็นว่า การแก้ไขปัญหาสำหรับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตในประเทศไทย มีเพียงการแก้ไขเพิ่มเติมในมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพราะเป็นมาตราเดียวที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดสำหรับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตโดยตรง ซึ่งในปัจจุบันมาตรา 12 วรรคท้าย บัญญัติว่า *“เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้*

[36] Airedale NHS Trust v Bland, [1993] 1 All ER 821 at 868.

ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง” จะเห็นได้ว่าบทบัญญัติใช้คำว่า ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ซึ่งหมายถึง แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร หรือผู้ประกอบวิชาชีพอื่นตามที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ หากจะแก้ไขบทบัญญัติให้ครอบคลุมไปถึงบุคคลอื่น ๆ ด้วย จำเป็นต้องแก้ไขคำว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข” และใช้คำว่า “ผู้ใด” ในวรรคท้ายของมาตรา 12

อย่างไรก็ตาม การแก้ไขในรูปแบบข้างต้นเป็นการขยายข้อยกเว้นความผิดทางอาญาในสาระสำคัญ เพราะเปลี่ยนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นบุคคลกลุ่มเล็ก ๆ ไปเป็นบุคคลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ถึงข้อดีและข้อเสียที่ตามมาด้วย เพื่อเปรียบเทียบและชั่งน้ำหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการแก้ไขบทบัญญัติดังกล่าว

การแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติโดยให้บุคคลใด ๆ พ้นจากความรับผิดทั้งปวงนั้น มีข้อดีคือสามารถคุ้มครองบุคคลที่เกี่ยวข้องได้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่อาจมีความเสี่ยงหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการกระทำดังกล่าวได้ การบัญญัติขยายข้อยกเว้นความรับผิดให้กว้างขึ้น จะทำให้ความคุ้มครองนั้นครอบคลุมไปถึงบุคคลดังกล่าวด้วย อีกทั้งการแก้ไขบทบัญญัติดังกล่าวจะทำให้เกิดความชัดเจนต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันมิให้เกิดคำถามตามมาว่าการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีสถานะทางกฎหมายอย่างไร และเพื่อมิให้เจ้าหน้าที่ที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวดำเนินคดีอาญาแก่การกระทำในรูปแบบนี้ นอกจากนี้ การแก้ไขเพิ่มเติมดังกล่าวยังทำให้เกิดความรับผิดทางอาญาที่เป็นธรรม เนื่องจากการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตโดยชอบด้วยกฎหมาย มีหลักเกณฑ์คือผู้ป่วยต้องอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และกระทำตามไปหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย เมื่อการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว ผลของการกระทำจึงมีกฎหมายรองรับ ไม่ว่าผู้กระทำเป็นแพทย์หรือบุคคลอื่นก็สมควรได้รับการยกเว้นความผิดทางอาญาเช่นเดียวกัน ดังนั้นการกำหนดความรับผิดของผู้กระทำต่างกันทั้ง ๆ ที่เป็นการกระทำและเจตนาเดียวกัน จึงไม่เป็นธรรมตามกฎหมาย

ส่วนข้อเสียของการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติข้างต้นคือ มาตรา 12 ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นกรณีที่ผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้แล้วเท่านั้น แต่หากผู้ป่วยไม่มีหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ไม่ว่าผู้กระทำจะเป็นแพทย์หรือบุคคลอื่น ก็ไม่ได้รับประโยชน์จากมาตรา 12 วรรคท้ายแต่อย่างใด นอกจากนี้ การแก้ไขเพิ่มเติมข้อยกเว้นความรับผิดทางอาญาไปถึงบุคคลอื่น ๆ ด้วย เป็นการให้ความชอบธรรมแก่บุคคลอื่น ทั้ง ๆ ที่การประเมินอาการของผู้ป่วยว่าอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ จำเป็นต้องอาศัยดุลพินิจของแพทย์ในการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วินิจฉัย และการเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตบางประเภท หากให้ผู้ที่ไม่มีความเชี่ยวชาญมากระทำ จะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานก่อนเสียชีวิตได้

จากการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติ ผู้เขียนเห็นว่า แม้การแก้ไขมาตรา 12 วรรคท้าย จะคุ้มครองเฉพาะกรณีที่มีหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเท่านั้น แต่ก็เพื่อให้ทราบความประสงค์ของผู้ป่วยว่าต้องการให้ยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตประเภทใดบ้าง ในทางกลับกันหากไม่กำหนดให้ใช้กับผู้ป่วยที่ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้เป็นลายลักษณ์อักษร อาจมีผู้ไม่หวังดีอ้างว่า ผู้ป่วยต้องการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตได้ ดังนั้น ข้อยกเว้นความรับผิดสำหรับทุกคนที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องทำตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย เพื่อให้มีขอบเขตที่รัดกุมและไม่ก่อให้เกิดปัญหาในภายหลัง อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า และมีคดีขึ้นสู่ศาล ผู้เขียนเห็นว่า หากมีข้อเท็จจริงที่ถูกต้องตามเงื่อนไขของการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต ศาลควรวินิจฉัยให้ผู้กระทำพ้นจากความผิด โดยให้เหตุผลว่าการกระทำนั้นไม่ครบองค์ประกอบความผิด ซึ่งต้องพิจารณาข้อเท็จจริงในแต่ละคดีไป เช่น ไม่เป็นการงดเว้น เพราะไม่มีหน้าที่ในการยื้อชีวิตผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต หรือไม่มีเจตนาฆ่า แต่เป็นเพียงการให้จากไปตามวิถีทางธรรมชาติเท่านั้น ซึ่งการให้เหตุผลเช่นนี้เป็นเพียงการแก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติเพื่อมิให้ผู้กระทำต้องรับผิดฐานฆ่าผู้อื่นเท่านั้น จึงไม่ควรบัญญัติยกเว้นความผิดไว้ชัดเจน ต่างจากการทำไปตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าที่ควรกำหนดยกเว้นความผิด เพื่อคุ้มครองบุคคลอื่น ๆ ที่มิใช่แพทย์ด้วย

นอกจากนี้ เพื่อมิให้เกิดปัญหาในการแทรกแซงการทำงานของแพทย์ และการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตก็สมควรให้แพทย์เป็นผู้กระทำ เพื่อให้เป็นไปอย่างถูกต้องและผู้ป่วยไม่ต้องทรมาน ผู้เขียนเห็นว่า การยกเว้นความรับผิดของบุคคลอื่นสำหรับยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตจึงควรอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์เป็นหลัก เช่นเดียวกับกฎหมายของสาธารณรัฐสิงคโปร์ ซึ่งยกเว้นความรับผิดให้แก่บุคคลที่ทำตามคำสั่งของแพทย์ตามมาตรา 19 ของ Advance Medical Directive Act, 1996 ดังนั้น แม้ว่าจะแก้ไขบทบัญญัติให้ยกเว้นความรับผิดสำหรับบุคคลอื่น ๆ ด้วย แต่ก็ควรจำกัดเฉพาะบุคคลที่กระทำไปตามคำแนะนำของแพทย์เท่านั้น เพื่อมิให้เกิดปัญหาการกระทำไปโดยพลการและไม่ครบหลักเกณฑ์ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ดังนั้น การแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติสำหรับการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต ผู้เขียนเห็นว่า ควรแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 12 วรรคสามของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยกำหนดข้อยกเว้นความรับผิดให้แก่แพทย์ เฉพาะกรณีที่มีแพทย์ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปร่วมกันวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยเท่านั้น เพื่อให้การวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยเป็นไปมีความรัดกุมมากที่สุด ส่วนการยกเว้นความผิดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขอื่น ๆ ที่มิใช่แพทย์ และบุคคลอื่นที่มีความ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จำเป็นต้องกระทำดังกล่าว ควรเพิ่มเติมในมาตรา 12 วรรคสี่ โดยกำหนดให้เป็นการกระทำไปภายใต้คำแนะนำของแพทย์เท่านั้น จึงจะพ้นจากความรับผิด

5.5 แนวทางการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย

จากการวิเคราะห์กฎหมายต่างประเทศเปรียบเทียบกับกฎหมายไทยข้างต้น ควรมีแนวทางแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย โดยแบ่งหัวข้อตามลักษณะของการทำให้ตายอย่างสงบดังนี้

การเร่งให้ตายอย่างสงบ ผู้เขียนเห็นว่า ควรมีบทบัญญัติเฉพาะสำหรับการกระทำดังกล่าว โดยบัญญัติเพิ่มเติมในฐานความผิดเดิมคือ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 เพื่อลดอัตราโทษของการเร่งให้ตายอย่างสงบให้แตกต่างจากการฆ่าโดยทั่วไป ซึ่งในการกำหนดองค์ประกอบความผิดนั้น ในองค์ประกอบภายนอกควรกำหนดองค์ประกอบด้านสภาวะของผู้ถูกกระทำให้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือทรมานจากการเจ็บป่วยเท่านั้น ส่วนองค์ประกอบภายใน นอกจากผู้กระทำต้องมีเจตนาฆ่าแล้ว ควรกำหนดเจตนาพิเศษคือ เจตนาที่เกิดจากความสงสารด้วย เพื่อมิให้การฆ่าในกรณีอื่น ๆ ใช้ประโยชน์จากบทบัญญัตินี้ได้

นอกจากนี้ การเร่งให้ตายอย่างสงบบางกรณีอาจเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289 ซึ่งกำหนดโทษสูงกว่ามาตรา 288 ดังนั้นจึงต้องนำบทบัญญัติที่แก้ไขเพิ่มเติมดังกล่าวมาใช้กับมาตรา 289 ด้วย เพื่อมิให้ผู้กระทำผิดต้องระวางโทษประหารชีวิต และเพื่อเป็นการลงโทษสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบอย่างเท่าเทียมกัน

ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้น ผู้เขียนเห็นว่า ควรแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 12 วรรคสามของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยกำหนดให้แพทย์ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นผู้วินิจฉัยอาการของผู้ป่วยร่วมกัน จึงจะหลุดพ้นจากความรับผิดทางอาญา นอกจากนี้ ควรขยายข้อยกเว้นความรับผิดให้ให้ครอบคลุมไปถึงบุคคลใด ๆ ที่ทำไปตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยด้วย เพื่อคุ้มครองผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขอื่น ๆ ที่มิใช่แพทย์ รวมทั้งบุคคลอื่นที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและมีความเสี่ยงในการกระทำดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม แม้จะยกเว้นความผิดสำหรับบุคคลอื่น ๆ นอกจากแพทย์ด้วย แต่การยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตก็ควรอยู่ภายใต้การพิจารณาของแพทย์ ดังนั้น จึงควรจำกัดข้อยกเว้นความผิดเฉพาะบุคคลที่กระทำไปตามคำแนะนำของแพทย์เท่านั้น เพื่อมิให้เกิดปัญหาการแทรกแซงการทำงานของแพทย์ และเพื่อให้การจากไปของผู้ป่วยอยู่ภายใต้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้วย

บทที่ 6
บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ในบทนี้จะเป็นการสรุปเนื้อหาในบทต่าง ๆ ที่เป็นสาระสำคัญ เริ่มตั้งแต่ความทั่วไปเกี่ยวกับการทำให้ตายอย่างสงบ หลักการกำหนดโทษทางอาญา กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดทางอาญาของไทยและต่างประเทศ รวมทั้งการวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมสำหรับการทำให้ตายอย่างสงบ นอกจากนี้ ผู้เขียนจะเสนอแนวทางการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติของไทยอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้การลงโทษผู้กระทำผิดสอดคล้องกับหลักความได้สัดส่วนและหลักการลงโทษต้องเหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคน ดังนั้นในบทนี้จึงแบ่งออกเป็น 2 หัวข้อ ได้แก่ บทสรุป และข้อเสนอแนะ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

6.1 บทสรุป

เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าในปัจจุบัน ทำให้แพทย์สามารถใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในการยื้อชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้นานยิ่งขึ้น แต่ผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรงจนไม่อาจรักษาให้หายได้อาจเกิดความทุกข์ทรมานในระหว่างการรักษา ทำให้บุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน เกิดความเห็นอกเห็นใจและสงสารผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวดจากการรักษาหรือต้องถูกพันธนาการด้วยเครื่องมือต่าง ๆ จนนำไปสู่การตัดสินใจเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (Active Euthanasia) หรือการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต (Withholding/Withdrawing Treatment) ซึ่งการกระทำเช่นนี้ส่งผลให้เกิดประเด็นทางกฎหมายตามมาว่า ผู้กระทำจะต้องรับผิดทางอาญาอันเนื่องมาจากการทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายหรือไม่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เมื่อพิจารณาหลักการกำหนดโทษทางอาญาแก่ผู้กระทำผิดแล้วพบว่า ต้องพิจารณาเหตุภววิสัยและเหตุอัตวิสัยประกอบกัน ซึ่งเหตุภววิสัยหมายถึงการลงโทษต้องเป็นไปตามหลักความได้สัดส่วน กล่าวคือ การลงโทษต้องได้สัดส่วนกับความร้ายแรงของความผิด โดยพิจารณาจากความเสียหายที่เกิดขึ้นและความน่าตำหนิของผู้กระทำผิด ส่วนเหตุอัตวิสัยหมายถึงการลงโทษต้องเหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคน โดยพิจารณาจากพฤติการณ์ของการกระทำความผิดและข้อเท็จจริงส่วนบุคคลประกอบกัน

ในการพิจารณาหลักความได้สัดส่วน การเร่งให้ตายอย่างสงบนั้นก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม เพราะถือว่าเป็นการฆ่าผู้อื่นและขัดต่อความสงบเรียบร้อยต่อสังคม แต่ผู้กระทำมีมูลเหตุจูงใจที่ประสงค์ดีต่อผู้ป่วย จึงมีความน่าตำหนิน้อยกว่าการฆ่าโดยทั่วไป ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต ไม่ถือเป็นการฆ่า อีกทั้งประชาชนส่วนใหญ่ให้การยอมรับ จึงไม่

ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อบุคคลและต่อสังคมแต่อย่างใด นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาหลักการลงโทษต้องเหมาะสมกับผู้กระทำผิดแต่ละคนพบว่า ผู้กระทำผิดมักเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย และผ่านการดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน จึงมักมีพฤติการณ์การกระทำความผิดและข้อเท็จจริงส่วนบุคคลที่มีเหตุอันควรปรานีมากกว่าการฆ่าโดยทั่วไป ดังนั้น เมื่อพิจารณาหลักการกำหนดโทษทางอาญา จะเห็นได้ว่า การเร่งให้ตายอย่างสงบมีความร้ายแรงของความผิดน้อยกว่าการฆ่าโดยทั่วไป จึงควรกำหนดโทษสำหรับผู้กระทำผิดแตกต่างจากการฆ่าโดยทั่วไปด้วย ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตนั้นไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ จึงไม่ควรมีความผิดทางอาญา

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณากฎหมายอาญาของไทย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ตายอย่างสงบมีอยู่ 2 มาตรา ได้แก่ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 และความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยมีเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289 ของประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งทั้งสองมาตรากำหนดอัตราโทษค่อนข้างสูง กล่าวคือ มาตรา 288 กำหนดโทษจำคุกตั้งแต่ 15 ปีถึงประหารชีวิต ส่วนมาตรา 289 กำหนดโทษประหารชีวิตสถานเดียว ซึ่งสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบนั้นไม่เข้าเหตุยกเว้นความผิดเหตุยกเว้นโทษ หรือเหตุบรรเทาโทษใด ๆ ส่งผลให้ผู้กระทำผิดต้องรับโทษในระดับเดียวกับการฆ่าโดยทั่วไป ทั้ง ๆ ที่มีความร้ายแรงของความผิดต่างกัน ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตปัจจุบันมีมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติยกเว้นความรับผิดสำหรับแพทย์ที่กระทำตามหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย แต่หากผู้กระทำเป็นบุคคลอื่นมาตรา 12 ไม่ได้ให้ความคุ้มครองแต่อย่างใด ดังนั้น บุคคลอื่นจึงอาจต้องรับผิดตามมาตรา 288 หรือมาตรา 289 ได้เช่นกัน จะเห็นได้ว่า การกำหนดโทษสำหรับการทำให้ตายอย่างสงบทั้งสองกรณีนั้น ไม่สอดคล้องกับหลักการกำหนดโทษทางอาญาที่ต้องคำนึงถึงหลักความได้สัดส่วนแต่อย่างใด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศทั้ง 7 ประเทศ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ประเทศอังกฤษและเวลส์ สหรัฐอเมริกา สาธารณรัฐจีน สาธารณรัฐสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่น พบว่า กรณีบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบมีการกำหนดขอบเขตและกำหนดความรับผิดทางอาญาที่แตกต่างกันไป ซึ่งในการวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศนั้น ผู้เขียนได้แบ่งข้อพิจารณาออกเป็น 3 หัวข้อดังนี้

1) ข้อพิจารณาเรื่องขอบเขตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในประเทศไทยนั้น แม้มิได้กำหนดนิยามคำว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้โดยตรง แต่ในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ได้นิยามคำว่าวาระสุดท้ายของชีวิตและการทรมานจากการเจ็บป่วย ครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยสภาพผักถาวร และผู้ป่วยที่ทรมานจากการเจ็บป่วย จึงทำให้การยับยั้ง

หรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตขยายไปถึงผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ นอกจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย ซึ่งประเภทของผู้ป่วยเหล่านี้มีความคล้ายคลึงกับที่บัญญัติไว้ในกฎหมายของสหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ และสาธารณรัฐจีนที่มีความก้าวหน้าในเรื่องดังกล่าวแล้ว ดังนั้น การวินิจฉัยความรับผิดของการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ ควรขยายขอบเขตไปถึงผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ด้วย นอกจากนี้ ในการวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยยังควรกำหนดให้มีแพทย์ที่วินิจฉัยมากกว่าหนึ่งท่าน เพื่อให้การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตเป็นไปอย่างรัดกุมมากยิ่งขึ้น ดังเช่นบทบัญญัติที่ปรากฏในกฎหมายของสหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ สาธารณรัฐจีน และสาธารณรัฐสิงคโปร์

2) ข้อพิจารณาเรื่องขอบเขตของบุคคลที่มิใช่แพทย์

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศที่มีบทบัญญัติลดโทษหรือยกเว้นโทษให้แก่บุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ ส่วนใหญ่ไม่จำกัดว่าบุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์จะต้องเป็นบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ ผู้เขียนเห็นว่า การจำกัดให้บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งได้รับโทษน้อยกว่าอีกกลุ่มหนึ่งนั้นไม่เป็นธรรม และการกำหนดเช่นนี้ทำให้เกิดปัญหาว่าควรกำหนดขอบเขตของบุคคลนั้นอย่างไร และอาจนำมาซึ่งปัญหาในการใช้และการตีความกฎหมายในอนาคตได้ ดังนั้น บุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ที่จะได้รับโทษสถานเบา จึงไม่ควรกำหนดบุคคลใดไว้โดยเฉพาะแต่อย่างใด

3) ความรับผิดทางอาญาของบุคคลที่มิใช่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ

ในการศึกษากฎหมายของต่างประเทศ มีกฎหมายและคำพิพากษาแตกต่างกันระหว่างการเร่งให้ตายอย่างสงบและการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องแบ่งการวินิจฉัยความรับผิดออกเป็น 2 หัวข้อ ได้แก่ การเร่งให้ตายอย่างสงบ และการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.1) การเร่งให้ตายอย่างสงบ

จากการศึกษากฎหมายและคำพิพากษาต่างประเทศพบว่า แต่ละประเทศมีแนวทางการแก้ไขปัญหาแตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุปได้ 3 รูปแบบ ได้แก่ การมีบทบัญญัติเฉพาะ การใช้มาตรการอื่นในการปฏิบัติ และเหตุลดหย่อนโทษ กล่าวคือ ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สาธารณรัฐจีน สาธารณรัฐสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่น มีบทบัญญัติเฉพาะสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบที่กำหนดโทษสถานเบากว่าความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ส่วนสหรัฐอเมริกา และประเทศอังกฤษและเวลส์ แม้ไม่มีบทบัญญัติเฉพาะ แต่ก็ใช้การแก้ไขในทางปฏิบัติ คือ สหรัฐอเมริกา ใช้การต่อรองคำรับสารภาพ การยกข้อต่อสู้เรื่องวิกลจริต หรือศาลอาจตัดสินให้พ้นจากความรับผิดหากเห็นว่าการลงโทษนั้นไม่เป็นประโยชน์ ส่วนประเทศอังกฤษและเวลส์ ในบางคดีมี

การนำเหตุหย่อนความรับผิดทางอาญามาปรับใช้กับการเร่งให้ตายอย่างสงบ เพื่อให้ลงโทษสถานเบาแก่จำเลยได้ ส่วนในสาธารณรัฐสิงคโปร์ แม้มีบทบัญญัติเฉพาะสำหรับการเร่งให้ตายอย่างสงบแล้ว แต่หากข้อเท็จจริงไม่เข้าองค์ประกอบดังกล่าว ศาลยังสามารถใช้เหตุหย่อนความรับผิดทางอาญามาแก้ไขปัญหาเช่นเดียวกับประเทศอังกฤษและเวลส์ได้ด้วย นอกจากนี้ ในบางประเทศ ศาลได้ใช้เหตุลดหย่อนโทษมาแก้ไขปัญหา ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ศาลสามารถปล่อยตัวจำเลยได้หากเห็นว่าจำเลยได้รับผลร้ายจากความผิดมากเพียงพอแล้ว และประเทศอังกฤษและเวลส์ หากการฆ่าผู้อื่นเป็นการกระทำไปโดยจำเลยเชื่อว่าเป็นความเมตตา ศาลมีดุลพินิจลดโทษให้แก่จำเลยได้

เมื่อได้วิเคราะห์เปรียบเทียบกับกฎหมายของไทยแล้ว ผู้เขียนเห็นว่า หากประเทศไทยจะแก้ไขปัญหาดังกล่าว ควรใช้รูปแบบการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติของกฎหมายจึงจะเหมาะสมมากที่สุด เพราะจะทำให้ครอบคลุมถึงการเร่งให้ตายอย่างสงบทุกกรณี ทำให้ผู้กระทำผิดได้รับโทษที่ได้สัดส่วนกับความผิดมากที่สุด อีกทั้งยังถูกต้องตามเจตนารมณ์ของบทบัญญัติที่แก้ไขใหม่อีกด้วย ส่วนประเด็นต่อมาคือ การแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายนั้นควรเพิ่มเติมในฐานความผิดเดิมหรือบัญญัติเป็นฐานความผิดใหม่ ผู้เขียนเห็นว่า ควรบัญญัติเป็นฐานความผิดใหม่คือ มาตรา 289/1 เพราะมีวัตถุประสงค์เพื่อลดหย่อนโทษเฉพาะกรณีที่เป็นการเร่งให้ตายอย่างสงบเท่านั้น แตกต่างจากมาตรา 288 และมาตรา 289 ซึ่งเป็นบทบัญญัติเกี่ยวกับการฆ่าโดยทั่วไป นอกจากนี้ ยังควรกำหนดให้ลดหย่อนโทษเฉพาะการกระทำไปตามมาตรา 288 และมาตรา 289 เฉพาะการฆ่าบุพการีตามมาตรา 289 (1) และการฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อนตามมาตรา 289 (4) เท่านั้น

สำหรับการแก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบของความผิด สามารถแบ่งได้เป็น 2 หัวข้อ ได้แก่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

(1) องค์ประกอบภายนอก

ในการกำหนดองค์ประกอบภายนอกส่วนผู้กระทำนั้น ไม่ควรจำกัดเฉพาะบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เพราะจะทำให้เกิดปัญหาในการใช้และการตีความกฎหมาย ดังนั้นจึงควรใช้คำว่า *“ผู้ใด”* เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ที่มีบทบัญญัติเฉพาะ

ส่วนองค์ประกอบภายนอกส่วนการกระทำและผลของการกระทำนั้น มีลักษณะเป็นการฆ่าโดยไม่จำกัดวิธีและส่งผลให้เกิดความตาย เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ที่มีบทบัญญัติเฉพาะเช่นกัน และองค์ประกอบส่วนนี้ยังเหมือนกับองค์ประกอบภายนอกของมาตรา 288 ทุกประการ บทบัญญัติในส่วนนี้จึงไม่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมแต่อย่างใด

การกำหนดองค์ประกอบภายนอกส่วนผู้ถูกกระทำนั้น ผู้เขียนเห็นว่า ควรกำหนดองค์ประกอบด้านสภาวะของผู้ถูกกระทำให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

2550 คือ ผู้ถูกกระทำต้องเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือทรมานจากการเจ็บป่วย เพื่อจำกัดให้ใช้บทบัญญัตินี้สำหรับการเร่งให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบเท่านั้น และไม่ควรกำหนดองค์ประกอบด้านความยินยอมของผู้ถูกกระทำไว้ในบทบัญญัติ เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักไม่สามารถให้ความยินยอมได้ การบัญญัติองค์ประกอบด้านความยินยอมจะทำให้การเร่งให้ตายอย่างสงบบางกรณีไม่สามารถใช้บทบัญญัติดังกล่าวได้ และต้องรับโทษสถานหนักตามมาตรา 288

(2) องค์ประกอบภายใน

ในการกำหนดองค์ประกอบภายในจิตใจของผู้กระทำนั้น นอกจากต้องมีเจตนาฆ่าแล้ว ผู้เขียนเห็นว่า ควรกำหนดเจตนาพิเศษคือ มูลเหตุจูงใจที่เกิดจากความเมตตาสงสารด้วย เพื่อมิให้การฆ่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยสาเหตุอื่น ๆ ปรับใช้กับบทบัญญัติที่แก้ไขเพิ่มเติมนี้ได้

3.2) การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต

จากการศึกษากฎหมายและคำพิพากษาต่างประเทศพบว่า หากการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตนั้นกระทำไปภายใต้หลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ครบถ้วน ในบางประเทศมีการยกเว้นความรับผิดให้แก่บุคคลอื่นที่มิใช่แพทย์ด้วย ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สหรัฐอเมริกามลรัฐนิวเจอร์ซีย์ และสาธารณรัฐสิงคโปร์ ผู้เขียนจึงเห็นว่า ประเทศไทยควรแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติในมาตรา 12 วรรคท้ายของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ครอบคลุมไปถึงบุคคลอื่น ๆ ที่มิใช่แพทย์ด้วย เพื่อขยายความคุ้มครองไปยังบุคคลที่มีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดทางอาญาเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่า การยกเว้นความผิดให้แก่บุคคลอื่น ควรจำกัดเฉพาะบุคคลที่กระทำไปตามคำแนะนำของแพทย์เท่านั้น ดังเช่นบทบัญญัติที่กำหนดไว้ในสาธารณรัฐสิงคโปร์ เพื่อมิให้บุคคลอื่นตัดสินใจกระทำไปโดยพลการ และให้การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเท่านั้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

6.2 ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์กฎหมายและคำพิพากษาของไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศทั้ง 7 ประเทศ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ประเทศอังกฤษและเวลส์ สหรัฐอเมริกา สาธารณรัฐจีน สาธารณรัฐสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่น ผู้เขียนเห็นว่า ความรับผิดทางอาญาสำหรับการทำให้ตายอย่างสงบควรได้รับการแก้ไข กล่าวคือ การเร่งให้ตายอย่างสงบ ควรมีบทบัญญัติที่กำหนดโทษสถานเบาสำหรับบุคคลที่กระทำการดังกล่าว เพื่อให้การลงโทษได้สัดส่วนกับความร้ายแรงของความผิด ส่วนการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตซึ่งเป็นไปตามหนังสือแสดง

เจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย ควรมีบทบัญญัติยกเว้นความผิดไปถึงบุคคลที่มิใช่แพทย์ด้วย เพื่อความเป็นธรรมในการกำหนดความรับผิด และคุ้มครองบุคคลใกล้ชิดที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการกระทำดังกล่าวได้ ดังนั้น ผู้เขียนจึงขอเสนอแนะแนวทางแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวกับความรับผิดทางอาญาดังนี้

1) ขอเสนอให้เพิ่มเติมบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญาคือ ความผิดฐานเร่งให้ตายอย่างสงบมาตรา 289/1 ให้มีองค์ประกอบภายนอกด้านสภาวะของผู้ถูกกระทำด้วยคำว่า *“บุคคลที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือทรมานจากการเจ็บป่วยตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ”* ส่วนองค์ประกอบภายในนั้น นอกจากเจตนาฆ่าแล้ว ให้มีเจตนาพิเศษแสดงถึงมูลเหตุจูงใจของผู้กระทำโดยกำหนดเจตนาพิเศษด้วยคำว่า *“โดยเกิดจากความสงสาร”* เพื่อจำกัดการใช้บทบัญญัติที่แก้ไขเพิ่มเติมเฉพาะการเร่งให้ตายอย่างสงบเท่านั้น

จากข้อเสนอข้างต้น ผู้เขียนเห็นว่า ควรเพิ่มเติมบทบัญญัติมาตรา 289/1 ความว่า

> *“ถ้าการกระทำผิดตามมาตรา 288 หรือมาตรา 289 (1) และ (4) เป็นการกระทำโดยเกิดจากความสงสารต่อบุคคลที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือทรมานจากการเจ็บป่วยตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ ต้องระวางโทษ...”*

2) ขอเสนอให้แก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในมาตรา 12 วรรคสาม โดยแก้ไขจากคำว่า *“ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข”* ด้วยถ้อยคำว่า *“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป”* และกำหนดให้ร่วมกันวินิจฉัยอาการของผู้ป่วย เพื่อให้การยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิตมีความรัดกุมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ เพื่อขยายความคุ้มครองไปถึงบุคคลอื่น ๆ นอกจากแพทย์ด้วย เช่น บุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง หรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องกระทำการดังกล่าว จึงควรเพิ่มเติมถ้อยคำว่า *“ภายใต้คำแนะนำของบุคคลตามวรรคสาม”* ไว้ในมาตรา 12 วรรคสี่ เพื่อป้องกันมิให้เกิดการตัดสินใจยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตไปโดยพลการ

จากข้อเสนอข้างต้น ผู้เขียนเห็นว่า ควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 วรรคท้าย จากเดิมความว่า

> *“เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”*

เป็น

"<u>เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปร่วมกันวินิจฉัยอาการของผู้ป่วย</u> และได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

<u>ผู้ใดได้กระทำภายใต้คำแนะนำของบุคคลตามวรรคสาม มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดเช่นเดียวกัน</u>"

การบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายดังที่กล่าวมานี้ จะทำให้การกำหนดความรับผิดทางอาญาสำหรับการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายอย่างสงบ ทั้งรูปแบบของการเร่งให้ตายอย่างสงบ และการยับยั้งหรือเพิกถอนเครื่องมือช่วยชีวิต สอดคล้องกับหลักการกำหนดโทษทางอาญาทุกประการ ซึ่งหากในอนาคตประเทศไทยมีความผิดลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นเหมือนในต่างประเทศ จะทำให้ศาลมีแนวทางในการลงโทษผู้กระทำผิดอย่างเหมาะสม และถูกต้องตามเจตนารมณ์ของบทบัญญัติด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บรรณานุกรม

Annas, G. J. Fashion and Freedom: When Artificial Feeding Should Be Withdrawn. American Journal of Public Health 75, 6 (June 1985).

Baughman, W. H., and Bruha, J. C. Euthanasia: Criminal, Tort, Constitutional and Legislative Considerations. Notre Dame Law Review 48, 5 (June 1973).

Bobbert, M., and Riedel, U. Euthanasia and End-of-Life-Decisions in Germany: Public Opinion, Medical Views, the Ethical Debate and Legal Regulation. Jahrbuch fur Recht und Ethik 16 (2008).

Brooks, T. P. State V. Forrest: Mercy Killing and Malice in North Carolina. North Carolina Law Review 66, 6 (September 1988).

Brown, R. H., and Truitt, R. B. Euthanasia and the Right to Die. Ohio Northern University Law Review 3, 3 (1976).

Cbc News. Euthanasia Dispute in Belgium: When Do Doctors Cross a Line? [Online]. Available from: https://www.cbc.ca/news/health/euthanasia-dispute-belgium-dementia-1.4538785 [7 October 2018.

Cho Chun Ying. From Cure to Care: The Development of Hospice Care in Taiwan. Hospice & Palliative Medicine International Journal 2, 5 (2018).

Clough, A. Mercy Killing: Three's a Crowd? The Journal of Criminal Law 79 (October 2015).

Cohen-Almagor, R. Why the Netherlands. Journal of Law, Medicine and Ethics 30 (2002).

Driesse, M. H. N., Van der Kolk, H., Van Nunen-Forger, W. A., and Van Swinderen, E. D. M. Euthanasia and the Law in the Netherlands. Law & Medicine 3, 4 (1988).

Duhaime's Encyclopedia of Law. Duhaime's Law Dictionary: Terminal Condition Definition [Online]. Available from: http://www.duhaime.org/LegalDictionary/T/TerminalCondition.aspx [6 May 2019.

Ferdico, J. N., Fradella, H. F., and Totten, C. D. Criminal Procedure for the Criminal Justice Professional. 11 ed. Belmont, CA: Wadsworth, 2012.

Gardner, T. J., and Anderson, T. M. Criminal Law. 11 ed. Belmont, CA: Wadsworth, 2012.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Griffiths, J., Bood, A., and Weyers, H. Euthanasia and Law in the Netherlands. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998.

Hauser, K. V. C. Sterbehilfe-Prozess Das Versprechen [Online]. Available from: http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/toetung-auf-verlangen-keine-strafe-fuer-sohn-a-1020993.html [15 November 2018.

Herring, J. Criminal Law: Text, Cases, and Materials. 6 ed. New York: Oxford University Press, 2014.

Hessich, C. B. Motive's Role in Criminal Punishment. Southern California Law Review 80, 1 (November 2006).

Hirsch, A. v. Past or Future Crimes: Deservedness and Dangerousness in the Sentencing of Criminals. Manchester: Manchester University, 1986.

———. Proportionality in the Philosophy of Punishment. Crime and Justice: A Review of Research 16 (1992).

Hirsch, D. E. Euthanasia: Is It Murder or Mercy Killing - a Comparison of the Criminal Laws in the United States, the Netherlands and Switzerland. Loyola of Los Angeles International and Comparative Law Journal 12, 3 (1990).

Historical Society of the New York Courts. Crown V. John Peter Zenger [Online]. Available from: http://www.nycourts.gov/history/legal-history-new-york/legal-history-eras-01/history-new-york-legal-eras-crown-zenger.html [24 January 2019.

Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., Cruz, M. D. L., and Kim, S. H. Concepts and Definitions for 'Actively Dying,' 'End of Life,' 'Terminally Ill,' 'Terminal Care,' and 'Transition of Care': A Systematic Review. Journal of Pain and Symptom Management 47, 1 (January 2014).

Humanistischer Verband Deutschlands. 80-Jährige Half Bei Freitod Von Ehemann Nach: Bewährungsstrafe [Online]. Available from: https://www.patientenverfuegung.de/wenn-paare-sich-beim-sterben-helfen-welche-strafen/ [15 November 2018.

Kai, K. Euthanasia and Death with Dignity in Japanese Law. Waseda Bulletin of Comparative Law 27.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Kassim, P. N. J., and Adeniyi, O. B. Withdrawing and Withholding Medical Treatment: A Comparative Study between the Malaysian, English and Islamic Law. Medicine and Law 29, 2 (2010).

Keating, H., and Bridgman, J. Compassionate Killings: The Case for a Partial Defence. The Modern Law Review 75 (September 2012).

Kimura, R. Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Socio-Cultural and Legal Point of View [Online]. Available from: http://www.bioethics.jp/licht_adv8.html [26 April 2019.

Koh, K., Clarkson, C., and Morgan, N. Criminal Law in Singapore and Malaysia: Text and Materials. Singapore: Malayan Law Journal Pte Ltd, 1989.

Legislation Division of the Attorney-General's Chambers. Advance Medical Directive Act 1996 [Online]. Available from: https://sso.agc.gov.sg/Act/AMDA1996 [21 October 2018.

Leng, R. Consent in Criminal Law. Holdsworth Law Review 13, 2 (Autumn 1988).

Library of Congress. Germany: Landmark Euthanasia Ruling [Online]. Available from: http://www.loc.gov/law/foreign-news/article/germany-landmark-euthanasia-ruling/ [20 November 2018.

Lindemann, M., and Mevis, P. Recent Developments in the Legislation and Case-Law on Euthanasia and Assisted Suicide - a Comparative Analysis of the Situation in Germany and the Netherlands. Jahrbuch fur Recht und Ethik 24 (2016).

———. Recent Developments in the Legislation and Case-Law on Euthanasia and Assisted Suicide – a Comparative Analysis of the Situation in Germany and the Netherlands. 2016.

Long, S. O. Ancestors, Computers, and Other Mixed Messages: Ambiguity and Euthanasia in Japan. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 10, 1 (Winter 2000).

Luzon, G. The Practice of Euthanasia and Assisted Suicide Meets the Concept of Legalization. Criminal Law and Philosophy (July 2018).

McCormack, R., Clifford, M., and Conroy, M. Attitudes of Uk Doctors Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A Systematic Literature Review. Palliative Medicine 26, 1 (March 2011).

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

McQuoid-Mason, D. Withholding or Withdrawing Treatment and Palliative Treatment Hastening Death: The Real Reason Why Doctors Are Not Held Legally Liable for Murder. South African Medical Journal 104, 2 (February 2014).

Mental Capacity Act 2005: Code of Practice. London: The Stationery Office, 2007.

Mitsch, W. Euthanasia and Modern German Criminal Law. Tel Aviv University Studies in Law 13 (1997).

Nakashima, T. International Comparative Report on Terminal Care System [Online]. Available from: http://www.ilcjapan.org/symposiumE/doc/1202_02.pdf [28 April 2019.

National Institute on Aging. What Are Palliative Care and Hospice Care? [Online]. Available from: https://www.nia.nih.gov/health/what-are-palliative-care-and-hospice-care [10 July 2019.

NHS England. Mental Capacity Act 2005 [Online]. Available from: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/09/guide-for-clinical-commissioning.pdf [6 December 2018.

Oknation. แพทย์... ทำไมต้องมีจริยธรรมวิชาชีพ [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://oknation.nationtv.tv/blog/wahiniawitt/2010/01/28/entry-1 [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2562]

Rachels, J. Active and Passive Euthanasia. In Edited by James M. Humber and Robert F. Almeder, Biomedical Ethics and the Law. New York: Plenum Press, 1979.

RC, C. Providing Patients with Dementia and Neurological Diseases a Dignified Peaceful Demise. Baoj Palliative Medicine 2, 1 (2016).

Reuters. Aging, Indebted Japan Debates Right to 'Die with Dignity' [Online]. Available from: https://www.reuters.com/article/us-japan-dying/aging-indebted-japan-debates-right-to-die-with-dignity-idUSKCN0W800I [28 April 2019.

Rundschau, F. Milde Strafe Für Tötung Auf Verlangen [Online]. Available from: http://www.fr-online.de/rhein-main/prozess-um-sterbehilfe-mildestrafe-fuer-toetung-auf-verlangen,1472796,3291560.html [15 November 2018.

Samaha, J. Criminal Law. 11 ed. Belmont, CA: Wadsworth, 2014.

Samuel, H. Belgium Authorised Euthanasia of a Terminally Ill Nine and 11-Year-Old in Youngest Cases Worldwide [Online]. 7 October 2018. Available from:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

https://www.telegraph.co.uk/news/2018/08/07/belgium-authorised-euthanasia-terminally-nine-11-year-old-youngest/

Sanchini, V., Nardini, C., and Boniolo, G. The Withholding/Withdrawing Distinction in the End-of-Life Debate. Multidisciplinary Respiratory Medicine 9, 13 (March 2014).

Sanders, J. Euthanasia: None Dare Call It Murder. Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science 60, 3 (1969).

Sentencing Council. Manslaughter by Reason of Diminished Responsibility [Online]. Available from: https://www.sentencingcouncil.org.uk/offences/crown-court/item/manslaughter-by-reason-of-diminished-responsibility/ [22 March 2019.

Silving, H. Euthanasia: A Study in Comparative Criminal Law. University of Pennsylvania Law Review 103 (December 1954).

Smies, J. T. The Legalization of Euthanasia in the Netherlands. Gonzaga Journal of International Law 7 (2003-2004).

Taupitz, J. Patient's Autonomy According to German Law. In Edited by Negri, S., Taupitz, J., Salkić, A. and Zwick, A., Advance Care Decision Making in Germany and Italy: A Comparative, European and International Law Perspective. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2013.

Ter Kah Leng, and Susanna Leong Huey Sy. Advanced Medical Directives in Singapore. Medical Law Review 5, 1 (Spring 1997).

Thailivingwill. 'ถอด-ไม่ถอด' เครื่องช่วยหายใจ การตัดสินใจบนเส้นด้ายของชีวิต [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.thailivingwill.in.th/content/'ถอด-ไม่ถอด'-เครื่องช่วยหายใจ-การตัดสินใจบนเส้นด้ายของชีวิต [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2561]

The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking Palliative Care across the World [Online]. Available from: https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf [2 May 2019.

The Guardian. Father Who Aided Daughter's Suicide Goes Free [Online]. Available from: https://www.theguardian.com/uk/2001/jun/08/2 [5 December 2018.

The National Archives. Mental Capacity Act 2005 [Online]. Available from: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents [21 October 2018.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Ullrich, H. Gefängnisstrafe Wegen Tötung Auf Verlangen [Online]. Available from: https://www.derwesten.de/staedte/hagen/gefaengnisstrafe-wegen-toetung-auf-verlangen-id4030063.html [15 November 2018.

Williams, G. Euthanasia and Abortion. University of Colorado Law Review 38, 2 (Winter 1965).

World Medical Association. Wma Statement on Advance Directives ("Living Wills") [Online]. Available from: https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-advance-directives-living-wills/ [27 October 2018.

Zwick, A. The German Law on Euthanasia: The Legal Basics and the Actual Debate. In Edited by Stefania Negri, Jochen Taupitz, Amina Salkic and Anna Zwick, Advance Care Decision Making in Germany and Italy. A Comparative, European and International Law Perspective. 2013.

เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: พลสยามพริ้นติ้ง, 2551.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย. วารสารศาลยุติธรรม 4 (ธันวาคม 2546).

———. ปลายทางชีวิต ขอลิขิตการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สายธาร, 2557.

———. หลักการมาตรา 12 ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือ สิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ. ใน แสวง บุญเฉลิมวิภาส (บรรณาธิการ), รู้ให้รอบ ตอบเรื่องมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส และ เอนก ยมจินดา. กฎหมายการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2546.

ไพศาล ลิ้มสถิตย์. สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตามพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐. ดุลพาห 56 (กันยายน 2552).

กมลชัย รัตนสกาววงศ์. ความยินยอมในกฎหมายอาญา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2523.

คณพล จันทน์หอม. คำอธิบายกฎหมายอาญาภาคความผิด เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559.

คณิต ณ นคร. กฎหมายอาญาภาคความผิด. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559.

จิตติ ติงศภัทิย์. คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 2 ตอน 2 และภาค 3. พิมพ์ครั้งที่ 7. นนทบุรี: ศูนย์การพิมพ์เพชรรุ่ง, 2553.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ชาตรี ศรีนวลนัด และวันชัย ศรีนวลนัด. ความยินยอมในคดีอาญา ความผิดอันยอมความได้. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สี่พระยาทนายความและการบัญชี, 2558.

ดวงเด่น นาคสีหราช. สิทธิของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการตายอย่างสงบในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารรามคำแหง ฉบับนิติศาสตร์ 7, 1 (มกราคม 2561).

ดุสิต สถาวร. End-of-Life Care in the Picu. ใน จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์ ดุสิต สถาวร และนวลจันทร์ ปราบพาล (บรรณาธิการ), New insights in pediatric critical care. กรุงเทพมหานคร: ชมรมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย, 2546.

ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ. คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาคความผิดและลหุโทษ. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2561.

———. คำอธิบายกฎหมายอาญาภาคทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2555.

ธานี วรภัทร์. หลักกฎหมายมาตรการบังคับทางอาญา. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2557.

นันทน อินทนนท์. ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ. บทบัณฑิตย์ 57 (ธันวาคม 2544).

นิรมัย พิศแข มั่นจิตร. กฎหมายว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการทางด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอนคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2561.

บัญญัติ สุชีวะ. ความผิดฐานฆ่าคนตายตามกฎหมายอังกฤษ. ดุลพาห 6 (กุมภาพันธ์ 2502).

ปกป้อง ศรีสนิท. กฎหมายอาญาชั้นสูง กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559.

ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์. การยกเว้นความรับผิดในการทำให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงสาร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชานิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2529.

พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน. สรุปการสัมมนาวิชาการ "ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต (Withholding and Withdrawing of Life-Sustaining Treatment)" นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562.

รายงานของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ พิจารณาเรื่อง การปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพมหานคร: สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2550.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. แนวคิดของนักกฎหมายไทยเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาที่จะนำไปสู่การตายดี. ใน แสวงบุญเฉลิมวิภาส (บรรณาธิการ), รู้ให้รอบ ตอบเรื่องมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. กรุงเทพมหานคร: สามดีพริ้นติ้งอีควิปเมนท์, 2559.

———. กฎหมายการแพทย์ : ความรับผิดทางกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2546.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

———. นิติเวชสาธกฉบับกฎหมายอาญากับการแพทย์ยุคไฮเทค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2533.

———. สิทธิที่จะตาย. ดุลพาห 43 (ตุลาคม 2539).

———. สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา – สิทธิที่จะตาย. ดุลพาห 56, 2 (พฤษภาคม 2552).

วินัย ล้ำเลิศ. การุณยฆาต (Euthanasia) และการช่วยเหลือการกระทำอัตวินิบาตกรรม (Assisted Suicide). วารสารรามคำแหง 25 (กรกฎาคม 2551).

ศุภวิทย์ ตั้งตรงจิตต์ และ คณะ. การใช้ดุลพินิจในการกำหนดโทษของศาลยุติธรรม [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://elib.coj.go.th/Ebook/data/judge_report/3_2.pdf [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2561]

สันต์ หัตถีรัตน์. 8 กรกฎาคม ครบรอบปี มรณกาล ท่านพุทธทาส [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.geocities.ws/gogfox/sunt.html [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2561]

สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/027_livingwill.pdf [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2561]

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: https://www.nationalhealth.or.th/node/429 [เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2561]

อมรา สุนทรธาดา และหทัยรัตน์ เสียงดัง. วาระสุดท้ายแห่งชีวิตและสิทธิการตาย [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceII/Article/Article14.htm [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2561]

อรรัมภา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่พงศกร ประลอง ศิริภูล และ อารยา เนื่องจำนงค์. การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย 9, 3 (กันยายน 2560).

อัจฉรียา ชูตินันท์. อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2557.

อารยา เนื่องจำนงค์. ความยินยอมกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษากรณีการุณยฆาต. งานนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชากฎหมายอาญาและอาชญาวิทยา คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560.

อำพล จินดาวัฒนะ. ปฏิเสธการรักษากับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

อุดม รัฐอมฤต, นพนิธิ สุริยะ และ บรรเจิด สิงคะเนติ. การอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามมาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. กรุงเทพมหานคร: นานาสิ่งพิมพ์, 2544.

อุททิศ แสนโกศิก. กฎหมายอาญาภาค 1. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์บริการเอกสารและวิชาการ กองวิชาการ กรมอัยการ, 2525.

อุทิศ สุภาพ. การใช้ดุลพินิจในการกำหนดโทษของศาลยุติธรรม. ดุลพาห 53, 2 (พฤษภาคม 2549).

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวนิชกานต์ วิริยะพิพัฒน์
วัน เดือน ปี เกิด	1 มกราคม 2538
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	นิติศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับสอง) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เนติบัณฑิตไทย สมัยที่ 69
ที่อยู่ปัจจุบัน	43 ซอยวงศ์สว่าง 10 ถนนวงศ์สว่าง แขวงวงศ์สว่าง เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร 10800

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY