

BÀN VỀ QUYỀN ĐƯỢC CHẾT VÀ VẤN ĐỀ LUẬT AN TỬ Ở VIỆT NAM

Trương Hồng Quang*

Chúng ta đang sống trong một thế giới bất ổn với chiến tranh, dịch bệnh và đói nghèo. Ranh giới giữa sự sống và cái chết đôi khi chỉ trong gang tấc. Chúng ta đã quen với khái niệm quyền được sống, còn QĐC (QĐC) thì sao? Đây là vấn đề còn khá mới mẻ, để mở và còn nhiều quan niệm khác nhau. QĐC không chỉ là vấn đề của y học mà còn là vấn đề có ý nghĩa về chính trị, văn hóa, xã hội... Bài viết này tìm hiểu về QĐC hiện nay với mong muốn QĐC sẽ không còn xa lạ với mọi người, để mọi người hiểu rõ được bản chất của “*cái chết êm ả*”.

I. KHÁI NIỆM VỀ QUYỀN ĐƯỢC CHẾT

1. Định nghĩa về quyền được chết

QĐC ban đầu xuất hiện với những hành vi chưa hoàn toàn mang đúng bản chất của nó mà gắn liền với khái niệm: “*cái chết êm ả*”. Lịch sử của thuật ngữ *euthanasia* (tiếng Anh) hay *euthanasie* (tiếng Pháp), an tử (tiếng Trung) mà chúng ta vẫn thường gọi là “*cái chết êm ả*” bắt nguồn từ một từ Hy Lạp là “*euthanatos*”. Trong đó, *eu* là tốt, *thanatos* là chết. Danh từ này bắt đầu xuất hiện vào thế kỷ XVII, nhằm khuyến khích các bác sỹ quan tâm đến sự đau đớn của người bệnh và giúp đỡ người “*gần đất xa trời*” thoát khỏi thế giới này một cách nhẹ nhàng và dễ dàng hơn. Như vậy, lúc đó chưa xuất hiện thuật ngữ QĐC như hiện nay. Tới cuối thế kỷ XIX, khi con người đã tìm ra cách khống chế sự đau đớn, thuật ngữ này không còn bó hẹp với ý nghĩa giúp bệnh nhân thoát khỏi đau đớn nữa, mà nó lại ám chỉ một hành động đặc biệt nhằm tạo ra cái chết cho những bệnh nhân được coi là “*vô phương cứu chữa*”. Động thái này nhằm giúp

bệnh nhân khỏi rơi vào tình trạng suy sụp khi ở vào giai đoạn cuối của những căn bệnh nan y. Và dần dần, khái niệm QĐC được sử dụng thay cho khái niệm “*cái chết êm ả*”.

Trên lý thuyết, quyền của cá nhân về một lĩnh vực nào đó chỉ được công nhận và bảo đảm khi nó được pháp luật quy định một cách chính thức (hợp pháp hóa). QĐC là một quyền thực tế nhưng hiện tại, chỉ có ở một số nước hợp pháp hóa quyền này. Ở một số nước, theo quan điểm của các nhà lập pháp và của các nhà khoa học, QĐC được hiểu thuộc phạm trù quyền nhân thân (QNT). Hà Lan là quốc gia đầu tiên công nhận hành vi tự tử dưới sự trợ giúp của bác sỹ, sau đó gần 10 năm mới hợp pháp hóa thành Luật An tử. Nước này không dùng khái niệm an tử tự nguyện (*voluntary euthanasia*) mà chỉ dùng khái niệm an tử (*euthanasia*) bởi theo họ, cái chết êm ả là đã phải bao hàm sự tự nguyện, nếu không có sự tự nguyện thì không thể gọi là an tử. Hiện nay, chưa có định nghĩa cụ thể về QĐC. Giới khoa học hầu như chỉ tập trung vào việc xem xét xem nó có phù hợp với quốc gia mình hay không mà thôi. Tuy nhiên, nếu dựa vào nội dung của QĐC hiện nay được đa số quan điểm đồng tình và theo các đạo luật về an tử của các nước đã thông qua, theo chúng tôi, có thể định nghĩa QĐC như sau:

Quyền được chết là một quyền nhân thân của người đã thành niên đang phải chịu sự đau đớn về thể chất hoặc tinh thần kéo dài và không thể chịu đựng được sau một tai nạn hay một bệnh lý mà y học không thể cứu chữa.

Định nghĩa trên chỉ là tổng quát. Theo quan điểm của người viết, với những mục đích tốt đẹp của QĐC thì nên gọi “*cái chết êm ả*” là “*cái chết nhân đạo*” mới đúng. Điều này sẽ phản ánh đúng tính chất của

* Trường Đại học Luật Hà Nội.

hành vi và tránh khỏi những suy luận hiểu nhầm không đáng có.

2. Các tiêu chí để thực hiện quyền được chết

2.1. Tiêu chí về y học

a. Phạm vi các loại bệnh nhân

Đến nay, việc phân loại bệnh nhân trong diện có thể có cái chết êm ả còn nhiều quan điểm khác nhau, tồn tại ở các nước đã công nhận và chưa công nhận QĐC. Do đó, có nhiều dạng bệnh nhân được đề cập. Tuy nhiên, giới y học hầu hết thống nhất có 2 dạng bệnh nhân:

* *Những trường hợp chết não*: “tình trạng toàn não bộ bị thương tổn nặng, chức năng của não đã ngừng hoạt động và người chết não không thể sống lại được”¹. Bệnh nhân sống hoàn toàn nhờ vào các biện pháp hỗ trợ như: hô hấp, tuần hoàn và nuôi dưỡng nhân tạo... nếu rút máy thì coi như sự sống chấm dứt.

* *Trường hợp người bệnh mất ý thức kéo dài và không có khả năng hồi phục*, có sống cũng chỉ là gánh nặng của gia đình (bản thân họ không còn biết khổ hay sướng). Đôi lúc người bệnh biểu lộ được ý chí của mình và hoàn toàn không sống nhờ vào các biện pháp nhân tạo. Trường hợp này bao gồm cả bệnh nhân chịu nhiều đau đớn kéo dài nhưng không mất ý thức thường xuyên.

Nguyên nhân để dẫn đến các tình trạng trên có thể là sau một tai nạn hay bị mắc bệnh hiểm nghèo, vô phương cứu chữa.

b. *Các cách thức thực hiện*: có 2 cách thức như sau:

* *Cái chết êm ả chủ động*: bác sĩ trực tiếp gây tử vong theo yêu cầu của bệnh nhân (tiêm thuốc...)

* *Cái chết êm ả thụ động*: không điều trị, bác sĩ ngưng mọi biện pháp kéo dài sự sống đối với bệnh nhân (rút ống dẫn...)

Ngoài ra, còn một hành vi là tự tử dưới sự trợ giúp của bác sĩ. Hành vi này về mặt hình thức có điểm khác với 2 hình thức trên như: có thể chỉ là sự tư vấn, người bệnh tự rút ống dẫn... Bác sĩ không trực tiếp thực hiện hành vi mà chỉ là trợ giúp.

2.2. Tiêu chí về luật pháp

Cần phải khẳng định rằng, hành vi của QĐC là hành vi hợp pháp trong đa số trường hợp (trừ khi luật pháp quy định không công nhận). Bác sĩ thực hiện hành vi của QĐC hoàn toàn dựa trên yêu cầu của bệnh nhân và theo những quy trình nghiêm ngặt do luật định. Như vậy, nếu luật pháp không cấm hay cho phép thì hành vi thực hiện QĐC là hoàn toàn hợp pháp và cần phân biệt nó với các hành vi khác có liên quan để tránh sai sót trong việc xét xử các vụ án:

a. Đối với hành vi tự sát

Hành vi của QĐC có thể được thực hiện bởi chính bác sĩ hoặc chính bệnh nhân (dưới sự trợ giúp của bác sĩ). Với hình thức do bác sĩ thực hiện thì rõ ràng nó hoàn toàn khác hành vi tự sát về chủ thể thực hiện. Với hình thức do chính bệnh nhân thực hiện có bác sĩ hỗ trợ thì đặc điểm để phân biệt với hành vi tự sát là: điều kiện sống của bệnh nhân đó không được đảm bảo nữa, đang ở giai đoạn cuối của bệnh, vô phương cứu chữa, chịu nhiều đau đớn. Còn đối với hành vi tự sát, người đó có thể do sự quẫn bách về tinh thần hay sai lệch về ý chí, không chỉ đơn giản bó hẹp như QĐC. Nếu một bệnh nhân mắc bệnh vô phương cứu chữa tự mình tìm đến cái chết, không có sự trợ giúp của bác sĩ hay của ai đó thì không hội tụ đủ những yếu tố trong hành vi của QĐC, và do đó, nó cũng chỉ là hành vi tự sát.

b. Đối với Tội giúp người khác tự sát

Điều 101 Bộ luật Hình sự (BLHS) Việt Nam năm 1999 có quy định *Tội xúi giục hoặc giúp người khác tự sát*². Về hành vi *xúi giục người khác tự sát* rõ ràng khác hành vi trong QĐC bởi trong QĐC, bác sĩ chỉ làm

¹ Theo khoản 9, Điều 3, Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác Việt Nam ngày 29/11/2006.

² Xem Bộ luật Hình sự Việt Nam 1999, Nxb. Chính trị quốc gia, 2006.

theo yêu cầu của bệnh nhân chứ không xúi giục bệnh nhân. Do đó, chúng ta chỉ phân biệt hành vi của QĐC với hành vi *giúp người khác tự sát*. Rõ ràng, về hình thức, hành vi giúp người khác tự sát có nhiều loại và đa dạng về chủ thể. Ví dụ: một người sống thực vật bằng bình dưỡng khí yêu cầu được chết chỉ cần rút bình ôxy ra khác xa với việc giúp một người thất cổ tự tử. Chủ thể thực hiện trong hành vi QĐC phải là bác sỹ còn hành vi kia thì rộng hơn nhiều. Hơn nữa, điều kiện tình trạng của bệnh nhân trong QĐC là điểm mấu chốt để phân biệt với các hành vi khác.

c. Đối với Tội giết người

Trong Tội giết người thì không có sự đồng ý của nạn nhân còn trong hành vi của bác sỹ khi thực hiện QĐC thì có sự đồng ý của bệnh nhân. Ở các nước chưa ban hành Luật An tử, Tòa án khi xét xử bác sỹ thực hiện hành vi có liên quan đến QĐC, tội danh giết người vì nhiều cơ sở: người bệnh đó đã chết, không để lại chứng cứ gì chứng minh đây là sự tự nguyện của họ. Lý do của những kết luận này rất đơn giản: các nước này cấm hành vi của QĐC hoặc xem đó là Tội giết người.

Cũng có quan điểm cho rằng, tại điểm m khoản 1, Điều 93 BLHS Việt Nam 1999 có quy định tình tiết tăng nặng: *“Thuê giết người và giết người thuê”*³ có những điểm giống với hành vi của QĐC. Cụ thể:

* *Thuê giết người*: cho rằng bệnh nhân đó thuê bác sỹ giết mình để thoát khỏi sự đau đớn của bệnh tật. Nhưng quan điểm hiện nay của khoa học hình sự thì: giết người là phải giết người khác. Ở đây nếu theo lập luận của quan điểm trên thì bệnh nhân thuê bác sỹ đó tự giết mình nên không xâm hại tính mạng của ai mà là của chính bản thân nên không thể xem là thuê giết người được.

* *Giết người thuê*: để phân biệt hành vi này với hành vi của QĐC không quá khó bởi người giết người thuê vì lợi ích của bản thân họ, có thể là bất kỳ ai đủ độ tuổi luật định và

có năng lực đầy đủ. Còn trong hành vi của QĐC, người thực hiện phải là bác sỹ (có thể được trả công từ người bệnh, nhưng đó là viện phí...) và là vì mục đích tốt đẹp, theo những quy định nghiêm ngặt của pháp luật hiện hành.

d. Hành vi theo Luật phòng, chống HIV/AIDS năm 2006 của Việt Nam

Luật Phòng, chống nhiễm virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) năm 2006 của Việt Nam quy định quyền của người nhiễm HIV: *“từ chối khám bệnh, chữa bệnh khi đang điều trị bệnh AIDS giai đoạn cuối”*⁴. Có nhiều người cho rằng, đây là một dạng của cái chết êm ả, nhưng là một quan điểm không đúng đắn. Tuy cũng vì mục đích nhân đạo là không bắt người bệnh chịu đựng những đau khổ quá lớn đối với khả năng chịu đựng của họ, nhưng điều khoản này không giống với luật *“cái chết êm ả”* đã được thực hiện ở một số nước. Trong quy định này của Luật Phòng, chống HIV/AIDS, y bác sỹ không chủ động làm ngừng cuộc sống của bệnh nhân mà chỉ chấp thuận theo nguyện vọng thôi điều trị của họ, để họ không phải kéo dài những ngày tháng đau đớn về thể xác. Hành vi này cũng giống với việc người thân của người bệnh sắp chết xin bệnh viện cho đưa về nhà. Việc này khác QĐC. Nếu bệnh nhân không có hy vọng gì nữa, gia đình cũng không có khả năng kinh tế để tiếp tục điều trị nên xin cho về nhà tìm cách khác hay ngừng chữa trị và có cam kết rằng: bệnh viện sẽ không chịu trách nhiệm nếu có bất cứ chuyện gì thì bệnh viện không phạm luật trong trường hợp này. *Y tế cho về nhà không phải cho bệnh nhân chết mà là vì quan hệ tình cảm giữa người sắp chết với người thân: gặp lần cuối, có chết thì chết ở nhà, vấn đề tín ngưỡng, tập quán*⁵... Đây cũng là một điểm tiến bộ của

⁴ Xem điểm d, khoản 1, Điều 4 Luật Phòng, chống HIV/AIDS 2006 của Việt Nam.

⁵ Trích bài trả lời phỏng vấn báo Tuổi trẻ online ngày 24/11/2004 của PGS.TS Trương Văn Việt (Giám đốc bệnh viện Chợ Rẫy, Tp.Hồ Chí Minh).

³ Xem Bộ luật Hình sự Việt Nam 1999, Nxb. Chính trị quốc gia, năm 2006.

Luật Phòng, chống HIV/AIDS của Việt Nam so với thế giới.

Việc phân biệt như trên rất có ý nghĩa trong thời điểm hiện nay khi hầu hết pháp luật các quốc gia đều chưa công nhận quyền được chết. Việc phân biệt này càng có ý nghĩa trong việc nghiên cứu, xây dựng Luật An tử.

3. Ý nghĩa của vấn đề thực hiện quyền được chết

3.1. Ý nghĩa pháp lý

Từ khi QĐC xuất hiện đến nay đã có rất nhiều cuộc tranh luận pháp lý trên thế giới. Công nhận hay không công nhận QĐC là một vấn đề lớn và đặc biệt gây nhiều tranh cãi. Chúng ta sẽ xét ý nghĩa pháp lý của QĐC ở 2 khía cạnh. *Thứ nhất*, nếu QĐC chưa được công nhận thì những tranh luận pháp lý vẫn kéo dài. Các vụ việc liên quan đến QĐC luôn rơi vào bế tắc, không lối thoát do tồn tại những quan niệm sai lầm về hành vi của quyền được chết. Một thực tế nữa là: các vụ việc đó không chỉ gói gọn trong lĩnh vực y học mà còn liên quan đến nhiều lĩnh vực khác dẫn đến nhiều phức tạp và rối rắm. *Thứ hai*, nếu QĐC được công nhận và luật pháp đã có quy định cho phép thực hiện hành vi của QĐC sẽ giúp cho việc xét xử các vụ án có liên quan được dễ dàng hơn. Quan trọng nhất là sẽ hạn chế những trường hợp xét xử không đúng với bản chất vụ án (nhầm lẫn hành vi của QĐC với các hành vi khác).

3.2. Ý nghĩa xã hội

Hành vi thực hiện QĐC có ý nghĩa xã hội rất lớn với những mục đích hết sức tốt đẹp. Khi sự sống của bệnh nhân không còn được đảm bảo nữa: mắc bệnh vô phương cứu chữa, đang phải chịu đựng đau đớn kéo dài... thì an tử theo yêu cầu là cách thức hợp lý nhất. Việc này không chỉ tốt cho bệnh nhân mà còn tốt cho gia đình, xã hội. Người bệnh được ra đi thanh thản, chấm dứt những ngày tháng chịu đựng đau khổ. Gia đình bệnh nhân không phải chịu những tổn kém không đáng có. Đó là một kết thúc đẹp, một "cái chết nhân đạo".

4. Thực trạng pháp luật về quyền được chết

4.1. Trên thế giới

a. Các quốc gia đã hợp pháp hóa quyền được chết

Hà Lan đã đi vào lịch sử là quốc gia đầu tiên áp dụng đạo Luật "cái chết êm ả". Tháng 11 năm 2000, Hạ viện Hà Lan đã thông qua dự thảo Luật An tử. Đến ngày 10/04/2001, với tỷ lệ áp đảo 46/28, Thượng viện Hà Lan đã bỏ phiếu thông qua đạo luật. Trước đó hơn 2 thập kỷ, các bác sỹ Hà Lan đã áp dụng phương pháp "cái chết êm ả" để giúp những người bệnh nặng ra đi. Việc thông qua đạo luật năm 2001 chỉ nhằm hợp pháp hóa một thực tế đã được chấp nhận, nhất là từ khi có *Bản hướng dẫn "cái chết hỗ trợ"* được phác thảo vào năm 1993. Điều tra toàn quốc cho thấy gần 90% người dân nước này ủng hộ Luật An tử vì nó đảm bảo quyền cá nhân⁶. Năm 2006, Hà Lan còn cho phép an tử đối với trẻ em, trẻ sơ sinh mắc bệnh nặng không thể cứu chữa. Quốc gia thứ 2 hợp pháp hóa cái chết êm ả là Bỉ. Với 86 phiếu thuận, 51 phiếu chống và 10 phiếu trắng, tới 16/05/2002⁷, Thượng viện Bỉ đã chấp thuận đạo luật cho phép bệnh nhân bị bệnh rất nặng có QĐC dưới những điều kiện nhất định. Đây là chặng cuối của tranh cãi pháp lý kéo dài 3 năm, khởi xướng vào năm 1999. Ở một quốc gia mà đạo Thiên chúa chiếm ưu thế, ý tưởng hợp pháp hóa cái chết êm ả không gặp nhiều khó khăn. Hạ viện Bỉ đã bật đèn xanh cho Dự luật này vào tháng 10/2001. Điều tra tiến hành năm 2001 có tới 72% người dân đồng tình với cái chết êm ả⁸.

Tại Mỹ, Luật Liên bang cấm thực hiện cái chết êm ả. Bang Oregon là bang đầu tiên từ năm 1994 cho phép bệnh nhân yêu cầu được chết, nhưng Tòa án bang đã chống lại việc thực thi Điều luật này và đến năm 1997 thì Tòa án tối cao của bang đã chấp nhận. Năm 1999, bang Texas cũng cho phép an tử.

⁶ Theo *Vnexpress.net* ngày 11/04/2001.

⁷ Theo *vnexpress.net* ngày 16/05/2002.

⁸ Theo *vnexpress.net* ngày 16/05/2002.

Và đến hết năm 2006, ở cả 50 bang của Mỹ đã có đạo luật cho phép bệnh nhân ở trong các điều kiện nhất định được xin chết. Trước đó, Mỹ là nước tập trung nhiều vụ án liên quan đến an tử với nhiều ảnh hưởng lớn như: Quinlan, Curzan⁹ và Terri Schiavo¹⁰ (kéo dài 8 năm) hay Bác sỹ Jek Kevorkian (người được mệnh danh là bác sỹ thần chết)¹¹.

Trên bình diện châu Âu, Công ước Nhân quyền châu Âu không yêu cầu các thành viên cấm tự tử hay chết êm ả, mặc dù nó đề cao quyền được sống của con người.

⁹ Xem Inre Karen Ann Quinlan, 355 A.2d, N.JSup 1976, trang 647, 666.

¹⁰ Sẽ trình bày kỹ hơn về vụ án này ở phần các quan điểm ủng hộ quyền được chết.

¹¹ Jek Kevorkian là một cái tên không xa lạ với nhiều người Mỹ. Ông là một trong những người “tiên phong” trong việc sử dụng phương pháp “cái chết êm ả” cho 130 bệnh nhân của mình trong 8 năm. Vị bác sỹ này đã chế tạo ra “chiếc máy giết người” (Mercitron) để truyền các độc tố vào máu những người bệnh nặng, nhưng không có khả năng tự tử. Ông còn dùng biện pháp khác là cho người bệnh đeo mặt nạ và để họ tự ngửi khí ga độc mà chết. Các vụ việc diễn ra trong một thời gian dài mà ông vẫn bình yên vô sự cho dù ông không che giấu hoạt động của mình. Lý do của điều này là do ông thừa hiểu luật pháp Mỹ không cho phép thực hiện nên những bệnh nhân muốn chết đều phải có đơn tự nguyện. Năm 1998, khi muốn người ta bắt mình nên ông gửi đến kênh truyền hình CBS (Mỹ) cuộn băng video về cái chết của người bệnh Thomas Youk. Năm 1999, ông bị kết án Tội giết người cấp độ 2 và được trả tự do vào ngày 01/06/2007 vì lý do sức khỏe và chấp hành tốt nội quy nhà tù. Tuy nhiên, bác sỹ này vẫn được sự ủng hộ mạnh mẽ từ công chúng. Cuộc khảo sát của AP-Ipsos năm 2007 cho thấy 53% những người được hỏi cho rằng ông không đáng bị ngồi tù như vậy. Cuộc khảo sát này cũng tương tự như cuộc khảo sát do hãng thông tin ABC News đưa ra hồi năm 1999, rằng 55% người được hỏi không đồng tình với bản án bỏ tù ông. Qua vụ án này người dân Mỹ càng quan tâm đến vấn đề QĐC nhiều hơn và họ coi đây là một vụ điển hình, gợi mở thêm nhiều tranh luận về quyền được chết. Đến nay người ta vẫn chưa giải đáp được câu hỏi: liệu có hợp pháp không khi bác sỹ kê đơn thuốc giúp bệnh nhân đau yếu được chấm dứt cuộc đời của họ? Thực tế, những vụ án này đã thành “quả bóng chính trị” cho các Đảng phái “đá qua đá lại”. Đây là một điều vô cùng tệ hại bởi từ lĩnh vực y khoa, nó đã lan sang tôn giáo và chính trị.

b. Các quốc gia chưa hợp pháp hóa quyền được chết

Một số quốc gia ở châu Âu như Tây Ban Nha vẫn ngầm chấp nhận việc tự tử có sự hỗ trợ nhưng phần lớn không hợp pháp hóa nó. Tại Pháp, cái chết êm ả là bất hợp pháp. Tuy nhiên, theo kết quả một cuộc thăm dò do Viện IFOP thực hiện từ ngày 10 đến 20/12/2002 thì có đến 88% dân Pháp tán thành việc ban hành một đạo luật cho phép bác sỹ giúp những người mắc bệnh nan y “ra đi” một cách nhẹ nhàng nhằm tránh đau đớn kéo dài nếu họ yêu cầu¹².

Dan Mạch cho phép bệnh nhân mắc các bệnh nan y tự quyết định dừng việc điều trị; từ ngày 01/10/1992, trong trường hợp bị bệnh không thể cứu chữa khỏi hoặc bị tai nạn nặng, bệnh nhân có thể làm một bản chúc thư y tế mà bác sỹ phải tôn trọng.

Tại Thụy Điển, “hỗ trợ tự tử” là một tội không bị xử phạt. Trong một số trường hợp bác sỹ có thể rút máy thở của bệnh nhân.

Tại Anh, cái chết êm ả là bất hợp pháp. Tuy nhiên, vào năm 1993 và 1994, luật pháp đã cho phép bác sỹ rút ngắn cuộc đời của những bệnh nhân sống nhờ các phương pháp nhân tạo. Tại Ecosse, vào tháng 05/1996, lần đầu tiên một bệnh nhân nữ đã được phép chết.

Tại Đức, dùng thuốc hỗ trợ để bệnh nhân chết được coi là giết người.

Tại Mỹ La tinh, Tòa án Colombia đã chấp nhận áp dụng cái chết êm ả vào tháng 05 năm 1997 với những bệnh nhân mắc bệnh nan y ở giai đoạn cuối.

Tại Áo, lần đầu tiên trên thế giới, tháng 07/1996, Thượng viện khu vực phía Bắc đã thông qua một đạo luật hợp pháp hóa cái chết êm ả nhưng Thượng viện nước này lại huỷ bỏ vài tháng sau đó.

Như vậy, đa phần các nước đều xem hành vi của cái chết êm ả là một tội, có nước không xử phạt, ngầm ngầm chấp nhận, nhưng lại không hợp pháp hóa QĐC hay chỉ cho phép cái chết êm ả chủ động.

¹² Theo *Vnexpress.net* ngày 24/12/2002.

4.2. Tại Việt Nam

Việt Nam - một quốc gia châu Á với những phong tục, tập quán, tôn giáo phương Đông tồn tại từ ngàn đời. Vì vậy, QĐC còn rất xa lạ. Bốn bản Hiến pháp của Việt Nam (1946, 1959, 1980, 1992) đều không quy định cá nhân có QĐC. Bộ luật Dân sự Việt Nam các năm 1995 và 2005 cũng không quy định QĐC là QNT của cá nhân. Trong quá trình xây dựng Bộ luật Dân sự năm 2005, đã có lúc vấn đề này được đưa vào dự thảo, được các Đại biểu Quốc hội bàn luận rất sôi nổi. Phần lớn ý kiến cho rằng, đây là một việc làm nhân đạo, nhưng lại là một vấn đề nhạy cảm, không phù hợp với đạo lý người Á Đông hiện nay. Thêm nữa, số lượng bệnh nhân giai đoạn cuối, mắc bệnh vô phương cứu chữa ở Việt Nam còn ít so với thế giới. Do vậy, QĐC lại bị đưa ra khỏi dự thảo Bộ luật Dân sự. Qua đây, chúng ta có thể thấy, các nhà lập pháp Việt Nam đã quan tâm đến những vấn đề mới, đang tồn tại của xã hội (mà ở đây có một bộ phận không nhỏ là giới bác sỹ Việt Nam); đồng thời đã hiểu được bản chất QĐC và xác định nó là QNT. Tuy nhiên, về mặt pháp lý, QĐC chỉ được coi là QNT khi được quy định trong Bộ luật Dân sự và tất nhiên sau đó phải được cụ thể hóa thành luật riêng bởi Bộ luật Dân sự chỉ là Luật khung. Quan điểm chung hiện nay ở Việt Nam là: việc hợp pháp hóa QĐC là vấn đề quá sớm.

II. NHỮNG QUAN ĐIỂM CƠ BẢN HIỆN NAY VỀ QUYỀN ĐƯỢC CHẾT

1. Những quan điểm phản đối quyền được chết

Luke Gormally¹³, một nhà khoa học Hà Lan đã đưa ra 7 lý do tại sao không nên hợp pháp hóa cái chết êm ả và tự tử trợ giúp (*assisted suicide*) như sau:

- Sự biện hộ cho cái chết tự nguyện bao hàm cả sự từ chối giáo lý cơ bản để thống nhất luật pháp trong xã hội:

Ông cho rằng sẽ thật là đối lập lại cách thức hợp lý nào có ý như là để bảo vệ và ép buộc một trật tự xã hội để thông qua cái chết, dựa vào những biện hộ của nó trên sự tin tưởng rằng cuộc sống đó không đáng sống (thiếu giá trị). Tại sao lại có điều này? Ông lý giải rằng: bởi vì công lý trong xã hội tự thân nó yêu cầu một cách thức không tùy tiện và không đối xử phân biệt việc nhận biết con người là đối tượng của công lý. Nhưng cách thức duy nhất tránh sự tùy tiện đó là phải cho rằng: tất cả con người tồn tại, đơn giản là trong đạo đức, nhân cách của con người đang tồn tại, được cho quyền chữa bệnh và là đối tượng của những quyền con người cơ bản. Nếu công nhận cái chết êm ả sẽ loại trừ nét đặc trưng của loài người chúng ta. Cái chết êm ả là một loại chết chóc, vì thế không thể được thích nghi trong một cách thức hợp pháp để tin tưởng rằng giá trị của con người đang tồn tại là nguyên tắc cơ bản. Do đó, pháp luật trong xã hội không thể được thống nhất một khi yêu cầu xin được chết; từ chối quyền sống của con người vẫn tiếp diễn.

- Hợp pháp hóa tự tử trợ giúp còn là một sự không nhất quán với giáo lý cơ bản của một cách thức hợp pháp:

Người tự tử (hay cố gắng tự tử) liệu có ý kiến hợp lý nếu chúng ta xem sự cam kết của người giúp đỡ có đối đầu với hành động phạm tội sau khi người đó thất bại trong việc cố gắng tự tử hay không? Như thế thì pháp luật không có sự công bằng trong sự chọn lựa việc tự tử. Liệu có chắc rằng người trợ giúp kia là vì tình bạn, lòng trắc ẩn thương hại hay có mưu đồ tính toán khác. Rõ ràng tự tử trợ giúp không đảm bảo được nó sẽ là một cách thức hợp pháp.

- Nếu cái chết êm ả tự nguyện được thông qua thì sau đó hầu hết các lý do có sức thuyết phục để phản đối thông qua cái chết êm ả không tự nguyện đã bị từ bỏ:

¹³ Theo *euthanasia.com: Euthanasia and Assisted Suicide, Seven Reasons Why They Should Not Be Legalized*, Luke Gormally, 1997. Bản dịch Tiếng Việt là của tác giả bài viết.

Nhiều người không đồng ý thông qua cái chết êm ả tự nguyện cũng đồng thời phản đối cái chết êm ả không tự nguyện. Nhưng nếu chúng ta không thể đưa ra một ý kiến hợp lý cho việc yêu cầu một cái chết êm ả là phù hợp cho người được chết mà không dựa vào suy nghĩ rằng người đó còn có một cuộc sống đáng sống, lúc đó, những người chống lại cái chết êm ả tự nguyện sẽ phản đối cái chết êm ả không tự nguyện này. Khoảng cách từ cái chết tự nguyện đến không tự nguyện rất hẹp, do đó không nên thông qua cái chết êm ả tự nguyện.

- Sự thông qua cái chết êm ả tự nguyện sẽ khuyến khích hành động cái chết êm ả không tự nguyện: có 2 hướng như sau:

+ Nó chứng tỏ rằng trong trường hợp đó, những người nói họ mong muốn hạn chế hành động của cái chết êm ả thành cái chết êm ả tự nguyện sẽ nghĩ rằng, nếu họ được cho cái chết êm ả tự nguyện thì không có lý do nào tồn tại cho việc không đồng ý cái chết êm ả không tự nguyện. Do đó, họ bắt đầu đặt kế hoạch cho hoạt động có tính hệ thống của cái chết êm ả không tự nguyện.

+ Bởi vì tiêu chuẩn để phân định ranh giới hành động của cái chết êm ả và cái chết là yêu cầu của bệnh nhân phải chứng tỏ được sự minh bạch không thể cứu chữa của bệnh tình. Kinh nghiệm của Hà Lan đã chứng minh sự thật: bị chỉ trích về sự thích nghi của cái chết êm ả tự nguyện (kể cả bằng luật của quốc gia hay quy định của y tế), nghĩa là, nó sẽ dẫn đến hành động của cái chết êm ả không tự nguyện một cách rộng rãi.

- *Cái chết êm ả làm suy yếu dần những thiên chức của bác sỹ và vì thế có thể phá hỏng những truyền thống của y khoa:*

Mục đích của y khoa không thể thành công nếu bác sỹ không cố gắng bảo toàn sự sống của bệnh nhân đến phút cuối cùng. Lương tâm của bác sỹ không cho phép thực hiện cái chết êm ả.

- Sự thông qua cái chết êm ả làm suy yếu đạo lý, thúc đẩy để phát triển sự tiếp cận lòng trắc ẩn thực sự đến sự đau khổ và cái chết:

Đây là một điều hết sức nguy hiểm. Từ sự trắc ẩn, vì tình bạn đến mưu mô tính toán, đau khổ và cái chết là rất ngắn. Ban đầu có thể là ý tốt đẹp, nhưng sau nó có thể là một âm mưu không lường trước.

Lý do này thuộc về hoạt động lập pháp của Hà Lan. Có 3 Hội đồng đã lập ra vào các năm 1994, 1995 nhưng thực tế đều chống lại cái chết êm ả vì cho rằng nó sẽ làm suy đồi đạo đức con người. Tuy nhiên, như chúng ta đã biết, năm 1993, Hà Lan đã cho phép tự tử trợ giúp, đến năm 2001 thì thông qua Luật An tử. Do đó, lý do này của Gormally chỉ mang tính chất thời gian, không còn ý nghĩa nữa.

Qua những quan điểm trên cho thấy: Luke Gormally đã dự liệu đến những hậu quả của cái chết êm ả và tự tử trợ giúp, mà quan trọng nhất là mối quan hệ giữa chính quyền và nhân dân của chính quốc gia đó. Cũng theo ông, người bác sỹ sẽ mất đi chức năng cơ bản của mình và những giáo lý cơ bản về quyền con người sẽ bị xói mòn. Tuy nhiên, qua đó cho thấy: ông chưa đánh giá vấn đề theo hướng đa chiều để phân tích, luận giải. Một số hậu quả mà ông nêu ra sẽ được khắc phục nếu Luật An tử quy định một cách nghiêm ngặt vấn đề đó. Nếu như ông thấu hiểu nỗi bức xúc của giới bác sỹ thì có lẽ ông sẽ có những suy nghĩ tích cực hơn.

• *Lý do khác:* ngoài những lý do nêu trên, về vấn đề này còn phải kể đến những lý do sau:

- *Việc công nhận QĐC sẽ làm xói mòn quyền cơ bản được sống!*¹⁴

Hầu hết các tôn giáo đều coi trọng sự sống nên họ phản đối quyền được chết. Hồng Y Javier Lozano Barragan, người đứng đầu Ủy ban Y tế Vatican từng tuyên bố hành động gỡ bỏ ống truyền đạm tương đương với hành động giết người trong vụ T.Schiavo (Mỹ): "*Cuộc sống con người không phụ thuộc vào cá nhân mà phụ thuộc đáng sáng tạo. Vì thế, chúng ta có điều răn*

¹⁴ Theo *Vnexpress.net* ngày 01/09/2001, trích bài phát biểu của Paul Tully, Tổng thư ký Hiệp hội Bảo vệ thai nhi Anh quốc.

thứ năm không cho phép giết người. Việc khiến người bệnh chết nhẹ nhàng chính là hành động giết người. Bản chất của nền văn minh là người mạnh có nghĩa vụ bảo vệ kẻ yếu. Trong những trường hợp có các nghi ngờ và câu hỏi nghiêm trọng, cơ sở nhận định của chúng ta cần hướng đến sự ủng hộ cuộc sống¹⁵. Mặc dù vậy, cũng có nước như Bỉ đa phần dân số đều theo đạo Thiên chúa giáo, nhưng việc thông qua QĐC không bị phản đối quá gay gắt.

Theo quan điểm của người viết, QĐC không làm xói mòn quyền cơ bản là được sống. QĐC không chỉ liên quan đến bệnh nhân đó mà còn cả gia đình và xã hội. Người ở giai đoạn cuối của bệnh chịu nhiều đau đớn nếu có sống cũng chỉ thêm khổ, thậm chí nhiều người không biết mình sống hay khổ nữa. Cho nên nếu họ không muốn gây thêm tổn kém không cần thiết cho gia đình, xã hội thì hãy nên tôn trọng họ. Hơn nữa, mục đích của QĐC là làm cho họ không phải sống đau đớn kéo dài, đó là mục đích nhân đạo. Họ không chối bỏ quyền được sống mà vì họ không còn đủ điều kiện đảm bảo sự sống. Điều này khác hẳn với người có điều kiện để sống, bị bệnh có thể cứu chữa được nhưng lại muốn chết, đó mới là trường hợp nên lên án.

- Nếu thông qua cái chết êm ả thì sẽ dẫn đến tình trạng bị lạm dụng để thực hiện tội ác vô nhân đạo. Tình trạng sẽ lớn hơn ở các nước có hệ thống pháp luật lỏng lẻo, không kiểm soát được tình hình phạm tội.

Lý do này đúng và đáng quan tâm khi xây dựng Luật An tử nhưng lại không toàn diện. Một khi đã xác nhận đồng ý nó là quyền nhân thân, tiến hành xây dựng Luật An tử thì tất nhiên phải quan tâm đến vấn đề xây dựng như thế nào để Luật ít bị lạm dụng nhất. Bên cạnh đó cần có những văn bản pháp luật hướng dẫn cụ thể và chặt chẽ. Nếu đã xác định được tầm quan trọng và hậu quả có thể xảy ra ngay từ đầu thì tất nhiên phải vạch ra

biện pháp phòng ngừa, giải quyết vấn đề có khả năng xảy ra. Tất nhiên không có luật nào mới ban hành cũng hoàn hảo và phù hợp với cuộc sống ngay tức khắc được, luật là cuộc sống nhưng cuộc sống lại luôn biến đổi không ngừng. Và phải có những điều kiện nhất định thì một quốc gia mới nên ban hành Luật An tử, ví dụ: không nên ban hành khi quốc gia đang có một hệ thống pháp luật lỏng lẻo, chưa đồng bộ, chông chéo vì đây là điều hết sức nguy hiểm.

- Nếu có Luật An tử, nhiều người bệnh sẽ giảm ý chí, mất tự tin và niềm tin vào cuộc sống. Họ cho rằng đã có Luật này thì không cần điều trị vô ích nữa.

Đây là một quan điểm sai lầm. Luật An tử không bắt buộc người bệnh, nhất là bệnh giai đoạn cuối, chịu nhiều đau đớn phải chọn an tử. Muốn hay không muốn là quyền của họ. Họ có quyền được sống, được chữa bệnh nếu họ muốn. Không phải cứ muốn chết là được chết. An tử chỉ là biện pháp cuối cùng khi không còn cách nào khác, khi rơi vào tình huống y tế không lối thoát và chủ yếu phụ thuộc vào bệnh nhân.

- Thực hiện cái chết êm ả là giết người, chức năng của bác sỹ phải là cứu người.

Quan điểm này chỉ đúng khi QĐC chưa được công nhận, cái chết êm ả chưa được hợp pháp hóa. Nếu có Luật thì bác sỹ sẽ không phải lo sợ mình sẽ phạm tội. Nếu họ không muốn thì cũng không ai bắt buộc vì bác sỹ có quyền từ chối thực hiện. Hành vi của bác sỹ trong QĐC mang tính chất nhân đạo chứ không thể mang toan tính, mưu lợi. Bởi vì xét cho cùng, cứu người hay giúp đỡ một bệnh nhân thoát khỏi đau đớn thì mục đích cuối cùng cũng là mang lại điều tốt đẹp cho bệnh nhân xuất phát từ lương tâm của họ. Do đó, điều mà giới bác sỹ và tất cả chúng ta cần nhìn ra là mục đích cuối cùng của hành vi chứ không nên chỉ đánh giá qua hình thức của hành vi đó. Thực ra, giúp bệnh nhân thoát khỏi đau đớn chính là cứu bệnh nhân khỏi sống khổ, đó cũng là cứu người chứ không phải giết người. Nếu cố giúp người bị bệnh vô phương cứu chữa thì chỉ

¹⁵ Theo bbc.co.uk. Trích bài "Bệnh nhân Terri Schiavo qua đời", 2005.

làm họ thêm đau đớn, khi đó, an tử theo yêu cầu là việc đáng làm.

2. Những quan điểm ủng hộ quyền được chết

Những quan điểm chống lại Luật An tử ở trên có những điểm hợp lý và chưa hợp lý như đã phân tích. Từ những điểm chưa hợp lý đó, kết hợp với một số mục đích khác, chúng ta có thể đưa ra một số lý do nên ủng hộ QĐC và an tử như sau:

- Công nhận QĐC hướng đến mục đích tốt đẹp, giúp những bệnh nhân ở trong tình trạng đau đớn kéo dài, bệnh nan y vô phương cứu chữa ở giai đoạn cuối mà sự sống của họ chỉ thêm đau khổ được “*ra đi*” thanh thản. Đó chính là một cái chết nhân đạo.

- Luật An tử ra đời sẽ giải tỏa nỗi bức xúc của giới bác sỹ trong hoàn cảnh: bệnh nhân đang phải chịu đau đớn kéo dài xin được chết mà họ thì không thể “*giết người*”. Nếu luật cho phép, họ sẽ có định hướng tốt và có thể yên tâm giúp đỡ bệnh nhân được toại nguyện nếu muốn. Điều này sẽ tốt cho cả bệnh nhân và bác sỹ điều trị.

- Nếu không công nhận quyền được chết, không ban hành Luật An tử thì QĐC sẽ mãi nằm trong bế tắc và rối rắm bởi nó liên quan đến nhiều lĩnh vực: chính trị, tôn giáo,... Những đề nghị, yêu cầu xin được chết nhiều, thậm chí dai dẳng sẽ kéo cả Tòa án và chính quyền vào cuộc, trở thành “*quả bóng*” cho các đảng phái nâng cao uy tín của mình... *Tiêu biểu là vụ Schiavo ở Mỹ đã kéo cả Tòa án tối cao bang Florida, Tòa án Liên bang Mỹ và cả Quốc hội Mỹ vào cuộc. Diễn biến¹⁶: tháng 2/1990, Schiavo bị tổn thương não sau khi ngã tại nhà; tháng 5/1998, chồng bà gửi đơn xin rút ống truyền dinh dưỡng cho vợ, gây nên một cuộc chiến pháp lý; tháng 2/2000, Tòa án cho phép rút ống; tháng 10/2003, Hạ Viện Florida thông qua “Luật Terri”, cho phép thống đốc ra lệnh ngừng truyền thức ăn cho Schiavo; tháng 9/2004, Tòa án tối cao Florida bác bỏ Luật này; tháng 12/2004, vụ việc đưa lên Tòa án*

tối cao Mỹ; tháng 1/2005, Tòa án bác đơn; tháng 3/2005, Tòa án Florida một lần nữa cho rút ống; ngày 20/03/2005, Quốc hội thông qua luật khẩn cấp cho phép cha mẹ Schiavo khiếu nại để nối ống truyền... Tất nhiên lý do này chỉ phổ biến ở những quốc gia chưa quy định an tử và thực tế có nhiều bệnh nhân xin được chết.

Việc phân tích những lý do ủng hộ an tử không có nghĩa là phải ban hành ngay Luật An tử. Vấn đề xây dựng và ban hành ngay Luật An tử còn phụ thuộc vào điều kiện của mỗi quốc gia. Có nhiều nước không công nhận QĐC là QNT nên không ban hành Luật An tử. Cũng có nước công nhận nó là QNT, nhưng chưa ban hành Luật An tử vì chưa có điều kiện phù hợp hay chỉ chấp nhận hành vi tự tử dưới sự trợ giúp của bác sỹ.

3. Quan điểm của Việt Nam hiện nay

Thực tế, tuy Việt Nam chưa ban hành cụ thể văn bản nào công nhận QĐC là QNT, nhưng quyền này đã từng được đưa vào Dự thảo Bộ luật Dân sự 2005. Tuy nhiên, cuối cùng quyền này đã không được thông qua. Ngoài những lý do như đã nêu ở trên, có thể nói đến những lý do mang tính đặc trưng riêng của Việt Nam như sau:

Một là, việc chấp thuận QĐC và ban hành Luật An tử sẽ đi ngược lại quan niệm truyền thống phương Đông: coi trọng sự sống. Ở phương Tây - nơi mà truyền thống, đạo lý không quá nặng nề như các nước phương Đông thì QĐC nhận được nhiều sự ủng hộ hơn. Ở các nước phương Đông thì ngược lại, thực tế cho thấy số lượng người xin được chết chiếm số lượng còn ít so với các nước phương Tây. Tuy nhiên, chúng ta cũng cần xác định rằng: sẽ là sai lầm nếu quan niệm không chấp nhận QĐC cũng đồng nghĩa với việc phủ nhận nó là một quyền con người. Đa phần vì truyền thống, phong tục mà không chấp nhận nó cho dù nó là một quyền nhân thân. Việc chấp thuận cần có thời gian và phụ thuộc vào những điều kiện thực tế của xã hội. Nếu như không vượt qua được ngưỡng cửa của khái niệm QĐC thì sẽ không bao giờ công nhận và hợp pháp hóa

¹⁶ Theo *Vnexpress.net* ngày 22/03/2005.

nó được. “QĐC còn phải phụ thuộc tình cảm, đạo lý của mỗi người, mỗi gia đình. Có thể hiểu QĐC là quyền tự do của cá nhân. Nhưng vấn đề là người chết có đủ khả năng chịu trách nhiệm về hành vi của mình hay không? Bản thân vấn đề tự do chết còn rất nhiều mâu thuẫn. Thế nào là tự do chết? Khái niệm tự do chết là một khái niệm nằm giữa các mối quan hệ xã hội phức tạp, còn mập mờ giữa pháp luật, tình cảm, tôn giáo...”¹⁷. Việc thay đổi quan niệm truyền thống, nhất là khi liên quan đến sự sống và cái chết thì không phải một sớm một chiều mà cần có thời gian. Tình hình kinh tế, chính trị, xã hội của Việt Nam cũng chưa phù hợp với quyền được chết. Do đó, QĐC là vấn đề nhạy cảm. Vào thời điểm hiện tại chưa phù hợp với đạo lý người Á Đông cho dù nó là bức xúc của một bộ phận không nhỏ giới bác sỹ.

Hai là, hệ thống pháp luật của Việt Nam còn không đồng bộ và chồng chéo, kỹ thuật lập pháp của Việt Nam còn thấp. Một trong những yêu cầu để ban hành Luật An tử là hệ thống pháp luật của nước đó phải nghiêm minh, chặt chẽ và đồng bộ; người dân có ý thức tuân thủ pháp luật cao. Có như vậy mới tạo điều kiện cho Luật An tử tránh bị lạm dụng và gây nguy hiểm cho xã hội. Đây là một lý do khách quan quan trọng để không nên quy định QĐC ở Việt Nam trong giai đoạn hiện nay.

Ba là, điều kiện kinh tế - xã hội của Việt Nam còn nhiều khó khăn, kéo theo chất lượng chăm sóc, khám, chữa bệnh của các cơ sở y tế còn thấp. Chúng ta chưa thực sự quan tâm đến việc phát triển y tế cộng đồng. Trong khi đó, Hà Lan ban hành được Luật An tử một phần vì có nền kinh tế phát triển và họ quan tâm đến việc chăm sóc y tế cho nhân dân, do đó luật không bị lạm dụng nhiều. Nếu Luật An tử được ban hành ở Việt Nam vào thời điểm hiện tại thì mục đích xấu bị lợi dụng sẽ không chỉ dừng lại ở những

bệnh nhân bị bệnh nan y mà đối tượng còn lan rộng sang: người già neo đơn, ốm yếu, người bị thiếu năng trí tuệ hay bị bệnh thần kinh...

Bốn là, số lượng bệnh nhân xin được chết ở Việt Nam còn ít so với thế giới và QĐC cũng chưa phổ biến nên Luật An tử chưa cần thiết phải ban hành.

III. TRIỂN VỌNG XÂY DỰNG LUẬT AN TỬ Ở VIỆT NAM

1. Điều kiện để một Quốc gia có thể ban hành Luật An tử

Qua những phân tích ở những mục trên, chúng ta có thể rút ra một số điều kiện để một quốc gia có thể ban hành Luật An tử như sau:

- *Nhu cầu xã hội*: số lượng bệnh nhân giai đoạn cuối, mắc bệnh vô phương cứu chữa xin được chết lớn. Trong giới bác sỹ có nhiều bức xúc về vấn đề này.

- *Quốc gia đó có hệ thống pháp luật chặt chẽ, đồng bộ, nghiêm minh*. Kỹ thuật lập pháp của nước đó đủ để có thể xây dựng đạo luật về an tử ít bị lạm dụng, lợi dụng nhất.

- *Người dân nước đó có ý thức tuân thủ pháp luật cao*.

- *Tại thời điểm muốn ban hành Luật An tử không có quá nhiều người của quốc gia đó phản đối* (điều này sẽ được thể hiện qua những cuộc thăm dò dư luận). Ở những nước phương Đông, điều này càng quan trọng.

- *QĐC cần được ghi nhận trong các đạo luật gốc (như Bộ luật Dân sự) với tư cách là QNT trước, từ đó làm cơ sở cho việc cụ thể hóa trong một luật chuyên ngành (như Luật An tử)*. Đạo luật gốc, chỉ quy định về QĐC mang tính khái quát. Với một vấn đề khó, dễ bị lạm dụng như QĐC thì việc cụ thể hóa thành một luật riêng là rất cần thiết.

Từ những nhận định trên và qua nghiên cứu, xem xét tình hình thực tiễn ở Việt Nam cho thấy, hiện nay, nước ta vẫn chưa hội đủ các điều kiện để xây dựng Luật An tử. Do vậy, việc chấp nhận QĐC và xây dựng Luật An tử ở Việt Nam chắc chắn là vấn đề của

¹⁷ Trích bài trả lời phỏng vấn báo Tuổi trẻ online ngày 24/11/2004 của PGS.TS Trương Văn Việt (Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy, Tp.Hồ Chí Minh).

thì tương lai. Tuy nhiên, Việt Nam cũng đã có những yếu tố và điều kiện ban đầu cho việc xây dựng Luật An tử, khi Việt Nam đã từng đưa QĐC vào Dự thảo Bộ luật Dân sự 2005. Mặc dù QĐC chưa được pháp luật ghi nhận, nhưng sự kiện này đã ghi dấu mốc đầu tiên cho quá trình tiếp tục nghiên cứu, xây dựng và ban hành Luật An tử ở nước ta.

2. Một số kiến nghị về việc tiếp cận quyền được chết và vấn đề xây dựng Luật An tử ở Việt Nam trong tương lai

QĐC là một vấn đề còn rất mới, để có thể tiến hành xây dựng Luật An tử ở Việt Nam, trước tiên chúng ta phải có những biện pháp làm cho người dân tiếp cận, hiểu rõ về bản chất của QĐC và dần dần sẽ chấp nhận nó; đồng thời chuẩn bị kỹ những điều kiện cần thiết để có thể xây dựng Luật An tử. Cụ thể:

- *Đẩy mạnh phổ biến, tuyên truyền kiến thức về QĐC thông qua sách, báo chí, truyền thông.* Nên đi sâu vào việc phản ánh thực trạng của QĐC hiện nay trên thế giới và Việt Nam; phân tích những mục đích tốt đẹp, bản chất của quyền được chết. Bên cạnh đó, cần làm rõ những điều kiện để có thể ban hành Luật An tử.

- *Thống kê tình hình số lượng bệnh nhân đang mắc bệnh giai đoạn cuối, xin được chết.* Bộ Y tế nên quy định các bệnh viện phải thực hiện việc thống kê này. Những số liệu có được sẽ là cơ sở thực tiễn quan trọng khi xây dựng Luật An tử.

- *Tổ chức các cuộc thăm dò lấy ý kiến nhân dân.* Các cuộc thăm dò sẽ có 2 mục đích:

+ Làm cho mọi người biết đến an tử, tiếp cận với nó;

+ Biết được nhu cầu cũng như quan điểm của người dân về vấn đề này.

Các kết quả thăm dò cũng là cơ sở có giá trị thực tiễn cao trong quá trình xây dựng Luật An tử. Như thế, nếu Luật này được ban hành, nó sẽ phù hợp với thực tế, với nguyện vọng của nhân dân, từ đó sẽ dễ dàng đi vào cuộc sống. Bên cạnh đó, cần quan tâm đến

vấn đề phản biện xã hội, đặc biệt là những phản biện của các nhà khoa học trong và ngoài nước. Nếu người dân được trực tiếp tham gia đóng góp ý kiến cho dự thảo khi xây dựng Luật An tử thì chính bản thân họ đang góp phần làm cho Luật An tử sau khi được ban hành ít bị lạm dụng.

- *Nâng cao kỹ thuật và năng lực lập pháp, mời các chuyên gia nước ngoài về lĩnh vực an tử giúp đỡ.*

- *Học hỏi kinh nghiệm nước ngoài, đặc biệt là ở các nước đã hợp pháp hóa an tử để xây dựng Luật An tử phù hợp với điều kiện của Việt Nam.*

- *Có thể ban đầu chỉ chấp nhận hành vi tự tử dưới sự hỗ trợ của bác sỹ để người dân có thời gian tiếp cận, quen dần. Sau đó mới đặt vấn đề xây dựng Luật An tử (Hà Lan là một ví dụ).*

- *An tử chỉ nên được cho phép thực hiện ở bệnh viện do các bác sỹ có chứng chỉ hành nghề đảm nhận.*

- *Sửa đổi, bổ sung các quy định có liên quan trong hệ thống pháp luật hiện hành cho phù hợp với quy định của Luật An tử khi được ban hành, đặc biệt là Bộ luật Hình sự cần quy định thêm các tội danh về vấn đề này.*

- *Các văn bản hướng dẫn thi hành Luật An tử (nếu có) nên ban hành song song với thời điểm Luật An tử có hiệu lực để tránh những hiểu lầm, áp dụng sai không đáng có.*

Kết luận: hiện nay, Việt Nam chưa chấp nhận QĐC cũng như chưa xây dựng Luật An tử nên trong phạm vi bài này, người viết chỉ nghiên cứu một số vấn đề quan trọng. Việc quy định cụ thể như thế nào xin dành cho những nhà làm luật trong tương lai khi xây dựng Luật An tử. Mục đích của bài viết này là để cho mọi người hiểu thêm về quyền được chết, góp phần thay đổi những quan niệm lo sợ Luật An tử nếu được ban hành sẽ bị lợi dụng. Một vấn đề ở thời điểm hiện tại không được chấp nhận thì sự nghiên cứu, tìm hiểu sâu về nó là một việc làm cần thiết.