

# 病人自主權利法常見問題釋疑

孫效智教授 楊玉欣立法委員辦公室顧問

104.10.6

## 一、回應醫師公會全聯會所提意見，做出六點修法動議如下：

- (一) 第 1 條的立法理由除保障病人自主外，也加入保障善終權利的說明。
- (二) 刪除第 6 條第 4 項同意書順位的規定，以符合臨床實務的多樣性。
- (三) 第 8 條預立醫療指示的範圍限定在「第十三條特定臨床條件」。
- (四) 第 9 條將「經公證」入法成為預立醫療指示的程序要件。
- (五) 將註記在全民健康保險憑證改為程序要件，減少醫療實務認定的困難。
- (六) 刪除所有罰則。

## 二、本法草案是否與其他法律疊床架屋而有適法性問題？

- (一) 與本法有關法律包括醫療法、醫師法、安寧緩和醫療條例、人體研究法等，草案擬定過程已檢視與上述法律之關係，排除疊床架屋或彼此矛盾之現象。
- (二) 再者，法規有類似規定時會有適法性問題。就醫療法與本法在病人權利部分關係言，醫療法、醫師法為普通法，本法為特別法。
- (三) 以告知及徵求病方同意之義務規範為例，醫療法與醫師法只規範醫療機構及醫師對病方告知及徵求同意之義務，至於病方可以是病人也可以是其他親屬或關係人，並無進一步之規範，更未以病人為優先告知及徵求同意之對象；本法則在這一點上彌補醫療法與醫師法之不足，因此，依適法從新從特別之原則，相關規範應從本法。醫療法第 1 條亦敘明「本法未規定者，適用其他法律」，所以本法不但沒有與醫療法或醫師法「多所重疊」的問題，還能與它們相互補充，並提升病人權利在法規體系中之重要性。
- (四) 或謂本法有立法漏洞，未如醫療法第 63 與第 64 條但書規定緊急情況下免除醫療機構告知及徵求同意之義務。然而，本法第 5 與第 6 條沒有但書的原因二：首先，特別法有特別規定者從特別法，未規定者回歸普通法。緊急情況之處置是本法未規定者，自應回歸醫療法。其次，未得病方同意之緊急情況是否得急救或該急救的規範主體是醫療機構而非病人，宜由醫療法去規範。
- (五) 人體試驗與一般醫療行為分屬不同之行為範疇，本法規範的是一般醫療行為，人體試驗仍應回歸醫療法，無疊床架屋問題。人體研究法議題則與「病人」權利議題分屬不同範疇，它所規範的是研究計畫主持人與研究對象之間的告知同意關係，性質上不同於本法處理醫病之間的告知同意關係，自無所謂競合關係或優先適用問題需要處理。
- (六) 本法草案與安寧緩和醫療條例有所交集，均適用末期病人，但也有所不同，

彼此互補，亦無疊床架屋問題。

1. 本法除末期病人外，還適用非末期病人拒絕醫療之權益，故得以突破安寧侷限於末期病人之限制。
2. 本法草案定義之「維持生命治療」亦比安寧和醫療條例得拒絕之「維生醫療」要更為彈性與寬廣。
3. 安寧緩和醫療條例能濟本法之不足。本法規範保障病人自主權，惟若病人未簽署本法之 AD，亦無安寧之意願書時，就必須依靠安寧條例提供之最近親屬同意書，於被判定末期後，依同意書來撤除維生醫療。

### 三、本法草案是否會強制醫療機構或醫師執行病人拒絕醫療之預立醫療指示？

- (一) 當然不會！草案最新修正文字的第 13 條第 1 項已明確規定，在病人符合拒絕維持生命治療的條件時，醫師「得」依照病人的預立醫療指示不施行、終止或撤除維持生命治療之全部或一部。換句話說，草案最新文字已清楚授予醫師裁量的權限，並未強制醫師執行。
- (二) 同樣的，草案最新修正文字已刪除相關罰則，醫師不執行病人的預立醫療指示，也不會面臨行政處罰。

### 四、本法草案對醫院及醫師提供怎樣的法律保障？

本法草案一旦法制化，法律上將有兩種免除醫師責任的途徑：

1. 按草案第 7 條規定意旨，只要病人符合第 13 條規定的要件，即可解除醫療機構或醫師的急救義務，縱使其依病人意願不提供維持生命治療，也會因為不具有刑法第 15 條的保證人義務，而不會成立刑法第 275 條的受囑託殺人的不作為犯。
2. 病人只要符合本法第 13 條規定的要件，醫療機構因而不施行、終止或撤除維持生命治療之全部或一部，亦可依刑法第 21 條規定阻卻違法。

### 五、有人主張，應以善終權取代病人自主權的概念，因為前者是在構成要件該當性處理，後者只能在阻卻違法處理？

- (一) 最新修正文字已經在第 1 條加入善終權概念。
- (二) 無論從德國法的人性尊嚴脈絡，或是美國法的隱私權理論，都是以自主權來支持善終的結果，二者並不存在矛盾或衝突之處。
- (三) 只有善終權理論才能在構成要件該當性處理嗎？本法第 7 條但書解除醫師在特定情況下的急救義務，正是透過病人自主權的伸張，在刑法第 275 條之構成要件該當性上處理，讓醫師在符合法定要件下不急救不違反該條。

### 六、當拒絕醫療將無可避免導致病人死亡時，現行法律是否保障非末期病人之拒絕醫療權？

- (一) 依現行法，醫療法第 60 條、醫師法第 21 條賦予醫院、診所和醫師在病人危急狀況下的救治義務。當醫院、診所或醫師因尊重病人意願而不施行、撤除或終止維持生命治療時，一旦病人發生危急狀況，依法仍有急救義務；若不急救將違反相關醫療法規，也會因為刑法第 15 條導致此種消極不作為等同於積極殺人，而有違反刑法第 275 條受囑託殺人罪之虞。（衛部醫字第 1041663576 函及法檢字第 10404502880 函）
- (二) 僅「末期病人」得適用安寧緩和醫療條例規定：末期病人若符合安寧緩和醫療條例第 7 條規定，醫師始得經病人承諾或受其囑託採取不施行心肺復甦術或維生醫療，病人因此死亡，醫師之不作為，依刑法第 21 條第 1 項規定，得阻卻違法而不成立第 275 條之犯罪。
- (三) 換言之，現行法僅保障末期病人之拒絕醫療權，醫院或醫師即使同情第 13 條各款非末期病人不願苟活的意願，而且承認他們的意願合情合理，也無法在法律保障下不施行、終止或撤除病人之維持生命治療。

七、人固然不得任意處分生命，但在特定情況下為維護與生俱來的人格尊嚴，本法明確保障每個人都享有拒絕醫療的權利，既不是允許(加工)自殺，也跟安樂死無關。

- (一) 死亡固然有輕如鴻毛，但也有重於泰山的時候，生命權並不「必然」、「恆」優於自主權，故不存在「絕對不得處分自己生命」的命題，只是「不得任意處分自己生命」。
- (二) 「拒絕醫療」絕不等於「自殺」：「拒絕醫療」只是讓生命歷程回歸自然，排除過度的人工維持生命治療的介入，以保障每個人與生俱來的人格尊嚴。德國基本法開宗明義即揭示「人的尊嚴，不容侵犯」，我國大法官也明確指出「維護人性尊嚴與尊重人格自由發展，乃自由民主憲政秩序之核心價值」的基本信念。
- (三) 當一個人處於不可逆轉的昏迷、持續植物人、重度以上失智或類似漸凍人的重症情境，法律強迫病人接受維持生命治療以維持生命徵象，無疑是強加生命絕對保護主義的道德信念在病人身上，讓病人成為倫理道德與醫療科技支配下的客體，牴觸憲法保障人格尊嚴的核心價值。
- (四) 承認「拒絕醫療權」合乎倫理：世界醫學會早已明確揭示「拒絕醫療乃是病患之基本權利，若醫師在尊重病患意願下中止醫療，導致病患死亡之結果，亦與醫學倫理無違。」
- (五) 本法不是安樂死：美國醫學會定義安樂死為「由他人為病患施以足以致命之藥劑」，本法則是「拒絕人工維持生命治療強行介入，讓死亡回歸自然、善終」，二者截然不同。世界醫學會早在 1987 年即明確區分二者，並宣示拒絕醫療是病人的基本權利，也符合醫學倫理。積極致死的安樂死具高度爭議性，只有少數國家承認其合法，至於拒絕醫療在歐美各國則愈來愈受到認同。西

方各國如美國、德國、法國乃至鄰近的香港，均承認病人在合情合理條件下的拒絕醫療權，即使這會危及病人的生命。

- (六) 總之，本法不許可加工自殺與安樂死，但也不認同加工「賴活」。當賴活不如好死時，本法主張應尊重病人不願再被加工賴活的意願以及安寧善終的權利。

#### 八、本法草案捍衛病人自主，是否會傷害醫療之專業自主？

- (一) 本法草案第 4 條至第 6 條的病人知情選擇與決定權是以醫師對於病情、醫療選項之專業判斷為前提，條文書寫方式亦類似醫療法第 63, 64, 81 條，無病人自主凌駕醫療專業之虞。
- (二) 本法草案第 3 條與第 9 條引入預立醫療照顧計劃 (ACP)，其基本精神更是承認，病人自主權的捍衛必須以對醫療專業的諮詢為前提。依此，經過 ACP 諮商過程後由病人自主訂定的才是有效的 AD。
- (三) 如前述，本法不強制醫療機構或醫師執行病人之 AD，以尊重醫療專業或醫師之多元倫理觀點。此外，本法保障醫療機構或醫師在尊重病人合法之拒絕醫療意願時，其行為將被合法化，也是尊重及保護醫療專業實踐的適例。

#### 九、本法草案承認哪些病人具拒絕維持生命治療之權利？

- (一) 依草案第 13 條，以下病人得事先訂立 AD 拒絕維持生命治療：
1. 末期病人
  2. 處於不可逆轉的昏迷狀況者
  3. 持續植物人狀態者
  4. 重度以上失智者
  5. 病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適的解決方法者
- (二) 本法草案未開放基於宗教或其他信念而拒絕醫療之權利，如耶和華見證人之拒絕輸血。病人拒絕醫療權開放伊始，宜匯聚更多臨床經驗與社會討論之後，再做後續修正。

#### 十、本法草案的預立醫療指示與安寧緩和醫療條例的意願書有何異同？

- (一) 兩者之間的差異：
1. 適用對象不同：前者包含非末期病人，如不可逆轉昏迷者、植物人、重度以上失智，以及痛苦難以忍受、疾病無法治癒且無解決方法者；後者僅限由兩位相關專科醫師診斷的末期病人。
  2. 病人得拒絕的醫療範圍不同：意願書只能拒絕急救時的心肺復甦術以及延長瀕死過程的維生醫療，預立醫療指示則得拒絕一切有可能延長病人

生命的必要醫療及照護措施，包含人工營養及流體餵養在內。

3. 醫學專業諮詢的有無：預立醫療指示應經過 ACP 之專業諮詢而後自主訂定，意願書則無此項規定。
4. 醫療委任代理人的權限不同：安寧緩和醫療條例意願書預立之醫療委任代理人權限很窄，臨床實務上亦未發揮功能；預立醫療指示中所指定的醫療委任代理人權限較大，能於病人意識昏迷或無法清楚表達意願時代理病人進行醫療決策（第 10 條）。
5. 緩和醫療的法律地位：安寧緩和醫療條例的意願書得選擇末期病人所需之安寧緩和醫療；依本法草案拒絕維持生命治療者，醫院則應提供充分之緩和醫療，以幫助病人達到善終（第 14 條）。

(二) 兩者之間共同點：

1. 兩者都是具完全行為能力人自主訂立的 AD。
2. 兩者生效時機與病人是否意識昏迷或是否能清楚表達意願無關。
3. 無論意願書或預立醫療指示都得隨時撤回或修正。

## 十一、 哪些時機適合進行預立醫療照顧計劃（ACP）？

(一) 具完全行為能力人只要有意願訂定預立醫療指示，隨時都得進行 ACP。進一步言，當病人有意透過 AD 拒絕維持生命治療時，必須應經過 ACP 專業人員提供之 ACP 諮詢過程，以充分掌握拒絕醫療權的法定範圍及相關醫學資訊之後，方能訂定 AD。

(二) 從臨床上來看，進行 ACP 的時機有兩類：

1. 未雨綢繆時：

- (1) 此時的 ACP 可以稱為「對 AD 進行的一般性諮詢」。
- (2) 這是所有具完全行為能力人想在健康的時候訂定 AD 時，都可以得到的諮詢。目的在確保其訂定 AD 時掌握醫療專業與「病人自主權利法」相關資訊。
- (3) 此時 ACP 只具一般衛教及諮詢功能性質，故得由醫療機構、衛生機關或受主管機關委託之法人提供（本法第 9 條第 1 項），讓有意願簽署 AD 之意願人能瞭解病人自主權利法及相關醫療資訊的一般內容，其中最主要的 AD 項目如下：
  - A. 以病人為中心之知情與選擇權。
  - B. 意願人得於第十三條所列之臨床條件下拒絕維持生命治療。應向意願人解釋這些臨床條件的內容以及維持生命治療的意涵。
  - C. 意願人得於 AD 中表達器官、組織或遺體捐贈的意願。
  - D. 意願人得表達其他醫療意願或善終意願。

- E. 應向意願人解釋何謂醫療委任代理人，代理人有哪些權限，AD 得預立代理人等事項。
2. 罹患重大疾病時：具完全行為能力人於罹患重大疾病時，若想預先針對病情發展規劃醫療選項及善終計劃，得在其就診之醫療機構進行 ACP，以訂定其 AD 或調整其以往訂定之 AD。

## 十二、 若病人依第 9 條簽署 AD，現在因為意外處於危急且昏迷狀態而被送到醫院，醫院基於急救義務施予急救，是否會被病人或其家屬控告不尊重病人的 AD？

- (一) 首先，簽了 AD 不表示 AD 就已經生效，也不表示病人不希望施行維持生命治療的臨床條件已經滿足。如果臨床條件尚未滿足，醫院、診所或醫師按照醫療法第 60 條與醫師法第 21 條以及本法第 7 條的意旨，緊急救治病人是正確的處置，而且還不得無故拖延，何來不尊重病人 AD 之說？
- (二) 本法第 7 條雖有豁免急救義務的但書條款，但只說醫院、診所或醫師可以不急救，但並沒有禁止醫院、診所或醫師進行急救。實務上，醫院、診所或醫師最好養成遇危急狀況先救再說的慣性與標準動作，才比較能確保所有病人的生命安全。更何況，無論安寧或本法都許可 withhold 與 withdraw，先插管然後發現滿足 AD 適用的臨床條件，此時再拔管也不遲。需知生命法益具有「不可回復性」，對於危急病人，不救，他就死了；救，之後如果發現他不想被救，而且也符合不被救的法定要件，此時再來放手也還不遲。
- (三) 進一步檢視，即使有 AD，緊急狀況要怎麼符合第 13 條的臨床條件？
  1. 末期病人：病人如果被緊急送到一家陌生的醫院，由於末期認定需要兩位相關專科醫師，現在連病人怎麼回事都還搞不清楚，要如何認定末期？在此之前若需要緊急處置，當然就應該先緊急處置再說。
  2. 不可逆轉昏迷 (irreversible coma)：哈佛醫學院在 1968 年有一份非常知名的腦死研究報告便是以「不可逆轉昏迷的定義」(A Definition of Irreversible Coma) 為其標題。不過，要確診一個人符合「不可逆轉昏迷」的醫學判準，大概不是緊急狀況時就能做的事。
  3. 持續植物人狀態：以現在醫學的 neuro imaging 診斷工具來說，持續植物人狀態的確診，也不是緊急狀態時就能做到的。一般而言，病人從腦傷昏迷若能逐漸好轉進入植物人狀態，已經需要一段時間，而所謂「持續植物人狀態」(persistent vegetative state) 是指病人持續四周或一個月處在植物人狀態。至於「永久植物人狀態」(permanent vegetative state) 的確診則要看腦傷的原因。如果是缺氧(anoxia)造成植物人狀態，三個月以上大概就可以被斷定為「永久植物人狀態」；如果是創傷性腦傷，則可能要一年以上的時間才能被斷定為「永久植物人狀態」。
  4. 重度或極重度失智：重度失智者除了極度仰賴他人照顧，自身已無法再

有人格生活及與他人之關係性生活或社會生活。病人如果確診為符合此一臨床條件者，且其在具行為能力時簽有 ACP-AD，那麼，不僅發生意外時可以不施予急救，就算沒有意外，亦可以按其 AD 不施行或撤除維持生命治療。但如果他是失智後走失，走失後路倒送院者，醫院在緊急狀況中不知道他是確診的失智病人，即使插健保卡後知道他簽有 AD，仍然應先按第 7 條予以急救，待情況明朗後再依其 AD 撤除維持生命治療。

5. 第 13 條第 1 項第 5 款之適用：按現行條文，本款要能確診需要的程序更為複雜，時間也更久，更太容易在緊急狀況下適用。

(四) 總之，即使簽有 AD 之病人，若因意外突然被送到某家醫院，在緊急狀況下要適用第 13 條第 1 項各款的機率並不高，因此，醫院予以緊急救治是履行急救義務的要求，更是醫院該做的正確處置，並無不尊重病人 AD 的情形。

### 十三、 預立醫療委任代理人、預立醫療照顧計劃(ACP)及預立醫療指示(AD)等事項執行不易，最後醫界又是承擔者，在醫病關係緊張的年代，風險太大？

- (一) 本法並不強制任何醫療機構或醫師做這些事情，認為風險太大的可以不要做，但沒必要限縮其他人願意執行的管道。
- (二) 國內推動安寧緩和醫療已有一定基礎，安寧與重症團隊均認為繼續推展病人自主權是可行且必要的做法。

### 十四、 執行預立醫療指示需要法院的裁定？

- (一) 本法已經設計非常嚴格的配套程序(經過專業諮商+見證或公證+註記)，已足以擔保其有效性，不需要法院再另行裁定。
- (二) 事實上法院也未必有能力實質審查執行的要件，若只是要審查文件形式上是否具備，大可不必進入法院曠日廢時。

### 十五、 是否會有詐保的道德風險，讓壽險業者反對本法之立法？

壽險同業公會表示，只要法有明定，符合法定要件之拒絕醫療案件就不構成拒賠理由。因為，臨床條件有醫師在把關，很難想像本法會帶來怎樣的新型詐保樣態。