

從一位醫師的角度來看病人自主權利法

陳秀丹*

摘 要

《病人自主權利法》於 2019 年正式上路，本文試從一位臨床醫師參與立法和末期病人各種情況的經驗，試分析此法的若干實行上的問題和提供解決方法。本文也簡要地回顧末期病人的醫療資源的開支，和說明台灣醫界習用的醫療倫理四大原則的內容。本文進而檢討在實踐上，《病人自主權利法》的困難和有待改善的條文，特別是預立意願的規定，與家屬參考的影響等。

關鍵詞：《病人自主權利法》、預立醫療指示、醫療諮詢、生命醫藥倫理學

* 國立陽明大學附設醫院內科加護病房主任。
E-mail: shewdan@yahoo.com.tw.

An Analysis of Patient Right to Autonomy Act from a Medical Doctor's Perspective

Shew-Dan Chen*

Abstract

Patient Right to Autonomy Act of Taiwan is implemented in 2019. This paper presents the point of view from a medical doctor's experience in participation of the implementation and experience with the treatments of terminal patients. I presents briefly the medical expenses for terminal patients and the four biomedical principles prevalent among medical professional of Taiwan. This paper then shares some difficulties in its implement and suggests how to solve some of the issues, especially in the formal expression of patients' living will, and the remaining dilemmas with the participation of patients' family in the procedure.

Keywords: Patient Right to Autonomy Act, Living will, medical consultation, biomedical ethics, Patient Self-Determination Act

* Medical Doctor, Yang Ming Hospital, Yang Ming University.

從一位醫師的角度來看病人自主權利法

陳秀丹

醫療的進步是人類壽命延長的重要原因之一，而臺灣自西元 1995 年實施全民健康保險後，各大醫院加護病房林立，呼吸器、洗腎設備、葉克膜…等各種維生設備應有盡有，民眾自付金額少，醫療關係差，醫療糾紛多，如果病人或家屬沒有事先聲明不被急救，臺灣的醫師大多會將病人急救到底。根據現任健保署副署長蔡淑鈴女士幾年前在急救加護醫學會年會的一場名為「醫院加護病房之價值」的演說中提到：臺灣西元 2011 年入住加護病房共 29 萬人次，全年耗用 370 億點的健保費用點數¹，佔醫院健保總額支出的十分之一。西元 2009 年加護病房的死亡率為 18.6%，如果加計離開加護病房後三十天內的死亡，則死亡率高達 23%，即該年全國死亡人數中有四至五分之一的人死亡前曾經入住加護病房。此外，《天下雜誌》與 393 公民平台合作，針對 2012 年健保資料庫中加護病房臨終前無效醫療數據、台灣 41 位重症專科醫師及全台 1866 位民眾的調查發現：台灣加護病床密度全世界第一、靠呼吸器維生人數是美

¹ 臺灣健保署的合約醫院每個月向健保署申請費用，費用系用點數來算，理論上每一點是一元，但因健保總額問題，點值會打折，所以通常一點小於一元。

國的 5.8 倍；2012 年臨終前使用加護病房的 42,000 多位病患中，平均每人次申報費用約為入住安寧病房患者的 5 倍；其中，52.9% 為無效醫療，但其醫療費用卻佔所有加護病房費用的百分之八十，約 35.8 億元。高達 9 成的受訪醫師認為，臨終前無效醫療是極需處理的問題；而近 5 成的受訪醫師表示經常遇到病人雖已簽「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，但因家屬有異見，導致醫生只好繼續讓病人接受無效醫療²。

人皆會死，為何死前有這麼多比例的人要經過加護病房的救治？在這麼多一定會死亡的案例中，這樣的醫療過程是真正符合病人意願嗎？有不少病人是經過緊急救治後，命雖保住了，但長年臥床、意識不清的活著。在慢性呼吸照護病房與安養院，經常可見肢體攣縮、口水直流、甚至全身多處褥瘡的病人，這些人的生活品質與生命尊嚴又是如何呢？這是一件值得國人重視的大議題。醫療無止境的延伸會妨礙有尊嚴的死亡，會造成四輪--病人很痛苦、有良心的家屬很心痛，醫療人員很無奈，國家財政也會受拖累。

醫界向來以醫療倫理四大原則來自我期許，即（一）尊重自主原則：強調尊重病人的尊嚴與自主性、不隱瞞病情、尊重病人隱私及知情同意。（二）不傷害原則：醫療人員必須謹慎地執行適當的醫療行為，使病人不受傷害、甚至能防止及除去傷害。（三）行善原則：致力於提升病人的福祉，所有醫療行為應以病人的利益為前提。（四）正義原則：尊重病人權利，公平地分配醫療資源。但很遺憾的，這四項基本倫理原則的實踐在現實社會中有其難度。

² <http://393citizen.com/medical/endoflife/columndt.php?id=235> 沉重的愛?! 生命末期全民醫療態度調查 2014/11/11 | 393 公民平台。

眾所皆知，臺灣的醫病關係並不好，發生醫療糾紛醫師被告的比例相高，病人或家屬若對醫療的結果不滿意，常提出刑事訴訟附帶民事訴訟請求損害賠償，造成醫師很大的壓力與困擾。根據劉邦揚先生的研究發現我國地方法院對於刑事醫療糾紛所作成的判決具有：「低定罪率」與「高自訴比率」的現象³。為了自保，許多醫師採取防禦性醫療，提供所有的治療模式，包括對病人沒有實質效益的無效醫療。

曾有家屬對醫護人員說：「我父親躺在那裏，領的錢比能跑能跳的我還要多，當然要他用呼吸器才能活更久，我們也才能領愈多！」在臺灣，如果病人的月退俸和私人保險給付費用的總和超過每月四萬元，這樣的病人就有可能因為家屬的私心而不得善終；因為慢性呼吸照護病房的費用，家屬最低只需月付二萬五千元的看護費，其他的醫療費用則是由健保署支出，也就是全民買單。像這樣的情況，絕不是特例，對躺在病床上的病人而言，這是合乎病人本身的福祉嗎？對醫師而言，讓病人延長死亡時間是行善嗎？對社會大眾而言，這樣的醫療資源使用合乎公平正義嗎？為了為尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧，病人自主權利法（以下簡稱病主法）因應而生。

過去有相當多的醫師在家屬的要求下隱瞞病人病情，也有些醫師不想直接面對病人壞消息被告知後的情緒反應等，傾向只告知家屬病情，因此有病人是到死都不知道死期將至，而無法好好利用生命中最後的一些時間來規畫自己的身後事、無法好好的和親朋好友

³ 劉邦揚，我國地方法院刑事醫療糾紛判決的實證分析：2000年至2010年，科技法學評論，8卷2期，頁257-294(2011)。

四道人生一道謝、道歉、道愛、道別離。甚至有人死得不明不白、死得心不甘情不願，造成生死兩不安。

病主法第 4 條清楚規定，病人對於病情、醫療選項及其各選項可能的成效與風險預後，有知情的權利；對醫師所提供的醫療選項有選擇與決定的權利⁴。簡言之，病主法明定醫師必須將病情告知病人本身，且病人具有醫療決定權。醫師法在病情告知的部份是告知病人或家屬⁵；安寧緩和醫療條例則是告知病人或家屬，當病人表示想知病情時，應予以告知⁶。由此可見，病主法和醫師法、安寧緩和醫療條例比較起來，病主法更能尊重病人的自主權。

臺灣病主法的施行，讓病人意識清楚時的主張可以受到法律上的保障，如病主法第 14 條清楚揭示：醫療工作者不會因遵照病人預立醫療的指示內容進行醫療行為的終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，而負刑事與行政責任，且除非有故意或重大過失外，不負民事賠償責任⁷；這樣的法律條文

⁴ 病人自主權利法第 4 條：病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利。病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人（以下統稱關係人），不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作為。

⁵ 醫師法第 12-1 條：醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。

⁶ 安寧緩和醫療條例第 8 條：醫師應將病情、安寧緩和醫療之治療方針及維生醫療抉擇告知末期病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情及各種醫療選項時，應予告知。

⁷ 病人自主權利法第 14 條：病人符合下列臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部：一、末期病人。二、處於不可逆轉之昏迷狀況。三、永久植物人狀態。四、極重度失智。五、其他經中央主管機關公告之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解決方法之情形。

可以改善醫病關係，讓醫師比較不怕被家屬告，能減少防禦性醫療，且可以保有醫療倫理中很重要的尊重自主與行善原則；減少無效醫療，讓醫療資源更能合理分配。

臺灣的病主法立法時間比先進國家晚了十幾年，如美國早在西元 1990 年就有「病人自決法」(Patient Self-Determination Act)；西元 2003 年德國聯邦法院確定預立醫囑的法律效力，許澤天先生在其論文「消極死亡協助與病人自主決定權——德國學說、立法與實務的相互影響」一文中提到，德國在 2009 年經國會立法通過的「第三照顧法修正案」，對於病人的「預立醫療指示」(Patientenverfügung; advance directives) 在民法典設有相關規定，病人隨時可以作出拒絕治療的決定，以保護其身體的完整性⁸。德國病人自主權的效力與疾病的種類、期別無關⁹。和德國的法律相比較，我們的病主法適用條件是比較嚴苛的，簽署預立醫囑的過程也比較繁瑣，無法真正保障國人的醫療自主權與善終權。

根據病主法第 14 條規定，病主法適用情況只限定以下五種情境：末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍

前項各款應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認。

醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之。前項情形，醫療機構或醫師應告知病人或關係人。

醫療機構或醫師依本條規定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，不負刑事與行政責任；因此所生之損害，除有故意或重大過失，且違反病人預立醫療決定者外，不負賠償責任。

⁸ 許澤天：消極死亡協助與病人自主決定權——德國學說、立法與實務的相互影響，臺北大學法學論叢，第一〇〇期，p179-243。

⁹ 孫效智：最美的姿態說再見——人自主權利法的內涵與實踐，天下雜誌，p318。

受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形等。這五種情況除了應由二位具相關專科醫師確診外，還必須經緩和醫療團隊至少二次照會才能確認。根據病人自主權利法施行細則第 11 條規定，不可逆轉之昏迷狀況如因外傷所致，必須診察超過六個月無恢復跡象才適用，如果非因外傷所致，則必須診察超過三個月才算；如有明確醫學證據確診腦部受嚴重傷害，極難恢復意識者，則不必有上述時間限制¹⁰。有許多國人擔心如果相關醫師的認定標準太過嚴苛，那麼很有可能這類病人有些必須經過長達數個月的觀察期才能如願善終，這絕對不是病人所樂見的。同樣的，病人自主權利法施行細則第 12 條規定永久植物人狀態，如系外傷所致，其植物人狀態必須超過六個月無改善才適用；如非因外傷所致，則必須超過三個月無改善才適用。這段期間，病人的苦、家屬的煎熬，外人能代勞嗎？

病主法實施以來，常有民眾提問：為什麼還要經過醫療照護諮商門診、繳錢才能做照護諮商、才能簽署預立醫療指示呢？法律應是保障全民，難道沒錢、沒時間、不方便來做照護諮商的國人，就不能享有預立醫療指示的權利嗎？這是日後修法必須考量之處。

根據病主法，預立醫療指示的國人日後如果要變更其預立醫囑內容是可以的，但在病人自主權利法施行細則第 8 條規定意願人在臨床醫療中以書面表示的醫療內容如果與先前經掃描註記在健保卡

¹⁰ 病人自主權利法施行細則第 11 條：本法第十四條第一項第二款所稱不可逆轉之昏迷狀況，指因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之持續性重度昏迷：一、因外傷所致，經診察其意識超過六個月無恢復跡象。二、非因外傷所致，經診察其意識超過三個月無恢復跡象。三、有明確醫學證據確診腦部受嚴重傷害，極難恢復意識。前項診察及確診，應由二位神經醫學相關之專科醫師為之。

內的預立醫療指示內容不同，且意願人尚未撤回變更前，醫療機構應依其臨床書面明示之意思表示為之。但意願人臨床書面意思表示之內容，如果是選擇不接受維持生命治療或人工營養及流體餵養者，於撤回或變更程序完成前，醫師仍應依原先預立醫療決定註記於健保卡的內容為之¹¹。以醫師的立場而言，病人如果意識清楚，其當下表達的意願應是最貼近病人目前想法的決定，硬要病人先被施以當下不同意的醫療，這樣的法律規定是要臨床醫師違反尊重病人自主的醫療倫理，這條規定日後修法時一定要予以更正。

以醫師的立場來看臺灣的病主法，其實仍然有家屬干擾的因素存在，因為法律規定預立醫療照護諮商時必須有二親等內親屬至少一名參與¹²，美其名是意願人與其家屬共享決策，其實是不夠尊重意願人的醫療自主權。病主法對醫師而言，其實沒有強制力，如病主法第 14 條：「醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之。」雖然根據病人自主權利法第 16 條：「醫療機構或醫師不施行病人預立醫療決定時，應建議病人轉診，並提供協助」¹³，但如果轉診將造成病人的不便而無法順利轉診（如轉到離家很遠的醫院），將無法確保病人的自主權與善終權受到保障。

臺灣的病主法是多方意見協商、妥協下的產物，與當初法案起

¹¹

¹² 病人自主權利法第 9 條：意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。

¹³ 病人自主權利法第 16 條：醫療機構或醫師終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養時，應提供病人緩和醫療及其他適當處置。醫療機構依其人員、設備及專長能力無法提供時，應建議病人轉診，並提供協助。

草召集人楊玉欣前立委所提的版本有一段落差，仍有許多不完善之處等待修法，但是有立法總比沒有好。這個法案在立法的過程中遇到相當多的阻力，本人有幸參與立法公聽會報告¹⁴，也參加了前立法委員楊玉欣女士成立的病人自主權利法討論群組，在該法還沒通過之前，群組內的成員每天都在想如何讓反對該法案通過的人可以轉而接受此法案。這部法律得來不易，要特別感謝身為罕見疾病患者的前立法委員楊玉欣女士和其夫婿孫效智教授的運籌帷幄、前立法委員田秋堇女士（現為監察委員）等立法委員的大力相挺，感謝病友團體的請命、還有許多醫界、法界、消基會……等學者專家意見的提供與奔走倡議。本人衷心的期盼，病主法可以再修得更尊重病人自主權，讓身處捍衛病人權益的第一線醫師可以真正實踐醫療倫理四原則，讓醫療真正能為病人謀福祉，達成醫者、病者、社會三方皆贏的局面。

¹⁴ 相關內容見立法院第 8 屆第 8 會期社會福利及衛生環境委員會 病人自主權利法草案公聽會報告 立法院社會福利及衛生環境委員會編製中華民國 104 年 10 月。

參考文獻

一、法規

病人自主權利法。

醫師法。

安寧緩和醫療條例。

立法院第 8 屆第 8 會期社會福利及衛生環境委員會，立法院社會福利及衛生環境委員會編製，中華民國 104 年 10 月，《病人自主權利法草案公聽會報告》。

二、期刊資料

劉邦揚，2011，〈我國地方法院刑事醫療糾紛判決的實證分析：2000 年至 2010 年〉《科技法學評論》8 卷 2 期。

許澤天，2016，〈消極死亡協助與病人自主決定權——德國學說、立法與實務的相互影響〉《臺北大學法學論叢》第一〇〇期。

三、專書

孫效智，2018，《最美的姿態說再見——病人自主權利法的內涵與實踐》（臺北：天下雜誌）。

四、網路資料

<https://www.393citizen.com/medical/endoflife/columndt.php?id=235> 沉重的愛？！生命末期全民醫療態度調查 2014/11/11 | 393 公民平台。

76 《應用倫理評論》第 67 期

立法院第 8 屆第 8 會期社會福利及衛生環境委員會 病人自主權利
法草案公聽會報告 立法院社會福利及衛生環境委員會編製中
華民國 104 年 10 月。