

## 由「病人自主權利法」立法歷程論生命 自主權之限制

陳俊志\*

### 摘 要

以生命本質的立場而言，個體擁有生命的決定權，然而，在臺灣「病人自主權利法」卻是近期透過法律，經由國家立法的隱含假定，賦予病人得以自主選擇醫療方式。儼然，決定自身如何面對生死的權利，彰顯生命自主權的本質是訴諸法律而來的福祉。那麼由少數人的組合、溝通妥協形成的有限條文，是否可以期待透過醫療上「知情同意」的義務，解決生命自主的困境，而不致成為得以規避他者的責任。

為梳理這個議題，本文進而檢視「病人自主權利法」立法歷程，發現斧鑿條文的議事過程，令人難以忽視存在個別立法委員主導、偏重政策移植、偏重黨團的政治協商、偏重專業人士意見、偏重議事效率的妥協，以及偏重授權行政機關等現象。這個結果，可能導致限縮法律適用對象與效力，名義上為保護病人自主權利，卻是阻卻醫療機構或醫師的醫療義務與責任的主客體錯置現象。

---

\* 國立暨南國際大學公共行政與政策學系博士候選人。  
E-mail: ccc271766@gmail.com

最後本文主張，法規條文之有限性，確實解決了特定的社會問題，看似保障了人有選擇自然死的權利，實際上，執行生命自主權的諸多限制，仍須仰賴執行者生命中蘊涵的關懷，得以預測生命窮盡時的需求及所需的關照，進而促發圓滿生命自主的喜悅。

**關鍵詞：**病人自主權利法、立法歷程、生命自主權、自然死、知情同意

## **On the Limitation of Life Autonomy by the Legislative Procedures of the Patient Right to Autonomy Act**

Chun-Chih Chen\*

### **Abstract**

From the standpoint of the nature of life, individuals have the right to decide on life. However, the Patient Right to Autonomy Act in Taiwan is a law through the national legislation, giving patients the option to choose their own medical treatment. Determining how to face the right of life or death, highlights the essence of autonomy and our well-being by resorting to the law.

If the “right to survive or die” is to be won through the consensus of the legislation, then it is doubtful whether the limited provisions formed by the combination of a few people and communication can be expected to resolve the self-determination of life and the sorrow of loved ones through the medical “informed consent” obligation.

In order to comb through this issue, this article further examines the legislative procedures of the Patient Right to Autonomy Act and found the process full of defects. In the process a single legislator leads the motion, there are a lot biases in policyimplementations, political consultations depending on the party line, On certain professionals opinions, and compromise on the efficiency of the proceedings, as well as the emphasis on the authorizing

---

\* PhD Candidate, Department of Public and Administration, National Chi Nan University.

administrative agencies. This result may lead to the effectiveness of the act in the name of protecting the patient's autonomy, but instead it is protecting the medical institutions or physicians from their medical obligations and responsibilities.

Finally, this paper argues that the limited nature of the provisions of the Act does solve some specific social problems. It seems to guarantee that people have the right to choose to die naturally. In fact, the implementation of autonomy at the end of life still depends on the how the caring professionals meet the needs of terminal patients.

**Keywords:** Patient Right to Autonomy Act, Legislative history, Autonomy, Natural Death, Informed Consent

# 由「病人自主權利法」立法歷程論生命 自主權之限制

陳俊志

## 一、前言

依據生命自主的立場而言，當人民罹患疾病時，面對醫療體治療的過程，即使醫學科技日新月異，仍無法改變老化與必然走向死亡的路途。死亡不僅是一種無法抗拒的選擇，現行醫療法規範醫師有搶救病人的義務，導致須仰賴醫療設備維生者歹活無法拒絕而難以善終。為了讓這些病患的困境得以消解，使其擁有選擇走向死亡方式的權利，故楊玉欣等於 2015 年 5 月 22 日提出《病人自主權利法》草案，從起草到廣邀衛福部、醫界、法界、哲學界及病友等團體，極力宣導並匯集各界意見，以及於立法院召開公聽會、朝野黨團數次協商，最後在 2015 年 12 月 18 日三讀通過，並在 2016 年 1 月 6 日由總統馬英九公布。<sup>1</sup>「病人自主權利法」通過實施，意味著病人自主權的勝利。然而，就提出議案到三讀之立法歷程，顯現時

---

<sup>1</sup> 總統府，2016，《總統府公報》第 7227 號，41-47 頁，URL=<https://www.president.gov.tw/Page/294/44534>（2019/05/25 瀏覽）；總統府，2019，《總統府公報》第 7429 號，3-4 頁。URL=<https://www.president.gov.tw/Page/294/46635/>（2019/05/25 瀏覽）

間冗長、條文內容更迭，亦受限於立法制度的約束，仰賴特定人之主導與協商，無法滿足全民參與達成共識的實情而言，令人不禁思索真的是病人自主權的勝利嗎？

「病人善終」的概念是從生存者假定死亡經驗的觀察理性，這樣的假定性思維，似乎可以降低觀察者與罹病者面對頻臨死亡前的痛苦與恐懼。然而，意欲寄託以有限的法條來圓滿善終的身心靈是否可能？是否可以道盡「病人生命權」的期盼呢！當社會規範在立法過程中限縮的生命價值，再透過法律的規範接受醫療體系的照護義務，是否可能賦予生命最後善終的內在張力。故本文首先從法律保障生命自主權之諸多限制，如時間、人民、事務、地域性等限制來探討其中生命的樣態；其次由立法歷程斧鑿條文的議事過程，討論公共領域是否存在開放溝通議事的平台。最後，梳理在「生命自主權」法案中，生命的剩餘價值是否為病人自主權的勝利？

## 二、法律保障生命自主權之限制

依我國憲法第一七〇條及中央法規標準法第四條，法律應經立法院通過，總統公布，完成必要特定程序，具備條文形式及不得牴觸憲法位階的形式與實質要件。法律效力可拘束或賦予享有權利及負擔義務對象，依陳怡如 (2011)<sup>2</sup> 的說法，包含人、事、時、地與適應條件的主客體關係。亦即是，立法歷程指涉法律的施行，是人民及國家權力在民主架構中運作關係與相互影響的結果，促使個體自由權利與集體民主制度的動態平衡。在本法中期待經由通過之實

<sup>2</sup> 陳怡如，2011，〈法律的意義、法源、種類及效力〉，陳怡如 Eunice Yi-Ju Chen 的教學網站，URL=<https://blog.xuite.net/jyfd/blog/50555076> (2019/05/25 瀏覽)

施保障病人之生命自主權，不過本文認為法案公告實施過程上卻存在時間性、人民、事務及地域性等面向之限制，面對這些限制，病人生命自主權究竟還剩下什麼？以下將依此逐一討論：

### （一）法律保障生命自主權之時間限制

法律效力的時間性，指法律公布施行方式及生效日，因明文規定施行屆止期限或另行廢止失效，或者基於特殊政事需要的延長；或因國家遭遇非常事故明令停止適用一部或全部，而暫不生效或恢復生效；或有立法設定於特定條件時期（如戰時）生效等時間。

病人自主權利法自 105 年 1 月 6 日公布，至公布後三年施行，依立法說明為：「本法對醫療現況衝擊至鉅，需相當期間對醫療機構、醫師及民眾宣導熟悉，並審慎規劃，以利推動。」可見其著重的是對於醫療現況的適應能力，屬於現實的技術性操作，而立法歷程中，如楊玉欣委員所言，施行日期亦是協商的結果。<sup>3</sup>且該法施行細則亦延至 107 年 10 月 3 日才由衛生福利部訂定發布，自 108 年 1 月 6 日起施行，歷經約 4 年，不僅時間冗長、條文內容更迭，難謂達成及時保障病人善終之權益。再者，適用本法特殊臨床條件之病人，如何在自身成為末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智及罹患難以忍受痛苦而無法治癒，且依當時醫療水準無其他合適解決方法前，罹病者得以預立醫療決定，諸多的不確定性無法提供明確的時間規範效力，似乎也超越了立法

---

<sup>3</sup> 立法院，2015，〈立法院公報〉，104 卷 98 期，第 104 卷第 98 期，黨團協商紀錄，4297 號五冊 251 頁。URL=<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?00257FEB37350000000000000001E00000000500FFFFD00^02536104121800^00034003001>。(2019/05/25 瀏覽)

的能力。

## （二）法律保障生命自主權之人民限制

法律效力所及的人，基於實現以人為目的的人權保障，兼顧保護本國法益及世界人類利益考量，我國採行屬地和屬人的折衷主義。前者指法律適用所有居住於本國領域內的人，不論其為本國人民、外國人或無國籍人；後者指法律適用於所有具本國國籍的人，且不論其居住於國內或國外。至於如果專適用特殊身分生效的法律，應屬於為一般身分生效適用法律之特別法，基於特別法優於普通法原則，適用特殊身分者的特別法即應優先適用於規範一般身分人民的普通法。

當法律規範適用對象，只繫屬居住於國內的本國人，且國人僅能於成為病人就診時，對於醫師提供醫療選項有選擇與決定權利；或是在滿足經醫療機構提供預立醫療照護諮商後之預先醫療決定、具相關專科醫師資格醫師確診、緩和醫療團隊至少二次照會，確認成為特定臨床條件的病人身分，才得以於醫療機構或醫師依其專業或意願執行下實現其意願。如此法律適用對象顯然強調國人應假定自身將可能成為特定臨床條件之病人，預立未必實現的醫療決定，否則，如已成為該臨床條件的當事者，在無從選擇的壓力下，自然沒有完全的選擇權，被告知後的同意權存有瑕疵，致使法律過度偏重提供醫療者的涉入，相對限縮應保護病人的完全自主權利，導致所謂「尊重病人醫療自主」、「保障病人善終權益」的價值無法實至名歸。

### （三）法律保障生命自主權之事務限制

針對規範事務的效力，一般法律多屬於生效適用一般事項，除此之外，屬於特別事項生效適用的法律。而同一事件的特別事項同時受此二種效力不同法律約束時，亦應適用特別法優於普通法原則，規範特別事項的特別法即應優先適用於規範一般事項的普通法。

依照衛生福利部許銘能次長說明<sup>4</sup>：「有關醫病關係的告知同意、末期病人不施行維生醫療抉擇 (Do Not Resuscitate, DNR)，已分別規定於醫療法、醫師法及安寧緩和醫療條例中；立法委員提案重點為，明定病人同意權行使之關係人順序、預立醫療決定之要件、醫療委任代理人之要件與權限、病人拒絕施行或要求中止或撤除維持生命治療之要件等。」亦即是，在本次法案著重在病人同意權行使之關係人順序，規定病人以外的其他關係人，不得妨礙醫療機構或醫師依病人決定所採取之作為。表明病人最具優先決策權，並直接遮斷家屬影響病人自主權利的決定。另外，「知情權」中亦重申醫療方一定要將病情和治療資訊告知病人，僅在病人未明示反對時，方得告知病人的其他關係人；換言之，其他關係人的知情權至少應經病人的默許。還有亦列舉預立醫療決定要件、醫療委任代理人之要件與權限、病人拒絕施行或要求中止或撤除維持生命治療之要件等。檢視整體之立法規範內容，實質上卻著重於限制病人自動權利與自律原則的形式要件，生命自主權之實施顯然唯有透過醫療體系及其他關係人的協助才能實現。

---

<sup>4</sup> 同註3，院會紀錄，4297號一冊186頁。

#### （四）法律保障生命自主權之地域性限制

法律效力所及的地，概分為全國適用，以及僅適用國內特定地區者。針對同一事件同時適用效力及於全國的普通法，以及效力及於國內特定地區或國外的特別法，適用特別法優於普通法原則。

病人自主權利法內容實施條件的醫病關係，以我國存在多時的城鄉差距而言，造成的醫療資源和就醫條件差異的現象，加上地域性的居民具有生活環境、教育文化背景和宗教信仰的不同，病人就診時面對醫療體系的醫療選項也有很大落差。依據以上說明，顯示地區性醫療資源不平衡的實情下，法律保障病人自主權的條件因此產生限制，反應在「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」<sup>5</sup>的規範中，提供預立醫療照護諮商的醫療機構，可以分為直轄市、縣（市）政府指定，以及其他申請並經同意者，但諮商機構的條件與其組成預立醫療照護諮商團隊成員，卻因為醫院、診所是否具有特殊專長，或位於離島、山地或其他偏遠地區之地域性因素而不同，法律效力形成地域性限制。

### 三、立法歷程限制生命自主權

觀察立法歷程之核心，可以審視民主審議過程，對於共同議題的討論及溝通內容，得以正式列入立法公報中成為立法紀錄，不過在黨政協商折衝中，立法委員在院內所為之言論及表決，可以對院

---

<sup>5</sup> 衛生福利部，2018，〈提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法〉，全國法規資料庫，URL=<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020198>（2019/05/25 瀏覽）

外不負責任，是否會有失意見發表時正反的真實意涵。<sup>6</sup> 故以下將探討我國立法程序及病人自主權利法的立法歷程，來瞭解本法案之發展過程。

### （一）我國立法程序

我國立法院規範法律案的立法程序<sup>7</sup>，應經三讀程序議決，立法審議程序（如圖一）。首先是由行政院、司法院、考試院、監察院、立法委員及符合立法院組織法規定黨團提案。爾後再送程序委員會，編擬議事日程和審定付印，決定於院會審議法案的先後順序。接續立院院會完成一讀，並交付委員會審查或經出席委員提議，且二十人以上連署、附議或表決逕付二讀。



圖一 我國立法程序

在委員會審查議案時程中，可以邀請政府人員及社會關係人員列席徵詢說明事實或發表意見，以供委員參考；甚而依規定舉行公聽會，邀請正、反意見相當比例之政府人員及社會上有關係人員出席表達意見，彙整正反意見提出報告，送交立法院全體委員及出席

<sup>6</sup> 中華民國憲法明定立法委員在院內所為之言論及表決，對院外不負責任。《中華民國憲法》，1947，第六章 立法，第73條，URL=<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=A0000001>。（2019/05/25 瀏覽）

<sup>7</sup> 立法院，2018，〈立法院職權行使法〉，全國法規資料庫，URL=<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=A0020058>（2019/05/25 瀏覽）

者，作為審查特定議案參考。待議案審查完竣後，應就是否交由黨團協商，予以議決。二讀時將討論上述經委員會審查意見或原案要旨；如無重付審查或撤銷，進行逐條討論，但經院會同意，得不須討論，逕依審查意見處理。對於議案之深入討論、修正、重付審查、撤銷、撤回等，均是在第二讀會階段做成決議。

第三讀會應於第二讀會之下次會議行之，將議案全案付表決；但如有出席委員提議，15 人以上連署或附議，經表決通過，得於二讀後繼續三讀。第三讀會除發現議案內容有互相牴觸，或與憲法、其他法律相牴觸者外，祇得為文字修正。若委員對於法律案部分或全案決議有異議時，得依法於原案表決後，下次院會散會前，提出復議動議。復議動議經表決後，不得再為復議之動議。每屆立法委員任期屆滿時，尚未議決之法律議案，下屆不予繼續審議。最後，完成三讀法律案由立法院咨請總統公布並函送行政院，總統應於收到 10 日內公布，或依憲法增修條文第 3 條規定程序，由行政院移請立法院覆議。

在此冗長的立法程序中，建置討論提案之多種意見交流平台，期望匯集多元之看法來建立符合民眾需求之法案。檢視這樣的多元交流平台，預防法案偏頗與違和之立意良好。然而，平台中表現各式組織及學者的菁英成員等的見解，卻缺乏偏鄉、失能無法出門、無法使用資訊媒體的民眾的需求，僅能彰顯程序正義的精神。



本文由立法歷程比對病人自主權利法立法歷程，由相關論述者意見發現如下<sup>11</sup>：

**1. 偏重個別立法委員主導之法律案，如何關照構建全民自主權的保障機制？**

病人自主權利法之主提案為立法委員楊玉欣<sup>12</sup>，並於委員會議審查期間提出草案修正動議。楊委員亦擔任審查該法律議案之立法院第 8 屆第 8 會期社會福利及衛生環境委員會 104 年 9 月 23 日第 2 次全體委員會議<sup>13</sup>、104 年 10 月 7 日第 4 次全體委員會議<sup>14</sup>，以及進行四次<sup>15</sup>黨團協商會議之主席。

立法歷程多處可見楊委員之主導，依衛生福利部王司長宗曦舉出：「這個法案是楊委員的版本。」<sup>16</sup>司法院陳調辦事法官麗玲：「……前幾次會議，貴委員會並未通知司法院列席，直到楊委員召開協商會時才開始邀請我們與會。」<sup>17</sup>容或獲得多次肯認，卻也受到其他委員質疑之爭議。包括，蘇委員清泉於委員會議審查時，亦

---

<sup>11</sup> 本文引用立法歷程，將以標楷體字型呈現，擷取會議紀錄文本相關之內容，並輔以刪節號(…)省略較不相關之語詞。

<sup>12</sup> 「病人自主權利法草案」原提案人為立法院委員楊玉欣等 28 人。送立法院第 8 屆第 7 會期第 13 次會議議案關係文書(院總第 1155 號、委員提案第 17769 號)更正本為楊玉欣等 6 人提案，另 25 人連署，31 名立法委員分屬民主進步黨籍 3 人、親民黨 2 人，其餘 26 人均為與楊委員相同之中國國民黨籍。同註 3，院會紀錄 4243 號一冊 4-4 頁。

<sup>13</sup> 同註 3，委員會紀錄 4259 號 375-377、381-453 頁。

<sup>14</sup> 同註 3，委員會紀錄 4266 號 421-421、447-449 頁。

<sup>15</sup> 同註 3，黨團協商紀錄 4297 號五冊 249-257、259-276、277-290、291-336 頁。

<sup>16</sup> 同註 3，委員會紀錄 4259 號 439 頁。

<sup>17</sup> 同註 3，黨團協商紀錄 4297 號五冊 249 頁。

指出：「楊玉欣委員今天提到的病人自主權利法」於「法界」（法醫師）、「醫界」均「還沒有完全達到共識」，「對於我剛才提出的那幾條條文，還是持保留態度。」<sup>18</sup> 以上的資料均顯示，在本法案審查過程，多次及多位委員質疑該法案條文之公平公開的立場，並主張議案應先取得社會支持，以及醫界、法界及宗教界的共識，避免讓此法在未思考周延前即進入立法程序，將會產生急就章之違和，而導致法和實務場景的落差。<sup>19</sup>

再如徐委員少萍的質疑：「讓病人的自主權利一樣能夠保住？還是一定要單獨立法？」<sup>20</sup> 以及「在討論這個法的過程當中要非常的嚴謹，也不是那麼短時間就有結論，還要經過很多專家學者的討論。」<sup>21</sup>，意即是，徐委員雖亦贊成病人自主權的立法，卻覺得因為已是最後一個會期，關於期限限制及與醫療法，或安寧緩和醫療條例等法令之競合，質疑是否無需另立專法而可以，且基於對生命權的重視，主張應採嚴謹審慎態度，讓這個重要的「讓病人的自主權利」能真正符合民眾之需求。

期間亦有相關團體認為該法案思考未周全，陳委員節如亦表示：「其中有些細節確實存在爭議」，及「建議楊召集委員以本委員會的名義召開公聽會廣徵相關團體的意見。」<sup>22</sup> 亦即是，其請蘇委員清泉如未召開公聽會將持反對意見。對此，徐委員少萍更進一步

---

<sup>18</sup> 立法院，2015，〈立法院公報〉，第 104 卷第 60 期，委員會紀錄 4259 號 435 頁。  
URL=<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?00257FEB37350000000000000000000001E00000000500FFFFFD00^02536104121800^00034003001>. (2019/05/25 瀏覽)

<sup>19</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 392-393 頁。

<sup>20</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 400-401 頁。

<sup>21</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 401-402 頁。

<sup>22</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 434 頁。

指陳，雖然「楊委員非常用心」立法，但是其主張「法的推動，必須有行政院版本來對照本院委員的版本，否則總是讓人覺得不夠周延。」<sup>23</sup>「這樣一個新的法律，如果沒有院版，我們會無所適從。」<sup>23</sup>其用意希望經主管機關提出對照版本及召開公聽會，以進一步形成行政院版本的草案，提供立法院院會討論。

## 2. 偏重政策移植之法律規範內容，如何關照不同信仰或文化的生死決定觀？

病人自主權利法第三條名詞定義的立法說明<sup>24</sup>，「預立醫療決定」係來自美國病人自決法之 advance directives (AD)，並指明非醫師法之「指示」意思；「預立醫療照護諮商 (advance care Planning, ACP)」係參考香港食物及衛生局西元 2009 年頒佈之《在香港引入預設醫療指示概念諮詢文件》，並依立法意旨及實務需求訂定；「緩和醫療」(palliative care) 係依世界衛生組織定義，指照護罹患威脅生命疾病的病人 (with life threatening illness)，提升病人及其家屬的生活品質 (improves the quality of life of patients and their families)，照護對象並未限於「末期病人」，與《安寧緩和醫療條例》第三條第一款「安寧緩和醫療」之定義有別。

甚且病人自主權利法所要迴避的安樂死立法的爭議，經主管機關許次長銘能說明：「安樂死應該有它的定義，就是病人在平常的狀態下，用藥物或是額外的處置讓他結束生命。」並由楊委員玉欣附和：「這是世界醫學會和美國醫學會對於安樂死的定義，所以本

---

<sup>23</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 436 頁。

<sup>24</sup> 同註 3，院會紀錄 4297 號三冊 413-420 頁。

法不是這個，……所以這不是安樂死法案。」<sup>25</sup>

至於屬於病人自主權的拒絕醫療權、被告知之選擇權及醫療決策權，楊委員玉欣表示均落後美國、德國及澳洲。她說：<sup>26</sup>「美國在 1976 年經過最高法院判決，肯定病人有拒絕任何醫療的權利。……1990 年美國聯邦法院的判決，病人有拒絕醫療措施的權利」、「德國是 1994 年最高法院肯定沒有行為能力的病人有拒絕包括餵食、餵水等人工維生措施的自主權」。雖然緩和醫療條例有述明醫師有病情告知的義務，但是在立法以後，依然過度偏重醫療機構或醫師及關係人參與的告知模式<sup>27</sup>，以及限縮自主權的適用條件<sup>28</sup>，似乎又淪入如林美伶等 (2008) 所觀察到的「在臺灣的臨床中，病情告知過程常以家屬為解釋病情的主要對象」，<sup>29</sup>林佩玲 (2004) 亦指出，「身處華人社會，預立指示彷彿被詛咒即將死亡，人人唯恐避之不及」的現實。<sup>30</sup>在東西文化差異與關照生死的信仰不同，在醫療臨床的實踐上無法完全符應西方個人主義著重的自主原則，僅能存法法規保障的形式，病人自主權利卻依然如 Onora O'Neill 所擔憂的，「在醫療倫理裡訴求個人的獨立自主，其實只得到一個挑戰

<sup>25</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 400 頁。

<sup>26</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 400 頁。

<sup>27</sup> 病人自主權利法第五條，立法院，2019，〈病人自主權利法〉  
URL=<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?0^9818C0990C0C689918C081970C601A19D4810E0C621B99D4910C> (2019/05/25 瀏覽)

<sup>28</sup> 病人自主權利法第六條，立法院，2019，〈病人自主權利法〉  
URL=<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?0^9818C0990C0C689918C081970C601A19D4810E0C621B99D4910C> (2019/05/25 瀏覽)

<sup>29</sup> 林美伶、吳詠葳、黃美智，2008，〈由手術知情同意過程談華人社會文化對自主的意涵〉，《護理雜誌》第 55 卷第 5 期，頁 70。

<sup>30</sup> 林佩玲，鈕則誠（總校閱）、方俊凱、林佩玲、丁宥允等著，2004，〈預立指示〉，《醫學倫理學——華人應用哲學取向》。臺北市：華杏，頁 172。

權威的幻象而已，權威事實上還是不動如山。」<sup>31</sup>

### 3. 重黨團協商<sup>32</sup>的政治因素，如何關照國家法律權力對人民自主權利的限制？

本案進入二讀前先進行黨團協商，其與應先經廣泛討論，針對共識與正反爭議點提出可行對策後，才進行黨團協商的程序不一樣。而且黨團協商之後，即未實質對各條文予以廣泛討論及逐條討論，概以協商結論完成二讀及三讀，致使造成該法於正式施行後半年，即發現法律條文疏漏，需予以修正。於此，雖難以全部歸咎係為立法歷程中政黨多數席次強勢主導結果，卻無疑是受倉促立法的影響。

如田秋堇委員所言，審查議案歷經許多誤會及爭論<sup>33</sup>，必須進行協商（實際只有少數委員參與協商），偏重黨團協商的 political 因素，似乎強調先依黨團協商的過程來預先解決紛爭，卻反而呈現出隱性的黨團意識、專業、人性關懷及個人生死觀的競爭態勢。

本法案在委員會審查過程，依立法院會議紀錄實際僅有提案人楊玉欣（國）、田秋堇（民）、劉建國（民）及連署人徐少萍（國）、蘇清泉（國）及非提案連署知陳節如（民）、趙天麟（民）參與詢答表示意見外，其餘如紀錄載明，

<sup>31</sup> O. O'Neill, 2002, *Autonomy and trust in bioethics* (Cambridge: Cambridge University Press), P. 66. (2019/05/25 瀏覽)

<sup>32</sup> 中國國民黨 64 席、民主進步黨 40 席、親民黨 3 席、臺灣團結聯盟 3 席、無黨團結聯盟 1 席、民國黨 1 席（立法院總席次，原有 73 席單一選區，尚有 6 席原住民、及 34 席全國不分區，共計 113 席。）立法院，2015，〈第 8 屆 立法委員名單〉，URL=<https://www.ly.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=139> (2019/05/25 瀏覽)

<sup>33</sup> 同註 3，院會紀錄 4297 號三冊 42。5 頁

接下來登記發言的簡委員東明、蔣委員乃辛、吳委員育昇、邱委員文彥、賴委員振昌、陳委員亭妃、葉委員津鈴、黃委員昭順、李委員桐豪、陳委員明文、潘委員維剛、楊委員麗環、呂委員學樟、陳委員怡潔、劉委員權豪、薛委員凌、吳委員育仁、李委員應元、陳委員歐珀、吳委員秉叡及李委員昆澤均不在場。<sup>34</sup>

何況委員會議審查決議結果，原提案 20 條條文中除法律名稱、主管機關、施行細則及施行日外之實際內容通過之條文，僅有第四條（病人知情選擇決定權）、第五條（病人受告知權）、第十一條（健保卡註記）、第十二條（撤回與更正預立醫療指示）及第十五條（登載與保存義務）等五條條文修正通過，其餘均予保留<sup>35</sup>，均有賴於黨團協商結果。

黨團協商紀錄雖然有主持人楊玉欣委員外之分屬各黨團協商代表 16 人<sup>36</sup>簽名，惟經查對立法歷程紀錄僅有楊委員、田秋堇（協商代表）、蘇清泉（協商代表）、陳節如（非協商代表）等四名立法委員參與協商過程，可見黨團協商的形式意義無關實質協商結果，正如楊委員於政黨協商後的感謝與宣告：「謝謝各位的辛勞，希望可以很快地就能完成簽名」，「我們就可以趕快進行下一個程序並盡早完成。」「再一次表達感謝田委員全力的支持，也謝謝蘇委員及整個全聯會全力的支持」，「還要特別感謝黨團同仁、辦公室林炳欽律

---

<sup>34</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 428 頁

<sup>35</sup> 同註 3，院會紀錄 4297 號一冊 185 頁及第 12 次會議議案關係文書

<sup>36</sup> 同註 3，院會紀錄 4297 號三冊 412 頁

師對本案真的非常用心，謝謝。」<sup>37</sup> 整個協商過程僅有四位委員參與，經過徵詢黨團成員的簽名，即完成立法合議制度之程序，無疑是一種制度的謬誤，只是成就了一人的法、政黨的法，甚而是制度結構下形成特定團體的意志貫徹所創設的法。不過這個結果讓提案法案的孫效智 (2018) 指控成為「各種波濤洶湧的政治對立」、「立法院與社會雖瀰漫了各種政治動員的煙硝動盪」的「專業以外的其它因素干擾」造成「立法過程中有不少非理性的干預與妥協，導致現行條文中的瑕疵與問題」的「民主政治的必要之惡」<sup>38</sup>。整個協商過程確實草率，也欠缺多元族群的「異見」，難以成為為全民發聲的法案，無法落實公共意見產生共識的成效。

#### 4. 偏重專業人士參與的整合意見，如何關照醫療行為與醫病關係的權利與義務？

由立法歷程發現於凝聚立法法條內容的過程，其溝通參與意見者多為學界、醫界、協會…等社會專業菁英階層成員，顯現於溝過程的專業化意見與過度學術性的理想主義，而無法貼近及反映社會普羅大眾對於生與死觀點及文化制約，而且法規牽涉主要的利害關係人也無法平衡地在立法過程具有相對等的意見參與。

睽諸立法歷程的審議關係人包括蘇委員清泉所指稱的「社會是不是夠成熟了？社會是不是有共識了？醫界、法界及宗教界是不是有共識了？」<sup>39</sup>「我認為可以先通過沒有爭議的條文，而有意見的

---

<sup>37</sup> 同註 3，黨團協商紀錄 4297 號五冊 321 頁

<sup>38</sup> 孫效智，2018，〈自序〉，《最美的姿態說再見：病人自主權利法的內涵與實踐》，第一版，台北市：天下雜誌股份有限公司，頁 17-20

<sup>39</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 392-393 頁。

條文就保留送朝野協商，然後在協商時再召開公聽會。」<sup>40</sup>以及法律案主提案人楊委員解釋議案形成前已經過多方多次會議協商的參與者：「……在本辦公室召開的專家會議當中，每個專家意見都很多，所以我們大概召開 20 場以上的會議，邀集法界、醫界及各大醫學會交換意見。」「我們跟中華民國醫師公會全聯會的專家也開過 3、4 場會議，而且這禮拜天還到全聯會進行了 3 個小時的溝通、交流會議。」<sup>41</sup>以上皆顯露出溝通行動參與者的社會菁英特質，看似整合了多數意見，其實僅是匯集「在場」專業人士的意見，如何關照醫療行為與醫病關係的權利與義務？

雖然政府主管機關也配合於修法過程召開公聽會，並承諾於執行法律授權事項時，會多方徵詢意見，但亦難免侷限於專家討論，以專家的意見為主的現實。以衛福部王司長宗曦的說法：「這個法案是楊委員的版本」，「我們曾在 8 月召開一個公聽會，是由衛福部和學界、醫界一起討論。」<sup>42</sup>「在公告前我們會知會醫師公會、病友團體等相關團體，以確認……。」<sup>43</sup>「這其實是我們跟醫師公會建議的文字，即增列「其他經中央主管機關公告」的規定……。」<sup>44</sup>「我們可以找相關的醫師或醫療團隊來確認哪一些實證上的文字……。」<sup>45</sup>以上的立法院公報一一呈現偏重專業人士參與意見的痕跡，受忽視的聲音會不會是平時難以發聲，或是發聲無法上達天聽的庶民百姓。原本為保護百姓的立法程序，卻在程序正義中不

<sup>40</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 435 頁。

<sup>41</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 435 頁。

<sup>42</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 439 頁。

<sup>43</sup> 同註 3，黨團協商紀錄 4297 號五冊 265 頁。

<sup>44</sup> 同註 3，黨團協商紀錄 4297 號五冊 266 頁。

<sup>45</sup> 同註 3，黨團協商紀錄 4297 號五冊 266 頁。

保，那麼，誰能保障他們在醫療行為與醫病關係的權利與義務呢！

#### 5. 偏重立法完成的時效性，如何關照時間歷程的多元意見的平衡？

本法律由提案一讀到三讀通過，僅花費了約七個月時間，期間或有不同的意見，卻僅是透過少數委員與行政、司法官員的參與協商，便成為可以免除醫療機構或醫師在醫療義務行使的免責權，更賦予其得依專業或意願，不施行病人預立醫療決定的單方權力。至於在指定或申請成為預立醫療照護諮商機構、程序要件與成本<sup>46</sup>，形成預立或啟動醫療決定之條件限制，勢將造成對於居住於離島、山地或其他偏遠地區的人民，會遭受不同的醫療條件、不同照護諮商品質，或屢屢被強迫轉診的醫療照護結果。

誠如主管機關 104 年 10 月 7 日提出於立法院「病人自主權利法草案」公聽會書面報告之背景說明，目前我國就病人自主權及生命權利之保障，「已分別規定於醫療法、醫師法及安寧緩和醫療條例中」。該部對於本法案的推動，認為涉及醫療、倫理及法律，需要醫界、法界、病人三方形成足夠之共識及施行環境，本法案如何在病人生命權與醫師專業權間取得調和，更相形重要。而該部雖已委託臺北醫學大學進行的法規草案及法規影響相關評估，但是相關結果尚未產出以作為法案之參考。故陳委員節如質疑該評估報告尚未有結果，且直到該年 12 月 15 日之前才會有期中報告，建議等待報告完成再決定條文時，主席道出了立法急迫性的關鍵：「我們這

---

<sup>46</sup> 衛生福利部，2018，〈提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法〉，全國法規資料庫，URL=<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020198>。（2019/05/25 瀏覽）

個會期大概 12 月 15 日就會停會，因為我們有沒有機會在立法院都是未定之天，「我是比較希望，能夠拜託各位早一點」，「其實我們都已經知道，醫界最憂心的就是，這個免責怎麼把它定好，……。」<sup>47</sup>即在於能利用立法權力為醫療體系中可能造成的醫療糾紛解套。

雖然如徐委員少萍所稱，在最後一個會期，要三讀通過「在時間上真的是滿困難的。」<sup>48</sup>但是趕在這個會期通過的期望，卻也受到田委員秋堇的支持：「希望今天可以順利進入討論，並在這個會期完成立法的二、三讀。」<sup>49</sup>「我希望這個法能夠在這個會期趕快完成立法。」<sup>50</sup>畢竟急就章的法案欠缺周全思考，難以關照時間歷程的多元意見的平衡，而且公告至實施為期三年，無怪乎才實施半年即需修正條文。

#### 6. 偏重行政機關與各醫學會之賦權效果，如何關照病人自主與醫療機構的醫療道德平衡？

依現行法律條文，中央主管機關（衛生福利部）的應辦事項，包括訂定施行細則（第 18 條）；規範醫療機構應經病人或關係人同意，簽具同意書之侵入性檢查或治療態樣（第 6 條）；訂立預立醫療決定之內容、範圍及格式（第 8 條）；訂定提供預立醫療照護諮商之醫療機構之資格及應組成諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項之辦法（第 9 條）；應將預立醫療決定註記於全民健康保

---

<sup>47</sup> 同註 3，黨團協商紀錄 4297 號五冊 251 頁

<sup>48</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 401 頁

<sup>49</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 415 頁。

<sup>50</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 416 頁。

險憑證（第 12 條）；意願人之預立醫療決定，於全民健康保險憑證註記前，應先由醫療機構以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫（第 12 條）；公告變更預立醫療決定之程序（第 12 條）；受理意願人撤回或變更預立醫療決定、指定或終止委任或變更醫療委任代理人之更新註記（第 13 條）；以及公告除末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智患者外之病人其他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情形（第 14 條），作為醫療機構或醫師得依預立醫療決定終止、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之臨床條件。

在立法歷程的立法委員、行政機關及司法院、法務部代表的對話，主要賦予主管機關決定權，形成立法與行政權分立架構中，似乎偏向衛生福利部的意向與態度。當蘇委員清泉問及，預立醫療指示或撤回是否須經法院或公證人公證時，法務部未調辦事檢察官文宏認為：「這可能涉及立法政策的問題」，「在制度設計上，著重的應是如何確保預立的醫療指示符合病人本身的真意」，至於是否要參考民法中有關遺囑預立程序或是其他法規相關程序，「可能要請衛福部本於主管機關的權責。」<sup>51</sup>「我們尊重主管機關及委員的意見。」<sup>52</sup>「可能涉及到財產上的行為或法律上的行為……。我們還是尊重主管機關和委員的決定。」<sup>53</sup>

而司法院針對於醫療機構或醫師的免責，如該院出席人員表述：「對於行政責任，如果主管機關衛福部對於免責條款沒有意見

---

<sup>51</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 436 頁。

<sup>52</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 437 頁。

<sup>53</sup> 同註 18，委員會紀錄 4259 號 441 頁。

的話，司法院表示尊重」(陳調辦事法官麗玲)；<sup>54</sup>「應考慮當醫師決定不施行、終止或撤除維持生命治療程序時疏忽其注意義務而引發的道德風險，這部份亦需審慎評估，不過我們還是尊重主管機關的職權和大院最後的決定」(林調辦事法官海祥)。<sup>55</sup>意即是條文之定案尚須院會進行最後議定，才能定案公告暨實施。

而且參與討論的立法委員亦紛紛將立法權限中的決定權，部分讓與行政機關，顯露出只有立法理想，以及堅持自己設定的政治底線，是否真正關懷人民的生死決定權或善終的道德性，似乎也沒如此重要了。如蘇委員清泉坦言：「本席提出修正條文，規定『除有惡意或重大過失者外，不負賠償之責』已是再次的讓步，這已經是我們的底線了。」<sup>56</sup>其對於醫界能否免責條件的堅持，重於病人是否得到良好醫療照護，而將病人的疾病狀況等實際臨床情況授權給主管機關公告。

而針對立法委員提出質疑行政機關可公告事項與內容時，已如前述主管機關坦承，立法條文係與醫師公會討論決定，只會在公告前知會醫師公會、病友團體等相關團體確認。<sup>57</sup>既衡量賦權行政機關的法律完備度不足，卻又不信任主管機關之專業能力，兼顧意欲為立法品質把關的合議制基本形象。最終，於立法歷程後，只得訂立廣泛性的附帶決議，要求「衛生福利部應於本法通過後，針對第十四條第一項所列五款臨床條件」分別「強化各專科末期病人之判斷標準與程序」；「應由各相關醫學會建立具體判斷標準與程序」；

---

<sup>54</sup> 同註3，黨團協商紀錄 4297 號五冊 259 頁。

<sup>55</sup> 同註3，黨團協商紀錄 4297 號五冊 259 頁。

<sup>56</sup> 同註3，黨團協商紀錄 4297 號五冊 259 頁。

<sup>57</sup> 同註3，黨團協商紀錄 4297 號五冊 265-266 頁。

「衛生福利部應請各醫學會根據醫療專業與其所屬領域病人之臨床經驗，會同緩和醫療專業團隊，發展具體判斷參考程序。」<sup>58</sup> 最終我們了解偏重行政機關與各醫學會之賦權效果，難以達成關照病人自主與醫療機構的醫療道德平衡。

#### 四、結論

由病人自主權利法立法歷程發現，此法雖為少數的立法委員起心動念、透過具有專業知識社會菁英階層的理性經驗，可也凝聚了親近社會參與系統的少數人建構了初步病人自主權條例。不過，以國家治理為名義所建構，偏重個別立法委員主導、偏重政策移植、偏重黨團的政治協商、偏重專業人士意見、偏重議事效率的妥協，以及偏重授權行政機關等現象。儼然完成和為生命最後的尊嚴，然而，自然有無法完全容納生命自然法則的侷限性，更無法滿足人民如如何看待生與死的文化背景。

法規條文之有限性，受到立法目的以及實體規範的法律效力的約束，無法滿足人之適用，對於生命自主權的尊重旨意在阻卻醫療團體或醫師免除醫療行為責任的基礎，似乎無助於促發讓病人更強烈求生的意志與努力活著的勇氣，病人依然須獨自面對死亡的必然結果。

本文主張生死無有窮盡人的智慧可能窮盡關照可能或可以預測，自然應回歸於自然，而牽涉制定國家法律以規範行政機關作為、賦予司法機關對於醫病關係的判定標準，可以保障人有選擇自

---

<sup>58</sup> 同註 3，院會紀錄 4297 號三冊 425 頁

然死的權利，兼顧醫療行為的義務責任及平衡醫病關係的假定，自始是為解決特定的社會問題，對於生命自主權依然有諸多限制。

## 參考書目

總統府，2016，《總統府公報》第 7227 號，41-47 頁，

URL=<https://www.president.gov.tw/Page/294/44534> (2019/05/25 瀏覽)

陳怡如，2011，〈法律的意義、法源、種類及效力〉，陳怡如 Eunice Yi-Ju Chen 的教學網站，

URL=<https://blog.xuite.net/jyfd/blog/50555076> (2019/05/25 瀏覽)

立法院，2015，〈立法院公報〉，104 卷 98 期，第 104 卷第 98 期，黨團協商紀錄，4297 號五冊 251 頁。

URL=<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?00257FEB37350000000000000001E00000000500FFFFFD00^02536104121800^00034003001>. (2019/05/25 瀏覽)

衛生福利部，2018，〈提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法〉，全國法規資料庫，

URL=<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020198> (2019/05/25 瀏覽)

《中華民國憲法》，1947，第六章立法，第 73 條，

URL=<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=A0000001>. (2019/05/25 瀏覽)

立法院，2018，〈立法院職權行使法〉，全國法規資料庫，

URL=<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=A0020058> (2019/05/25 瀏覽)

立法院，2019，〈病人自主權利法/立法歷程〉，立法院法律系統，

URL= <https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?001244A597320000000000000001E000000005000000^02536108052400^00034003001>  
1. (2019/05/25 瀏覽)

病人自主權利法，立法院，2019，〈病人自主權利法〉

URL=<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?0^9818C0990C0C689918C081970C601A19D4810E0C621B99D4910C> (2019/05/25 瀏覽)

林美伶、吳詠葳、黃美智，2008，〈由手術知情同意過程談華人社會文化對自主的意涵〉，《護理雜誌》第 55 卷第 5 期，頁 70。

林佩玲、鈕則誠（總校閱）、方俊凱、林佩玲、丁宥允等著，2004，〈預立指示〉，《醫學倫理學——華人應用哲學取向》。臺北市：華杏，頁 172，O'Neill, 2002, *Autonomy and trust in bioethics* (Cambridge: Cambridge University Press), P. 66. (2019/05/25 瀏覽)

立法院，2015，〈第 8 屆立法委員名單〉，

URL=<https://www.ly.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=139>  
(2019/05/25 瀏覽)

孫效智，2018，〈自序〉，《最美的姿態說再見：病人自主權利法的內涵與實踐》，第一版，台北市：天下雜誌股份有限公司，頁 17-20。

衛生福利部，2018，〈提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法〉，全國法規資料庫，

URL=<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020198>. (2019/05/25 瀏覽)