



病人自主權利法修法芻議

孫效智*

摘要

《病人自主權利法》從2015年12月18日立法院三讀通過，經2016年1月6日公布，到2019年1月6日生效施行，筆者參與並統籌了本法立法暨相關子法擬定的艱辛過程。過程中有許多政治性或非理性的妥協，這一點在民主國家實不足為奇，不過，《病人自主權利法》已經施行1年多了，也許是時候回過頭來好好檢視哪些地方值得修正與調整，俾《病人自主權利法》的施行更符合病人與社會的需要。

《病人自主權利法》施行後，2019年5月有了第一次的修法，亦即第15條的修正。然而，綜觀《病人自主權利法》本身、《病人自主權利法施行細則》以及相關配套措施，仍有許多值得精進之處，本文之作正是希望彙整相關問題，加以討論分析，並提出調整修正之建議。

由於《病人自主權利法》以第7條為分水嶺，前半部規範病人自主權之基本原則，後半部則規範特殊拒絕醫療權之作法與機制，本文亦區分此兩部分以探討《病人自主權利法》的精進與修法建議。

關鍵詞：輔助原則、特殊拒絕權、預立醫療照護諮商、預立醫療決定、醫療委任代理人

* 孫效智：國立臺灣大學哲學系教授
投稿日期：2020年5月2日；採用日期：2020年6月15日

壹、引言

《病人自主權利法》（以下簡稱《病主法》）從2015年12月18日立法院三讀通過，經2016年1月6日公布，到2019年1月6日生效施行，筆者參與並統籌了本法立法暨相關子法擬定的艱辛過程，¹過程中有許多政治性或非理性的妥協。²《病主法》已經施行1年多，學術界也有不少討論，³也許現在可以回過頭來好好檢視，看哪些地方值得修正與調整，俾《病主法》的施行更符合病人與社會的需要。

《病主法》施行後，2019年5月有了第一次的修法，亦即第15條的修正，該次修法要求醫療機構或醫師在執行預立醫療決定（advance decision, AD）前應向所有仍具意思能力的病人詢問並確認其當下意願，讓病人自主權得到更周延的保障。⁴不過，

¹ 在立法過程中，筆者協助楊玉欣立法委員辦公室提出草案，並經各種公聽會、座談會及與各醫學會、刑民學者對話交流而至三讀通過。通過立法後並受衛生福利部（以下簡稱衛福部）委託，協助臺北市立聯合醫院總院長黃勝堅召集各領域專家研擬子法及相關配套措施。這個過程雖然艱辛，但也是一個非常豐富的成長之旅以及與好伙伴們一起努力實現理想的歷程，值得感恩以為誌。

² 外部學者不一定能察覺得到立法過程中的妥協，但若仔細比較原始法案與通過之《病主法》之間的異同，仍能窺知一二，例如，陳鈺雄（2018，頁24）在探討醫療委任代理人之定位與功能時，他了解醫療委任代理人定義在原始草案與現行法之間是有差別的，因此指出立法過程中一定有限縮醫療委任代理人權限的聲音。他的這個分析是正確的。

³ 兩位初審委員建議筆者多參考並檢視近年來有關《病主法》的文獻。事實上，筆者從立法過程到這兩年的出版，均參考了許多國內外的文獻（孫效智，2018，2019）。本文可說是綜整了過去幾年各種討論的精華而有的重要結論，但限於篇幅無法在本文內一一重複進行相關討論。筆者對於近年來有關《病主法》研究的文獻探討中，重要的醫法學者如楊秀儀、雷文玫、王志嘉與蔡甫昌等人的思想均有所涉獵，法界的學者如甘添貴、陳子平、王皇玉、陳聰富、許澤天、鄭逸哲、張麗卿等人的相關論文亦皆有所對話。基於對審查者之尊重，本文增加若干與最新文獻之交流討論。

⁴ 《病主法》第15條的立法目的是希望在AD執行前，能詢問有意识能力之意願人之當下意願，以確保其真的願意醫療團隊協助其執行AD。執行AD很可能意味著要透過終止、撤除或不施行「維持生命治療」或「人工營養及流體餵養」來結束「賴活不如好死」的生命，因此需要格外慎重，以確保這是當事人的真實意願。修法之所以必要是因為立法通過的版本只有考慮到《病主法》第14條第1項第5款的病人有可能有意识能力，卻忽略了第1款的末期病人也有可能符合末期這個臨床條件時仍有意識能力。爰此，邱泰源立法委員於2019年5月提案修正，讓所有符合執行AD臨床條件且有意識能力的病人，皆有機會在執行前做當下意思之表達。（請參閱：立法院，2019，頁258-263）

綜觀《病主法》本身、《病人自主權利法施行細則》（以下簡稱《施行細則》）及相關配套措施，仍有許多值得精進之處，本文之作正是希望彙整相關問題，加以討論分析，並提出調整修正之建議。

由於《病主法》以第7條為分水嶺，前半部規範病人自主權之基本原則，後半部則規範特殊拒絕醫療權之作法與機制，本文亦區分此兩部分以探討《病主法》的精進與修法建議。

貳、病人自主權基本原則的強化與問題釐清

《病主法》第4條第1項清楚揭示病人自主權即為病人知情、選擇與決定的權利。至於病人的關係人則不得隨意侵犯病人自主權（《病主法》第4條第2項），但在輔助原則（principle of subsidiarity）的意義下擁有輔助病人知情（《病主法》第5條第1項）及選擇與決定醫療選項的權利。⁵

一、病人知情權與隱私權之強化

關於病人知情權，在《病主法》第4條的基礎上，第5條進一步規範，病人乃知情之主體，無論病人處在何種行為能力或心智能力態樣都擁有知情權。不過，第5條第1項後半部的「病人未明示反對時，亦得告知其關係人」一語卻可能引發「未及明示前，是否就可以告知關係人」之疑慮，因此，廖建瑜（2019，頁44）建議將「病人未明示反對時」修正為「經病人同意後」，以消除在未經清楚授權情形下病人之病情隱私有可能遭到侵犯的疑慮，筆者同意此一看法。

當然，這項修法建議雖然強化了法律對病人知情權及隱私權的保護，但在臨床實務上也必須更加注意，人不僅是自主的個體，也是相互依存的关系性存在，特別是在重大疾病的脈絡中，要實現生死兩無憾，就必須考慮家人的角色。關係性存在既符合我國國情，也符合當前倫理思潮不再獨尊個人主義式自主，並開始強調相互依存的趨

⁵ 《病主法》第6條雖未凸顯關係人選擇與決定醫療選項的輔助性，但《施行細則》第5條補足了這個缺憾，讓關係人隨著病人行為能力與意思能力之態樣而有不同程度之輔助性選擇與決定權（同意權）。

勢。關於隱瞞病情，傳統上雖然很多時候是家人聯合醫師對病人隱瞞病情，但也不乏有些病人怕家人知道病情後會承受不住打擊，因此幾乎一直堅持到死前都不讓家人知道。然而紙包不住火，等到親近的家人終於知道真相，彼此之間已失去相互陪伴及四道人生的機會，很容易導致生死皆有憾的結果。總之，《病主法》在保障病人自主權的同時，應在實務上考慮病人與家人的密切關係以及重病狀況下彼此的相互依存性，以促進重要他者知情及家庭共融為目標。

二、關係人輔助同意權之釐清

《病主法》中的關係人指的是病人的法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人。《病主法》第4條第2項明文禁止關係人干涉病人之選擇與決定權，具體而言，當醫療機構依病人意願採行特定醫療作為時，關係人不得妨礙之。這個規定可以稱為「病人優先決定原則」。

談到原則，幾乎任何原則都有例外。從人性與法理上來看，病人優先決定原則應允許兩種例外：其一，當病人未成年或心智能力有所缺陷時，基於輔助原則，應允許關係人介入以發揮輔助性選擇與決定醫療選項的權利，以達保護病人之目的（孫效智，2018，頁70），這個例外的落實展現在《施行細則》第5條；另一種例外是當《病主法》第4條第2項與其他法律發生競合關係時，有可能優先適用其他法律，特別是當前者可被視為普通法，而後者為特別法時，其理由如下：《病主法》第4條第2項可被看成是針對所有關係人所建構的以病人為優先之普通法原則性規定，但當特定醫療作為不只影響到病人，也影響特定關係人權益時，其他法律則會針對特定關係人進行特別法之例外規定，此時，其他法律做為特別法之例外規定就能凌越《病主法》第4條第2項之普通法規定。《優生保健法》第三章關於人工流產及結紮手術的規定就是典型的例子。由於這兩項手術不只影響到病人，也影響到特定關係人如配偶之權益，因此，該法第9條第2項及第10條第1項特別保障配偶之手術同意權（孫效智，2018，頁71），這個保障不應因《病主法》第4條第2項之「病人優先決定原則」而被取消。⁶

⁶ 廖建瑜認為從病人自主決定的規範來看，《病主法》既是新法亦是特別法。然而，筆者認為，《病主法》固然是新法，但就病人自主決定而言，《病主法》第4條第2項比較像是普

不過，這個特別法優先適用的例外在《病主法》相關子法裡並沒有得到應有的注意，子法的專家團隊曾考慮到這個問題，但正式版本之《施行細則》中卻沒有相關文字，建議在《施行細則》第3條增加以下文字：「針對本法第四條第二項之規定，其他法律對醫療選項之同意有特別之規定者，從其規定。」

此外，《施行細則》第3條的第一句話只保障法定代理人在病人無行為能力或限制行為能力態樣下的輔助同意權，卻忽略了不限法定代理人的其他關係人在輔助原則意義下也有輔助同意權。再者，關係人應具輔助同意權的情形也不侷限在病人為無行為能力或限制行為能力的情形，還應包含心智能力有所不足的態樣，例如一時或永久缺乏意思能力或意思能力顯有不足的情形。事實上，《施行細則》第5條已確保了所有關係人（不限法定代理人）在輔助原則下都有輔助各種行為能力或心智能力不足態樣下，病人進行手術或其他侵入性檢查之同意權，因此，《施行細則》第3條第一句話可以說是多餘的，建議刪除。至於《施行細則》同條第二句話涉及AD之問題，將在下節進行討論。

參、病人特殊拒絕醫療權之相關修法建議

病人的選擇與決定權表現在接受或拒絕醫療的權利。按筆者觀點，拒絕醫療權可以區分為「一般拒絕權」與「特殊拒絕權」，前者不涉及生死，或者更精確地說，前者預設的是病人求醫問診的一般情形，亦即希望求生避死，追求疾病治療或治癒的情形。此時，病人如果拒絕醫療，他並不是要拒絕所有的醫療，而只是要拒絕特定醫療，理由不是因為他不想活了，而是因為醫療費用或副作用等其他方面的考量。這種拒絕醫療權稱為「一般拒絕權」，至於「特殊拒絕權」則是涉及生死的拒絕醫療權，病人想要拒絕的不是特定的醫療選項，而是所有攸關治病或延長生命的醫療措施，換

通法，不像《優生保健法》是針對人工流產或結紮手術等特別之醫療干預所進行之特別法規範。廖建瑜進一步主張《病主法》規定應超越《優生保健法》，不過，筆者認為此事茲事體大，需經過一嚴謹的討論過程來定奪，在社會還沒有共識之前，不宜貿然因為《病主法》的施行而取消其他法律賦予關係人之醫療決策參與權。（請參閱：廖建瑜，2019，頁45-47）

言之，病人不想再透過維持生命的各種醫療干預或營養供給來苟延殘喘「賴活不如好死」的生命（孫效智，2018，頁41-43）。⁷

一、「全部或一部」的文義解釋問題

由於特殊拒絕權的行使涉及人的生死，與傳統上國家或醫護人員保護生命的義務相衝突，為了在兩者之間尋求平衡，更因為生死大事需要謹慎，《病主法》透過AD的簽署來保障或規範病人的特殊拒絕權行使（《病主法》第8條），國際上亦皆採取類似作法。依此，簽署AD的目的不是為了行使一般拒絕權，而是為了行使特殊拒絕權。病人要行使一般拒絕權，不需要動用到《病主法》，早在《病主法》立法之前，即可透過《醫療法》第63、64條來行使手術或侵入性檢查與治療等重大醫療干預之醫療同意或拒絕權。當然，《醫療法》保障的並不只是病人的同意或拒絕權，而是較籠統的病方同意或拒絕權，不過，這個不完全以病人為優先的缺失已透過《病主法》第6條加上《施行細則》第5條而得到修正（孫效智，2018，頁69-70）。總之，要行使一般拒絕權，病人可以透過《醫療法》第63、64條或《病主法》第6條來行使；要行使特殊拒絕權則透過《病主法》第8條的AD來進行。

然而，《病主法》在立法過程中的一個妥協導致AD設置宗旨遭到誤解。這個妥協就是「維持生命治療」（life-sustaining treatment, LST）與「人工營養及流體餵養」（artificial nutrition and hydration, ANH）被脫勾成兩個不同的概念。照理說，ANH應屬於LST的一個部分，正如《病主法》原始草案所定義的，LST是包含ANH在內的任

⁷ 匿名審查者之一認為「特殊拒絕權」一詞僅為筆者之主張，並無其他法律或學術文獻之基礎。這個觀點是可以接受的。一般拒絕權與特殊拒絕權確實是筆者所提出之區分，而這個區分也的確沒有成文法或學術文獻的基礎。不過，這並不等於這個區分是沒有價值的。筆者之所以提出這個區分，目的在於方便討論，避免把不同的問題混為一談。舉例而言，在一般情境下，一個人拒絕打流感疫苗，法律不會要求醫師去檢視病人的意願是否為神智清楚的自主決定，病人不要的，醫師就不能強迫給他。但若病人要求的是拒絕維持生命治療，亦即此一拒絕會導致病人死亡，那麼，評估病人的心智狀態以及評估此時醫師是否仍有法定救治義務就變成重要的課題。一般拒絕權沒有涉及什麼法益衝突，特殊拒絕權則涉及自主法益與生命法益之衝突，應格外謹慎處理，而這正是此一區分的目的。

何有可能延長病人生命的必要醫療及照護措施，⁸不過，後來因為某些人的堅持，LST與ANH在《病主法》現行版本中被脫勾為兩個不同的概念。⁹

既然如此，立法者只好借用《安寧緩和醫療條例》（以下簡稱《安寧條例》）第二次修法後的第3條第4款的「全部或一部」一詞，來表達病人可以選擇接受或拒絕LST與ANH的「全部」（亦即同時接受LST與ANH或同時拒絕LST與ANH）或「一部」（亦即只接受LST但拒絕ANH；或者反過來，只拒絕LST但接受ANH）。在這樣的理解下，「一部」並非指LST中的特定醫療選項或ANH中的特定營養供給方式，而是指LST本身或ANH本身。然而，在《病主法》準備施行的過程中，很多人並不了解立法過程中的妥協及妥協後版本的文義解釋，於是將「一部」理解為LST或ANH各自內部的特定選項。衛福部還特別為此出具函釋（衛部醫字第1080015522A號函，2019年6月3日）來允許意願人在AD中加註個別醫療照護選項，¹⁰導致AD不再只是行使特殊拒絕權的法定管道，也成為行使一般拒絕權的另一途徑。

然而，正如前文所解釋的，行使一般拒絕權並不需要透過AD。使用AD來行使一般拒絕權不僅是不必要的疊床架屋，而且還會引起其他問題。首先，簽署AD的時機可以是在健康時期的未雨綢繆，也能是在罹患重大疾病後的意願表達。以前者言，意願人根本還沒有生病，不可能預料得到自己以後會處在怎樣的臨床態樣以及想要或不要怎樣的個別醫療選項，允許這樣的意願人在AD中表達對特定醫療選項的取捨或好惡，似乎既沒有意義，也不太可行。

其次，雖然重症病患可能較清楚知道自己對於個別醫療選項有怎樣的取捨或好惡，然而，如果病人選擇接受某些並拒絕另一些醫療選項，那麼，這個權利正是所謂

⁸ 請參閱立法院第8屆第7會期第13次會議議案關係文書，《病主法》原草案第3條第3款。

⁹ ANH是否屬於LST，在國外受到許多討論。醫界絕大多數意見認為，ANH需要插管及規律性的專業護理，故屬於醫療行為；天主教則持不同意見，而且天主教很可能是極少數對此有不同意見的團體。天主教堅持ANH是一種基本照顧，而非醫療行為。筆者並不認同此一觀點，在原始草案中也將ANH定義為LST的一部分。不過，立法過程中，不知出於什麼原因，有人堅持將兩者脫勾，遂形成《病主法》現行條文裡兩者分開定義的情形（《病主法》第3條第1款與第2款）。相關討論請參考孫效智（2015，頁32，2018，頁91）。

¹⁰ 「醫療照護選項」是衛福部公告之預立醫療決定書法定格式中的用語，指有關LST或ANH的個別選項。

的一般拒絕權，而非拒絕所有醫療選項的特殊拒絕權。既然如此，他可以透過《病主法》第6條、《醫療法》第63條或第64條來進行選擇，又何必透過AD？更何況，AD是一種事先寫好且程序複雜的文件，個別醫療選項則是在醫療過程中隨病情發展具高度動態性，且是由醫師主動提出者（《病主法》第4條第1項），病人應該在醫療過程中進行選擇，而非事先就固定地寫在AD中。

按照衛福部公布的預立醫療決定書格式，AD的主要選項包含了要接受LST或ANH，或者要拒絕LST或ANH。前者可以說就是一種「一路救到掛」的選項，後者則代表意願人要行使特殊拒絕權，亦即他要拒絕維持生命的所有醫療干預或營養供給。¹¹大部分人簽署AD的目的應該是為了行使特殊拒絕權，而非為了表明「一路救到掛」的意願。這是因為，「一路救到掛」是醫療現場的預設，即使病人沒有清楚表明希望被「一路救到掛」，只要他沒有清楚表明要行使特殊拒絕權，就會被「一路救到掛」。因此，在AD中表明希望被「一路救到掛」的意願是有些多餘的。¹²更何況，即使意願人簽署了「一路救到掛」的AD，也不表示醫師就可以不管他對於個別醫療選項的看法而逕行治療。相反地，面對想要「一路救到掛」的病人，醫師必須按照《醫療法》第63條或第64條的規定，詢問病人或其關係人對於個別醫療選項的意願，而不是說，既然他已經在AD中選擇「一路救到掛」了，就可以不管病方對於個別醫療選項的意願而去施行醫療方認為任何能救病人的醫療手段。

總之，在AD中表達「一路救到掛」的意願不能免除病人在醫療過程中仍必須針對特定醫療選項進行選擇。至於在AD中表達對個別醫療選項的意願，臨床上恐怕不太實際。AD的設計宗旨主要是讓病人針對特定臨床條件下對於LST或ANH之整體是否接受或拒絕的選擇，而非讓病人針對個別的醫療選項或營養供給方式進行選擇。

從以上討論來看，由於「全部或一部」容易引人誤會，因此建議將《病主法》第

¹¹ 在衛福部公布之預立醫療決定書格式中，意願人針對不同臨床條件的醫療照護方式（LST或ANH）可以有四種醫療照護意願的選擇，除了正文提到的兩種選擇外，另外兩種選擇分別是「限時嘗試」（time-limited trial）及「空白授權」醫療委任代理人代做決定。

¹² AD中選擇「一路救到掛」，亦即選擇要接受LST與ANH，或許也有一個好處，那就是病人一旦失去意識，家人或醫療委任代理人對於何時要停止LST及ANH也不必有什麼懸念。按照醫療常規，這樣的病人將持續得到LST與ANH，直到醫師認為已走到生命盡頭為止。

8條第2項中的「全部或一部」改為「意願」兩字，《病主法》第14條第1、5項的「全部或一部」則予以刪除。此外，由於衛部醫字第1080015522A號函似乎混淆了AD的這個目的，也與《醫療法》第63、64條的規範疊床架屋，再加上在預立醫療決定書的法定格式之上外加個別醫療照護選項的註記有著種種的不恰當，建議撤銷該函釋，另為適當之法令解釋。

二、預立醫療照護諮商參與者宜有更多元彈性之規定

預立醫療照護諮商（advance care planning, ACP）的主要目的是為了讓準備簽署AD的意願人及其重要他者（關係人）了解，《病主法》賦予病人怎樣的特殊拒絕權，以及行使這項權利的條件與方式。另一方面，ACP也讓參與者在更廣泛的意義上認知到，病人有怎樣的自主權利；在醫病關係中，關係人有怎樣的角​​色與界線。正如醫病之間應以共融決策（shared decision making, SDM）為理想，ACP的制度設計也提供意願人與其家人之間一種共融諮商的機會，讓他們能進行一場有關生死價值觀的共融交流。¹³

《病主法》在第9條第2項規範了「應」參與及「得」參與ACP的人員。這個規定的立意是好的，一方面來說，要生死兩無憾，就必須讓一家人有好的溝通與共識；另一方面，前文已提到，當代的西方倫理思潮與死亡教育逐漸意識到人是相互依存的存在，因此，人的自主不應是一種個人主義式的自主，而該是一種關係性的自主。在《病主法》之前的《安寧條例》時期，病人的自主意願難以貫徹的原因往往是因為家屬過於強勢，對病人隱瞞病情，不讓病人簽署意願書或不認同病人簽署的意願書。為了避免這些困境，《病主法》強化了對病人自主權利的保障，不過，家人扮演的角色仍不應被忽略。因此，《病主法》透過ACP的機制，來讓意願人與家人之間進行共融交流，讓全家人有機會及早建立彼此陪伴與相互支持的共識。

¹³ 依《病主法》，ACP是意願人簽署AD之前必經的法定程序，其幫助意願人充分知情之後能夠行使特殊拒絕權，達成善終目的。然而，ACP目前未得到政府經費挹注，須由意願人自費負擔且最高可能支付至3,500元，此情況形同提高AD簽署門檻，導致民眾卻步。筆者主張，政府應以健保預算給付民眾免費做ACP，以落實《病主法》對全民之基本保障，並能節省國家醫療資源過度消耗之情形。

然而，《病主法》關於ACP參與者的現行規定，有三個地方值得斟酌，茲分別討論如下：

（一）配偶是否屬於二親等內親屬之疑義

按《病主法》現行規定，除意願人外，二親等內之親屬至少一人應參與ACP。這個規定乍看之下沒有什麼問題，但法學者卻認為裡面涉及一個《民法》上的爭議，亦即「配偶算不算是二親等內親屬」的問題。從某種角度來看，這個問題對於不熟悉《民法》的人而言可能感到很奇怪，大概想都沒有想過。在立法過程中，也從未聽聞哪一方代表提出過這樣的問題。從常理來看，一般人即使無法清楚指出配偶的親等，但大概不可能會否定配偶是本人之親屬，而且是本人至為親密的親屬（另一半）。因此，主張立法者在立法過程中意識到這個《民法》爭議且刻意將配偶排除是非常悖理的，而且完全沒有事實根據。¹⁴

確實，《民法》學者對於配偶是否為親屬這個問題有著極為不同的見解，有人認為配偶不是親屬，因為親屬只包含血親與姻親，配偶既非血親，也非姻親，故不是親屬；也有人主張，配偶當然包括在親屬中（請參閱：侯英鈴，2020，頁126-127；高鳳仙，2017，頁9；陳棋炎、黃宗樂、郭振恭，2014，頁35；戴炎輝、戴東雄、戴瑀如，2014，頁24）。從哲學角度來看，這些爭議很可能只是名詞與定義之爭，大家對於「親屬」一詞有著不同的界定，才會出現各說各話的情形。從某種角度言，配偶（另一半）難道不比一親等還要親？說配偶不是親屬，寧不怪哉？除非在定義上就先認定親屬只包含己身以外的血親與姻親，那麼，配偶既非血親，又非姻親，自然就

¹⁴ 2018年11月17日在一場「病人自主權利法施行後對急重症醫療的衝擊研討會」上，醫法學者討論到這個問題時，少數人主張，《病主法》的規定刻意排除了配偶，因此，若只有配偶到場，但沒有其他親屬時，將不符合ACP之法定要件。不過，這個看法可能扭曲了立法者的原意。從實務上來看，《病主法》第9條第2項最後一句話也提到了二親等內親屬得不參與ACP的但書，而《提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法》（以下簡稱《ACP管理辦法》）第8條則以非常寬鬆的方式對該但書做出了補充規定，亦即，考量現代社會家庭關係的多元樣態，意願人只要提出書面說明二親等內親屬無法到場的事由即可。總之，「只有配偶參與，卻無二親等內親屬至少一人參與，不符合ACP的法定要件」是很成問題的主張。

不屬於親屬。不過，從另一個角度來看，姻親與血親似乎都因為配偶而產生，沒有配偶，哪來的姻親？又哪來的直系卑親屬？因此，把配偶排除在親屬以外，很不合理。事實上，從親等角度言，無論血親或姻親都是從己身以外之人開始計算親等，由於配偶不被當成是己身以外之人，因此可以說是與本人在同一位階的「零親等」，這也是配偶為何比一親等還要親的緣故。由是以觀，說配偶在二親等內是說得通的。當然，如果不接受「零親等」這個概念，那麼，配偶就不在任何親等範圍內，但這並不等於說，配偶不屬於親屬的範圍。

回到法理面。前已提及，立法者在提出「二親等內之親屬至少一人」時並無排除配偶之意識，從法規實務面來看，《安寧條例》第7條第4項認定「配偶」屬於「最近親屬」，衛福部針對《司法院釋字第七四八號解釋施行法》通過後所做的衛部醫字第1081668480號函也預設配偶是最近親屬。¹⁵依此，無論從立法精神或從現行法規的角度來看，在文義解釋上主張「二親等內之親屬至少一人」排除配偶是錯謬而且不合人情的主張。¹⁶不過，為了避免爭議，修法時或可考慮再將「配偶」概念納入（詳見頁12「（三）只有親屬得參與預立醫療照護諮商嗎？」）。

（二）意願人必須指定醫療委任代理人嗎？

從常理來看，這個標題中的問題似乎有一點奇怪，指定醫療委任代理人應該是意願人的一種權利，怎麼會變成是一種義務呢？這是因為不少醫界人士認為，《病主法》第9條第2項既然規定醫療委任代理人應參與ACP，那麼，醫療委任代理人的參與似乎就成了ACP有效的法定要件，其結果是，意願人必須指定醫療委任代理人。這個觀點似是而非，有必要加以釐清。

從法理來看，指定醫療委任代理人確屬意願人的權利，而非義務。國外亦無任何

¹⁵ 衛部醫字第1081668480號函中明文揭示：「有關同婚配偶之二親等姻親之規定，『同婚配偶方之血親及其配偶』屬病人自主權利法第9條第2項規定所稱二親等之親屬範圍。」由此可見，衛福部預設配偶包含在「親屬」的範圍中。

¹⁶ 許文章、楊君宜與黃勝堅（2020，頁5）也主張，基於《病主法》對二親等內親屬參與ACP之立法目的，舉輕明重，配偶理應等同二親等內親屬而可適用。

國家有強制意願人指定醫療委任代理人的法例。從邏輯角度來看，意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人固然是應該參與ACP的成員，但這並不意味著，意願人可以無中生有地生出二親等內之親屬來，或者他必須指定醫療委任代理人，以滿足ACP對參與者的法定要求。正如同當意願人沒有二親等內之親屬時，法律不能強人所難；同樣地，如果在法理上指定醫療委任代理人是一種權利而非義務，那就不應該強制意願人指定醫療委任代理人來參與ACP。當然，醫界及法界人士之所以有此疑慮可能是因為《病主法》第9條第2項最後一句話有談到二親等內親屬得不參與之但書，卻沒有談到意願人無指定醫療委任代理人時之但書，而讓大家以為醫療委任代理人參與ACP是沒有但書的。不過，這個推論將導致不合情理的結論，並不足取。

為釐清此問題，筆者在2017年1月5日協助邱泰源立法委員在立法院召開衛福部、法務部及司法院的跨單位會議，正式決議醫療委任代理人之指定是意願人的權利，而非義務。當意願人在參與ACP前已指定醫療委任代理人時，其醫療委任代理人應參與ACP；若無指定，則不應強迫意願人指定。不過，這項決議並沒有反映在後來的相關子法或函釋中。為避免爭議，建議在《病主法》第9條第2項最後一句話中增加醫療委任代理人參與ACP之但書規定（詳見下段）。

（三）只有親屬得參與預立醫療照護諮商嗎？

《病主法》第9條第2項第二句話規定，「經意願人同意之親屬亦得參與」。這個規定一方面讓不限親等的所有親屬皆得參與ACP，但另一方面卻排除了親屬以外的其他關係人之參與。為擴大得參與ACP的人員範圍，建議將上述規定中的「親屬」改為《病主法》第4條第2項所羅列之「關係人」。

綜合上述討論，由於第9條第2項第一句話規範應參與ACP之人員，第二句話規範得參與者，第三句話規範應參與者之但書，建議將該項修正為：「意願人、配偶或二親等內之親屬至少一人、醫療委任代理人，應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之關係人亦得參與。但無醫療委任代理人或二親等內之親屬死亡、失蹤或

具特殊事由時，不在此限。」¹⁷

三、醫療委任代理人資格與權責相關議題

(一) 醫療委任代理人之消極資格限制

《病主法》第10條第2項規定哪些人不得為醫療委任代理人，這個規定是原始草案所無，但在立法過程中因為妥協而新增的規定。規定背後的想法是為了避免道德風險，不讓那些能從意願人死亡中獲利的人擔任其醫療委任代理人。按照這樣的理念，原本連繼承人都不能擔任醫療委任代理人，幸虧經過爭取，保留了繼承人不被排除的空間。

考慮道德風險而讓某些人不能被意願人指定為醫療委任代理人的想法有很多問題。首先，其背後事實上就是一種不信任意願人，限制其自主意願的大家長主義思想。意願人希望指定誰擔任其醫療委任代理人就和希望誰做其配偶一樣，無論國家或家庭大概都不應先入為主地介入或干涉，限制當事人的選擇對象。其次，意願人願意指定的醫療委任代理人必定是其十分信任之人，也是其最願意分享利益之人，不能因為某些人能從中獲利，就剝奪其被指定為醫療委任代理人的資格，更何況其獲利如果是意願人明知且心甘情願的情形。最後，在行使特殊拒絕權的脈絡，《病主法》賦予醫療委任代理人行使職權的條件有二：其一，客觀方面，必須先由醫療團隊判定意願人已符合行使特殊拒絕權的臨床條件，換言之，意願人已處在國家認可的「賴活不如好死」的情境；其二，主觀方面，意願人必須在其AD中表達，在該臨床條件下他希望終止或撤除LST或ANH，而且意願人必須已達無法自行表達意思的狀況，在這個情形下，醫療委任代理人才能據以代理意願人表達其醫療意願。從主、客觀這兩個條件來看，醫療委任代理人代理意願人行使特殊拒絕權並無太大的道德風險可言。

當然，現行預立醫療決定書中的醫療照護選項允許意願人對醫療委任代理人進行「空白授權」，換言之，醫療委任代理人可以在意願人符合行使特殊拒絕權之臨床條件的情形下，代理意願人做終止或撤除醫療的決定。不過，如果這是意願人清楚且明

¹⁷ 感謝匿名審查者提供之修法文字意見。

確之選擇，法律不宜做太多父權式的限制。附帶一提的是，《病主法》第10條第2項第2款中提到的「遺體受贈人」本身是很成問題的概念，遺體的處置要不就是依《殯葬管理條例》進行殯葬，要不就是供醫學院進行大體解剖（《解剖屍體條例》第2條），何來「遺體受贈人」的說法？

綜上，建議刪除《病主法》第10條第2項有關醫療委任代理人消極資格限制之相關規定。

（二）意願人推定意願與醫療委任代理人權限

按照Wiesing等人對於德國《預立醫療決定法》（*Patientenverfügungsgesetz*）之分析，醫療決策的核心原則是以前人當下清楚表達之意願（currently expressed will）為最高優先；其次，若病人已失去當下表達意願之能力，則以其事先慎重表達於AD中之意願（anticipatory will expressed in AD）為準；再次，若病人沒有簽署AD，則以其在其他地方曾經表達或可推知之推定意願（presumed will）為準；最後，若推定意願亦不可得，則根據醫療適當性進行決策，依病人之最佳利益提供處置（in patient's best interests）（謝宛婷、陳炳仁，2016；Wiesing, Jox, Heßler, & Borasio, 2010）。

我國《病主法》在行使特殊拒絕權的課題上，會尊重病人之當下意願及表達於AD中之意願，兩者之間又在彼此平衡中以當下意願為優先（詳見頁17-22「（一）病人當下意願與預立醫療決定之變更」）。至於推定意願或病人最佳利益則不能用以行使特殊拒絕權。

我國現況是否適合以德國為師，將涉及生死的特殊拒絕權行使擴張到病人之推定意願或最佳利益？這個問題的答案恐怕是見仁見智的。不過，《病主法》施行不久，國人對於《病主法》賦予病人之一般自主權利與特殊拒絕權的性質、限制及程序等都還不是十分清楚，因此，較穩健的作法或許是等《病主法》施行一段時日並累積相當臨床經驗之後，再來做較大幅度之調整為妥。

（三）醫療委任代理人之空白授權問題

《施行細則》第7條共有兩項規定，都與醫療委任代理人相關，也都引發了一些

問題。其中，第1項規定：「醫療委任代理人不為本法第十條第三項第三款代理意願人表達醫療意願，或經醫療機構確認無法聯繫時，意願人之預立醫療決定，不予執行。」此項規定最嚴重的問題就是與母法相衝突。其字面意義為，若意願人有指定醫療委任代理人，只要醫療委任代理人不行使其職權或找不到人，那麼，意願人的AD就無法執行。然而，《病主法》第14條第1項在規定病人特殊拒絕權之行使時，要求醫師尊重的是病人之AD，而非醫療委任代理人根據AD所代理表達的醫療意願，換言之，即使找不到醫療委任代理人或醫療委任代理人不願行使其職權，只要病人有合法之AD且符合臨床條件，醫師即得執行其行使特殊拒絕權之意願，不因醫療委任代理人之上述情形而受到影響。《施行細則》第7條第1項之規定顯然與母法牴觸。

為修補這個問題，衛福部發出衛部醫字第1081660131號函，其說明二內容如下：「若意願人於特定臨床條件之預立醫療決定書中，勾選由醫療委任代理人（以下簡稱代理人）代為表達停止或決定項目（即該決定書之第一部分選項2及選項3）時，醫療機構應聯繫其代理人，並依前揭規定辦理之；若代理人無法聯繫或不代為決定時，則不予執行本法授權由代理人代為表達之特定臨床條件之預立醫療決定。」

由此說明可知，衛福部意識到，醫療委任代理人不行使職權或找不到人時，受影響者應僅限選項2（限時嘗試期限內由醫療委任代理人喊停的部分）及選項3（意願人空白授權醫療委任代理人代做決定的部分）。先說明選項2。由於預立醫療決定書的法定格式授權醫療委任代理人在「限時嘗試」期間代理意識昏迷之本人隨時表達停止嘗試的意願，依此，若醫療委任代理人因故無法發揮其功能，那麼，選擇「限時嘗試」且失去意識之意願人就只能將「限時嘗試」做到滿，而無法中途將它終止。但做到滿之後，即使醫療委任代理人仍無法發揮其功能，醫師仍得依意願人之AD撤除、終止或不施行LST或ANH。至於選項3，主要是指意願人在預立醫療決定書中針對特定臨床條件（《病主法》第14條第1項之5款情形）之醫療照護方式（LST或ANH）勾選「空白授權」的情形。「空白授權」意味著意願人本身對於接受或拒絕LST或ANH沒有明確的意願，而是交由醫療委任代理人代做決定。在這種情形下，醫療委任代理人如果不行使其職權或找不到人，意願人之AD當然就無法執行。然而，在其他非「空白授權」的情形，AD的執行不應因醫療委任代理人不行使職權或找不到人而受

到影響。

由於《施行細則》第7條第1項與母法有牴觸的情形，建議衛福部依衛部醫字第1081660131號函之要旨修正《施行細則》第7條。又，醫療委任代理人代替意願人做決定的部分以書面為之較為妥適。綜上討論，建議《施行細則》第7條第1項修正為：「意願人於預立醫療決定書中委由醫療委任代理人代為決定其醫療照護意願之部分，醫療委任代理人應書面為之；醫療委任代理人不代為決定或經醫療機構確認無法聯繫時，意願人預立醫療決定之前揭部分，不予執行。」

（四）醫療委任代理人之順位問題

醫療委任代理人的功能是在病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理其表達醫療意願（《病主法》第10條第3項）。任何具完全行為能力之人都得成為簽署AD之意願人，因此也都得指定醫療委任代理人。醫療委任代理人不限一位，意願人指定多位時，每位均得單獨行使職權（《病主法》第10條第4項）。《病主法》本身沒有規範多位醫療委任代理人時的順位問題，依此，意願人可以指定順位，也可以不指定順位。《施行細則》第7條第2項則仿照《安寧條例》第7條第6項的最近親屬順位規定，進一步規定不同順位之醫療委任代理人行使職權的方式。該項規定內容如下：「意願人委任醫療委任代理人二人以上者，得就本法第十條第三項第三款預立醫療決定所定權限，指定順位；先順位者不為意思表示或無法聯繫時，由後順位者行使之。後順位者已為意思表示後，先順位者不得提出不同意思表示。」

此項規定有兩個問題。第一個問題與先順位者的優先性有關。該項規定內容提到「先順位者不為意思表示或無法聯繫時，由後順位者行使之」，問題是，什麼叫做「不為意思表示」？又如何確認「無法聯繫」？先順位者不為意思表示有沒有可能是因為還不知道狀況？或者一時之間拿不定主意？又或者醫院根本沒有行政資源去積極聯繫先順位者？若然，該項規定提到將由後順位者行使職權，且後順位者表達意思後，先順位者便不得再提出不同意思。這就形同誰先發言，誰就先馳得點，而在根本上取消了先順位者的優先性。

另一個問題是，《施行細則》雖模仿《安寧條例》的順位概念，但卻模仿得不夠

澈底。就《安寧條例》而言，不論誰先表達意見，先順位者都具有優先權，亦即，後順位者即使表達了意見，先順位者的不同意見仍能凌越後順位者之意見。然而，先順位者的優先權並非不受任何限制，如果後順位者的意見已經被醫師採納並開始執行，那麼，先順位者的意見就不能再推翻已經在執行中的後順位者意見了。換言之，當醫師已經依後順位者意見開始進行《安寧條例》的維生醫療或心肺復甦術之不施行、終止或撤除，就不適合再依先順位者意見而把管子插回去，否則，病人會在這樣的過程中受到反覆的折磨。總之，先順位者的意見具優先性，但也並非毫無限制，他必須在不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前提出其意見。

《施行細則》目前的規定既未考慮先順位者的優先權，也沒考慮此一優先權的合理限制，同時，其「先順位者不為意思表示或無法聯繫」的概念又具法不確定性及責任不易歸屬的問題。建議參考《安寧條例》第7條第6項之精神，修訂《施行細則》第7條第2項之文字為：「意願人委任醫療委任代理人二人以上者，得就本法第十條第二項第三款預立醫療決定所定權限，指定順位；後順位者已為意思表示後，先順位者如有不同之意思表示，應於不施行、終止或撤除維持生命治療或人工營養及流體餵養前以書面為之。」¹⁸

四、預立醫療決定相關問題

（一）病人當下意願與預立醫療決定之變更

在討論AD的變更程序前，必須先說明AD在《病主法》所扮演的角色。簡單地說，AD是病人行使特殊拒絕權的法定要件。由於特殊拒絕權行使涉及病人的生死，為了慎重起見，我國《病主法》一方面希望優先尊重病人當下的意願，但另一方面也有兩個重要的安全閥設計。其一，為確保人民是在充分知情的情形下行使特殊拒絕權，在行使這項權利前，意願人及相關關係人應一起進行ACP（《病主法》第9條第2項）；其次，意願人的意願應以書面方式隆重表達於AD之法定格式上，且有效之

¹⁸ 因應前文已建議將《病主法》第10條第2項刪除，該條文之其他項次亦須同步變更，因此本處《施行細則》第7條第2項文字「得就本法第十條第三項第三款……」同步改為「得就本法第十條第二項第三款……」。

AD應經過ACP、見證或公證，以及註記於全民健康保險憑證等程序（《病主法》第9條第1項）。從《病主法》第14條第1項的規定來看，病人要行使特殊拒絕權必須先有AD，而醫療團隊也只能根據AD上所表達的意願，在符合臨床條件的情形下，尊重病人之特殊拒絕權，將其LST或ANH予以終止、撤除或不施行。依此，當病人沒有AD時，僅憑當下意願是無法行使特殊拒絕權的。沒有AD的病人在醫療過程中若表達拒絕LST或ANH的意願，醫療團隊只能先協助病人啟動其簽署AD的法定程序，而後才能根據其AD檢視其疾病狀況是否符合行使特殊拒絕權之臨床條件（《病主法》第14條第1項第1款至第5款），在符合的情形下，才能尊重病人行使特殊拒絕權之意願，予以終止、撤除或不施行LST或ANH。

從這個角度來看，我國的AD並非僅在病人失去意識之後才生效，它同時也具有讓病人以書面方式隆重表達其當下意願之功能，換言之，AD就是表達病人當下意願之法律上有效的書面文件。當然，如果一個人早在健康或生病初期時就簽署了AD，其在醫療過程中的當下意願有可能發生變化，而與其表達在AD中的意願有所不同。此時，《病主法》一方面仍希望以新的當下意願為優先，另一方面又必須謹慎看待病人行使特殊拒絕權的意願（亦即要以AD為準），兩相平衡的結果便採取了以下作法：其一，《病主法》第15條規定，醫師在執行AD前，應向有意思能力的病人詢問其當下意願，這代表當下意願是醫療決策最優先必須考慮的因素。病人即使已符合行使特殊拒絕權之特定臨床條件，且在AD中表達了此時行使特殊拒絕權的意願，但若其當下反悔了，希望繼續施行LST或ANH，醫療團隊就必須繼續提供LST或ANH來維繫病人的生命，而不能因為其AD中的拒絕意願而貿然撤除、終止或不施行LST或ANH。相反地，只當病人當下再次肯定要行使特殊拒絕權，醫師才會依其AD及當下意願，啟動LST或ANH的撤除、終止或不施行。

其次，若病人在醫療過程中所表達的當下意願與AD有所落差，為了尊重其當下意願，《病主法》第12條第3項規定，病人應先完成AD變更；同條第4項則規定，此時之變更應有一特別之程序，授權中央主管機關公告之。為何需要特別的程序呢？這是因為一般的變更要先由意願人以書面向醫療機構提出申請，再由中央主管機關於全民健康保險憑證上進行註記更新，才算大功告成（《病主法》第8條第1項、第13條第

1款，以及《施行細則》第6條），這樣的過程相當曠日廢時。《病主法》第12條第4項特別授權中央主管機關公告一特殊之變更程序，目的無他，就是希望當意願人在臨床過程中有不同之當下意願時，能加速其AD之變更，俾意願人之當下意願能盡快獲得實現，而不至因上述變更流程之曠日廢時，導致無端承受許多不必要也不想要的痛苦。

《施行細則》第8條正是衛福部針對臨床意願與AD不一致的情形所公布的特殊變更程序。問題是，該條規定不但沒有加速實現病人的當下意願，還有一處有牴觸母法之虞，更有許多其他文字或理念上的問題。該條規定如下：「意願人於臨床醫療過程中，其書面明示之意思表示，與本法第十二條第一項全民健康保險憑證之預立醫療決定註記，或同條第二項預立醫療決定掃描電子檔不一致時，意願人依第六條撤回或變更前，醫療機構應依其書面明示之意思表示為之。但意願人書面意思表示之內容，係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，醫師仍應依原預立醫療決定註記或醫療決定掃描電子檔之內容為之。」

該條規定在什麼意義上無法加速病人當下意願的實現呢？這要從臨床醫療過程中當下意願的兩種主要態樣來說明，亦即接受或拒絕LST或ANH的這兩種情形。¹⁹

¹⁹ 按照衛福部公布之預立醫療決定書格式，意願人針對不同臨床條件的醫療照護方式（LST或ANH）可以有四種醫療照護意願的選項，分別是：(1)拒絕LST或ANH；(2)限時嘗試；(3)空白授權醫療委任代理人決定；(4)接受LST或ANH。依此，若醫療臨床過程中的病人意願也有這四種，那麼，其與原本表達在AD中的意願不一致的可能情形就有16種之多。不過，最主要的 inconsistence 是發生在意願人選擇選項(1)或(4)，而臨床當下做出相反選擇的情形，因此，本文不討論意願人選擇限時嘗試（選項(2)）及空白授權醫療委任代理人（選項(3)）的情形，僅在註腳中做些說明。先說限時嘗試。如果病人在AD中勾選限時嘗試，他其實只是想給自己多一點等待的時間。假設他還沒有進入限時嘗試的階段，那麼，當下有不同想法的意思就是指他不想在未來進行限時嘗試了，此時他要做的就是更改其AD，改勾選選項(1)、(3)或(4)。勾選選項(3)的情形請見後半段的說明，而勾選其他選項即為本文主要討論的不一致情形。假設病人已進入限時嘗試階段，那麼，此時他的意願跟AD中的意願是不會發生衝突的，因為選項(2)本來就包含了隨時喊停的可能性。至於過了限時嘗試的期限後，其AD就等同勾選了選項(1)，此時，若臨床當下意願與之不一致就是指當下意願要選擇繼續施行LST或ANH，而這正是AD與當下意願不一致的主要情形之一。接下來檢視空白授權的情形。如果在AD中勾選空白授權，臨床當下有不同意思的意義大概就是當事人想要收回空白授權，俾自行表達其於失去意識後有關LST或ANH之意願。此時，他要做的就是將其AD從選項(3)

前者的情形，按《施行細則》第8條規定，醫療機構應立刻提供病人所需要的LST或ANH，因此，這種情形的當下意願是能立刻得到尊重的。從道理上來說，這麼做也非常恰當，完全符合醫療常規的救人原則。至於後者則指病人當下拒絕LST或ANH的情形。由於上述規定並沒有改變AD的變更流程，只是指出，在變更完成前，醫師仍應依原本的AD執行。這樣的規定使得病人的當下意願無法快速受到尊重，病人等待AD變更完成的時間與其他情形並無二致，因此，在這種情形下《施行細則》第8條並沒有落實《病主法》第12條第4項希望病人當下意願較快受到尊重的立法精神。²⁰陳秀丹（2019，頁73）從一個醫師的立場主張《施行細則》第8條的規定一定要修改，以矯正臨床醫師不尊重病人自主權的醫療倫理問題。

其次，在意願人當下意思是要拒絕LST或ANH時，《施行細則》第8條中「醫療機構應依其書面明示之意思表示為之」一句有牴觸母法之虞。這是因為「應」這個字賦予醫療機構義務，而《病主法》第14條第1項卻是用「得」字來尊重醫療機構或醫師之良心抗辯權（conscientious objection）。²¹《施行細則》的「應」字導致醫療機構在病人AD變更完成後變得有義務依其意願撤除、終止或不施行LST或ANH，而母法的「得」字卻確保醫療機構或醫師有不被強制執行病人意願的抗辯權利。依此，《施行細則》的「應」字與《病主法》之「得」字是相互扞格的。²²

在文字與若干理念上，《施行細則》第8條的規定也有不少問題。首先，該條在

改為其他選項，換言之，即改勾選選項(1)、(2)、(4)。選項(2)的情形如前所述，選擇它就如同選擇選項(1)，因此，值得討論的就剩下改勾選選項(1)或(4)之後，臨床當下做出相反選擇的情形，而這正是本文所要討論的情形。

²⁰ 林東茂（2019，頁57）認為，AD與臨床意思不一致的處置方式是「醫師依臨床裁量權執行醫療處置」，這一點恐不符合現行《施行細則》之規定。依現行規定，當病人在臨床當下要拒絕LST或ANH時，醫師應依原AD為之。不過，林東茂指出，現行規定將導致醫師可以違反病人的臨床意思而強行治療，這一點是沒有疑義的。

²¹ 醫師的良心抗辯權不代表醫師可以違反病人意願強制治療，以《病主法》為例，符合第7條但書情形時，醫師已無法定急救義務，不得強制治療。張麗卿（2017，頁28）主張，侵犯病人拒絕醫療權之強制治療有強制罪構成要件該當之虞。

²² 謝宛婷（2019，頁31）支持《施行細則》原始草案的版本，然而，原始草案雖然有加速醫療方尊重病人當下意願之優點，但草案使用的「應」字卻可能破壞了《病主法》中「得」字的精神。

論及AD之內容時，使用的概念如「全民健康保險憑證之預立醫療決定註記」或「預立醫療決定掃描電子檔」等過於複雜，有精簡的空間與必要。《病主法》的AD與《安寧條例》的意願書不同之處在於，後者不須經過註記才生效，前者則必須經過註記，因此，法律上有效的AD必然會經過掃描成為電子檔並存記於中央主管機關資料庫的步驟，然後再由中央主管機關註記於全民健康保險憑證。由於全民健康保險憑證只是「註記」當事人是否有AD，本身並無AD之內容，因此，要檢視病人AD之內容，光看全民健康保險憑證的註記是沒有用的，必須查閱保存在當事人那裡的正本或存記於中央主管機關資料庫的掃描電子檔。由於AD正本與其掃描電子檔內容是一致的，且《施行細則》第9條亦規定正本與掃描電子檔的效力相同，²³ 因此，在論及AD內容時不必特別提到註記或掃描電子檔等複雜概念，只需簡單提及AD內容即可。更何況，《施行細則》現行條文在使用這些複雜概念時，很容易發生錯漏的情形，例如，第8條最後一句的「醫療決定掃描電子檔」便遺漏了「預立」二字。

此外，《病主法》第14條第1項及第3項在規定執行AD的行為主體時，係採用「醫療機構或醫師」的概念，而《施行細則》第8條的前半部使用「醫療機構」一詞，後半部則使用「醫師」，既有前後不一的問題，亦與母法規定不合，建議修正以與母法一致化。最後，《施行細則》第8條主要是處理AD變更之相關作法，而非處理「撤回」AD之情形，建議刪除「撤回」二字。事實上，當病人臨床當下意願是拒絕LST或ANH時，「撤回」原本之AD並無濟於事，因為撤回並不能使得當事人符合行使特殊拒絕權的條件。當事人要行使特殊拒絕權該做的不是「撤回」，而只能是「變更」其AD。

總結上述討論，建議將《施行細則》第8條修正為：「意願人於臨床醫療過程中，其書面明示之意思表示，與本人原預立醫療決定不一致時，醫療機構或醫師得依其書面明示之意思表示為之。但意願人書面意思表示之內容，係選擇接受維持生命治療或人工營養及流體餵養者，應即施行之。」

²³ AD正本與掃描電子檔的效力相同是仿《安寧條例》之規定；《安寧條例》將之規範在第6-1條。

當然，上述修正建議可能還需搭配《病主法》第14條第1項之修正。這是因為以現行規定來看，AD的有無是行使特殊拒絕權的法定要件，醫療機構或醫師只能依據AD來尊重病人之特殊拒絕權行使。若要保持AD做為法定要件的地位，同時讓病人書面明示之當下意願亦能行使特殊拒絕權，《病主法》第14條第1項必須做以下之修正：「病人符合以下臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其臨床醫療過程中書面明示之意思表示或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」。²⁴附帶一提，這個修正若能實現，將使得《病主法》第12條第3項及第4項成為多餘，而可將它們刪除，這是因為若當下之書面意願足以啟動特殊拒絕權之行使，就不必急著去變更AD來行使特殊拒絕權了。²⁵

（二）其他有關預立醫療決定執行之問題

這裡要討論的AD執行相關問題主要是《病主法》第14條及《施行細則》第3條、第10條至第16條的問題，以下分別予以說明及討論。

1. 緩和醫療團隊照會問題

依《病主法》第14條第2項及《施行細則》第15條規定，緩和醫療團隊應進行至少兩次照會確認。照會的目的是為了在相關專科醫師確診病人符合行使特殊拒絕權

²⁴ 這個修法建議允許醫師依循兩種途徑來終止、撤除或不施行LST或ANH：第一種途徑是參考病人臨床之書面意思，第二種途徑是依照病人AD意願；無論醫師採用哪一種途徑來幫助病人行使特殊拒絕權，其共同前提都是意願人必須先簽有AD並透過ACP對病人自主權及特殊拒絕權充分知情。換言之，無論何種情況，AD都是意願人行使本法特殊拒絕權的「必要條件」，只是在臨床執行時，透過此項修法能讓病人的當下意願比AD得到更優先的尊重。這樣的修法方向，是否會造成臨床執行上的混亂呢？答案是不會。如果意願人在AD中勾選的是不要LST或ANH，《病主法》第15條要求醫療機構或醫師要尊重病人之當下意願，換言之，如果病人當下也選擇不要LST或ANH，醫療機構或醫師才能終止、撤除或不施行LST或ANH，否則就必須繼續提供LST或ANH。至於病人當下意願如果是不要LST或ANH，那麼，無論AD中做何選擇，醫療機構或醫師均得依病人當下意願終止、撤除或不施行LST或ANH。

²⁵ 有人擔心「書面明示之意思」的定義有些模糊，建議主管機關明令解釋其範圍包含簽名或按捺指印等。此外，無法動彈的漸凍人只要透過溝通輔具明確表達意思時，也應允許醫護人員或關係人協助其按捺指印以完成書面明示之意思。

之臨床條件後，協助確認病人之AD及其內容。由於確認AD內容並非太複雜的工作，沒有必要進行兩次照會，建議刪除「至少二次」之文字。此外，確認AD內容太窄化緩和醫療團隊在執行病人AD前後的角色與功能，謝宛婷（2019，頁33）建議，應依《施行細則》原始草案的精神，由緩和醫療團隊於「相關專科醫師確診過程中，輔助其有關病人生理、心理及靈性痛苦之評估，並判斷確診後啟動緩和醫療照護之時機與方式。」

2. 《病主法》第 14 條第 5 項免除醫療機構或醫師刑事、行政與民事責任問題

筆者在相關著作中已詳細討論這個問題（孫效智，2018，頁126-129，2019），此處僅簡單總結並提出修法建議。由於《病主法》的規定已使得醫師執行病人AD並無犯罪之虞，因此根本沒有罪責可言，故該項規定免除醫師刑責實屬多餘。²⁶不過，特別宣示不負刑責或可讓醫師更加安心，因此是無可厚非的。至於民事責任，由於該項規定的但書有邏輯上的問題，建議刪除，刪除後該項也會變得較為精簡，如下：「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，不負刑事、行政與民事賠償責任。」

²⁶ 筆者與許澤天（2019）的刑法邏輯雖然有些差異，但結論是一致的——依《病主法》執行AD無犯罪之虞。筆者認為保證人有可能以「不作為」方式觸犯受囑託殺人罪，許澤天（2019，頁20）則反是，他提出兩個理由：其一，若當事人真摯求死而囑託保證人不救助，這是放任自殺，而非施行他殺；其次，基於尊重求死者的自主權，保證人已失去保證人地位。第一個理由是否站得住腳，要回到刑法第15條去檢視，關鍵在於保證人是否有防止犯罪結果之義務。這個問題聽起來有一點自相矛盾，因為保證人正是因為有此義務才成為保證人的。因此，許澤天提出第二個理由的目的即在於解構保證人的保證人地位，以取消其防止犯罪結果之義務。然而，第二個理由能成立嗎？從《病主法》第7條的角度來看，第二個理由要成立，病人在客觀上必須符合《病主法》第14條第1項之臨床條件，主觀上則必須要有AD，才能取消保證人的急救義務。依此，單單訴諸「尊重求死者的自主權」並不能使保證人失去保證人地位，其不作為仍可能觸犯受囑託殺人罪。然而，在符合《病主法》第7條的情形下，醫師終止或不施行LST或ANH是無義務的不作為，因此是受囑託殺人的構成要件不該當；至於撤除LST或ANH，即使被視為是作為而有可能受囑託殺人構成要件該當，但也將因為刑法第21條阻卻違法而無犯罪之虞（孫效智，2018，頁126-129，284-288，2019；許澤天，2017，頁177-179）。

另一方面，由於醫界仍有不少人主張，醫療糾紛頻仍，醫師民事賠償責任應以故意及重大過失為限，不應適用《民法》第184條對於將一般過失亦課以賠償之責的規定。若採納此議，《病主法》第14條第5項則可做如下修正：「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，不負刑事與行政責任；未依本條規定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養，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。」²⁷

以上兩種修法版本何者為優，可能還需要更多討論。後者雖然帶給醫師更多保障，但打破《民法》過失賠償之通則，且重大過失不易定義等，都是長久爭議而不易解決的問題。²⁸

3. 意願人失去意識後之預立醫療決定效力問題

AD是意願人表達接受或拒絕LST或ANH的法定書面文件，它在意願人意識清楚時就有可能生效（如《病主法》第14條第1項第1款及第5款情形），且在意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時仍然有效。《施行細則》第3條後半部原本要強調這一點，不過，現行規定的文字卻似乎使它變得模糊。

《施行細則》第3條全文為：「病人為無行為能力或限制行為能力者，其法定代理人不受本法第四條第二項不得妨礙醫療選項決定之限制。但病人具完全行為能力時，已預立醫療決定者，應受本法第四條第二項規定之限制。」本文第貳節已從「病人優先決定原則」、關係人輔助同意權，以及不同法規之間的競合關係討論過該條前

²⁷ 請參考孫效智（2018，頁127-129）著作之討論，其中，該處最後提出的解釋有文字上的誤植，還請特別注意。該解釋前半段應為「不負刑事與行政責任」，誤植為「不負刑事與民事責任」。

²⁸ 基於尊重醫療機構與醫師之良心抗辯權，《病主法》不強制醫師尊重病人之特殊拒絕權。事實上，即使就《安寧條例》言，若醫師違反病人意願書而施行心肺復甦術，亦無違反《安寧條例》第10條規定之虞。蔡甫昌與郭蕙心（2017，頁68）認為醫師若違反末期病人之AD，可能需回歸《安寧條例》第7條與第10條進行處置，這個看法可能有所誤解。《安寧條例》第7條規定的是不施行心肺復甦術（do not resuscitate, DNR）的兩個條件，亦即：病人需被確診為末期且病人應有意願書。違反這兩個條件的意思是指，病人未被確診為末期或病人無意願書卻被DNR。至於醫師違反意願書而強予施行心肺復甦術則並無違反《安寧條例》的問題。

半部的問題。至於後半部的問題因為與AD的執行有關，故於此處討論。第一個問題是它的主詞是誰？由於該條前後兩部分中間有一個句點，因此可以合理推測後半部的主詞是病人。問題是，《病主法》第4條第2項係限制關係人對病人醫療決策權的不當干預，而非限制病人，因此，把病人當成是主詞似乎說不通。至於如果忽略《施行細則》第3條中間的句號，去尋找前半部的主詞，則會發現是法定代理人，因此，法定代理人也將成為該條後半部的主詞。然而，這個理解有過於狹隘的問題，因為《病主法》第4條第2項限制的是所有的關係人，而非僅限制法定代理人，更何況，有資格簽署AD者均為成年人，而成年人不一定有法定代理人。

此外，《施行細則》第3條後半部還有一個文字上的不精確：該處提到「已預立醫療決定者」這樣的說法，很明顯是把「預立」當成了動詞，但事實上，「預立醫療決定」中的「預立」是形容詞，而非動詞。依此，《施行細則》第3條後半部的正確文字應為「已『為』或『簽署』預立醫療決定者」，而不能是「已『預立』醫療決定者」。

結合本文第貳節對於《施行細則》第3條前半部之討論及此處有關後半部之說明，建議將該條文字修正為：「針對本法第四條第二項之規定，其他法律對醫療選項之同意有特別規定者，從其規定。病人已為預立醫療決定者，關係人受本法第四條第二項之限制。」

4. 永久植物人與最低意識狀態相關問題

《病主法》第14條第1項第2款至第4款以不同程度之腦傷做為病人行使特殊拒絕權的臨床條件，它們分別是不可逆轉之昏迷（coma）、永久植物人狀態及極重度失智等。確診之標準訂定於《施行細則》第11條至第13條。這裡主要討論的是永久植物人的確診問題，以及與植物人狀態（vegetative state）接近但有所不同的最低意識狀態（minimally conscious state, MCS）的問題。

不可逆轉之昏迷與永久植物人狀態之確診標準有一個共同點，即經觀察期以進行確診，兩者都以頭部外傷（traumatic brain injury, TBI）6個月、非頭部外傷（nonTBI）3個月來斷定是否已達不可逆轉之昏迷或永久植物人狀態之確診。不過，前者還有另

一種確診方式——《施行細則》第11條第1項第3款規定，只要有明確醫學證據顯示，腦部受嚴重傷害，極難恢復意識者，亦能不經觀察期而確診為不可逆轉之昏迷；至於後者則只能經觀察期來確診，無法透過所謂的「明確醫學證據」來確診（《施行細則》第12條第1項第1款及第2款）。這個規定的結果是，一個人無論出於何種原因進入植物人狀態，即使醫學證據明確證實其植物人狀態不太可能恢復，也不能不經觀察期而確診為永久植物人狀態。病人必須至少持續3個月或6個月的植物人狀態才能被確診為永久植物人，換言之，一個人一旦進入植物人狀態，無論醫學有多麼明確的證據或是否顯示其植物人狀態為極難恢復者，都必須等待至少3個月或6個月才符合行使特殊拒絕權的臨床條件。

從邏輯上看，不可逆轉之昏迷與永久植物人狀態在確診標準上的這個差異似乎沒什麼道理。對於植物人的情形，有人擔心醫學證據可能很難明確，因此反對以醫學證據做為確診永久植物人的標準，問題是，如果醫學證據不明確，本來就無法透過這個方式來確診，因此，法規上接受此種確診方式並不會導致永久植物人之確診過於隨便，倒是不接受這種確診方式會導致邏輯上排除了以明確醫學證據來確診的可能性。因此，建議比照《施行細則》第11條來修訂第12條，在第12條第1項增加第3款，內容為：「有明確醫學證據確診為永久植物人狀態者。」²⁹

接下來要討論MCS的問題。意識嚴重受損的病人中有一個族群既非重度昏迷，也非處於植物人狀態，被稱為MCS。由於重度昏迷通常是一種暫時狀態，很少超過2週或1個月，昏迷指數3的死亡率很高，存活者大都會轉變成植物人或MCS。MCS是比植物人狀態在意識層面上多些功能表現，但仍無法展現一致性的嚴重腦傷狀態。臨床上如果能確診為永久MCS，似乎應併同永久植物人狀態一起納入行使特殊拒絕權之臨床條件。依此建議，《病主法》第14條第1項第3款可修正為：「永久植物人狀態或永久

²⁹ 張麗卿（2016，頁30）訴諸神經醫學上「持續植物人」與「永久植物人」的區別，並主張兩者不同，且應以一定的判斷期間來代替「永久」，這個看法基本上是正確的，也是現行施行細則的作法。不過，國內、外神經醫學會使用「永久」一詞本來就不是按字面的意思來理解，而是認為處在植物人狀態一定期間之後，恢復意識的機率十分渺茫，故可以讓病人事先選擇是否要繼續接受LST或ANH。

最低意識狀態。」

有關MCS的統計研究顯示，腦部外傷造成之MCS在1年內大多可能恢復，2年後恢復之機率很低，至於非外傷造成的MCS則在較短時間即可能確認病人極難恢復意識（Katz, Polyak, Coughlan, Nichols, & Roche, 2009, p. 74）。當然，應如何界定永久MCS之觀察期，宜由神經醫學相關專業團體討論以建立共識。讀者必須注意的是，無論是永久植物人或永久MCS，所謂的「永久」皆非「絕不可能發生」的意思，而是「極難恢復」之意。若將MCS納入《病主法》，神經醫學專業亦能達成共識，建立永久MCS之確診標準，那麼，《施行細則》第12條的修正應類似以下模式：「本法第十四條第一項第三款所稱永久植物人狀態，指因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之植物人狀態：

- 一、因外傷所致，其植物人狀態超過六個月無改善跡象。
- 二、非因外傷所致，其植物人狀態超過三個月無改善跡象。
- 三、有明確醫學證據確診為永久植物人狀態者。

本法第十四條第一項第三款所稱永久最低意識狀態，指因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之最低意識狀態：

- 一、因外傷所致，其最低意識狀態超過二年無改善跡象。
- 二、非因外傷所致，其最低意識狀態超過一年無改善跡象。
- 三、有明確醫學證據確診為永久最低意識狀態者。

前兩項確診，應由二位神經醫學相關之專科醫師為之。」³⁰

（三）預立醫療決定書法定格式問題

衛福部公告的預立醫療決定書法定格式共有兩大部分及一個附件。第一個部分是醫療照護選項，這是預立醫療決定書最實質的部分，意願人在此表達其於五種臨床條件下的醫療照護意願與決定。第二個部分是提供ACP之醫療機構的核章證明，這個部分是AD生效的法定要件之一，《病主法》第9條第1項第1款及《ACP管理辦法》第6

³⁰ 本文有關永久MCS之確診標準，係臺北市立聯合醫院劉建良醫師提供之建議。

條第3項規定，意願人在簽署AD前應先至醫療機構進行ACP，諮商完成後，醫療機構應在空白之預立醫療決定書核章並交給意願人，讓意願人自行決定他是否要簽署預立醫療決定書，或在預立醫療決定書中表達怎樣的醫療照護意願。以目前的法定格式來看，醫療機構就是在第二部分進行核章。附件則是醫療委任代理人委任書。嚴格而言，醫療委任代理人委任書並不屬於AD的一個部分，之所以列為附件是因為意願人如果有委任，就必須將之隨同預立醫療決定書掃描上傳至中央主管機關之資料庫。委任書不但與AD脫勾，而且，在進行ACP之前就必須生效，俾醫療委任代理人能與意願人一起參與ACP。此外，醫療委任代理人委任書與預立醫療決定書有一個細節上的差別，即預立醫療決定書有法定格式（《病主法》第8條第3項），醫療委任代理人委任書則無。只要意願人與受委任人雙方合意，以任何書面方式為之，委任契約即生效力（《病主法》第10條第1項）。衛福部提供的委任書版本僅為參考範例，不具法定格式之約束力。³¹

預立醫療決定書法定格式最大的問題在於太過狹隘，亦缺乏超前部署的思維。依《病主法》第3條第3款對於AD所做之定義，AD「指事先立下之書面意思表示，指明處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定」。從這個定義來看，預立醫療決定書的實質部分不應只包含現在的第一部分「醫療照護選項」（亦即讓意願人勾選其於特定臨床條件下希望接受或拒絕LST或ANH之決定），而也應允許意願人針對「其他與醫療照護、善終等相關意願」表達想法。此外，立法院公報第104卷第98期院會紀錄提到《病主法》第8條的立法說明時，也再次強調第8條「第三項明定預立醫療決定之內容、範圍及格式，授權由中央主管機關定之，包括遺體或器官捐贈之意願、其他適合之醫療或善終相關意願……」（立法院，2015）。衛福部公告之現行版本顯然忽略了上述立法說明。事實上，從國際視野來看，歐美各國之AD除了允許意願人表達其對於LST或ANH的想法，也允許意願人自由書寫其對於善終的各種意願，包含器官、組

³¹ 醫療委任代理人委任書並非法定格式，應允許各醫院甚至個人自由發展其格式。目前的衛福部範本本身有些不理想之處，不應做為標準格式，例如，順位變成了必然有的特徵，而非意願人在有多位醫療委任代理人時得指定之特徵。

織或大體捐贈、臨終時希望在身旁的陪伴者、音樂或宗教儀式等不一而足，³²更進步的作法甚至構思將數位AD（digital AD）納入的可行性，³³讓意願人可以在AD中表達其對於各種網路社交軟體資訊的處置意願。總之，衛福部公布的格式不符合AD的法定內涵及立法說明，與國際普遍作法背道而馳，同時也違背了AD應以人民為中心來思考的利民精神。

筆者所召集之子法專家團隊原本提出的預立醫療決定書草案即包含了上述「其他適合之醫療照護與善終選項」，建議衛福部將之納入，以回復預立醫療決定書在法理上本來就應包含的內涵。

肆、結語

行文至此，本文已完整探討了病人自主權基本原則的強化與釐清，並針對病人特殊拒絕醫療權的各種問題提出修法建議。以下提供表1至表3，幫助讀者綜覽本文所提出之各項修法與修正建議（黑體處）。

³² 美國加州的AD稱為「加州醫療照護事前指示書」（California Advance Health Care Directive），該指示書除了能讓意願人勾選想要或不要的治療項目，還可填寫臨終場域、靈性或宗教需求、器官捐贈等善終照護意願（PREPARE, 2016）。此外，美國的尊嚴老化組織（Aging with Dignity）發展出五個願望之預立醫療指示（Five Wishes Advance Directive），裡面也提到一些柔性的願望，如對心愛的人想說的話、希望別人對待自己的方式等，這些都值得我國思考並納入預立醫療決定書的得記載事項，讓意願人完整表達善終照護心願（Aging with Dignity, n. d.）。

³³ 數位AD（digital advance directive）的概念在國際間逐漸興起，其背景源於我們身處在資訊網路的時代，無論網路原生代或網路新移民都必須面對網路身後事的議題，如臉書、Skype、line等社群通訊軟體的帳號如何處理？又如個人電腦、隨身碟、硬碟等長期累積的數位資產，希望如何處置？若此類意願也能表達在AD中，家人及相關軟體公司就能尊重當事人想法妥善處理。數位AD的配套措施較為複雜，需由政府行政部門邀請業界跨界合作方為可能（孫效智，2018，頁307）。

表 1 《病人自主權利法》修法建議表

條號	現行條文	建議修正條文	修法理由說明
第 5 條 第 1 項	病人就診時，醫療機構或醫師應以其所判斷之適當時機及方式，將病人之病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項告知本人。病人未明示反對時，亦得告知其關係人。 病人為無行為能力人、限制行為能力人、受輔助宣告之人或不能為意思表示或受意思表示時，醫療機構或醫師應以適當方式告知本人及其關係人。	病人就診時，醫療機構或醫師應以其所判斷之適當時機及方式，將病人之病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項告知本人。經病人同意後亦得告知其關係人。 病人為無行為能力人、限制行為能力人、受輔助宣告之人或不能為意思表示或受意思表示時，醫療機構或醫師應以適當方式告知本人及其關係人。	原條文可能引發「未及明示前，是否即可告知關係人」之疑慮，故建議修正用語。
第 8 條 第 2 項	具完全行為能力之人，得為預立醫療決定，並得隨時以書面撤回或變更之。前項預立醫療決定應包括意願人於第十四條特定臨床條件時，接受或拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部。預立醫療決定之內容、範圍及格式，由中央主管機關定之。	具完全行為能力之人，得為預立醫療決定，並得隨時以書面撤回或變更之。前項預立醫療決定應包括意願人於第十四條特定臨床條件時，接受或拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養之意願。預立醫療決定之內容、範圍及格式，由中央主管機關定之。	1. 對於「全部或一部」一詞，立法者本意是指意願人可選擇接受或拒絕維持 LST 與 ANH 的「全部」（亦即同時接受 LST 與 ANH 或同時拒絕 LST 與 ANH）或「一部」（亦即只接受 LST 但拒絕 ANH；或者反過來，只拒絕 LST 但接受 ANH）。然而，實務上此用語容易引人誤解為 LST 或 ANH 的全部醫療選項（全部）或各自內部的特定醫療選項（一部），故建議修正用語，使條文更彰顯出 AD 是讓意願人對 LST 或 ANH 的整體進行取捨，而非針對個別醫療選項或人工營養方式進行選擇。 2. 衛部醫字第 1080015522A 號函允許意願人在 AD 中加註個別醫療照護選項，亦為對「全部或一部」之誤解，建議隨條文修正撤銷該函釋，另為適當之法令解釋。

表 1 (續)

條號	現行條文	建議修正條文	修法理由說明
第 9 條 第 2、 4 項	<p>意願人為預立醫療決定，應符合下列規定：</p> <p>一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。</p> <p>二、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。</p> <p>三、經註記於全民健康保險憑證。</p> <p>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，不得參與。</p> <p>第一項第一款提供預立醫療照護諮商之醫療機構，有事實足認意願人具心智缺陷或非出於自願者，不得為核章證明。</p> <p>意願人之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員及第十條第二項各款之人不得為第一項第二款之見證人。</p> <p>提供預立醫療照護諮商之醫療機構，其資格、應組成之諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>意願人為預立醫療決定，應符合下列規定：</p> <p>一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。</p> <p>二、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。</p> <p>三、經註記於全民健康保險憑證。</p> <p>意願人、配偶或二親等內之親屬至少一人、醫療委任代理人，應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之關係人亦得參與。但無醫療委任代理人或二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，不在此限。</p> <p>第一項第一款提供預立醫療照護諮商之醫療機構，有事實足認意願人具心智缺陷或非出於自願者，不得為核章證明。</p> <p>意願人之醫療委任代理人及主責照護醫療團隊成員及第十條第三項各款之人不得為第一項第二款之見證人。</p> <p>提供預立醫療照護諮商之醫療機構，其資格、應組成之諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 民法學者普遍認同親屬包含「配偶」，但也有學者認為親屬不包含配偶，使得原條文發生「只有配偶參與，卻無二親等內親屬至少一人參與，即不符合 ACP 的法定要件」之爭議。從法理面而言，立法者提出「二親等內之親屬至少一人」時並無排除配偶之意識，但為了避免爭議，建議於條文中將「配偶」納入。 2. 原條文「經意願人同意之親屬亦得參與」，排除了親屬以外的其他關係人參與 ACP 之權利。為擴大得參與 ACP 的人員範圍，建議將「親屬」改為《病主法》第 4 條第 2 項所羅列之「關係人」。 3. 配合第 10 條第 2 項之修訂，刪除本條第 4 項之相關文字。

表 1 (續)

條號	現行條文	建議修正條文	修法理由說明
第 10 條 第 2 項	<p>意願人指定之醫療委任代理人，應以二十歲以上具完全行為能力之人為限，並經其書面同意。</p> <p>下列之人，除意願人之繼承人外，不得為醫療委任代理人：</p> <p>一、意願人之受遺贈人。</p> <p>二、意願人遺體或器官指定之受贈人。</p> <p>三、其他因意願人死亡而獲得利益之人。</p> <p>醫療委任代理人於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達醫療意願，其權限如下：</p> <p>一、聽取第五條之告知。</p> <p>二、簽具第六條之同意書。</p> <p>三、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。</p> <p>醫療委任代理人有二人以上者，均得單獨代理意願人。</p> <p>醫療委任代理人處理委任事務，應向醫療機構或醫師出具身分證明。</p>	<p>意願人指定之醫療委任代理人，應以二十歲以上具完全行為能力之人為限，並經其書面同意。</p> <p>下列之人，除意願人之繼承人外，不得為醫療委任代理人：</p> <p>一、意願人之受遺贈人。</p> <p>二、意願人遺體或器官指定之受贈人。</p> <p>三、其他因意願人死亡而獲得利益之人。</p> <p>醫療委任代理人於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達醫療意願，其權限如下：</p> <p>一、聽取第五條之告知。</p> <p>二、簽具第六條之同意書。</p> <p>三、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。</p> <p>醫療委任代理人有二人以上者，均得單獨代理意願人。</p> <p>醫療委任代理人處理委任事務，應向醫療機構或醫師出具身分證明。</p>	<p>意願人指定何人擔任其醫療委任代理人，不應受到國家或家庭先入為主地干涉或限制。醫療委任代理人受意願人委任，必定是意願人極為信任之人，其代理意願人表達 AD 中之醫療意願或代為行使特殊拒絕權，皆需意願人經由嚴謹流程簽署有效的 AD 方得為之。依此而言，醫療委任代理人之消極資格限制實無必要；又，「遺體受贈人」亦是法律上不存在的概念，故建議刪除第 10 條第 2 項。</p>
第 12 條 第 3、 4 項	<p>中央主管機關應將預立醫療決定註記於全民健康保險憑證。</p> <p>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。</p> <p>經註記於全民健康保險憑證之預立醫療決定，與意願人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時，應完成變更預立醫療決定。</p> <p>前項變更預立醫療決定之程序，由中央主管機關公告之。</p>	<p>中央主管機關應將預立醫療決定註記於全民健康保險憑證。</p> <p>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。</p> <p>經註記於全民健康保險憑證之預立醫療決定，與意願人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時，應完成變更預立醫療決定。</p> <p>前項變更預立醫療決定之程序，由中央主管機關公告之。</p>	<p>第 14 條第 1 項修訂後，使得病人於臨床醫療過程中書面明示之意願，也得做為終止、撤除或不施予 LST 或 ANH 之啟動執行要件，若此，則病人沒有於臨床變更 AD 之必要。故配合第 14 條第 1 項之修訂，刪除本條第 3 項及第 4 項。</p>

表 1 (續)

條號	現行條文	建議修正條文	修法理由說明
第 14 條 第 1、2、 5 項	<p>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：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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臨床醫療過程中書面明示之意思表示或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：</p> <p>一、末期病人。 二、處於不可逆轉之昏迷狀況。 三、永久植物人狀態或永久最低意識狀態。 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。</p> <p>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。</p> <p>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；未依本條規定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養，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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本條保持 AD 做為法定要件的地位，同時讓病人於臨床醫療過程中書面明示之意願，也能夠做為終止、撤除或不施予 LST 或 ANH 之啟動執行要件。若此，當病人於臨床醫療過程中書面明示之意願與原 AD 之內容不一致時，醫療機構或醫師得依病人書面明示之意願啟動執行，俾病人之當下意願能盡快獲得實現。 2. 配合第 8 條第 2 項之修訂，刪除本條第 1 項及第 5 項「之全部或一部」。 3. 建議於第 1 項第 3 款納入 MCS。 4. 刪除本條第 2 項中「至少二次」一詞，以簡化緩和醫療團隊照會程序。 5. 第 5 項之訂定源於醫界部分人士主張，醫療糾紛頻仍，醫師民事賠償責任應以故意及重大過失為限，不應適用《民法》第 184 條對於一般過失亦課以賠償之責的規定。不過，此項規定中間的但書有邏輯謬誤，應修正之。 6. 第 5 項文字雖然帶給醫師更多保障，但打破《民法》過失賠償之通則，且重大過失不易定義，恐引發爭議，此皆有待討論。若捨棄此項中間但書文字，亦可將此項修正為：「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，不負刑事、行政與民事賠償責任。」

表 1 (續)

條號	現行條文	建議修正條文	修法理由說明
第 17 條	醫療機構或醫師應將其所執行第十二條第三項、第十四條及第十五條規定之事項，詳細記載於病歷；同意書、病人之書面意思表示及預立醫療決定應連同病歷保存。	醫療機構或醫師應將其所執行第十三條第三項、第十四條及第十五條規定之事項，詳細記載於病歷；同意書、病人之書面意思表示及預立醫療決定應連同病歷保存。	配合第 12 條第 3 項之修訂，刪除本條之相關文字。

表 2 《病人自主權利法施行細則》修法建議表

條號	現行條文	建議修正條文	修法理由說明
第 3 條	病人為無行為能力或限制行為能力者，其法定代理人不受本法第四條第二項不得妨礙醫療選項決定之限制。但病人具完全行為能力時，已預立醫療決定者，應受本法第四條第二項規定之限制。	針對本法第四條第二項之規定，其他法律對醫療選項之同意有特別之規定者，從其規定。病人已為預立醫療決定者，關係人受本法第四條第二項之限制。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本條第一句多餘，因為《施行細則》第 5 條已有完整規範。不僅法定代理人，其他關係人亦得於病人行為能力或心智能力不足或有問題時具有輔助同意權。 2. 病人無論處於何種行為能力樣態，只要有 AD，關係人就不得妨礙。 3. 《病主法》第 4 條第 2 項與其他法律發生競合關係時，有可能優先適用其他法律，此等例外情形建議於本條規範之。 4. 本條後半部有主詞模糊不清的問題，且「預立醫療決定」為《病主法》專有名詞，本條誤將「預立」當作動詞，應予以修正。
第 7 條 第 1、 2 項	醫療委任代理人不為本法第十條第三項第三款代理意願人表達醫療意願，或經醫療機構確認無法聯繫時，意願人之預立醫療決定，不予執行。 意願人委任醫療委任代理人二人以上者，得就本法第十條第三項第三款預立醫療決定所定權限，指定	意願人於預立醫療決定書中委由醫療委任代理人代為決定其醫療照護意願之部分，醫療委任代理人應書面為之；醫療委任代理人不代為決定或經醫療機構確認無法聯繫時，意願人預立醫療決定之前揭部分，不予執行。 意願人委任醫療委任代理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 第 1 項文字與母法抵觸。依《病主法》第 14 條第 1 項之規定，只要病人有合法之 AD 且符合臨床條件，醫師即得執行其 AD 中表達之意願，不因找不到醫療委任代理人或醫療委任代理人不願行使職權而受到影響。 2. 按照衛福部公告之預立

表 2 (續)

條號	現行條文	建議修正條文	修法理由說明
	順位；先順位者不為意思表示或無法聯繫時，由後順位者行使其。後順位者已為意思表示後，先順位者不得提出不同意思表示。	人二人以上者，得就本法第十條第二項第三款預立醫療決定所定權限，指定順位；後順位者已為意思表示後，先順位者如有不同之意思表示，應於不施行、終止或撤除維持生命治療或人工營養及流體餵養前以書面為之。	<p>醫療決定書法定格式，醫療委任代理人僅在兩部分被授權做決定：其一，AD 中選項 (2) 的後半部，在限時嘗試期間，若當事人失去意識時，醫療委任代理人被授權隨時終止限時嘗試；其二，AD 中的選項 (3)，即「空白授權」選項，賦予醫療委任代理人決定接受或拒絕 LST 或 ANH 之權限。僅在此兩種態樣時，若無醫療委任代理人之代理決定，則無法執行；其他態樣下，醫師皆得執行其 AD。又，醫療委任代理人代替意願人做決定的部分以書面為之較為妥適。爰此，建議修訂本條第 1 項文字。</p> <p>3. 第 2 項提到《病主法》第 10 條第 3 項的部分應改為第 10 條第 2 項，以因應本文建議刪除《病主法》第 10 條第 2 項。</p> <p>4. 第 2 項未考慮先順位者的優先權，也未考慮此一優先權的合理限制，同時，「先順位者不為意思表示或無法聯繫」之概念具有法不確定性及責任不易歸屬的問題，故建議參考《安寧條例》第 7 條第 6 項之精神，修訂第 2 項文字。</p>
第 8 條	意願人於臨床醫療過程中，其書面明示之意思表示，與本法第十二條第一項全民健康保險憑證之預立醫療決定註記，或同條第二項預立醫療決定掃描電子檔不一致時，意願人依第六條撤回或變更前，	意願人於臨床醫療過程中，其書面明示之意思表示，與本人原預立醫療決定不一致時，醫療機構或醫師得依其書面明示之意思表示為之。但意願人書面意思表示之內容，係選擇接受維持生命治療或人	1. 本文已建議刪除《病主法》第 12 條第 3 項與第 4 項，並允許臨床當下書面意願能行使特殊拒絕權。當病人於臨床醫療過程中書面明示之意願與原預立醫療決定書內容不一致時，醫療機構

表 2 (續)

條號	現行條文	建議修正條文	修法理由說明
	醫療機構應依其書面明示之意思表示為之。但意願人書面意思表示之內容，係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，醫師仍應依原預立醫療決定註記或醫療決定掃描電子檔之內容為之。	工營養及流體餵養者，應即施行之。	<p>或醫師能立即依病人書面明示之意願啟動執行，俾病人當下意願能盡快實現。</p> <p>2. 本條第 1 項中的文字「醫療機構應依其書面明示之意思表示為之」有牴觸母法之虞。《病主法》第 14 條第 1 項用「得」字來尊重醫療機構或醫師之良心抗辯權，以確保醫療機構或醫師有不被強制執行病人意願的權利。本條文字用「應」，導致醫療機構或醫師有義務執行意願人之當下意願，故建議修正為「得」。</p> <p>3. 部分文字如「全民健康保險憑證之預立醫療決定註記」或「預立醫療決定掃描電子檔」等過於複雜，宜精簡。</p> <p>4. 「書面明示之意思」的定義較為模糊，建議主管機關明令解釋其範圍包含簽名、按捺指印或其他可識別之形式，以答覆特定族群之需要。</p>
第 12 條	<p>本法第十四條第一項第三款所稱永久植物人狀態，指因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之植物人狀態：</p> <p>一、因外傷所致，其植物人狀態超過六個月無改善跡象。</p> <p>二、非因外傷所致，其植物人狀態超過三個月無改善跡象。</p> <p>前項確診，應由二位神經醫學相關之專科醫師為之。</p>	<p>本法第十四條第一項第三款所稱永久植物人狀態，指因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之植物人狀態：</p> <p>一、因外傷所致，其植物人狀態超過六個月無改善跡象。</p> <p>二、非因外傷所致，其植物人狀態超過三個月無改善跡象。</p> <p>三、有明確醫學證據確診為永久植物人狀態者。</p> <p>本法第十四條第一項第三</p>	<p>1. 對於植物人狀態若缺乏《施行細則》第 11 條第 1 項第 3 款之判定作法，將導致病人必須先成為植物人，且經過 3 個月或 6 個月的等待期，才符合臨床條件而得以拔管，故建議比照《施行細則》第 11 條修訂之。</p> <p>2. 建議將 MCS 納入《病主法》，如何界定永久 MCS 之觀察期與確診標準，宜由神經醫學相關專業討論後建立共識。</p>

表 2 (續)

條號	現行條文	建議修正條文	修法理由說明
		<p>款所稱永久最低意識狀態，指因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之最低意識狀態：</p> <p>一、因外傷所致，其最低意識狀態超過二年無改善跡象。</p> <p>二、非因外傷所致，其最低意識狀態超過一年無改善跡象。</p> <p>三、有明確醫學證據確診為永久最低意識狀態者。</p> <p>前兩項確診，應由二位神經醫學相關之專科醫師為之。</p>	
第 15 條	本法第十四條第二項所定緩和醫療團隊至少二次照會確認，為在相關專科醫師確診後，協助確認本法第八條第二項病人之預立醫療決定及其內容。	本法第十四條第二項所定緩和醫療團隊至少二次照會確認，為在相關專科醫師確診後，協助確認本法第八條第二項病人之預立醫療決定及其內容並於相關專科醫師確診過程中，輔助其有關病人生理、心理及靈性痛苦之評估，並判斷確診後啟動緩和醫療照護之時機與方式。	配合《病主法》第 14 條第 2 項之修訂，刪除本條「至少二次」一詞。

表 3 預立醫療決定書公告格式修正建議表

公告版本	建議修正項目	修正理由說明
第一頁第一段格式部分： ……本人作成預立醫療決定 (如第一部分、第二部分及附件)	第一頁第一段格式部分： ……本人作成預立醫療決定 (見如第一部分、 第三部分 及附件)	意願人之 AD 主要表達在預立醫療決定書的第一部分；第二部分是提供 ACP 之醫療機構之核章；附件則是醫療委任代理人之委任書。委任書應於 ACP 前完成，並以附件形式隨 AD 上傳，本身並非意願人 AD 的一部分。

表 3 (續)

公告版本	建議修正項目	修正理由說明
附件、醫療委任代理人委任書之部分內容： ……茲委任____（擔任我的第____順位醫療委任代理人）	附件、醫療委任代理人委任書之部分內容： ……茲委任____擔任我的（第____順位）醫療委任代理人	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「順位」是選填項目，故應置於括弧中。 2. 醫療委任代理人委任書並無法定格式，行政部門提供的只是範本，國民無採用義務，應允許各醫院甚至個人自由發展其格式。
沒有得記載事項	建議加入得記載事項，包含：遺體或器官組織之捐贈意願、其他適合之醫療或善終相關意願、網路社群帳號及其他數位之個人資料等。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 子法專家團隊原始提出的預立醫療決定書草案包含了「其他適合之醫療照護與善終選項」，但在衛福部正式公告之預立醫療決定書版本中卻未放入，有違《病主法》第 3 條第 3 款有關 AD 之定義，亦違背立法說明。立法說明請參考《立法院公報》第 104 卷第 98 期院會紀錄，「……預立醫療決定之內容、範圍及格式，授權由中央主管機關定之，包括遺體或器官捐贈之意願、其他適合之醫療或善終相關意願」。 2. 國際普遍作法是以人民為中心，制定符合人民需求的 AD 格式，《病主法》雖授權主管機關訂定法定格式，卻未限縮 AD 只能記載 LST 等選項。建議衛福部將其他適合之醫療照護與善終選項等得記載事項納入 AD 格式中。

參考文獻

- 立法院 (2015)。病人自主權利法草案——完成三讀。立法院公報，104 (98)，409-426。取自 https://lci.ly.gov.tw/LyLCEW/communique1/final/pdf/104/98/LCIDC01_1049803_00012.pdf

【Legislative Yuan. (2015). Approval of the Patient Right to Autonomy Bill on third reading. *Legislative Yuan Official Gazette*, 104(98), 409-426. Retrieved from https://lci.ly.gov.tw/LyLCEW/communique1/final/pdf/104/98/LCIDC01_1049803_00012.pdf】

立法院（2019）。病人自主權利法修正第十五條及第十九條條文——完成三讀。立法院公報，108（56），258-263。取自 https://lci.ly.gov.tw/LyLCEW/communique1/final/pdf/108/56/LCIDC01_1085601_00010.pdf

【Legislative Yuan. (2019). Amendment of Patient Right to Autonomy Act Articles 15 and 19 (approved on third reading). *Legislative Yuan Official Gazette*, 108(56), 258-263. Retrieved from https://lci.ly.gov.tw/LyLCEW/communique1/final/pdf/108/56/LCIDC01_1085601_00010.pdf】

林東茂（2019）。幫助自殺與積極死亡協助的適度合法化。東吳法律學報，31（1），53-89。

【Lin, D.-M. (2019). Moderate legalization to assisted suicide and active death assistance. *Soochow Law Review*, 31(1), 53-89.】

侯英冷（2020）。配偶不能參加病人自主預立醫療決定之諮商？月旦醫事法報告，40，124-130。

【Hou, I.-L. (2020). Could a spouse attend the consultation on the advanced care planning made by the patient himself? *Angle Health Law Review*, 40, 124-130.】

孫效智（2015）。在照顧之愛與病痛之苦間擺盪的生死倫理——論天主教有關植物人停止人工餵食餵水的觀點。政治與社會哲學評論，53，1-55。

【Sun, H.-C. (2015). The ethics of life and death between the love of caring and the suffering of illness: On catholic perspectives concerning the withdrawal of ANH for patients in PVS. *Societas: A Journal for Philosophical Study of Public Affairs*, 53, 1-55.】

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。臺北市：天下雜誌。

【Sun, H.-C. (2018). *A graceful goodbye: The core concept and practice of the patient right to Autonomy Act*. Taipei, Taiwan: Commonwealth Magazine.】

孫效智（2019）。病人自主權利法擴充特殊拒絕醫療權之必要性。月旦醫事法報告，
27，7-24。

【Sun, H.-C. (2019). The necessity of the enactment of Patient Autonomy Act concerning the extension of the right of refusing life-sustaining treatment. *Angle Health Law Review*, 27, 7-24.】

高鳳仙（2017）。親屬法：理論與實務（增訂第十八版）。臺北市：五南。

【Gao, F.-X. (2017). *Family law: Theory and practice* (Rev. 18th ed.). Taipei, Taiwan: Wu-Nan Book.】

許文章、楊君宜、黃勝堅（2020）。預立醫療照護諮商過程中常見的法律疑義分析。北市醫學雜誌，17（SP），1-10。

【Hsu, W.-C., Yang, C.-Y., & Huang, S.-J. (2020). Analysis of common legal disputes during advance care planning process. *Taipei City Medical Journal*, 17(SP), 1-10.】

許澤天（2017）。尊重病人拒絕醫療意願的中斷治療可罰性——法務部 104 年 6 月 26 日法檢字第 10404502880 號函釋的檢討。檢察新論，21，174-182。

【Hsu, T.-T. (2017). On the penalty of suspending medical treatment in respecting the patient's will: A reflection on the Interpretation Fa Jian Zi No. 10404502880 of June 26, 2015 by Ministry of Justice. *Taiwan Prosecutor Review*, 21, 174-182.】

許澤天（2019）。刑法分則（下）——人格與公共利益篇。臺北市：新學林。

【Hsu, T.-T. (2019). *Strafrecht besonderer teil II*. Taipei, Taiwan: Sharing.】

陳秀丹（2019）。從一位醫師的角度來看病人自主權利法。應用倫理評論，67，65-76。

【Chen, S.-D. (2019). An analysis of Patient Right to Autonomy Act from a medical doctor's perspective. *Applied Ethics Review*, 67, 65-76.】

陳棋炎、黃宗樂、郭振恭（2014）。民法親屬新論（修訂十二版）。臺北市：三民。

【Chen, C.-Y., Hwang, T.-L., & Kuo, J.-K. (2014). *Civil law: Family* (12th ed.). Taipei, Taiwan: San Min Book.】

陳鈺雄（2018）。尊嚴死的權利：論病人自主權利法。東海大學法學研究，55，1-36。

- 【Chen, C.-H. (2018). The right to die with dignity: On the Patient Right to Autonomy Act. *Tunghai University Law Review*, 55, 1-36.】
- 張麗卿 (2016)。病人自主權利法——善終的抉擇。《東海大學法學研究》，50，1-47。
- 【Chang, L.-C. (2016). Patient Autonomy Act – Choice of good death. *Tunghai University Law Review*, 50, 1-47.】
- 張麗卿 (2017)。醫師執行預立醫療決定的刑事責任。《輔仁法學》，53，1-42。
- 【Chang, L.-C. (2017). The criminal liability of the doctor performing advanced directive. *Fu Jen Law Review*, 53, 1-42.】
- 廖建瑜 (2019)。病人自主權利法對於告知同意理論之影響。《月旦醫事法報告》，27，36-56。
- 【Liao, C.-Y. (2019). The effect of Patient Autonomy Act to the theory of informed consent. *Angle Health Law Review*, 27, 36-56.】
- 蔡甫昌、郭蕙心 (2017)。病人自主權利法之倫理觀點與實務挑戰。《台灣醫學》，21 (1)，62-72。
- 【Tsai, D. F.-C., & Kuo, H.-H. (2017). The ethical perspectives and practical challenge of Patient Self Determination Act. *Formosan Journal of Medicine*, 21 (1), 62-72.】
- 謝宛婷 (2019)。從病人自主權利法施行細則探討預立醫療決定對緩和醫療照護的影響。《月旦醫事法報告》，27，25-35。
- 【Hsieh, W.-T. (2019). Exploring the impact of advance decisions on palliative care from the Enforcement Rules of the Patient Autonomy Act. *Angle Health Law Review*, 27, 25-35.】
- 謝宛婷、陳炳仁 (2016)。失智症末期醫療照護之倫理與法律相關議題。載於陳炳仁 (主編)，失智症安寧緩和醫療照護指引 (頁 144-155)。臺南市：奇美醫療財團法人奇美醫院。
- 【Hsieh, W.-T., & Chen, P.-J. (2016). Ethical and legal issues related to terminal-phase dementia palliative care. In P.-J. Chen (Ed.), *Guidelines on palliative care for dementia patients* (pp. 144-155). Tainan, Taiwan: Chi Mei Medical Center.】

戴炎輝、戴東雄、戴瑀如（2014）。親屬法。臺北市：作者。

【Tai, Y.-H., Tai, T.-S., & Tai, Y.-Z. (2014). *Family law*. Taipei, Taiwan: Author.】

Aging with Dignity. (n.d.). *Five wishes*. Retrieved from <https://fivewishes.org/>

Katz, D. I., Polyak, M., Coughlan, D., Nichols, M., & Roche, A. (2009). Natural history of recovery from brain injury after prolonged disorders of consciousness: Outcome of patients admitted to inpatient rehabilitation with 1-4 year follow-up. *Progress in Brain Research, 177*, 73-88.

PREPARE. (2016). *California PREPARE advance directive*. Retrieved from <https://prepareforyourcare.org/advance-directive-state/ca>

Wiesing, U., Jox, R. J., Heßler, H.-J., & Borasio, G. D. (2010). A new law on advance directives in Germany. *Journal of Medical Ethics, 36*(12), 779-783.

Suggestions for Revision of Patient Right to Autonomy Act

Johannes Hsiao-Chih Sun*

Abstract

Patient Right to Autonomy Act was enacted on December 18th, 2015, announced on January 6th, 2016, and came into effect and started to be implemented on January 6th, 2019. I have participated in and was as specialist in charge of the drafting during the process of the legislation and then was also responsible with superintendent Sheng-Jean Huang of Taipei City Hospital for the process of drafting the rules and related measures for implementation of the act. Both processes were difficult and full of political and populistic compromises that shall not be taken as unusual in democratic countries. More than one year of implementation of the act, however, it is timely to reflect and investigate whether there are some points in the act worthy of revision and adjustment so as to meet the needs of patients and society as good as possible.

The first and only amendment took place on May 24th, 2019. It dealt with the revision of Art. 15. On top of this amendment there are still many issues both in the act and in the rules and related measures for implementation of the act that shall come under close scrutiny to be evaluated whether further revisions are necessary. Accordingly, this article is to analyze all those issues in order to systematically present a package of suggestions for the possible amendment of the act in the future.

Since Art. 7 is the watershed of the act, of which the former part regulates the basic

* Johannes Hsiao-Chih Sun: Professor, Department of Philosophy, National Taiwan University
Manuscript received: May 2, 2020; Accepted: Jun. 15, 2020

principles of patient autonomy, while its latter part deals with the legal measures and mechanism of refusing life-sustaining treatment and/or artificial nutrition and hydration, this article is also divided in two parts to explore the amendment of the act and to advance systematic suggestions for its revision.

Keywords : principle of subsidiarity, patient's right of refusing life-sustaining treatment, advance care planning, advance decision, health care agent