

# 病人自主權利法中病人的兩大權利——兼談病人自主權利法與其他醫療法律有何不同？

文:周吉麒（認證法律人）· 健康·醫療·銀髮族 · 2022-11-29

---

## 本文

「病人自主權利法」於2016年1月6日公布，立法者為避免對當時的醫療環境衝擊過大，公布3年後才開始施行<sup>[1]</sup>。本法是臺灣首部以病人為主體的醫療法律，規範內容主要為兩部分：病人「知情、選擇決定的權利」以及「拒絕醫療的權利」<sup>[2]</sup>。假若生老病死是人生必經歷程，生病衰老是成長過程中無法避免的自然狀態，那麼病人自主權利法就與每個人都切身相關，我們實有認識的必要。

## 一、知情、選擇與決定的權利

### （一）法律規定

由於多數病人不具醫學專業知識，因此能否做成符合自身最佳利益的醫療決定，仰賴於事前有無獲得充分足夠的醫療資訊。正因為事前資訊的獲得是如此重要，過去多部醫療法律對於醫方必須事前說明、獲得病方同意等義務都有制定相關規定<sup>[3]</sup>；病人自主權利法也不例外，規定病人及關係人對於病情、用藥、可能的不良反應等有知情的權利，進行手術或侵入性檢查、治療前也必須由病人或關係人同意<sup>[4]</sup>。

### （二）病人與家屬，應以病人優先

雖然過去多部醫療法律規定可以保障病方知情、選擇與決定的權利，但無法避免家屬基於保護病人的心態，父權式地替病患過濾資訊、代作醫療決定（有學者稱這種臺灣獨特的醫病關係模式為「家屬父權」）<sup>[5]</sup>。因為過去的法律並未要求醫方應優先向病人本人為說明，導致臨床實務上，醫師因擔心家屬可能會在未來發動訴訟，故有時會將病人家屬的意願凌駕於病人自主的考量上<sup>[6]</sup>。

為解決家屬父權問題及彰顯病人主體性，病人自主權利法特別規定，醫方告知對象應以病人本人為優先，在病人沒有明示反對，醫方才可以告訴關係人<sup>[7]</sup>；而且就算是與病人關係密切的人，也不可以妨礙病人自己作成的醫療決定<sup>[8]</sup>。

## 二、拒絕醫療的權利

如果病人擁有接受醫療的權利，那麼病人是否也擁有拒絕醫療的權利？即便拒絕醫療後，病人將面臨生命的結

束，病人是否仍具有拒絕醫療的權利？

在病人自主權利法制定施行前，臺灣只有安寧緩和醫療條例承認末期病人擁有拒絕醫療的權利<sup>[9]</sup>。但在現今醫療科技大幅躍升且持續進步下，重症病人多數無法符合該法關於末期病人的定義，導致無法適用安寧緩和條例來拒絕醫療。為避免病人的拒絕醫療權被不當限縮，立法者制定病人自主權利法，放寬適用主體的範圍，增加拒絕醫療的選項，同時也要求更嚴謹緻密的程序要件<sup>[10]</sup>。

### (一) 誰可以拒絕醫療？

在適用主體部分，病人自主權利法將原本安寧緩和條例僅適用「末期病人」1種臨床條件，放寬至適用於以下5種臨床條件<sup>[11]</sup>：

1.

末期病人、

2.

不可逆轉的昏迷、

3.

永久植物人、

4.

極重度失智、

5.

其他經過中央主管機關公告的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的情形<sup>[12]</sup>。

### (二) 可以拒絕哪些醫療？

在拒絕醫療部分，從安寧緩和條例只能拒絕「維生醫療」與「心肺復甦術」<sup>[13]</sup>，到病人自主權利法擴展為可以拒絕「維持生命治療」與「人工營養及流體餵養」的醫療選項<sup>[14]</sup>。

尤其是從拒絕「維生醫療」到「維持生命治療」，兩個看似一樣的選項，前者只限於無治癒效果的「無效醫療」措施<sup>[15]</sup>，後者則包括可能延長生命的必要醫療措施<sup>[16]</sup>，也就是說，現在就算是「有效醫療」的選項也可以拒絕。

### (三) 拒絕醫療要符合哪些程序？

在程序要件部分，病人自主權利法要求病人在預立醫療決定（advance directive，AD）前，必須先經過醫

療照護諮商 (advance care planning, ACP) [17]，並且在預立醫療決定時，需經公證或2人以上見證[18]，最後再註記於全民健康保險卡後，預立醫療決定才生效 (圖1) [19]。

如果想要撤回或變更預立醫療決定，需至醫療機構辦理，重新上傳新的預立醫療決定檔案及更新健保卡註記[20]。

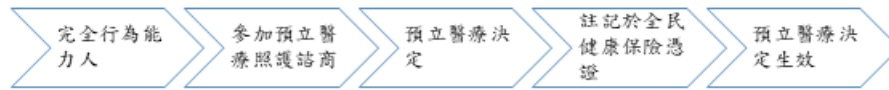


圖1：預立醫療決定生效的流程

資料來源：作者自製。

### 三、病人自主權利法與安寧緩和醫療條例的比較

病人自主權利法雖然放寬適用主體的範圍以及增加拒絕醫療的選項，但它不像安寧緩和醫療條例，容許最近親屬等第三人代替病人本人來拒絕醫療[21]。因此當病人未預立醫療決定時，即便自己的臨床情況符合病人自主權利法所規定的臨床條件（例如植物人、極重度失智等），仍無法適用該法來拒絕醫療；但病人若是屬於末期病人時，還是可以適用安寧緩和醫療條例規定，由病人最近親屬或醫院安寧緩和醫療團隊代替病人本人來拒絕醫療，讓安寧緩和醫療條例補充病人自主權利法沒有規範的地方。藉由安寧緩和醫療條例與病人自主權利法來共同實現病人善終的權利（表1）。

表1：病人自主權利法與安寧緩和醫療條例的異同

	病人自主權利法	安寧緩和醫療條例
簽署的文件名稱	預立醫療決定書	預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇同意書、不施行心肺復甦術暨維生醫療同意書
文件簡稱	AD(Advance Decision)	DNR(Do Not Resuscitate)
適用主體	1.末期病人 2.不可逆轉的昏迷 3.永久植物人 4.極重度失智 5.其他經衛福部公告的重症病人	1.末期病人

拒絕醫療的選項	1.可能延長生命的「維持生命醫療」 2.人工營養及流體餵養	1.延長瀕死過程的無效「維生醫療」 2.心肺復甦術
程序要件	1.經過「預立醫療照護諮商」 2.簽署預立醫療決定書 3.註記在全民健康保險卡 4.無第三人同意書制度	1.可直接簽署文件，不需經「預立醫療照護諮商」 2.病人意識不清時，可由最近親屬簽具「同意書」

來源：改寫自胡伊婷、許名雅、薛光傑、陳如意（2020），〈淺談病人自主權利法與安寧緩和醫療條例之差異〉，《家庭醫學與基層醫療》，第35卷第9期，頁261。

## 註腳

[1] 病人自主權利法第19條第1項：「本法自公布後三年施行。」

病人自主權利法第19條的立法理由：「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，爰本法明定自公布後三年施行。」立法院公報處（2015），《立法院公報》，第104卷第98期，頁420。

[2] 從病人自主權利法的整體架構來看，第7條是樞紐與分水嶺，將病人自主權利法分為兩部分：前半部規範病人自主權的基本原則，也就是有關病人及其關係人知情、選擇與決定的權利；後半部則規範攸關生死的拒絕醫療權利及相關配套措施。林孟蒨（2019），〈臺灣《病人自主權利法》的倫理分析〉，《應用倫理評論》，第67期，頁144-145。

[3] 從最早的「優生保健法」（1984年制定施行）到「醫療法」（1986年制定施行）至最近的「安寧緩和醫療條例」（2000年制定施行），均明文要求醫方對病方有事前說明的義務。例如優生保健法第11條、醫療法第63條、第64條、第81條以及安寧緩和醫療條例第8條等規定。

[4] 病人自主權利法第4條：「

I 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。

II 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。」

病人自主權利法第5條：「

I 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。

II 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。」

病人自主權利法第6條：「病人接受手術、中央主管機關規定之侵入性檢查或治療前，醫療機構應經病人或關係人同意，簽具同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。」

- [5] 楊秀儀 (2002) , 〈病人, 家屬, 社會: 論基因年代病患自主權可能之發展〉, 《國立臺灣大學法學論叢》, 第31卷第5期, 頁4。
- [6] 楊秀儀, 同註5, 頁10。
- [7] 病人自主權利法第5條第1項。
- [8] 病人自主權利法第4條第2項。
- [9] 關於末期病人的定義, 依安寧緩和醫療條例第3條第2款: 「本條例專用名詞定義如下: ……二、末期病人: 指罹患嚴重傷病, 經醫師診斷認為不可治癒, 且有醫學上之證據, 近期內病程進行至死亡已不可避免者。」  
關於安寧緩和醫療條例的相關說明, 可以參閱: 周吉麒 (2021) , 《在醫院, 病人是否擁有拒絕急救或終止維生醫療的權利? —簡介安寧緩和醫療條例》。
- [10] 立法院公報處 (2015) , 《立法院公報》, 第104卷第98期, 頁186-187。
- [11] 病人自主權利法第14條第1項: 「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。」
- [12] 衛生福利部於2020年1月6日公布病人自主權利法第14條第1項第5款「其他經中央主管機關公告之疾病」, 包含多發性系統萎縮症、囊狀纖維化症、亨丁頓氏舞蹈症、脊髓小腦退化性動作協調障礙、脊髓性肌肉萎縮症、肌萎縮性側索硬化症、裘馨氏肌肉失養症、肢帶型肌失養症、Nemaline線狀肌肉病變、原發性肺動脈高壓及遺傳性表皮分解性水泡症11類疾病, 並於2021年4月13日修正公告第12類疾病包含先天性多發性關節攣縮症。參閱衛生福利部 (2020) , 《衛福部發布11類疾病 擴大適用病主法之臨床條件》、衛生福利部衛部醫字第1101661853號公告 (2021/4/13) 。
- [13] 安寧緩和醫療條例第7條第1項: 「不施行心肺復甦術或維生醫療, 應符合下列規定: ……。」
- [14] 病人自主權利法第8條、第14條。
- [15] 安寧緩和條例第3條第4款: 「本條例專用名詞定義如下: ……四、維生醫療: 指用以維持末期病人生命徵象, 但無治癒效果, 而只能延長其瀕死過程的醫療措施。」
- [16] 病人自主權利法第3條第1款: 「本法名詞定義如下: 一、維持生命治療: 指心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施。」
- [17] 雖然預立醫療決定是個人醫療自主的權利, 但家庭成員在長者末期照顧決策上常佔有不可或缺的角色, 因此病人自主權利法第9條第2項規定二親等內親屬原則上至少一人需參加醫療照護諮商, 以凝聚家庭對未來特定臨床條件下醫療措施的共識, 降低日後執行醫療決定的溝通困境。劉靜女等 (2019) , 〈預立醫

療照護諮商之北市聯醫經驗》，《北市醫學雜誌》，第16卷附冊，頁32；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》，第17卷附冊，頁4-5、8。

[18]依病人自主權利法第9條第4項規定，見證人不得是意願人所指定的醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員、以及繼承人以外的受遺贈人、遺體或器官指定的受贈人、其他因意願人死亡而獲得利益的人。

[19]病人自主權利法第9條：「

I 意願人為預立醫療決定，應符合下列規定：

- 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。
- 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。
- 三、經註記於全民健康保險憑證。

II 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。

III 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。

IV 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。

V 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。」

[20]病人自主權利法施行細則第6條：「意願人依本法第八條第一項規定，以書面撤回或變更預立醫療決定者，應向醫療機構為之；醫療機構應以掃描電子檔存記於本法第十二條第二項中央主管機關之資料庫，並由中央主管機關更新註記於全民健康保險憑證。」

[21]當末期病人未預立醫療決定時，安寧緩和醫療條例第7條第3項、第4項規定，允許病人最近親屬或醫院安寧緩和醫療團隊代替病人本人來拒絕醫療。

## 延伸閱讀

### (一) 專書

- 1.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》，頁1-367，臺北：天下雜誌。
- 2.朱為民（2018），《人生的最後期末考—生命自主，為自己預立醫療決定》，頁1-285，臺北：商周出版。
- 3.蔡宏斌（2020），《好活與安老：從病人自主權到安寧緩和，「全人善終」完全指南》，頁1-286，臺北：發光體文化。

### (二) 期刊

- 1.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期，頁1-47。

- 2.胡伊婷、許名雅、薛光傑、陳如意（2020），〈淺談病人自主權利法與安寧緩和醫療條例之差異〉，《家庭醫學與基層醫療》，35卷9期，頁256-262。
- 3.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卷，頁1-10。

#### 標籤

病人自主權利法，病主法，病人，安寧緩和醫療，預立醫療決定