

# 病人拒絕治療權法律實務與政策問題分析檢討： 以病人自主權利法行為主體及醫療委任代理人為中心

何建志\*

## 摘要

立法院於 2015 年 12 月制訂通過病人自主權利法，而衛生福利部在 2018 年 10 月公告病人自主權利法施行細則，已經為臺灣建立了一套兼顧理想性及可行性的制度。不過，由於本法是一套新的法律制度，在涉及病人拒絕治療權之哲學理念及法律技術層面上需要克服許多困難，因此本法及其施行細則中關於主體資格、預立醫療決定法定方式、醫療委任代理人等事項，出現某些缺失或法律疑義。本文一方面檢討分析這些相關問題，一方面也提出建議改善方案，期盼各界人士繼續交流討論，進一步完善臺灣病人自主權。

關鍵字：醫療自主權、拒絕治療權、病人自主權利法、醫療委任代理人

Keywords: medical autonomy, right to refuse treatment, the Patient Right to Autonomy Act, health care agent

---

\* 臺北醫學大學醫療暨生物科技法律研究所。

## 目次

壹、前言	四、與安寧緩和醫療條例之異同
貳、病人主體資格與行使拒絕治療權法定方式	參、醫療委任代理人資格與權限
一、主體資格	一、醫療委任代理人之消極資格限制
二、預立醫療決定之法律行為性質	二、醫療機構人員可否擔任醫療委任代理人？
(一) 要式法律行為	三、法人機構代理人之未來可行性
1. 病主法之法定方式規定	四、醫療委任代理人與監護人（法定代理人）何者意見優先？
2. 健保卡註記並非主體資格限制	
(二) 附法定條件之法律行為	
三、病人當下意願並非一概獲得尊重	肆、結論與展望

### 壹、前言

病人自主權利法（以下簡稱病主法）於 2015 年 12 月 18 日由立法院三讀通過，經總統於 2016 年 1 月 6 日公布，於 2019 年 1 月 6 日施行。在病人拒絕治療權（patient's right to refuse treatment）及知情權（patient's right to know）等事項，病主法有別於現行醫療法，使病人主體地位優先於家屬、醫師及醫療機構，病人因此可以部分掙脫傳統文化下家族主義（Familialism）及醫療父權主義（Medical Paternalism）之束縛。由法律學、社會學、醫學史角度而言，病主法象徵臺灣地區病人自主權進入了新的歷史階段。

不過，病主法的進步之處，也正是病主法在立法階段及施行後衍生疑義或爭議的來源！在「法律進步，文化落後」社會現實下，並非所有臺灣民眾、醫師、法界人士或政府官員都能立即接受病主法之先進理念，因此對於各種抽象原則問題或具體法律概念操作方面，仍有不少事項有需要解釋或檢討改進之處。本文以病人拒絕治療權之主體及醫療委任代理人為例，分析檢討病人自主權利法施行相關法律實務與政策問題。

### 貳、病人主體資格與行使拒絕治療權法定方式

依據當代國際間醫學倫理標準，成年病人本有醫療自主權可選擇是否接受治療，除非有法律上強制治療規定（如精神病或傳染病），否則醫師與醫院當然不可實施強制治療。例如 2006 年世界醫學會威尼斯末期疾病宣言（WMA Declaration of Venice on

Terminal Illness) 第 3 條即明文宣示病人有拒絕治療權。

不過，當病人本人處於末期疾病狀態，或因傷病而陷於喪失意識或無決定能力狀態時，病人可能在停止治療後因傷病死亡，從而病人行使拒絕治療權以往在各國都曾引發爭議。國內主管機關甚至曾在 1989 年發文函釋否認病人有拒絕治療權<sup>1</sup>。而在 2000 年臺灣地區施行安寧緩和醫療條例之後，該條例已經允許末期病人可以有條件不施行心肺復甦術，因此醫療機構據此不施行或撤除心肺復甦術屬於刑法第 21 條第 1 項「依法令之行為」，也可排除適用民法第 184 條第 1 項之「不法侵害他人之權利」，從而免除一切刑事、民事責任。

然而，目前安寧緩和醫療條例主體僅適用於「末期病人」，而非所有病人，其法律主體適用範圍仍有相當限制。在病人自主權利法施行後，可依法拒絕治療之病人主體範圍擴大，對於國內醫界將帶來衝擊。而另一方面，鑑於病主法之社會影響廣泛，為求慎重起見且與當前政治社會文化妥協，本法也對病人行使自主權設有某些限制。雖然「限制自主權」與「尊重自主權」是互相矛盾的概念，病主法一方面擴大病人自主權的同時也設有某些限制，是法律進步歷史過程中難以避免的妥協。

## 一、主體資格

病主法第 8 條第 1 項規定：「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。」因此，只要不屬於無行為能力人或限制行為能力人，任何成年人都有權依據病主法為預立醫療決定（advance decisions）。

至於外國人，病主法並未特別限制其權利，因此在解釋上也可適用本法。雖然現行民法第 12 條規定：「滿二十歲為成年。」但涉外民事法律適用法第 10 條第 1 項規定：「人之行為能力，依其本國法。」如外國人依其本國法滿 18 歲或甚至滿 16 歲即成年，且能提出有效身分證明文件（如護照）者，亦得依據本法為預立醫療決定。

此外有疑義者，個人因精神障礙或其他心智缺陷導致欠缺部分決策能力，且依民法第 15 條之 1 受輔助宣告者，其法律地位並非是無行為能力人，僅是從事訴訟行為或重要財務行為時應經輔助人同意（民法第 15 條、第 15 條之 2 參照），因此可否適用

<sup>1</sup> 1989 年 3 月 16 日行政院衛生署衛署醫字第 986649 號函：「有關罹患不治之症病人，如經本人或其家屬同意，立同意書後，醫師可否放棄心肺復甦術之處置疑義，因涉及生命尊嚴、宗教信仰、倫理道德、醫學技術及病人情況等複雜問題，目前尚有不妥。」其實憲法第 22 條早已規定：「凡人民之其他自由及權利，不妨害社會秩序公共利益者，均受憲法之保障。」以往國內各界慣常以為人民必須根據法律明文規定才有自由權利，是錯誤憲法觀念。例如大法官早已宣示隱私權雖非憲法明文列舉之權利，仍受憲法第 22 條所保障（釋字 603 號解釋參照）。因此身體自主權或醫療自主權在本質上屬於個人私事，不涉及他人利益或公共危險問題，雖非憲法明文列舉之權利，仍應受憲法第 22 條所保障，政府行政命令不可隨意限制剝奪。前述衛生署時代之行政函釋否認人民拒絕治療權，屬於過去臺灣政府及法學界憲政法治觀念偏差之時代產物，應予檢討修正。不過，國內衛生主管機關及法務部長年認為必須有法律明文規定，病人才可行使拒絕治療權，已經在臺灣形成一個堅固的詮釋學傳統，且儼然成為許多論者共識，在此歷史脈絡下安寧緩和醫療條例及病人自主權利法便成為個人行使拒絕治療權不可或缺的法律基礎。

病主法第 8 條第 1 項為預立醫療決定？在法律上可能解釋有二種：

（一）肯定說：基於限制權利之法律應從嚴解釋之法理<sup>2</sup>，既然受輔助宣告人並非法律明文規定之無行為能力人或限制行為能力人，其從事法律行為之限制，應僅限於民法第 15 條之 2 第 1 項之七款情形。如發生病主法第 9 條第 3 項：「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。」醫療機構才可在個案依實際情形拒絕受輔助宣告人為預立醫療決定。換言之，受輔助宣告人並非當然無資格為預立醫療決定，其行使醫療自主權之法律有效性，必須依據個案情形認定。

（二）否定說：受輔助宣告人既然無法獨立從事所有法律行為，自非病主法第 8 條第 1 項具「完全」行為能力之人，所以沒有資格預立醫療決定。除非日後病人本人心智功能恢復且撤銷輔助宣告，才有資格預立醫療決定。

關於以上二種解釋，如以保障病人自主權觀點而言，自然以肯定說較為可採，但可能會增加醫療機構之認定負擔及衍生個案爭議；如以法律執行便利性而言，則以否定說較為可取。對於這個可能法律疑義，衛生福利部於 2018 年 10 月所公告之施行細則沒有給予解釋。鑑於法律主體資格屬於重要事項，本文認為較為理想的解決方式是由立法機關日後修法釐清爭議。

## 二、預立醫療決定之法律行為性質

### （一）要式法律行為

一般而言，法律行為以不要式為原則，以要式為例外。民法第 73 條規定：「法律行為，不依法定方式者，無效。但法律另有規定者，不在此限。」因此沒有法律特別規定時，當事人可以自由選擇法律行為之方式；不過，如果法律有特別規定時，則當事人之法律行為必須嚴格遵守法定方式，否則無效。

#### 1. 病主法之法定方式規定

當個人處於有行為能力狀態時，只要不涉及法定強制治療規定，其行使拒絕治療權相當方便且不會引發倫理、法律爭議。不過，當個人處於喪失意識或不具行為能力狀態時，其拒絕治療權之行使比較容易引發爭議。為解決這個問題，美國 1990 年病人自我決定法（Patient Self-determination Act，簡稱 PSDA）明文規定病人有接受或拒絕治療之權利，且有預立醫療決定選擇或拒絕治療之權利，不過 PSDA 並無要求病人之預

<sup>2</sup> 「中華民國憲法對於人民自由權利，係採直接保障主義，對於自由權利之限制或課人民以義務，則應以法律定之，此就憲法第二章各條規定自明。關於賦與人民權利事項，固不妨在法律文義許可範圍內從寬作有利於人民之解釋；其關於限制人民自由權利或處罰人民、課人民以義務之相關事項，則應以較嚴謹之方法即文理解釋為先，否則，憲法上所保障之人民自由權利，或限制以法律始得處罰人民、課人民義務之規定將因不當之解釋而喪失。」見楊建華大法官，司法院大法官釋字第 247 號解釋不同意見書。

立醫療決定必須接受審查、批准或經過特殊法定程序。另以英國為例，為完成有效預立醫療決定，只需本人書面簽名及一名見證人即可，此外不需完成其他法定方式<sup>3</sup>。

而在臺灣，由於預立醫療決定涉及生死，為了慎重起見，病主法第 9 條第 1 項對於預立醫療決定設有許多嚴謹要式規定，包含：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在場見證；三、經註記於全民健康保險憑證（以下簡稱健保卡）。以上這些規定屬於民法第 73 條所稱之法定方式，不遵守者其預立醫療決定無效。

與外國法律及實務相比，臺灣地區病人為選擇自己失能後的醫療決定或拒絕治療，必須履行較多程序及法定方式負擔，如此繁重規定是否符合比例原則？而社會耗費相當多人力與資源執行這些法定方式規定，是否導致醫療資源配置扭曲？以上問題均值得深思。不過，鑑於病主法是一個進步潮流與社會現實妥協下的產物，目前的病主法關於預立醫療決定的法定方式規定，在當前社會現實下雖不完美但勉強可以接受。

本文建議立法機關宜根據日後實施情形及早檢討改進，儘量修法簡化預立醫療決定之法定方式及法定程序等負擔，方可進一步提升個人醫療自主權，且更便利國人主動規劃個人失能後之醫療決策方向，減少家庭糾紛及醫療機構執行業務困擾。否則，根據現行病主法，即使醫學、法學教授熟悉本法規定及相關醫療處置，或者本身就是提供預立醫療照護諮商之合格專家（醫師、護理師、心理師、社工師等），這些學者專家自己深思熟慮後，其預立醫療決定仍然必須經過法定諮商程序，且不一定可主張減免費用。這種現象反映出臺灣法律時常過度管制，無法精準調控合理管制範圍，以致產生不必要之程序負擔耗費，這種僵化、無彈性的制式規定應當早日更正改善。在立法機關未改善現行法之前，主管機關在現行法框架下可提出行政指導，建議醫療機構可根據當事人資格條件適度簡化預立醫療照護諮商程序（例如分為一般程序、簡易程序等），使人民有程序選擇權，並根據諮商時間長短以彈性方式計算費用。

## 2. 健保卡註記並非主體資格限制

值得注意者，病主法第 9 條第 1 項註記健保卡也是法定方式要件之一，在尚未完成主管機關註記健保卡前，預立醫療決定尚未生效。不過，雖然現行全民健康保險法採取強制納保制度，但僅限於有戶籍之國民才適用強制納保，如果國民未曾取得戶籍（如在外國出生之本國人）或曾喪失戶籍（如留學生或僑民）者，必須六個月繼續在臺灣地區設有戶籍，才可取得納保資格（全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款參照）。

以返國僑民為例，只要符合病主法第 8 條第 1 項行為能力規定，應有權為預立醫療決定，且經醫療機構核章證明，只是必須等設籍滿六個月後才可取得健保卡由主管

<sup>3</sup> National Health Service, Advance decision (living will), <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/advance-decision-to-refuse-treatment/> (last visited Nov. 14, 2018).

機關予以註記。然而，衛生福利部於 2018 年 10 月公告之病主法施行細則第 2 條規定：「本法第三條第四款意願人，應符合本法第八條第一項規定，具完全行為能力，並依本法第九條第一項規定，參加全民健康保險，領有全民健康保險憑證。」由本文前述可知，健保卡註記僅是「法定方式」限制，並非是「法律主體資格」限制，衛福部施行細則第 2 條將兩者混為一談，抵觸病主法第 8 條第 1 項規定，且違法限制返國僑民接受預立醫療照護諮商及獲得核章證明之權利，這個法制作業缺陷日後應該更正改善。

至於外國人，依病主法第 8 條第 1 項規定亦有權為預立醫療決定，如符合全民健康保險法第 9 條規定領有居留證明文件者，亦可取得健保卡由主管機關註記其預立醫療決定。依全民健康保險法第 9 條第 1 款，外國人在臺居留滿六個月才取得納保資格擁有健保卡，其預立醫療決定註記時間延遲問題與返國僑民相同。而根據全民健康保險法第 9 條第 2 款，外國人屬於有一定雇主之受僱者，自合法受僱日起立即取得納保資格而可註記健保卡，其行使預立醫療決定權反而比返國僑民更加容易。這種註記法定方式對本國人及外國人預立醫療決定權之限制問題，立法機關與主管機關日後宜思考改善方案，以減少法定方式要求對人民醫療自主權之不當、過度限制。

## （二）附法定條件之法律行為

一般而言，法律行為成立時即生效，不過如果當事人有特別約定或法律有特別規定者，則會產生出「附生效條件法律行為」。由於預立醫療決定涉及生死，為了慎重起見，病主法不承認預立醫療決定成立時即刻生效，而是必須發生病主法第 14 條第 1 項之五款臨床條件<sup>4</sup>之一時，個人先前的預立醫療決定方才生效且可執行。因此病主法第 14 條第 1 項之五款臨床條件屬於民法第 99 條第 1 項之「停止條件」，於條件成就時發生效力。而本法之臨床條件來自法律強行規定，因此屬於法定條件而非約定條件。

## 三、病人當下意願並非一概獲得尊重

鑑於人事無常、心意改變是世間常見現象，因此病主法第 12 條第 3 項設有變更預立醫療決定機制：「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。」不過，如果個人先前曾簽署預立醫療決定書，但日後在臨床醫療過程中改變心意者，醫療機構應尊重病人當時最新書面意思表示？或優先適用病人先前預立醫療決定書內容？由於病主法本身對這個問題沒有釐清規定，因此可能產生法律疑義。

衛生福利部 2018 年 10 月所公告病主法施行細則第 8 條規定：「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

<sup>4</sup> 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。」

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。」在臺灣官僚體制下，法令條文撰寫方式常不考慮便利人民理解，本條規定方式曲折繁複，類似智力測驗題目考驗人民語文素養與邏輯能力，不易令人理解規範內容。為使讀者理解該條文規定意義，本文解析如下：

（一）依據病主法施行細則第 8 條前段：如病人先前預立醫療決定書內容不接受維持生命治療或人工營養及流體餵養，而日後臨床書面表示接受者，醫師應依據當時病人最新臨床書面表示執行。

（二）依據病主法施行細則第 8 條後段但書：如病人先前預立醫療決定書內容接受維持生命治療或人工營養及流體餵養，而日後臨床書面表示不接受者，則於病人撤回或變更程序完成前，醫師仍應執行先前預立醫療決定書內容，直到撤回或變更程序完成後，醫師才可不給予或停止維持生命治療或人工營養及流體餵養。

在法理上，為貫徹尊重病人自主權之立法目的，醫療機構當然應該優先尊重病人當時最新書面意思表示。不過如本文先前一再指出，病主法是一個進步潮流與社會現實妥協下的產物，當病主法出現法律漏洞解釋空間時，臺灣主管機關偏好治療優先之傳統立場，而非尊重病人當時真正意願。本文認為，病主法施行細則第 8 條之法律位階屬於法規命令，不應抵觸病主法第 1 條「尊重病人醫療自主」之立法目的，因此主管機關應及早改進修正，而立法機關也應及早修法填補這個法律漏洞。而在立法或行政機關改善修正這個問題前，預立醫療照護諮商人員對民眾說明病主法權利事項時，也應警告民眾這個法律陷阱，亦即在病主法施行細則第 8 條後段但書情形下，主管機關不尊重個人醫療自主權，強迫人民被自己以往的預立醫療決定所束縛。

#### 四、與安寧緩和醫療條例之異同

病主法與安寧緩和醫療條例都是明文承認病人有拒絕治療權之法律，不過前者屬於新法，後者屬於舊法；前者相對上屬於普通法（適用於所有病人），後者相對上屬於特別法（僅適用於末期病人）。由於臺灣立法機關及行政機關長遠規劃能力不足，不擅長系統性整合法律規定，以致新法與舊法常出現疊床架屋現象，增加適用法律複雜性及爭議可能性。本文就病主法與安寧緩和醫療條例關於主體及法定方式問題分析說明如下：

（一）「任何有行為能力人」得依病主法「預立」醫療決定，「末期病人」得依安寧緩和醫療條例立意願書。在安寧緩和醫療條例架構下，關於「立」或「預立」意願書之標準，取決個人簽署文件時健康狀態。當個人已經發病且進入末期疾病階段，

安寧緩和醫療條例第 4 條第 1 項規定：「末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。」如果個人尚未發病，或發病後尚未進入末期疾病階段，安寧緩和醫療條例第 5 條第 1 項規定：「二十歲以上具完全行為能力之人，得預立第四條之意願書。」相較之下，病主法第 8 條僅允許具完全行為能力之人「預立」醫療決定。

(二) 安寧緩和醫療條例意願書不需完成註記程序即成立、生效。如本文先前所述，病主法第 9 條明文規定預立醫療決定之法定方式要件包含註記健保卡。但是根據安寧緩和醫療條例第 4 條第 2 項，意願書法律要件內容僅包含：「一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。二、意願人接受安寧緩和醫療或維生醫療抉擇之意願及其內容。三、立意願書之日期。」至於註記健保卡，規定於安寧緩和醫療條例第 6 條之 1，僅是行政公告程序，並非法定方式要件。相較之下，末期病人完成簽署時，安寧緩和醫療條例意願書即刻成立、生效，但病主法預立醫療決定必須完成簽署，且完成醫療機構核章及註記健保卡方才成立，另待日後發生臨床條件時才生效可執行。

(三) 安寧緩和醫療條例最近親屬同意書可取代末期病人意願書，但病主法預立醫療決定僅能由本人簽署，且無親屬事後補充、取代機會。安寧緩和醫療條例第 7 條第 3 項前段規定：「末期病人無簽署第一項第二款之意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。」但病主法未提供這種親屬事後補充、取代機會。因此，末期病人先前未簽署安寧緩和醫療條例意願書者，親屬有機會事後出具同意書拒絕、停止或撤除治療。但如果病人是不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智等情形，僅有病人本人先前意識清楚有行為能力時，得依據病主法以預立醫療決定方式行使拒絕治療權，而不得由親屬事後出具文件取代。

## 參、醫療委任代理人資格與權限

### 一、醫療委任代理人之消極資格限制

當個人喪失事實上自主決定能力時，如能藉由事先指定代理人為自己做出醫療決定，便可將個人自由意志延伸到心智失能之後。因此病主法之醫療委任代理人制度是維護病人自主權之重要手段。由社會學及心理學角度而言，發展、維繫友誼或親密關係也是個人建立自我主體性之重要層面。因此關於個人可選擇何人擔任醫療委任代理人？在法理上本應適用契約自由原則，由當事人以無償委任或有償委任契約方式，自由選擇所信任之親朋好友或專業人士擔任代理人。

然而，病主法第 10 條第 2 項卻對醫療委任代理人資格範圍設有排除規定（消極資格限制）。病人自主權利法第 10 條第 2 項規定：「下列之人，除意願人之繼承人外，不得為醫療委任代理人：一、意願人之受遺贈人。二、意願人遺體或器官指定之受贈人。三、其他因意願人死亡而獲得利益之人。」換言之，意願人如果選擇法定繼承人<sup>5</sup>

<sup>5</sup> 民法第 1138 條：「遺產繼承人，除配偶外，依左列順序定之：一、直系血親卑親屬。二、父母。三、兄弟姊妹。四、祖父母。」



範圍內人員（如配偶、父母子女、兄弟姊妹等），其選擇醫療委任代理人不受限制；如果意願人選擇法定繼承人範圍以外人員（如事實伴侶、無血緣親屬關係之朋友等），其選擇醫療委任代理人受到法律限制：法律禁止受遺贈人、遺體或器官受贈人、其他受益人擔任意願人之醫療委任代理人。

在社會學及心理學層面，個人所願意選擇的醫療委任代理人，必然是本人所信任之人，且可能與本人之間早有親密關係或友誼，彼此間有各種贈與約定或財務往來是相當正常合理現象。可是，病主法第 10 條第 2 項之資格限制，迫使本人不能在親密關係或友誼圈中選取所信任者擔任醫療委任代理人。這項規定反映出，臺灣立法機關制訂法律有時難免受到特定人士意識形態干擾，以致法律內容違背社會學及心理學原理而不夠人性化，傷害個人自主及友誼、親密關係之經營。

事實上，各國對預立醫療決定代理人一般資格僅要求成年人即可，除醫療機構人員外（詳後說明），此外並無特殊資格限制。而病主法第 10 條第 2 項對醫療委任代理人之資格範圍限制，來自於立法過程中當時立法委員陳節如之要求，這反映出傳統文化對於「謀財害命」、「道德風險」、「利益衝突」之負面思考心態。不過，病主法第 10 條第 2 項預設親屬家人擔任醫療委任代理人不會有這些弊端，而非親屬人士擔任醫療委任代理人可能會出現弊端，也反映出立法過程中家族主義對個人主義之牽制。

本文建議，鑑於許多國家對非親屬人士擔任醫療委任代理人沒有額外特殊限制，且早已行之有年，是否本人與非親屬醫療委任代理人間有遺贈、遺體或器官捐贈、保險受益人等情形，將導致本人因「謀財害命」、「道德風險」、「利益衝突」而受害？如果外國經驗顯示特別弊端不常見者，則國內立法者不宜僅憑主觀意識形態想像而任意限制個人自主權及選擇權。

## 二、醫療機構人員可否擔任醫療委任代理人？

病主法第 9 條第 4 項明文規定「主責照護醫療團隊成員」不得擔任預立醫療決定之「見證人」。不過，病人可否選擇其所在醫療機構之人員擔任醫療委任代理人？就此病主法沒有明文禁止，而主管機關施行細則也沒有相關規定。不過，美國統一州法委員會（National Conference of Commissioners on Uniform State Laws, NCCUSL）1993 年統一健康照護決定法（Uniform Health-Care Decisions Act，以下簡稱 UHCDA），其第 2 條第 2 項後段但書明文規定：「醫療機構之所有權人、經營者或受僱人不得擔任病人醫療委任代理人，但該等人如果與病人間有血親、婚姻或收養關係者，可擔任醫療委任代理人。」

因此根據 UHCDA，如果醫師的家人因病住院，該醫師可以擔任醫療委任代理人；不過，如果是醫師的好友住院，則不能指定醫師友人擔任醫療委任代理人；或者，醫院內各醫師同事之間彼此熟識且信任其醫術，也不能指定同事醫師擔任醫療委任代理

人。當然，UHCDA 畢竟不是成文法律<sup>6</sup>，因此美國醫療委任代理人之資格限制仍應取決於各州實際立法或判例法標準。

事實上，在當代社會變遷及少子化趨勢下，個人沒有婚姻或兄弟姊妹、血親情形日漸增加。如果一概禁止病人所在醫療機構人員擔任醫療委任代理人，也可能在某些個案不近人情，例如病人與醫師原本就是好友、同事、同學或有師生關係等。但另一方面，在當代組織化醫療機構內，醫療機構人員如果擔任病人醫療委任代理人，有可能承受來自機構與病方（病人或家屬）之間雙重壓力，而不易充分自由為病人從事決定。

本文建議，在多元社會中為包容兼顧各種病人之差異性，立法機關或主管機關可藉審議民主方式參考社會各界意見後，以立法或行政命令提出醫療機構人員可否擔任醫療委任代理人之條件。而在當前臺灣法律不禁止也不鼓勵的現況下，各醫學會或醫療機構可基於自身專業及倫理政策考量，提出醫事人員可否擔任醫療委任代理人之參考準則。

### 三、法人機構代理人之未來可行性

擔任醫療委任代理人本質上是一件重大職責，而且可能承受相當負擔壓力。例如，一旦病人發生病危情形，即使三更半夜，醫療委任代理人接獲通知後可能需要奔赴醫院聽取醫師報告並決定處置病人方式。如果醫療委任代理人是病人家人、好友，自然有意願不辭辛勞履行職責。不過，如果病人沒有血親、配偶在世，或不願因個人病情造成親友困擾者，可採取有償委任方式，付費請專業人士（醫師、護理師、心理師、律師等）擔任醫療委任代理人。然而，即使是專業人士，原本各有工作及家庭事務需要處理（例如已預約個案、開會、出差、出庭、出國等），不一定能夠隨時應召前往醫院行使代理權。

在現行病主法架構下，為增加病人尋找醫療委任代理人之便利性，且減輕、分散醫療委任代理人之職責壓力，病主法第 10 條第 4 項規定「醫療委任代理人有二人以上者，均得單獨代理意願人。」換言之，病人可自行委任數名醫療委任代理人，以便在日後不時之需情況下，只要有至少一名醫療委任代理人即可代理病人從事醫療決定，不需獲得其他代理人同意，對於病人、代理人、醫院三方而言皆屬便利。

不過，如唐朝杜甫〈可嘆〉詩所言：「天上浮雲如白衣，斯須改變如蒼狗。古往今來共一時，人生萬事無不有。」一旦人事更迭，醫療委任代理人有傷病、死亡、退休、離職等情形，而病人需要「指定、終止委任或變更醫療委任代理人」者，必須依病主法第 13 條規定向中央主管機關申請變更註記。換言之，法律強迫病人面臨人生無常時

<sup>6</sup> NCCUSL 是致力於研究、整合美國各州法律之民間學術團體，其所提出之統一法律模範草案並非官方正式法律文件，但在法學上具有參考價值。

再度去辦理變更註記手續，且衍生是否需要為單純變更代理人註記而付費之困擾。

在多元社會中，為滿足病人多樣化需求，且減少變更醫療委任代理人複雜性，本文建議立法機關可研議「法人代理人」補充「自然人代理人」之可行性。換言之，病人如可選任法人機構作為醫療委任代理人，可獲得專業團隊之分工照顧，且不會因為人員變動而需要一再向政府申請更新註記。如果專業機構能制訂、公開其政策，且獲得人民信任而成為醫療委任代理人者，則足以保障病人權利，且增加人力調度便利性，更減少政府、醫療機構更新註記行政負擔，官民兩便。或者，如果立法機關未來仍不開放法人成為醫療委任代理人者，行政機關亦可考慮為單純變更代理人情形制訂更簡便規則，以體諒民間疾苦。

至於在目前病主法架構下，法律只接受自然人成為醫療委任代理人，如果個人有意委任專業機構代理執行醫療決定者，在內部關係之委任契約可約定機構是受任人，而機構人員是委任契約履行輔助人；但是在病人與醫院、政府等外部關係層面，於預立醫療決定書附件「醫療委任代理人委任書」中，病人僅能列舉專業機構人員擔任名義上醫療委任代理人，一旦機構人員有異動，則病人必須變更註記其代理人。

#### 四、醫療委任代理人與監護人（法定代理人）何者意見優先？

在現行醫療法中並未有醫療委任代理人制度，當病人為未成年人或無法親自簽具同意書者，病人之「法定代理人、配偶、親屬或關係人」得為病人簽具同意書接受手術、侵入性檢查或治療（醫療法第 63 條、第 64 條參照）。

自病主法於 2019 年 1 月 6 日施行後，成年病人已經選任醫療委任代理人者，代理權限範圍依病主法第 10 條第 3 項，包含：一、聽取第五條之告知；二、簽具第六條之同意書；三、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。而民法第 103 條規定：「代理人於代理權限內，以本人名義所為之意思表示，直接對本人發生效力。」基於特別法優於普通法之法理，病主法屬於醫療法之特別法，醫療委任代理人在代理權限範圍內是處於本人地位從事法律行為，因此優先於醫療法第 63 條及第 64 條之法定代理人、配偶、親屬或關係人。

值得研究者，根據現行民法之成年監護制度，成年人「因精神障礙或其他心智缺陷，致不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之效果者，法院得因本人、配偶、四親等內之親屬、最近一年有同居事實之其他親屬、檢察官、主管機關或社會福利機構之聲請，為監護之宣告。」（民法第 14 條第 1 項參照）一旦法院為監護宣告並選定監護人者，監護人即成為受監護人之法定代理人<sup>7</sup>。如果受監護人在精神障礙或其他心智缺陷發生前，已經依病主法指定醫療委任代理人，而日後法院另選定他人為病人監護人時，則關於病人醫療事務決定權，醫療委任代理人或法定代理人（監

<sup>7</sup> 民法第 1113 條準用第 1098 條第 1 項：「監護人於監護權限內，為受監護人之法定代理人。」

護人) 何者優先?

本文認為，病主法是民法之特別法，基於特別法優於普通法之法理，在病主法第 10 條第 3 項醫療委任代理人權限範圍內，病人先前自行指定之醫療委任代理人，其地位應優先於法院依民法所選定之法定代理人（監護人）。而美國統一州法委員會鑑於法院缺乏醫療專業知識，因此 1993 年統一健康照護決定法第 6 條第 2 項明文規定：「除非法院有特別命令，原則上醫療委任代理人之決定優先於監護人。」

此外，鑑於人口高齡化是世界各國趨勢，而 2018 年 4 月臺灣地區老年人口突破 14% 正式進入高齡社會，2018 年 9 月 27 日行政院院會通過民法部分條文修正草案，引入先進國家行之有年「意定監護」制度，以減少老人身心照護及財產管理爭議，有助於正面維繫家庭關係及補充法定成年監護不足之問題<sup>8</sup>。當立法院日後修改民法正式開放意定監護後，監護人資格就不再限於法定監護制度下的特定親屬或人員<sup>9</sup>，本人可以自行尋找信任之人締結意定監護契約，日後由法院依據本人意願選定監護人。至於非婚姻關係之事實伴侶或同性戀伴侶等，個人日後也可利用意定監護制度，藉由使他方伴侶成為民法監護人（法定代理人），而自動獲得簽具醫療法第 63 條、第 64 條同意書資格，就不用受到前述病主法第 10 條第 2 項之醫療委任代理人資格限制。

不過，日後如果個人一方面依新修民法選擇意定監護人，另一方面又依據病主法指定另一人擔任醫療委任代理人，則當個人喪失自主決定能力後，關於病人本人醫療事務，意定監護人或醫療委任代理人誰有優先決定權？為避免法律衝突或病人意願自相矛盾，本文建議日後立法機關修改民法成年監護規定時，宜一併整合病主法相關規定以避免衝突；或者由立法機關日後修改病主法時明文規定醫療委任代理人之地位優先於意定監護人。當法律對此尚未有明確規定時，依據本文先前所提特別法優先於普通法原則，解釋上應認為病主法醫療委任代理人之地位優先於民法意定監護人。此外，提供預立醫療照護諮商之醫療機構，也應對民眾說明意定監護人與醫療委任代理人之相關性與差異性，建議民眾表示意願時儘量避免矛盾。

## 肆、結論與展望

傳統臺灣醫療文化重視家族主義及醫療父權主義，導致病人拒絕治療權在法律上受到許多限制。隨著病人自主權利法在 2019 年 1 月 6 日起施行，正式宣告病人自主權進入了新的歷史階段。不過，病主法在某程度上是進步潮流與保守傳統妥協下的產物，因此在行使預立醫療決定權及指定醫療委任代理人等事項上，仍受到了來自家族主義與醫療父權主義的某些制約，而使病人在特定情形下不易充分行使醫療自主權。

<sup>8</sup> 法務部，行政院院會通過「民法部分條文修正草案」，增訂「成年人之意定監護」，完善民法監護制度，<https://www.ey.gov.tw/Page/AE5575EAA0A37D70/1894429e-a9b4-4606-aed8-a9022c51a463>（最後瀏覽日：2018 年 11 月 6 日）。

<sup>9</sup> 關於法定監護制度下監護人資格，見民法第 1111 條第 1 項：「法院為監護之宣告時，應依職權就配偶、四親等內之親屬、最近一年有同居事實之其他親屬、主管機關、社會福利機構或其他適當之人選定一人或數人為監護人，並同時指定會同開具財產清冊之人。」

病人自主權利法在既有法律體系中創設了許多新制度，為與各種現行法協調一致及避免疏漏，於 2015 年立法研議討論過程中，及 2016 年至 2018 年發展施行細則期間，有眾多醫界、法界專家學者無私貢獻時間心力參與草擬法律本文及施行細則條文，已經為臺灣建立了一套兼顧理想性及可行性的病主法制度，甚至可以作為日後亞洲其他國家之參考學習典範！然而不可諱言的是，病主法本文及施行細則條文中，依然有某些法律漏洞或法律不明確疑義，甚至也有抵觸病人自主權之限制規定。本文已經就病主法及其施行細則中關於主體資格、預立醫療決定法定方式、醫療委任代理人等相關疑義或立法瑕疵有所分析，並拋磚引玉提出建議改善方案，期盼各界人士就此繼續研究、交流討論，共同為完善臺灣病人自主權而努力！

