

《生命倫理線》 11.9.2017

謝俊仁 醫生 香港紓緩醫學學會榮譽顧問

區結成 醫生 中文大學生命倫理學中心總監

免於「被急救」：台灣與香港對晚期病人的保障

台灣在 2016 年 1 月公布了《病人自主權利法》，將於 2019 年實施。此法例為「預立醫療決定」(香港稱為「預設醫療指示」)確立了法律效力，大大改進了台灣晚期病人對維生治療的抉擇權。台灣這一次法律改革，是有其獨特背景的；香港近年亦漸見有關「預設醫療指示」的討論，陸續有病人使用。對照兩地，可以比較清楚地見到其中的倫理問題和法律考量。

關鍵的倫理焦點是：現代醫療科技發達，即使疾病已到晚期，很多時還可以用維持生命治療(以下簡稱「維生治療」)延長生命。到病人病危，提供人工呼吸，心肺復甦術等「急救」程序是基本常規。問題是，若疾病本身不能逆轉，「急救」只是延長死亡過程，不單增加病人痛楚，更可能是沒有意義，甚至損害人格尊嚴。尊重病人自主既然是重要的倫理原則，那麼病人理應有話事權，拒絕接受對他們無意義的維生治療，包括免於「被急救」。問題是：病人能「話事」嗎？

台灣《病人自主權利法》的法案提案人是立法委員楊玉欣。她接受網上《康健》雜誌訪問說，「我們平常可以決定吃什麼、穿什麼、決定跟誰結婚，為什麼變成病人就失去了自主權？常是醫生、家屬替病人決定，病人的意願很少有機會表達，遑論受到尊重。」她推動法案，除了希望確保病人有知情、選擇與決定醫療選項的權利，也是鼓勵民眾提早思考，當病情變成「賴活不如好死」的狀態，會怎樣選擇？

楊玉欣委員和丈夫孫效智教授曾於 2015 年 12 月到香港醫管局交流。在簡報中，他們解釋，台灣固有法律(包括醫療法 60 條、及醫師法 21 條規定，加上刑法第 275 條及第 15 條)的指導原則是「保護生命寧過勿不及」。醫生有法律責任為危急病人「急救」。2000 年《安寧緩和醫療條例》立法，以及之後的後續修法，賦予末期病人選擇不施行心肺復甦術或維生治療的權利，2011 年的修訂，亦容許不清醒末期病人的家屬訂立同意書不要維生治療。但《安寧緩和醫療條例》的保障始終限於末期病人。

最新的《病人自主權利法》，透過「預立醫療決定」，把病人抉擇權擴展到不屬末期的其他晚期不可逆轉疾病，包括：(一)處於不可逆轉之昏迷狀況；(二)永久植物人狀態；(三)極重度失智；(四)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。

法例在 2019 年才實施，即是說，在此之前，一個晚期病人患上嚴重不可逆轉的疾病，只要未到末期，即使病人及家屬反對，醫生也要「依法急救」。病人沒有「話事權」。

香港的有關法律情況，與台灣很不同。整體來說，香港沒有針對醫生的、類似台灣「保護生命寧過勿不及」的法律，病人對免於被「急救」有較多話事權。

首先，雖然香港未有為「預設醫療指示」立法，但是跟據普通法，有效和適用(valid and applicable)的「預設醫療指示」具有法律效力，醫護人員須要尊重。醫管局使用的「預設醫療指示」表格，涵蓋了末期病人、持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷狀況，亦包括其他晚期不可逆轉的生存受限疾病(other end-stage irreversible life-limiting conditions)。

香港對入侵性治療(invasive treatments)的法律觀點跟台灣更是迥異。在香港，無論病情在早期或晚期，若病者是成年而且神志清醒，必需要病人知情同意，才可以提供治療，包括維生治療。如果病人神志不清醒，不能簽署同意書，又未有預設醫療指示時，醫生會跟據香港的《精神健康條例》，為病人提供符合病人「最佳利益」的治療。考慮病人的最佳利益，必須要衡量該治療對病人好處(benefit)與負擔(burden)，這涉及病人的價值觀。故此，要為神志不清醒病人作出決定前，並不會簡單地假設急救好過不救，應考慮病人曾否事先表達有關治療的意向，經醫護人員與病者家屬商討，尋求共識。

因此，在香港，即使病人沒有簽署預設醫療指示，又即使疾病未到末期，如果病情已屬嚴重不可逆轉，醫護人員與病人家屬同意「急救」是不符合病人最佳利益和意向，醫生不作「急救」也不會像在台灣那樣跌入刑責法網。

加上引號的「急救」

寫這個題目，全篇都要特別用引號把「急救」一詞括起來，因為當「急救」完全不符合病人的利益和意向，那只是行禮如儀的動作，沒有治療意義。

在法律得到改革之前，台灣的醫生迫於無奈依法「急救」；香港的法律比較合理，有空間讓醫生考慮病人的最佳利益和意向，但這並不表示香港的法律條文完全不須改進。

一個需要正視的法律問題在《消防條例》第 95 章第 7 條，其中規定救護員有職責「用以下方法協助任何看似需要迅速或立即接受醫療護理的人—

- (i) 確保該人的安全；
- (ii) 令該人復甦或維持其生命；
- (iii) 減少其痛苦或困擾；」

這第(ii)項在執行上變成無論運送的病人是否末期病人也必定要「急救」，即使末期病人已簽署「預設醫療指示」反對心肺復甦術，亦有醫生在文件上清晰表示病人的指示屬有效和適用，救護員仍會為病人做完全無效用的心肺復甦術，進行所謂「急救」。對於這些末期病人，「被急救」只會帶來完全不必要的痛楚。《消防條例》這條文比台灣「保護生命寧過勿不及」的法律更僵硬，須儘早正視。

醫管局在 2002 年已訂立維生治療的指引，在 2010 年進一步訂立「預設醫療指示」指引，在 2014 年更新「不作心肺復甦術」指引時，更把涵蓋範圍擴展至非住院病人。本文作者一直有參與其事。雖有指引，前線醫護人員執行時仍面對一些困難。如果法律能夠配合，培訓得宜加上公眾教育，香港很有希望大大改善對晚期病人的保障和照顧。