

病人自主權利法內涵及疑義 初探

李伯璋*

壹、前言

案例一：一名退休老校長因呼吸衰竭，過去7、8年全靠呼吸器維生，飽受折磨，可是他的子女因為校長有退休俸，享有公教人員優惠存款18%利息，月領新台幣8萬元，扣除在呼吸照護病房住院每月2.5萬元的支出，每月還有剩餘5.5萬元，子女認為老爸「活得愈久，領得愈多」，硬是不讓老人安寧善終。

案例二：一名52歲男子長年照顧患有失智症的母親，母親因病住院時，男子的弟弟到醫院探視後，要求護理人員拔掉母親餵食用的

鼻胃管，未獲醫療人員與哥哥的同意，兄弟兩人對此意見不合而發生肢體扭打，事後弟弟提告傷害。法官以哥哥護母心切，情有可原，哥哥判罰1萬元罰金，得易服勞役。

上述兩個案例，皆出自媒體報導，其間可窺見「久病床前無孝子」的不幸，也有子女為錢而讓病父苟延殘喘的悲哀。在醫療現實面，則是天天可在醫院看見上演類似的劇碼，當病人處於生死交關時，患者、家屬、醫師及醫療機構對於是否放棄侵入性之治療？回歸自然死亡的兩難抉擇，在在牽涉親情、道德、倫理、法律及宗教信仰等各種因素。彼此錯綜複雜糾

* 衛生福利部中央健康保險署署長、財團法人器官捐贈移植登錄中心董事長、成大醫學院外科教授

葛下，而且背後還有人性的拔河，成為影響一個人能否善終的最後一根稻草。

所有生命都有其獨一無二的價值，每個人的價值觀更需要受到尊重且被保障，「病人自主權利法」就是基於這樣的基本人權應運而生。為了讓病人對於自己於疾病末期時，是否繼續接受或拒絕維系統的醫療措施，得在意識清楚時妥為決定，或就此事委任醫療代理人代為表達意願。立法院於 2015 年 12 月 18 日三讀通過亞洲第一部病人自主權利之專法，使我國病人自主權利往前邁一大步¹。

「病人自主權利法」（以下稱本法）是台灣首部以病人為主體的法案，法案中明確保障每個人（1）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，（2）對於醫療選項有選擇及決定之權利，（3）確保病人善終意願在意識昏迷、無法清楚表達時，其自主意願都能獲得法律的保障與貫徹。本法全文共 19 條，核心重點有：具完全行為能力者可以透過預立醫療照護諮商，事先擬定書面之「預立醫療決定」，選擇接受或拒絕維生醫療；醫療機構或醫師得依病人之決定終止、撤回或不施行維生措施；家屬等關係人不得妨礙醫院或醫師依病人就醫療選項決定所為之措施。

鑑於本法規範內容對醫療現況衝擊甚鉅，也為了加深社會對本法的認識，一方面讓民眾有充分認知，保障自身善終的權益，另一方面，也讓政府和民間有足夠時間加強宣導。故立法之際，特別預留三年緩衝期（即自 2019 年 1 月 6 日施行），俾本法順利上路實施。

貳、病人自主權利法之機制設計

在本法訂定之前，立法院曾於 2000 年完成「安寧緩和醫療條例」（以下簡稱「安寧條

例」）立法及後續修法，明定末期病人得以選擇不施行心肺復甦術或維生醫療，本法也是針對病人選擇醫療行為權利的法律，然此兩部法律立法目的雖雷同，但其間也有不少差異，以下謹擇本法之主要特色予以說明：

一、明確宣示病人醫療自主權、保障資訊知悉權

本法的首要目的，在於明確宣示病人對自己是否接受治療有絕對的自主決定權利，即從「醫療」改以「病人」為核心，強調病人的知情、選擇與決策權。本法第 4 條亦謂醫師與醫療機構按病人醫療選項決定執行時，任何人都不得予以妨礙；第 5 條則規定病人對自己的病情、治療方式（含用藥）、可能成效及風險等事項，均有知悉的權利，醫師與醫療機構對其並負有「告知義務」。相較之下，安寧條例雖規定告知義務，但得以「末期病人或家屬」為對象，故可能產生僅告知家屬的情形²，對病人本人資訊知悉權的保障似較為不足。

（一）病人優先知悉病情、選擇及決定權

1、有關於病情告知部分，在本法立法前，包括醫療法第 81 條、醫師法第 12 條之 1，均課予醫療機構及醫師有關病情、治療方針、處置、用藥及預後情形等訊息之告知義務；安寧條例第 8 條亦有將病情、安寧緩和醫療之治療方針及維生醫療抉擇告知之義務，但上開法規之告知對象，原則是病人或家屬（法定代理人、配偶、親屬或關係人）之一，並非以病人為優先，亦未保障病人知悉其病情。

2、病人是否接受醫療照顧做出決定，需以知悉充分之病情資訊為前提，是以本法第 4 條至第 6 條，明定病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情、選擇及決定之權利。醫療機構或醫師亦負有將病

情及治療方針、預後情形等訊息告知病人之義務，於病人未明示反對時，亦得告知其關係人。除緊急情況外，病人接受手術或侵入性檢查、治療前，應經病人或關係人簽具同意書。本法之相關規定，係以病人為「知情、選擇及決定」之主體，為病情告知之對象，俾使之審慎選擇及決定。

（二）病人拒絕醫療，自然善終之權利

1、依醫療法第 60 條、醫師法第 21 條，醫師對於危急病人，負有救治之義務，並無例外規定。安寧條例第 4 條、第 5 條，規定末期病人得選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇，亦即末期病人可拒絕心肺復甦術等急救措施，在尊重末期病人意願之醫師於緊急狀況下不予救治，亦得阻卻違法。惟在本法立法前，末期病人以外之病人，倘性命危急，並無法律明文賦予病人拒絕維生治療之權利，醫師亦無不予救治之空間。醫師若不予緊急救治，有違反上開醫療法或醫師法的救治義務，恐有涉犯刑法第 275 條加工自殺罪之虞³，導致醫師縱然有心尊重病人善終之意願，在違法風險下，而不得不救到底。

2、擴大預立醫療決定之適用對象 -- 依安寧條例簽立意願書者原只適用於「末期病人」⁴，本法第 14 條第 1 項則擴大包括末期病人在內的以下 5 種情形得執行預立醫療決定⁵，依病人事先預立之書面醫療決定，或由醫療委任代理人代為表達之醫療意願，拒絕全部或一部妨礙善終之維生措施，不再受家屬、醫療機構、醫師等意思左右。這 5 種情形包括：

- (1) 末期病人⁶。
- (2) 處於不可逆轉之昏迷情況。
- (3) 永久植物人狀態。
- (4) 極重度失智。
- (5) 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。

針對第 5 種情形，由於涉及高度醫療專業判斷，而「痛苦難以忍受」也屬於不確定法律概念，故立法院同時作成附帶決議，請衛生福利部邀集各醫學會建立具體標準、程序或參考⁷。

二、建置預立醫療照護諮商 (Advance Care Planning, ACP)、預立醫療決定 (Advance Decision, AD) 及醫療委任代理人 (Durable Power of Attorney, DPA) 制度。

(一) 預立醫療照護諮商：病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士，就病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養，進行討論溝通之過程（本法第 3 條第 6 款參照）。此項措施，亦為病人妥適地行使醫療自主權之必要配套措施，使病人在自主決定前，充分地與專業人士及家屬等關係人進行溝通。

(二) 預立醫療決定：本法明定，得預立醫療決定的對象，為具完全行為能力之人⁸，在事先簽擬書面意願，希望接受或拒絕維生治療、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並經公證及註記於全民健康保險憑證（健保 IC 卡）之方式，即完成法定程序生效。一旦病人遇有前述本法第 14 條所定五種特定臨床條件下，無論病人是在意識清楚或昏迷之狀態，其預立之醫療決定均為本法所認定之病人自主醫療決定，醫療機構及醫師依據上開決定所為處置，均受到本法保障，不負刑事或行政責任（本法第 14 條第 5 項）。

(三) 醫療委任代理人：本法立法前，安

寧條例亦有醫療委任代理人之設計（該條例第 5 條第 2 項、第 6 條之 1 第 1 項參照），惟因僅有代為簽署意願書或撤回其意願之權利，功能上仍有不足。本法則賦予其較完整之權限，包括聽取第 5 條之病情告知權、簽具第 6 條之手術或侵入性檢查、治療之同意書、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願權（本法第 10 條第 2 項參照）。

三、預立醫療決定之範圍較廣

根據安寧條例第 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，該法第 8 條亦載明，醫師應將病情、安寧緩和醫療之治療方針及維生醫療抉擇告知末期病人或其家屬⁹。但並沒有規定醫師或醫療機構後續如何應對，且所謂「維生醫療」係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¹⁰。至於本法第 8 條第 2 項所規定之預立醫療決定，則允許病人於符合本法第 14 條特定之 5 種臨床條件時，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，開始後終止、撤除延長生命之「維持生命治療」或「人工營養及流體餵養」¹¹，並得全部或一部為之。顯示本法「維持生命治療」之範圍及於其他維持生命醫療照護措施或人工營養及流體餵養，適用範圍較廣；且本法第 16 條亦要求醫師、醫療機構執行預立醫療決定後，仍「應」提供緩和醫療等適當處置。

以下爰將兩部法律有關預立決定之比較，如圖 1。

從上述條文定義可知，本法「維持生命治療」列舉數項醫療措施，較為詳盡，且不若安寧條例之「維生醫療」限於無治癒效果，惟兩者延長病人生命之特性實無差異。另本法規定之「人工營養及流體餵養」則是安寧條例

所無，至於本法之「緩和醫療」則與安寧條例「安寧緩和醫療」概念完全相同。由此可見，本法將緩解性、支持性的緩和醫療改成執行預立醫療決定後的可能必要處置之一，並把同具延長生命作用的侵入性人工營養及流體餵養措施列為預立決定之獨立選項，與安寧條例尚有不同。

四、充實預立醫療決定之生效要件

安寧條例原僅規定 20 歲以上完全行為能力人均得以書面預立意願書，並有 2 人以上在場見證，經表示同意後方須記載於全民健康保險憑證（即健保 IC 卡）¹²。本法第 9 條第 2 項則要求完全行為能力人預立醫療決定時，應踐行以下步驟，始生效力：

1. 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。
2. 經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。
3. 註記於全民健康保險憑證。

再從該條文之立法說明，因預立醫療決定將於特定臨床條件下影響本人生命安全，乃強制須經醫療機構提供「預立醫療照護諮商」並核章確認，以求慎重¹³。此外，新增得選用公證人公證外，也將全面註記於健保 IC 卡¹⁴，以方便查詢。

五、賦予醫師專業判斷權限

依據安寧條例，若末期病人已預立意願書或作出選擇，醫師或醫療機構必須按照該內容施行，並無違抗其意思的空間。本法第 14 條第 3、4 項則允許醫師、醫療機構於專業判斷或個人意願，無法執行預立醫療決定時，得告知病人或關係人後不予執行¹⁵。

六、免除醫師或醫療機構之法律責任

安寧條例就施行末期病人意願書是否導致法律上責任，未設任何規定，解釋上當可援引

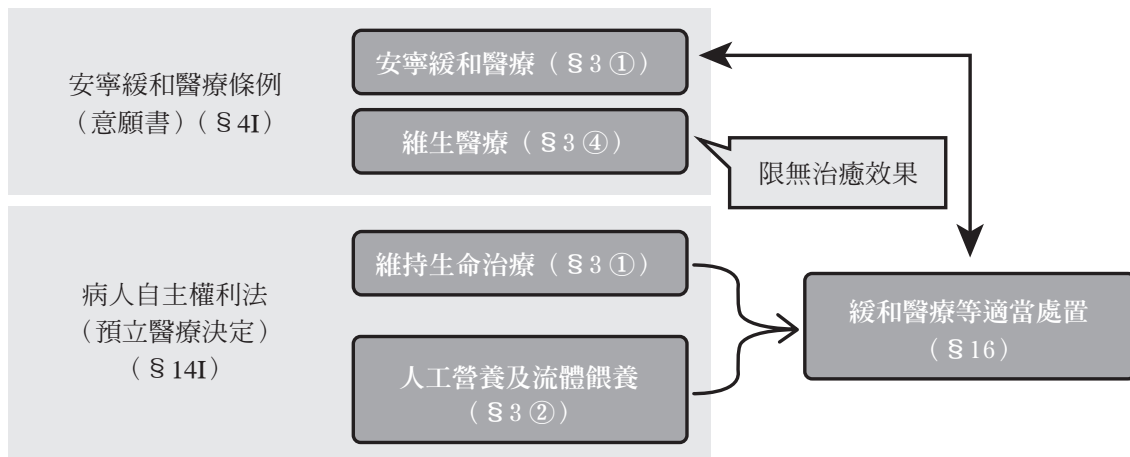


圖 1 安寧緩和醫療條例「意願書」與病人自主權利法「預立醫療決定」之比較

「依法令行為」概念而阻卻違法¹⁶，惟對於醫師違反該條例第 7 條有關不施行心肺復甦術或維生醫療之相關規定者，於第 10 條訂有應處罰新台幣 6 萬元以上 30 萬元以下罰鍰之規定。

至於本法第 14 條第 5 項則對於醫師或醫療機構執行病人預立醫療決定的行為，明文免除刑事與行政責任，並未訂有任何罰則。惟在民事方面則僅部分免責，若因故意或重大過失，而終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養，且違反預立醫療決定，對於因此所生之損害仍須負損害賠償責任。

參、病人自主權利法適用上之疑義

綜觀本法對醫療現況影響甚鉅，考驗醫病雙方之信賴關係，未來尚需醫療機構、醫師與病人及關係人充分溝通，始能順利執行。又本法與安寧條例之規範，有部分事項係重疊，卻又不完全一致，未來在適用上如產生競合時，究應以何者規定為準，亦需釐清。

一、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，是否有再確認機制？

根據本法第 14 條第 3 項：「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。」第 4 項：「前項情形，醫療機構或醫師應告知病人或關係人。」所謂依其專業或意願所指為何？概念似過廣泛、模糊而易產生爭議，且醫師不施行時，是否需得到病人（當病人意識還清楚時）或其醫療委任代理人之同意，而非僅是告知？依本法第 14 條規定，當病人符合本法所定 5 種臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師執行預立醫療決定前，需經過再確認之程。即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。基於此，如果醫師無法執行病人預立之醫療決定時，似也宜有相當程度之再確認機制（例如經第三人確認），而非僅依醫療機構或醫師之專業或意願判斷。

二、二位以上醫療委任代理人所表達之意願不同時，究應以何人為準？

依本法規定，醫療委任代理人係指接受意願人書面委任，於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達意願之人。同法

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。惟一旦發生每個醫療委任代理人所表達之意願不同時，究應以何人為準？有無判別的機制或標準，此部分並未明確規範，未來在執行上也恐易產生爭議。

三、尚未完成變更預立醫療決定之程序前，應以何者為準？

依本法第 9 條規定，預立醫療決定生效之三要件為：1. 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、2. 經公證或具完全行為能力者二人以上在場見證、3. 於全民健康保險憑證（即健保 IC 卡）上註記，完成此三要件才算生效。另本法第 12 條第 3 項規定，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，似係以完成全民健康保險憑證之註記變更始生效力。惟在實務執行上，註記於健保 IC 卡上需有一定之行政作業時間，如尚未完成變更預立醫療決定之程序前，即發生需要處理的事故，則此時應以何者為準？便有疑義。

本文以為，把預立醫療決定註記於健保 IC 卡上，用意應係當病人送至於不同之醫療機構時，便於該收治之醫療機構直接透過健保 IC 卡進行查證，故其本意應著重於「公示作用」。如參照安寧條例，亦僅謂經意願人或其醫療委任代理人同意後，始將其意願註記於健保 IC 卡上，該註記並非意願書之生效要件¹⁷。

從醫療機構之立場言，依健保 IC 卡註記判斷，雖形式上確實較無爭議，惟考量本立法目的係尊重病人之醫療自主權，病人明示意願理應優於健保 IC 卡上之註記，較符合此意旨。無論如何，為避免日後產生爭議時舉證困難，醫師或醫療機構至少或宜參照安寧條例第

6 條之 1 第 3 項，經註記於健保卡之意願，與意願人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時，以意願人明示之意思表示為準，並請病人立下明示書面紀錄以保全證據。

四、末期病人同時依本法預立醫療決定、亦有安寧緩和醫療條例意願書時，應以何者為準？

本法及安寧條例均適用於末期病人，然病人先前若已先簽署安寧條例意願書，日後復依本法作成預立醫療決定，此時因意願書及預立醫療決定均屬末期病人單方意思表示行為，若兩者間內容發生抵觸時，應以何者為準？基於尊重病人醫療自主權的立法意旨，本文認為應以「成立在後的本法預立醫療決定」優先適用，在法律上得解釋為「藉後意思表示修正前意思表示內容」，或許較無爭議¹⁸。

五、最近親屬等「關係人」於本法施行後，於病人選擇醫療方式所扮演之角色

安寧條例原規定在末期病人未曾簽署同意書，當其意識昏迷或無法清楚表達意願時，得由明列順序的「最近親屬 1 人代為出具同意書」¹⁹。但本法第 5、6 條僅規定病人之法定代理人、配偶、親屬等「關係人」²⁰得於本人未明示反對時，接受醫師病情、處置等告知，且得同意病人接受手術或侵入性檢查、治療，則渠等能否如安寧條例中代病人選擇欲接受的醫療方式？

對此問題，本文認為應依病人臨床情形分別以觀。對末期病人而言，因本法僅於第 14 條規定「有預立醫療決定」的處理方式，對未預立醫療決定者隻字未提，故此時應回歸安寧條例，亦即末期病人的「最近親屬」得依該條例所定順序，選擇安寧緩和醫療或維生醫療。

若病人屬於本法第 14 條第 1 項第 2 至 5 款其他臨床情形，當其未預立醫療決定時，

因本法未設規定、又非安寧條例適用範圍，法定代理人、配偶、親屬等「關係人」依本法規範，似無法就病人的醫療方式表達任何意見。惟民法為無完全行為能力（無表意能力）之人原設有法定代理人、監護人等制度，與本法適用間如何調和解釋？問題頗為複雜，仍有待進一步釐清。若立法者能在日後修正本法時予以明訂，或許更能避免可能的爭議。

肆、結語

我國全民健康保險自 84 年 3 月 1 日開辦，今年邁入第 22 年，納保人數超過 99.5%，醫療院所特約率也達 93%，民眾滿意度平均維持在 8 成 5 左右，並廣獲國際的肯定。然而健保在面對人口老化、醫療科技日新月異、供給誘發需求、民眾就醫自由等因素，造成醫療利用增加，並也衍生醫療資源使用合理性的問題。

根據世界衛生組織（WHO）2010 年的報告指出：估計有 20% 至 40% 的醫療是浪費或無效率的，並提出「醫療十大無效率與解決之道」，呼籲改革給付與支付制度，減少無效醫療等²¹。有鑑於此，二代健保修法時，特別增訂健保法第 72 條規定：「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。」

隨著醫藥科技不斷的進步，急重症加護技術的發展，使得重症病患的生命得以延長，而醫療人員在加護病房裡經常需面對生命末期的病患，當病患疾病進展至死亡已不可避免時，醫療人員與家屬都會面臨所施予的維生措施是否有效，或只是延長病人死亡過程的質疑。如果是後者，所謂的無效醫療所影響的不僅是龐大的健保費用、加護病房有限床位使用的適當

性及生命倫理的困境外，甚至造成病人無法善終。


監察委員黃煌雄等人完成「我國全民健康保險總體檢」調查報告亦指出，在資源有限之下，必須面對「無效醫療」及「資源配置」的問題，呼吸器治療也應重新進行檢討，如罹患嚴重傷病後認為不可治療，且有醫學上之證據，近期內病程進行到死亡已不可避免時，就應選擇讓病患尊嚴的善終²²。同樣的，陳榮基教授也呼籲，醫師與家屬討論是否及時撤除無效的呼吸器等維生醫療措施，以協助人安詳往生，除了可以縮短病人及家屬的痛苦時間，也可減少加護病房（ICU）醫療資源的浪費²³。

根據台灣醫療改革基金會於 103 年 12 月 1 日至 8 日進行的網路民調顯示，1099 位填答者中，有 8 成 6 選擇「死亡的煎熬過程越短越好，少呼吸一天、一個月也願意」，也就是選擇無憾善終而非忍受延命的痛苦²⁴。另據調查，有近九成醫師曾執行過無效醫療，近五成四受訪者坦言，總是或常常為了避免醫療糾紛，選擇執行無效醫療，而病人的意願不被重視，可能也是發生無效醫療的原因，有 48.8% 的受訪醫師常常遇到病人雖已簽署不急救的相關意願書，但因家屬有不同意見，導致醫師只好繼續讓病人接受無效醫療，即使如此，受訪醫師一致同意，民眾在生病前簽署安寧或不急救等相關意願書，有助於減少無效醫療；另外也一致同意，當病人狀況不佳，在臨床上向病人或家屬說明簽署意願書時，也有助於減少無效醫療²⁵。

總體而言，從健保論量計酬的給付模式下，以往不論醫療機構或醫師面對病患的要求，多半「有求必應」，也可藉此增加收入，導致許多醫療浪費與無效醫療的支出，造成龐大健保財務負擔；未來隨著本法的施行，透過

預立醫療決定，尊重病人的醫療自主權，應可有效減少無效醫療的執行及健保資源的不當耗用，讓健保資源配置更符合公平正義與效率。

誌謝：

本文撰寫要感謝中央健保署企劃組法制事務科董玉芸科長、吳志倩副研究員、署長室張禹斌專門委員及詹建富簡任秘書協助資料蒐集與整理，在此一併深致謝忱！

《註釋》

1. 衛生福利部新聞稿（2015年12月18日）
2. 安寧緩和醫療條例（2013年1月9日修正公布）第8條
3. 法務部法檢字第10404502880號函釋，按醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延；醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延，醫療法第60條及醫師法第21條分別定有明文。因此對於到院（所）之危急或救治困難之病人，於法律上醫師仍負有救治之義務，且因刑法第275條規定禁止加工自殺之行為，醫師不得以受病人囑託或得其承諾而不為救治或維護其生命應有之作為，否則，於現行法律規定下，恐將涉及上述刑事責任之問題。
4. 安寧緩和醫療條例第1、4條、第7條第1項。依該條例第3條第2款定義，「末期病人」係指「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，近期内病程進行至死亡已不可避免者」。
5. 病人自主權利法第3條第3款「預立醫療決定」之定義，係指「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」。
6. 因病人自主權利法未另行定義何謂末期病人，故應回歸安寧緩和醫療條例之定義，參見前揭註4。
7. 立法院公報，104卷98期5冊，頁327-328（病人自主權利法立法院2015年11月4日黨團協商會議紀錄）
8. 病人自主權利法第8條規定：具完全行為能力之人，得為預立醫療決定。若是限制行為能力人或無行為能力人，則不能預立醫療決定。
9. 安寧緩和醫療條例第4條參照。
10. 安寧緩和醫療條例第3條第4款參照。
11. 依病人自主權利法第3條第1款規定：「維持生命治療」係指心肺復甦術、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。第4款：「人工營養及流體餵養」係指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分。
12. 安寧緩和醫療條例第4、5條及第6之1條。
13. 立法院公報，104卷98期5冊，頁332。
14. 參病人自主權利法第12條。同法第13條並規定撤回、變更預立醫療決定，或指定、終止委任或變更醫療委任代理人時，應向中央主管機關（即衛生福利部）申請更新註記。
15. 依病人自主權利法第4條第2項，「關係人」係指「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」。
16. 行政罰法第 11 條第 1 項 (2011 年 11 月 23 日)、中華民國刑法第 21 條第 1 項 (2016 年 11 月 30 日)。民法雖未明訂依法令行為之阻卻違法事由，但因行為人僅於「違法」時方負侵權行為損害賠償責任，應作相同解釋。
 17. 安寧緩和醫療條例第 6 條之 1 第 2 項 (「經第四條第一項或第五條之意願人或其醫療委任代理人於意願書表示同意，中央主管機關應將其意願註記於全民健康保險憑證 (以下簡稱健保卡……)」)
 18. 例如民法第 1220 條 (2015 年 6 月 10 日) 即直接規定：「前後遺囑有相牴觸者，其牴觸之部分，前遺囑視為撤回。」以後遺囑內容為準，法理上當得類推適用 (視為撤回)、或直接以修正意思表示解之。
 19. 安寧緩和醫療條例第 7 條第 2、4 項。此同意書不得與末期病人先前明示之意思相反。同條第 3 項規定最近親屬順序為：「一、配偶。二、成年子女、孫子女。三、父母。四、兄弟姐妹。五、祖父母。六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。七、一親等直系姻親。」
 20. 病人自主權利法第 4 條中所謂「關係人」，係指「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」，範圍較安寧緩和醫療條例的「最近親屬」為廣。
 21. 二代健保總檢討報告第 163 頁，2014 年 9 月，衛生福利部。另無效醫療 (futile medical care) 一詞的定義，“futility” 一字是源自拉丁文 “futilis”，本意為「易漏的」意思。意指，一個無效的行動無論是重複幾次，也無法達到目的。然而，整個無效醫療的概念最大的徵結在於「無效」的認定比較偏向醫療主觀的判斷，要達到完全客觀及據以擬定具體的定義，具有相當程度的困難。
 22. 黃煌雄、沈美真、劉興善。我國全民健康保險總體檢。監察院調查報告。2011 年 1 月；頁 571。
 23. 陳榮基。台灣昏迷指數：格拉斯哥昏迷指修訂版。安寧療護雜誌。2014 年 7 月；第 19 卷第 2 期。頁 177-178。
 24. 台灣醫療改革基金會 2014 年 12 月 11 日記者會新聞稿。
 25. 黃惠鈴。近九成醫師：曾執行「無效醫療」。天下雜誌第 560 期，2014 年 12 月 11 日。