

## 調 查 意 見

為調查「媒體報導，有醫師指稱：有位老校長7、8年來在呼吸照護病房倚賴呼吸器維生，飽受無效醫療折磨，子女為領取其18%利息之退休俸，竟不願拔除呼吸器管線使其安寧善終。本案凸顯家庭暴力之老人虐待及無效醫療等問題嚴重，政府相關部門有無有效防治對策，以維護基本人權」乙案，經向衛生福利部（下稱衛福部）及所屬中央健康保險署（下稱健保署）、銓敘部、金融監督管理委員會、教育部、臺北市政府、臺北榮民總醫院臺東分院調閱卷證資料，並辦理3場諮詢會議，諮詢國立成功大學醫學院護理學系趙教授可式、時任國立臺灣大學（下稱臺大）醫學院附設醫院金山分院黃院長勝堅（現為臺北市立聯合醫院總院長）、臺大醫學教育暨生醫倫理學科暨研究所蔡教授甫昌、臺大社會工作學系楊教授培珊、嘉義長庚紀念醫院蔡院長熒煌、靜宜大學社會工作及兒童少年福利學系李教授瑞金、東海大學社會工作學系蔡教授啟源、國立陽明大學護理學院施名譽教授富金、國立陽明大學附設醫院陳醫師秀丹、臺北醫學大學附設醫院曹醫師乃文等專家學者，另於民國（下同）104年8月27日詢問衛福部林次長奏延、健保署蔡副署長淑鈴、臺北市立聯合醫院黃總院長勝堅及相關主管人員，業調查竣事。茲綜整調卷<sup>1</sup>、詢問、諮詢會議資料所得，提出調查意

---

<sup>1</sup> 相關文號：衛福部 104 年（下同）1 月 6 日部授保字第 1040000010 號函、教育部 2 月 13 日臺教高（三）字第 1040020953 號函、銓敘部 2 月 24 日部退二字第 1043940860 號函、健保署 3 月 4 日健保醫字第 1040001631 號函、臺北市政府 3 月 6 日府授衛醫護字第 10450948500 號函、金管會 3 月 12 日金管銀票字第 10400035820 號函、衛福部 3 月 16 日部授保字第 10400000600 號函、教育部 3 月 16 日臺教高（三）字第 1040034032 號函、銓敘部 3 月 18 日部退二字第 1043945012 號書函、衛福部 4 月 27 日部授保字第 10400000890 號函、6 月 25 日部授保字第 10400001440 號函、臺北榮民總醫院臺東分院 8 月 12 日北總東醫企字第

見如下：

一、末期病人家屬如因貪圖領取末期病人之公務人員月退、勞保老年年金、老農津貼、優息存款等給付，而違背病人意願，拒絕依法終止或撤除末期病人之呼吸器，使其求生不能求死不得，可能構成家庭暴力及老人虐待。衛福部竟漠視上開行為的存在，以上開行為不屬家庭暴力防治法及老人福利法所規範之範疇為由，既不依法啟動家庭暴力及老人虐待之通報機制，亦未研議在必要時請衛政人員或社政人員進行訪視或介入輔導，實有不當，應予檢討改進。另為避免老人之定期給付成為其難以獲得善終之原因，應鼓勵老人將財產交付信託，保護老人財產安全：

- (一)按家庭暴力防治法第2條第1項規定：「家庭暴力：指家庭成員間實施身體、精神或經濟上之騷擾、控制、脅迫或其他不法侵害之行為。」同法第50條第1項規定：「醫事人員、社會工作人員、教育人員、保育人員、警察人員、移民業務人員及其他執行家庭暴力防治人員，在執行職務時知有疑似家庭暴力，應立即通報當地主管機關，至遲不得逾二十四小時。」同條第3項規定：主管機關接獲通報後，應即行處理，必要時得自行或委請其他機關（構）、團體進行訪視、調查。違反第50條第1項規定者，依同法第62條第1項前段規定，由直轄市、縣（市）主管機關處新臺幣（下同）六千元以上三萬元以下罰鍰。
- (二)老人福利法第14條第1項規定：「為保護老人之財產安全，直轄市、縣（市）主管機關應鼓勵其將財產

交付信託。」第41條第1項規定：「老人因直系血親卑親屬或依契約對其有扶養義務之人有疏忽、虐待、遺棄等情事，致有生命、身體、健康或自由之危難，直轄市、縣（市）主管機關得依老人申請或職權予以適當短期保護及安置。老人如欲對之提出告訴或請求損害賠償時，主管機關應協助之。」同法第43條第1項規定：「（第1項）醫事人員、社會工作人員、村（里）長與村（里）幹事、警察人員、司法人員及其他執行老人福利業務之相關人員，於執行職務時知悉老人有疑似第四十一條第一項或第四十二條之情況者，應通報當地直轄市、縣（市）主管機關。（第2項）前項通報人之身分資料應予保密。（第3項）直轄市、縣（市）主管機關接獲通報後，應立即處理，必要時得進行訪視調查。進行訪視調查時，得請求警察、醫療或其他相關機關（構）協助，被請求之機關（構）應予配合。」依同法第51條第1項第2款及第3款規定，依法令或契約有扶養照顧義務而對老人有妨害自由或傷害等行為者，處三萬元以上十五萬元以下罰鍰，並公告其姓名；涉及刑責者，應移送司法機關偵辦。

（三）有關媒體披露「某校長子女為領取其18%利息之退休俸，竟不願拔除呼吸器管線使其安寧善終」等情，衛福部函復表示：因全民健保未有保險對象是否領取優惠存款之相關資料，故未能針對相關情事進行瞭解等語。衛福部函復本院稱：98-102年家庭暴力事件之老人虐待通報件數如下表。至於老人受暴案件類型，以身心虐待占42%為大宗，失依陷困、疏忽、遺棄等各約占8%至14%間。關於子女為領取政府給予其父母之定期給付而不願拔

除呼吸器管線之案件，目前該部並無此類型老人受暴案件之相關統計等語。該部又函復表示：如實務執行上發生家屬長期不同意撤管違反病人意願者，未有要求醫院人員向衛生機關通報之義務，惟本於醫學倫理規範，醫療人員似應主動積極和家屬充分溝通，以病人最大利益為之等語。

	98年	99年	100年	101年	102年
通報件數	2,711	3,316	3,193	3,625	3,624

資料來源：衛福部

(四)衛福部函復本院稱：家屬拒絕對其罹患末期病症之親屬或長輩撤除依賴之呼吸器，非家庭暴力防治法及老人福利法所欲保護之法益範疇，建議回歸醫療專業倫理討論，該部說明如下：

- 1、家庭暴力防治法第2條規定，家庭暴力指家庭成員間實施身體或精神上不法侵害之行為；家庭暴力罪指家庭成員間故意實施家庭暴力行為而成立其他法律所規定之犯罪。
- 2、老人福利法第41條規定，老人因直系血親卑親屬或依契約對其有扶養義務之人有疏忽、虐待、遺棄等情事，致有生命、身體、健康或自由之危難，直轄市、縣（市）主管機關得依老人申請或職權予以適當短期保護及安置。
- 3、然罹患末期病症之病患使用呼吸器維生，係屬醫療判斷與挽救生命所為之醫療行徑，而緊急醫療處遇後復原狀況不佳，致使需長期仰賴呼吸器維生，其後其家屬是否同意拔除呼吸器之舉措，究係屬華人傳統家庭孝道觀念、或難捨親人離世、又或是另有所圖等，涉及醫療專業、醫療倫理、病人自主意願與最佳利益、親人間之情感抉擇等，恐非單一論點所能認定或斷論之，亦非上開二法所欲保護之法益範疇，

建議仍應回歸醫療專業倫理與醫病關係間之溝通協調，並向民眾宣導推廣預立安寧暨維生醫療意願書等相關措施為宜。

- (五) 本案諮詢專家趙可式表示：家屬拒絕對其罹患末期病患之親屬或長輩撤除依賴之呼吸器，屬「虐老」行為，只是與「兒虐」不同點為：家屬可以藉「孝心」、「捨不得」為由，讓長輩長期插管，不死不活地躺在RCW中。子女為領取18%利息及退休俸等，而置老父母長期插管之事實，時常發生等語。陳醫師秀丹則表示：若老人月退俸多，孩子可能會讓父母無法善終。曾遇過某老人曾因1個月數千元之老農津貼，讓其父無法善終，其父若死亡，即無數千元之老農津貼可領等語。
- (六) 衛福部函復本院稱：長期依賴呼吸器維生者是否有領取公務人員月退、勞保老年年金、老農津貼、優息存款等政府定期給付，因該等定期給付依其身分分別不同，分屬銓敘部、國防部、財政部業務權責，無相關資料可比對提供，亦未曾接獲有家屬因貪圖領取末期病人之政府定期給付，違背病人意願而拒絕同意撤除依賴之呼吸器之相關檢舉等語。惟本案長期在醫院從事安寧療護之諮詢專家趙教授可式表示：確有子女為領取其18%利息之退休俸，而不願拔除呼吸器管線使其安寧善終之情事。
- (七) 為避免政府之定期給付，未能確實支用於老人身上，反而使老人於思考判斷與心智能力喪失後，成為遭受財務虐待之高危險群，甚至可能成為子女拒絕對長期呼吸器依賴之末期病人撤除呼吸器之原因，直轄市、縣（市）主管機關爰應依老人福利法第14條規定，鼓勵財產交付信託，以保護老

人之財產安全。惟102年國內65歲以上委託人以退休安養為目的之財產信託僅有203件，信託財產本金14.3億元，老人將財產交付信託者，為數甚少。

(八)依衛福部之答復說明，家屬對於末期病患持續給予呼吸器插管治療，可避免病患立即發生死亡結果，患者能繼續存活，即非屬家暴。然而，若違背病人意願拒絕對罹患末期病症之親屬或長輩撤除依賴之呼吸器，使末期病人在長期插管後，終身臥床，呈無意識狀態或生理功能極差，且因插管造成身體與精神極大之痛苦，即已構成對病患身體、健康之危難，且末期病人難以得到善終，其侵害已不亞於身體上之虐待行為。若拒絕撤除呼吸器之理由係為圖領取末期病人之公務人員月退、勞保老年年金、老農津貼、優息存款等政府定期給付，又涉及經濟上之家庭暴力行為。上述行為與末期病人之「自主意願」、「最佳利益」嚴重相悖，且對於其身體之危難不亞於其他之虐待行為，若能啟動通報機制，必要時得自行或委請衛政或社政單位進行訪視、調查，當更能保障末期病人自主選擇善終之權益。故衛福部允應研議是否得啟動家庭暴力通報機制，必要時進行介入輔導。

(九)綜上，末期病人家屬如因貪圖領取末期病人之公務人員月退、勞保老年年金、老農津貼、優息存款等給付，而違背病人意願，拒絕依法終止或撤除末期病人之呼吸器，使其求生不能求死不得，可能構成家庭暴力及老人虐待。衛福部竟漠視上開行為的存在，以上開行為不屬家庭暴力防治法及老人福利法所規範之範疇為由，既不依法啟動家庭暴力及老人虐待之通報機制，亦未研議在必要

時請衛政人員或社政人員進行訪視或介入輔導，實有不當，應予檢討改進。另為避免老人之定期給付成為其難以獲得善終之原因，應鼓勵老人將財產交付信託，保護老人財產安全。

二、依安寧緩和醫療條例規定，關於心肺復甦術或維生醫療，醫師如違法「不施行」時，可能被處罰鍰、停業處分或廢止執業執照，如違法「施行、不終止或不撤除」時，均無罰則，等於變相鼓勵醫師違法施行心肺復甦術或維生醫療，致使我國長期依賴呼吸器患者人數多年來維持在2萬7千人至3萬人，盛行率遠高於其他國家。再者，立法院於104年12月18日通過「病人自主權利法」之規範重點雖在於使病人可預立醫療決定選擇接受或拒絕醫療，但為降低醫界疑慮，該法規定，醫療機構或醫師違反病人預立醫療決定而終止、撤除或不施行維持生命治療時，仍應依安寧緩和醫療條例規定處罰鍰、停業處分或廢止執業執照；醫療機構或醫師違反病人預立醫療決定而施行、不終止、不撤銷維持生命治療時，卻不必負任何責任。此無異變相鼓勵醫療機構或醫師違反病人預立醫療決定而施行維持生命治療。衛福部允宜正視此一問題之嚴重性，制定提升醫療機構或醫師尊重病人預立醫療決定之相關措施，研議修正相關法規及政策，以有效降低我國長期依賴呼吸器之盛行率，維護病人選擇善終之相關權益：

(一)安寧緩和醫療條例第7條規定：「(第1項)不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：一、應由二位醫師診斷確為末期病人。二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。……(第3項)

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。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。…（第5項）末期病人符合第一項至第四項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。」同法第10條復規定：「醫師違反第七條規定者，處新台幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照。」依此規定，末期病人符合不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，係「得」終止或撤除，並非「應」予終止或撤除；且只要醫師施行心肺復甦術或維生醫療，均符合規定；另家屬違反病人意願而要求插管之情形，亦無相關罰則。但醫師違反「二位醫師診斷確為末期病人」、「意願人簽署之意願書」兩要件規定，對於應施行而不施行心肺復甦術或維生醫療，違反同法第7條規定，依同法第10條規定，應處罰鍰，並得處停業處分或廢止其執業執照，等於變相鼓勵醫師違法施行心肺復甦術或維生醫療。

- (二)立法院於104年12月18日完成三讀通過之「病人自主權利法」，其立法目的雖在於尊重病人醫療自主、保障其善終權益，規範重點在於使病人可以透過「預立醫療照護諮商」事先立下書面之「預立醫療決定」，選擇接受或拒絕醫療。惟為降低醫界之疑慮，該法第14條第1項及第5項規定：醫療機構或醫師依預立醫療決定執行終止、撤除或不施行維

持生命治療之全部或一部，不用負刑事與行政責任；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。依此規定，醫師違反病人預立醫療決定而終止、撤除或不施行維持生命治療之全部或一部時，僅解除輕過失之民事賠償責任，行政責任、刑事責任、故意或重大過失民事賠償責任等，均不能免除，仍應依安寧緩和醫療條例第10條規定處罰緩、停業處分或廢止執業執照。再者，同條第3項及第4項規定：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，可以不施行之，但應告知病人或關係人。依此規定，醫師違反病人預立醫療決定而施行、不終止、不撤銷維持生命治療之全部或一部時，不必負任何責任。此無異變相鼓勵醫師在病人親屬與病人之意願不一致時，違反病人預立醫療決定而施行維持生命治療。

(三)健保署函復本院稱：健保法第40條規定，保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。另全民健康保險醫療辦法第11條規定，保險對象有可門診診療之傷病、所患傷病經適當治療後已無住院必要，特約醫院不得允其住院或繼續住院。第12條規定，特約醫院對於住院治療之保險對象經診斷認為可出院療養時，應即通知保險對象。保險對象拒不出院者，有關費用應由保險對象自行負擔。因此，目前並沒有法源規範，全身插管病患或其家屬自行負擔較多醫療費用等語。

(四)健保署函復表示，經分析特約醫事服務機構103年

申報資料顯示，全國長期呼吸器依賴病人入住RCW每月之平均醫療費用約計114,358點，若以該署蔡副署長淑鈴於詢問時所稱之目前總額平均點值0.94元估算，健保每月支付每名RCW病患約10萬7千餘元。另健保署各分區業務組已將住院2年至5年或住院超過5年之超長期呼吸器依賴患者，列為重點審查，加強審查該等個案所屬之醫院醫療服務內容與必要性，及視需要列為實地審查之對象依據。

(五) 本案諮詢專家學者意見：

1、趙教授可式表示：

- (1) 依現行安寧緩和醫療條例之規定，明知是無效醫療，縱使病患曾簽立意願書，醫師仍對其插管，是沒有法律責任的，法律沒有禁止多做，多做不會被處分。
- (2) 對於住在長期照護機構之病人，若持續呈現植物狀態或無意識之呼吸器依賴患者，但病人已經簽署過安寧緩和醫療及不施行心肺復甦術意願書，或家屬已簽立同意書，一旦末期病人發生危急狀態，長照機構仍將之送往醫院急救處理，衛福部應採行相關因應措施處理這些經常發生之難題。

2、黃院長勝堅表示：建議健保給付與「無效醫療」連動，作適當的刪減給付，才不致「過度醫療」浮誇使用等語。

3、陳醫師秀丹表示：現在無效醫療的問題出在健保什麼都給付，很多醫師都覺得健保什麼都給付等語。

4、蔡教授甫昌表示：

- (1) 在病患生命末期階段，家屬或病患會要求健

保有給付的醫療服務，全部都要，但健保未給付的，都不要。建議在RCW、RCC階段，規定某些條件下，仍要繼續插管治療，若屬比較無效之醫療，病人、家屬應該要付比較高之部分負擔。

- (2) 將維生醫療認定無效醫療後，即將之撤除，很不容易；但若去界定某些情況，健保不給付，家屬馬上會自動撤退。
- (3) 臺灣研究基金會與臺大公共衛生學院於100年9月4日召開「第三波健保改革－從三個經典案例談醫療資源分配正義」研討會，針對呼吸器治療提出之建議內容，足供參考<sup>2</sup>，包括：

- 〈1〉針對重症病患末期無效醫療，建立評估及照護標準：應建立標準評估流程，健保提供免除部分負擔之安寧及緩和照護，或由病人家屬選擇自行負擔部分繼續使用維生醫療之費用。
- 〈2〉對於長期同時使用呼吸器及透析治療的病人，仍呈無意識狀態或生理功能極差者：健保提供免除部分負擔之安寧及緩和照護，或由病人家屬選擇自行負擔部分繼續使用維生醫療之費用。

(六)綜上，依安寧緩和醫療條例規定，關於心肺復甦術或維生醫療，醫師如應施行而不施行時可能被處罰鍰、停業處分或廢止執業執照，如不應施行而施行時、可終止或撤除而不為時均無罰則，等於變相鼓勵醫師違法施行心肺復甦術或維生醫療，致使我國長期依賴呼吸器患者人數多年來維

---

<sup>2</sup> 參閱第三波健保改革研討會-從3個經典案談醫療資源分配正義，與會人員提出之「九四共識」，財團法人臺灣研究基金會、國立臺灣大學公共衛生學院主辦，100年9月4日舉辦。

持在 2 萬 7 千人至 3 萬人。有研究資料顯示，長期仰賴盛行率遠高於其他國家<sup>3</sup>。立法院於 104 年 12 月 18 日三讀通過之「病人自主權利法」之規範重點雖在於使病人可預立醫療決定選擇接受或拒絕醫療，但為降低醫界疑慮，該法第 14 條規定，醫療機構或醫師違反病人預立醫療決定而終止、撤除或不施行維持生命治療之全部或一部時，不能解免刑事及行政責任，仍應依安寧緩和醫療條例第 10 條規定處罰鍰、停業處分或廢止執業執照；醫療機構或醫師違反病人預立醫療決定而施行、不終止、不撤銷維持生命治療之全部或一部時，不必負任何責任。此無異變相鼓勵醫師在病人親屬與病人之意願不一致時，違反病人預立醫療決定而施行維持生命治療。衛福部允宜正視此一問題之嚴重性，制定提升醫療機構或醫師尊重病人預立醫療決定之相關措施，研議修正相關法規及政策，以有效降低我國長期依賴呼吸器之盛行率，維護病人選擇善終之相關權益。

三、本院於 100 年間通過調查報告及糾正案後，103 年與 99 年相較，雖然總體呼吸治療費用減少 6.25%、RCC 病床數減少 4.89%、RCW 病床數減少 4.36%、呼吸器依賴患者減少 10.23%，但設有 RCC 之醫院家數卻成長 6.45%，RCW 家數並未減少；103 年長期仰賴呼吸器病患人數仍高達 2 萬 7 千餘人，其中 70 歲以上者超

---

<sup>3</sup> 參閱唐高駿、藍祚運，臨終前無效醫療研究報告書，393 CITIZEN.COM，第 9 頁。「若以 2006 年台灣每 10 萬人口中，長期依賴呼吸器的盛行率與同年美國的盛行率比較，台灣長期依賴呼吸器的盛行率遠高於美國，且為美國的 5.8 倍」。

吳清平、楊式興，台灣呼吸器長期使用概況，醫療爭議審議報導系列 51，第 3 頁，101 年 10 月。「國外文獻長期呼吸器 (prolonged mechanical ventilation, PMV) 定義為插管使用呼吸器大於 21 天 (每天至少 6 小時)，發生的比率大約是所有使用呼吸器病人的 5% 到 13%。國內以李玉春教授近兩年的資料顯示，台灣 2010 與 2011 平均每年有 166,810 次使用呼吸器知住院治療 (含侵襲性呼吸器、負壓呼吸輔助器、非侵襲性陽壓呼吸輔助器)，而呼吸器會使用超過 21 天以上者為 28,345，約 17%」。

過6成，健保支付費用仍超過200億元。再者，99年至103年間，呼吸器依賴患者共97,576人，其中住院1至2年者4,973人，2至5年者3,398人，超過5年者，仍有81人。長期呼吸器依賴患者臨終前長久使用呼吸器，飽受折磨，不成人形，生活品質極差，且無法避免死亡結果之發生，卻增加病人痛苦、家屬折磨，亦徒增醫療團隊之無力感及醫療照護費用之沉重負擔。衛福部允應研議訂定呼吸道插管之臨床準則，減少不必要之插管，並就呼吸器依賴照護之發生、預後、倫理困境、成本效果及預防發生等議題進行深度探討，或研議醫療機構於插管一段期間後應與病患或家屬對於後續治療是否繼續使用呼吸器進行充分溝通，以減少長期呼吸器依賴之發生：

- (一)我國慢性照護之發展緩慢，長期依賴呼吸器患者占用急性病房或加護病房之情形時有所聞。原行政院衛生署（下稱原衛生署，於102年7月23日改制為衛福部）為有效利用加護病房資源，提升重症病患照護品質，於87年提出「改善醫院急診重症醫療計畫」，並訂定「急性呼吸治療病床」及「呼吸照護病床」之設置標準。嗣原中央健康保險局（102年7月23日改制為健保署）為促使醫療資源有效應用，規劃研訂呼吸器依賴患者之照護模式及支付方式，並於89年7月推動「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫（下稱呼吸器依賴患者照護試辦計畫），將呼吸照護分為加護病房（Intensive Care Unit，簡稱ICU）、呼吸照護中心（Respiratory Care Center，簡稱RCC）、呼吸照護病房（Respiratory Care Ward，簡稱RCW）

和居家照護 (Home Care) 4階段<sup>4</sup>。急性呼吸衰竭病患在ICU住滿21日後，病情由「急性期」轉入「次急性期」，將下轉至RCC，此階段仍需持續接受呼吸器及醫療照護，若病患在RCC住滿42天，經胸腔科專科醫師評估病情穩定，但無法脫離呼吸器之病患，於病患使用呼吸器日起第64天開始，得轉入試辦計畫中第3階段之RCW。

(二) 臨床上對於無法自主呼吸之病患，會使用呼吸器維持其呼吸。至於「呼吸器依賴患者」，係指病患因呼吸衰竭造成需要接受呼吸器治療21天以上，每天使用超過6小時之患者。呼吸衰竭係許多重大傷病之末期變化，並非單一疾病造成，患者在插管治療初期多曾入住ICU，在經過相關疾病治療後，最後需藉由呼吸器維生，病人一旦停止使用呼吸器，恐無法自主呼吸而危及生命。然而，在長期依賴呼吸器延續生命之過程中，多數病患需長久臥床，且意識不清者不在少數，甚至終生昏迷或呈現植物人狀態；部分病患全身插滿維生治療管線，可能因插管造成不舒服使其要自行拔管而手腳被捆綁固定於病床上；另每年約有5千人以上合併洗腎、化療或放療等重症，生活品質相當差，患者飽受折磨，不成人形，甚至有臨床醫師形容「過著有如人間煉獄般的生活」。呼吸器之長期使用，暫時延續末期病人生命，但約9成之病患持續住院不超過1年，仍無法避免死亡結果之發生，卻增加病人痛苦、家屬折磨，亦徒增醫療團隊之無力感及醫療照護費用之沉重負擔。

(三) 本院財政及經濟委員會第4屆第49次聯席會議於100

---

<sup>4</sup> 健保署 104 年 5 月 25 日第 9 次修訂之「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫。

年9月8日通過之「高鳳仙委員調查，報載：臺北市99年12月間發生一起八旬王姓老翁，因不忍愛妻飽受病痛折磨，遂弑妻自首之人倫悲劇；此起震驚社會案件，在王翁部落格上早已預告欲尋求『安樂死』，甚至隱約透露殺妻念頭。本案凸顯高齡社會之老（病）人，於長期照護體系上亟待關注及補強，政府相關權責單位對於保障老人生活及『安樂死』等重要法令制度，未具體推動與落實，涉有違失」乙案之調查報告<sup>5</sup>及糾正案<sup>6</sup>，調查報告第7點及糾正案文第2點指出：「我國安寧緩和醫療條例已於89年6月7日公布施行，惟長期仰賴呼吸器病患人數卻逐年增加，99年增至3萬餘人，10年來使用超過1年者計2萬餘人，其中80歲以上者超過3成，每年健保支付費用已超過新台幣200億元<sup>7</sup>；又我國使用葉克膜居世界之冠，99年單純使用葉克膜病患之人數計有1,126人，由健保支出之葉克膜醫療費用高達新台幣1億6千餘萬元；不當使用呼吸器或葉克膜不僅可能造成無效醫療，而且使病患生活在人間煉獄飽受痛苦；衛生署卻未正視末期病人在醫療上所面臨雙重弱勢之處境，針對醫師面臨末期病人施行氣切插管及葉克膜體外維生系統之情形，研議相關診療指引，並從法令強制力及健保支付制度上，採取有效管控及約制措施，以促使醫師有所遵循並審慎使用該等醫療救治措施，俾能尊重末期病人之醫療意願及保障病患善終之權利，核有疏失。」

---

<sup>5</sup> 本院99年12月30日(99)院台調壹字第0990801126號函派查。

<sup>6</sup> 本院案號：100內正0032。

<sup>7</sup> 衛生署所提供之每年健保支付長期依賴呼吸器病患之費用係以點值作為單位，如以平均點值為新臺幣0.9元予以換算，則每年健保支付長期依賴呼吸器病患之費用260餘億點，經換算約達新臺幣200餘億元。

(四)本院針對上開事項糾正原衛生署後，衛福部表示在推動安寧療護及呼吸器依賴患者照護試辦計畫，以及訂定抑制資源不當耗用改善方案後，國內病患長期使用呼吸器情形，其成長已漸趨穩定如下：

- 1、103年總體呼吸治療費用為233.7億元，較99年之249.28億元，減少6.25%。103年符合呼吸器依賴患者定義之個案，於ICU、RCC及RCW住院之醫療費用分別為90.56億元、18.48億元及116.37億元，較99年之94.11億元、21.14億元及128.85億元，分別減少3.77%、12.58%及9.69%。(如附表1)
- 2、103年設有RCC之醫院有66家、972床，較99年之62家、1,022床，家數成長6.45%，病床數減少4.89%；103年RCW病床數6,135床，與99年之6,415床相較，床數減少4.36%，但家數維持在188家。(如附表2)
- 3、103年呼吸器依賴患者計27,145人，較99年30,238人減少10.23%。至於病人年齡分布以70歲以上最多，有17,078人，占62.91%；60至70歲之3,914人次之，占14.42%；50至60歲之2,598人再次之，占9.57%。(如附表3)
- 4、103年呼吸器治療患者當年度登錄曾入住ICU之人數為21,985人，其中有9,138人未脫離而下轉至RCC，占41.56%；登錄入住RCC有9,628人，其中1,650人未脫離而下轉至RCW，占17.14%。(如附表4)
- 5、99年至103年間，呼吸器依賴患者97,576人，其中住院1至2年者4,973人，占5.10%。另截至104年3月31日止，住院天數介於2至5年間者有1,669

人，住院超過5年之人數為74人。（如附表5）

6、102年死亡人數計154,374人，其中死亡前1年中曾有住院相關紀錄者共125,973人，102年死亡前最後1次住院期間曾使用呼吸器病人計40,439人，占32.10%。

(五)惟查，本院於100年間通過上開調查報告及糾正案後，依衛福部統計資料，103年與99年相較，雖然總體呼吸治療費用減少6.25%、RCC床數972床數減少4.89%、RCW病床數減少4.36%、呼吸器依賴患者減少10.23%，但103年設有RCC之醫院有66家，較99年之62家成長6.45%，RCW家數維持在188家，長期仰賴呼吸器病患人數仍高達2萬7千餘人，其中70歲以上者(共1萬7千餘人)超過6成，健保支付費用仍超過200億元。再者，99年至103年間，呼吸器依賴患者共97,576人，其中住院1至2年者4,973人，2至5年者3,398人，超過5年者，仍有81人。

(六)本案諮詢專家陳醫師秀丹表示：醫療之目的是恢復或增進病人的健康，使他獲得利益或減少傷害，如果沒有辦法達到這個目標，治療的正當性就隨之消失等語。蔡院長熒煌亦表示：RCW病人就醫流程，通常係依序從急診、ICU、RCC後，再到RCW。若在大醫院ICU就進行呼吸器脫離或撤除，則下轉RCC、RCW之病人就會減少，目前從大醫院下轉之人數已減少等語。另表示：以平時身體健康，有在工作、運動之80歲老人為例，突然倒下被送到醫院急診，每個醫師根本不知道能不能救活病人，但送到急診時一定都會插管。在目前，約有60-70%是可以救活；30-40%救不活。以美國醫院之加護病房為例，有85%-90%之病人在插

管3至5日後，醫師才能判斷能否救活。醫師判斷可以救的病人，要盡力去救，另外有些病人未來恐需長期依賴維生設備，則在ICU就要進行適當的處理，而不是將病人下轉至RCW後處理等語，以及表示：在歐美國家，85%加護病房之病人在呼吸器插管3、5日後撤管，此觀念，應再教育國內醫界。呼吸器使用3至5日後，應該再做1次慎重評估，以決定是否撤除等語。

- (七)查國人一旦發生緊急事故而病況危急時，醫師常竭盡心力進行治療，包括急救時施行心肺復甦術或維生醫療，但病患病況猶未見好轉，甚至病程發展已是末期病人，有時撤除維生醫療為對病患之最大福祉。惟國內長期呼吸器依賴病患人數，近年來均在2萬7千人以上，經函詢衛福部，長期未予撤除呼吸器，究係「病患」、「家屬」或「醫療機構、醫事人員」之決定，因該部認極難蒐集資料進行後續相關分析，故未能提供是項資料。然綜合本案諮詢專家之意見，國內醫師本於救人天職，家屬亦出自於孝心或不捨，加上全民健保給付病患住院期間之全部醫療費用，醫院又有營運上之考量，使得原應暫時使用之維生醫療，成為維持病患生命所必需，卻也延長病患死亡之過程。從健保署提供資料顯示，103年國內呼吸治療費用為233.7億元，呼吸器依賴患者計27,145人，70歲以上占62.91%最多，當年度登錄曾入住ICU之人為21,985人，其中有9,138人未脫離下轉RCC，占41.56%；登錄入住RCC有9,628人，其中1,650人未脫離下轉RCW占17.14%；當年曾登錄入住及繼續入住RCW之人數則有30,022人；另99年至103年間，呼吸器依賴患者97,576人，其中住院超過1年

者8,452人，占8.66%；又截至104年3月31日止，住院天數介於2至5年間者有1,669人，住院超過5年之人數為74人。從上述資料可知，長期呼吸器依賴患者在插管治療初期多曾入住ICU，每年將近9千人為嘗試脫離呼吸器亦曾轉入RCC，在經過相關疾病治療後，最後約有1,650人入住RCW，一旦入住RCW，其中約5.3%成功脫離呼吸器，但約8.66%入住超過1年以上，即在5年間，有8,452人住院超過1年，更有呼吸器病患住院超過5年，期間飽受折磨，度過不具生活品質之餘生。然而，呼吸器等維生設備應係暫時使用，醫療之目的並非係讓昏迷無意識之病人長期賴以呼吸，因病患在RCW成功脫離呼吸器之情形甚少，且雖無法脫離但病情已趨穩定，家屬即難做出撤除維生醫療之決定，故應從來源之ICU、RCC著手。若衛福部依據實證醫學研究，研議呼吸器治療禁忌症，確保不需插管者不為不當之插管；且醫護團隊在呼吸器治療初期，即對呼吸器依賴患者之臨床照護進行整體規劃，並適時與病患或家屬就呼吸器依賴照護之發生、預後、倫理困境、成本效果等事項充分溝通，使病患或家屬得以抉擇安寧緩和或維生醫療，病患成為長期呼吸器依賴患者之情形應能大幅降低。

(八)綜上，本院於100年間通過上開調查報告及糾正案後，依衛福部統計資料，103年與99年相較，雖然總體呼吸治療費用減少6.25%、RCC床數972床數減少4.89%、RCW病床數減少4.36%、呼吸器依賴患者減少10.23%，但103年設有RCC之醫院有66家，較99年之62家成長6.45%，RCW家數維持在188家，長期仰賴呼吸器病患人數仍高達2萬7千餘

人，其中70歲以上者（共1萬7千餘人）超過6成，健保支付費用仍超過200億元。再者，99年至103年間，呼吸器依賴患者共97,576人，其中住院1至2年者4,973人，2至5年者3,398人，超過5年者，仍有81人。長期呼吸器依賴患者臨終前長久使用呼吸器，部分患者飽受折磨，不成人形，生活品質極差，且無法避免死亡結果之發生，卻增加病人痛苦、家屬折磨，亦徒增醫療團隊之無力感及醫療照護費用之沉重負擔。衛福部允應研議訂定呼吸道插管之臨床準則，減少不必要之插管，並就呼吸器依賴照護之發生、預後、倫理困境、成本效果及預防發生等議題進行深度探討，或研議醫療機構於插管一段期間後應與病患或家屬對於後續治療是否繼續使用呼吸器治療進行充分溝通，以減少長期呼吸器依賴之發生。

四、衛福部之103年統計資料顯示，呼吸器治療患者由ICU下轉RCC比率高達41.56%，比率過高，RCW之脫離率僅8.03%，比率過低。健保署允應研擬獎勵方案，鼓勵ICU、RCC及RCW照護階段提升呼吸器脫離率，減少後續長期呼吸器依賴患者人數，並至各個醫院ICU、RCC及RCW實地查核，以真正瞭解呼吸器脫離困難的原因，並建置稽核制度及協助脫離呼吸器之平台，協助各級醫院建構呼吸器脫離困難的脫離模式：

(一)依據原健保局公告之呼吸器依賴患者照護試辦計畫，呼吸器依賴病患第1階段屬急性呼吸衰竭期，在ICU接受照護最長21天；第2階段為積極嘗試脫離呼吸器時期，依主治醫師病情判斷下轉RCC接受照護最長42天；第3階段依患者病情下轉RCW接受照護，第4階段則為居家照護。其中RCW及居家照

護階段之患者，業經醫師判斷不易脫離呼吸器。上開試辦計畫規定，RCC及RCW係採按日定額給付，除特殊項目得另核實申報外，不得申報其他醫療照護費用。又，健保署針對RCC及RCW病房之照護品質，除要求申報費用外，當病患有轉入、轉出及脫離等改變時，皆要另行登錄管理系統，由該署分析其回轉率、死亡率、呼吸器成功脫離率及未脫離呼吸器下轉居家照護比率等品質指標。

- (二)呼吸器使用原因繁多，病人呼吸衰竭，在急救時會給予呼吸器治療，在病情改善趨於穩定，且經醫療評估適合脫離呼吸器時，醫院應配合病人情況，循序漸進訓練病人脫離呼吸器，並選擇適當時機，使用適當方法將病患脫離呼吸器。衛福部之103年統計資料顯示，呼吸器治療患者當年新入住ICU之人數為21,985人，其中2,671人成功脫離呼吸器，脫離率為12.14%，9,138人未脫離而下轉至RCC，下轉比率高達41.56%；新入住RCC之人數為9,628人，脫離成功人數為4,354人，脫離率為45.22%，1,650人未脫離而下轉RCW，下轉比率17.14%；新入住RCW之人數為6,860人，成功脫離人數為551人，脫離率僅8.03%，詳如附表4所示。
- (三)本案諮詢專家蔡院長熒煌表示：對於呼吸器依賴病人之照護，要有品質監控指標，例如ICU插管病人下轉到RCC之比率，應小於20%；RCC再下轉至RCW比率，亦應小於20%，即病人從ICU轉到RCC，再下轉RCW之比率，應小於4%，即使放寬標準，亦應小於8%。對於達到標準之醫院，健保應予鼓勵，但超過一定下轉率之醫院，亦應處理等語。蔡教授甫昌則表示：有些患者可以嘗試脫

離呼吸器，但事實上沒有做脫離，因為病患在ICU、RCC、RCW時，健保有給付，脫離呼吸器後病患出院，在醫院方面，病房收入減少，占床率降低；家屬方面，因病患離開RCW後，需至長期照護機構或返家由家屬照顧，照護費用由家屬負擔，因此有些家屬會認為留在RCW既有醫護人員隨時照護，又有健保給付，希望將病患留在RCW。因此，曾經進行調查發現，有些醫師願意嘗試脫離呼吸器，但家屬不同意等語；又表示：有關生命末期之弊端，本來就不對，有關機關應負起責任，進行稽查、評鑑、禁止，不應該有醫療浪費，病人也不應變成人質、被綁架，這些生命末期病人照護之問題處理好後，還要處理呼吸器依賴病人有7成呈現植物狀態之問題等語。

- (四)查目前健保署各分區業務組定期監測各院呼吸器脫離率，對於呼吸器脫離率低於同儕或各醫院之統計值者，列為費用管控、加強審查之對象，至於「未積極脫離呼吸器」則為健保署專業審查醫師扣除呼吸照護病房給付常見的理由<sup>8</sup>。另按健保署蔡副署長淑鈴於本院詢問時稱：ICU、RCC或RCW之呼吸器患者，無法成功脫離呼吸器，並非只是單純脫離呼吸器之問題，還涉及醫師有無良好診斷與治療之鑑別能力。因此會組成專家小組，至收容醫院檢視是否仍有具備脫離潛力之病患等語。另該署函復本院稱：因病人特性（如年齡、疾病嚴重度）會影響呼吸器之脫離率，實務上難以訂出各

---

<sup>8</sup> 參考本院 100 年 8 月 5 日院台調壹字第 1000800306 號暨 101 年 2 月 3 日院台調壹字第 1010830222 號函派查「為延續對全民健康保險總體檢的重大課題，包括：『重振四大科』、『守護社區醫院』、無效醫療、安寧緩和醫療、醫院評鑑等之監督，對於相關主管機關在醫療費用急速成長之過程中，是否曾嚴肅認真對待其醫療品質或臨終關懷之問題？是否曾考量『分配正義』原則並有效規範或檢討？是否涉有違失」乙案調查報告。

界均可接受之客觀標準去評量醫院，故未能提供未符合監測指標之醫院家數資料等語。

- (五) 正確診斷呼吸器依賴之真正原因，給予正確治療，病患才能成功脫離呼吸器；無法找出病人使用呼吸器的原因，將導致病人需長期使用呼吸器。惟目前之試辦計畫，缺少鼓勵醫院將病人脫離呼吸器之措施，例如：甲醫學中心無法脫離呼吸器之病人轉至乙醫學中心後成功脫離呼吸器，但病人在乙醫學中心時，使用呼吸器可能超過21日，只能入住乙醫學中心之RCC，醫療費用給付點數低於在ICU之給付。又如：病人於丙RCW順利脫離呼吸器後即得轉至護理中心、安養之家或出院回家，可能影響RCW之收入<sup>9</sup>。目前全民健保對在ICU、RCC或RCW將困難脫離呼吸器病人脫離後，並無任何獎勵措施，可能為未積極脫離呼吸器之原因之一。因此，為提升RCC照護階段之呼吸器脫離率，減少後續長期呼吸器依賴患者人數，健保署允應研擬獎勵方案，以提升呼吸照護中心照護品質，讓已插管者及早脫離。
- (六) 綜上，呼吸器治療患者由ICU下轉RCC比率高達41.56%，比率過高，RCW之脫離率僅8.03%，比率過低。健保署允應研擬獎勵方案，鼓勵ICU、RCC及RCW照護階段提升呼吸器脫離率，減少後續長期呼吸器依賴患者人數，並至各個醫院ICU、RCC及RCW實地查核，以真正瞭解呼吸器脫離困難的原因，並建置稽核制度及協助脫離呼吸器之平台，協助各級醫院建構呼吸器脫離困難的脫離模式。

---

<sup>9</sup> 第三波健保改革研討會-從3個經典案談醫療資源分配正義大會手冊，財團法人臺灣研究基金會、國立臺灣大學公共衛生學院主辦，100年9月4日舉辦，第8-9頁。

五、衛福部之統計資料顯示，103年共17,078名70歲以上老人連續使用呼吸器21天以上，至104年3月底止，住院2-5年之呼吸器依賴患者高達1,662人，住院超過5年以上者高達74人，由56家醫院收容，顯示許多病患於生命末期無法獲得善終。衛福部允應協助醫界形成長期使用呼吸器病人之臨床照護共識，針對插管且無法救治之末期病患建立撤除維生設備適當時機、實施步驟等臨床準則，並鼓勵家屬主動要求評估患者是否屬於末期病患，以決定是否進行安寧緩和醫療或撤除呼吸器等後續治療處置時之判斷參考。衛福部可研議委託派遣醫療團隊，輔導家屬如何以病人最大福祉抉擇後續醫療處置，或發掘末期病人是否遭到不當持續插管或違反其意願之情形，使末期病患可在選擇善終情形下，免除臨終時之醫療折磨，提升病患生命品質：

- (一)100年1月26日修正之安寧緩和醫療條例第7條增訂關於可以終止或撤除心肺復甦術之規定：「最近親屬未及於醫師施行心肺復甦術前，依第三項至第五項規定出具同意書時，原施予之心肺復甦術，得經醫療委任代理人或第四項第一款至第三款之親屬一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書，並經該醫療機構之醫學倫理委員會審查通過後，予以終止或撤除心肺復甦術。」102年1月9日修正之同條例第7條規定：「(第1項)不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：一、應由二位醫師診斷確為末期病人。二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。(第2項)前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。(第3項)

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。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。……(第5項)末期病人符合第一項至第四項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。……」。

(二)安寧緩和醫療條例通過撤除或終止維生系統之相關條文後，讓長期依賴呼吸器之末期病人及家屬，在法律上獲得了選擇「善終」之依據。病患符合「二位醫師診斷確為末期病人」、「意願人簽署之意願書」兩要件規定，即得撤除長期依賴之呼吸器。關於安寧緩和醫療條例增訂「得撤除」維生醫療之規定後撤管人數是否有所增加問題，衛福部函復本院表示：家屬選擇撤除，多會承受各界壓力，爰考量家屬感受及我國國情，並未蒐集執行情形，亦未有「家屬簽署撤除維生醫療同意書」及「醫師開具撤除維生醫療醫囑」等資料等語。另查，103年RCW呼吸治療病患30,022人，其中合併多重治療，在當年度合併申報洗腎、化療或放療至少1項以上醫令之病人數為5,743人（如附表6），積極搶救雖能大幅延長生命時間，卻飽受痛苦；103年仍有17,078名70歲以上老人連續使用呼吸器21天以上，且至104年3月底止，呼吸器依賴患者住院2年至5年者有1,662人，住院超過5年以上者有74人，由56家醫院收容，收容醫院包括臺北市立聯合醫院及臺北榮民總醫院臺東分院2家公立醫院。

1、臺北市立聯合醫院收容之呼吸器依賴患者，住

院2年至5年者有46人，住院超過5年者有5人，上述病患均未曾簽署預立安寧暨維生醫療意願書。住院超過5年以上之病患，均經院方評估非屬無效醫療病人，其中有1人呈現植物人狀態。另該總院黃院長勝堅接受本案詢問時表示：其中意識清楚者僅有1人，其認為有些是末期病人，但其他醫師可能認為不是末期病人等語。

- 2、臺北榮民總醫院臺東分院收容之呼吸器依賴患者，住院2年至5年者有5人，住院超過5年者有2人，上述病患均未曾簽立預立安寧暨維生醫療意願書，其中有5人已呈植物人狀態，未進行安寧緩和醫療或撤除呼吸器之原因在於「家屬決定」，至本院函詢有無評估病人接受之醫療是否屬於無效醫療，據該院答復表示「是」接受無效醫療。

(三)本案諮詢專家意見：

1、趙教授可式表示：

- (1) 建議衛福部派遣醫療團隊，個別評估長期依賴呼吸器病人，以病人最大福祉作醫療處置。
- (2) 撤除維生設備前，從生命醫學倫理、醫療層面、預後到心理社會靈性各層面，以病人最大福祉進行縝密評估。一旦決定要撤除維生醫療，最重要的是於撤除前、中、後對病人及家屬之照顧，要確保病人善終，沒有痛苦，也要確保家屬能善別。每個病人都要整個安寧團隊之力量照護病人及家屬，讓生死兩無憾。
- (3) 病人要撤管前，開始要用藥，包括止痛、止喘、消除呼吸道分泌物、消除呼吸道水腫之藥物等，要讓病人非常平安；對家屬要幾次家庭會議，讓家屬知道他們做的是對的決定，日後

沒有遺憾、沒有悔恨，且確定是符合倫理的。

- (4) 有些比較資深之醫師，在養成過程中未曾接受安寧緩和醫療之教育，擔任醫師時曾為誓言要盡一切力量救治病人，怎麼可以放棄？大部分是好心，但理念不清楚。另有醫院把病人當搖錢樹，有年輕醫師將病人之呼吸器成功脫離後，被院方開除之情事。

## 2、黃院長勝堅表示：

- (1) 長期依賴呼吸器及維生系統，事實上是無效醫療，可以先針對很明確、大家一看就知是無效醫療的RCW問題先解決。
- (2) 建議病患下轉至RCW後，一定要有1次之溝通會議，醫師要明確向家屬說明病患是否為「末期病人」，若不是，不能撤除呼吸器，但要有醫學證據以供檢視；要不然即要明確告知家屬病患是末期病人，但現在有些RCW一直在閃躲這些問題。

## 3、楊教授培珊表示：曾有家屬說，無論是多麼無效之醫療，其價值在於只要病人活著，全家就 together，就有一個中心等語。

## 4、蔡院長熒煌表示：

- (1) 對於RCW病人，若有醫學證據屬6個月末期之病人，例如呼吸器依賴合併洗腎、6個月內有1次或2次急性發作之病人，當病情不穩定時，是有撤管機會的，但需要去監督及教育。
- (2) 醫療證據顯示，呼吸器依賴合併洗腎病人，有85%病人於3個月內死亡，此類病人確實符合6個月之生命末期。
- (3) 呼吸器依賴病人若每日狀況穩定，若突然要求家屬撤管，是很殘忍的事，對病人情何以

堪？但若1年內有2次以上之急性發作，需要轉回ICU，此類病人在此時間點上，不應勉強繼續救治，應評估是否撤管。但現在病人發生這種狀況，家屬也不放手。若衛福部能建立明確指標，例如6個月內有2次發作或1次發作，醫療團隊即得據以執行撤除維生醫療。

- 5、陳醫師秀丹表示：有些長期依賴呼吸器且意識不清楚之病人，很明確的，一旦撤除呼吸器就會死亡，為什麼健保還給付？這些問題要趕快處理等語。

(四)關於呼吸器依賴患者呈現植物狀態及一看即知為無效醫療者是否應予撤除維生醫療問題，衛福部函復本院說明如下：

- 1、對於一般醫療專業人士一看即知為無效醫療，且全身插管的病人，亦需依安寧緩和醫療條例第3條第2款及第7條第1項規定判定是否屬於末期病人，避免誤判導致病人生命受到危害。
- 2、臨床上植物人狀態常導因於腦部受到直接外傷、炎症、缺氧、藥物中毒或代謝異常等因素，使大腦皮質功能喪失，並導致個體呈現失去對外界之認知及反應能力。特約醫事機構依健保醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法，申報醫療費用並檢具完整之醫療費用申報表單。申報資料中包括國際疾病分類代碼，院所係以疾病診斷申報，健保署自難獲得呼吸器依賴患者存活人數之意識狀態，故無法提供植物人統計資料。

(五)長期呼吸器依賴病患若未曾簽立意願書，且意識昏迷或無法清楚表達意願時，因家屬對於醫療相關資訊未必具備醫療專業，或基於情感因素，由

家屬同意或提出評估病患是否屬於末期病人以進一步撤除維生醫療之決定，確屬不易，但末期病人並未因家屬之孝心而獲得最大福祉。至於救人確為醫師之天職，當善盡心力救治病人，但醫療有其極限，若讓病患陷入永久無知覺意識狀態，並因長久插管而有生理上之苦痛，病患於生命終末期即無法獲得善終。

(六)綜上，103年共17,078名70歲以上老人連續使用呼吸器21天以上，至104年3月底止，住院2-5年之呼吸器依賴患者高達1,662人，住院超過5年以上者高達74人，由56家醫院收容，顯示許多病患於生命末期無法獲得善終。衛福部允應協助醫界形成長期使用呼吸器病人之臨床照護共識，針對插管且無法救治之末期病患建立撤除維生設備適當時機、實施步驟等臨床準則，並鼓勵家屬主動要求評估患者是否屬於末期病患，以決定是否進行安寧緩和醫療或撤除呼吸器等後續治療處置時之判斷參考。衛福部可研議委託派遣醫療團隊，輔導家屬如何以病人最大福祉抉擇後續醫療處置，或發掘末期病人是否遭到不當持續插管或違反其意願之情形，使末期病患可在選擇善終情形下，免除臨終時之醫療折磨，提升病患生命品質。

六、102年1月1日施行之全民健康保險法增訂第72條關於減少無效醫療之規定後，因無效醫療難以定義，且涉及醫療專業判斷及醫學倫理問題，其處理更應納入臨床醫療、社會倫理及法律等層面之意見，尋求社會共識，始能避免爭議。惟衛福部迄今未於兼顧社會認知、病人家屬意願及醫院實務可行性下，確實落實對於無效醫療問題之改革，亦未訂定無效醫

療之臨床指南，又未建立查核機制及明確訂出具體可達成之目標，顯未能落實該條立法精神，應予檢討改進：

(一)100年1月26日總統華總一義字第10000011861號令修正公布、102年1月1日施行之全民健康保險法（下稱二代健保法），首度增列減少無效醫療之條文規定。該法第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。」爰國內對於「無效醫療」之處理，不應僅止於倫理層次之討論，衛福部允應依法行政，落實執行此一規定。

(二)惟經向衛福部函詢無效醫療之界定及查核方式，據該部函復表示：

- 1、健保法相關法令，並未定義無效醫療。
- 2、整個無效醫療概念最大癥結在於「無效」之認定，比較偏向醫療主觀判斷，要達到完全客觀及據以付費之具體定義，具有相當程度之困難性。
- 3、無效醫療在實務上無法直接定義，也難以對無效醫療之後續處理程序進行分析，亦不易建立可為醫界接受之查核機制。
- 4、無效醫療之定義在國內、外均無法給予共識之定義，因此無效醫療金額及對健保財務影響不易估算。

另本案函請衛福部說明無效醫療之範圍界定、臨床判斷指南、鑑別方式、處理程序及查核機制，該部均無法提供。

(三)為使醫療資源分配合理化，減少無效醫療，健保署對於其所為管控措施及具體成效說明如下：

- 1、訂定「全民健康保險（下稱健保）抑制資源不當耗用改善方案」：

藉由持續支付制度改革、減少無效醫療資源耗用、高耗用醫療管控、多重疾病整合醫療推動、高診次就醫輔導、加強重複醫療查核機制、藥費管控等，以降低全民健康保險資源不當耗用。

- 2、訂定葉克膜使用禁忌症：

101年6月於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，訂定葉克膜使用禁忌症，包括：絕對禁忌症（不可逆腦病變、惡性腫瘤末期、不可逆之心、肺疾患且不適合做臟器移植者、不可逆之多重器官衰竭），以及相對禁忌症（持續進展之退化性全身性疾病、不可控制之感染、不可控制之出血、重度免疫不全之患者）。

- 3、推動安寧療護，降低臨終前之不當醫療利用。
- 4、加強長期呼吸器依賴患者管理，控制呼吸器醫療費用成長，並鼓勵醫院對呼吸器依賴病患進行緩和醫療家庭諮詢服務。

(四)查現行健保法相關法令，並未定義或授權定義「無效醫療」，目前健保署對於二代健保法第72條之執行，係著重於減少無效醫療以外之不當耗用保險醫療資源之情形，以104年健保抑制資源不當耗用改善方案為例，於「減少無效醫療耗用」項目之策略僅有「積極推動安寧療護，節省臨終前之不當醫療利用」1項，除此之外，健保署並未提出任何有關無效醫療之處理策略。因無效醫療難以定義，且涉及醫療專業判斷及醫學倫理問題，其處理更應納入臨床醫療、社會倫理及法律等層面之意

見，尋求社會共識，始能避免爭議，而非刻意迴避處理。雖然無效醫療在國內、外均無法給予普遍共識之定義，但在眾多醫學倫理教科書上，有可供參考之臨床指南；且事實上，臨床醫療人員普遍知道之現象包括有許多不必要之開刀、化療等，仍可以建立無效醫療之查核機制。

(五)綜上，102年1月1日施行之二代健保法增訂第72條關於減少無效醫療之規定後，因無效醫療難以定義，且涉及醫療專業判斷及醫學倫理問題，其處理更應納入臨床醫療、社會倫理及法律等層面之意見，尋求社會共識，始能避免爭議。惟衛福部迄今未於兼顧社會認知、病人家屬意願及醫院實務可行性下，確實落實對於無效醫療問題之改革，亦未訂定無效醫療之臨床指南，又未建立查核機制及明確訂出具體可達成之目標，顯未能落實該條立法精神，應予檢討改進。

七、衛福部之統計資料顯示，95年至103年，計有260,993位民眾簽立預立安寧暨維生醫療意願書，簽立人數由95年每月平均678人成長為102年每月平均超過5,000人，但仍有許多人（尤其是獨居老人）因未簽署意願書或委任書致未能於生命末期選擇安寧緩和醫療。衛福部雖已實施居家安寧、安寧住院、安寧共照、社區安寧居家療護等措施，讓末期病人從醫院回歸社區，惟申辦之醫療院所家數及照護個案數不多，效果有限。衛福部允應加強宣導預立意願書或醫療委任代理人，並採取更有效方式推廣社區安寧居家療護等措施，且將獨居老人服務項目延伸至臨終方式之事前抉擇，或導入安寧緩和醫療之觀念，以保障善終權益：

(一)按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。」同條例第5條復規定：「(第1項)二十歲以上具完全行為能力之人，得預立第四條之意願書。(第2項)前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。」截至103年底，國內簽立預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書人數累計為260,993人，衛福部分析國人住院就醫年齡資料，平均以50-59歲年齡層人口占最多數，將以該年齡層為目標族群加強宣導。惟查國內隨著人口高齡化與少子化導致家庭型態轉變，使老人獨居或僅與配偶同住情況增加，截至104年6月底，年滿65歲以上獨自居住，或同住者無照顧能力、或經列冊需關懷之老人有47,716人，其等失依無靠，若未預立意願書或醫療委任代理人委任書，一旦在生命末期階段陷入昏迷，恐無法依其意願做成是否繼續使用維生醫療之適當醫療決策。因此，衛福部應正視此類老人善終之權益，加強宣導預立意願書或醫療委任代理人。

- (二)國內部分老人於臨終前長期使用呼吸器維持生命，但過度使用維生治療，不一定合乎人道對待或達成醫療之目標，甚至造成生命已在末期狀態之老人難以善終。衛福部為提升末期病人及其家屬之生活品質，先後實施居家安寧、安寧住院、安寧共照，另為因應高齡化社會老人在地老化之需求，再於103年1月1日實施社區安寧居家療護，擴大照護範圍，將安寧療護由醫療院所延伸至社區之中，讓末期病人從醫院回歸社區，使病人及其家屬生死兩相安。惟實施以來，申辦之醫療院所家數及照護個案數尚少，效果有限。

- (三)部分獨居老人於生活困苦需要協助時，常因不瞭解社會福利之辦理程序而未能獲得適切之服務提供。目前各縣市社政機關都已對轄內獨居老人進行列冊，或再篩選高風險獨居老人，並增加服務頻率及次數，至於對獨居老人提供之服務，主要包括：電話問安、關懷訪視、居家服務、餐飲服務及陪同就醫等。以臺北市為例，更整合社會局、民政局、衛生局或鄰里幹事等資源，提供獨居老人送餐、關懷及醫療服務，在訪視人員訪視獨居老人後，即將訪視情形以line群組方式將與老人有關之訊息上傳供其他照護人員參考，結合團隊成員進行以老人為中心之跨局處老人服務。
- (四)社區安寧之理念係為讓老人在地老化，並於生命歷程已至末期病人階段得依病人自主選擇善終，有尊嚴地走完人生最後旅程。然國人對於安寧緩和醫療之內涵不甚瞭解，因此末期病人在臨終前往往錯失了善終之機會。特別是失依無靠之獨居老人，若能事先簽署意願書或委任書，一旦於生命末期且意識昏迷或無法清楚表達意願時，即可保障其選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之權益；若能於社區接受安寧居家療護，更能在熟悉之生活環境中在地老化。因此，對於獨居老人提供之服務項目，允宜研議延伸至臨終方式之事前抉擇，或導入安寧緩和醫療之觀念。
- (五)綜上，95年至103年，計有260,993位民眾簽立預立安寧暨維生醫療意願書，簽立人數由95年每月平均678人成長為102年每月平均超過5,000人，但仍有许多人（尤其是獨居老人）因未簽署意願書或委任書致未能於生命末期選擇安寧緩和醫療。衛福部雖已實施居家安寧、安寧住院、安寧共照、社

區安寧居家療護等措施，讓末期病人從醫院回歸社區，惟申辦之醫療院所家數及照護個案數不多，效果有限。衛福部允應加強宣導預立意願書或醫療委任代理人，並採取更有效方式推廣社區安寧居家療護等措施，且將獨居老人服務項目延伸至臨終方式之事前抉擇，或導入安寧緩和醫療之觀念，以保障善終權益。

調查委員：高鳳仙、江綺雯

中 華 民 國 1 0 4 年 1 2 月 日