

病人決定？醫師決定？健保決定？^{*} —— 論無效醫療之成因、定義及倫理意涵

林欣柔^{**}

摘 要

倫理及法律體系向來承認病人得拒絕維生所必要之醫療，但更多時候醫師面對的是病人或家屬要求「救到底」。若醫師認為某項介入手段為無效醫療時，可否拒絕提供？全民健康保險法第72條要求保險人擬定改善方案、減少無效醫療，是否意謂要由健保來決定何為無效醫療？本文分析生命倫理學上「無效醫療」(medical futility) 論辯之源起、成因、定義及倫理意涵，檢討臺灣文獻中對無效醫療之誤解與盲點。本文認為，病人自主權並未賦予病人要求醫師提供無效醫療之權利，醫師依專業照護標準認為特定介入手段於特定病人身上為無效時，基於行善與不傷害原則不但得不提供，甚至有義務不提供。臺灣社會有將無效醫療視為稀少醫療資源分配(rationing) 或健保成本控制問題之傾向，將使醫學專業及大眾誤以為無效醫療是錢的問題，產生病人可自費要求醫師提供無效醫療之弔詭。

* 投稿日：2013年7月2日；接受刊登日：2014年1月3日。[責任校對：陳榕、陳逸凡]。

本論文為中央研究院法律學研究所「生命科技、健康不平等與分配正義」群組計畫研究成果。本文初稿曾於2012年12月15日，在中央研究院法律學研究所主辦第四屆科技發展與法律規範研討會中發表。感謝評論人王立達副教授、王志嘉醫師及與會先進之指教及建議，另外兩位匿名審稿人悉心指正，提供寶貴意見，由衷感謝。本研究係由交通大學科技法律研究所碩士張曼玲小姐協助蒐集整理資料，備極辛勞，併此致謝。

** 長庚大學醫務管理學系助理教授。

穩定網址：<http://publication.ias.sinica.edu.tw/10214151.pdf>。



關鍵詞：無效醫療、全民健保、維生醫療、病人自主權、資源分配。

目 次

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 壹、問題緣起 | 陸、臺灣對無效醫療之潛在誤解與澄清 |
| 貳、無效醫療論辯之源起 | 一、病人自主權的炫光：病人有權得到任何想要的照護？ |
| 參、為什麼會有無效醫療？ | 二、無效醫療是稀少醫療資源分配問題？ |
| 肆、無效醫療之定義 | 三、自費無效醫療？全民健康保險限制「無效醫療」之吊詭 |
| 伍、無效醫療之倫理意涵 | 柒、結論 |
| 一、病人有要求無效醫療的自主權？ | |
| 二、醫師「得」或「應」拒絕提供無效醫療？ | |

壹、問題緣起

高科技醫療的發展一開始因為資源有限而帶來分配正義的問題，但有限資源分配所帶來的悲劇性困境以及對科技的高度期待，常常讓社會轉而投入許多資源，加速新科技的使用。在新科技廣泛提供使用後，爭議問題可能由如何正當地分配稀少醫療資源，轉為如何限制不適當的使用¹。例如1960年洗腎機問世時，血液透析（洗腎）技術的研發目的，是為了替暫時性腎臟衰竭的病人爭取一點時間，讓他們在洗腎技術的幫助下維繫腎臟的功能，使身體有足夠時間回復健康。當時因為洗腎機有限而需求的病人眾多，位於西雅圖的美國第一家人工腎臟中心，經過醫師依照嚴格的醫學條件篩選適合的病人後，另外還必須由一個匿名的委員會，依照病人的財務條件、家庭條件及將來對社會的潛在貢獻或負擔等因素，來挑選最後可以接受洗腎的病人²。這樣的篩選結果，自然有很多病人無法享受洗腎機的好處，究竟要如何決定篩選的標準也令人為難。因此當美國國會在1972年通過法律，確保聯邦Medicare保險（聯邦提供給老人及身心障礙人士的健康保險）給付罹患末期腎臟疾病（End Stage Renal Disease, ESRD）病人洗腎的費用時，並沒有太多反對的聲音，因為大家都不希望需要洗腎技術協助的病人會因為經濟上因素而無法接受治療³。但沒有料想到的是，今天洗腎醫療已經廣泛地使用在罹患更嚴重疾病的病人身上。現今有嚴重糖尿病、心臟病、肝病的病人、已不可能康復離開醫院的末期移轉性癌症病人、無法感受到任何實益、處於永久植物人狀態的病人，都開始規律、頻繁地接受洗腎；比起過去用於治療暫時性腎臟衰竭病人，現

1 LAWRENCE J. SCHNEIDERMAN & NANCY S. JECKER, *WRONG MEDICINE: DOCTORS, PATIENTS, AND FUTILE TREATMENT* 78-79 (2d ed. 2011).

2 Northwest Kidney Centers, *Timeline: 1960 to Present*, <http://www.nwkidney.org/aboutUs/ourHistory/timeline.html> (last visited Oct. 8, 2012).

3 See Richard A. Rettig, *The Policy Debate on Patient Care Financing for Victims of End-Stage Renal Disease*, 40 *LAW & CONTEMP. PROBS.* 196 (1976).

在血液透析技術更常見的是用在腎臟已永久衰竭的病人身上。

又如餵食管，原本是用在暫時無法由口進食的病人身上，讓他們可以藉由餵食管獲得營養、回復健康。但現在餵食管也用在已永久失去意識的病人身上。另外還有心肺復甦術（**Cardiopulmonary Resuscitation, CPR**），這個技術在1960年代是為了某些發生緊急狀況的病人而發展出來的，用來拯救與急性心肌梗塞（心臟病）有關的心臟驟停病人，這些病人的症狀是暫時性的，有很高的可能性可以康復出院、回復原本的生活。但今天不論病人根本的疾病是什麼，也不論他們將來的生命品質如何，我們一律地在所有心臟驟停的病人身上施行**CPR**⁴；這些病人可能是癌症末期，可能是多重器官衰竭，以前這些病人心臟驟停是一個好的死亡，因為這些病人的生命得以擁有一個仁慈的終點，但現在我們卻拼命地「拯救他們的心臟驟停」。比如原本家中年老的長輩發生心臟驟停應是福壽雙全、好的死亡，但現在更多是不論什麼情形，都呼叫救護車送到急診室急救、實施**CPR**。

面對新醫療技術不斷問世，社會也有越來越崇拜醫學、相信奇蹟的傾向，病人或其代理人開始要求醫師「什麼都要做」、「盡一切努力」，醫師也似乎將病人的要求，轉化為他們有用盡所有可能手段或技術的義務。為了回應病人自主權高漲、高科技醫療技術遭到濫用之風險、社會及醫療專業對醫學之迷思、老年化社會來臨衝擊等現象，醫學界與倫理學界開始產生對「無效醫療」（**medical futility**）概念之論辯⁵。從醫學實踐的歷史中可以發現，醫師在倫理

4 Tom Tomlinson & Howard Brody, *Ethics and Communication in Do-Not-Resuscitate Orders*, 318 NEW ENG. J. MED. 43, 43-46 (1988).

5 Lawrence J. Schneiderman, Nancy S. Jecker & Albert R. Jonsen, *Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications*, 112(12) ANN. INTERN. MED. 949, 949-50 (1990). 所謂無效（**futility**），意思是「有漏洞的、徒勞、未能成功達成內在渴望的結果」，**futility**這個字源自於拉丁語中的**futilis**，**futilis**是指一種開口很寬而底部狹窄的容器，這種容器在宗教儀式中被用來代表掌管生長的穀神刻瑞斯（**Ceres**）

上並無義務提供無用的醫療，因此像是開抗生素給受到病毒感染的病人，或是開杏仁素給癌症病人這樣無用、無實益的醫療，醫師並無義務、甚至不應該提供。那麼像是呼吸器、餵食管、洗腎這些可以延長生命的醫療呢？是否只要是「可得」的醫療，醫師就有提供的義務呢？主張論辯無效醫療定義與倫理意涵者認為，醫學專業與社會應該反省，基於醫療專業的古老傳統美德，醫學之目的為何？是否有其極限？醫學之存在是否是為了滿足病人（或代理人）的所有要求？或者醫學應是為了讓病人感受到醫療對其生命與生活之實益？對於只有微乎其微的可能性可以達成醫學目的之醫療行為，醫師是否有提供之義務？若病人已無法感受到治療之實益、受惠於治療效果，那麼醫師是否有義務給予病人無實益的、無效的醫療？當今醫師們用盡一切手段、救到死為止的作法是否適當？醫師們究竟該做什麼以及不該做什麼？

臺灣2011年通過的全民健康保險法第72條中，首度出現了「無效醫療」的文字，該條規定「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。⁶」此條文文義隱含「無效醫

與掌管爐灶的灶神薇斯塔（Vesta）。因為底部狹窄，因此當這個容器裝滿時就會翻倒。See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 20.

6 回溯這個條文的立法過程發現，此條文在立法審議過程中是在黨團協商後突然出現在國民黨版的修正案中，並且在未有實質討論的狀況下通過，因此無法從立法歷史中分析出立法目的。但對照前後各版本的條文順序，該條文所欲回應的問題與健保詐欺濫用、健保財務改革、健保永續經營有關，因此第72條之目的，可合理推論是為了回應健全健保資源分配、錢應該花在刀口上的要求。在2011年9月舉辦的一場「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」中，葉克膜、洗腎、呼吸器這三個維生技術的使用也因為耗費龐大健保資源而成為討論焦點。此外，監察委員黃煌雄等人在「全民健保總體檢」一書中提到：「許多加護病房中的末期病人於死亡當天仍在驗血、照X光、抽痰、使用呼吸器、抗生素、洗腎，甚至使用葉克膜體外維生系統，或被施予心肺復甦術。在這些激烈的急救處理措施後，僅是以醫療加工方式延長生命，對於病患而言，是一種折磨與凌虐；留給病患家屬，是無盡的煎熬與痛苦，同時也耗費掉龐大的醫療資源。本案實地訪查過程，素孚聲望的宗教醫院屢屢提及『無效醫療』的深刻問題，並嚴肅地強調不論從倫理面或資源面，均有其迫

療」是不當耗用保險醫療資源的問題，也將由健保局來決定何謂「無效醫療」。新條文通過後，中央健康保險局於2012年5月開始對於「葉克膜」採取限縮給付手段，公告四項絕對禁忌症者（例如癌症末期或植物人）之葉克膜費用，以防止濫用。媒體報導「這是國內健保上路以來，首次針對『無效醫療』限縮給付」⁷。健保局以前揭條文為依據，開始以無效醫療為由，管制昂貴維生醫療之使用，似乎是將無效醫療視為健保資源分配或成本控制的問題。全民健康保險的財務狀況持續惡化⁸，立法者要求保險人控制資源不當耗用可以理解，但立法者卻未對「無效醫療」之定義與內涵提供任何指引。究竟何謂「無效醫療」？為什麼會有無效醫療？無效醫療背後的倫理意涵是什麼？病人可以向醫師要求無效醫療嗎？醫師有義務提供無效醫療嗎？以資源分配或成本控制為由限制健保給付無

切性與必要性。」這些論述都顯示「無效醫療」議題在臺灣有被認為是健保資源分配問題的傾向。參見黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，頁563（2012年）。

- 7 詹建富，避免濫用 下月起葉克膜給付將設限，聯合報，2012年4月30日A6版。此篇報導訪問臺大醫院創傷醫學部主任柯文哲，他指出臺中市長夫人邵曉鈴嚴重車禍被葉克膜救回後，許多家屬把最後一線希望放在「葉醫師」，臺灣成為全球使用葉克膜最普遍的國家。柯文哲以臺大經驗為例，1,500位葉克膜使用患者，一成已知不會存活，另有兩成變成植物人；葉克膜急救往往是「醫師表達已盡心力，家屬為了盡孝」，因而遭濫用。2010年有1,126位病人接受葉克膜急救，平均每人醫療費用為84萬元，存活率僅三到四成。因此，健保局修改支付標準，增列絕對、相對禁忌症，如癌症末期或植物人等患者，都不給付；若患者屬持續進展的退化性全身性疾病，或有不可控制的感染、出血，則採逐案審查，避免濫用。
- 8 全民健康保險從1995年開辦後，財務收支狀況從1999年開始急遽惡化，自2000年開始出現安全準備金低於單月醫療支出，因此面臨調整健保費率的問題，但直到91年衛生署始公告調整費率，從4.25%調升至4.55%，同時調高醫學中心及區域醫院門診基本部分負擔，俗稱健保雙漲。健保雙漲後，財務壓力並未減輕，至2005年實施「多元微調」，其中開源措施包括將公共衛生支出的法定傳染病、預防保健及教學成本，以公務預算方式支出，不由全民健保保險給付。實施多元微調後，健保每年的收支仍然短絀，至2009年12月底，健保收支累計短絀為580.45億元，向銀行融資利息累計達70億元，自2010年4月1日起將費率由4.55%調高至5.17%，投保金額分級表上限由131,700元調升至182,000元，以減輕健保財務壓力。參見黃煌雄、沈美真、劉興善（註6），頁51-53。

效醫療的倫理意涵又為何？

為回答上述問題，本文將藉由生命倫理學上論辯無效醫療之源起、成因、定義及倫理意涵，分析臺灣目前對無效醫療討論之現況與隱憂。本文以下的第貳部分將以三個案例介紹當代救生技術、維生醫療之科技躍進，如何引發無效醫療的論辯。第參部分將分析為什麼會出現無效醫療，背後之因素有哪些。第肆部分將分析無效醫療理論中十分具影響力的量化面及質性面的無效醫療定義。第伍部分將深入分析無效醫療理論之倫理意涵，特別是病人自主權被高度尊重之餘，是否代表病人可以要求醫師提供任何其所想要的醫療？醫師面對無效醫療時，其倫理義務又為何？第陸部分將以臺灣目前討論無效醫療的文獻及全民健康保險法的規定為基礎，檢討對無效醫療的迷思與誤解。第柒部分為結論。

本文認為醫學專業及社會大眾必須承認，基於醫學傳統上及倫理上的行善和不傷害義務，醫師不應提供只能對病人身體產生生理效果的治療，而應考量特定手段是否能帶來病人能感知、體會的實益。雖然尊重病人自主權的倫理要求，賦予病人權利決定自己的身體要接受什麼樣的處置，甚至拒絕所有的醫療選項，但卻無權要求醫師提供無效醫療；醫師的義務僅限於提供符合專業照護標準的治療，病人自主權所給與病人的選擇，也僅限於有證據顯示具有實益的醫療。當醫師依據醫療專業的照護標準，認為特定介入手段於特定病人身上為無效時，醫師不但不應該提供，甚至有不提供的義務。目前臺灣對於無效醫療的討論，似乎將病人自主權視為最重要、最優先原則，自主權的炫光使得醫師誤以為在任何情形下，醫師都有提供醫療、繼續救治的義務，忽略了行善義務的要求；全民健康保險法第72條之規定，也有將無效醫療簡化為「錢」的問題之傾向，這將產生病人可自費要求醫師提供無效醫療的弔詭，也誤導社會混淆無效醫療的判斷標準、倫理意涵及健保給付分配之標準。

貳、無效醫療論辯之源起

西方醫學從希波克拉底時代即發誓追求病人的最佳利益，因此行善（*beneficence*）一直是健康照護專業所遵循的重要倫理原則之一⁹。從希波克拉底時代的醫學著作中也可以發現，醫師不應該提供無法提供病人實益或使病人回復健康狀態的醫療。然而，當代救生技術的發展，形塑了醫學有「起死回生」能力的形象，使得病人期待奇蹟，醫師也似乎有用盡一切「可得」科技進行救治的義務。但從過去二、三十年間一連串有關撤除維生醫療的案例可以發現，生命科技的發展使臨終照護變得困難而複雜，因而引發了倫理學上無效醫療概念與倫理意涵之論辯。

在美國第一個引發廣泛討論維生醫療運用界限的案例，是一位名叫Nancy Cruzan的年輕女孩¹⁰，她的故事讓美國最高法院做出了一個常被稱為承認個人「死亡權」的判決¹¹。在1983年1月一個晴朗的夜晚，當時25歲的Nancy在開車從工作的起司加工工廠回家的路上，車子駛偏了道路，沒繫安全帶的她掉進路旁的壕溝裡。她面朝下、沒有呼吸，呈現死亡狀態。醫護人員抵達現場後，開始實施CPR，約10分鐘後她有了呼吸，但她從未再回復意識。由於在接受心肺復甦術前，Nancy的大腦已缺氧了一段時間，對她的大腦皮質產生了無法復原的損害，只剩下腦幹的原始功能仍正常運作。然而

9 TOM L. BEAUCHAMP & JAMES F. CHILDRESS, *PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS* 167 (6th ed. 2008).

10 以下所舉三個案例是文獻上討論「無效醫療」時，經常被提及的案例。See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 1-3, 57-63; BARRY R. FURROW, THOMAS L. GREANEY, SANDRA H. JOHNSON, TIMOTHY STOLTZFUS JOST & ROBERT L. SCHWARTZ, *HEALTH LAW: CASES, MATERIALS AND PROBLEMS* 1410-20, 1491-93, 1516 (6th ed. 2008).

11 See *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261 (1990); *Cruzan v. Harmon*, 760 S.W.2d 408 (Mo. 1988); *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health et al.*, 106 L. Ed. 2d 587, 109 S Ct. 3240 (1989).

大腦皮質是控制一個人思考、情緒、行為、記憶、體驗與溝通等能力的組織，而腦幹則是控制一個人的心跳、呼吸、吞嚥與腸胃蠕動等基礎功能的部位；因大腦皮質無法復原，Nancy可以說已經不再是Nancy了。隔年，她被診斷為永久性植物人，她無法移動也無法吞嚥，她的父母被指定為她的監護人¹²。

Nancy剛發生意外時，家人要求醫師盡其所能維持Nancy的生命，包括用外科手術在她的胃中植入餵食管。然而，當家人看到Nancy的身體產生了臉部浮腫、四肢僵硬蜷縮等變化後，開始向醫師要求移除餵食管，希望Nancy能夠安詳平靜地離開人世。從事板金工作的父親認為，在他的記憶中，女兒一直是一個朝氣蓬勃而且獨立自主的女孩，熱愛動物與小孩，並且喜歡假日與戶外活動。因此他認為Nancy不會希望自己是以這樣的方式活著；假如她能知道自己現在的狀態，她應該會感到非常驚恐。但醫師與院方都拒絕在未經法院同意的情況下，移除Nancy的餵食管，因此Nancy的家人於1988年轉向法院求助，請求法院命醫師及醫院移除Nancy的餵食管。此案最後上訴至美國聯邦最高法院。對密蘇里州最高法院認為，基於對生命法益的保護，只要Nancy的呼吸並未中斷、心臟並未停止跳動，醫療行為就不應停止而應持續下去；家屬則主張移除餵食管是因為他們認為Nancy不會願意自己是以永久植物人的狀態存活著。密蘇里州最高法院認為有關Nancy個人的意願，不能僅憑家人想像Nancy個人可能的決定，家屬必須提出「明確且具說服力」(clear and convincing)之證據，法院始得同意家人的要求。聯邦最高法院最後同意密蘇里州最高法院的見解。由於所謂「明確且具說服力」的證明標準如何操作，實際上是由進行事實審的地方法院來判斷，因此後來Nancy的父母請Nancy的朋友作證，表示Nancy曾說過她絕不希望過著僅能靠醫療儀器支持、像植物人一樣的生活。地

12 See George J. Annas, *The Long Dying of Nancy Cruzan*, 19 J.L. MED. & ETHICS 52 (1991).

方法院認為這樣的證據已達到「明確且具說服力」程度，因而允許家屬的請求。出乎意料的是，即使是在移除Nancy的餵食管之後，許多宗教狂熱分子仍聚集在醫院前，並在停車場紮營舉辦宗教祈禱儀式，企圖以這樣的方式迫使餵食管再重新接上。但對Nancy的家人而言，Nancy早已死去，他們所能為她做的最後一件事就是讓她離開。他們的願望在7年後的1990年12月26日終於達成¹³。

就在Nancy Cruzan事件落幕的同時，85歲的Helga Wanglie在1989年時發生了對老人家而言有致命風險的意外，她被地毯絆倒了，整個人跌在地上，臀部骨折。手術後她一直待在病床上等待復原，但臥床讓她面臨血栓、褥瘡和肺炎的威脅¹⁴。她後來因呼吸困難而被護理之家送到明尼阿波里市亨內平郡醫學中心急救，經過施予心肺復甦術及插管後，她被裝上了呼吸器。接下來的幾個月中，Wanglie偶爾會表示她不舒服，也認得來訪的家人，但已無法清楚地跟他人溝通。她之後被轉往專門照護依賴呼吸器的病人的醫學機構，但遺憾的是，她發生心臟驟停，雖然經過心肺復甦術急救並由救護車送到鄰近的急症照護醫院，她卻再也沒有回復意識。醫師建議是否考慮撤除呼吸器，但她的家人拒絕了，又把她轉至亨內平郡醫學中心。兩個星期後，醫師們認為Wanglie已經處於永久植物人狀態，但她仍然依賴呼吸器輔助呼吸，靠餵食管來給予營養，醫護人員也必須經常給她抗生素、幫她抽吸、翻轉她的身體。一個月後，醫師們認為繼續給予Wanglie高科技的醫療並不適當，因為這樣的「醫療」對她而言並沒有太大益處。但她的先生、兒子以及女兒不同意醫師們的看法，他們拒絕醫師所提撤除呼吸器等生命維持醫療手段的建議，他們認為醫師不應該自作主張地扮演上帝，他們

¹³ Annas, *supra* note 12, at 56.

¹⁴ 研究顯示臀部骨折的老年人中，有高達20%因此而死亡，有許多存活者再沒能走路。See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 57.

相信奇蹟仍可能會發生¹⁵。Wanglie的先生告訴醫師，對於是否、如何接受生命維持醫療，他的太太並未表示過意見。在接下來的幾個月中，醫療團隊遵循了家屬繼續施行激進醫療行為的願望，Wanglie仍依賴呼吸器及餵食管，氣管抽吸、治療經常性肺炎的抗生素等積極性治療也持續著，血液測試的結果常常是化學或是體液失衡，使得醫師必須進行相關藥物的調整。但由電腦斷層掃描結果可以發現，Wanglie的大腦皮質已受到不可回復的損害，加上她其他多重的併發症，負責照護她的護理人員因此表示，他們認為繼續給予Wanglie維生系統並不適當¹⁶。

在嘗試與家人進行倫理諮商失敗後，Wanglie的主治醫師明確告訴Wanglie先生，他將不再繼續給予Wanglie呼吸器治療，要求家屬轉院或者取得法院的強制命令繼續給予Wanglie這樣的治療。本身是名律師的Wanglie先生拒絕了，醫院因此決定走向法院，第一步要求法院指定一位獨立的監護人，決定繼續呼吸器治療是否對病人有益，若監護人認為無益，再請求法院確認醫院是否有繼續提供的義務。Wanglie先生則要求法院指定他為監護人，法院也同意了，法院認為Wanglie先生最能代表Wanglie太太的最佳利益，依據她的宗教信仰與道德理念來做決定¹⁷。由於Wanglie先生並未要求停止呼吸器，法官對於醫院有無義務繼續給予治療並未做出判決。三天後，Wanglie太太因敗血症、全身器官衰竭，積極搶救無效後死亡¹⁸。

15 See Steven H. Miles, *Informed Demand for "Non-Beneficial" Medical Treatment*, 325(7) N. ENG. J. MED. 512 (1991). 此篇文章的作者Miles醫師，正是被亨內平郡醫學中心指定擔任倫理諮商工作的倫理學家。

16 See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 58-59.

17 Judge Rejects Request by Doctors to Remove a Patient's Respirator, N.Y. TIMES (July 2, 1991), <http://www.nytimes.com/1991/07/02/us/judge-rejects-request-by-doctors-to-remove-a-patient-s-respirator.html>.

18 See Miles, *supra* note 15, at 513.

就在美國社會因Wanglie事件熱烈討論醫師應否依照病人或其代理人指示，提供其認為不適當的醫療之際，美國發生了受到全世界矚目的Terrisa Schiavo事件。27歲的Terrisa可能因為飲食失衡造成體內缺乏鉀，而在1990年2月的一個早晨心臟驟停。她的先生Michael Schiavo打了求救電話，醫護人員趕到並設法回復了她的心跳，但她再也沒有恢復過意識。往後，她住進護理之家，靠餵食管給予養分及水，照護人員經常替她換尿布，她雖然有許多健康上的問題，但都沒有致命的危險¹⁹。

一開始，她的丈夫及她的父母盡所有的努力讓她繼續活著，並且努力要讓她恢復意識，他們安排了言語、復健治療，甚至將她轉到加州大學舊金山分校附設醫院，進行了一次腦部刺激器植入手術，很遺憾沒有成功。三年後，身為Terrisa監護人的先生Michael接受了醫師的判斷：Terrisa的大腦中許多較高階的功能都已經無法回復，不再有復原的希望。本身是位護士的Michael要求在療養院的病歷中註記「不施行心肺復甦術（Do Not Resuscitate, DNR）」²⁰。Michael這樣的舉動使他與Terrisa的父母從此分道揚鑣，開始了兩方冗長的對簿公堂、在法院和媒體前進行殘酷論辯的日子。1998年時，Michael請求法院准許移除Terrisa的餵食管，他主張他的太太曾經在幾個場合中跟他以及其他的親戚說，她不希望她的生命需要靠著機器來延長²¹。

依照一審法院判決，在2003年10月15日Terrisa的餵食管被移除，但主張生命權及身心障礙人士權利團體向聯邦法院請求暫時停止執行，但法院拒絕了，權益團體立刻轉向佛羅里達州議會，在州

19 *In re Guardianship of Theresa Marie Schiavo*, 780 So. 2d 176 (Fla. App. Ct. 2001).

20 See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 62.

21 See Abby Goodnough, *Feed-Tube Law Is Struck Down in Florida Case*, N.Y. TIMES (Sept. 24, 2004), <http://www.nytimes.com/2004/09/24/national/24dying.html?sq=woman+alive&st=nyt&scp=1&pagewanted=all&position=>.

長Jeb Bush積極推動下，議會通過了所謂一次性的法律，授權州長可以下令停止撤除餵食管並指定特別監護人。之後Michael上訴到佛羅里達州最高法院，最高法院認為該法已經違反佛羅里達州憲法，違反權力分立原則（因為這是以法律來推翻一個特定的法院判決）。在2005年3月31日Terrisa在安寧病房去世之前，反覆的訴訟讓她的餵食管被移除了三次，前兩次都在依法院命令移除後立刻被重新置入，最後一次移除是在2005年3月18日。雖然美國國會火速通過法案，授權聯邦法院審查Schiavo事件，George Bush總統也立刻簽署法案，但聯邦地方法院拒絕重新置入餵食管的請求，第十一巡迴上訴法院也維持了地方法院的判決，聯邦最高法院則拒絕審查，Schiavo事件至此才告塵埃落定²²。

從這三個案例我們看到，病人的「生命」（或更精確地說是生命徵象，例如心跳、呼吸）確實被延續，但這樣的「醫療」對病人來說，是否真的是醫學專業所誓言捍衛的病人利益？在這三個案例中所經歷的漫長訴訟過程，對病人及病人家屬來說似乎比較像是一場無情且殘酷的災難。為什麼原本應是「救生」，也就是讓病人回復生活、生命能力的醫療，變成用於延長無法感知任何醫療實益之病人的生命？這是醫學的目的、這是醫師該做的事嗎？

22 FURROW ET AL., *supra* note 10, at 1491-93. 如同Wanglie太太的例子，在辯論要不要移除Terrisa Schiavo餵食管的訴訟中，經驗豐富的神經科學學家都作證表示，病人已經永久失去意識，而且再也不會感知自己生物學上的生命，也不會從這樣的生命狀態中獲益。換言之，不管如何努力地維繫病人的生命徵狀，病人事實上再也沒有感受這些生物學上的效用（effects）並從中獲益的能力。Terrisa Schiavo的屍體解剖報告顯示，她的大腦已經減輕了一半的重量，且各個區域中都有大量的神經元受到損害。她的狀況從科學的角度言已經是無法回復，沒有任何的治療方式或醫療行為可以讓大量的神經元再生。因此，不論她的心願為何，所有試圖回復她的意識的努力事實上都是無效的。See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 62-63.

參、為什麼會有無效醫療？

正是因為醫學之目的遭到扭曲，才會產生像上述三個案例般的悲劇。早在1993年發表的一項研究中即顯示²³，過度醫療及違反道德良心的醫療行為，在健康照護專業人員間非常普遍。在該研究調查的五間醫療院所中，有高達70%的住院醫師及實習醫師，以及高達50%的護士，承認他們曾經違背良心地提供治療予重症及末期病人²⁴；也有高達55%的受訪者（包括主治醫師、住院醫師、實習醫師、護士等）承認他們有時覺得他們提供給病人負擔過重的治療²⁵。然而，即使健康照護人員意識到他們所提供的治療並不適當，卻很難就此停止，特別是病人或家屬要求繼續提供這樣的治療時。

現實世界中醫療照護人員之所以很難說不，是因為當代醫學的實行，受到心理、文化、社會、法律、經濟等多重因素的影響。從心理層面言，人類是抗拒死亡的²⁶，我們認為一個人要尋死是不自然、甚至是病態的，因此有自殺念頭的人會被懷疑是否有憂鬱症，是否有自傷、自殘之虞，國家甚至可以違反這些人的意願強制他們住院「治療」²⁷，好死不如賴活就是這種心理面因素的最佳寫照。文化上，醫師們也很難接受他們的力量是有極限的，現代醫學似乎將死亡從生物學或自然現象，轉化為醫學的失敗；相較於把死亡視為我們每一個人必然的、正常的命運，自然中生死循環的一部分，醫學逐漸將死亡視為一個需要征服的敵人，而且在當代生命科技的推波助瀾下，醫師們相信他們可以提供更多，任何可得的新科技都

23 See Midred Z. Solomon et al., *Decisions Near the End of Life: Professional Views on Life-Sustaining Treatments*, 83(1) AM. J. PUB. HEALTH 14 (1993).

24 *Id.*

25 *Id.*

26 See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 25.

27 *Id.*

應該嘗試²⁸；在沒有新科技可以用的時候，比起「無能地」面對病人家屬，選擇嘗試一個新的「無效醫療」似乎簡單得多，就像是做一場秀來表達對病人的強烈承諾，並利用這樣的方式來說服其他人他們已經盡了全力²⁹。

此外，醫師及醫療院所也擔心會引來媒體的反面報導。當病人家屬的意見跟醫師不同時，這種情形若被媒體披露，通常會引發大眾的反對聲浪，或是病人家屬也可能以「向媒體爆料」來威脅，使得醫院在律師及風險管理專家的建議下，建議醫師提供所有病人認為有實益的醫療行為。在現實世界中，醫師及醫院要維繫良好的公共關係與名聲，繼續給予病人家屬所要求的醫療跟放棄醫療比起來，前者似乎是更好的選擇，即使這個醫療行為已經顯然沒有幫助、無效，且只是延長病人受苦的過程而已³⁰。

再從醫療費用負擔的經濟面觀察，無效醫療的產生也受到保險制度的影響。當一個醫療行為不會造成經濟上的負擔時，病人家屬會覺得比較容易向醫師要求，醫院也會比較容易加入要求醫師提供醫療的行列。例如一個已永久無法離開加護病房的病人，持續使用呼吸器的醫療費用若是由保險給付，病人家屬會較容易要求提供這樣的無效醫療，醫院會不帶任何罪惡感地接受保險給付，病人和家屬也會傾向覺得，在倫理上他們有要求無效醫療的權利。另外，病人團體可能透過積極的組織活動進行政治上的遊說，促使醫療政策改變，使病人獲得他們想要的幫助。例如愛滋病病人及阿茲海默症病人維權團體就曾積極遊說美國食品及藥物管理局改變藥物許可流程，讓還沒有證明有具體實益的藥品可以提供作為治療之用。支持迅速核發藥物許可制度的人認為，有些疾病過於嚴重、致命，這些

28 *Id.* at 27.

29 *Id.* at 28.

30 *Id.* at 34-35.

病人有權要求他們想要的任何醫療³¹，即便這樣的醫療不見得有實益。

從法律層面言，許多醫師可能過度相信他們有法律上的義務，必須持續或提供醫療，即便他們認為這樣的醫療並不適當或違反醫學專業的照護標準。美國一項針對醫療糾紛訴訟的研究顯示，有90%的醫師承認他們害怕放棄醫療行為會被告³²。事實上，這麼多年以來，美國只出現過一位實施所謂安樂死、故意讓病人死亡而被定罪的醫師，他就是大家所熟知的「死亡醫師」Dr. Jack Kevorkian。Dr. Kevorkian曾經公開承認實施協助自殺行為，但陪審團多次認定他是無罪的，直到他提供「六十分鐘」節目公開播放一卷影帶，當中顯示他大膽地實施自願性安樂死，檢察官才成功地把他被關進監獄中。儘管起訴與定罪很罕見，醫師仍然恐懼病人家屬提出法律上爭訟³³。美國匹茲堡大學生命倫理與健康法中心（Center for Bioethics & Health Law, University of Pittsburgh）的Alan Meisel教授早在1991年的文章也指出，關於允許終止維生醫療的法律有八個常見的迷思，他認為這些迷思有些其實是對「什麼是法律」有著根本性的誤解，一連串對法律的誤解會對醫師、醫療機構、病人及家屬產生悲劇性的結果。這八個迷思分別是：1. 法律沒有允許的就是被禁止的行為；2. 終止維生醫療不是謀殺就是自殺；3. 必須是「末期病人」（terminally ill）才能停止維生醫療³⁴；4. 過度的醫療可以不予，但是一般的醫療不行；5. 法律允許不予治療，但一旦開始治療

31 *Id.* at 35.

32 David M. Studdert et al., *Defensive Medicine among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment*, 293(21) JAMA 2609, 2612 (2005).

33 See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 34.

34 提出生命倫理四原則的Tom L. Beauchamp及James F. Childress教授指出，即便是醫學倫理守則或醫院政策也常常錯誤地認為只有當病人是末期病人而無法表達意願或拒絕醫療時，才能終止維生醫療。然而，即使病人不是末期病人，當對病人產生的負擔大於利益時，醫師並沒有提供維生醫療的義務。BEAUCHAMP & CHILDRESS, *supra* note 9, at 168-69.

就必須繼續下去；6. 停止透過餵食管給予營養，在法律上跟其他的治療行為是不一樣的；7. 終止維生支持系統必須要經由法院同意；8. 生前遺囑不具法律效力。因為害怕病人或病人家屬提起訴訟，在治療的過程中，醫師寧願繼續施予無效醫療，也不願承擔可能會被告的風險³⁵。

在臺灣，長期以來醫師也因為將醫師法第21條及醫療法第60條第1項之救治義務理解為醫師的法定急救義務³⁶，因此認為即便是對瀕死病人，自己也有法律上義務予以急救，否則便可能違法，甚至構成不作為殺人。為了擺脫這個法定急救義務的限制，必須另外有法律允許醫師可以不急救、不實施心肺復甦術或撤除已予之維生醫療，這就是制定安寧緩和醫療條例的目的之一³⁷。然而，即使沒有安寧緩和醫療條例，若病人或透過代理人明確表達不接受維生醫療時，醫師遵從病人意願而不予以急救，即是以病人拒絕醫療權為基礎、有正當理由不急救而非「無故」拖延，當然不構成法定急救義務之違反³⁸。再退一步言，即使病人未表達意願，也沒有親屬或代理人可代為決定，或者病人或親屬要求醫師救到底，是否這時醫師就應該用盡一切手段救治病人，否則就違反法定急救義務呢？從希波克拉底宣言及當代生命倫理四原則中可以發現，若病人已無能力表達意願亦未預立醫囑，而維生醫療可以延長其生命時，並非就一定要提供維生醫療，此時醫師應基於不傷害原則，判斷提供維生醫療是否對病人產生的負擔大於利益，也應依據行善原則判斷提供

35 Alan Meisel, *Legal Myths about Terminating Life Support*, 151(8) ARCHIVES OF INTERNAL MED. 1497, 1497-1502 (1991).

36 醫師法第21條規定：「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條規定「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。」。

37 楊秀儀，救到死為止？——從國際間安樂死爭議之發展評析台灣「安寧緩和醫療條例」，臺大法學論叢，33卷3期，頁21-23（2004年）。

38 楊秀儀（註37），頁22。

維生醫療是否帶給病人實益；醫師並沒有義務維持病人生物學上的生命，更不可以在提供或持續治療時，不顧病人的痛苦、折磨與不適³⁹。此外，自主原則與其他倫理原則或價值相較起來，並非絕對立於優勢地位，自主原則並沒有賦予病人或親屬有要求一切醫療行為的權利，醫師仍然必須基於不傷害原則及行善原則判斷特定的治療或醫療行為是否適當。因此，判斷醫師是否為「適當之急救」或「採取必要措施」，是否違反法定急救義務，必須以該特定情境下醫師是否依其專業照護標準提供照護為準（例如在某個情境下的專業照護標準是給予舒緩照護），而非一律以醫師是否實施心肺復甦術或提供其他維生醫療為標準。然而，醫師誤解法律與擔心訴訟風險，使得臨床上面對病人或家屬要求提供不適當醫療時，醫師容易傾向遵從其要求，即便違反病人意願或認為違反醫療照護標準⁴⁰。

這樣多重因素下影響生命科技運用的結果是，許多處於長期植物人狀態的病人，仍然在持續接受「治療」。在美國，約有9,000至35,000名已失去意識的病人仍在醫院或療養院接受照護⁴¹；在臺灣，依據內政部2003年的統計，臺灣有4300位植物人領有身心障礙手冊，若將家屬未辦理或不知可以辦理身心障礙手冊的人數包括在內，估計有6,000人⁴²。這些看似活著卻無法體驗、更不用說參與最基本人類生活的病人，他們已經無法與心愛的人聊天、談笑、吵架，只是在不同的精密儀器間被移動，接受超音波、斷層掃描或葉克膜的「治療」。維持這般永久失去意識病人生命的醫療行為，是

39 BEAUCHAMP & CHILDRESS, *supra* note 9, at 168-69.

40 張曼玲，病人自主、親屬父權與醫師專業責任：論安寧緩和醫療條例之理論與實踐，國立交通大學科技法律研究所碩士論文，頁66-73（2013年）。當病人或家屬要求提供醫療而醫師認為不適當時，往往仰賴一套程序機制來允許醫師拒絕醫療，參見本文伍、二之討論。

41 See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 3.

42 陳清芳，台灣四千多位植物人 安樂死不合法，大紀元新聞網，2005年3月21日，<http://www.epochtimes.com/b5/5/3/21/n859528.htm>（最後瀏覽日：2012年11月29日）。

幫助生病的人？是幾千年來醫師所發誓維護的病人利益嗎？自當代醫學從科學發現的成功中明顯獲益後，醫療專業治癒疾病及延長生命的能力增加了，社會也經常不切實際地期待醫師應該有能力展現奇蹟，驅使醫師去尋求極度無效的治療方法。但究竟如何決定什麼樣的治療是無效的？又應該由誰來決定？

肆、無效醫療之定義

在初期討論「無效醫療」定義與實益的辯論中，最具影響力的文獻之一，是生命倫理學家Schneiderman教授等人在1990年所發表的「無效醫療：其意義與倫理意涵」(Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications)一文⁴³。作者們認為無效醫療概念是源自於醫學專業的悠久傳統，早從西元前4世紀希波克拉底的著作文集中，就可以看到從量化角度詮釋的無效醫療。例如文中提到：「當疾病的力量已經大到醫學無法對抗時，醫師就不能期待醫學可以擊敗這個疾病」；「醫師嘗試無效醫療只是顯露其無知與瘋狂。⁴⁴」從柏拉圖所著的「理想國」一書中也可以發現質性面的無效醫療概念，書中提到古希臘醫神Asclepius對於本質上健康但因一個特定疾病而受苦的人，醫師會讓病人擺脫疾病、繼續平日的的生活；但對於那些身體內部一直處於罹病狀態的人，醫師不會開立藥方、施予治療，讓他們的生命變成一齣延長的悲劇……醫學不是為了這些人存在，即便這些人非常富有也不應該被治療⁴⁵。由這些文獻可以得知，希波克拉底認為不太可能治癒病人的手段不應該被實施，而柏拉圖則認為對一個已無繼續活下去價值的生命，醫師不應該給予醫

43 Schneiderman et al., *supra* note 5, at 949-50.

44 *Id.* at 951; see also Lawrence J. Schneiderman, *Defining Medical Futility and Improving Medical Care*, 8(2) J. BIOETHICAL INQUIRY 123, 124 (2011).

45 Schneiderman et al., *supra* note 5, at 951.

療。

從這些古老的醫學傳統出發，Schneiderman等人提出了量化與質性面向的無效醫療定義，只要符合一個面向的定義，就可以認為是無效醫療⁴⁶。量化的無效醫療定義是指：當醫師基於個人經驗、同儕經驗或根據已發表的實證資料，認定在過去一百個案例中都沒有成功的治療，醫師應視這樣的治療為無效醫療。以醫學的不確定性言，即便我們看到A手段發生B結果100次、1000次，我們也無法百分之百斷定在一個特定的案例中，運用A手段一定會發生B結果。相對的，如果A手段從來就沒有發生過B結果，在某一個時點我們會開始認為A手段不可能發生B結果，雖然我們同樣無法百分之百確認B結果一定不會發生。在臨床上我們常會看到病人或家屬問醫師「你能百分之百確定無效」？這個問題的答案是，不能。但問這個問題並不正確，真正應該問的問題是：我們必須要失敗幾次、失敗到什麼程度我們才能說這是一個無效的醫療？醫學既然是一門以實證經驗為基礎的藝術，大多數人應該可以同意，如果一個治療在過去的一百次嘗試中沒有發生效果，那麼我們幾乎可以確定地說下一次也不會發生作用⁴⁷。

從質性的定義言，無效醫療指的是：當一個治療只是使永久喪失意識的病人繼續存活，或者只能以醫院的科技設備來維持病人的生命跡象，無法讓病人回復健康出院時，這表示醫學的目的已無法達成，也因此這樣的治療應該被視為無益、無效⁴⁸。因為病人並不

46 *Id.*

47 Schneiderman, *supra* note 44, at 125.

48 Schneiderman et al., *supra* note 5一文所提出的質性定義較為狹隘，指的是維生醫療行為無法讓病人脫離加護病房，就應該被視為無效，但SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1一書則有所修正，該書認為醫學的目標，不是讓病人在醫院裡被維持生命，而是能真正活著，因此應該至少能讓病人的健康恢復至可以出院的程度才有意義。若醫療行為沒有辦法讓病人能康復至離開急症照護醫院的話，就應該被視為無效。這樣的定義與二十年前的定義相較，擴大了無效醫療的範圍：過去醫療行為無法讓病人脫離加護病房，應該被視為無效（*see*

是許多器官的組合而已，所謂病人指的是一個正在受苦而請求醫師讓她（他）回復到完整、圓滿狀態的人，如果一個醫療手段能產生效果、並使病人感受到這個效果帶給她（他）實益的機會，低到令人無法接受的程度，那麼這樣的醫療手段就是無效醫療。這個定義背後所蘊含的醫學目的，並不只是為了將病人困在一個疾病與醫療的牢籠中，而是為了讓病人可以達到某種程度的健康狀態。

Schneiderman等人在定義無效醫療時，強調幾個概念上的重要區別。首先，我們必須特別注意治療（*treatment*）、療法（*therapy*）及照護（*care*）這三個詞彙間之差異。特定的治療變成一個失敗的療法時，就可能無效，但任何照護，也就是具有同理心的行為，都不會是無效的。醫學的目的很明確地是要對病人有幫助，也就是以人為整體地回復健康或是治癒病人，醫學的目的並不包含提供無法達到這些目的的醫療行為，也就是所謂的無效醫療。其次，無效醫療最為複雜的爭議，大多是發生在生命末期的維生醫療上，但並不限於此。例如替受到病毒感染的病人開立抗生素，因為從科學上可以知道這並不會對病人產生實益，這會構成無效醫療。醫師及其他醫療照護專業人員對於無效、無實益的醫療，並沒有提供義務⁴⁹。

再者，無效醫療的概念要求醫師在判斷是否為無效醫療時，必須小心區分「效果」（*effect*）與「實益」（*benefit*）。醫療行為的實施應該要具有實益，而非只是對病人產生效果⁵⁰。例如醫療行為能

Schneiderman et al., *supra* note 5)，但現在則認為無法讓病人康復出院的醫療行為，就是無效，*see* SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 18.

49 BEAUCHAMP & CHILDRESS, *supra* note 9, at 167. 舉一個極端的例子，若一個病人已經死亡（採腦死標準），但呼吸器仍然在運作，停止呼吸器治療並不會傷害病人，醫師也沒有義務再提供治療。然而在某些宗教信仰中，若仍有呼吸及心跳，可能某些人會認為病人並未死亡，也因此治療並不是無益、無效的，即便醫療專業人員認為這樣的治療是無意義、是浪費的。觀點的差距是討論無效醫療概念時常常產生的爭議。

50 *See* SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 17.

製造出各式各樣的效果，包括增加人體內的某種化學成分、增加紅血球的數目、殺死癌症細胞、恢復心跳、殺死細菌等，但所謂實益指的是對病人整體產生實質的幫助。無法提供實益的治療，不論是否提供了效果，都應該被視為無效。一個明顯無法區分效果與實益的例子，是著名的Baby K事件。Baby K於1992年10月出生在維吉尼亞州的一家醫院，她一出生就患有無腦畸形，也就是缺少腦部、頭骨與頭蓋的疾病。這樣的情形其實在她出生之前，就已由超音波診斷出來了，這個孩子註定永遠無法擁有意識，也無法思考、聽、看，以及進行其他需要運用智能與週遭互動的行為。醫師向Baby K的母親說明，對於無腦畸形兒之情況，他們所能做的，充其量只是在他們死亡以前，用尊重的心情以毛毯包裹他們，保持他們的體溫，並提供水分，有這種狀況的嬰兒通常會在出生後幾天內走向死亡。然而，當這名新生兒開始有呼吸衰竭的跡象時，母親即要求醫生要進行所有的激進醫療，包含了人工呼吸器及心臟停止時的心肺復甦術實施。為了滿足母親的要求，醫師們為了讓Baby K繼續活著，把所有該做的都做了。在這樣的醫療進行了一個月後，醫院試著要將Baby K轉介至其他間較支持Baby K母親心願的醫院，然而，在那附近沒有一間醫院願意接手Baby K，於是這個嬰兒後來被安置在鄰近的療養院中。Baby K在兩年半後死亡，而在這期間她多次因為呼吸困難而入院治療。在每一次的治療中，即使醫師持續地主張這樣的醫療是不當的，但因為母親的堅持，這個嬰兒還是每次都被施予了呼吸器與其他生命維持醫療手段。醫院倫理委員會嘗試解決這個難題但都失敗後，醫院要求法院宣示，醫院並沒有提供這類醫療行為的義務，並主張對於無腦畸形的嬰兒「因為所能預期的壽命非常有限，且對於他們的情況來說，任何的醫療行為都是無效的」，因此，醫師們應該依據照護標準提供安寧緩和醫療。然而，法院最後宣示拒絕治療Baby K，將會違反美國身心障礙法（The Americans with Disability Act）、1973年復健法（The Rehabilitation Act）以及緊急醫療照護與生產法（The Emergency Medical

Treatment and Active Labor Act, EMTALA)。在法院的判決中一再地提到Baby K有「呼吸窘迫症」，並以此作為支持母親繼續給予醫療的決定，但事實上這樣的描述忽略了Baby K並沒有辦法感受任何事物的事實，實際上她並沒有辦法感到「窘迫」。母親為了她好、要求醫師為她接上呼吸器，讓她的肺可以打入空氣，但她並沒有辦法從醫療的「效果」中獲得任何「實益」⁵¹。

除了上述量化及質性面的無效醫療定義，另有許多學者提出其他定義或標準，例如「嚴格定義的無效醫療」及「寬鬆定義的無效醫療」架構。這個架構認為凡是缺乏病理生理學依據的治療、即便窮盡治療病人仍然心跳停止以及在該名病人身上已經失敗過的醫療行為，這三種情形屬於絕對的無效醫療，醫師可以單方面為醫療決定，以該醫療行為屬無效醫療為由不予或撤除。若不屬於上述三種嚴格無效醫療，在有價值的治療目標無法被達成、治療成功的機率極低、病人存活之生活品質無法被接受、所預期得到的利益不值得將損耗的資源這四種情形，即屬寬鬆無效醫療，此時醫師須與病人或代理人溝通，將病人或代理人對於治療目標、生活品質、成功率、治療負擔等看法與價值觀納入考量，始能認定一項治療是否為無效醫療⁵²。

目前醫學界對於無效醫療之定義仍有不同意見，也有主張無效醫療定義難以捉摸、應予揚棄者，但多數人仍然支持繼續公開地進行無效醫療概念之辯論，也有不同的定義主張被提出來，因為無論如何，現實面就是醫療人員必須決定什麼時候該「適可而止」，必須決定在什麼時點，死亡或殘疾已超越醫學科技的力量⁵³。事實上，

51 *Id.* at 167-68.

52 BERNARD LO, *RESOLVING ETHICAL DILEMMAS: A GUIDE FOR CLINICIANS* 70-72 (4th ed. 2009).

53 See Edmund D. Pellegrino, *Decisions at the End of Life: The Abuse of the Concept of Futility*, 1(3) *PRACTICAL BIOETHICS* 3 (2005).

不論最終產生了什麼樣的定義，醫學界公開地探尋無效醫療的明確定義這件事本身，就有重要的價值，因為藉由公開論辯及尋求共識的過程，可以讓一個被普遍使用的概念，更加清楚的、負責任地被使用，而不是暗地裡、不適當地作為拒絕醫療的藉口。同時，醫學界公開地表明無效醫療的判斷標準，不但可防止醫師恣意決定，也可教育社會大眾，讓公眾參與評估、尋求認同⁵⁴。從美國近二十年對無效醫療的持續討論可以發現，繼續探尋無效醫療的定義，可以使醫療專業及大眾對這個問題有更清晰的思維，也可以鼓勵醫師對於什麼樣的醫療是成功的醫療行為，而什麼樣的醫療行為不是，進行臨床研究與回溯性研究，進一步支持以實證研究為基礎的醫學。在追求無效醫療明確概念的過程中，也會責成醫療專業努力去達成共識，並說服社會大眾也能接受這樣的共識⁵⁵。

也有人認為，維生醫療的不予或撤除問題，已經透過近二、三十年來法院判決及法律保障病人的拒絕醫療權而獲得解決，然而即便法律上承認病人有拒絕醫療的自主權，也承認可由指定的醫療代理人或最近親屬來代理病人行使醫療決定權，但維生醫療之不予或撤除在實務上面臨的問題還有：1. 僅有少數病人預立醫囑；2. 預立醫囑的內容在某些情境下可能無法提供充足的指示，或事後發生醫師認為不適當的情形；3. 病人未預立醫囑而由親屬代為行使醫療決定權時，因親屬間意見不一致，而使醫師進退兩難；4. 病人沒有親屬亦無指定醫療代理人。換言之，法律上以病人自主權理論來處理維生醫療之不予或撤除的爭議，但在前揭情形，凸顯了自主權理論的限制。實際上，不論是否有病人或家屬要求不適當的醫療，醫師都有義務判斷其所提供的醫療是否具有實益。

54 See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 179-80.

55 *Id.*

伍、無效醫療之倫理意涵

在當前維生醫療如此普遍運用的情形下，醫師與照護團隊很難避免地會遇到病人或家屬要求無實益或只是延長痛苦的醫療，此時醫師即便認為不適當，卻很難拒絕，最終甚至可能產生如上述案例對病人、家屬、醫師、照護團隊都進退兩難的處境。無效醫療概念之提出正是反思上述情境下的幾個問題：1. 醫師應該如何運用維生醫療？尤其當達到醫學目標的可能性非常低時，醫師是否仍應該嘗試這樣的醫療行為？2. 醫學的目標是什麼？在什麼時間點治療已無法達成醫學目標？我們是否能對這個時間點達成共識？3. 在治療已無法達成醫學目標時，醫師應該做或應該不做什麼？要回答這些問題，我們必須檢視當代的醫病關係，特別是晚近病人自主權高漲下對於醫療決定權之影響，我們也必須探究，當代生命科技發展不斷擴張醫學的界限下，醫師負有什麼樣的專業責任，以捍衛醫學的專業與病人的利益⁵⁶。

一、病人有要求無效醫療的自主權？

傳統上醫療照護專業是依據行善（*beneficence*）作為主要的執業準則⁵⁷，因此關於病人對資訊與治療的需求，醫師幾乎完全是由自己判斷，醫學的實踐也因而被認為是一種「父權」模式，醫師依照他們自己所下的結論，或是諮詢過同儕意見後，決定治療的方式。醫學這門藝術被認為包括了選擇性地保留或揭露資訊，以維繫醫師對治療過程的控制權。近年來病人自我決定意識抬頭，顯示了社會對於醫療父權的反彈，加上哲學上與政治上關注個人權利與尊

⁵⁶ Schneiderman, *supra* note 44, at 124.

⁵⁷ 希波克拉底宣言中有句話說：“Into whatever houses I enter, I will go into them for the benefit of the sick.” See <http://www.cirp.org/library/ethics/hippocrates/> (last visited Nov. 30, 2015).

重個人選擇，大大強化了自主原則在倫理上的地位⁵⁸。現在法律上及倫理上都極度重視病人自主權，也就是病人應該被充分地告知資訊，使他能對任何與他有關的醫療做決定，不論是接受或拒絕，甚至是拒絕醫師所建議或維生所必要的醫療照護⁵⁹。這樣從父權主權到極度強調病人自主權的轉變，甚至已經可以被稱為「典範的移轉」。但即使自主權保障了病人拒絕醫療的權利，是否代表病人可以要求提供某些醫療，即使是醫師認為無效的醫療？

過去我們討論醫療父權，往往聚焦於醫師父權地決定採取病人並不想要的介入手段，例如醫師依其偏好決定以外科手術方式進行癌症治療，但病人並不想接受手術。但還有另一種型態的父權——被動式父權（*passive paternalism*）⁶⁰，亦即醫療專業依據行善原則，拒絕按照病人的要求給予治療。例如有一位26歲、性活躍的女病人，要求醫師為她進行輸卵管結紮手術⁶¹。她堅決認為這是一個經過幾個月思考後的正確決定，她不喜歡其他的避孕手段，也不想要有小孩，而且瞭解這是永久性、不可回復的避孕方法。當她的婦產科醫師告訴她將來有一天她可能會結婚、想要孕育下一代，但她表示，如果真有那麼一天，她會找一個同樣不想要小孩的另一半，或者領養小孩。她認為她不會再改變主意，而且想要透過接受輸卵管結紮手術，讓自己再也不必思考這個問題。她已經安排好兩個禮拜後休假，並希望屆時接受手術。在這個案例中，若醫師拒絕施予輸卵管結紮手術是為了病人好，這樣的決定可能被評價為父權，但若醫師拒絕的理由完全是基於個人的良心，換言之，醫師因為個人

58 Schneiderman et al., *supra* note 5, at 949.

59 當病人無法行使這樣的權利時，可以由代理人來代為行使拒絕醫療的權利，已從1976年的Quinlan事件以來被法院所承認。

60 BEAUCHAMP & CHILDRESS, *supra* note 9, at 219.

61 輸卵管結紮手術（*tubal ligation*）是一種永久性的節育方法。進行這項手術時，醫生會找出女性的輸卵管，並將它剪斷及結紮，令卵子不能通過輸卵管及與精子結合。

道德理念而不願意施行手術，這或許就不構成父權式的決定。被動式的父權通常比起主動式的父權來得容易取得正當性，因為在道德倫理上，醫師並沒有義務迎合、符合病人的要求或偏好，提供與照護標準相左、甚至與個人良心相違背的醫療。如果醫師相信提供這樣的「治療」，例如給予無益的藥物以治療癌症，不符合病人的最佳利益，即便病人是完全的自主，醫師也沒有義務違反專業或個人良心來提供⁶²。

又如前述Wanglie的例子，她仰賴呼吸器延續她永久植物人狀態的生命，醫師認為這是無益的醫療，因為呼吸器無法治療她肺部的問題、無法緩和她的痛苦也無法讓她體會生命的意義與益處。她的代理人，亦即她的先生、兒子及女兒堅持不應停止呼吸器，他們認為活著總比死亡好，而且相信奇蹟仍然可能發生，醫師不應該扮演上帝的角色。但若醫師認為給予生命維持系統對病人而言是無效的，停止生命維持手段才是最人道的的方式，那麼拒絕病人或其代理人的要求從行善原則來看是合理且必要的。典型的無效醫療並不是指介入手段會傷害病人（如果是，那會違反傷害原則），而是指介入手段不會對病人產生病人或其代理人所尋求的、想要的益處。既然行善原則要求醫師只提供有治療實益的醫療，無效醫療的判斷事實上是醫師善盡其行善義務時必要的一部分。然而，正因為當代病人自主權的呼聲強大，自主權的地位似乎已經超越矯正父權主義之目的，超越賦予病人「決定自己身體要接受什麼樣的處置」的範圍⁶³。事實上，即使倫理上應該尊重病人自主，賦予病人選擇醫療處置的權利，但病人享有選擇權的範圍，應以醫學上可接受的治療選擇為限。病人享有選擇及拒絕醫療的權利，也不等於享有要求任

⁶² BEAUCHAMP & CHILDRESS, *supra* note 9, at 220.

⁶³ 病人自主權的緣起，常常被引用的是Benjamin N. Cardozo大法官在Schloendorff v. Society of New York Hospital, 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92 (1914)案中所寫下的名言：“Every human being with adult year and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body.”.

何他們想要的醫療的權利，因為拒絕醫療與要求醫療具有不同的倫理意涵，自主權給予病人一個免於不當介入、干擾之消極權利，但不因此賦予病人可以強迫他人（即醫療專業）必須提供任何他們想要的醫療手段，也沒有任何一個倫理原則或法律，要求醫師必須依照病人或其代理人的要求，提供無益醫療。例如醫師並沒有義務要遵從病人的願望，提供會造成傷害或無用的手術。從父權主義到病人自主權，使病人可加入醫療決定過程，但這樣的轉變並不代表醫師必須拋棄他們做判斷的權力，這樣的轉變也不表示病人自主權已提升到全面由病人來做醫療決定。

如同過去醫師濫用他們的地位、不讓病人知道事實一樣，有時病人也濫用了他們對於醫療照護的決定權，他們把限制醫師對他們的身體做什麼樣處置的控制權、自主權，解釋為他們有向醫師要求任何醫療的權利。例如有一位立志成為健美先生的運動員，要求醫師開立合成代謝性類固醇來使肌肉變大、變壯，醫師應否提供？由於這樣的藥物並未帶給病人任何醫學上的實益，提升健美先生的體態並不是醫學的目的，醫學所關心的是回復病人的健康、治癒殘疾，給運動員大量類固醇顯然不是為了他好，也不是為了讓一個患有殘疾的病人，回復一定的運動能力⁶⁴。同樣地，若有位病人擔心他經常性的腹痛是由盲腸炎所引起的，外科醫生並無義務為了安撫病人而實施預防性闌尾切除術。

當然，醫師、病人或家屬對於特定治療手段有無實益，可能會有不同的評價，因此會有人質疑，無效醫療似乎僅從醫學觀點判斷有無實益，而忽略病人或家屬的觀點⁶⁵。然而，醫師判斷特定手段是否為無效醫療，本就是醫師盡其行善義務必要的一部分，因為長

64 See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 10-11.

65 此為審稿人在審查意見中所提出的疑問，作者感謝審稿人的指教，並於本段敬覆提問。

久以來的醫學傳統，就是要求醫師只能提供有治療實益的醫療；當代無效醫療理論事實上是希望醫學專業重新檢視其古老的行善義務，課予醫師判斷的義務，而非要讓醫師享有更多的權力，無效醫療也不是個別的醫師恣意地依其一時興致獨斷地決定，而是必須由整體醫療專業，基於可得的最佳實證資料所建立的照護標準而定。再者，由病人或家屬來決定有無實益，實際上也有濫用的危險，例如病人或家屬可能藉著威脅醫院要將事情鬧上媒體，以達到獲得無實益醫療之目的。若病人或家屬認為有實益，醫師就要提供，這也會使醫療淪為自動販賣機，醫師對於病人或家屬要求的無效醫療，在倫理上並沒有提供的義務。病人或家屬固然要避免醫師濫用權限，但防止弊病的方式並不是允許醫師不顧醫療實益就照病人所要求的去做，不是靠削弱醫療判斷權或屈服於不合理的要求，而是要靠醫師公開地、負責任地依據其專業標準行使做出判斷。因此，我們應該要求醫學專業及醫療機構公開地討論無效醫療的標準，並說服大眾取得共識。公開討論之目的不僅是要讓醫師能運用其專業判斷、發展具實證基礎之照護標準，同時也會限制醫師恣意決定的可能性⁶⁶。

也有人擔心，醫病關係中病人自主權的興起，是醫事父權主義的式微，臨床上醫師不再能將自己的價值觀強加於病人身上；而無效醫療則是對病人自主權的反彈，讓醫師可以拒絕提供治療，因此無效醫療是為了增加醫師對病人的權力而提出的概念，試圖剝奪經過努力爭取後，才終於在近來有所提升的病人自主權；若醫師得以無效醫療為理由拒絕提供治療時，將會回到過去父權主義下醫師不與病人溝通的「沈默世界」⁶⁷，醫師將擁有醫療決定的王牌，讓大

⁶⁶ See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 184-85.

⁶⁷ Jay Katz教授將醫師傳統上與病人溝通的作法，形容為醫病間的沈默世界。See JAY KATZ, *THE SILENT WORLD OF DOCTOR AND PATIENT* 1-29 (Revised ed. 2002). 該書為闡釋病人自主權的論著中，經常被引用的文獻。

有進步的病人自主權與醫療共同決定權走回頭路。如前所述，無效醫療的主張並非允許醫師獨斷地將自己的看法強加在病人身上，判斷無效醫療的標準，仍然需要以實證資料為基礎，由醫學專業取得共識後獲得社會大眾認同。或許有人認為病人自主權有勝過其他主張及價值的優越地位，但病人自主權、病人所享有的選擇並不是沒有限制的，已經有越來越多倫理學家認為，病人只能在醫學上適當的範圍內，也就是在醫療專業照護標準所認可的範圍內做選擇，換言之，病人行使要求醫療照護的權利時，一個必要的條件是，病人所要求的醫療，已經被證明具有醫學上基礎或是具有理論上的基礎；如果連一個很小的醫學實益都沒有，那會讓所有強調醫病互動重要性的基礎消失殆盡。相對由病人來決定，是否要實施無效心肺復甦術或其他醫療，這個決定似乎醫學社群有更強烈的道德權源、有資格來建立專業共識，決定他們所擁有的技術要達成什麼目的。舉例而言，有越來越多的文獻討論醫療行為在特定群體病人身上應用的結果，醫師與倫理學家以這些文獻為基礎，認為醫師在一些例子中，應該不予或不去提供某些醫療。例如心肺復甦術不應實施在下列病人身上：嚴重燒傷的病人、已無合理可能性可以康復至從急症照護醫院出院的病人、只能在痛苦中短暫延長其生命的末期重症病人、預後結果極差且能否存活都有疑問的重症嬰兒、有癡呆症的重症末期病人。對於這些病人，即使家屬要求提供激進的醫療，也不應實施。此外，雖然合理、正當的無效醫療主張，可以解除醫師提供醫療的義務，但醫師並不能以無效醫療為由，拒絕與病人進行溝通與告知，醫師適當地援引無效的概念，並非要剝奪病人的自主權，而是要將人們向現代醫學尋求幫助時，真正擁有的選擇呈現出來。

事實上，臨床經驗中常見病人或其代理人之所以要求實施無效醫療，其所傳達的意涵，通常並不是希望醫師真的尊重其意願，病人或其代理人似乎更像是想要藉由要求醫師「什麼都得做」，來獲

得醫師的關心與安慰，病人或家屬在要求醫師實施無效醫療時沒有說出口的內心吶喊可能是：「不要拋下我（們）」⁶⁸！若病人的期望與需求是獲得醫師具同理心的對待，醫師可以用更有智慧、更適當的方式來處理。因此，無效醫療理論並不是要醫師說：「沒有什麼我可以做的了」，然後離開病房，把病人交給護士進行護理照護，無效醫療理論希望不論是在普羅大眾間或在病房中，討論的重點不僅僅是要不要終止維生醫療的決定，更重要的是希望促使健康照護專業，發展生命末期照護的關懷倫理，也就是醫師減輕病人受苦、折磨、增進病人福祉，以及在病人生命的最後幾天中維護其尊嚴的義務⁶⁹。

二、醫師「得」或「應」拒絕提供無效醫療？

如前所述，依據醫師專業的古訓行善原則，可認為醫師並無義務依照病人要求提供無益的醫療，接下來的問題是：當醫師認為提供某些治療是無效、無益時，她（他）的倫理義務是什麼？一個負責任的醫師在這種情形下應該做什麼或應該不做什麼？對這些問題，Schneiderman等人認為可能有三種不同強度的倫理立場：第一，我們應該允許醫師不去提供無效醫療，但不應課予醫師這樣的義務；第二，我們應該鼓勵醫師不去提供無效醫療，但不應課予醫師這樣的義務，第三，醫師有義務不提供無效醫療⁷⁰。

68 See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 180.

69 *Id.*

70 *Id.* at 111-15. 這三種立場與提出生命倫理四原則的Tom L. Beauchamp 及 James F. Childress教授對醫師治療義務的分類有部分相似之處。Beauchamp 及 Childress將醫師的治療義務分為三種：1. 有治療義務（不給予治療是錯的）；2. 有義務不予治療（給予治療是錯的）；3. 由醫師決定是否給予治療（既不要求治療也不禁止治療）。雖然從行善原則與不傷害原則常常可以認為醫師對生病、受傷的病人有提供維生醫療義務，但這樣的義務並不是沒有例外。例如當痛苦非常劇烈或身體上的負荷已沉重到高於預期利益時（例如只是短暫地延長生命），在這種情形下給予維生醫療可能是不人道或殘忍的，此時若一個有行為能力的病人拒絕治療，醫師有不予治療的義務而非有選擇權；即便是一個無行為能力的病人，提供治療也會是錯的。See BEAUCHAMP & CHILDRESS, *supra*

對於第一種主張「我們應該允許醫師不去提供無效醫療，但不應課予醫師這樣的義務」，這對醫師的倫理意涵與墮胎十分類似。墮胎雖然在某些條件下是法律允許的行為，但我們也允許個別醫師得基於個人的道德理念，選擇不提供這樣的醫療，因此醫師拒絕依照病人要求、提供終止妊娠醫療，並非不合倫理的行為。第二種主張採鼓勵態度但不強制醫師不提供無效醫療，換言之，醫師可以自由地選擇是否提供無效醫療，而且不論選擇是什麼，都不會受到責難。第三種則是最強烈的倫理主張，亦即停止、放棄無效的醫療手段，是醫師的倫理上義務⁷¹。

對於上述三種立場，自1980年代起，醫學專業團體及生命倫理組織就開始在倫理準則或報告中表達意見。例如1987年美國醫學會倫理與法律事務諮詢委員會（The American Medical Association's Council on Ethical and Judicial Affairs）發布了一系列關於醫院如何建立適當實施心肺復甦術政策的準則⁷²，當中提到：當主治醫師認為對病人實施心肺復甦術是無效醫療時，即便病人先前曾要求實施，醫師仍得不予實施⁷³。該委員會於1996年又提出有關生命末期無效醫療的倫理指引，建議關於無效醫療之決定應個案判斷（case-by-case），並鼓勵所有的健康照護機構，不論規模大小，都應參考其所提出的決策流程（表1），建立該機構的無效醫療政策。換言之，當醫師與病人或家屬對於是否實施維生醫療意見不一致時，醫療機構應先嘗試誠摯地與病人、代理人、醫師討論什麼樣的情況是無效醫療，而什麼樣的狀況是醫師、家屬與機構可接受之界限；當

note 9, at 167.

71 See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 111-15.

72 Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, *Guidelines for the Appropriate Use of Do-Not-Resuscitate Orders*, 265(14) JAMA. 1868, 1868-71 (1991).

73 原文為“...when efforts to resuscitate a patient are judged by the treating physician to be futile, even if previously requested by the patient, CPR may be withheld.”. See *id.* at 1868.

經由一定程序所得出的結論支持醫師的立場，但病人或代理人無法被說服時，得將病人轉介至其他願意收治的機構；若轉院不可行，醫療介入手段即可不予提供⁷⁴。雖然目前究竟有多少醫療院所制定機構內的無效醫療政策，並無確切資料可稽⁷⁵，但趨勢上已可觀察到有越來越多的醫療院制定無效醫療政策，並依該政策所規範之程序逐步撤除無效醫療⁷⁶。

表1 美國醫學會生命末期無效醫療參考決策流程⁷⁷

1.	在進入審議決策程序之前，應先努力嘗試促進病人、代理人與醫師間對於構成無效醫療因素之溝通；醫師、家屬及醫療機構亦應對於可接受的界限進行多方的溝通。
2.	醫療決策應盡可能由病人或代理人及醫師共同決定。
3.	若有意見不一致的情況時，醫院應嘗試協調，並且在所有當事人都能接受的界限內尋求解決之道。在適當的情況下可提供諮詢服務。
4.	若意見不一致的情況無法解決，應請求醫院倫理委員會給予協助。
5.	若倫理委員會之審議結果支持病人的立場，但醫師仍不願實施醫療行為的話，則該醫療機構應安排院內另一名醫師負責該名病患之醫療。
6.	若倫理委員會之審議結果支持醫師的立場，但病人或代理人不贊成時，病人或代理人可以尋找其他願意收治的醫療院所；若

74 Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, *Medical Futility in End-of-Life Care: Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs*, 281(10) JAMA 937, 937-41 (1999).

75 Thaddeus Mason Pope, *Medical Futility Statutes: No Safe Harbor to Unilaterally Refuse Life-Sustaining Treatment*, 75 TENN. L. REV. 1, 66-67 (2007).

76 See FURROW ET AL., *supra* note 10, at 1518 (列出了威斯康新大學醫學院Froedtert Hospital的無效醫療政策)；SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at xi (提到在加州大學聖地牙哥分校醫學中心等全國許多醫療院所中都提出了無效醫療政策)。

77 Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, *supra* note 74, at 939.

	有其他醫療院所願意收治，原醫療院所應協助病人轉院。
7.	若病人沒有轉院，即使病人仍在原醫院，醫院也無須提供該已被認定無效的治療。

資料來源：Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association.

美國醫學會目前對無效醫療的立場則是：「醫師依據他們的最佳專業判斷，認為無合理機會可以對病人產生實益時，並無倫理上的義務提供醫療。病人不應該只是因為他們要求就獲得醫療，拒絕治療的主張，應該要以公開宣示的倫理原則及可接受的照護標準作為正當化的基礎……」⁷⁸。此外，美國醫學會於2009年採納了一個提案，表示將尋求國會立法，授權由醫師們主導建立一套方法，作為允許醫師不提供或終止生命末期無效醫療的標準；當醫師基於善意並依照法律及倫理上明確準則所建立的照護標準做成決定時，免除其法律上責任⁷⁹。

美國醫學會的立場與倫理指引顯示，當醫師認為對一個特定病

⁷⁸ *AMA Code of Medical Ethics Opinion 2.035 - Futile Care*, AM. MED. ASS'N, <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion2035.page> (last visited Nov. 19, 2012). 在此項意見中，美國醫學會的立場採納了無效醫療的概念，但也認為「無效醫療」難以定義，因此能否拒絕提供醫療應以公開討論的準則及普遍認可的照護標準來判斷。雖然美國醫學會認為無效醫療難以定義，卻也認為在大家可以接受的共識下，醫師可以拒絕提供醫療，事實上這與Schneiderman & Jecker教授所主張不謀而合，因為兩位教授認為無效醫療定義的決定權並不是個別的醫師可以恣意地依其一時興致而決定，而是必須依整個醫療專業，基於目前可得最好的實證資料所建立的照護標準而定，醫師必須依照其專業社群所建立的標準，公開且負責任地行使其決定權。See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 184.

⁷⁹ 原文為“‘That our American Medical Association seek legislation by the United States Congress that will allow the creation of a methodology directed by physicians (MDs/DOs) that permits physicians (MDs/DOs) to either not engage in or to suspend futile care at the end of life; and that those physicians (MDs/DOs) be given immunity from liability when such decisions are made in good faith and within the standard of care with clear and convincing legal and ethical standards.’” SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 164.

人所提供的醫療屬於無效醫療時，醫師的專業責任已從較早期傾向第一種立場轉變為目前傾向於第二種立場，亦即鼓勵醫師不提供。這樣的倫理立場也可從美國各州的立法內容窺見一二。從1990年代早期，即有少數州立法允許健康照護者單方面地拒絕提供其認為醫療上不適當的維生醫療。其中最受到矚目的是1993年時，統一州法委員會（Uniform Law Commission）頒布了統一健康照護決定法（Uniform Healthcare Decisions Act），其中規定健康照護提供者有義務遵循病人或其代理人之醫療決定，但同時也明確表示醫療專業人員遵循病人或代理人決定之義務並非絕對，若病人或代理人之決定為「無效醫療」（medically ineffective）或違反「一般健康照護標準（normal healthcare standard）」，醫師或醫療機構基於良知（reasons of conscience），可以拒絕遵循病人或代理人之決定，但應盡一切合理努力，協助病人轉介至其他願意收治之院所⁸⁰。

從實體規定觀察，此法中賦予醫師單方拒絕提供醫療的權力十分廣泛。首先，醫師得拒絕病人或其代理人之醫療要求，不限於心肺復甦術、呼吸器、人工餵食等介入手段，醫師得拒絕遵從「任何形式」的醫療要求。第二，醫師得單方拒絕提供醫療的情形，並不限於病人意願不明的情形（例如病人未預立醫囑且無代理人）；即使病人或其代理人明確要求特定醫療或已明確表示反對，該法仍允許醫師單方拒絕提供醫療。第三，該法給予醫師極大的決定空間，判斷什麼情形下什麼樣的醫療是不適當的。該法規定若特定醫療的要求是醫療上無效的，亦即不會帶來重大利益（significant benefit）時，醫師即可拒絕提供，至於特定醫療所帶來的利益是否重大，該法允許由醫師來決定。第四，該法明確地賦予醫師免責權。若醫師基於專業良知（good faith）及法律程序要求拒絕提供醫療，將不受民事、刑事或專業懲戒之訴追⁸¹。

80 Pope, *supra* note 75, at 56.

81 *Id.* at 57-58.

從程序規定觀察，統一健康照護決定法允許醫師只要在符合法定要件下，即可單方決定、拒絕提供醫療，無須取得法院的命令或許可。若醫師欲拒絕病人或其代理人之要求，必須先通知病人或其代理人。這個通知的要求有幾個理由：第一，醫師通知病人或代理人後，可以給雙方一個尋求共識、共同作成醫療決定的機會，而無須由醫師單方地行使拒絕權；再者，通知代理人可以讓代理人有機會尋求其他意見，或將病人轉診或轉院；同時，要求醫師通知代理人也有避免醫師暗地裡不予救治、醫療決定欠缺透明性的問題。在醫師通知病人或代理人欲拒絕提供維生醫療後，醫師應盡一切合理努力協助病人轉院至願意提供病人指示之醫療機構，在病人成功轉院之前，醫師應繼續提供維生醫療⁸²。然而，值得注意的是，若病人未能成功轉院時該如何處理，該法並未規範。事實上，對於醫師認為繼續提供維生醫療已不適當的病人而言，要找到其他願意收治的醫療機構談何容易；即便找得到願意收治的機構，恐怕病人的情況也未必穩定而適於移動、轉院。因此，若醫師盡一切合理努力仍然無法讓病人轉院時，部分州法允許醫師停止提供維生醫療⁸³，亦有州法允許醫師或醫療院所可請求法院為進一步決定⁸⁴。

目前全美國至少有10個州採納此一模範法之規定⁸⁵，但研究顯示，即便在這些州，醫療機構內訂有無效醫療政策者仍然有限，且即便有，實際上運用執行的例子亦不多見。主要原因可能在於，醫療領域中能有一個清楚、明確的專業照護標準的情形並不多，因此醫師們並無法確定是否能符合法律上的免責要件，因而在顧慮法律

82 *Id.* at 58-59.

83 例如加州及田納西州法。CAL. PROB. CODE §§4735-36 (2005); TENN. CODE ANN. §68-11-1808 (2006).

84 例如緬因州法。ME. REV. STAT. ANN. tit. 18-A, §5-807 (2005).

85 Pope, *supra* note 75, at 54. 這10個州包括新墨西哥州、緬因州、德拉瓦州、密西西比州、阿拉巴馬州、加州、夏威夷州、阿拉斯加州、懷俄明州、田納西州。

風險下，醫師們不太願意運用這些無效醫療法律⁸⁶。其實，這正是為什麼醫療專業需要持續討論、達成專業共識的原因，因為若醫師們沒有共識，那麼形成立法所需要的社會共識，就更不用談了。

正是因為從實體要件規範、判斷醫師可否單方決定拒絕提供醫療（例如實體要件中要求醫師判斷該特定醫療未提供病人重大利益），實際執行效果並不好，以程序要件為中心的德州預立醫囑法（Texas Advanced Directive Act）⁸⁷，經常被認為是一個較可行的規範模式。在德州，醫師若不欲遵從病人或代理人的要求，繼續給予維生醫療，醫師必須通過多階段的審查程序（圖1）。首先主治醫師拒絕執行病人預立之醫囑或代理人、家屬代病人所做之健康照護決定時，其拒絕執行之決定應接受倫理委員會審查；委員會開會前48小時前應通知病人的代理人，代理人有權出席會議，委員會應作成書面決定解釋其理由，並送交代理人。在審查期間，醫院仍應提供病患維生治療；若病人或其代理人對審議決定有異議，醫師應盡合理之努力將病人轉介至願意遵循其指示之醫師，照護機構亦應協助醫師安排病人轉診或轉院。在病人尋找轉介單位期間，醫師應繼續在10天期限內提供維生醫療，若病人在10天期限內未轉院，亦未取得法院命令允許延長尋找轉介機構之期間，則在病人或其代理人收受書面審議決定第11天，醫師與健康照護機構即無繼續提供維生醫療之義務⁸⁸。

由於德州預立醫囑法所提供的免責要件是程序要件為基礎，只要醫師即醫療機構遵循法定的程序來解決病人或代理人與醫師間對於不適當維生醫療之爭議，即可免於民事、刑事及專業懲戒責任，因此相較於醫療決定統一法以實體要件為免責要件，顯然不確定性

86 *See id.* at 4.

87 TEX. HS. CODE ANN. § 166.046 (1999).

88 *Id.*

較低，也因此被認為是一個可仿效的成功典範⁸⁹。然而，這樣的法律規範仍有可討論的空間，例如10天的轉院期限對病人而言是否合理可行，以及由醫師及醫院行政人員組成的倫理委員會進行審議是否適當。再從倫理面而言，程序本身只是一個手段，它背後所蘊含的定義問題、行為標準及倫理理由，仍然需要有清楚的論述及正當性基礎。因此，這個法律並沒有解決所有的問題，社會大眾與醫療專業仍然必須討論什麼樣的情形下，主治醫師可以，甚至應該拒絕病人或代理人所希望提供的醫療。

⁸⁹ See Pope, *supra* note 75, at 80.

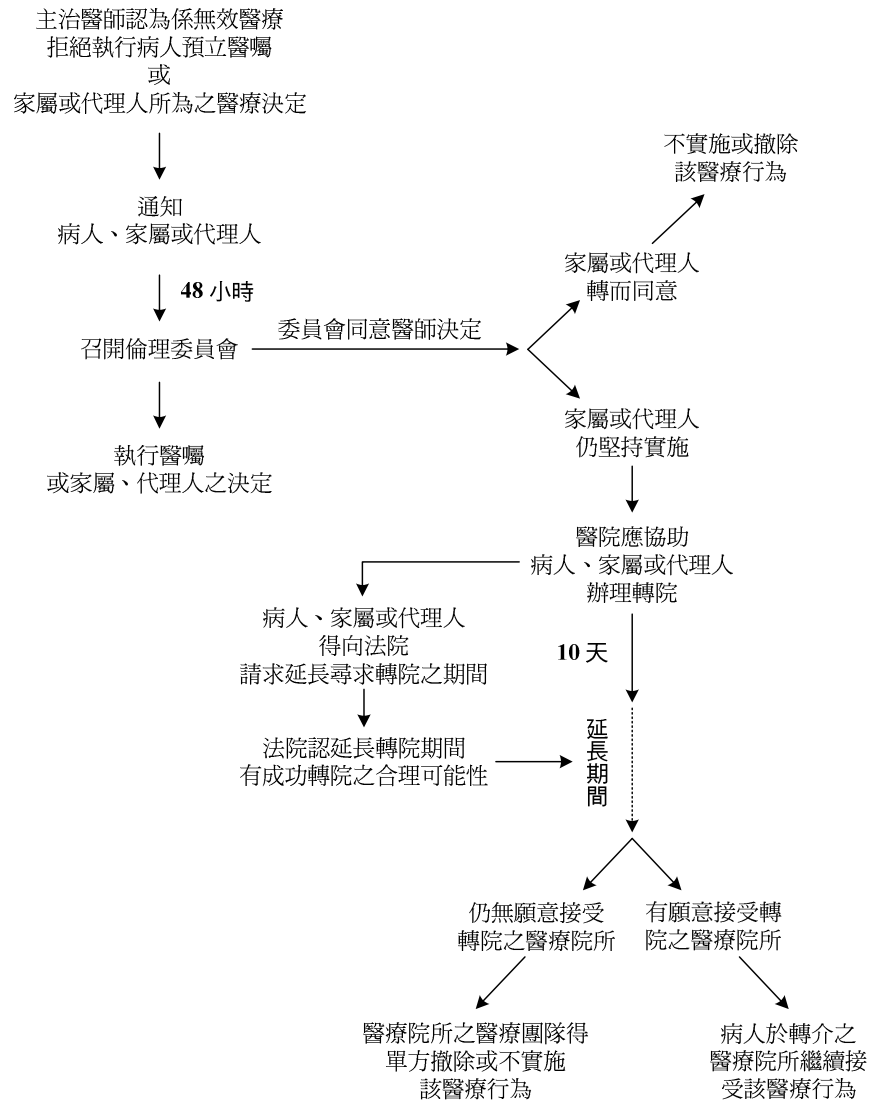


圖1 德州預立醫囑法之無效醫療決策處理規定流程圖

資料來源：本文製圖

陸、臺灣對無效醫療之潛在誤解與澄清

臺灣文獻出現對於「無效醫療」之討論，以目前中文期刊主要資料庫「華藝」、「月旦」，以及中文博碩士論文等系統為搜尋對象，並以「無效醫療」為關鍵字查詢（不限欄位），再以人工閱讀方式篩選有相關內容且無重複之文獻後發現，全國博碩士論文系統有五篇論文⁹⁰、華藝線上圖書館有四筆期刊論文⁹¹、月旦法學資料庫有二筆期刊論文⁹²。文獻討論重心在於嚴重缺陷新生兒的救治、生命末期病人拒絕急救、呼吸器撤除之法律責任。雖然文獻中均論及無效醫療之定義，但對於應否採取無效醫療概念、應採取什麼樣的無效醫療定義以及發生符合定義的無效醫療的情形時，醫療專業倫理義務為何等問題，並沒有清楚的闡釋或主張，甚至於對無效醫療問題之本質還可能存在誤解。本文以下將從病人自主權、醫師專業責任及全民健康保險法之規定等面向，就無效醫療在臺灣文獻中

90 參照陳建甫，極早期早產兒生命權之探討，國立政治大學法學院在職專班碩士論文（2011年）；王小星，從臨終末期病患生命權與自主權觀點探討不予或撤、止維生醫療之法律爭議，國立成功大學法律學系碩士論文（2012年）；張惠雯，彰化某醫院家醫科門診病人對預立醫囑知識及態度之研究，國立成功大學老年學研究所碩士論文（2011年）；陳信如，呼吸器依賴病患之生命權保障與死亡協助之探討，國立中正大學法律學研究所碩士論文（2010年）；黃麗續，從DNR分析看無效醫療的界線與醫學的極限，南華大學生死學研究所碩士論文（2009年）。

91 參照蔡甫昌、方震中、陳麗光、王榮德，長期呼吸器依賴病患撤除維生治療之倫理法律議題，臺灣醫學，16卷2期（2012年）（以下簡稱蔡甫昌等，撤除維生治療之倫理法律議題）；林芳如、黃勝堅、吳春桂、黃美玲、林亞陵、蘇玲華、蔡紋苓、林宏茂，重症生命末期無效醫療之探討，中華民國急救加護醫學會雜誌，21卷S期，頁S3-S4（2010年）；張麗娟、黃美智，先天性畸型新生兒不施行心肺復甦術的倫理抉擇，護理雜誌，56卷3期，頁99-104（2009年）；王維慶、朱怡康、蔡甫昌，無效醫療（Medical Futility），當代醫學，32期，頁542-549（2005年）。

92 參照王志嘉，評台灣高等法院九十六年度上易字第二〇二〇號「強制罪」刑事判決——兼論病人生命身體法益的處分與醫師緊急救治義務，月旦法學雜誌，174期，頁298-320（2009年）；陳祖裕，無效醫療，應用倫理研究通訊，25期，頁54-63（2003年）。

的論述進行探討。

一、病人自主權的炫光：病人有權得到任何想要的照護？

目前臺灣討論無效醫療的文獻中，雖然承認是否提供或撤除維生醫療帶來的臨床難題，也引用前揭量化與質性的無效醫療定義或其他文獻討論的無效醫療定義，但對於應採用什麼樣的無效醫療定義，例如提供一個永久失去意識病人延長生命的醫療是否為無效醫療，並無明確立場或共識，當無效醫療的情形產生時，醫師的倫理義務為何，態度亦不清楚。論述中最常見的主張是希望透過鼓勵病人依照安寧緩和醫療條例第7條之規定預立意願書，來減少臨床上的倫理兩難困境⁹³。

檢視安寧緩和醫療條例第7條條文，內容是關於病人不施行心肺復甦術應符合「末期病人」、「簽署意願書」之要件；病人無法表達意願時，由最近親屬出具同意書，以及已施予之心肺復甦術或維生醫療，在病人或最近親屬簽署意願書或同意書時得予終止或撤除⁹⁴。雖然此條文對於病人拒絕醫療權仍有許多限制，例如必須是末期病人、書面要式等，但基本上是以病人對自己的醫療決定權（包括拒絕權）為基礎，並承認在一定條件下得由親屬代為行使拒絕醫療權。這樣的規範是在解決當病人拒絕醫療可能產生死亡的結

93 參照李英芬、方俊凱、莊榮彬、陳榮基，保障病人尊嚴，拒絕無效醫療——談安寧緩和醫療條例宣導暨意願註記健保IC卡的執行，醫療品質雜誌，4卷5期，頁17-21（2010年）；陳祖裕（註92），頁59；林芳如等（註91），頁S3-S4。

94 安寧緩和醫療條例在2011年修法時增訂第7條第7項，允許最近親屬事後同意終止或撤除心肺復甦術，但要求必須由病人之配偶、成人子女、孫子女、父母一致共同簽署同意書，並經該醫療機構之醫學倫理委員會審查通過。從代理行使病人自主權的觀點言，最近親屬一致同意之倫理基礎，顯非基於病人意願的替代決定或最大利益之標準，倒是比較像是為了避免醫師依照代理人指示終止或撤除後其他家屬不同意而產生爭議；倫理委員會之審查也顯得多餘，因為若親屬一致同意，倫理委員會的正當性基礎是什麼？此規定於2013年修法時修正了第7條第5項及第6項，使最近親屬之同意，在維生醫療實施前後要件均一致，僅需一人出具同意書，即可拒絕、終止或撤除維生醫療。

果時，生命權與病人的拒絕醫療權何者優先的問題。近半個世紀以來倫理學上及許多國家在法律上都已認可，病人（非限於末期病人）可基於自主意願而拒絕醫療，即使拒絕醫療可能會產生死亡的結果，安寧緩和醫療條例亦是在此潮流下之產物。

不可否認，當病人尚有意思能力、決定能力時預立意願書，向醫師及家人表明其意願，這將能某程度作為醫師面對無效醫療時的行為指引，因此可以理解文獻中何以主張強化病人預立事前醫囑、表達意願，作為回應無效醫療的對策。然而，承認並落實病人自主權，是否就能解決無效醫療的問題？若病人事前預立醫囑，而該醫囑要求醫師執行的醫療，醫師認為並不適當時該如何？若由家屬代為表達意願，而醫師認為不適當時，又該如何？如前所述，無效醫療所要回應的倫理兩難，並不是生命權與病人自主權的衝突，它嘗試要解決的問題是：當病人或代理人的意願、要求，從專業照護標準來看並非醫學上適當的醫療時，如何解決醫師與病人或家屬間意見不一致的衝突？換言之，無效醫療實際上是為了回應病人自主權高漲後所產生「自主權炫光」的問題⁹⁵。這刺眼的自主權炫光不但讓病人或家屬誤以為他們有要求一切他們想要的醫療的權利，也使醫療過程中的其他參與者盲目、忽視了其他價值的考量，導致醫師忽略了行善義務，誤以為他們有依照病人醫囑或代理人指示為一切醫療行為的義務，更誤以為如果病人沒有事先指示，也沒有其他人可以代為決定時，他們有運用任何可用的措施、手段，包括荒謬的、過度的介入手段來延長病人生命的義務。

自主權炫光所產生的誤解，可以從文獻中描述的無效醫療情境看出來。例如有一位年輕女性因車禍頭部受創，在可能已經腦死的狀況下，因家屬的強烈要求而仍進行腦部手術，手術後確定為不可逆的腦死，但家屬仍要求醫師積極治療，醫師向家屬表示病人已無

95 See Schneiderman et al., *supra* note 5, at 949.

恢復意識的可能，不適合再為任何醫療行為，醫師雖覺得為難，但還是在家屬強烈要求下仍然繼續給予「治療」⁹⁶。這樣的情境帶來的問題，並不是病人或代理人能否拒絕維生醫療，相反的，它帶來的問題是代理人要求醫師提供維生醫療，而醫師認為並不適當、對病人無實益，此時醫師是否還有提供的義務？醫師得否單方地決定不予、終止或撤除維生醫療？這些實非病人拒絕醫療權理論所能解決的問題。又如一位有多重慢性疾病的失智老人因誤服藥物而陷入昏迷，緊急處理時醫師為病人插管，並使用醫院唯一的一台呼吸器，但病人腦部已發生不可逆的損傷而無法甦醒；病人是單身流浪漢，沒有人來探望，經過幾個星期病人依舊昏迷，「醫師雖然知道病人已呈植物人狀況，生命完全靠呼吸器來維持，繼續給予積極的治療看來沒有意義，但除了繼續治療之外並沒有其他選擇。⁹⁷」這個情境帶來的問題是，若病人未表達意願亦無親屬代理決定，當醫師認為特定醫療介入手段已屬醫學上不適當、對病人無實益時，醫師能否單方決定不予、終止或撤除維生醫療？換言之，問題的核心在於此時醫師的倫理義務是什麼⁹⁸？

從前述美國案例的發展歷程可以看到，病人拒絕醫療權興起的背景，是因為病人的代理人欲撤除維生醫療，而醫師希望取得法院

96 陳祖裕（註92），頁54-55。

97 陳祖裕（註92），頁55。

98 關於病人未表達意願亦無親屬代理決定時應如何處理，安寧緩和醫療條例在2013年1月修正後，第7條第3項規定：「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。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。」本項前段規定係最近親屬代理決定之允許，後段規定似乎是欲採醫師開立DNR order的模式，允許醫師在病人未曾表達意願、亦未有親屬可代理決定時，由醫師依病人最佳利益決定。若果真如此，則該規定尚有待商榷，包括「經安寧緩和醫療照會」意義為何？倫理上的正當性基礎又為何？醫師係依其專業責任決定不予、終止或撤除維生醫療，其決定本質上並非代理決定，而是此時的醫療決定權歸屬於醫師，因此何來以醫囑「代替」末期病人意願書或最近親屬同意書？

的背書後才願意執行。相對的，無效醫療的論辯，是要回應病人或其代理人要求醫師什麼都要做、什麼都要試，但醫師認為繼續給予醫療已不適當時的兩難。無效醫療理論要求醫師回到醫學的古老傳統美德，依照行善義務，以可得的最佳實證資料、醫療專業社群所認可的照護標準，來決定什麼時候治療是無益的、無效的，而不是讓病人或其代理人的決定凌駕於醫學判斷之上，允許病人或代理人要求給予無益的醫療，允許病人或其代理人將其慾望轉化為權利⁹⁹。當醫師認為不再適合進行任何醫療行為時，此時醫師不但沒有提供的義務，甚至有拒絕提供的義務，因為所謂的行善義務，指的就是醫師只提供有實益的治療。由此觀察臺灣討論無效醫療的文獻可以發現，我們需要進一步思辨病人自主權的界限以及醫師傳統行善義務的內涵，承認醫學的極限並討論對於不適當的醫療要求，醫師得否拒絕，或甚至有不提供的義務。

二、無效醫療是稀少醫療資源分配問題？

另一個文獻中討論無效醫療的重點，似乎認為無效醫療問題是稀少醫療資源分配（rationing）的問題。例如文獻中提及一位年輕男性因感染B型肝炎病毒併發猛暴性肝炎而陷入深度昏迷，家屬要求醫師使用「洗肝機」延長病人的壽命，「但這種科技的療效尚未經證實且耗費甚鉅，主治醫師難以決定是否使用這異常昂貴又無效的治療方法。¹⁰⁰」另提及已呈植物人狀況的老人，插管使用醫院唯一的呼吸器以維持生命，後來另一位老太太住院，需要使用呼吸器治療她的吸入性肺炎，但醫院唯一可用的呼吸器，仍在維持那位恢復無望的老先生的生命，醫師能不能將呼吸器轉移給更需要的病人¹⁰¹？在這兩個案例中，作者似乎暗示醫師的倫理兩難在於：是否

99 See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 53.

100 陳祖裕（註92），頁55。

101 陳祖裕（註92），頁56。

可以基於有限資源分配的理由，拒絕提供病人洗肝機及呼吸器。

首先必須釐清的是，「無效醫療」與「資源分配」(rationing)並不是同一件事。兩者最重要的差別在於：無效醫療的概念中明確地不包含「分配」的意義在裡面，一個醫療介入手段是否無效，並不牽涉資源分配上的判斷；無效醫療並沒有要在不同群體的病人間做比較，而是在個別病人身上來判斷，如果在這個特定病人身上所實施的特定醫療手段，產生實益的品質過低、成功率過低，這就會構成無效醫療而不應實施。因此，無效醫療的判斷是在這個特定的病人身上是不是有一個合理的機會能達到一個可接受的醫療結果，與是否有其他人更值得獲得這個治療或可能獲得更大利益無關。相對的，醫療資源分配的概念是指在病人間，誰能從稀少資源中獲得利益，存在一個優劣順序¹⁰²，核心問題在於「稀有資源」如何讓需

102 對於如何決定稀少資源的分配，Schneiderman及Jecker認為應區分「醫學正義」(medical justice)及「社會正義」(societal justice)兩個層次。醫學倫理中正義原則的要求是，不論病人的種族、族群、社會或經濟地位，醫師對於任何可能因醫療而獲益的病人都有提供服務的義務。例如當一個冷血的殺人犯在勒斃一位婦人後自殺，有位醫師迅速組成的急救小組把這位垂死病人從死神手中搶救回來，病人住院3個月後康復並接受審判，隨後因謀殺罪並判決死刑、送上電椅處死。或許有人會認為當初醫師根本就不應該搶救這位殺人犯，這只是浪費資源、徒勞無功，但從醫學正義的角度言，這位醫師的行為恰恰是維護了具有悠久歷史的醫學傳統。雖然醫學正義要求醫師的治療決定不受病人的種族、族群、社會或經濟地位影響，但實際面這樣的理想經常受到干擾，特別是面臨資源有限的情形時，醫師常常必須做出抉擇，例如加護病房的病床有限，究竟應該優先提供給什麼樣的病人。理想上，醫師決定要不要提供特定治療給病人，並不需要考慮這個病人可能獲得的實益與提供其他病人所可能獲得的實益，但現實上有些情形，醫師卻必須要做比較，例如心臟移植，因為可供移植用的心臟來源十分有限，此時醫學正義要求醫師依照治療結果來比較，例如將來的生活品質及延長的壽命，將治療提供給最可能因此而獲益的病人，即使病人是個被定罪的殺人犯。相對於醫師在分配有限資源時必須基於醫學理由做決定，而不應考慮非醫療因素，社會正義卻沒有這樣的限制，社會有可能經過論辯後，認為一個被定罪的犯人不應該獲得與其他社會成員同樣的對待，因此拒絕給予被定罪的犯人與其他人相同的醫療資源分配，拒絕使被定罪的犯人獲得心臟移植醫療服務。See Lawrence J. Schneiderman & Nancy S. Jecker, *Should a Criminal Receive a Heart Transplant? Medical Justice vs. Societal Justice*, 17(1) THEORETICAL MED. 33, 33-41 (1996).

要的人有公平合理的使用機會，這也是傳統分配正義的難題，例如外國人是否可以在我國接受臺灣本地捐贈器官之移植。

此外，無效醫療與資源分配還有幾個相異之處：第一，比起定義無效醫療的要件，決定醫療資源分配的標準範圍要廣泛得多，例如有人可能會主張我們應該依據例如年齡、國籍、付費能力、社會價值或平等原則來進行資源分配，然而醫療行為可能無法依據這些標準來認定是不是無效。只有當病人的特定醫療狀況顯示，可預期的結果將達不到一個醫療行為可接受的目標時，才能拒絕提供該醫療上無效的治療，醫療資源分配所依據的標準，例如是否為國民、是否設有戶籍，並不當然是影響治療實益的要件。第二，合乎倫理要求的醫療資源分配，必須符合分配正義理論中所提出的標準，也就是公平地在社會中不同個人與群體間分配負擔與利益。相對的，在決定、正當化無效醫療的主張時，並不需要引用正義理論，此時的判斷是依據醫療社群的專業意見，例如基於可靠的實證資料所做出的醫療建議，以及醫療專業的價值與目標¹⁰³。

因此，在上述兩個案例中，醫療資源分配所關心的問題是「值不值得用昂貴的洗肝機」及「老太太是不是比起那位植物人老先生更值得用那台呼吸器」，但無效醫療關心的是「洗肝機或呼吸器對一個特定病人而言是否有實益」，無效醫療的核心問題並不是「這個治療要花多少錢」，而是「這個療程能對這個病人產生任何合理的幫助嗎」。如果醫師認為洗肝機對病人而言是無效、無實益的，就不應提供，與洗肝機是否昂貴無關；老先生的呼吸器是否應予中止，是從這個特定病人的醫療狀況來判斷對他是否有實益，與其他病人能否從這台呼吸器得到更大的利益無關。詳言之，無效醫療的概念主張，我們並不是因為資源分配的難題而要處理無效醫療的問

¹⁰³ Nancy S. Jecker & Lawrence J. Schneiderman, *Futility and Rationing*, 92(2) AM J. MED. 189, 194 (1992).

題，相反地，即便是資源豐富也不應該提供無效醫療，例如抗生素雖然便宜，若是無效醫療，也不應該提供；因此不論醫療是便宜還是昂貴、資源是豐富或稀少，無效、無實益的醫療，醫師就不應提供。無效醫療的決定是在病床邊為特定的病人而做的，醫療資源分配的決定，則因牽涉到不同類別的病人、醫療行為或情境，無可避免地需要在政策的層次中就作出決定，以確保公正的資源分配。無效醫療所代表的問題並不是資源短缺，它代表的是生命科技的極限、人類能力的極限問題。

三、自費無效醫療？全民健康保險限制「無效醫療」之弔詭

除了將無效醫療視為費用是否昂貴、稀少醫療資源如何分配的問題外，許多文獻都提及無效醫療造成健保資源的浪費，例如質疑「如此使用醫療資源是否合乎分配正義」¹⁰⁴；提及車禍腦死病人在家屬強烈要求下繼續給予治療，「從車禍至今已經一個月，其間耗用的醫療資源甚鉅，在未來的日子中，繼續耗費於這名不可能復原的病人身上的無效醫療，不知道還有多少！」¹⁰⁵亦有文獻指出：「依臺灣全民健保制度下的醫療資源耗用分析指出，臨終病人死亡前三個月的醫療利用情形，以急性病床、加護病床與呼吸治療處置為主，顯示病患於死亡前接受較多侵襲性的治療，此為醫療支出花費較高之原因。在健保財務及醫療資源有限的今日，生命末期無效醫療的執行可能會產生排擠效應而造成醫療品質下降及醫療資源分配不均……。」¹⁰⁶在討論無效醫療案例所帶來的影響時，有文獻提及：「無效醫療可發生於不同的情況下，譬如對癌症末期心肺功能衰竭的病患予以積極的急救，或者對處於不可逆的植物人狀態病患給予全面的加護醫療，諸如此類，不勝枚舉。無效醫療如果沒有受

104 蔡甫昌等，撤除維生治療之倫理法律議題（註91），頁156。

105 陳祖裕（註92），頁55。

106 林芳如等（註91），頁S1-S8。

到應有的規範，將會造成兩方面的影響：醫療浪費：許多時候，無效醫療會造成頗大的浪費。在健保財務危急而醫療資源緊縮的今日，醫療浪費會產生排擠效應而造成醫療品質下降及醫療資源分配不均更加惡化，避免醫療浪費以節省醫療支出已是醫護人員與病患家屬的共同責任。末期病人加倍傷害：對於罹病末期的病人，如果不顧治療效益而一味給予積極的治療，只會增加病人的痛苦，並在死亡前一刻失去人類應有的尊嚴，甚或含恨而終。因此無效醫療是醫療工作者必須面對及嚴肅思考的問題。¹⁰⁷」然而，論及要如何減少無效醫療時，有文獻提及：「……無效醫療政策之基本目的是要節省醫療資源……為因應常見而麻煩的無效醫療案例，成立倫理諮詢委員會以及訂定無效醫療處理策略乃是刻不容緩。¹⁰⁸」

此外，目前全民健康保險法第72條要求保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，以減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，這是法律首次出現無效醫療的文字，但立法者卻對其定義與內涵未有任何指示或說明。中央健康保險局據此規定，自2012年5月開始對於葉克膜採取限縮給付手段，以防止濫用。健保局公告惡性腫瘤末期、植物人、不可逆的多重器官衰竭，及不可逆的心、肺疾患且不適合移植臟器等四項絕對禁忌症者，健保局將不再給付葉克膜費用，媒體報導「這是國內健保上路以來，首次針對『無效醫療』限縮給付」。健保局對此給付之限縮指出：「如經醫師專業判斷需使用葉克膜且符合健保給付適應症者即可使用，則為健保給付範圍，如不符健保給付適應症範圍則需自費使用。¹⁰⁹」

從醫療費用負擔的經濟面觀察，無效醫療的產生會受到保險制

107 陳祖裕（註92），頁56。

108 陳祖裕（註92），頁63。

109 行政院衛生署，「健保局葉克膜（ECMO、體外循環維生系統）去年救活499人，將近使用人數的一半」，2011年6月29日，<http://www.nhi.gov.tw/PDA/NewsDetail.aspx?No=947>（最後瀏覽日：2015年11月30日）。

度的影響。當一個醫療行為有第三人買單時，病人及家屬會覺得比較容易向醫師要求，醫院似乎也沒有理由要求醫師不予提供。例如一個已經永遠無法離開加護病房的病人，若他使用呼吸器延續生命的醫療費用是由保險給付，病人家屬會比較容易要求醫師提供這樣的醫療，醫院也會認為接受保險給付又有何不妥，病人和家屬甚至會傾向覺得，在倫理上他們有要求這樣的醫療的權利，保險給付制度確實可能是產生無效醫療的原因之一。再從全民健康保險的支出面言，健保調漲保費、開拓財源有許多阻礙，但支出的需求不斷上升，要想讓支出維持在收入範圍內達到收支平衡，最好的方法是減少不該花的花費，「無效醫療」從字面上來看就是對病人沒有實益的醫療，全民健保給付沒有實益的醫療行為，對於有限的保費資源當然可能形成浪費，給付無效醫療就可能排擠其他能帶來實益的醫療，納入健保的給付範圍，因此基於正義原則，我們確實應該重視無效醫療問題。然而，我們不應倒果為因，把無效醫療認為是健保給付分配的問題，期待用健保拒絕給付的方式來解決，因為這樣會使得無效醫療的倫理議題被設定為：「這些病人是否值得花健保的錢實施醫療行為」。但如同本文一再強調，無效醫療概念所關心的核心問題是：「醫師是否該讓沒有任何可能可以體驗任何知覺、獲得實益的病人繼續『存活』」，而不是這樣花錢是否值得。

無效醫療與醫療資源分配雖是兩個不同的概念，但因為兩者在判斷上有共通之處，因此討論無效醫療時，常會受到經濟因素的干擾。無效醫療與醫療資源分配的共通之處在於：當醫療資源分配的決定，是基於該特定醫療行為的品質或可能帶來的醫療實益時，例如資源分配的決定可能會把預後狀況最不好的一群人放在較後順位的分配順序，對於這些預後狀況不好的病人，該治療也可能因為醫師判斷醫療結果的品質太差、以致無效而不予提供¹¹⁰。此外，若醫

110 See Jecker & Schneiderman, *supra* note 103, at 192-93.

療資源分配的決定，是基於病人獲得醫療實益的機會很低，此時這樣的決定標準跟無效醫療也會很類似，因為無效醫療是判斷醫療行為達到一個可接受的醫療目標的可能性，低於一個公認的最低門檻¹¹¹。

在決定全民健康保險的給付範圍時，因為保險基金的資源有限，我們不可能給付所有的醫療項目，因此哪些項目給付，哪些項目不給付，是社會必須運用分配正義理論，透過公開論辯來決定保險基金應如何使用，但無效醫療的判斷是醫師在病人病床邊作成，依據每個病人的具體情況來決定應提供什麼樣的醫療。我們可以再利用美國奧瑞岡州的貧民保險計畫（Medicaid）內容，來瞭解無效醫療與醫療資源分配之差異。奧瑞岡州在1990年提出了一個運用貧民保險計畫資金的疾病清單，利用成本、所得利益可持續的期間、治療後的整體生活品質等因素所形成的公式，計算出每個疾病的得分，並以此排列疾病清單的順序。例如囊腫性纖維化（cystic fibrosis）每次門診及住院需花費492.92美元，病人預期可存活時間為兩年，整體復原品質為0.400，整體此疾病得分為619.28，其他所有的疾病則分別落於1.46~999,999.0得分之間。一般而言，這樣的計算方法會對於每花一塊錢所能得到的復原程度較高、生活品質較好的治療，給予較高的評價。這個清單的前幾名分別是細菌性腦膜炎（bacterial meningitis）、苯酮尿症（phenylketonuria）等。相對的，每花一塊錢所能獲得的改善程度較小之醫療行為，就可能得到較低的評價而排在較後順位，例如器官移植¹¹²。這個疾病清單往下數到哪裡為止，會是保險涵蓋的範圍，必須看每一年保險基金的規模而定。不論如何，在這個清單的某一個地方，就會是保險涵蓋的底線，底線以下的疾病就不在保險給付的範圍內了。奧瑞岡州的貧民保險計畫清楚地採納資源分配的概念，而且採用了非常明確的分

111 *Id.* at 193.

112 *Id.*

配方法。因為保險基金資源有限，社會必須在涵蓋更多被保險人與提供更多保險給付項目間取捨。由於疾病清單排序是依照每一塊錢的醫療利益，因此只能提供有限利益的醫療顯然會得到較低的評價，也因此排序上會被列於清單的最下方，而且因為資源有限，較後順位的疾病比較不可能被涵蓋、成為保險給付項目。在這個分配計畫中，無效醫療並沒有被提及或討論，但是因為以醫療實益作為資源分配的要件之一，按照實益的品質排列下來，就有可能在清單中的某一點產生無效醫療，因此無效醫療是否會在保險給付範圍內，是看保險基金的規模而定。當一個無效醫療不在保險給付範圍內時，州政府拒絕提供這項醫療的理由並不是「無效」，而是因為保險基金資源有限。

相對於倫理學家擔憂社會利用無效醫療這個概念來解決資源分配的問題，臺灣目前似乎是將無效醫療隱藏在健保財務的問題中。換言之，我們傾向把無效醫療視為不當運用健保資源的問題。本文認為，雖然我們是因為健保財務的問題而開始重視無效醫療，但並不代表無效醫療是資源分配或健保給付控制的問題，因為醫師以無效醫療為理由拒絕提供醫療，或是以健保不給付為理由拒絕提供醫療，兩者的倫理意涵是大不相同的。醫師以無效醫療為理由拒絕提供醫療，是以醫師行善、不傷害的倫理原則為基礎，醫師若以健保不給付為理由拒絕提供醫療，是不是表示「病人若願意自行負擔費用，醫師就『可以』或『應該』提供無效醫療？」以葉克膜（體外心肺維生系統）為例，現在中央健康保險局基於資源有限，公告了不給付之禁忌症，在禁忌症的情形下，健保局將不給付費用。從健保局所列的禁忌症情形看來，葉克膜對於這些病人來說，的確產生實益的可能性非常低，已符合無效醫療之定義，但當一位癌末病人或其家屬要求醫師使用葉克膜時，醫師是基於什麼樣的理由拒絕提供？如果我們將無效醫療認為是健保給付問題，是不是代表當醫師以「健保不給付」而拒絕提供，但病人或家屬表示願意自費負擔

時，醫師是否就可以或應該提供呢？

再以植物人這個最受爭議的領域為例，從無效醫療的角度看，由於永久處於無意識狀態的病人，已經無法從所接受的治療中感受到實益，更遑論回復健康至一定程度、有能力實現生活、生命的一定目的，因此前揭質性面的無效醫療定義主張，對這樣的病人提供維生醫療屬於無效醫療，醫師應重新肯認醫學減輕病人受折磨、增進病人福祉及尊嚴的義務，並發展舒緩照護、關懷倫理。換言之，醫學界若能對質性面的無效醫療定義達成共識，並得到社會大眾的支持，那麼醫師就不應該提供這樣無法產生實益，或產生實益可能性非常低的醫療。不應該的理由，並不是因為延長植物人的生命要花健保多少錢，不應該的理由在於這是一件不該做的事，因為它不符合醫學目的，它傷害了人，迫使人忍受這樣的「醫療」所帶來的痛苦與折磨，而有意義地存活下來的機率微乎其微。相對於此，在目前健保入不敷出、保費收入難以增加的情形下，健保勢必要檢討它的給付項目或範圍，此時要如何決定給付項目，必須由社會共同討論決定醫療資源分配的標準，若健保採納類似前揭奧瑞岡州貧民保險計畫的模式，以明確的分配標準決定給付清單，其中包括以病人獲得之實益為條件之一，那麼產生實益較低的醫療，可能會因為排序於較後順位而無法得到保險給付，在這種情形下，植物人之維生醫療就有可能基於資源分配的考量而不在健保的給付範圍內，此時健保拒絕給付植物人的維生醫療費用，是基於資源分配的理由，而不是因為這是無效醫療。

若能區別無效醫療與資源分配之不同，我們就能瞭解，健保局可能基於資源多寡、成本控制、如何在不同群體病人間分配費用等考量訂定葉克膜或植物人維生醫療的給付標準，決定什麼樣的病人用葉克膜、洗腎、呼吸器健保要買單，但不論有沒有全民健保、健保是否給付費用，也不論資源豐富或稀少、該醫療手段要花多少錢，在臨床上依據行善原則決定是否及如何使用葉克膜或其他維生

手段，為當代生命科技的運用劃下界限，這是醫師們的倫理義務¹¹³。詳言之，不論臺灣社會是否依據正義理論，決定如何於不同個人及族群間公平地分配負擔及利益，劃定健保給付之範圍，醫師們都不應該不加思索地就提供病人無法獲得實益的醫療。臺灣目前因為面臨健保財務困難而產生資源分配的議題，同時因為高齡化、高科技醫療而開始討論無效醫療概念，在同樣的歷史時點關注這兩個概念，因此混淆這兩個概念可以理解，但立法者逕行使用「無效醫療」一詞卻未給予定義，且實際上真意是要求健康保險人檢討保險給付之範圍，這可能誤導社會混淆了無效醫療的判斷標準、倫理意涵及健保資源分配之標準，妨礙健康照護專業與社會透過公開論辯，對無效醫療定義與倫理義務形成共識。

在全民健保制度下我們承認人民有獲得基礎醫療照護的權利，但不代表我們也有獲得無效醫療的權利。無效醫療雖然因為健保財務惡化而受到重視，但社會與醫療專業都不應該被引導、甚至是被誤導而認為無效醫療只是「錢」的問題¹¹⁴；若我們把無效醫療概念視為資源分配、成本控制的手段，這隱含著只要有人說他願意自費出錢，不論那個醫療行為多麼極端或荒謬，醫師及其他專業人員就應該提供¹¹⁵。若果真如此，將會使醫學目的與界限是用「錢」來衡量，醫學成為有人願意付錢就滿足他人要求、而非以治療病人為目的之專業。顯而易見的，醫師的專業責任不允許他們單純因為有人願意付錢而給予醫療，因此，我們對於無效醫療的討論不應以健保給不給付為重點，而是應該反思醫師是否有滿足病人所有要求的義

113 柯文哲，葉克膜（ECMO）的倫理問題，澄清醫護管理雜誌，6卷2期，頁4-7（2010年）。

114 See SCHNEIDERMAN & JECKER, *supra* note 1, at 163.

115 社會大眾或醫學專業容易傾向把無效醫療的議題當作是一個錢的問題，可以從報紙評論是否應救治無腦兒Baby K的議題看出來。例如紐約時報在報導這個案例時的標題是“Court Order to Treat Baby Prompts a Debate on Ethics: At What Point does Treatment Cease to be Worth the Expense?” See *id.* at 163.

務，醫師是否該為當代生命科技的運用劃下界限，並帶領社會尋求一個可接受的共識。

柒、結論

從洗腎機、葉克膜、呼吸器這樣的新醫學科技發展可以發現，過去我們關注對新科技的資源分配問題，希望確保大眾對新科技享有公平的接近使用機會，甚至利用新醫學減少、消弭健康上的不平等。但現在這些科技被普遍地擴張利用後，究竟帶給病人的實益是什麼，引發了「無效醫療」概念之提出與論辯。觀察過去二、三十年新醫學救生技術之發展應用帶來的問題，醫學專業及社會都必須反思，病人有決定自己身體接受什麼樣處置的權利，是否代表病人有要求接受特定醫療行為的權利？若行善、追求病人利益是醫學專業所捍衛的價值，那麼「維持永久失去意識病人的生命」是否符合醫師的倫理上義務，「維持永久失去意識病人的生命」又是否為醫學之目的？如果病人回復任何意識狀態、並有認識、感受到醫療對其生命所帶來實益的能力機率為零，那麼醫師是否因為家屬仍期待「奇蹟會發生」而有倫理上的義務，讓大腦受到無法回復之損害、永久失去意識的病人繼續「活」下去？或者，倫理上是否允許醫師依其個人良知，決定是否要繼續維持病人的呼吸器？又或者醫師是否在倫理上負有專業義務，基於其專業倫理而有不提供無效醫療之義務？歸結到底，社會必須對於「什麼程度的人類存在是醫學有義務必須延長的」這個問題做出判斷¹¹⁶。

另一方面，持續增加的健康照護成本、老年化、高齡化的社會，也使是否要限制生命科技之運用，減少醫療照護成本的負擔，

116 See *id.* at 135.

受到重視與討論。然而，無效醫療與醫療資源分配、成本控制的問題不同，當資源分配的標準是以醫療上的實益為依據時，無效醫療與資源分配會有相同的特徵，然而無效醫療與資源分配仍在許多重要的面向上有所不同。無效醫療指的是在一個特定病人身上該治療及治療結果間的關係，不是在一個群體中治療與治療結果間的關係；資源分配的要件通常是依據正義理論來決定，但無效醫療的定義是依據實證的、醫療專業社群的共識以及最終由社會大眾做決定來達成。

全民健康保險法第72條之訂定，顯示了由於健保財務上壓力，保險人不可能無限制地提供所有可得的醫療，全民健康保險的資源分配決定必須考量在資源有限的情形下，某一項醫療科技值得投入多少資源，保險人可能對效益太低、不值得給付的醫療項目劃下界限。有關健保資源分配的標準，必須在公開、透明的程序中論辯，並依照社會所認可的標準做出決定，這確實是維繫健保永續經營必須面對的問題。若立法者有意依據醫療實益作為決定健保資源分配的標準，那麼應該將其意旨表明清楚，不應該籠統地將無效醫療當作一個方便的代名詞來處理健保給付資源分配的問題，因為無效醫療概念並不是為了解決錢的問題，而是探索醫學界限、人類極限的問題。臺灣社會需要承認醫療照護有其極限以及死亡無可避免，改變對生命科技英雄式崇拜之迷思，認知醫療專業能力之極限，才能對無效醫療的定義、內涵以及如何將它當作一個醫療上原則加以應用深入進行論辯。

參考文獻

1. 中文部分

- 王小星（2012），從臨終末期病患生命權與自主權觀點探討不予或撤、止維生醫療之法律爭議，國立成功大學法律學系碩士論文。
- 王志嘉（2009），評台灣高等法院九十六年度上易字第二〇二〇號「強制罪」刑事判決——兼論病人生命身體法益的處分與醫師緊急救治義務，月旦法學雜誌，174期，頁298-320。
- 王維慶、朱怡康、蔡甫昌（2005），無效醫療（Medical Futility），當代醫學，32期，頁542-549。
- 李英芬、方俊凱、莊榮彬、陳榮基（2010），保障病人尊嚴，拒絕無效醫療——談安寧緩和醫療條例宣導暨意願註記健保IC卡的執行，醫療品質雜誌，4卷5期，頁17-21。
- 林芳如、黃勝堅、吳春桂、黃美玲、林亞陵、蘇玲華、蔡紋苓、林宏茂（2010），重症生命末期無效醫療之探討，中華民國急救加護醫學會雜誌，21卷S期，頁S3-S8。
- 柯文哲（2010），葉克膜（ECMO）的倫理問題，澄清醫護管理雜誌，6卷2期，頁4-7。
- 張曼玲（2013），病人自主、親屬父權與醫師專業責任：論安寧緩和醫療條例之理論與實踐，國立交通大學科技法律研究所碩士論文。
- 張惠雯（2011），彰化某醫院家醫科門診病人對預立醫囑知識及態度之研究，國立成功大學老年學研究所碩士論文。
- 張麗娟、黃美智（2009），先天性畸型新生兒不施行心肺復甦術的倫理抉擇，護理雜誌，56卷3期，頁99-104。
- 陳信如（2010），呼吸器依賴病患之生命權保障與死亡協助之探

討，國立中正大學法律學研究所碩士論文。

陳建甫（2011），極早期早產兒生命權之探討，國立政治大學法學院在職專班碩士論文。

陳祖裕（2003），無效醫療，應用倫理研究通訊，25期，頁54-63。

黃煌雄、沈美真、劉興善（2012），全民健保總體檢，臺北：五南。

黃麗續（2009），從DNR分析看無效醫療的界線與醫學的極限，南華大學生死學研究所碩士論文。

楊秀儀（2004），救到死為止？——從國際間安樂死爭議之發展評析台灣「安寧緩和醫療條例」，臺大法學論叢，33卷3期，頁21-23。

蔡甫昌、方震中、陳麗光、王榮德（2012），長期呼吸器依賴病患撤除維生治療之倫理法律議題，臺灣醫學，16卷2期，頁156-173。

2. 外文部分

Annas, George J. 1991. The Long Dying of Nancy Cruzan. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 19:52-59.

Beauchamp, Tom L., and James F. Childress. 2008. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. Wellington Square: Oxford University Press.

Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. 1991. Guidelines for the Appropriate Use of Do-Not-Resuscitate Orders. *JAMA* 265(14):1868-1871.

———. 1999. Medical Futility in End-of-Life Care: Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. *JAMA* 281(10):937-941.

Furrow, Barry R., Thomas L. Greaney, Sandra H. Johnson, Timothy Stoltzfus Jost, and Robert L. Schwartz. 2008. *Health Law: Cases, Materials and Problems*. 6th ed. Minnesota: West Academic

Publishing.

- Jecker, Nancy S., and Lawrence J. Schneiderman. 1992. Futility and Rationing. *The American Journal of Medicine* 92(2):189-196.
- Katz, Jay. 2002. *The Silent World of Doctor and Patient*. Revised edition. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Lo, Bernard. 2009. *Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meisel, Alan. 1991. Legal Myths about Terminating Life Support. *Archives of internal medicine* 151(8):1497-1502.
- Miles, Steven H. 1991. Informed Demand for “Non-Beneficial” Medical Treatment. *The New England Journal of Medicine* 325(7):512-515.
- Pellegrino, Edmund D. 2005. Decisions at the End of Life: The Abuse of the Concept of Futility. *Practical Bioethics* 1(3):3-6.
- Pope, Thaddeus Mason. 2007. Medical Futility Statutes: No Safe Harbor to Unilaterally Refuse Life-Sustaining Treatment. *Tennessee Law Review* 75:1-81.
- Rettig, Richard A. 1976. The Policy Debate on Patient Care Financing for Victims of End-Stage Renal Disease. *Law and Contemporary Problems* 40:196-230.
- Schneiderman, Lawrence J. 2011. Defining Medical Futility and Improving Medical Care. *Journal of Bioethical Inquiry* 8(2):123-131.
- Schneiderman, Lawrence J., and Nancy S. Jecker. 1996. Should a Criminal Receive a Heart Transplant? Medical Justice vs. Societal Justice. *Theoretical Medicine* 17(1):33-44.
- . 2011. *Wrong Medicine: Doctors, Patients, and Futile Treatment*. 2d ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Schneiderman, Lawrence J., Nancy S. Jecker., and Albert R. Jonsen. 1990. Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications.

Annals of Internal Medicine 112(12):949-954.

Solomon, Midred Z., Lydia O'Donvell, Bruce Jennings, Vivian Guilfooy, Susan M. Wolf, Kathleen Nolan, Rebecca Jackson, Dieter Koch-Weser, and Strachan Donnelley. 1993. Decisions Near the End of Life: Professional Views on Life-Sustaining Treatments. *American Journal of Public Health* 83(1):14-23.

Studdert, David. M., Michelle M. Mello, William M. Sage, Catherine M. DesRoches, Jordon Peugh, Kinga Zapert, and Troyen A. Brennan. 2005. Defensive Medicine among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. *The Journal of the American Medical Association* 293(21):2609-2617.

Tomlinson, Tom, and Howard Brody. 1988. Ethics and Communication in Do-Not-Resuscitate Orders. *The New England Journal of Medicine* 318:43-46.

Patients Decide? Physicians Decide? Insurer Decides?:

The Causes, Meaning and Ethical Implications of Medical Futility

*Shin-Rou Lin**

Abstract

The ethical and legal systems have rendered patients the right to refuse treatment in response to the difficulties in deciding the limits of clinical use of life-saving technologies. An adult with sound mind has a right to refuse any medical intervention, including life-sustaining treatments, and physicians are obligated to respect patients' or their surrogates' decisions. However, it is not uncommon that patients or their families demand all possible treatments. If an intervention is judged by the physician as futile, can the physician refuse to provide? Taiwan's newly revised Article 72 of the National Health Insurance Act requires the insurer to develop policies to reduce medical futility. Does this imply that the authority render futility judgments to rest with the insurer? This article analyzes the origins of debates on the concept of medical futility. It also addresses the causes, definition and ethical implications of medical futility to clarify some misunderstandings found in Taiwan's literature. This paper argues that physicians should not provide treatments that produce only a physiological effect on a patient's body; rather, physicians have an obligation to provide treatments that confer benefits that patients can appreciate. Patients' right to autonomy does not entitle patients to request whatever treatments they ask for. Based on the

* Assistant Professor, Department of Health Care Management, Chung Gang University.

principles of beneficence and nonmaleficence, when an intervention is considered futile according to professional standards of care, the physician should be not only allowed but obligated to refrain from offering use to provide futile treatment. Taiwan society tends to refer medical futility as problems of rationing or national health insurance cost control. This perspective may make the medical profession and the public wrongfully believe that medical futility is only a matter of money. It may also create a paradox that the patient may request for futile treatment as long as he/she pays out of pocket, which is contrary to the professional responsibility of medicine.

KEYWORDS: medical futility, national health insurance program, life support, patient autonomy, rationing.