

漫談急診醫療倫理法律困境

王宗倫
MD, PhD, JM, FESC, FACC, FCAPSC
新光醫院急診科主任
輔大醫學系教授

Mar 1st 2010

假癌症真化療！ 醫師勾結病人詐10億保險金

- 衛生署今(29)日上午召開記者會，表示有不良醫生與集團勾結，自92年起開始詐騙組織，偽造癌症，讓沒有癌症的涉案民眾進行化療，藉此詐領保險金約10億元，初估有10多家醫院涉案，已廢止3名認罪起訴的醫師永久診療資格。
- 衛生署署長楊志良表示，楊德森等人涉嫌勾結醫院詐領保險費，現有衛生署基隆醫院醫師楊德森、桃園縣仁合醫院醫師羅德興、雲林若瑟醫院醫師吳國精等3人坦承犯案。楊志良沉痛的表示，「嚴重違反醫學倫理，也是嚴重違法，衛生署要給予最嚴厲的處分，就是廢止醫師證書。其餘案件仍在偵查中，一旦調查屬實，將比照辦理。」
- 楊志良指出，這是歷來最嚴重、規模最大的醫療違法事件，除了3名涉案醫師，還有知情配合的7名病人，其中4人接受乳房大切除、乳房切片及化療，兩人接受化療，集團首腦楊德森接受化療及直腸手術。由於病人投保不久就去請領巨額保險理賠，又未完成療程，引發保險公司懷疑，進而向司法單位檢舉。
- 衛生署醫事處長石崇良則表示，過去發現不法情節頂多是醫師出示不實診斷證明，意圖最重也只罰停業；這是首次發現侵害病患身體，即使患者本身知情，醫生仍屬嚴重犯罪。全案已由桃園地方法院檢察處檢察官高維鈞起訴，還有4名涉案醫師正在偵辦中，其中兩人任職私立財團法人醫學中心的醫師，案情未來將再擴大。

【新聞來源：東森記者徐敬芸、曾品農】

急診醫師神格化？

- 三軍總醫院急診醫學主治醫師朱X傑，被控診治呼吸困難的病患朱姓婦人時，因急救過程時間太久，致朱姓婦人變成植物人，朱某與楊無醫療過失，但高層法院不採信，昨依業務過失重傷罪減刑後判朱某三個月徒刑，得易科九萬四千五百元罰金定讞。
- 判決指出，朱姓婦人因呼吸困難，九十二年九月二十二日送急診，蕭姓住診醫師初步診斷為「吸入性肺炎合併呼吸衰竭」等病狀，認為有插管必要，取得家屬同意，但朱婦有牙關緊閉情形，蕭醫師因此請值班主治醫師朱士傑替她插管。
- 朱X傑七次插管均未成功，法官認為朱應照會其他資深醫師。但朱士傑當日上午七時零七次插管未成功後，朱婦心跳停止，七時三十三分才照會麻醉科醫師，七時三十七分替朱婦插管成功，但已成植物人。
- 朱X傑表示，他是十九年資深醫師，為病人插管不受三次限制，由於尚未收到判決書，不便回應。

因果關係？

【2009/12/29 自由時報】

急診醫療團隊特性

- 團隊醫療特性
- 體力影響智力
- 家庭社會支持
- 急診醫師基因
- 適當情緒管理



急診醫師專長為何？

倫理→法律

- 法律是倫理的最低要求及實現準則
- 醫學倫理
 - 病患自主原則
 - 知情同意
 - 不傷害原則
 - 利益原則
 - 公平正義原則
- 倫理衝突對法律問題的影響

學習目標

- 生死學
- 急救之倫理法律問題
- 開具死診之倫理法律問題
- 會診之倫理法律問題
- 轉診之倫理法律問題
- 代結論

生死學

生命始末是亙久不變嗎？

生命終點

- 脈搏停止說
- 呼吸停止說
- 綜合判斷說
- 腦死說：人體器官移植條例、腦死判定準則

↓ ↓ ↓

腦死 脈搏停止 呼吸停止



駭人聽聞

急救 病人活 施救人被辦

【記者王聖賢/台北報導】

- 台北市中心診所助理研究員林姓，在醫院內將一名即將死亡的病患施行急救，她將病人救活了，卻因未獲醫師同意而被人急電報法，被檢處送偵辦，台北地檢署偵查認定她有罪，但考量她救，處分她繼續執業，罰金五萬元。
- 醫事法第28條規定，未取得醫師資格，擅自執行醫療業務者，可處一年以上三年以下有期徒刑，檢察官依法偵辦，意就是醫事行為的一環，法律規定，除非遇到空難、火警等重大災難而有必要將患者送醫時，才可由非執有醫事資格的人士救護、傷者同意。
- 檢方指出，林姓是附屬於市中心診所的助理研究員，她只有取得「中華民國急救救護員證書」而非「醫師證書」(AGLS)訓練取得急救執照，但不具其他資格。
- 91年5月13日上午，市中心診所轉到病人急救度檢「909」，中視跟蹤第11病患之林姓病患急病發現，他隨即醫師驗屍委員會在ICU急救第一名死於病患，院內醫師人手不足，由於她有醫事背景，主動前往幫忙，替林姓施行高級心臟急救術，數十分鐘後，將林姓救活。
- 由於林姓病患家屬與醫院之後發生醫療糾紛，向台北市衛生局檢舉，衛生局官員在調查救治過程時，發現她「曾在沒有醫師陪同下急人急救，將她函送法辦」。

【2005/08/10 聯合晚報】

Casinos

- 18 Las Vegas/Clark County gaming establishments
- Security officer AED use
- AEDs placed to meet target collapse to DF interval of ≤ 3 min
- High success rate



Valenzuela TD, Roe DJ, Nichol G, Clark LL, Spaite DW, Hardman RG
NEJM 2000; 343(7):1206-9

Casinos

Valenzuela TD, et al.
NEJM 2000; 343(7):1206-9

TABLE 1. CHARACTERISTICS OF SUBJECTS WITH CARDIAC ARREST IN CASINOS.*

CHARACTERISTIC	ALL CARDIAC ARRESTS (N=148)	WITNESSED ARRESTS WITH AN INITIAL RHYTHM OF VENTRICULAR FIBRILLATION (N=90)
Age — yr	64±12	65±11
Male sex — %	80	84
CPR administered before arrival of defibrillator — no. (%)	63 (43)	49 (54)
Interval from collapse to CPR — min	—†	2.9±2.8
Initial rhythm of ventricular fibrillation — no. (%)	105 (71)	90 (100)
Interval from collapse to attachment of defibrillator — min	—†	3.5±2.9
Interval from collapse to first defibrillation — min	—†	4.4±2.9
Interval from collapse to arrival of paramedics — min	—†	9.8±4.3
Survival to discharge from hospital — no. (%)	56 (38)	53 (59)

*Plus-minus values are means ±SD. CPR denotes cardiopulmonary resuscitation.
†Intervals from collapse to intervention could not be calculated for un-witnessed arrests.

AED Placement

Overhead bin
Plastic brackets with Velcro
Different places on different planes



The diagram shows a top-down view of an overhead bin. On the left side, there is a red line drawing of an AED unit. To the right of the AED, there are two rows of blue rectangular brackets. The top row contains 15 brackets, and the bottom row contains 15 brackets. The brackets are arranged in a grid pattern, with the AED unit positioned to the left of the grid. The text 'CABINE CHICA' is visible in the bottom right corner of the diagram.

AED Placement

TABLE 1. RESULTS OF USE OF THE AUTOMATED EXTERNAL DEFIBRILLATOR IN 200 PASSENGERS ON BOARD AN AIRCRAFT OR AT THE AIRLINE TERMINAL, ACCORDING TO THE INITIAL FINDINGS.*

VARIABLE	LOSS OF CONSCIOUSNESS (N=99)					NO LOSS OF CONSCIOUSNESS (N=101)				
	SINUS RHYTHM (N=61)	SVA (N=5)	ASYSTOLIC RHYTHM (N=13)	VF (N=14)	NO DATA AVAILABLE (N=6)	SINUS RHYTHM (N=84)	SVA (N=8)	NO DATA AVAILABLE (N=9)		
Shock recommended — no.	0	0	0	14	2	0	0	0		
Shock delivered — no.	0	0	0	13†	2	0	0	0		
Survived to hospital discharge after shock — no. (%)					4 (66)					

*SVA denotes supraventricular arrhythmia including atrial fibrillation, and VF ventricular fibrillation. One patient for whom no data were available had the defibrillator put in place, but no electrocardiogram was recorded at the scene. In the other cases in which data were not available, the electrocardiogram recorded at the scene was inadvertently erased before it could be reviewed.

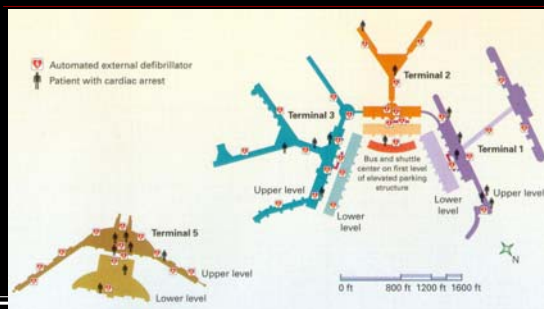
†In the case of one passenger, no shock was delivered, at the request of the family.

Chicago Airport

- AED within 1 min anywhere in the airport



Public Use



Caffrey: N Engl J Med 2002;347:1242-7

Public AED

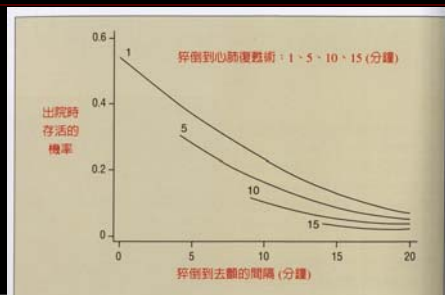
Caffrey: N Engl J Med 2002;347:1242-7

CHARACTERISTIC	RESUSCITATED AND REGAINED FULL CONSCIOUSNESS (N=11)	NOT RESUSCITATED (N=7)
Mean (±SD) age — yr	67.7 ± 8.4	67.9 ± 12.1
Male sex — no. (%)	10 (91)	6 (86)
Purpose at airport — no. of patients (%)		
Travel	11 (100)	6 (86)
Dropping off or picking up traveler	0	1 (14)
Basic cardiopulmonary resuscitation performed before AED used — no. of patients (%)		
Time from notification of dispatcher to delivery of first shock — no. of patients (%)		
<5 Min	9 (82)	3 (43)
>5 Min	2 (18)	4 (57)
No. of shocks required for conversion to organized rhythm — no. of patients (%)		
1 Shock	7 (64)	2 (29)
2 or 3 Shocks	4 (36)	2 (29)
>3 Shocks	0	3 (43)
Witnessed arrest — no. of patients (%)		
Outcome — no. of patients (%)		
Regained consciousness before arrival of EMS personnel	4 (36)	—
Regained consciousness before hospitalization	8 (73)	—
Neurologically intact (CPC score = 1) before discharge†	11 (100)	—
Alive at 1 yr	10 (91)	—
Defibrillation performed by good Samaritan — no. of patients (%)		
Defibrillation performed by person with no prior use of AED or training — no. of patients (%)	6 (55)	1 (14)

*EMS denotes emergency medical services.

†Cerebral performance category (CPC) scores range from 1 through 5, with higher scores indicating more severe disability.

急救實證醫學



法律觀點：法律錯誤

- 醫師法（民國 98 年 05 月 13 日 修正）

第28條

- 未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處六個月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金，其所使用之藥、械沒收之。但合於下列情形之一者，不罰：
 - 一、在中央主管機關認可之醫療機構，於醫師指導下實習之醫學院、校學生或畢業生。
 - 二、在醫療機構於醫師指示下之護理人員、助產人員或其他醫事人員。
 - 三、合於第十一條第一項但書規定。
 - 四、臨時施行急救。

各國對於民眾急難醫療救助責任之立法例

■ 英美法系

- 「善良撒瑪利亞人法」(Good Samaritan Law) 或「善良撒瑪利亞人法則」(Good Samaritan Doctrine)
 - 對於各種出於善意、不求回報的善行義舉，往往給予法律的保護
 - 救助義務 (Duty to Assist) 及責任豁免 (General immunity from liability)
- 美國：善良撒瑪利亞人
 - 施救者為真誠的誠善幫助。
 - 幫助是合理的 (施救者不能有明顯重大錯誤)。
 - 急救工作是出於自願 (施救者非因酬勞而進行急救工作)。
 - 立法例：馬里蘭州、維吉尼亞州、西維吉尼亞州、西凡尼亞州及哥倫比亞行政區等

各國對於民眾急難醫療救助責任之立法例

■ 英美法系

- 加拿大：善良撒瑪利亞人
 - 1975年施行之魁北克省人權及自由憲章 (the Quebec Charter of Human Rights and Freedoms) → 刑事責任
 - NS省 (1996年)：「自願服務法案」(Volunteer Services Act)
 - British Columbia省 (1999年)：「善良的撒瑪利亞人法案」(Good Samaritan Act)
 - Alberta省 (2000年)：「緊急醫療救助法案」(Emergency Medical Aid Act)
 - Ontario省 (2001年)：「善良的撒瑪利亞人法案」(Good Samaritan Act)

各國對於民眾急難醫療救助責任之立法例

■ 大陸法系

- 「不報告他人危難」、「不救助他人危難」、「不應公務員請求協助救難」、「不為他人申冤」及「拒絕協助追捕罪犯」
- 德國立法例
 - 不為扶助罪
 - 遺棄罪
- 日本立法例：
 - 遺棄罪

各國對於民眾急難醫療救助責任之立法例

■ 大陸法系

- 德國
 - 「不為扶助罪」(StGB § 323c : Unterlassene Hilfeleistung)
 - 意外事故或公共危難或他人急難時，有救助之必要，依當時情況又有可能，對自己並無顯著危險，而不救助者，須負刑事責任
 - 成立要件：(一) 即在急難現場，他人因急難而有救助之必要；(二) 具「急難救助」之可能性；(三) 施救者於急難現場並無立即而顯著之危險。
 - 主體：非身份犯 (一般犯)
 - 客體：居於意外事故、公共危難，或他人急難三者任何其一而待援之受難者
 - 以不作為為表現之危險犯 (抽象危險犯)

各國對於民眾急難醫療救助責任之立法例

■ 大陸法系

- 德國
 - 緊急避難 (~Good Samaritan?)
 - 阻卻違法之緊急避難 (StGB § 34)：破壞之法益或違反之義務，在危害程度上顯然小於其所保全之法益或履行之義務 (法定阻卻違法事由)
 - 阻卻罪責之緊急避難 (StGB § 35)：破壞之法益大於或等於保全之法益
 - 與「遺棄罪」(StGB § 221 : Aussetzung) 之競合
 - 無義務者之遺棄罪：積極作為
 - 有義務者之遺棄罪：兼含消極不作為
 - 若視一般社會民眾為無義務者，「遺棄罪」難以成立
 - 「有義務者遺棄罪」與「不為扶助罪」之競合

各國對於民眾急難醫療救助責任之立法例

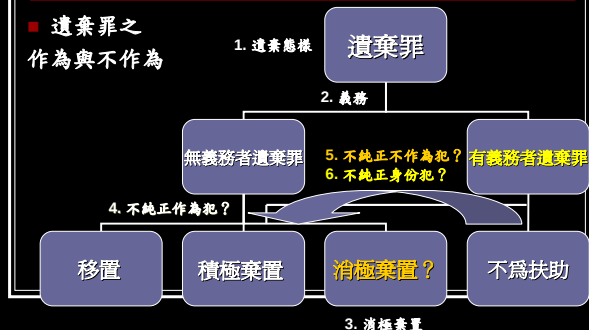
■ 大陸法系

- 日本
 - 無「不為扶助罪」之立法
 - 「遺棄罪」
 - 無義務者之遺棄罪 (日本刑法典第217條)：積極作為 (遺棄老幼、殘廢或因疾病需要扶助之人)
 - 有義務者之遺棄罪 (日本刑法典第218條)：兼含積極作為及消極不作為 (對於老、幼、殘廢或病人應負保護責任者，將其遺棄或不進行其生存上所必要的保護)
 - 主體：作為義務 → 「有義務者遺棄罪」所違反之義務
 - 客體：包含罹患疾病者 (態樣範圍取捨)

「民眾不為急難醫療救助」vs. 遺棄罪

遺棄罪之罪質

■ 遺棄罪之 作為與不作為



急救之 倫理法律問題

急救之倫理法律問題

- 告知同意原則
- 無家屬簽署
- 放棄治療
- 自動出院
- DNR倫理法律問題
- 強制罪

倫理原則

- 自主性 (Autonomy)**：以尊重病人，滿足病人需求為主要精神，但在實際照顧中常會面臨與家屬的要求或醫療人員的專業有所衝突的困境。
- 行善及不傷害 (Beneficence & Non-Maleficence)**：常應用在照顧策略及治療決定時利弊的分析，如是否告知病情真相、藥物使用利弊權衡等。
- 公平性 (Justice)**：即個人需求與社會資源分配之均衡，如照顧場所的選擇及安排等。

知情同意原則

- 知情同意原則：
 - 告知：合理及具體病患說
 - 能力：行為能力說？
 - 自願：無強暴脅迫
- 例外：
 - 緊急醫療
 - 強制醫療

無家屬簽署

- 醫療法
 - 第63條
 - 醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。
 - 前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。
 - 第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。

無家屬簽署

■ 醫療法

■ 第64條

- 醫療機構實施中央主管機關規定之**侵入性**檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。
- 前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。

無家屬簽署

■ 醫療法

■ 第79條

- 醫療機構施行**人體試驗**時，應善盡醫療上必要之注意，並應先取得接受試驗者之書面同意；受試驗者為無行為能力或限制行為能力人，應得其法定代理人之同意。
- 前項書面，醫療機構應記載下列事項，並於接受試驗者同意前先行告知：
 - 一、試驗目的及方法。
 - 二、可能產生之副作用及危險。
 - 三、預期試驗效果。
 - 四、其他可能之治療方式及說明。
 - 五、接受試驗者得隨時撤回同意。

病患同意原則

■ 病患同意之效力

- 侵權行為法之效力
 - 阻卻違法之客體
 - 見解
 - 病患允諾之客體
 - 醫師過失免責條款
 - 阻卻違法之範圍
 - 見解
 - 原治療之追加、變更或擴張
 - 併發症之處理
- 契約法之效力
- 瞭解說明內容之推定效力
 - 病患同意之推定效力

吳志正：醫療契約與責任

病患同意原則

■ 病患同意之合理界限

- 醫師裁量權受病患同意原則節制
- 病患同意原則與醫師說明之限制
- 醫師說明內容與程度之合理基準
- 說明、同意與裁量權之調節機制

吳志正：醫療契約與責任

病患同意原則

■ 行使同意權之能力、主體、方式與撤銷

- 病患之同意能力
 - 形式同意能力
 - 行為能力基準說
 - 責任能力基準說
 - 識別能力基準說
 - 意思能力基準說
 - 醫療法規之類型化規定
 - 實質同意能力

吳志正：醫療契約與責任

病患同意原則

■ 行使同意權之能力、主體、方式與撤銷

- 行使同意權之主體
 - 法定代理人之同意權限
 - 意定代理人之同意權限
 - 協同意見權人之同意權限
 - 醫療法規之相關規定
 - 醫療法
 - 其他法規

吳志正：醫療契約與責任

無家屬簽署

- 家屬簽署之有效性
 - 病人本人無法親自同意
 - 醫療法第63條、第64條、第79條之法定代理人地位
 - 同意之效力
 - 侵權行為法之效力
 - 契約法之效力
 - 瞭解說明內容之推定效力

無家屬簽署

- 無家屬簽署之法律效果
 - 侵權行為法之效果
 - 病患未同意
 - 專斷醫療侵權行為
 - 醫療無因管理
 - 緊急醫療
 - 可容許之風險
 - 其他阻卻違法事由
 - 契約法之效果
 - 醫療契約自始無效
 - 醫療契約成立生效
 - 醫師已為詳實說明
 - 醫師未說明
 - 醫師為不實說明
 - 醫師為不完全說明

放棄治療

- 知情同意之濫觴
 - 同意治療：治療同意書
 - 不同意治療
 - 放棄（拒絕）治療：放棄（拒絕）治療意願書
- 不同意治療與放棄（拒絕）治療之分際

拒絕治療

- 一、醫師認為病患**神智清楚**之理由
- 二、告知拒治療之**危險**為何
- 三、醫師知悉病患**已瞭解**危險之證據
- 四、拒治療之**原因**
- 五、簽署自動出院書時任何**不尋常**情形
- 六、**見證人**簽名

醫療契約

- 契約自由之例外
 - 當事人自由
 - 契約內容自由
 - 契約方式自由
 - 契約撤銷自由
- 反面思考
 - 強制締約義務→**特殊服務提供**
 - 行政法規限制→**醫病地位差異**

倫理原則

自主性(Autonomy)之例外：

- 緊急醫療
- 強制醫療

原則上，生命權及身體權自主

放棄治療？

倫理原則 vs 急救醫學

行善及不傷害(Beneficence & Non-Maleficence)：

- 緊急醫療：救到底

自主性(Autonomy)：

- 病患自主權：生命權及身體權自我決定
- DNR：有無範圍？
 - 倫理：無
 - 法律：有

放棄治療？

放棄治療決定於急救醫學之濫觴

- 病患自主權利之範圍
- 拒絕治療：權利？義務？
 - 病人協力義務
- 告知同意之於急救醫學
 - 原則？（阻卻違法事由）
 - 例外？（構成要件不該當）

案例：知情同意之刑法效力

- 年近70歲的老人盧平，母親94年間因病急診仍告不治，1年多來提出告訴外，並四處陳情。昨天中午他突然闖進當時盧母就醫的基隆市署立基隆醫院急診室，持刀往急診室主任李xx頭、臉猛刺，所幸當時正就醫的2名基隆港警局員警馬上和保全員一起將盧某制伏，李xx被刺中多刀，急救後尚未脫離險境。
- 衛生署和台灣急診醫學會昨均譴責此種暴力行為，急診醫學會理事長陳維恭要求衛生和警政單位應對多次急診暴力事件提出妥善解決辦法，並呼籲衛生署進行急診醫學評鑑時，有關急診室空間設計，不僅注重病人安全，更要注重醫師安全。
- 盧x近百歲的母親孫xx 94年11月間因呼吸困難送到署立基隆醫院，由急診室主任李xx（41歲）急救，延至95年4月因肺炎死亡。.....

強制罪

- 刑法「強制罪」之構成要件為「以強暴、脅迫使人行無義務之事或妨害人行使權利者。」本條強制罪並未定過失處罰之條文，故以處罰「故意」為前提，又同法第二十二條，「業務上之正當行為，不罰。」本案醫師執行業務上之正當急救行為，又無故意，故未觸犯「強制罪」至明。本案檢察官，明知醫師為無罪之人，而使其受追訴或處罰，濫權起訴，檢察一體，未見上級糾正，更屬不該。

葛謹 中華民國環境職業醫學會常務理事

強制罪

- 刑法第304條
 - 以強暴、脅迫使人行無義務之事或妨害人行使權利者，處三年以下有期徒刑、拘役或三百元以下罰金。
 - 前項之未遂犯罰之。
- 侵害自由法益之犯罪
- 對於「意思決定自由」與「意思形成自由」之侵害

強制罪

- 「強暴」與「脅迫」的概念
 - 強暴：以有形力或其他物理力作用於他人身上，致使不能抗拒
 - 脅迫：以使被害人心生畏懼為目的，而對其告知將以明顯之惡害相加

強制罪

- 迫使他人為一定之行爲
 - 使人行無義務之事
 - 使人為一定之作爲或不為一定作為
 - 妨害他人行使權利
 - 妨害被害人在法律上所得為之一定作為或不作為

強制罪

- 違法性之判斷
 - 強制罪在犯罪結構上被認為是一種開放性構成要件，或稱具有補充必要性的構成要件
 - 從負面地去尋找是否具有阻卻違法事由
 - 從正面去判斷是否具有可非難性來認定其違法性
 - 手段違法，但目的合法
 - 手段合法，但目的違法

強制罪

- 構成要件不該當
 - 病患協力義務
 - **不同意**治療與**放棄（拒絕）**治療之分際
 - 義務衝突？
- 違法性之判斷
 - 阻卻違法事由
 - 緊急避難 業務上正當行為 等
- 檢察官起訴條件
 - 構成要件審查 vs. 全體審查

DNR之 急診倫理難題

學習目標

- 前言：案例事實
- DNR之倫理觀點
- DNR之急診倫理難題
- 結論

前言：案例事實

- 陳姓老翁因病危被安養院送到A醫院急救，經過醫師的努力終將老翁從鬼門關救回。不料老翁自誤到了醫院非但不感激醫師，還要求醫師「**自白**」、並要醫院「**給個交代**」，這種悖逆人倫的醫病糾紛，讓醫護人員搖頭感嘆。
- 八十三歲陳老先生因心肺問題昏迷不醒，長期臥床並由家屬安排住在北縣中和市某安養中心治療。前晚因呼吸困難送往A醫院急救，急診醫師發現陳老先生因全身缺血，臉部皮膚呈現烏黑狀況，命在旦夕。
- 因狀況緊急，急診醫師想都沒想，立即啟動緊急醫療措施替陳老先生插管急救，經過四十分鐘急救，好不容易將他從鬼門關拉回來，待病情穩定後通知家屬到場。
- 陳老先生兒、孫到院後，發現父親「居然獲救」，不但不感激反而大罵醫師「**自白**」，並質疑醫師為何未經家屬同意實施急救程序？期間大鬧急診室半個多小時，住醫院方如何解釋都無法平息怒火。
- 家屬指責院方「**不負責任**」，明明都已簽訂「**放棄急救同意書**」，醫師卻不看病歷擅自急救，如此做法造成家屬困擾，要求院方派具有代表性的人員出面協商，否則揚言召開記者會公布院方疏失，交由社會大眾公評。

前言：案例事實

- 醫師忙於急救「疏忽」病歷內DNR註記
- 矛盾？
 - 醫師法、醫療法：救助病危病人不得延誤
 - 安寧緩和醫療條例：不施行急救
- DNR定位...
 - ？帝王條款
 - ？（超法規）阻卻違法事由

前言

- 安寧緩和醫療條例第七條
 - 不施行心肺復甦術，應符合下列規定：一、應由二位醫師診斷確為末期病人。二、應有病人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。
 - 前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。
 - 末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但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。
 - 前項最近親屬之範圍如下：一、配偶。二、成人直系血親卑親屬。三、父母。四、兄弟姐妹。五、祖父母。六、曾祖父母或三親等旁系血親。七、一親等直系姻親。
 - 第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順親屬已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行心肺復甦術前以書面為之。
 - 末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。

前言

- 安寧緩和醫療條例第十條
 - 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。

所指為何？

- ？未依法定程序簽署DNR文件
- ？未依DNR程序逕行急救

DNR之倫理觀點

- 自主原則（Autonomy）
- 行善原則（Beneficence）
- 不傷害原則（Non-maleficence）
- 公平正義原則（Justice）
- 誠信原則（Veracity）
- 保密原則（Confidentiality）

DNR之倫理觀點

- 自主原則（Autonomy）
 - 充分獲得訊息
 - 正確決定能力
 - 決定自身事項
 - 不受他人干涉
 - 既使意願不合乎醫學專業仍應受尊重
- 安寧緩和條例第7條第3項：「末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但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。」

DNR之倫理觀點

- 自主原則（Autonomy）
 - 代理人vs.最近親屬
 - 安寧緩和條例第7條第4項：「前項最近親屬之範圍如下：一、配偶。」同條第5項：「最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。」
 - 安寧緩和條例第5條第2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。」
 - 代理人是情婦，最近親屬是配偶，意思互相衝突時，誰優先？
 - 自主原則（代理法理）

DNR之倫理觀點

■ 自主原則 (Autonomy)

- 代理人vs.最近親屬
 - 自主決定不可得時，如何尋求替代方式
 - 法律有明確規定（安寧緩和條例第7條第3項及第4項）。
 - 目標：
 - 實際上不是病患的決定
 - 最可能貼近病患的決定

DNR之倫理觀點

■ 自主原則 (Autonomy)

- 代理人vs.最近親屬
 - 「取代判斷原則」(Substituted judgment)：代為決定者試圖以病患本人的想法，設想其在這樣的情況下，最可能做出的決定為決定。這是一種必須能充分瞭解病患的個性、思想，而且在以前曾有蛛絲馬跡之證據可以推論為基礎的方法。
 - 「最佳利益原則」(Best interests)：當病人從來沒有留下過去想法的任何證據，或病患本身從來沒有決定能力（例如昏迷）時，代為決定者必須評估醫生所提供的病情現況及預後，判斷何種方式對病人最有利，決定後請求醫生配合執行。這個方法，最困難的是如何在「延長生命」及「減輕痛苦」之間做取捨。在做這二選一的困難抉擇時，決定者相對地也背負了某種程度責任。

DNR之倫理觀點

■ 行善原則 (Beneficence)

- 延長生命
- 治療疾病
- 減輕痛苦
- 治療疾病不可能，延長生命及減輕痛苦如何平衡？
- 自然死的概念
- 安寧緩和醫療條例第3條：「本條例專用名詞定義如下：一、安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術。二、末期病人：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，近期內病程進行至死亡已不可避免者。」

DNR之急診倫理難題

- 「不施行急救」有無範圍
- 「不施行急救」可否反悔
- 「不施行急救」有無效期
- 原有「不施行急救」預立意願之審查
- 臨時代為決定「不施行急救」之有效性
- 急診醫師能否代為決定「不施行急救」

DNR之急診倫理難題

■ 「不施行急救」有無範圍

- 急救範圍，實則包羅萬象；舉凡各種基本及高級救命術之處置，即已不勝枚舉。因此，病患預先選擇「不施行急救」，或家屬臨時代為決定「不施行急救」，能否限定範圍，便生爭議。
- 理論上，依據病患「自主原則」，只要符合「知情同意」原則，限定範圍合理，「不施行急救」範圍應可限定。且應解為病患於不同時期有修正其「不施行急救」範圍之權利。

DNR之急診倫理難題

■ 「不施行急救」有無範圍

- 安寧緩和醫療條例第3條：「本條例專用名詞定義如下：一、安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術。……三、心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為。」
- 自主原則
- 修正範圍

DNR之急診倫理難題

- 「不施行急救」可否反悔
 - 依據病患「自主原則」，「不施行急救」本為病患基於「自主原則」之選擇；倘若日後反悔，基於生命權由病患自主決定，應無不許之理由。
 - 惟病患本人預先選擇「不施行急救」，後於瀕死時送至急診，家屬卻執意急救，是否應予遵從，亦生疑義。個人以為，依據病患「自主原則」，生命權原則上應由病患自主決定，只要原「不施行急救」決定，是病患在充分認知且考慮周詳之決定，家屬自無日後代為反悔或推翻之權利。

DNR之急診倫理難題

- 「不施行急救」可否反悔
 - 自主原則
 - 病患本人預先選擇「不施行急救」，後於瀕死時送至急診，家屬卻執意急救，例如急救至「良辰吉時」
 - 不屬於安寧緩和條例第7條第3項明文規定範圍。
 - 自主原則（不能取代判斷）

DNR之急診倫理難題

- 「不施行急救」有無效期
 - 原則上，病患本人預先選擇「不施行急救」之決定，係基於「自主原則」所生生命自主權；該權利應無效期，只要是在充分認知且考慮周詳之決定，應無效期之限制。除非病患有前述反悔，或撤銷原決定之情事，致使原「不施行急救」之決定，往後失效；否則，「不施行急救」之決定，應無所謂效期之限制。
 - 換言之，病患於前次住院所做「不施行急救」之決定，即使當時並未發生需急救之情事；爾後住院，其「不施行急救」之決定，依然有效，原則上不需另立「不施行急救」意願書。

DNR之急診倫理難題

- 「不施行急救」有無效期
 - 原則上：
 - 自主原則
 - 病患入院決定「不施行急救」，不因出院失效
 - 前次入院決定「不施行急救」，再次入院不需要重作

DNR之急診倫理難題

- 「不施行急救」有無效期
 - 例外考量？
 - 時：
 - 五年甚至十年？
 - 立法問題？
 - 事：
 - 不同傷病？
 - 安寧緩和醫療條例第7條第1項「不施行心肺復甦術，應符合下列規定：一、應由二位醫師診斷確為末期病人。」第2項：「前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。」
 - 安寧緩和醫療條例施行細則第3條：「本條例第七條第二項所稱相關專科醫師，指與診斷末期病人所罹患嚴重傷病相關專業領域範圍之專科醫師。」

DNR之急診倫理難題

- 安寧緩和醫療條例
 1. 預立選擇安寧緩和醫療意願書（註記健保IC卡用）
 2. 選擇安寧緩和醫療意願書
 3. 預立不施行心肺復甦術意願書
 4. 不施行心肺復甦術意願書
 5. 不施行心肺復甦術同意書
 6. 預立醫療委任代理人委任書
- DNR 與加工自殺之分際

DNR之急診倫理難題

- 原有「不施行急救」預立意願之審查
 - 急診的特性：分秒必爭！
 - 急診的困境：
 - 可能無暇檢視病例發現意願書
 - 可能無暇審查意願書法定要件
 - 可能有意願書但不在病內
 - 在其他醫院作成（轉診：安寧緩和醫療條例施行細則第7條）
 - 註記健保卡→成效不彰？
 - 醫師負查證義務？陪同家屬負告知義務？

DNR之急診倫理難題

- 原有「不施行急救」預立意願之審查
 - 矛盾？
 - 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。」醫師法第21條「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。」
 - 安寧緩和醫療條例：不施行急救
 - 醫師善意不知：
 - 沒有過失
 - 義務衝突

DNR之急診倫理難題

- 臨時代為決定「不施行急救」之有效性
 - 倘病患送至急診，發生需急救之情事，家屬臨時代為決定「不施行急救」，是否合宜，亦有疑義。倘發生需急救之情事時，病患尚未死亡，由於病患本人已無決定能力，家屬代為決定「不施行急救」，應無不可；惟須符合一般家屬代為決定「不施行急救」之常規及法律要件。且醫師亦應注意是否符合現行法律之相關規定及要件。倘發生需急救之情事時，病患已然死亡，家屬代為決定「不施行急救」或「停止急救」，亦屬當然。

DNR之急診倫理難題

- 臨時代為決定「不施行急救」之有效性
 - 病患送至急診，才發生需要急救，家屬臨時代為決定「不施行急救」
 - 適用安寧緩和醫療條例
 - 取代判斷原則
 - 到院前死亡：
 - 依「慣例」急救30分鐘？
 - 已非生命：不適用安寧緩和醫療條例
 - 醫師建議不急救
 - 家屬決定不急救

DNR之急診倫理難題

- 急診醫師能否代為決定「不施行急救」
 - 病患本人預先選擇「不施行急救」之決定，既為基於「自主原則」所生生命自主權，急診醫師於病患生前，應無代為決定「不施行急救」之權利。然病患於到院時，已呈死亡多時；或經急救多時，仍無跡象顯示存有生還機會，急診醫師基於專業判斷，應告知家屬，並可給予「不施行急救」或「停止急救」之建議。唯當時並無家屬或其他可告知之人在場時，應認急診醫師可代為決定「不施行急救」或「停止急救」。至於是否應有其他人證，應符合法律之規定。

DNR之急診倫理難題

- 急診醫師能否代為決定「不施行急救」
 - 最佳利益原則
 - 安寧緩和醫療條例未授權醫師代為決定
 - 到院前死亡：
 - 已非生命：不適用安寧緩和醫療條例
 - 明顯無實益情形：
 - 醫師決定不急救
 - 如家屬仍要求「救救看」：
 - 難題！不同意見！
 - 維護家屬情感vs.死者已無知覺
 - 不從家屬要求易生糾紛

結論

- 病患本人預先選擇「不施行急救」之決定，係基於「自主原則」所生生命自主權，醫師應予以尊重。
- 惟急診醫師於危急情形，如何正確合理遵從病患自我意願，執行「不施行急救」，並不違反醫師既有之「行善原則」及救護義務，實需謹慎縝密之思維。
- 有關種種急診醫學可能面臨之「不施行急救」倫理困境，如何處之泰然，俯仰無忤，亦需在學界及實務經驗中，不棄涓流，形成共識！！

急診科證明書： 兒虐、家暴、OHCA、 災難醫療之相關證明書

急診科檢傷分類

- 急診病患應依緊急度及嚴重度，決定處理的優先次序
- 緊急度與嚴重度，通常呈平行正比關係

急診科檢傷分類

- 緊急度與嚴重度平行正比關係之例外
 - 嚴重卻不緊急者，如：末期病人、DNR者
 - 緊急卻未必嚴重者，如：兒虐、家暴、性侵等

急診科證明書之特色

- 兒虐
 - 家暴 ← 社會責任
 - 性侵
 - OHCA ← 法律問題
 - 災難醫療
- 高度臨床警覺及病患權利保護

急診科證明書之相關法律

- 民法、中華民國刑法
- 兒虐：「兒童福利法」、「少年福利法」、「兒童及少年性交易防制條例」
- 家暴：「家庭暴力防治法」
- 性侵：「性侵害犯罪防治法」
- OHCA：醫師法
- 災難醫療：醫師法、醫療法、災害防救法

死亡證明書

- 醫師法§17
 - 醫師如無法令規定之理由，不得拒絕診斷書、出生證明書、死亡證明書或死產證明書之交付。
- 醫師法§11-1
 - 醫師非親自檢驗屍體，不得交付死亡證明書或死產證明書。
- 醫師法§16
 - 醫師檢驗屍體或死產兒，如為非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。

死亡證明書

- 醫療法§76
 - 醫院、診所如無法令規定之理由，對其診治之病人，不得拒絕開給出生證明書、診斷書、死亡證明書或死產證明書。開給各項診斷書時，應力求慎重，尤其是有關死亡之原因。
 - 醫院、診所對於非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。

死亡證明書

- 醫療法施行細則§53
 - 醫院、診所對其診治之病人死亡者，應掣給死亡證明書。
 - 醫院、診所對於就診或轉診途中死亡者，應參考原診治醫院、診所之病歷記載內容，於檢驗屍體後，掣給死亡證明書。
 - 病人非前二項之情形死亡，無法取得死亡證明書者，由所在地衛生所或所在地直轄市或縣（市）主管機關指定之醫療機構檢驗屍體，掣給死亡證明書。
 - 衛生所或所在地直轄市或縣（市）主管機關指定之醫療機構依前項規定檢驗屍體，得商洽原診治之醫院、診所，提供病歷摘要或診斷書參考，原診治之醫院、診所不得拒絕。

OHCA??

死亡證明書

- 刑事訴訟法§218 (相驗)
 - 遇有非病死或可疑為非病死者，該管檢察官應速相驗。
 - 前項相驗，檢察官得命檢察事務官會同法醫師、醫師或檢驗員行之。但檢察官認顯無犯罪嫌疑者，得調度司法警察官會同法醫師、醫師或檢驗員行之。
 - 依前項規定相驗完畢後，應即將相關之卷證陳報檢察官。檢察官如發現有犯罪嫌疑時，應繼續為必要之勘驗及調查。

死亡證明書

- 死體
 - 犯罪死體 → 司法相驗（勘驗、鑑定）
 - 變死體
 - 非犯罪死體 → 行政相驗

死亡證明書

- 司法相驗：犯罪偵查的前階→針對
 - 他殺身亡
 - 自殺死亡
 - 災變死亡
 - 意外死亡
- 行政相驗：針對非犯罪死體之檢視
 - 確認死者身份
 - 找尋病因
 - 取得死亡證明

死亡證明書

■ 司法相驗：相關法律

- 刑事訴訟法第二一八條第一項：遇有非病死或可疑為非病死者，該管檢察官應速相驗。
- 災害防救法第二七條第九款：政府機關處理關於災變而死亡者，其屍體與遺物需為相驗與處理。
- 道路交通事故處理辦法第一二條第三款：處理交通事故之機關（主要指的是警察）於事故現場為蒐證完畢後，需將屍體運至適當處所掩蓋，並報請檢察官相驗。
- 監獄行刑法第八八條：受刑人在監死亡，監獄長官應通知檢察官相驗，及通知其家屬，並報請監督機關備查。
 - 只是受刑人在監死亡即需報請檢察官相驗，某似乎逾越了刑事訴訟法第二一八條第一項的範疇，因為刑人在監死亡，非必為非病死，可能為自然死亡，法律解釋應擴大至所有在監死亡，雖然解及到監獄內的現實狀況，防止監獄中非病死卻以病死假報之情形，雖然與刑事訴訟法的規定不一致，但卻屬基本權保障之強化，應不違反憲法之精神。

死亡證明書

■ 司法相驗：相關法律

- 更生保護法第一六條：受直接更生保護之人死亡時，更生保護會或分會應通知檢察官相驗；有家屬者，並應通知其家屬。
 - 關於解釋犯罪後刑罰的更生保護會為之，雖然其並非屬國家機關或機構，但由其公益性質，以及受監督監督，所以仍屬於委託行使公權力之一環，故本文仍將之列於國家機關內。
 - 所謂直接更生保護，指的是接受更生保護會直接為教導、技藝訓練者，甚至可能設有專門的處所，以保更生保護者住居者，也因此才有此條文賦予更生保護會報請檢察官相驗的義務，而與前條相同的處，為了防止現實而可能產生的流弊，故只要受直接保護者死亡皆須報驗，並不僅限於非病死。
- 羈押法施行細則第九〇條第一項：被告死亡者，應即報請檢察官相驗，並將死亡證明書函報監督機關。其係審判中羈押者，並應通知法院。
 - 羈押乃對判決未確定之被告，且拘禁於看守所，不過究其實質仍與監獄無異，故其應報理由同前述。
- 少年矯正學校設置及教育實施細則第四七條第一項：受少年矯治的學生在校內死亡者，矯正學校應即通知其父母、監護人或最近親屬，並即報知檢察官相驗，聽候處理。
- 拘留所設置管理辦法第四三條：被拘留人在拘留所死亡者，該管警察機關主管長官應即通知檢察官相驗及通知其家屬，並報請上級警察機關備查。

OHCA之死亡證明書開立問題

- 有關到院前死亡病患之死亡證明書開立，倘對該病患宣佈急救無效時，原則上應不得辦理自動出院；亦不開立死亡診斷書
 - 到院前死亡
 - 他殺身亡
 - 自殺死亡
 - 災變死亡
 - 意外死亡
 - 自然死亡/病死者
 - 就診或轉診途中死亡者
 - 身份不明
 - 其他
- 司法相驗
- 開立死亡證明書
- 行政相驗
- 原則上應相驗

重大災難之死亡證明書開立問題

- 重大災難死亡者，原則上應經相驗。
 - 刑事訴訟法第二一八條第一項：遇有非病死或可疑為非病死者，該管檢察官應速相驗。
 - 醫療法第七六條第二項：醫院、診所對於非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。
 - 災害防救法第二七條第九款：政府機關處理關於災變而死亡者，其屍體與遺物需為相驗與處理。
- 重大災難失蹤者之死亡宣告有特別規定
 - 民法第11條：失蹤人失蹤滿七年後，法院得因利害關係人或檢察官之聲請，為死亡之宣告。失蹤人為八十歲以上者，得於失蹤滿三年後，為死亡之宣告。失蹤人為遭遇特別災難者，得於特別災難終了滿一年後，為死亡之宣告。

開具死亡證明書之法律爭議

- 死亡時間之認定：
 - 脈搏停止說
 - 呼吸停止說
 - 綜合判斷說
 - 腦死說
- 所涉問題：
 - 繼承之始點
 - 醫療刑事責任

轉診之 倫理法律問題

案例

- 某甲因車禍經119送至某A區域醫院，經乙醫師檢查有壓力性氣胸及腦挫傷，經雙側胸管引流，降腦壓藥物，及ICU照護3天後，狀況穩定，但家屬丙欲轉B醫學中心。經乙醫師聯絡後，某甲經C民間救護車公司，由該公司EMT丁隨同。孰料某甲抵達B醫學中心時呈現PEA，經急救無效。B醫學中心負責急救之戊醫師發現，雙側胸管是關閉的。
- 乙、丙、丁、戊之法律責任為何？

案例

- 進一步思維：
 - 轉診醫院及醫師之義務為何？
 - 後送醫院及醫師之義務為何？可否拒絕？
 - 病患及家屬自己要求轉診之法律要件及效果為何？
 - 救護車人員之義務為何？
 - 轉診醫院與救護車公司之權利義務關係？

轉診相關法律總覽

- 緊急醫療救護法
 - 緊急醫療救護資訊通報辦法
 - 緊急傷病患轉診實施辦法
 - 救護技術員管理辦法
- 醫療法
- 醫師法
- 刑法
- 民法

醫療法

- 第六十條
 - 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**。
 - 前項危急病人如係低收入或路倒病人，其醫療費用非本人或其扶養義務人所能負擔者，由直轄市、縣(市)政府社會行政主管機關依法補助之。

醫療法

- 第七十三條
 - 醫院、診所因**限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療**時，應建議病人轉診。但危急病人應依第六十條第一項規定，先予適當之急救，始可轉診。
 - 前項轉診，應填具**轉診病歷摘要**交予病人，**不得無故拖延或拒絕**。
 - 緊急傷病患轉診實施辦法第三條
 - 急救與轉診的分際？

醫療法

- 第六十三條（**知情同意**）
 - 醫療機構實施**手術**，應向**病人**或其**法定代理人、配偶、親屬或關係人**說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。
 - 前項同意書之簽具，病人為**未成年人**或無法親自簽具者，**得**由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。
 - 第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。

醫療法

■ 第六十四條（知情同意）

- 醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。
- 前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。

轉院有無知情同意之適用？

醫療法

■ 第七十五條

- 醫院得應出院病人之要求，為其安排適當之醫療場所及人員，繼續追蹤照顧。
- 醫院對尚未治癒而要求出院之病人，得要求病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人，簽具自動出院書。
- 病人經診治並依醫囑通知可出院時，應即辦理出院或轉院。

AAD是病人的權利？

緊急醫療救護法三大變革

■ 緊急醫療處理能力分級：

- 重度級 中度級 一般級
- 醫師人力及創傷處理能力
- 轉診制度

■ 區域應變中心：6 rEOC

■ 緊急救護醫師指導制度

緊急醫療救護法

■ 第三十六條

- 醫院為有效調度人力與設備，應建立緊急傷病患處理作業流程及內部協調指揮系統，遇有緊急傷病患時應即檢視，並依其醫療能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延；其無法提供適切治療時，應先做適當處置，並協助安排轉診至適當之醫療機構或報請救災救護指揮中心協助。
- 前項轉診，其要件、跨直轄市、縣（市）行政區之醫院聯繫與協調、轉診方式與醫療照護及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。
 - 緊急傷病患轉診實施辦法第三條

緊急醫療救護法

■ 第三十八條

- 中央衛生主管機關應辦理醫院緊急醫療處理能力分級評定；醫院應依評定等級提供醫療服務，不得無故拖延。
- 前項分級標準，由中央衛生主管機關依緊急醫療之種類定之。

緊急傷病患轉診實施辦法

■ 97年7月17日衛署醫字第0970206888號令發布

■ 第二條

- 本辦法所稱指定後送醫院（以下稱後送醫院），指地方衛生主管機關依轄區內緊急醫療需要，劃分責任區，並考量醫療機構緊急醫療處置能力、設備及專長，依後送順序指定接受轉入特定緊急傷病患（以下稱傷病患）之醫院。
- 前項指定之劃分遇有跨轄區情事，由相關地方衛生主管機關協調定之，必要時得由中央衛生主管機關協助指定。

緊急傷病患轉診實施辦法

■ 第三條

- 本法第三十六條所稱無法提供適切治療，指下列情事之一：
 - 因設備、人員、及其專長能力之限制，難以確定緊急傷病之病因或提供完整之診療時。
 - 傷病患負荷量過大，經調度院內人員、設備或設施，仍不能提供必要之處置時。
- 前項轉診調度情形，應記載於病歷，以備查核。

緊急傷病患轉診實施辦法

■ 第四條

- 醫院辦理轉診，應先聯繫後送醫院。後送醫院不得拒絕接受其轉診。
- 病患或其家屬要求醫院將緊急傷病患轉診至非後送醫院時，醫院應告知其可能之風險，並記載於病歷。
- 後送醫院於傷病患緊急情事消失後，得經傷病患本人或其親屬之同意，協助其轉回原診治醫院。
- 依本法第三十八條第二項所訂分級標準評定之最高等級之後送醫院非有前二項所定情事，不得將緊急傷病患轉出。

書面同意？

緊急傷病患轉診實施辦法

■ 第五條

- 醫院辦理轉診，應將其原因與風險告知傷病患本人或其親屬，並記載於病歷。傷病患意識不清且親屬不在場時，應於病歷內一併載明。

書面同意？

緊急傷病患轉診實施辦法

■ 第六條

- 傷病患經處置，病況仍未穩定，而有下列條件情事之一者，醫院得協助其轉診：
 - 傷病患本人要求轉診。
 - 傷病患本人無意思表達能力，但其在場之親屬要求轉診。
- 醫院辦理前項轉診，應告知轉診之風險，並取得傷病患本人或其在場親屬之書面同意。

緊急傷病患轉診實施辦法

■ 第七條

- 醫院辦理轉診應妥適聯絡接受轉診之醫院，並提供病人病情、醫療處置等有關資料。
- 前項聯絡過程，應作成紀錄。

緊急傷病患轉診實施辦法

■ 第八條

- 醫院辦理轉診應協助病患選擇及安排適當之救護運輸工具、救護人員，並提供適當之維生設備及藥品、醫材。

緊急傷病患轉診實施辦法

■ 第九條

- 醫院辦理轉診應填具轉診單（如附表），併同病歷摘要交付隨行救護人員；必要時得先以傳真或電子文件方式送達接受轉診之醫院。
- 前項救護人員應於轉診單上記載救護紀錄，併同病歷摘要交付接受轉診之醫院。

病毒性心肌炎診斷為上呼吸道感染 遲未轉診

- 臺灣高等法院刑事判決八十八年度上訴字第三三六四號（有罪）
- 四、綜上所述，本件被告確有疏於診斷前之檢查，對於死者異常之低血壓及噁心、嘔吐、冒冷汗等症狀，**未予詳確查明其病因或盡其轉診之義務**，死者發生休克後，對於救護車未立即得到，未能另叫其他救護車，而延誤急救時機等過失。其於診治死者前如能對死者詳加檢查，以確定其病因，或雖依其設備能力未能確定其病因，然既有可疑病因存在，其如適時轉診到大醫院檢查，或死者休克時，能迅速將死者送至大醫院急救，死者或不致死亡，其過失與死者之死亡原因誠有密切之因果關係。被告所辯死者係因病毒性心肌炎，引發心律不整致死，其死亡率很高，非被告檢查，觀察所能注意防範死亡之發生，與被告之醫療及急救措施等行為，均無相當因果關係存在云云。惟病毒性心肌炎引發心律不整之猝死現象死亡率高，然並非必然死亡，被告如為適當檢查、轉診、急救，死者尚有生機，被告所辯為卸責之詞，不足採信，被告犯行明確，堪以認定。

違反保護他人之法律→推定過失

- 最高法院92台上字第2695號 民事判決
- 上訴人醫院固有外科之設置及手術台三台之設備，並有外科醫師四位人員在職，惟無腦神經外科專業醫師駐院，須向外以特約方式約聘來院主治，則其對於因發生車禍致腦部受創之急診患者，自無法即時提供完整、迅速之治療服務，此由被上訴人於下午3時40分入院迄腦神經外科醫師6時許抵院期間，歷時2小時20分之久益明。**乃上訴人竟未告知被上訴人家屬或友人應立刻轉院，仍逕予留置，終致被上訴人因時間延誤腦血腫擴大而成為植物人，實已違反醫療法之規定，應推定其有過失。**

何謂保護他人之法律？

整理（1）

■ 轉診醫院及醫師之義務為何？

- 適當急救之先行行為
- 告知義務
 - If AAD: 轉診原因與風險告知 及 取得書面同意
- 注意義務
 - 聯絡後院義務
 - 提供資訊義務
 - 轉院監督義務
- 病歷登載義務
 - 告知轉診原因與風險或無法告知之情節
 - 轉診聯絡過程
 - If AAD: 轉診原因與風險告知 及 取得書面同意

整理（2）

■ 後送醫院及醫師之義務為何？

- 不得拒絕之義務
- 不得轉出之義務

整理（3）

- 病患及家屬自己要求轉診之法律要件及效果為何？
 - 「轉診書面同意」，於法律訴訟中，恐僅成為法官形成心證過程中所憑據之證據而已，並不當然成為免責保證
 - 刑法：生命法益不容許個人任意處分之法益 → 事先得被害人之承諾或同意，亦不能當作超法規阻卻違法事由

整理（4）

- 救護車人員之義務為何？
 - 具備適當處理能力
 - 專業注意義務

整理（5）

- 轉診醫院與救護車公司之權利義務關係為何？
 - 「委任契約」中之再委任原理：
 - 醫院委任某民間救護車公司，若已得病患或家屬同意，則醫院僅就選任指示，負其責任
 - 若未獲病患或家屬同意，則醫院應就該民間救護車公司之行為，與就自己之行為，負同一責任
 - 「僱傭契約」之僱用人與受僱人負連帶負損害賠償責任
 - 「承攬契約」之定作人因定作或指示有過失所負損害賠償責任

會診之 倫理法律問題

會診：學習目標

- 案例
- 醫療契約關係
- 會診之法律觀

案例

- A醫師於急診值班時，診斷B女性病患為 acute appendicitis，照會C外科醫師。C醫師同意A醫師之診斷，安排手術。手術發現，appendix完全正常。
- 若C醫師不同意A醫師之診斷，請其照會婦產科，而婦產科醫師D會診後認為非婦產科問題，建議門診追蹤。A醫師安排門診追蹤後兩日，B病患因appendix rupture併發 sepsis回到急診。

案例

- 若A醫師不同意C醫師及D醫師之意見，仍堅持診斷B病患為acute appendicitis，於是經解釋後，安排B病患轉院。轉院後B病患接受手術，果為appendicitis，但已rupture。
- 以上情形，C醫師及D醫師皆僅住院醫師，卻於會診回覆，簽署自己及當日負責主治醫師之姓名E及F。

醫療法律關係

- 醫療契約
 - 委任關係
 - 承攬關係
 - 雇傭關係
 - 無名契約
- 無因管理
- 侵權行為

吳志正：解讀醫病關係

醫療契約

- 委任關係
 - 有償委任：手段債務
 - 醫權委任契約之效力
 - 對醫師之效力
 - 醫師應遵照及遵循指示權
 - 535：受任人之行為，依委任契約之目的，依其性質，依其委任契約之性質定之。受任人應盡一項或數項義務，而不得懈怠，或受一切限制，而為其應盡之義務。
 - 醫師之注意義務
 - 536：受任人應盡注意義務，應依委任人之指示，並與處置自己事務時同一之注意。其受有報酬者，應以善良管理人之注意為限。
 - 醫師親自診治義務
 - 537：受任人應自己處理委任事務，但經委任人之同意或另有習慣或有不得已之事由者，得使第三人代為處理。
 - 醫師轉介診治義務
 - 538：受任人違反前條之規定，使第三人代為處理委任事務者，就該第三人之行為，與就自己之行為，負同一責任。受任人依前條之規定，使第三人代為處理委任事務者，僅就第三人之行為，負其責任。
 - 醫師報告診治義務
 - 540：受任人應將委任事務進行之狀況，報告委任人。委任關係終止時，應將處理結果報告。
 - 債務不履行責任
 - 債務不履行之責任：
 - 544：受任人因處理委任事務有過失，或因債務關係之行為所生之損害，對於委任人負賠償之責。

吳志正：解讀醫病關係

醫療契約

- 承攬關係
 - 結果債務
 - 492：承攬人完成工作，應使其具備約定之品質及無減少或減失價值或不適於通常或約定使用之瑕疵。
 - 醫療契約結果債務之定義
 - 結果債務與醫療給付有限性
 - 結果債務與委任成功報酬特約之異同
 - 結果債務與締約真意
 - 結果債務內容之確定
 - 結果債務內容之確定與阻卻違法
 - 結果債務與公序良俗
 - 結果債務與裁量權
 - 結果債務與醫療給付者之專屬、從屬性

吳志正：解讀醫病關係

醫療契約

- 雇傭關係
 - 手段債務
 - 醫師自主獨立權與裁量權限大減
 - 少見

吳志正：解讀醫病關係

會診之法律關係

- 要求會診醫師與會診醫師之關係
 - 醫療契約
 - 委任 V
 - 537：受任人應自己處理委任事務。但經委任人之同意或另有習慣或有不得已之事由者，得使第三人代為處理。
 - 538：受任人違反前條之規定，使第三人代為處理委任事務者，就該第三人之行為，與就自己之行為，負同一責任。受任人依前條之規定，使第三人代為處理委任事務者，僅就第三人之行為，及其對於第三人所為之指示，負其責任。
 - 連帶債務
 - 承攬 X
 - 雇傭 X
 - 共同侵權行為
 - 競合

會診之法律關係

- 病患與會診醫師之關係
 - 依原醫療債法體系分析
 - 委任 V
 - 委任→委任
 - 537：受任人應自己處理委任事務。但經委任人之同意或另有習慣或有不得已之事由者，得使第三人代為處理。
 - 538：受任人違反前條之規定，使第三人代為處理委任事務者，就該第三人之行為，負自己之責任。其同一責任，委任人依前條之規定，使第三人代為處理委任事務者，應就第三人之選任及對於第三人所為之指示，負其責任。
 - 連帶債務
 - 承攬→委任
 - 病患VS.要求會診醫師：依承攬論斷
 - 會診醫師VS.要求會診醫師：依委任論斷
 - 承攬 X
 - 僱傭 X
 - 依共同侵權行為論斷
 - 競合

Thanks for Your Attention