

103 年三等特種考試地方政府公務人員

科目：衛生法規與倫理

一、甲先生為肺癌病人，子女皆在國外，由外勞照顧，其生前曾預立意願書，在生命末期，不接受心肺復甦術或維生醫療。某日甲因呼吸窘迫，被外勞送到醫院急診，緊急插管；其後病情逐漸惡化、陷入昏迷，經醫師發出病危通知書給子女，子女倉促返國，希望醫院繼續搶救；但其弟弟不忍看到哥哥繼續受苦，希望醫院能幫哥哥拔管。請分別針對下列問題說明醫院應有的做法與其理由。

(一)上述情況，依據安寧緩和醫療條例規定，醫院應如何處理？（10 分）

(二)如果病人並未預立意願書，請問醫院又應該如何處理？（10 分）

【擬答】

目前我國用於規範管理安寧緩和醫療之法規主要是於民國 100 年 1 月 26 日公布施行的「安寧緩和醫療條例」（以下簡稱本條例），在本條例第 1 條即開宗明義規定，為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例。較相關的規定還有包括：

壹、醫院何種情況下得實施安寧緩和醫療？

本條例第 4 條規定：

末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。

前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。

二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。

三、立意願書之日期、意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。

本條例第 7 條亦有規定：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。

前項第一款所定之醫師，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，尤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：1、配偶，2、成人直系血親卑親屬，3、父母，4、兄弟姊妹，5、祖父母，6、曾祖父母或三等旁系血親，7、一等直系姻親。

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。後順序者已出具同意書時，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。

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。

本條例第 5 條規定：二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。

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。因此，有決定能力的成人可以預先立下生前遺囑，表明走至生命盡頭拒絕接受急救措施之意願。

貳、如果病人並未預立意願書，請問醫院又應該如何處理？

本條例第 8 條規定：「醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬，但病人有明確意思表示預知病情時，應予告知。」當醫師面對家屬要求對病人隱瞞病情，與病患想要得知自身預後狀況及病情兩難衝突時，醫師如何兼顧誠信原則與病患的接受程度、心理調適狀況及之後的影響等。醫療專業人員應以「自主原則」作為首要原則。有決定能力的成人病患應有權決定自身的醫療，而不受他人（包括家屬、朋友或醫師）的強制。即使病患醫療決定不符家屬或醫護人員的期望，但只要是病人自身意願，原則上就應該受到合理的尊重。因此，病患應有權拒絕醫護人員建議的治療或診斷方式。而先決條件就是病患確為「有決定能力的成人」。所謂有決定能力的成人，是指病患應能夠了解訊息，如疾病的本質、拒絕治療的後果等；病患應有推理及溝通的能力；主要以這幾個原則判別病患是否為具決定能力的成人。一般而言，昏迷、急性精神病、智障，及失智症的患者大致上可歸類為無決定能力。在臨床上，若醫師遇到較複雜的個案，對病患決定能力懷疑時，可考慮會診精神科醫師協助判定病患之決定能力。

參、結論

當末期病人走到生命盡頭，接受急救導致病人在身體、心靈上都受到極大的傷害與痛苦。CPR 目的在於防止非預期的突發死亡，CPR 在末期而無法恢復的病患並不適用。1976 年美國醫院開始發表其院內的 DNR(Do-Not-Resuscitate)政策聲明，而 1987 年紐約州率先立法管理不予急救作法。

不予急救醫囑可避免讓瀕死病人遭受再一次的巨大痛苦，但施行上依然面對相當的困難。

二、醫事法規屬於行政法規的體系，其在立法時有那些共同的原則？試述之。（10 分）請選擇上述任兩項原則，以現行醫事法規舉例，說明此兩項原則之意義。（10 分）

【擬答】

(一)法規適用的基本原則如下：

1. 特別法優於普通法
2. 後法優於前法
3. 法律不溯既往

4.從新從優

5.法律位階順序：憲法§171、§172 可得到憲法>法律>命令，憲法第 171 條規定：法律與憲法抵觸者無效。

(二)說明此兩項原則如下：

1.特別法優於普通法

法規對其他法規所規定之同一事項而為特別之規定者，應優先適用。

如：「罕見疾病防治及藥物法」、「管制藥品管理條例」是「藥事法」的特別法罕見疾病藥物問題應優先適用「罕見疾病防治及藥物法」

麻醉藥品用藥應優先適用「管制藥品管理條例」

2.後法優於前法

就同一事項，後頒布的法令修正前頒布的法令，前法令不再適用。

如：關於公立醫療機構醫事人員的分級，醫事人員人事條例第 4 條：分為師級及士（生）級，師級人員並再分三級。而公務人員任用法第 5 條：公務人員的官職等分為簡、薦、委，因為醫事人員人事條例為民國 88 年公布，故優先於公務人員任用法（民國 75 年公布）。

三、民國 100 年修訂的「全民健康保險法」，對於保險給付之規定，與先前的版本有何差異？試述之。（30 分）

【擬答】

壹、前言：

「健保好，健保不能倒」，這絕不是一句口號。其主要的目標及核心價值說明如下：

一、健保的政策目標

確保醫療的可靠性，並且達到收支連動、權責相符；各界參與、共同承擔。

二、二代健保改革核心價值

(一)品質：推動民眾就醫資訊及醫療品質資訊公開化，以增進民眾的選擇能力，進而強化提升醫療品質機制，至於支付制度，則朝向鼓勵提供優良醫療服務的方向改革。

(二)公平：按家戶總所得計收保費，擴大計費基礎，低所得的人，可依照現行制度獲得就醫上的保障，而高所得的人，就多負擔一點保險費，另外所得相同的家戶，保費負擔也會相同。

(三)效率：被保險人不再區分為六類十四目，民眾在保期間內，縱使有轉換工作或調整薪資等情形，均不用再辦理轉出、轉入、變更投保金額等等異動手續。兩會合一，功能整合，落實收支連動機制。

貳、健保主要變革重點：

為了推動健保改革，95 年間行政院即提出全民健康保險法修正草案，以二代健保的「品質」、「公平」、「效率」為核心價值，進行健保制度整體結構的改革，強調「權責相符」的概念、藉強化資訊提供來提升醫療品質、以較公平的方式來收取保費，並擴大保費之計算基礎、落實健保收支連動機制的建立，及擴大社會多元化參與健保政

策，並共同承擔對健保的責任。

而目前全民健康保險所面臨的下列困境，也就是二代健保改革重點之所在，茲說明如下：

一、財務失衡且費基公平性受限

受到人口快速老化、醫療科技進步、民眾需求增加等因素之影響，健保的收入與支出，長期以來都存在著二個百分點的落差，雖然抑制醫療浪費措施及多元微調方案等開源節流的努力，都已經逐步落實，保險費率也在今（九十九）年四月一日調整，稍稍舒緩了健保財務缺口持續擴大之危機，但健保費基應該由經常性薪資改為總所得，以擴大計費基礎，強化公平性。

二、保費負擔差異性大

目前保險對象依照法律的規定，共細分為六類十四種，各類目保險費負擔之比率並不相同，造成保費負擔不公平的現象，多眷口之家庭，其負擔亦較重，這些都違反了社會保險所強調的「量能負擔」原則。

三、健保收支缺乏連動

在現行制度下，由於收入面與支出面連動的機制不足，也是造成健保財務無法平衡的原因之一。

四、醫療資訊不夠公開

由於醫療資訊的不對等，民眾對於所接受的醫療服務，無法判斷其品質的好壞，而且民眾高度仰賴親友的諮商及轉介，因此，醫療品質資訊缺乏或不易解讀的情形也就日益嚴重。

五、保險支付需重品質

目前健保支付給醫療院所的費用，大多採取論量計酬，結合醫療品質的考量比較少。醫療院所在成本壓力與經營困境的雙重顧慮下，常常會有過度使用的情形，因此，當前支付方式需要再加強鼓勵提升品質的機制。

參、結論：

全民健保實施，是國家的驕傲，但政策執行一段時間，一定要檢討，才能繼續進步，為了讓我國最重要的社會保險制度能夠永續經營，健保改革確實是勢在必行。

我國全民健保十分強調社會參與的精神，不管是被保險人、民間團體或者是醫療團體的聲音，都是推動健保改革非常重要的依據，需要聆聽各界的建議，秉持健保的精神，追求社會的公義，順應世界的潮流，讓健保更有品質，更為公平，更具效率，並且能夠長治久安的經營下去。

四、依據食品安全衛生管理法，主管機關採行之食品安全管理措施的基礎與原則為何？（15 分）若主管機關透過食品衛生安全監測體系，發現某食品業者製造之食品有危害食品衛生安全之虞時，應採取那些處理方式？（15 分）

【擬答】

(一)主管機關採行之食品安全管理措施的基礎與原則為何？

食品藥物管理一元化概念是衛生福利部食品藥物管理署（以下簡稱食藥署）的中心宗旨，食管局施政重點在於食品、藥物、新興生技產品、化妝品之管理及

風險評估，落實源頭管理，健全輸入食品管理體系，發展核心檢驗科技，提升管理、檢驗與研究水準。

(二)有危害食品衛生安全之虞時，依食品安全衛生管理法（以下簡稱本法）規定，可執行下列之臨時措施：

- 1.食安法第 41 條 1 項規定，衛生主管機關應抽查食品業者之作業衛生記錄；必要時，應抽樣檢驗及查扣記錄。對於有違反第八條第一項、第十五條第一項、第四項、第十六條、中央主管機關依第十七條、第十八條或第十九條所定標準之虞者，得命食品業者暫停作業及停止販賣，並封存該產品。
- 2.若依食安法第 52 條 1 項規定，有第十五條第一項、第四項或第十六條所列各款情形之一者，應予沒入銷毀。

(三)結論

綜上所述，經檢驗結果確認違反規定者，若以有害人體健康之物質加入食品之業者，當地主管機關可依食安法第 44 條第 1 項第 1 款處以行政處分或行政罰。若不肖業者情節嚴重非以刑罰手段難以儆效尤，故主管機關可以案移司法機關，則由司法機關以司法程序啟動偵查調查程序，若罰證俱在，則地檢署將移送法院判決之，就如之前鬧的沸沸揚揚之塑化劑一案。

另，若食品業者主張其因不知法律，或應注意而未注意而觸犯食安法之相關規定，依該法第 49 條第 4 項仍有處罰過失之罰責，處 1 年以下有期徒刑、拘役或科以新台幣六百萬元以下之罰金。