



國立成功大學醫學院附設醫院
National Cheng Kung University Hospital

生命 · 愛心 · 卓越 · 創新



2025 南區醫療網 簡介病人自主權利法與 預立醫療照護諮商(ACP) 健保給付說明

國立成功大學附設醫院
安寧緩和共同照護中心 主任
腫瘤醫學部 蔡瑞鴻醫師



國立成功大學醫學院附設醫院
National Cheng Kung University Hospital

生命 · 愛心 · 卓越 · 創新

死亡是什麼？





死亡—

維基百科

- 死亡（death）
- 是相對於生命體存在（存活）的生命現象，指維持一個生物存活的所有生物學功能的永久終止
- 能夠導致死亡的現象一般有：
衰老、被捕食、營養不良、疾病、窒息、自殺、他殺、餓死、脫水以及意外事故還有死刑（如槍決）和吸毒，或者受傷

不同宗教看死亡——基督教

- 「這就如罪是從一人入了世界，死又是從罪來的，於是死就臨到眾人，因為眾人都犯了罪。」（羅五12）
- 「我知道我的救贖主活著，末了必站立在地上。我這皮肉滅絕之後，我必在肉體之外得見上帝。」（伯十九25-26）

不同宗教看死亡——佛教

- 眾生每日身、口、意所造作的行為，有的是善業，有的是惡業，這些業因業緣形成兩股力量，彷彿拔河比賽，如果善業的力量大，就把眾生牽引至天、人、阿修羅等三善道去受生。如果惡業力大，眾生就墮入地獄、餓鬼、畜生等三惡道去受苦，因此，「業力」是生命輪迴的決定因素。

- | | |
|---------|---------|
| • 人死如出獄 | 人死如再生 |
| • 人死如畢業 | 人死如喬遷 |
| • 人死如更衣 | 人死如新陳代謝 |

不同宗教看死亡——道教

- 『夫物芸芸，各復歸其根。歸根曰靜，是謂復命。』
- 老子以『人法地，地法天，天法道，道法自然。』來勉勵人要勇敢面對生死，一切都以順從自然的發展為最高原則，自然的發展，就是依著自然的軌道，順其自然的變化，從生到死，順其道，不偏不倚而行，這也就是順自然之勢的常道。



何謂善終

- 能預先知道自己的死期。臨命終時，沒有遭到橫禍，身體沒有病痛，心裏沒有罣礙和煩惱，安詳而且自在地離開人間。



自然的法則

- 生命猶如四季，春去秋來，自自然然
- 泰戈爾：生有如夏花之絢爛，死猶如秋葉之靜美
- 在生命的最末後，
如何讓病人及家屬
安心？





然而，現實的醫療中，卻是…

- 家屬：醫生阿！你不要跟我阿爸說他得了癌症，他一定會受不了就失去求生意志的
- 病人：醫生阿！我到底是生甚麼病，怎麼一個肺炎治療這麼久，不但沒有好，還越來越喘啊！
- 家屬：醫生阿！請你一定要盡量救我阿母！我希望她能看到我孩子娶媳婦阿！
- 家屬：醫師阿！我跟你說，我們家沒有能力負擔照顧一個植物人，你可以把我的家人鼻胃管拔掉嗎？



生存權 vs. 自主權

- 生命誠可貴！
- 自由價更高？
- 憲法保障人民的生存權、工作權及財產權
- 但是，當有一天，你發現活著只有痛苦，沒有一絲希望，死亡終將到來，該要怎麼辦？



自主一旦過了頭

- 我想要怎樣都可以
- 不想活了，就自我了斷
- 要求主動安樂死
- 生命並非兒戲，豈是隨時都能後悔重來
- 醫療行為必須合乎倫理與法律



安寧療護不是安樂死 病主法也不是安樂死法案

- 要讓病人可以「安樂活」！
 - 盡可能提供合乎病人需求的照護方式
 - 非不給予醫療與護理照顧
 - 非或刻意結束病人的生命
 - 協助末期病人度過最後安適、有意義、有品質生活
 - 讓病人可以安樂地活到最後一刻



安寧療護始祖 Dame Cicely Saunders

"You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you don't."

你是重要的，因為你是你。即使活到最後一刻，你仍然是那麼重要！
我們會盡一切努力，幫助你安然逝去；但也會盡一切努力，讓你活到最後一刻！



安樂死和自然死的區別

類 型	說 明	施 行 國 家
安樂死	為減輕病患無法忍受且無法治癒的病痛，而由他人為病患施以足以致命之藥劑，亦即以加工方式縮短生命。	荷蘭、比利時、盧森堡、哥倫比亞
醫助自殺	由醫師開立處方、準備並提供藥劑，而由病人自行服用。	美國（奧瑞岡州、華盛頓州、蒙大拿州、佛蒙特州、加州）、瑞士、加拿大
拒絕醫療權	醫師尊重病人意願，不強加人工延長生命的作為，讓生命回歸自然；亦即不以醫療加工來延長生命。	此為歐美各國所認可的普世人權
斷食X終	屬於醫助他殺，未經本人同意而逕自終止維持生命治療，恐涉及刑法	
	台灣某醫師	



病人善終與自主權—立修法脈絡

2000.06.07立法
《安寧緩和醫療條例》

第一部保障「末期病人」
接受安寧緩和醫療、
尊嚴善終與拒絕醫療之權利。

2016.01.06立法
《病人自主權利法》

- 拒絕醫療權由「末期病人」擴大至「五大類特定臨床條件」之病人。
- 明定病人可予拒絕「維持生命治療」之權利，但須經過「預立醫療照護諮商」之醫病溝通過程，充分了解其個人自主意願，並經家屬之參與。

2002.12.11
第一次修法

「簽署意願書的末期病人既得阻止心肺復甦術的施行（withhold），也能「終止或撤除」（withdraw）已施行的心肺復甦術」。

2011.01.03
第二次修法

「最近親屬一致同意並經醫學倫理委員會審查通過後便得撤除病人心肺復甦術」之規定。

2013.01.09
第三次修法

最近親屬一人代表簽署同意書，即可終止或撤除「維生醫療」之選擇。

2019.01.06
正式施行

拒絕醫療權的國際趨勢

進階

美國

USA

領先臺灣
26年

1990 年《病人自決法》
(Patient Self-
Determination Act)

確保病人的拒絕醫療權， 建立預立醫囑(AD) 法律地位。

澳洲

Australia

領先臺灣
7年

2009 年， Rossiter 案
最高法院判決：「神智清楚
病人知情下擁有拒絕醫療
權。」

德國

Germany

領先臺灣
7年

2009 年《病人自主法》
(Patientenverfügungs-
gesetz)

任何有同意能力的成人得以書面方式立定預立醫囑，決定自己在失去同意能力時，是否接受特定醫療(包括醫生認為有價值的維生醫療) ；病人自主權的效力與疾病的種類、期程無關。

英國

UK

領先臺灣
11年

2005 年 Mental Capacity Act
2005 確立預立醫療決定法律地位
任何18歲以上具做決定心智能力者得事先表達拒絕治療的意願，即使這會危及他的生命。

香港

Hong Kong

承襲英國

2014 年《 Guidance for HA
Clinicians on Advance
Directives in Adults 》(香港醫院管理局)

拒絕醫療權無臨床條件限制
(23) ， 醫院管理局提供之AD
範例僅供參考。

Rights!

世界醫學會 WMA 意見：「拒絕醫療是病人的基本權利， 也符合醫學倫理。」



國立成功大學醫學院附設醫院
National Cheng Kung University Hospital

生命 · 愛心 · 卓越 · 創新

2016.1.6 亞洲第一部 病人自主 權利法



在自己深思熟慮有意願下，如何避免未來成為「求生不得，求死不能」？

Q:目前簽署安寧療護意願書可以嗎？

A:需要為末期病人

- ❑ 處於不可逆轉之昏迷狀況。
 - ❑ 永久植物人狀態。
 - ❑ 極重度失智。
- 以上符合末期病人嗎？

安寧緩和醫療條例第三條
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。

104.05.05 楊玉欣立委詢問法務部 有關病人自主權與刑法

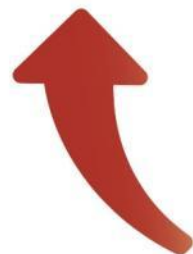
Q: 醫師(或醫療機構) 對於到院(所)之病危或救治困難而非屬安寧緩和醫療條例規定之末期病人，可否依病人或家屬之事前同意，不施予救治是否有法律責任？



非末期病人，
醫師可否接受
病人不急救
之請求？

病人自主
權利法立法前

都必須救！



+ 衛福部

（衛部醫字第 1041663576 函）

若非安寧緩和醫療條例第 3 條第 1 款安寧緩和醫療及第 2 款所稱之末期病人，醫療機構或醫師均應依醫療法第 60 條第 1 項及醫師法第 21 條規定，對該病人予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。

不救
有刑責！

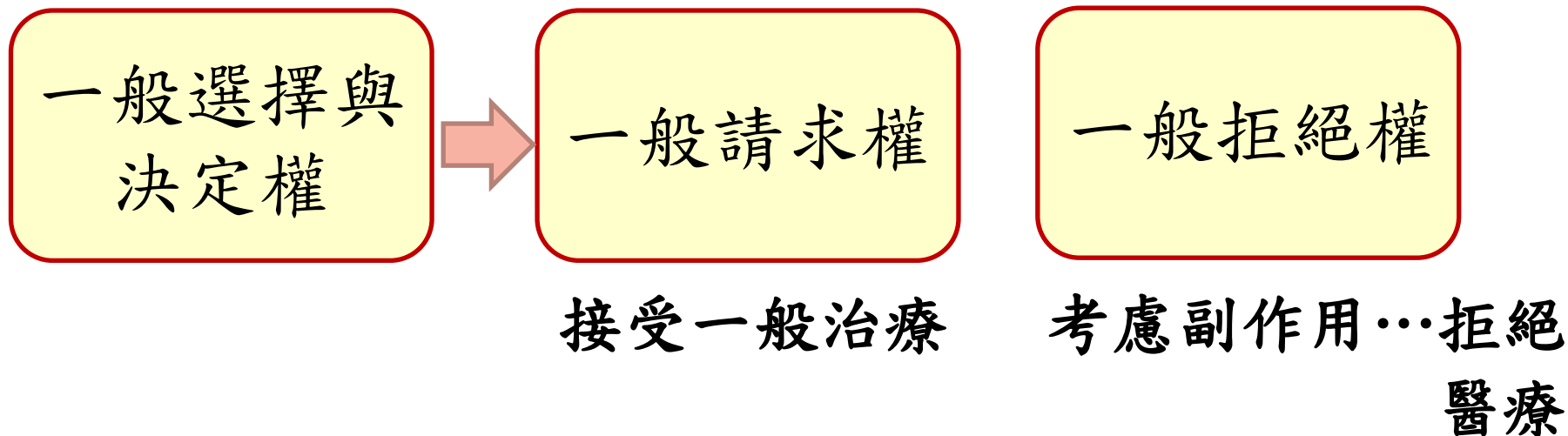


+ 法務部

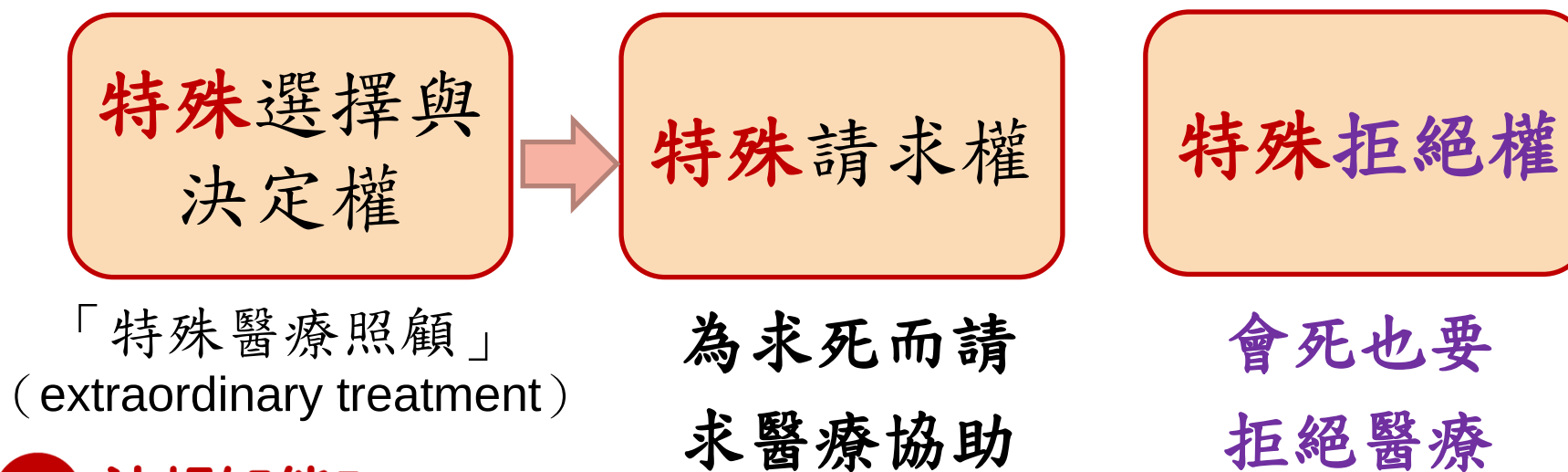
（法檢字第 10404502880 函）

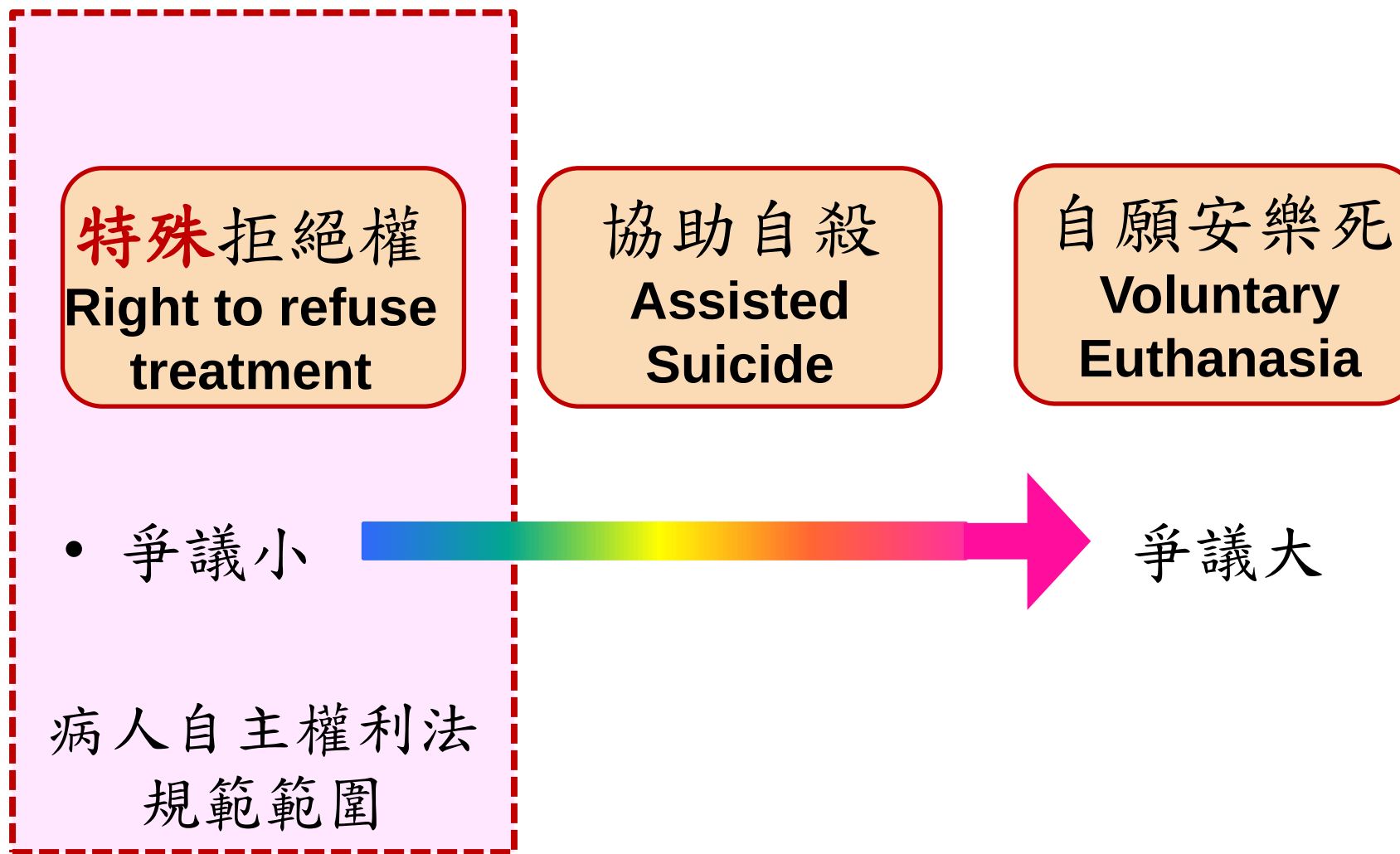
依據刑法第 275 條及第 15 條，醫師不得以病人囑託或得其承諾而不為救治或維護其生命應有之作為，更不得依家屬之同意而不作為，否則於現行法律規定下，恐涉及刑事責任問題。

不涉及生死的醫療選擇決定權

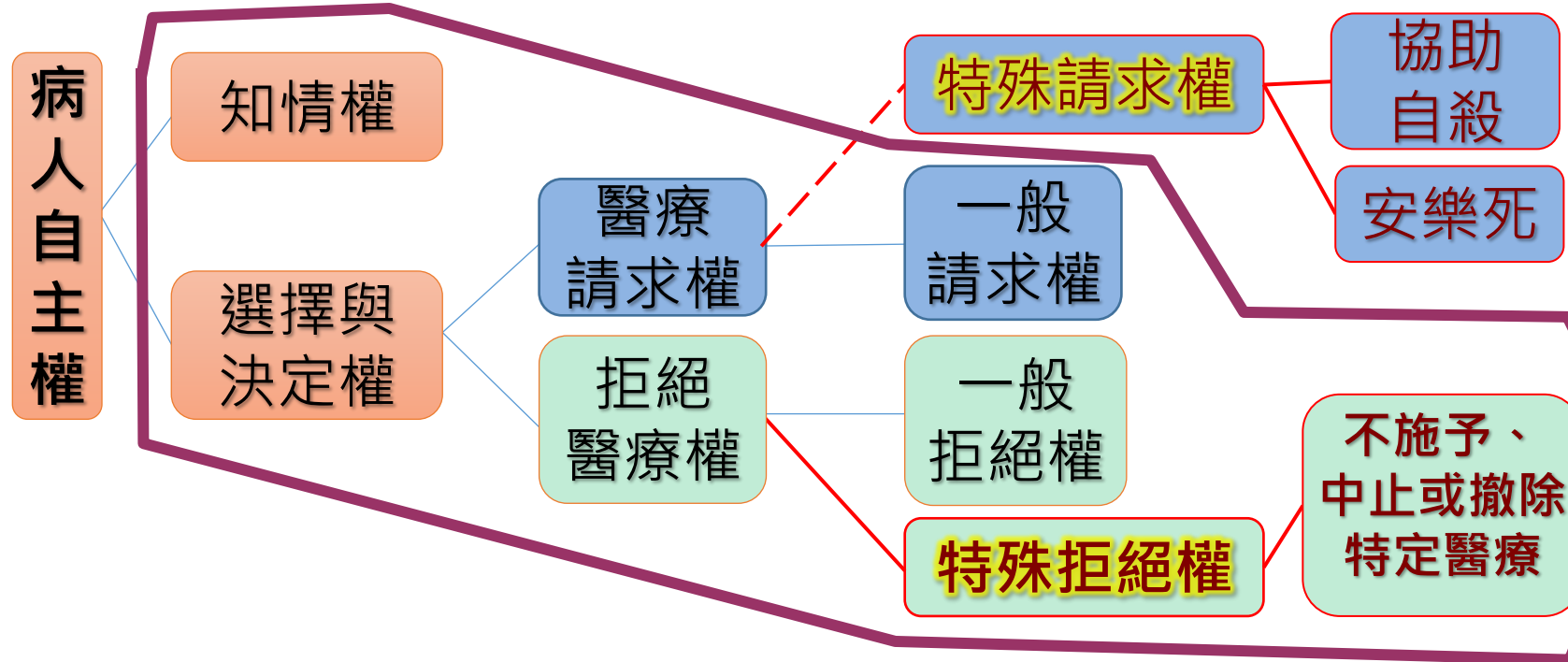


• 涉及生死的醫療選擇決定權





病人自主權的樣態與分類



資料來源: 孫效智教授「病人自主權利法核心講師課程」



DNR 不是放棄急救

- 不要再說：因傷重不治，家屬簽署放棄急救同意書(X)
- 不是放棄，而是**拒絕**無效醫療
- 說放棄對家屬是二度傷害
- 醫生不會放棄治療病人，醫師會避免病人受到更大的傷害

法 適用對象 疾病進程

安寧

病人自主權利法



感謝台大生命教育中心孫效智教授核心講師課程

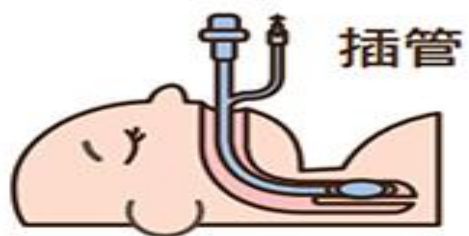


第五款 其他重症

- 1、囊狀纖維化症
- 2、亨丁頓氏舞蹈症
- 3、脊髓小腦退化性動作協調障礙
- 4、脊髓性肌肉萎縮症
- 5、肌萎縮性側索硬化症(ALS)
- 6、多發性系統萎縮症
- 7、裘馨氏肌肉失養症
- 8、肢帶型肌失養症
- 9、Nemaline線狀肌肉病變
- 10、原發性肺動脈高壓
- 11、遺傳性表皮分解性水泡症
- 12、先天性多發性關節攣縮症



維持生命治療





人工營養及流體餵養



靜脈注射/水分營養
(全靜脈營養及點滴注射)



鼻胃管灌食



胃造廔灌食

AD提供全光譜、限時嘗試治療 (Time Limited Trial)之選項：

我希望接受 LST / ANH

我覺得生命很寶貴，暫時還無法「接受自然死亡」（Allow Natural Death）。

賦予醫師持續評估醫學治療是否有效、提出終止之權利。

在一段時間內接受，之後請停止

醫師應已根據我的病情需要，提供任何可能之醫學技術與治療方法，但我覺得該在特定臨床條件下，我的生命品質已沒有益處（意願人主觀認定，該醫療照護對自己沒有幫助）。

我不希望接受

如果已經符合特定臨床條件，我覺得「賴活」是沒有意義的，我希望讓疾病自然走完它的歷程，「接受自然死亡」（Allow Natural Death）、進入善終的過程。



維持生命治療 ≠ 維生醫療

- 病主法的維持生命治療：任何有可能延長生命的必要醫療措施
→ 可能為**有效醫療**
- 安寧條例的維生醫療：延長瀕死過程，無治癒效果之醫療
→ 屬**無效醫療**
- 因維持生命治療可能為有效醫療，故未得本人許可，不可他人代為決定。（病人自主的核心精神）
- 這也是斷食X終最大倫理議題所在，慎思慎思！！



知情、選擇、決定與同意

- 病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利。
- 醫療機構或醫師應以其所判斷之適當時機及方式，將病人之病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項告知本人。病人未明示反對時，亦得告知其關係人。
- 所稱同意，應以病人同意為原則，病人未明示反對時，亦得以關係人同意為之。



病主法-如何取得善終入場券



具完全行為
能力者

☒ 年滿20歲或未成
年已婚

☒ 具心智/
意識能力者



預立醫療照護
諮商(ACP)

☒ 特定臨床條件

☒ 接受/拒絕
何種治療

☒ 核章



簽署預立醫療
決定(AD)

☒ 見證人/公證

☒ 掃描上傳

☒ 註記健保卡



執行預立醫療
決定(AD)

☒ 2位專科醫師確診

☒ 2次緩和醫療照會

☒ 符合五款臨床條件之一



ACP 與 AD

※ 何謂「預立醫療照護諮商」： (Advance Care Planning, ACP)

指病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程，商討當病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養。



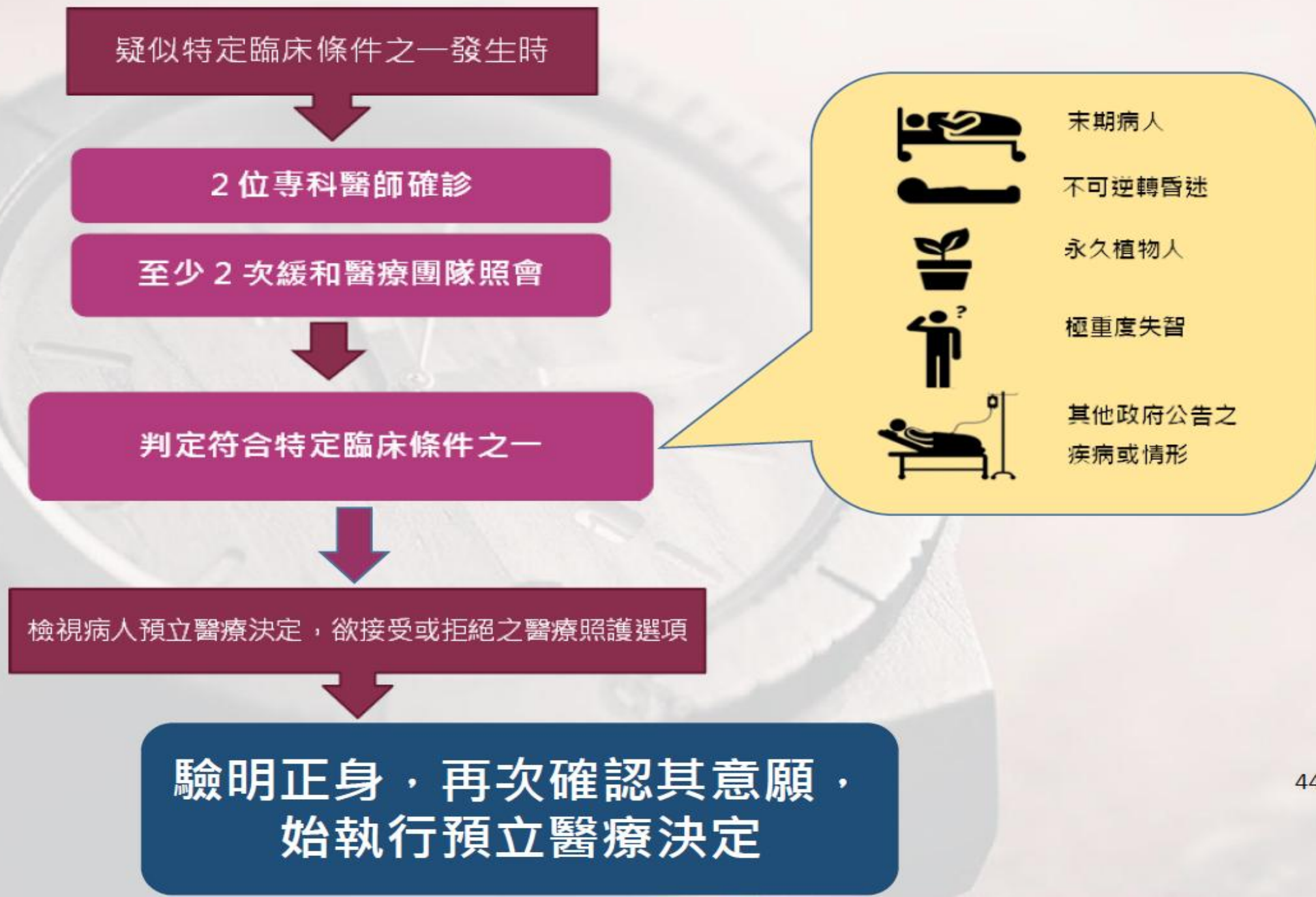
※ 何謂「預立醫療決定」： (Advance Decision, AD)

指事先立下之書面意思表示，指明處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定。





AD的 啟動 與 執行





實際執行面的考量

- 疾病的樣貌：癌症、非癌症
- 病人當下的意識能力
- 家屬的態度
- 醫師的經驗
- 簽署費用的問題



國立成功大學醫學院附設醫院
National Cheng Kung University Hospital

生命 · 愛心 · 卓越 · 創新

真實案例分享



國立成功大學醫學院附設醫院
National Cheng Kung University Hospital

生命 · 愛心 · 卓越 · 創新

第一例

啟動AD之案例分享



故事的開始...

- 就在一年前的四月天，一個星期五下午
- 83歲的王奶奶和她的女兒一同來到預立醫療諮商(ACP)門診
- 病人早在2017就已簽屬DNR意願書





諮商過程

- 奶奶有高血壓、糖尿病、重聽等慢性病，過程中偶會離題，仍能清楚表達生活中的經歷與不適，協助聚焦詢問下，意願人能清楚表達醫療決策選項，如果以後生了嚴重的病，她不想要很痛苦地活著。在充分的溝通後，最後和女兒一起完成諮商。
- 由於仍缺一位見證人，故將AD帶回，等完成見證人簽署後，由家屬將AD正本交回社工部。



就這樣過了幾個月



- 奶奶在家突然意識改變，有解黑便、血便的現象
- 送到成大急診
- 經醫師診斷，是子宮內膜癌(MMMT，最惡性的一種)，已經有腹膜轉移，而且往下侵犯陰道及直腸
- 考慮到患者的年紀、體力及意願，醫師建議他先做局部的放射治療以控制出血
- 手術或是化學治療皆不適合進行



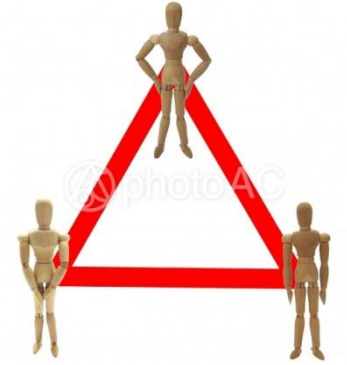
經過一個月的放療

- 雖然出血有改善，病人卻更虛弱
- 幾乎無法進食。意識也越來越差，於是，又被家屬帶來急診
- 一系列的檢查發現：有電解質異常、泌尿道感染
- 於是，急診醫師建議放置鼻胃管，施打點滴，抗生素
- 女兒卻說：我媽媽當初有簽屬AD，她甚麼管子、點滴都不要，你們不可以幫她放鼻胃管…

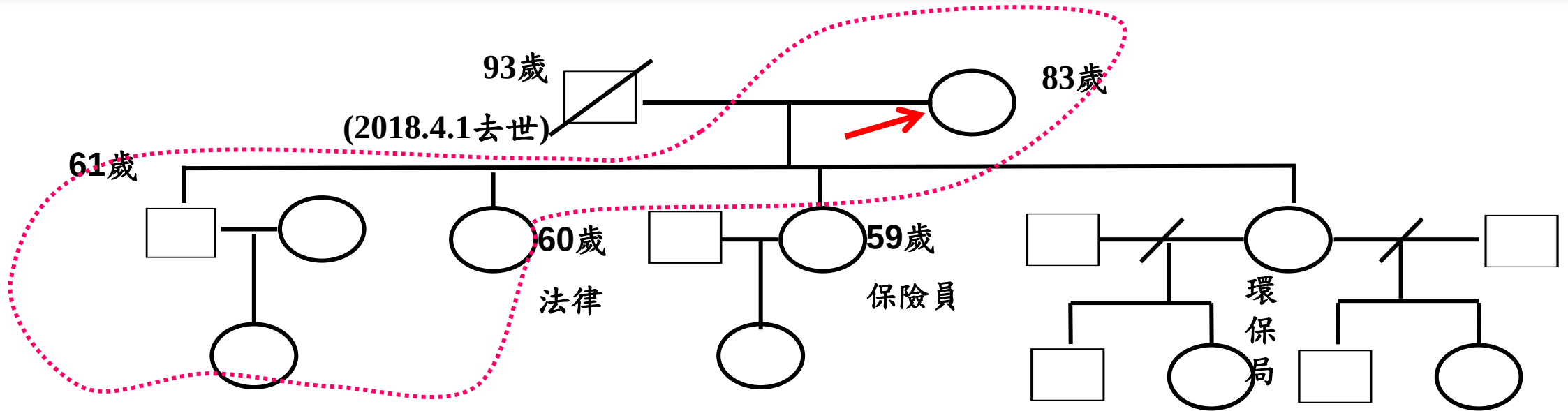




到了一般病房



- 家屬還是堅持不放鼻胃管
- 醫師束手無策，甚至說他如果甚麼都不要，乾脆出院(AAD)好了
- 更慘的是，奶奶的長子竟然在這個時候，跳出來說他不認帳
- 他說：他不知道奶奶甚麼時候去簽了這張AD，這麼重要的事情，竟然都沒有人跟他說，他身為長子，覺得無法接受
- 他懷疑是他妹妹哄騙奶奶去簽的，要求要調閱錄影帶，並揚言提告
- 原團隊只好照會安寧團隊協助



- **家庭重要關鍵事件:**案夫2018年3月撤除維生醫療，子女各持己見，病人帶領子女簽署案夫撤除文件；病人ACP諮商案小女兒表示沒意見，未參與諮商；案長女與次女希尊重病人決定，依心願走完最後一程
- **家庭動態變化:**案子女情感連結不佳；案媳不跟病人互動；案長女畏懼案長子(已啟動家暴社工關懷)



第一次家庭會議

- 會前會：醫療團隊先凝聚共識，雖有DNR，但是，因牽涉終止維持生命治療，點滴等問題，仍以啟動病主法為優先
- 參與人員：
 - 案長子、二女兒
 - 原團隊醫師、主護
 - 安寧團隊醫師、共照護理師
 - 社工師、社工部主任、法制室人員
 - 醫學生



案子的疑問

• 詢問病情

- 9/18 「為什麼不插鼻胃管？」、「清醒的機率有多高？」
- 9/22 「為什麼不打點滴？」、「我媽媽病情怎樣？」、「醫生怎麼解釋？」
- 9/24 詢問病人「為什麼一直沒講話，沒進步？」、「為什麼意識好像好一點，但沒辦法講話？」、「現在病況怎麼樣？」、「治療那麼久，意識會如何？」、「下一步，還是這樣住安寧？尊重專業」
- 9/25 家庭會議(1)分享錯愕，詢問插管可行性，「如果插管後媽媽會不會比較好，許醫師你是專業，依你的專業判定」；(2)分享不滿：「我覺得媽媽哪時後的病情不好，會不會藉由引導所以就簽了，簽署這份文件的過程是不是有讓病人瞭解，應該要跟家人說明」
- 9/29, 詢問為何沒有給病人任何點滴及進食，擔心病人會有飢餓感

計畫與處置

- 家庭會議解惑
- 評估案子需求
- 擬定照護計畫
- 同理對病人不捨，引導看病人目前生理之變化，並分析給予點滴的利弊，教導臨終症狀及處置



案長女的問題

計畫與處置

- 面對病人一輩子辛苦，女兒準備好要跟病人說再見，需要被協助

- 病人拒食2個月不張嘴，案長女努力餵食「吃一口就好」，否則病人早就走了。此次因為病人口不開才送醫
- 面對臨終前病人、家人痛苦，希望病人不拖太久，壽終正寢
- 「因為病人自主權利法，其他人不重要」
- 病人一輩子非常辛苦，希望病人不延長受苦。擔心DNR會因為醫院尊重其他家屬而效力不彰，所以在意AD。沒辦法接受侵入性治療(不想打白蛋白，因為沒有幫助)
- 希望不延長受苦，詢問縮短受苦的方式

- 提到案長子會恐慌，有如驚弓之鳥

- 案子女4人共持房子，不願意獨裁者、暴君的案長子獨得財產。因為不敬的人，沒有面對所有的苦，不想讓他遂其所願，反而是要幫妹妹們著想下輩子
- 9/25「我覺得我一直以來面對很大的難題，包括很多很多的問題及大哥的不諒解」不便表達意見

- 建立關係
- 傾聽對母親不捨的生命歷程
- 舒適護理
- 善終準備
- 家庭陪伴與協助



案次女已收集資料及照護需要

計畫與處置

- 希依母親心願，不被儀器綁架，走完最後一程
- 面對病人AD，因為病情不可挽回，插管回不去反而是二度傷害
- 面對案長子「不聞不問」、案小女兒「不會想」，很多事沒參與病人照顧，不知道照顧和被照顧感受

- 建立關係
- 傾聽對母親不捨的生命歷程
- 肯定放下工作照顧病人，陪伴最後一程
- 舒適護理
- 善終準備



第一次家庭會議

- 先同理家屬的不捨及憤怒
- 解釋病主法的簽署過程及討論的醫療決策內容
- 解釋目前的疾病狀態已經符合末期疾病
- 未來的照護目標及撤除維持生命治療的時機
- 圓的藝術，三平安





轉入安寧病房

- 先維持點滴以及抗生素使用
- 過幾天後，因為奶奶的靜脈留置針非常難打，已經都打不上了
- 就跟家屬討論把點滴都停掉，先觀察看看奶奶有沒有出現任何不舒服的現象
- 維持止痛藥物的皮下注射
- 維持每日的身體清潔，口腔清潔，翻身擺位
- 家屬幫奶奶念佛，讓奶奶心靈平靜
- 經過十七天的照顧，在安寧病房安然長逝，乾乾淨淨，沒有任何管路



重點提醒

- 想要善終，自己也必須盡點力
- 自己的家人自己打點最好
- DNR，AD都要簽，保護傘面積最大
- 醫生會依據疾病當下的狀況作出最好的選擇



第二例

未簽署AD，卻發生意外



令人哀傷的場景

- 85歲林伯伯，平常身體硬朗，只有輕微高血壓，長期服藥追蹤
- 突然，爬樓梯踩不穩，跌下來，撞到頭，失去意識
- 送急診後，發現是腦中風
- 緊急做了取栓術，還是產生腦水腫，影響呼吸，因此插了氣管內管，住在加護病房
- 經過十四天的搶救，依然沒有清醒



兩難的決定

- 醫師說：未來清醒的機率不大，很可能就是維持這樣
- 要長期照護的話，要做氣切
- 考慮直接拔掉氣管內管，順其自然，家屬簽DNR同意書



這時候……

- 家屬泣訴：爸爸以前是個很愛到處遊玩的人，很活骨，他不想要這樣躺在床上受折磨
- 他以前有說過，甚麼管子都不要插。醫師阿，我們可不可以把鼻胃管也拿掉？這樣他可以早點解脫！

拒絕醫療權範圍之擴大：LST + ANH

安寧緩和條例

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、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為

維生醫療：

指用以維持末期病人生命徵象，但無治療效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。

維生醫療抉擇：指末期病人對心肺復甦術或維生醫療施行之選擇。

病人自主權利法

維持生命治療 (LST)：

指心肺復甦術、機械式維生系統(如機械通氣或體外循環維生系統)、血液製品、為特定疾病而設的專門治療(如透析治療)、重度感染時所給予的**抗生素**、**人工營養及流體餵養**等任何有可能延長病人生命的必要醫療及照護措施。

人工營養及流體餵養 (ANH)：

指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分。



重點提醒

- 病主法可以拒絕的醫療較廣，所以，一定要本人書面同意才能執行，他人無法代為行使。
- DNR 拒絕無效醫療，可以由親屬代為決定。（但是不包含點滴營養…）
- 避免落入兩難的困境，在意識清楚的時候就要完成AD簽署



國立成功大學醫學院附設醫院
National Cheng Kung University Hospital

生命 · 愛心 · 卓越 · 創新

第三例

未啟動AD之案例分享



2020/12/10 一般門診時間

- CKD個管師帶一位病人到我診間
- 病人60歲，他的女兒在後面
- CKD stage V, Cr: 11.3
- 拒絕接受血液透析
- 想了解緩和醫療



病人基本資料

- 病史：三高，曾有中風但無後遺症，其他器官功能皆好
- 慢性腎病(CKD)在本院追蹤多年，有在吃科學中藥
- 2020/09開始，因腎功能持續惡化，開始討論洗腎議題，病人顯得猶豫
- 2020/10，再度詢問病人，仍拒絕洗腎，表示不怕死亡，怕痛苦折磨。女兒也了解，無奈但是支持父親的決定
- 2020/12轉至安寧門診評估



安寧門診

- 了解病人的擔心，因為看過一些親朋好友洗腎很受苦的樣子，不想變那樣
- 他覺得人生很滿足了
- 目前沒甚麼不適症狀，同意簽署DNR，先維持腎臟科門診追蹤
- 建議去做ACP，並簽署AD，以得到最大的善終保障
- 病人同意，於2021/03完成ACP和AD簽署



直到有一天

- 2021/04/19
 - 左眼視力模糊一周(視野中間一團黑霧)，雙下肢水腫 3+
 - Cr: **23**, BUN: **165**, K: 5.2, ABG: pH: 7.23
 - BP: 205/105 mmHg -> 高血壓危象
- 眼科會診：因惡性高血壓產生之視網膜出血
- 腎臟科會診：建議緊急洗腎



急診與住院後的處置

- 和病人溝通之後，同意進行緊急血液透析，以緩解尿毒症狀
- 因同意洗腎，醫療團隊並未進行AD啟動流程
- 第一次透析有發生一次嘔吐
- 後續洗腎過程尚稱平順，之後接受AV shunt手術，並規則洗腎
- 兩週後出院，至今仍持續規則透析中



重點提醒

- 簽了AD，DNR並非甚麼治療都不做
- 當下自己的意識清楚的話，也都能再變更
- 當面臨死亡的威脅，是否還能真正的豁達？



國立成功大學醫學院附設醫院
National Cheng Kung University Hospital

生命 · 愛心 · 卓越 · 創新

解決簽署量能不足的阻礙

健保擴大給付ACP



本院收費表準



門診掛號費150元
就醫證明費30元

個人

諮商費為3,000元/人/60分鐘
(如為低收或中低收則另有優免)

團體

諮商費1,500元/人/90~120分鐘

院內 校內

諮商費為1,500元/人/60分鐘
教職員、職眷(配偶、父母、子女)、
志工、學生



開放健保給付標準 (113/ 07 ~)

符合下列任一適應症，且具完全行為能力之**住院病人**，ACP納入健保給付。

- 65歲以上重大傷病且罹患安寧收案所列的疾病。
- 輕度失智症(臨床失智評估量表CDR 0.5至1分)。
- 病人自主權利法第14條第1項第5款公告病名。
- 居家醫療照護整合計畫收案對象。



再度新增健保給付 (114/ 05~)

- 65歲以上重大傷病病人 (不再限制須符合安寧收案之病人)
- 符合安寧療護收案條件者 (不限65歲以上)
- 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫或全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫之65歲以上多重慢性病病人
- 由住院擴大至醫院門診與基層診所服務

擴大預立醫療照護諮商費(ACP)適用對象

適用對象

具完全行為能力之住院病人且

- ① 65歲以上重大傷病且罹患安寧療護收案條件所列之疾病別
- ② 輕度失智症CDR 0.5至1分
- ③ 病主法第14條第1項第5款所公告之病名
- ④ 居家醫療照護整合計畫個案

支付點數

每人3,000或1,500點

適用對象

具完全行為能力之病人且

- ① 65歲以上重大傷病病人
- ② 符合安寧療護收案條件者
- ③ 輕度失智症(臨床失智評估量表0.5至1分)
- ④ 病主法第14條第1項第5款所公告之病名
- ⑤ 居家醫療照護整合計畫個案
- ⑥ 家庭醫師整合照護計畫或地區醫院全人全社區計畫之65歲以上多重慢性病人

支付點數

每人3,000點

放寬適用
條件，
擴大門診
亦可申報



1. 自114年5月1日生效
2. 目前全國計有285家醫療機構提供預立醫療照護諮商服務



結語

- 安寧療護是全方位的解決各種問題，**不是放棄治療**
- DNR 和AD 都要簽，才有更全面的保障
- ACP 不只談甚麼不要做，更要談還可以做甚麼
- 做最壞的打算，懷最好的希望
- 重點是：**要好好活著**
- 感謝病人的大愛，願意讓我們學習照顧，才有能力照顧更多病人

謝謝聆聽，敬請指教