

健保卡的功能（下） ——註記，可靠嗎？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

我國自2000年通過「安寧緩和醫療條例」立法後，賦予國人臨終時可以選擇拒絕心肺復甦術或維生醫療（Do not resuscitation，DNR）的權利，並且可將此意願註記到健保卡的晶片中，當病患面臨疾病末期階段時，醫師便可以透過健保卡得知預立的意願，並與家屬溝通提供病患安寧療護服務。根據健保署資料統計，截至104年底累計有26萬人，即約1.4%的成年民眾，將DNR意願註記於健保卡①，其中女性占17.5萬人，男性占8.5萬人，顯示成年女性的註記意願遠高於男性。為保障您的權利，健保署教您「三步驟，輕鬆註記」。第一步，向各醫院的服務台索取「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，或至衛生福利部、安寧照顧協會、安寧照顧基金會的網頁列印表格。第二步，填妥意願書。第三步，將正本送回索取醫院，或寄到「台灣安寧照顧協會」，就可以辦理健保卡意願註記囉！為了生命的尊嚴，健保署呼籲您即刻行動！（「健保卡註記DNR了沒？」焦點新聞，中央健康保險署，民國105年3月9日。）衛生福利部與地方政府、醫療機構及台灣安寧照顧協會②合作宣導預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願、推動及註記健保IC卡計畫已邁入第11年。截至今年10月中旬為止，共有47萬8591位民眾簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇」意願書並已註記於健保IC卡③，預計今年將可達成48萬人簽署目標。英國「經濟學人智庫」（Economist Intelligence Unit）2010年公布的全球臨終安寧照護死亡品質（Quality of

Death）評比報告中，台灣的總體表現在全球40個受調查國家中排名第14，亞洲居冠，2015年時，該智庫將受調查國家增加為80個，而台灣排名則大幅晉升至第6，亞洲排名仍位居龍頭，可見台灣在安寧緩和醫療的表現已深受國際肯定。（「推廣『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願註記健保卡』簽署有成」焦點新聞，衛生福利部醫事司，民國106年10月20日。）

「健保卡…不就是發卡機關的健保署嗎？」櫃台姑娘回答。

「我不懂稅務、金融，應該不是健保署…」藥師說。

「當然不是歸健保署主管！」醫師堅定地回答，接著說：「反正讓官署自己去亂一陣子吧…。」

「這個跟二代健保修法時，健保局一直要採用『家戶總所得』計算保費的情形，是不是很類似？我曾聽醫師多次提及此事…」藥師問。

「真會聯想！沒錯，類似！不過這是10年前楊姓衛生署署長個人堅持，不是健保局…現在稱健保署，楊前署長的如意算盤是請國稅局幫忙依『家戶總所得』計算收取健保保費，坐享其成。」醫師談及此事已經平靜許多，時間真能療癒。

「結果呢？」藥師、櫃台姑娘異口同聲問。

「結果被委婉拒絕啊！」

「什麼是…委婉拒絕？」

「國稅局稱一為稅、一為費，二者徵收目的及用途不同；況且稅有遞延問題，就是繳稅後計算有補稅、退稅問題…」醫師回答。

「用這個原因拒絕，算是委婉嗎？」櫃台姑娘搶著回應。

「哈！這個結果並不令我意外，因為已先請教在國稅局服務的高層，他們內部討論的結果，國稅局並不是衛生署的下屬，理由很堅定。」醫師補充說。

「是那位○局長嗎？」櫃台姑娘問。

「對！被妳發現了…好在他退休了。」櫃台姑娘有注意病人身分，很欣慰。

「所以，變身為補充保險費嗎？」換藥師問。

「正是！然後把責任推給所得稅法規定的『扣繳義務人』…」醫師回答。

「什麼是…扣繳義務人？」

「就像我啊！每年一月會給妳們一張薪資所得扣繳憑單，我就是『扣繳義務人』；還有銀行，如果妳們有利息所得，每年也會收到各家銀行的利息所得扣繳憑單，以此類推。」醫師先回答，接著補充說：「不過健保法不是稱『扣繳義務人』，另外稱『扣費義務人』。」

「那有什麼差別？」

「有啊！因為建置在所得稅上，健保法比照所得稅法的規定，將『繳』字改成『費』字，可見稅、費真的有不同。」醫師回答。

「那為什麼所得稅法上的『扣繳義務人』要幫健保署收取補充保險費？有給行政費用嗎？」藥師有疑問。

「好問題！全國扣繳義務人這麼多，都沒人有怨言，我們替他們擔什麼心？」醫師口氣也有些許無奈，接著說：「還好有銀行業者稍微反抗一下，所以才有將收取下限由5,000元上調至20,000元的機會，這件事有空再詳談。我們今天的問題還沒結束，健保卡還有什麼功能？」

「除了是就醫憑證外，還可以報稅、或許當行動支付、電子錢包，還有…什麼…對了！註記、就是註記，什麼來的？」櫃台姑娘似乎快想到。

「器官捐贈註記，是吧？」藥師曾在醫院服務，偶有聽聞。

「正確！根據《人體器官移植條例》：醫師自屍體摘取器官，應符合『死者生前以書面或遺囑同意』的規定。書面同意應包括意願人同意註記於全民健康保險憑證，即健保IC卡上，該意願註記之效力與該書面同意正本相同。」醫師說。

「哈！我從未想過器官捐贈問題。不過，前一陣子有聽到家父及爺爺在討論什麼安寧、照護問題，好像也是提到健保卡註記？就是我剛才講的，註記、就是註記，什麼來的？」櫃台姑娘說。

「安寧緩和醫療註記嗎？」藥師也曾在醫院聽過。

「現在全名為：安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇意願書。中央主管機關應將其意願註記於全民健康保險憑證，即健保IC卡，該意願註記之效力與意願書正本相同。不過，此意願書應由醫療機構、衛生機關或受中央主管機關委託之法人以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫後，始得於健保卡註記。所謂受中央主管機關委託之法人，就是『台灣安寧照顧協會』，此與器官捐贈僅由中央主管機關加註的規定，不同。」醫師詳細回答。

「難怪聽家父及爺爺討論時，好像有點複雜？」櫃台姑娘說。

「應該是選項複雜吧？」醫師問。

「怎麼說？」

「民國89年《安寧緩和醫療條例》通過時，意願書有如下：一、願意接受緩解性、支持性之醫療照護。二、願意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術的選擇，卻不能勾選！民國99年改版的意願書完全沒有選項。最重要的是民國102年版的抉擇意願書，可勾選是否：一、接受安寧緩和醫療，指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質；二、接受不施行心肺復甦術，指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、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；三、接受不施行維生醫療，指末期病人不施行用以維持生命徵象及延

長其瀕死過程的醫療措施。」

「所以妳父親及爺爺才面臨抉擇困難嗎？」藥師對著櫃台姑娘問。

「應該是這樣吧！這麼複雜我哪會知道。」

「還有更複雜的問題…」醫師脫口說出。

「什麼問題？」

「從民國89年到102年大約簽署約十萬份意願書，從沒有選項到有三種選項，應該如何解決？」醫師問。

「這問題有難度嗎？再詢問簽署者就可以。」藥師感覺不難解決。

「需要改的就讓他們改，不想改的就照舊，不就得了嗎？」櫃台姑娘的想法。

「還有其他解決方法嗎？」醫師問。

「想不到。」藥師、櫃台姑娘異口同聲。

「用公式公告方式，可以嗎？」醫師再問。

「這個方式嘛…我們好像聽你說過關於生命權、健康權，必須慎重處理！用公式公告方式…算是慎重處理嗎？」藥師回應。

「我曾代表公會參加這個會議，與會的官方代表、法界代表及台灣安寧照顧協會都贊成用公告，只有我堅持個別通知，就因為生命權、健康權…」醫師說。

「孤掌難鳴、狗吠火車！」藥師、櫃台姑娘又一次異口同聲。（全文完）

問題①：簡介《安寧緩和醫療條例》。

解答：民國89年5月23日立法院制定《安寧緩和醫療條例》，係為尊重「末期病人」之醫療意願及保障其權益所制定（第1條）。所謂末期病人指「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」（第3條第二款）。醫師無法定生死，只能籠統定義為「經診斷認為不可治癒」且「近期內死亡已不可避免」者。所謂「安寧緩和醫療」指「為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質」（第3條第一款）。

對於「為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益」之立法意旨，也有其演變：制定時稱「為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益」，至民國101年12月修正時改為現行文字，其修正理由為「第3條第二款對末期病人的定義中，即已指出末期病人為『指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，…』者，故本條之『不可治癒』實屬贅字，爰予於刪除」。

至於《安寧緩和醫療條例》修正過程最重要的條文為何？其一是民國100年1月新增第6-1條，明定「中央主管機關應將其安寧緩和醫療意願註記於全民健康保險憑證（健保IC卡），該意願註記之效力與意願書正本相同」（第一項）。事實上，早在新增此條前5年（民國95年起），台灣安寧照顧協會即接受

行政院衛生署委託協助辦理「安寧緩和醫療意願註記健保IC卡登錄」計畫，直至民國100年增訂該條文才得以確保健保IC卡註記安寧意願之適法性（註：統計至民國99年5月20日止，計有4萬2百52位民眾簽署預立選擇「安寧緩和醫療」及「不施行心肺復甦術」意願書，並已註記於健保IC卡上。出自「預立選擇安寧緩和醫療及不施行心肺復甦術，讓終點更有尊嚴」焦點新聞，行政院衛生署，民國99年5月29日）。這種「先斬後奏」的健保奇蹟並不少見，其實這也不是健保制度的本業，充其量只能視為「行政協助」！

問題②：「DNR」意願所指為何？隨條例修正的改變為何？

解答：所謂「DNR」原來單指拒絕心肺復甦術（Do not resuscitation，縮寫DNR），而心肺復甦術（Cardiopulmonary resuscitation，縮寫CPR）指「臨終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」（條例制定時第3條第三款）；後增列「瀕死病人亦為心肺復甦術之實施對象」（民國91年11月增列）。民國101年12月條例修正時將第3條第一款安寧緩和醫療定義後段「或不施行心肺復甦術」刪除，修正理由：原條文定義實包含「安寧緩和醫療」與「不施行心肺復甦術」兩部分。事實上二者不應混為一談。重新定義安寧緩和醫療，讓二者脫勾思考，可以避免人們誤會，以為安寧緩和醫療就



是「放棄急救」。另一好處是能增加末期醫療選擇的多元彈性。換言之，安寧緩和醫療與維生醫療抉擇是可以被末期病人分開選擇的多元選項。

民國101年12月條例修正時「DNR」似乎意指拒絕心肺復甦術或維生醫療，因為第3條第三款將心肺復甦術重新定義為原來的急救過程稱為「標準急救程序」外，還有「其他緊急救治行為」。修正理由：原條文定義過寬，除了末期病人病危時醫生為其所做的急救程序外，也包含了醫生在非急救情形下為維持末期而瀕死病人生命徵象所做的醫療處置。此次修法將兩者分開，並重新定義心肺復甦術為「標準急救程序」或「其他緊急救治行為」，以符合臨床專業上對心肺復甦術的理解。

同時第3條增列第四款「維生醫療：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施」及第五款「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」。第四款新增理由：新增此款之目的在於界定非急救情形下（因此不包含第三款所定義之心肺復甦術），為維持末期而瀕死病人之生命徵象所做的醫療處置。第五款新增理由：根據第一款修正理由，「安寧緩和醫療」與「不施行心肺復甦術」應為二個不同的概念。新增本定義，指末期病人於其病危或瀕死時可做之有關心肺復甦術或維生醫療施行之選擇。所謂「選擇」的改變，所牽涉的後續行政作業「也是多元」，卻未在第一時間

得到主管機關、台灣安寧照顧協會及醫療界、法界的「共識」（見故事內文）！

問題③：簡介「台灣安寧照顧協會」。

解答：台灣安寧照顧協會成立於1995年10月7日。初始是由一群認同安寧療護理念的人士所組成，包括醫療專業人士、宗教人員、志工以及學術機構等教育工作者，乃至對於安寧照顧理念之推廣有熱誠，願意積極參與之任何個人所組成。透過上述人員在各地臨床服務中提供末期病人完整之身、心、靈的安寧照顧，積極緩解其身體及心理等不適，透過最人性化的照顧，提升其生活品質，使病人及家屬重獲生命的尊嚴與光輝。進而讓民眾得以經驗安寧，瞭解安寧，接受安寧，而推廣安寧。

隨著越來越多的民眾因接觸安寧而認同安寧，該會成員也陸續加入學術研究機構等教育工作者以及許多的團體會員。透過協會這樣一個多專業的照顧平安，除了提供醫療專業人員再教育與心得交流的園地，也開啟了社區、學校等社會群體中的生命教育及安寧緩和醫療理念的宣導。而該會也進一步結合不同的社會資源，如：社區組織、癌症照顧團體、宗教組織、政府單位或全國性社會福利等，透過以創意、溫馨、多樣化的方式，於社區中協助推廣安寧緩和醫療理念。

2000年通過《安寧緩和醫療條例》後，該會在此條例的「推廣」上著墨甚深，自2006年起受衛生署委託協助民眾「安寧緩和醫療意願

註記健保IC卡登錄」申辦，且於2011年時更修訂安寧條例以確認健保IC卡安寧意願註記之適法性。民眾可將簽立完成之「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，郵寄至該會後，將進行資料彙整並轉送健保局完成註記於健保IC卡內，用以提醒醫護人員簽立人的意願，保障國民獲得善終權益等觀念宣導。亦即「台灣安寧照顧協會」係「宣導預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願、推動及註記健保IC卡」政策的重要推手。

問題④：何謂「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇」意願書？此意願書如何註記於健保IC卡上？

解 答：原始版（已廢）「選擇安寧緩和醫療」意願書（衛署醫字第89040164號公告，民國89年7月17日），有選項，但似乎必選。內容：本人_____因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，作如下之選擇：一、願意接受緩解性、支持性之醫療照護。二、願意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、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）。舊版「預立選擇安寧緩和醫療」意願書（衛署醫字第0990204183號公告，民國99年8月12日），沒有選項。內容：本人_____瞭解醫療有所極限，若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可

治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，簽署本意願書並同意加註於本人之全民健康保險憑證（健保IC卡）內，選擇接受安寧緩和醫療，於臨終、瀕死或無生命徵象時，願意接受緩解性、支持性之醫療照護及不接受施行心肺復甦術。（註：原始版與舊版都需要二位「在場見證人」、「醫療委任代理人」簽署）新版更名為「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇」意願書（衛署醫字第1020206125號公告，民國102年5月15日），多了「維生醫療抉擇」，有選項。內容：本人_____（簽名）若罹患嚴重傷病，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屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：（請勾選■）接受 安寧緩和醫療（指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質）；接受 不施行心肺復甦術（指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、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）；接受 不施行維生醫療（指末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施）及同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證（健保IC卡）內。（註：依據安寧緩和醫療條例第四條之規定，疾病末期之病人簽署意願書，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及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。) 意願書從無選項到有抉擇，應如何轉換？

意願書填寫完畢後，委託各機構轉交或直接寄送至台灣安寧照顧協會。台灣安寧照顧協會人員收到意願書後，若檢查無誤即將資料登入衛生福利部網路資料庫，若發現問題則原件退回意願簽署人。大約45個工作天後(約一個半月至兩個月)，請簽署人攜帶自己的健保卡，至各大醫療院所請櫃檯協助進行健保卡資料更新，如此資料方能自健保署網路註記於健保卡；查詢確定註記成功，日後只要帶著註記過的健保卡，就等同於帶著紙本正本意願書。若無成功註記，請洽詢台灣安寧照顧協會免費諮詢專線。(註：一、20歲以上之國民皆可辦理，無需繳交費用，亦不需為此特別申請為台灣安寧照顧協會會員。二、若簽署人意願明確但因不識字或是其他因素而無法簽字，可以蓋手印代替，但務必要有兩位年滿20歲且信任的親屬擔任見證人。) ㊦

