

立法院議案關係文書 (中華民國41年9月起編號)
中華民國111年10月5日印發

院總第 1155 號 委員提案第 29039 號

案由：本院委員游毓蘭等 18 人，鑑於國內現行法律及制度對於病人選擇臨終方式之權利未臻完備，為維護人性尊嚴及個人自主權，國家應落實「尊重病人醫療自主，保障善終的權益」，爰擬具「尊嚴善終法」草案。是否有當？敬請公決。

提案人：游毓蘭

連署人：廖國棟 廖婉汝 孔文吉 費鴻泰 林文瑞
徐志榮 吳斯懷 鄭正鈐 溫玉霞 洪孟楷
鄭麗文 林思銘 賴士葆 鄭天財 Sra Kacaw
張育美 魯明哲 李德維

尊嚴善終法草案總說明

依行政院主計總處第 242 號國情統計通報所示，109 年國人平均壽命為 81.3 歲，其中男性 78.1 歲、女性 84.7 歲。而所謂「健康平均餘命」係指國民身體健康不需依賴他人的平均期望存活年數，又依衛生福利部統計，108 年我國健康平均餘命為 72.4 歲，較 107 年增 0.1 歲，與 98 年相較，則增加 1.6 歲。另觀察平均壽命與健康平均餘命之差距（即不健康之存活年數），108 年為 8.5 年較 98 年增加 0.3 年；按性別觀察，108 年女性不健康之存活年數 9.4 年高於男性（7.6 年）1.8 年，與 98 年相較，女、男性均呈現增加，其中女性增 0.4 年增幅大於男性（增 0.2 年）。

又根據國家發展委員會推估，預計 115 年我國老年人口比率將超過 20%，並邁入「超高齡社會」，且直至 2029 年之未來十年，65 歲以上人口數推估將增加 183.2 萬人。

再者，國家發展委員會推估 2018 至 2030 年間老年人口增加 216 萬人，且台灣同志諮詢熱線協會於 2017 年發布「安樂死合法化相關議題看法調查」問卷，結果顯示超過九成（92%）表態支持通過安樂死合法化。

依現行《安寧緩和醫療條例》及《病人自主權利法》，似未能符合部分重症病人之需求，縱我國於 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）之權利。惟根據衛生福利部之資料統計，截至 111 年 8 月 18 日止，僅有 83 萬 2,716 人將 DNR 意願註記於健保卡。亦即《安寧緩和醫療條例》施行 22 年後，僅約 0.04% 之成年民眾（依內政部統計，截至 111 年 7 月底止，20 歲以上人口數則為 19,281,695 人）預立同意安寧意願註記。又根據健保署的統計，2020 年全台 162,467 位死亡人口中，僅 49,375 人在死亡前一年曾利用安寧療護，比例約為 30.4%。又《病人自主權利法》自 108 年 1 月實施迄 111 年 8 月 18 日，亦僅有 37,409 人預立醫療決定意願。顯見《安寧緩和醫療條例》及《病人自主權利法》制度之實踐效果不彰，由此可知現行法律架構僅允許「自願消極安樂死」（Voluntary Passive Euthanasia）似未能滿足國人之需求。因此，「醫助自殺」（Physician Assisted Suicide）及「自願積極安樂死」（Voluntary Active Euthanasia）應有合法化之必要。

觀諸國際「醫助自殺」及「自願積極安樂死」合法化之現況，自願積極安樂死及協助自殺皆合法之國家或地區包含：荷蘭、比利時、盧森堡、哥倫比亞、加拿大、澳洲維多利亞省。又協助自殺已合法之國家或地區包含：瑞士、奧地利、芬蘭、德國、美國（奧勒岡州、華盛頓州、蒙大拿州、佛蒙特州、新墨西哥州、加州、科羅拉多州、夏威夷、緬因州）。又上述自願積極安樂死及協助自殺已合法化之國家或地區，其醫學會皆修正原本「不支持」之立場，而對自願積極安樂死及協助自殺改採「中立」之立場。換言之，國外已有醫學會不反對或有條件支持自願積極安樂死及協助自殺之實例，並且多係跟隨自願積極安樂死及協助自殺合法化而更改。因此，希冀本法之制定得促成國內相關醫療專業組織對自願積極安樂死及協助自殺抱持中立之立場。

綜上，現行法律及制度對於病人選擇臨終方式之權利未臻完備，為維護人性尊嚴及個人自主權，國家應積極保障病人之醫療自主權，爰參考國內外相關立法例，擬具《尊嚴善終法草案》，其立法內容要點如下：

- 一、本法立法目的、主管機關及用詞定義。（草案第一條至第三條）
- 二、申請尊嚴善終之實體要件。（草案第四條）
- 三、醫事人員之禁止行為。（草案第五條）
- 四、申請尊嚴善終之程序要件。（草案第六條至第八條）
- 五、病人撤回尊嚴善終申請之權利。（草案第九條）
- 六、審查尊嚴善終之程序。（草案第十條）
- 七、執行尊嚴善終前之緩衝期及開立處方與藥物之準備期間，以及執行尊嚴善終時應遵循事項。（草案第十一條至第十三條）
- 八、醫院及醫事人員之登載、保存及保密義務。（草案第十四條）
- 九、尊嚴善終審查委員會之設立、執掌、組成等。（草案第十五條）
- 十、醫師之不施行權。（草案第十六條）
- 十一、執行尊嚴善終之醫院條件及醫師資格。（草案第十七條）
- 十二、依本法規定之義務執行或協助病人尊嚴善終者之責罰豁免。（草案第十八條）

尊嚴善終法草案

條	文	明
<p>第一條 (立法目的)</p> <p>為維護個人之尊嚴、保障個人選擇臨終方式之自主權，並建立審查機制以維護病人之福祉，特制定本法。</p>		<p>本法之立法目的。</p>
<p>第二條 (主管機關)</p> <p>本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府。</p>		<p>本法之主管機關。</p>
<p>第三條 (名詞定義)</p> <p>本法所稱尊嚴善終，係指依病人之自願請求，由醫師終止病人之生命，或由醫師提供終止生命之協助，而由病人自行終止其生命。</p>	<p>一、本法專用名詞之定義。「尊嚴善終」實際上包含了「自願積極安樂死 (Voluntary Active Euthanasia)」及「協助自殺 (Assisted Suicide)」等行為。基於國情考量，而選擇以「尊嚴善終」作為法案之名稱。</p> <p>二、世界醫師會 (World Medical Association, WMA) 於西元二〇一七年十月十四日通過最新修定版之〈日內瓦宣言〉 (Declaration of Geneva)，作為現代醫師誓詞及醫療倫理之指引。其中，主要增訂內容包括：「病人的健康與福祉將是我的首要顧念；我將尊重病人的自主權與尊嚴。」換言之，病人之福祉、自主權與尊嚴，亦為醫師應考量之原則，而不再局限於病人之健康。</p> <p>三、目前自願積極安樂死及協助自殺皆合法的國家、地區包含：荷蘭、比利時、盧森堡、哥倫比亞、加拿大、澳洲維多利亞省。又協助自殺已合法之國家或地區包含：瑞士、奧地利、芬蘭、德國、美國 (奧勒岡州、華盛頓州、蒙大拿州、佛蒙特州、新墨西哥州、加州、科羅拉多州、夏威夷、緬因州)。</p> <p>四、又上述自願積極安樂死及協助自殺已合法化之國家或地區，其醫學會皆修正原本「不支持」之立場，而對自願積極安樂死及協助自殺改採「中立」之立場。顯見國外已有醫學會不反對或有條件支持自願積極安樂死及協助自殺之實例，並且多係跟隨</p>	

	<p>自願積極安樂死及協助自殺合法化而更改。</p>
<p>第四條（尊嚴善終實體要件）</p> <p>病人符合下列資格者，得申請尊嚴善終：</p> <p>一、具中華民國國籍者。</p> <p>二、具完全行為能力者。</p> <p>三、符合第二項規定者。</p> <p>病人申請尊嚴善終，應符合下列各款臨床條件：</p> <p>一、疾病無法治癒。</p> <p>二、痛苦難以忍受。</p> <p>三、醫生及病人皆認為無其他合理替代方法者。</p>	<p>一、第一項申請資格係參酌《安寧緩和醫療條例》及《病人自主權利法》之立法例，故本法亦適用《民法》所稱之完全行為能力者，即包含依民法第九百八十條規定結婚之未成年人。</p> <p>二、第二項第一款及第二款臨床條件係參酌荷蘭、澳洲維多利亞省及加拿大關於「協助自殺」（Assisted Suicide）或「自願積極安樂死」（Voluntary Active Euthanasia）之國外立法例，其共通且必要之臨床條件為「病人具有無法治癒之疾病及無法忍受之痛苦」。</p> <p>三、第二項第一款所謂「無法治癒之疾病」應包含病人病情不可逆轉且持續衰退、已經可以合理預見死亡及沒有其他合理之緩和醫療措施等判斷標準。由於每位病人狀況不一，且為尊重個人之選擇，並避免造成病人之壓力，本法不採用《病人自主權利法》第十四條第一項規定臚列疾病清單之形式。</p> <p>四、第二項第二款所謂「無法忍受之痛苦」雖為廣泛之抽象概念，但醫師應綜合考量病人生理及心理上之痛苦，包含身體功能衰退、對他人依賴性提高、尊嚴喪失之感受等。有時儘管可能控制生理疼痛，但仍對於心理痛苦無能為力，例如：絕望、喪失尊嚴或自主活動之感受。</p> <p>五、另參酌荷蘭及加拿大之立法例，只要病人符合第二項臨床條件，並不自始排除非末期病人、失智症患者、單純精神疾病患者或身心障礙者等病人尊嚴善終。</p> <p>六、第二項第三款臨床條件係參酌荷蘭及加拿大之立法例，為促進醫病相互尊重與溝通，故加強落實醫病共享決策，以減少醫療糾紛並提升醫療決策之品質。依據衛生福利部醫病共享決策平台之定義，「共享決策」（Shared Decision Making, SDM）係指：「以病人為中心的臨床醫療執行過程，兼具知識、溝通和尊重此三元素，目的是讓醫療人員和病人在進行醫療決策前，</p>

	<p>能夠共同享有現有的實證醫療結果，結合病人自身的偏好跟價值，提供病人所有可考量的選擇，並由臨床人員和病人共同參與醫療照護，達成醫療決策共識並支持病人做出符合其偏好的醫療決策。」</p>
<p>第五條（醫事人員禁止行為）</p> <p>醫事人員及照顧服務提供者不得主動與病人討論有關尊嚴善終事宜或建議病人申請尊嚴善終。但病人主動要求之情形，不在此限。</p>	<p>一、本條參酌澳洲維多利亞省之立法例，旨在保護病人免於受醫事人員及照顧服務提供者影響其個人意願或自主性。如病人已經主動要求知悉尊嚴善終相關資訊時，則無須再由病人主導、開啟接續之相關討論。</p> <p>二、本條所謂討論及建議不限於口頭表達，亦包含提供尊嚴善終相關書面資訊。</p> <p>三、本條所稱醫事人員係指《醫事人員人事條例》第二條所列之人員。又所稱照顧服務提供者包括醫療機構、《老人福利機構設立標準》及《長期照顧服務法》所稱老人福利機構、長期照顧機構與安養機構內相關人員，但不限於此。</p>
<p>第六條（第一次申請程序）</p> <p>病人應親自且明確向其主治醫師提出第一次申請，並得依其狀況以口頭、手勢或其他溝通方式為之。</p>	<p>一、病人應親自且明確向其主治醫師提出第一次申請，旨在與前條有關病人單純要求知悉尊嚴善終相關資訊之意思表示區隔。</p> <p>二、如病人因其病情致難以口頭表達者，得以其他溝通方式為之。必要時，醫師亦得由受有相關訓練之人員協助。</p>
<p>第七條（第二次申請程序）</p> <p>病人經資格評估且符合資格者，應以書面聲明向其主治醫師提出第二次申請，且該書面聲明之內容應包含：</p> <p>一、醫師已告知病人得隨時撤回其尊嚴善終之申請。</p> <p>二、醫師已告知病人其病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後。</p> <p>三、醫師已告知病人尊嚴善終之方式、過程、風險預後等相關資訊。</p> <p>四、病人已考慮前三款所有資訊，並決定選擇接受尊嚴善終及其執行方式，且係出於自願，而非受他人脅迫之決定。</p> <p>五、有關前款規定之決定，醫師已建議病人告知其法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人二名以上。</p>	<p>一、第一項之書面聲明旨在確保病人係基於其自主權及知情選擇決定權申請尊嚴善終。第一款至第三款醫師應告知事項係參酌《醫療法》第八十一條、《醫師法》第十二條之一及《病人自主權利法》第五條規定，以保障病人知情之權利。第四款旨在確認病人之選擇及決定皆係出於自願。又為尊重病人自主權並兼顧病人之關係人參與之機會，第五款明定醫師應建議病人告知其關係人。其中所稱特別密切關係參考「醫療機構施行手術及麻醉告知暨取得病人同意指導原則」及本法意旨，係指身分上、財產上或生活上有特別密切關係者，不包括依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。</p> <p>二、第二項公證要件係參酌《人工生殖法》第</p>

<p>前項書面聲明之簽具，應經公證人公證。</p> <p>病人不能簽具書面聲明者，應指定一名十八歲以上具完全行為能力之人，且瞭解該書面聲明之內容及效力，依病人在場指示下代為簽具。</p> <p>下列之人，不得為前項之被指定人：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、病人之繼承人。 二、醫療委任代理人。 三、直接照顧病人者。 四、直接對病人提供照顧服務者。 五、主責照護醫療團隊成員。 六、病人之受遺贈人。 七、病人遺體或器官指定之受贈人。 八、其他因病人死亡而獲得利益之人。 <p>病人申請尊嚴善終之內容、範圍及格式，由中央主管機關定之。</p>	<p>十二條第三項規定。由於第一項尊嚴善終書面聲明涉及生命法益，故明定應經公證人公證，以資慎重，亦期避免由其他完全行為能力人見證之道德風險。</p> <ol style="list-style-type: none"> 三、第三項代替病人簽具書面聲明之條件係參酌加拿大之立法例。如病人無法依第三項規定於書面聲明上簽名及記載日期時，得由病人指定一名十八歲以上具完全行為能力之人於病人在場指示下代為簽署，且被指定人應瞭解本書面聲明之內容及效力。 四、第四項明定被指定人之身份限制，旨在避免病人與被指定人之利益衝突及道德風險，故參酌《病人自主權利法》第九條第二項及第十條第二項規定。 五、第五項明定申請尊嚴善終之內容、範圍及格式，授權由中央主管機關定之。
<p>第八條（第三次申請程序）</p> <p>前條書面聲明作成十日後，病人應親自且明確向其主治醫師提出最終申請，並得依其狀況以書面、口頭、手勢或其他溝通方式為之。</p> <p>病人提出前項最終申請時，病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人一名以上應在場。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 一、為確保病人出於自願且經審慎決定尊嚴善終，應給予病人十日之猶豫期間，故第一項明文病人應於第二次申請十日後方得再提出第三次申請。 二、為兼顧病人之關係人在場機會，第二項明文至少一名關係人在場。其中，所謂特別密切關係之定義同第七條第一項第五款。
<p>第九條（病人撤回申請權）</p> <p>病人得隨時以任何方式撤回其申請，終止申請及資格評估程序。病人如欲再次申請，則應重新提出第一次申請。</p>	<p>本條明文病人得隨時撤回其申請，且不限制其以何方式為之，以保障病人自主權。</p>
<p>第十條（尊嚴善終審查程序）</p> <p>醫師接獲病人第一次申請後，應於七日內告知病人其接受或拒絕該申請。</p> <p>接受前項申請之醫師，應即評估病人是否具備第四條規定之資格，並將評估結果告知病人。醫師如經病人之同意，亦應告知病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人。</p> <p>前項評估結果如顯示該病人具備第四條規定之資格，醫師應於七日內作成書面評估報告。</p> <p>前項評估報告之內容應包括下列事項：</p>	<ol style="list-style-type: none"> 一、第一項明文醫師應於七日內告知病人其是否接受病人之第一次申請，以速開啟後續程序。 二、第二項明文醫師應將資格評估結果告知病人，並得經病人之同意，亦應告知其關係人，以加強對病人之保護。 三、第三項及第四項明定第四條之病人資格及臨床條件，應由二位具相關專科醫師資格之醫師確認診斷、緩和醫療團隊至少二次照會、精神科專科醫師及諮商或臨床心理師評估確認之。醫師獲知初步評估結果後，應於七日內作成書面評估報告。

<p>一、經二位與病人疾病診斷或治療相關之專科醫師診察及確診。</p> <p>二、經緩和醫療團隊照會二次以上。</p> <p>三、經精神科專科醫師及諮商或臨床心理師評估。</p> <p>四、主治醫師基於評估或診療需要之轉介或轉診相關資訊。</p> <p>五、其他經中央主管機關公告之應記載事項。</p> <p>第二項至前項之評估程序、報告格式及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>四、第五項明文將評估程序、報告格式及其他應遵循事項之辦法，授權由中央主管機關定之。</p>
<p>第十一條（執行前緩衝期）</p> <p>醫師接獲病人最終申請後，應給予十日思考期間。除非經醫師評估病人即將死亡或失去知情選擇決定之能力，醫師得同意縮短十日思考期間。</p> <p>病人於前項思考期間結束，且經醫師告知其具有撤回申請之權利後，仍欲接受尊嚴善終者，醫師應即進行最終檢查並確認第四條至前條規定之事項是否完備，並提報尊嚴善終審查委員會進行審查。</p>	<p>一、第一項明文再次給予病人十日思考期間，以期慎重。但如病人之病情並不允許等待至十日，則醫師得縮短其思考期間。</p> <p>二、第二項明文病人於前項思考期間結束，醫師應再次告知病人得撤回其申請。如病人仍欲接受尊嚴善終者，醫師應即進行最終檢查並確認第四條至前條規定之事項是否已符合本法規定，並提報尊嚴善終審查委員會進行審查，以確保所有程序及實質條件皆具備。</p>
<p>第十二條（執行前藥方準備）</p> <p>醫師於確認得執行尊嚴善終後，醫師開立處方及藥物準備期間應達四十八小時。</p>	<p>規定至少四十八小時之執行前準備期間，以資慎重。</p>
<p>第十三條（執行時應遵循事項）</p> <p>由醫師執行尊嚴善終時，醫師應親自執行每一個步驟，且病人生命終止前皆應在場。醫師得指定必要之醫事人員提供其協助。</p> <p>由病人執行尊嚴善終時，醫師應親自提供病人必要之協助。病人得指定其法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人提供必要之協助。</p> <p>前項之情形，於病人施用藥物後得要求醫師暫離病房。</p>	<p>一、參酌荷蘭之區域審查委員會（Regional Euthanasia Review Committees）最新發布之二〇一八年「安樂死規則：審查程序實務」（Euthanasia Code 2018: Review Procedures in Practice）。其中，要求執行安樂死之每個步驟皆須由醫師親自施行，且直到病人死亡皆必須在場。如為協助自殺之情況，病人施用藥物後得要求醫師離開病房。</p> <p>二、為兼顧病人之尊嚴及安全，明文規定醫師及病人執行尊嚴善終時應遵循之事項。</p>
<p>第十四條（登載、保存及保密義務）</p> <p>醫師應將第六條至第七條規定之事項，詳細記載於病歷；第五條規定之事項，包含病人申請尊嚴善終之意思表示、書面聲明等相關紀錄應連同病歷保存。</p>	<p>一、為確保病人自主權得以落實，並利於後續程序之確認及查考，第一項明定醫師應將病人之意願、符合要件及確認事項等，詳載於病歷，並將申請尊嚴善終之意思表示、書面聲明等相關紀錄應連同病歷保存。</p>

<p>醫院應將前項病歷及紀錄等相關資訊即時提報尊嚴善終委員會並存記於中央主管機關之資料庫。</p> <p>主管機關、醫療機構與有關機構、團體及其人員因業務而知悉病人表示尊嚴善終之相關資料，不得無故洩漏。</p>	<p>二、參酌《病人自主權利法》第十二條第二項規定，為維護尊嚴善終制度之品質及安全，第二項明定應將相關病歷及紀錄掃描電子檔即時提報尊嚴善終委員會並存記於中央主管機關之資料庫。</p> <p>三、另參酌《人體器官移植條例》第十條之一第三項規定，為保障病人之隱私權，第三項明文主管機關、醫療機構與有關機構、團體及其人員之保密義務。</p>
<p>第十五條（委員會設立與執掌）</p> <p>中央主管機關應捐助成立尊嚴善終審查委員會。</p> <p>前項委員會之職掌如下：</p> <p>一、監控任何依本法執行尊嚴善終相關事項，包含事前及事後審查個案之合法性及通報檢察機關之義務。</p> <p>二、每半年向主管機關報告本法運作情況及改善建議，並製作年度報告。</p> <p>三、持續改善尊嚴善終之品質及安全，包含提供相關教育訓練。</p> <p>四、收集、記錄、分析已執行之尊嚴善終個案，並建立相關指引及研究資料庫。</p> <p>五、每年定期召集專家會議審議、更新第四條第二項第四款之公告。</p> <p>六、其他有關尊嚴善終事項。</p> <p>委員應包含法律專業人士、醫療專業人士及倫理學專業人士，且委員總數任一性別不得少於三分之一。</p> <p>委員會之成員應對執行職務時所知悉之資訊保密，除非依法應揭露事項或依職務所需而必然揭露者，並應符合個人資料保護法之規定。</p> <p>有關委員會組織架構、議事規則、預算、薪酬、審查個案及通報程序等辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>一、參酌荷蘭及澳洲維多利亞省之立法例及《人體器官移植條例》第十條之一第二項規定，為維護尊嚴善終制度之品質及安全，第一項明文設置尊嚴善終審查委員會，並於第二項至第四項明文其職掌、組成及委員義務。</p> <p>二、第五項明文有關委員會組織架構、議事規則、預算、薪酬、審查個案及通報程序等辦法，授權由中央主管機關定之。</p>
<p>第十六條（不施行權）</p> <p>醫師依其專業或意願，無法執行尊嚴善終時，得不執行之。</p> <p>前項情形，醫師應告知病人，並得依病人要求轉診提供協助。</p>	<p>一、第一項規定醫生不具應為病人執行尊嚴善終之義務，故得依其專業或意願，拒絕病人之申請。</p> <p>二、第二項規定醫師若無法執行尊嚴善終，則應告知病人，並提供病人後續相關協助。</p>
<p>第十七條（醫院及醫師資格）</p>	<p>一、第一項參酌《人體器官移植條例》第十條</p>

立法院第 10 屆第 6 會期第 3 次會議議案關係文書

<p>醫院及醫師應報經中央主管機關核定其資格，始得執行尊嚴善終。</p> <p>前項醫院應具備之條件、醫師之資格、申請程序、核定之期限、廢止及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>第一項規定。由於尊嚴善終之評估及執行具有高度技術性且不可逆性，非具有相當設備之醫院及接受完整訓練之醫師無法勝任，故明定醫院、醫師應報經中央衛生主管機關核定其資格，始得執行尊嚴善終。</p> <p>二、第二項參酌《人體器官移植條例》第十條第二項規定，明文授權執行尊嚴善終之醫院及醫師，其條件及資格核准之標準與程序等事項另定辦法管理之。</p>
<p>第十八條（責罰豁免）</p> <p>醫療機構、醫師、藥師及護理人員等醫事人員或病人指定之人依本法規定執行或協助執行尊嚴善終，且經尊嚴善終委員會審查個案合法者，不負民事與刑事及行政責任。</p>	<p>明定醫療機構或醫師依本法規定執行尊嚴善終，且經尊嚴善終委員會審查個案合法者，免除刑事、行政責任及民事責任。</p>
<p>第十九條（施行細則）</p> <p>本法施行細則，由中央主管機關定之。</p>	<p>本法施行細則之訂定機關。</p>
<p>第二十條（施行日）</p> <p>本法自公布後一年施行。</p>	<p>本法對醫療現況衝擊至鉅，需相當期間對醫療機構、醫師及民眾宣導熟悉，並審慎規劃，以利推動，故本法明定自公布後一年施行。</p>