

立法會

Legislative Council

立法會CB(3)883/2024號文件

檔號：CB4/BC/12/23

《維持生命治療的預作決定條例草案》委員會報告

目的

本文件匯報《維持生命治療的預作決定條例草案》（“《條例草案》”）委員會（“法案委員會”）的商議工作。

背景

2. 香港現時並無法例訂明預作決定文書（涵蓋預設醫療指示¹和不作心肺復甦術命令²）的法律地位。然而，在普通法下，預設醫療指示被視為具有法律約束力。根據醫務衛生局於2023年11月22日發出的立法會參考資料摘要（檔案編號：HHB CR 2/581/23）第3及5段所述，無論是訂立預設醫療指示的人士抑或醫護專業人員，在遵循預設醫療指示時都可能遇到實際困難和法律問題，包括當預設醫療指示與法定條文有衝突時，預設醫療指示能否取代法定條文。鑑於已訂立的預設醫療指示數目日增，反映病人、家屬和醫護專業人員對預設醫療指示越加接受，2018年施政報告（見第195段）表明

¹ 根據《條例草案》第2(1)條，“預設醫療指示”（advance medical directive）是指某人訂立的、載有一項或多於一項內容如下的指令的文書：如該人無精神能力就維持生命治療作決定，而該指令的指明先決條件亦獲符合，則不得對該人施以該指令指明的維持生命治療。

² 根據《條例草案》第2(1)條，不作心肺復甦術命令（DNACPR order）指具持續效力的、作出不得對待援者施行心肺復甦術的指示的文書；

附註——1. 在英文對應定義詞中，“DNACPR”是“do-not-attempt cardiopulmonary resuscitation”的縮寫。2. 不具持續效力的文書的一個例子，是為醫院內的病人簽發的、擬於該病人出院時失去效力的文書。（見下文第61段）

政府當局計劃讓晚期病人就他們自身的治療有更多選擇，而當局隨後於2019年進行相關公眾諮詢。政府當局提出《條例草案》，旨在落實相關立法建議。

《維持生命治療的預作決定條例草案》

3. 《條例草案》的首讀日期為2023年12月6日。《條例草案》旨在就以下事宜訂定條文：

- (a) 訂立和撤銷關於維持生命治療的預設醫療指示，以及執行預設醫療指示中的指令；
- (b) 簽發、撤銷和執行具持續效力的不作心肺復甦術命令；及
- (c) 相關事宜。

4. 《條例草案》涵蓋以下範疇：

- (a) 第1部—導言；
- (b) 第2部—預設醫療指示；
- (c) 第3部—不作心肺復甦術命令；
- (d) 第4部—罪行；
- (e) 第5部—雜項條文；
- (f) 第6部—相關修訂；及
- (g) 附表1—預設醫療指示的標準表格；及
- (h) 附表2—不作心肺復甦術命令及續頁的表格。

上述範疇的主要內容載於立法會參考資料摘要第29段。

生效日期

5. 《條例草案》如獲通過(“《條例》”), 將自醫務衛生局局長(“局長”)在憲報公告指定的日期起實施。

法案委員會

6. 在2023年12月8日的內務委員會會議上，議員同意成立法案委員會審議《條例草案》。法案委員會的委員名單載於**附錄1**。

7. 法案委員會由陳凱欣議員擔任主席，曾與政府當局舉行7次會議。法案委員會亦接獲7份意見書。曾向法案委員會提交意見書的團體的名單載於**附錄2**。政府當局已就該等意見書作出回應，詳情載於立法會CB(4)627/2024(01)及CB(3)663/2024(01)號文件。

法案委員會的商議工作

立法的必要性

8. 委員普遍支持《條例草案》，希望藉其讓市民能對自己臨終前的治療作出選擇，以及讓醫護人員作出尊重病人意願的安排。《條例草案》亦可提供一個比較清晰的法例基礎，釐清法律責任，保障醫護人員。

9. 鑑於現時預設醫療指示在普通法下已被視為具有法律約束力，有委員詢問，曾有多少個案是醫護人員就執行指示時衍生法律問題，以致有立法的必要。政府當局表示，現時未有就訂立預設醫療指示立法保障醫護人員，立法可讓醫護人員更放心大力推廣生死教育和訂立預設醫療指示。

10. 委員就《條例草案》的內容提出多項關注。詳情綜述於下文各段。

維持生命治療、基本護理和紓緩治療的定義

11. 根據立法會參考資料摘要第14段，預設醫療指示的有效指令為在指明情況下中止末期病人的維持生命治療或不給予該治療。訂立者不得透過預設醫療指示拒絕基本護理或紓緩治療，而“維持生命治療”、“基本護理”和“紓緩治療”的定義載於《條例草案》第2(1)條。有委員關注病人可否拒絕抽痰和插鼻胃喉。另有團體提出，人工供給營養及液體應視作基本護理而非維持生命治療，不應納入預設醫療指示的涵蓋範圍。就此，委員認為當局需要向公眾說明訂立指示的人士可拒絕甚麼形式的維持生命治療。

12. 政府當局解釋，根據《條例草案》第2(1)條的定義，“基本護理”指向病人提供並對維持該病人舒適屬必要的個人護理，包括向病人提供最基本層次的人類需要，例如食物及飲料、衣物，以及替病人減輕痛楚的措施等。就提供食物和飲料而言，“基本護理”是指協助病人“經口腔”進食食物和飲用飲料。就《條例草案》的條文而言，基本護理並不屬於維持生命治療及不能透過預設醫療指示中的指令予以拒絕。醫治者或會向病人施行某些護理措施程序(例如抽痰)以暢通氣道，由於此類護理措施程序牽涉醫療用具，因此不被歸類為基本護理，亦不屬於維持生命治療。預設醫療指示只能用以拒絕維持生命治療，因此病人不能透過預設醫療指示中的指令予以拒絕接受此類護理程序。然而，在醫院管理局(“醫管局”)的現行做法下，病人可在進行預設照顧計劃的過程中，向醫治者表達意願，表明不希望接受特定護理程序。醫管局會把病人的意願記錄在案，在決定符合病人最佳利益的治療及照顧安排時，把其意願用作臨床判斷參考之用，並與家屬討論，以達成共識。

13. 政府當局進一步解釋，人工供給營養及液體具體包含不經口腔向某人供給食物和液體(例如經喉管或靜脈注射等方式)。有別於不應不予提供或撤去的基本照顧(例如向病人口腔餵食及給水)，人工供給營養及液體屬醫治，醫學上亦歸類為維持生命治療，故可透過預設醫療指示中的指令予以拒絕。雖然預設醫療指示容許醫治者按指令不予提供或撤去人工供給營養及液體，如病人希望拒絕接受除人工供給營養及液體外的所有維持生命治療，病人可透過預設醫療指示中的指令表明意願。當病人已無精神能力就維持生命治療作決定時，醫療團隊會根據病人的最佳利益，個別考慮其所訂立的

預設醫療指示的指令中，各項未被拒絕接受的維持生命治療。

14. 因應委員及團體的建議，政府當局會提出修正案，更新“維持生命治療”的定義，明確略去“但不包括基本護理及紓緩治療”的字句，澄清“基本護理”及“紓緩治療”不屬“維持生命治療”。“維持生命治療”定義下的附註舉例指出，就處於持續性植物人狀態的人而言，人工供給營養及液體是一種維持生命治療。修正案亦建議修訂該附註，避免引起潛在誤解，以為人工供給營養及液體是僅適用於持續性植物人狀態情況的一個維持生命治療例子。此外，由於《條例草案》的中文釋義“基本護理”或會引起其包含醫療護理的潛在誤解，故修正案將把用詞修正為“基本照顧”，並澄清“基本照顧”是指不屬醫療性質的一般照顧。鑑於修正案的其他建議內容修訂，“基本照顧”及“紓緩治療”的定義僅在第11條中有所引用，此兩定義的位置遂由第2條調整為第11條。修正案亦建議修訂《條例草案》附表1所載預設醫療指示標準表格1的第3部，於該部新增方格供病人選擇拒絕接受除人工供給營養及液體外，所有維持生命治療。

預設醫療指示

以電子形式訂立和撤銷預設醫療指示

15. 不少委員認為應盡快使用電子中央登記系統，防止濫用、偽造或有人惡意破壞預設醫療指示等情況。為免除訂立者需要隨身攜帶其預設醫療指示，該等委員認為必須容許把預設醫療指示儲存於電子系統，如載入長者卡，身份證或醫健通電子健康紀錄互通系統，或製作掛牌和卡片。他們詢問全面電子化的具體時間表。

16. 政府當局解釋，通常訂立預設醫療指示的人士都是老年人，未必熟悉使用電子系統。政府當局明白電子化的好處。考慮到提升指定電子系統，以支援預設醫療指示的訂立、儲存、撤銷和檢索的時間表，政府當局會先實施以紙本形式訂立預設醫療指示及電子儲存紙本預設醫療指示的做法，再於待定日期推行以電子方式訂立預設醫療指示的

做法。就此，當局會提出修正案，建議新增第5A部³，提供以電子方式訂立預設醫療指示的條文。《條例》的其他部分和附表將先生效，而第5A部會待指定電子系統的相應功能全面運作後才生效。

(i) 指定電子系統的通知

17. 因應法案委員會法律顧問的查詢，政府當局解釋，根據第57(2)條現行草擬條文，局長可按其認為合適的方式，藉憲報以外的方式發布指定電子系統的細節。作為讓訂立者訂立和儲存電子指示的電子系統，“醫健通”可提供合適的平台。有關細節將藉眾所周知的途徑發布，確保公眾知悉。由於有關內容屬技術性，政府當局不擬按《釋義及通則條例》(第1章)第34條，以附屬法例方式，去指定電子系統的細節。政府當局會提出修正案，建議修訂《條例草案》第57條，以釐清該項指定的通知並非附屬法例。

(ii) “電子影像”、“電子紀錄”和“確效文本”的定義

18. 根據立法會參考資料摘要第12段，就《條例草案》而言，預設醫療指示的正本、任何核證真實副本，以及任何數碼副本，均為指示的圓效文本(validating copy)(《條例草案》第2(1)條)。有委員認為公眾可能不太熟知“圓效”一詞，擔心有礙理解。法案委員會法律顧問亦曾因“圓效文本”現時未有在香港法例的中文文本出現而向政府當局查詢。因應委員的建議及法案委員會法律顧問的查詢，政府當局會提出修正案，將現時的擬議中文釋義“圓效文本”修訂為“確效文本”。

19. 政府當局亦會提出修正案，建議加入“電子影像”和“電子紀錄”的定義，其中一個目的是配合“確效文本”中有關

³ 擬議的第5A部關乎現有條文的修訂。修改內容包括修訂《條例》第2條：更新“確效文本”的定義以涵括以電子形式訂立的預設醫療指示和新增“視聽聯繫”的定義以允許在遙距診症期間訂立預設醫療指示；修訂《條例》第7條：規定以電子形式訂立指示的要求(該份指示必須以電子紀錄形式訂立、必須採用由指定電子系統提供的標準表格模板訂立及必須遵照該系統的規定儲存在該系統內)；在《條例》加入新第9A條：規定以電子形式訂立預設醫療指示的電子簽署的要求；以及修訂《條例》第10條：使電子預設醫療指示的撤銷方法與紙本預設醫療指示的撤銷方法保持一致。

以電子方式儲存的預設醫療指示的定義。修正案也建議修訂“確效文本”(原為“圓效文本”)的定義，以闡明紙本預設醫療指示的確效文本包括該份指示的清晰可讀的副本，而該副本須屬電子影像形式及遵照指定電子系統的規定，儲存在系統內。此擬議修正旨在闡明除了紙本預設醫療指示的掃描副本以外，其他類型的電子影像(如照片)，只要清晰可讀，並遵照指定電子系統的規定，儲存在系統內，均可以被視為確效文本。此安排為用戶在系統上管理預設醫療指示時提供更多便利性。此外，由於紙本預設醫療指示的確效文本必須遵照指定電子系統的規定，儲存在系統內，條文藉此提供更大的靈活性以配合系統發展，讓系統的規定可根據需要在日後作更新。

20. 有委員關注政府當局推行電子化後如何做好網絡安全，保障訂立者的個人資料。政府當局回應時表示，在設計電子系統時，需時進行系統設置，包括訂立人的身份認證、上傳方法，以及資訊保安，暫時整體醫療資訊系統十分穩定，也有完善的保安系統。

誰人及何時可訂立預設醫療指示

21. 有委員作出以下提問/建議：

- (a) 未滿18歲但心智成熟的人士可否訂立預設醫療指示；
- (b) 手持持久授權書的病人至親，可否作出進行拒絕或終止維持生命治療的決定；
- (c) 醫管局過去有否為患有罕見疾病的人士訂立預設醫療指示，以及何時會為他們簽發不作心肺復甦術命令；
- (d) 當局應告知病人，即使已簽署預設醫療指示，也不會減少病人輪候治療的機會；及
- (e) 《條例草案》應訂明何時才適合訂立預設醫療指示。

22. 政府當局/醫管局就上述提問/建議的回應如下：

- (a) 《條例草案》訂明凡年滿18歲且有精神能力就維持生命治療作決定者可訂立預設醫療指示。此安排假設18歲人士作為合法成年人，心智應當成熟，可作出重大的決定；
- (b) 根據《持久授權書條例》(第501章)，持久授權只賦予受權人就授權人的財產及其財政事務行事的權限；
- (c) 最初推廣紓緩治療時是照顧一些患有比較普及的末期病症病人，後來逐步擴展至患有器官衰竭的病人。醫管局現正開展為患有比較罕見疾病的人士(例如“漸凍人”等)提供此類照顧。由於患有罕見疾病的人士病情或會急速轉差，醫生需要作出臨床判斷，若認為合適，也會為病人簽發不作心肺復甦術命令；及
- (d)&(e) 雖然《條例草案》並沒有說明病人應何時訂立預設醫療指示，但到啟動這個程序時，病人的病情通常已經到了末期及不可逆轉的狀況。此外，可供訂立預設醫療指示之用的標準表格，也有提到指令在那些情況下才會有效，即罹患末期疾病、陷入持續性植物人狀態或陷入不可逆轉的昏迷，或罹患其他晚期不可逆轉的壽命受限疾病。到了這個情況，醫護人員不會為病人進行指示中指明的治療，但不會影響醫護人員為病人進行其他治療。政府當局會在推廣《條例》時向市民清楚說明這點。此外，醫管局現正制訂專業指引，讓醫護人員和公眾知悉在甚麼情況下訂立預設醫療指示，以及何謂不作心肺復甦術命令。

有精神能力及無精神能力就維持生命治療作決定的涵義

23. 《條例草案》第3條分別就有精神能力及無精神能力就維持生命治療作決定的涵義作出解釋。委員察悉，

第3(2)條(a)至(d)項所述4種情況的人，⁴便屬無精神能力就維持生命治療作決定。有委員詢問，第4種情況(即如任何人有心智或腦部障礙，或心智或腦部的功能紊亂，以致沒有能力傳達該決定)提及的“傳達”的涵義。

24. 醫管局解釋，病人就維持生命治療作決定時，醫生要即場評估病人可否理解及記住關於該項維持生命治療的資訊，以及可以衡量該項資訊而作出決定，從而評估病人是否有精神能力訂立預設醫療指示。但為了保障病人，第3(5)條訂明，除非已作出合理努力，協助病人作出有關作為(例如理解及記住關於該項維持生命治療的資訊)，而努力沒有成效，否則病人不得視為沒有能力作出該等作為。醫管局會在專業指引列明何謂作出合理努力，例如提供助聽器、手寫板，用一些言語或圖表，配合病人的知識水平，提供翻譯服務等。《條例草案》第3(7)條訂明，某人只有能力在一段短時間內記住有關資訊，亦可被視為有精神能力就維持生命治療作決定。

25. 鑑於《條例草案》沒有指明醫生需要使用特別工具評估某人當時的精神狀態是否達到訂立預設醫療指示的要求，有委員關注或會引起第三方的挑戰。

26. 政府當局指出，《條例草案》第9(3)(b)條訂明，註冊醫生只需信納訂立者簽署預設醫療指示時，有精神能力就維持生命治療作決定便可。第3(2)條描述的4項準則(見上文第23段)在臨床方面已是很有用的工具協助醫生評估某人是否有精神能力就維持生命治療作決定。醫管局將會制訂專業守則或專業指引供醫生作參考，以協助醫生評估某人是否有精神能力就維持生命治療作決定，但在個別例外的情況，如病人很明顯地有初期的認知障礙問題，可能適宜由精神科醫生作評估。

預設醫療指示的格式

27. 由於訂立預設醫療指示可不採用標準表格，有委員認為應統一採用標準表格，以省卻因不採用標準表格而衍生的

⁴ 第3(2)條(a)至(d)項所述4種情況包括：如任何人有心智或腦部障礙，或心智或腦部的功能紊亂，以致沒有能力——(a)理解決定是否接受維持生命治療的相關資訊；(b)記住該項資訊；(c)在作出該決定時，利用或衡量該項資訊；或(d)傳達該決定。

行政工作，以確保該等預設醫療指示符合《條例草案》所載規定。另有委員建議當局指明哪些是訂立指示時的主要條件及必要的內容。

28. 政府當局解釋，病人只要以書面清晰寫下其指定的情況、指示等等，也可以納入為一個訂立指令的方法。由於其中一位見證人是註冊醫生，註冊醫生也會審視訂明的條件是否清晰及可以實行。對於委員的建議，當局指出根據《釋義及通則條例》(第1章)第37(1)條，如任何表格與由或根據條例所訂的有所差異，只要不影響表格的內容實質，即不得因此而無效。如果實質內容齊全，其他內容以外方面如表達方式、格式等，只要不影響實質內容，也等於採用了法例所規定的表格。此外，《條例草案》第5條訂明，凡第6、7、8及9條列出的所有條件均獲符合，該份預設醫療指示即屬訂立。第7條訂明，預設醫療指示中的所有指令，均須以清晰的方式呈示。鑑於修正案建議在新增的第5A部中規定如何以電子形式訂立和簽署預設醫療指示(見上文第16段)。為明確區分以紙張形式和電子形式訂立的預設醫療指示，修正案建議修訂第4條和第7條行文，訂明第4條只適用以紙張形式簽署文件(如紙本預設醫療指示和不作心肺復甦術命令)，而第7條則只關乎以紙張形式訂立的預設醫療指示。

簽署預設醫療指示和顯示簽署日期

29. 《條例草案》第8條規定預設醫療指示的訂立者須簽署該份預設醫療指示，並填寫簽署日期。政府當局回應委員查詢時，確認簽署和簽署日期同樣重要，以減少爭拗。此外，因應法案委員會法律顧問的查詢，政府當局會提出修正案，建議修訂第8、9(2)(e)、29(2A)及33(2)(b)條的行文。此修正旨在明確說明《條例草案》僅要求於有關預作決定文書上顯示簽署日期，而不設限於誰人應填寫日期或日期應採取何種方式顯示。

預設醫療指示的見證人

30. 《條例草案》第9條規定訂立預設醫療指示時，須有不少於兩名見證人在場，其一須為註冊醫生，而他們屬成年人(年滿18歲)、不可以是訂立者的利益攸關者或遺產受益人。

(i) 註冊醫生

31. 關於註冊醫生為見證人，有委員作出以下提問 / 建議：

- (a) 當局如何幫助訂立者物色見證人，以及當局是否掌握有多少私家醫生可擔任預設醫療指示的見證人；
- (b) 若有非常優秀的人士在未滿18歲已成為醫生，也應該容許他簽署指示；
- (c) 如何確保註冊醫生作為見證人能清晰向訂立者解說預設醫療指示，例如性質及影響等；及
- (d) 鑑於目前指示的見證人限於註冊西醫，有委員認為註冊中醫的專業水平能夠勝任見證人的工作，因而促請當局賦權註冊中醫師(尤其是在將落成的香港中醫醫院工作的註冊中醫師)擔任見證人。

32. 政府當局的回應如下：

- (a) 現時無論在晚期治療或在院舍離世的安排，都有私家醫生參與，當局相信有私家醫生願意為指示訂立者擔當見證人。當局預計《條例》生效初期，絕大部分的訂立者都是醫管局的晚期病人，並會在醫管局訂立指示，屆時醫管局的醫生或護士也可為病人擔當見證人；
- (b) 因應委員的建議，政府當局會提出修正案，建議修訂第9(2)(c)條，讓第9(3)條所規定的註冊醫生見證人無須聲明其屬成年人。當局亦會相應修訂附表1中預設醫療指示的標準表格第4部；及
- (c)&(d) 《條例草案》第9(3)條訂明，見證的註冊醫生負有法定責任，向訂立者解說該份指示的性質及遵從該份指示中的每項指令對訂立者的影響，當中醫生需要向病人分析及講解各項可行治療的好處、程序和風險和治療或不治療的跨專科預後。這些很大程度上屬西醫範疇。因應委員

的建議，政府當局表示會以香港中醫醫院作為試點，探索合適模式，讓註冊中醫師和註冊醫生根據病人實際需要，一同為病人提供全面有關預設醫療指示的資訊，同時檢視在香港中醫醫院就維持生命治療和預設醫療指示等方面病人實際需求、應用和操作流程，並以此為基礎，考慮註冊中醫師日後在預設醫療指示中作為見證人的角色。

(ii) 非利益攸關者

33. 根據《條例草案》2(1)條“利益攸關者”的定義，某人藉任何文書，向該人授予任何權益，該人便是利益攸關者。就見證人不可以是訂立者的利益攸關者，有委員作出以下提問：

- (a) 會否有一個附表涵蓋例子或說明何謂“任何文書”；
- (b) 鑑於見證人可能不知道自己是利益攸關者，是否應該要求訂立者簽署文件證明其見證人不是利益攸關者；及
- (c) 假若訂立者在簽訂指示時與見證人沒有利益攸關，但隨後見證人變成訂立者的親屬，當局會怎樣處理。

34. 政府當局的回應如下：

- (a) 有關文書可以涵蓋如一些樓宇的轉贈契等。“任何文書”涵蓋的範圍較闊，若另加附表涵蓋例子，可能會有遺漏；
- (b) 見證人的其中一項要求是盡其本身所知，不是有關訂立者的利益攸關者。若有文件證明見證人是利益攸關者，但見證人並不知道，他/她也屬有效的見證人；及
- (c) 表格沒有要求病人聲明見證人是否利益攸關者。由於沒有訂立遺囑的人士的遺產分配在不同情況下會有所不同，當局認為由訂立者

作出上述聲明未必穩妥，因為訂立者本人未必掌握到其遺產的潛在受益人會是哪些人。在實際操作上，如果訂立者明知那人是利益攸關者，仍然邀請相關人士做見證人，該份指示便屬無效。

(iii) 非遺產受益人

35. 鑑於訂立者的親屬通常是遺產受益人，而見證人又不可以是訂立者的遺產受益人，有委員關注若病人家屬對指示毫不知情，可能在執行指示時出現爭拗。

36. 政府當局及醫管局指出，整個預設醫療指示的概念是“慎入易出”(見下文第38段)。“非利益攸關者”的要求是為了保障訂立預設醫療指示的合法性，以及為免醫護人員和家庭之間出現爭端。醫管局進一步指出，病人訂立預設醫療指示之前，需要經過一個預設照顧計劃的過程，醫生會邀請病人和家屬一同參與，並讓病人說出其意願，讓家人明白病人的想法，在病人和家人都清楚有關指示的性質和影響下，醫生才會簽署。預設醫療指示最大精神是尊重病人意願，若病人已訂立預設醫療指示，醫護人員不會因為家屬的情緒或其他原因而不執行指示。但若家屬質疑預設醫療指示的有效性，而醫生亦存有疑問，則會救人為先。由於糾紛是不能避免，醫管局的專業指引中會列出相關原則，包括：如果預設醫療指示是合法和有效的，醫生必須尊重；如果醫生對文件存疑，醫生可以病人的最佳利益做決定；醫生沒有責任為病人提供完全無效的治療；以及醫生要作出專業判斷，包括家屬與病人是否有緊密關係等。

見證人所作的聲明

37. 《條例草案》第9(2)(d)條要求見證人簽署預設醫療指示，以示明自己見證該訂立者簽署該份指示。為更準確反映訂立預設醫療指示的要求，政府當局會提出修正案，建議修訂第9(2)(c)及(d)條，規定見證人須簽署該份指示，以聲明自己見證該訂立者簽署該份指示。

撤銷預設醫療指示

(i) “慎入易出”

38. 根據立法會參考資料摘要第10段，政府當局對預設醫療指示採取“慎入易出”的原則，建議在《條例草案》訂定條文，既就訂立指示提供嚴謹保障，亦就訂立者其後改變主意時撤銷指示予以便利。關於有預設醫療指示相關法例的地方是否也普遍採納該原則，政府當局指出，曾參考了不同地方推廣預設醫療指示的法案，有些地方就訂立和撤銷指令非常嚴謹，令其難以實行。英國《2005年精神行為能力法令》的實務守則有提及口頭表達撤銷意願是承認的。

39. 有委員關注或有病人的家族成員可能需要處理資產事宜而要求醫生先維持病人生命，如果有人聲稱病人已以口頭方式撤銷指示，以致醫生不遵循已訂立的指示，做法有些危險。這些委員因而認為“慎入”時亦應該“慎出”。

40. 醫管局指出，“慎入易出”的原則是要尊重病人有權反悔，考慮到不少長者只有一位老伴，所以撤銷指示只需要一名見證人。如果當病人不清醒，而家屬指病人已以口頭方式撤銷指示，醫護人員便需要作出專業判斷，包括考慮之前與病人接觸時，病人有否跡象欲撤銷預設醫療指示。無論撤銷結果如何及是否有效，醫生只要誠實和有理由地相信有關撤銷結果，他/她便沒有法律責任。政府當局亦會教育市民，最理想的撤銷方法是用書面方式撤銷。

(ii) 撤銷方式

41. 既然訂立預設醫療指示的原則是“慎入易出”，有委員關注為何撤銷預設醫療指示的其中一個方法是訂立者，或某成年人在訂立者在場並在其指示下劃掉該份指示每一頁的內容，並在每一頁上簽署，認為在技術上實行並不容易。另有委員詢問病人可否用其他身體語言如眨眼表示撤銷，以及如果訂立者只撕毀數頁預設醫療指示，會否視作已撤銷。

42. 政府當局解釋，除了以書面方式撤銷，訂立者還可以用其他較易方法撤銷指示，包括以口頭方式撤銷指示，或以書面或口頭傳達以外的任何方式，表達其撤銷該份指示的

意願，例如以手勢或眼神傳達。醫管局進一步指出，如果病人已撕毀不作心肺復甦術命令而沒有撕毀預設醫療指示，預設醫療指示仍然有效。相反，若病人已撕毀預設醫療指示而沒有撕毀按預設指示簽發的不作心肺復甦術命令，不作心肺復甦術命令便告無效。

43. 政府當局亦表示會提出修正案，修訂《條例草案》第10(1)條關於允許訂立者以書面方式撤銷預設醫療指示的條文，示明撤銷預設醫療指示，可以書面方式(不論屬紙張形式或電子形式)進行。修正案亦更新第10條有關撤銷以紙張形式訂立的預設醫療指示的規定。擬議新增的第10(1)(ab)條訂明，就以附表1中預設醫療指示的標準表格所訂立的預設醫療指示而言，簽署該份指示的第5部(連同顯示簽署日期)，將可作為撤銷指示的一種方法。此外，修正案建議新增第10(1)(e)條，讓預設醫療指示的訂立者(或某成年人在訂立者在場並在其指示下)採取指定電子系統所規定的步驟撤銷該份指示。

44. 有委員詢問新增第10(1)(e)條有甚麼作用及何時適用。另有委員關注如果預設醫療指示訂立者同時擁有紙本指示和電子文本指示(包括電子儲存版本和以電子訂立的版本)，當局如何處理若訂立者只撕毀了紙本指示，而沒有刪除電子版的紀錄。

45. 政府當局解釋，當《條例草案》生效後，新增第10(1)(e)條將會同時生效，即使屆時仍未有可供電子訂立的預設醫療指示。當《條例草案》生效後，除紙本的預設醫療指示外，也容許有電子儲存版本的紙本預設醫療指示。當系統容許電子儲存的預設醫療指示，系統會容許訂立人用電子系統撤銷所有預設醫療指示。如果訂立者選擇用電子系統撤銷指示，由該日起之前訂立的預設醫療指示，均屬無效。如果醫治者看到並未撤銷的電子文本，而醫治者無從得知原來該病人的紙本指示已經撤銷，在《條例草案》下，醫治者不會因不對該病人施以維持生命治療而招致法律責任。當局會做好公眾教育，提醒訂立者在任何情況下撤銷指示，必須同時撕毀或刪除所有文本。

46. 《條例草案》第10(2)條訂明，“為施行第(1)款，在相反證明成立之前，須推定在該款……所描述的任何作為作出時，有關訂立者有精神能力就維持生命治療作決定。

附註—請亦參閱第55條……。”有委員查詢為何假設訂立者在撤銷預設醫療指示時有精神能力就維持生命治療作決定，除非有“相反證明成立”，以及為何附註訂明要參閱第55條。

47. 政府當局解釋，《條例草案》規定，訂立者撤銷預設醫療指示時，需要有精神能力就維持生命治療作決定。為符合“慎入易出”的原則，《條例草案》訂明，訂立時需要有醫生作見證人，信納訂立者有精神能力就維持生命治療作決定。但撤銷時，則假設病人有精神能力就維持生命治療作決定，除非可以證明相反的情況，從而達到“易出”的原則。第55條是就第10(2)條訂定的補充條文，根據第55條第(1)(b)款，在任何刑事法律程序中，如果被告人尋求證明在撤銷預設醫療指示時，訂立者無精神能力就維持生命治療作決定，則只要被告人履行提證責任，而並非較高要求的舉證責任，被告人須視作已證明有該情況。

執行預設醫療指示中的指令

(i) 關乎維持生命治療的權利等，受預設醫療指示中有效並適用的指令所規限

48. 《條例草案》第12條訂明，關乎對預設醫療指示的訂立者施以或不施以維持生命治療的權利、責任、義務及法律責任，均受到預設醫療指示中屬有效並適用的指令所規限。就此，政府當局會提出修正案，釐清該條所涵蓋的是關乎預設醫療指示的訂立者的醫治者對該訂立者施以或不施以有關治療的權利、責任、義務及法律責任。

(ii) 指令是否有效及是否適用

49. 《條例草案》第13及14條闡釋預設醫療指示中的指令的有效性和適用性。有委員詢問，若病人已訂立預設醫療指示，又不幸遇到車禍造成心臟停頓，又或中風昏迷，病人會否獲施救。

50. 政府當局解釋，預設醫療指示只會在訂立者無精神能力就維持生命治療作決定時，並要符合指明的先決條件才會獲執行，醫生需要判斷病人的情況是否已符合該等指明條件，並要信納預設醫療指示是有效並適用。由於車禍並不是先決條件之一，預設醫療指示便不會獲執行。至於中風

病人，醫護人員會先為病人進行治療，但若該名病人已接受治療一段較長時間仍昏迷不醒或成為植物人，醫護人員才會檢視有關預設醫療指示是否適用。

(iii) 醫治者何時知悉預設醫療指示

51. 《條例草案》第16條就預設醫療指示訂立者的醫治者何時知悉該份指示，訂定條文。關於醫治者可否主動詢問病人有否訂立預設醫療指示，政府當局指出，醫治者是否查看病人在電子系統或現時醫管局的臨床醫療管理系統的資料，以及需否特別尋找或詢問病人有否預設醫療指示，均屬臨床決定。

52. 有委員關注一些晚期病患者未必能活動自如及清晰表達自己的意願，若在突發情況，病人可能無法證明自己已訂立預設醫療指示。

53. 政府當局回應時指出，病人家屬可以向救護人員提供病人的預設醫療指示或不作心肺復甦術命令。若病人並無親人，而他/她獨自訂立了預設醫療指示，醫護人員會建議病人在日後將紙本文件儲存在電子系統。當局亦會研究設定電子系統以提醒醫護人員病人曾訂立預設醫療指示，免卻了這類病人需要隨身攜帶預設醫療指示的必要。

(iv) 向原訟法庭申請宣告及保障醫治者

54. 《條例草案》第18條賦權原訟法庭可應申請作出宣告，以斷定包括預設醫療指示中的某項指令是否屬有效或適用，或是否屬有效並適用。第19條保障醫治者在符合指明條件的情況下，無須就對某人施以或不施以維持生命治療而招致法律責任。有委員詢問在何情況下會作出宣告，以及其產生的作用。

55. 政府當局回應時指出，向原訟法庭申請宣告是解決爭議的最後手段，有關爭議可以關乎預設醫療指示的有效性、適用性等。

56. 《條例草案》第18(2)條提到向原訟法庭申請宣告須在各方之間提出。有委員關注假如是由醫護者申請宣告的話，醫護者未必知道還有甚麼其他各方。

57. 政府當局解釋，如果醫護者作出申訴，應該是在臨床上受影響的相關人士提出了相反觀點，該人士應該會是申請的另一方。所謂各方之間，是要按照當時的情況而定。就此，因應委員及團體的建議，政府當局會提出修正案，建議向原訟法庭申請宣告，除了可在各方之間提出外，亦可藉通知法定代表律師而單方面提出。

58. 政府當局進一步指出，因應政府當局建議在第2(1)條加入“同居關係”和“同居者”的定義(見下文第67段)，當局會修訂第18條，為在同居關係中的伴侶提供就預設醫療指示行事的途徑。具體而言，同居者與直系親屬同樣可在無須取得許可下按第18(1)條向原訟法庭申請就預設醫療指示作出宣告。

預設醫療指示的經核證譯本

59. 根據《條例草案》第56條，凡某份預設醫療指示並非以中文或英文訂立，而該份指示的中文或英文譯本在香港製備，該譯本如符合指明的規定，即屬經核證譯本。有委員認為，若訂立者不懂中文或英文，可請領事館人員向該訂立者作出口譯，讓訂立者在中文本或英文本上簽署，免卻翻譯的需要。

60. 政府當局表示其預計大部分預設醫療指示會在醫管局以中文或英文訂立。需要翻譯非以中文或英文訂立的預設醫療指示成中文或英文的目的，是要方便醫管局的醫護人員閱覽和執行。《條例草案》的其中一個原則是尊重病人的自主權，加上預設醫療指示容許訂立者不使用標準表格，所以病人可以自行選擇用何種語言訂立預設醫療指示。有關做法參考了《公司條例》(第622章)的相關條文。

不作心肺復甦術命令

不作心肺復甦術命令的定義及其附註

61. 委員要求政府當局重新審視《條例草案》第2(1)條有關“不作心肺復甦術命令”的定義及其附註(見上文註腳2)，令條文更為清晰。因應委員的要求，政府當局會提出

修正案，建議在該字詞的定義中略去附註的第2段，並在該定義中闡述何謂“持續效力”，⁵以提高明確性。

以紙張形式簽發不作心肺復甦術命令

62. 關於簽發不作心肺復甦術命令的形式，政府當局會提出修正案，建議更新《條例草案》第27條和第28條，明確規定不作心肺復甦術命令必須藉紙張形式以書面簽發(不可採用電子形式)和妥善填妥附表2的法定表格1、2或3。

副簽人

(i) 屬監護人的責任人

63. 根據《條例草案》第22條中“責任人”的定義及第29條，監護人可作為不作心肺復甦術命令的副簽人。而根據《條例草案》第29(2)條，若病人有共同監護人，只需其中一位監護人作為副簽人便可。有委員要求政府當局審視相關條文，以處理當共同監護人持不同意見的情況。

64. 政府當局解釋，根據《條例草案》第29條，為未成年人或無精神能力就維持生命治療作決定的成年人簽發並非按預設指示簽發的不作心肺復甦術命令時，有關表格可由有關病人的責任人副簽，以示明自己同意，對該對象病人施行心肺復甦術，將不會符合病人的最佳利益。為未成年人簽發並非按預設指示簽發的不作心肺復甦術命令時，該未成年人的父母其中一方可副簽表格以表明同意。同樣地，如該未成年人有共同監護人，該表格由其中一位共同監護人副簽即可。並非按預設指示簽發的不作心肺復甦術命令只會在相關各方(包括病人的主診醫生與責任人)達成共識的情況下簽發。如各方未能達成共識，則註冊醫生不會簽發該並非按預設指示簽發的不作心肺復甦術命令，並將進行進一步討論探討其他替代方案。

65. 至於若無精神能力就維持生命治療作決定的成年病人的責任人是根據《精神健康條例》(第136章)第III A部(由法院或裁判官)或第IV B部(由監護委員會)委任為該病人的監

⁵ 根據有關定義的擬議修訂本，在某人的受治期內為其簽發的不作心肺復甦術命令，如擬在該受治期完結後仍持續有效，即屬具持續效力。

護人，因應團體的建議，政府當局會提出修正案，建議新增第43A條，以闡明有關責任人有權為該成年病人副簽並非按預設指示簽發的不作心肺復甦術命令，而此權力是該責任人可依據第136章第IIIA或IVB部(視何者適用而定)行使的權力以外的額外權力。

(ii) “至親”及“同居者”

66. 附表2表格2及3的不作心肺復甦術命令，分別為無精神能力就維持生命治療作決定的成年人及未成年人而設，這兩個表格除了需要兩名醫生簽署外，還需要副簽人簽署。而副簽人是有關對象病人的責任人。就未成年人而言，責任人指該未成年人的父母(不論親生父母、領養父母或繼父母)；或根據法例取得該未成年人的監護權的人。就無精神能力就維持生命治療作決定的成年人而言，責任人指該成年人的“至親”；或該成年人的監護人。關於《條例草案》第2(1)條中“至親”的定義，委員詢問是否可以包括病人指明一位“至親”定義下(a)至(f)段⁶以外的人士，例如同居人士。法案委員會法律顧問亦詢問“至親”定義內“配偶”一詞是否涵蓋海外註冊同性婚姻或公民夥伴關係中的一方。

67. 政府當局回應時表示，《條例草案》所載“至親”定義內“配偶”一詞未必理解為包含海外註冊同性婚姻或公民夥伴關係中的一方。然而，《條例草案》的現有條文已為其提供就預設醫療指示和不作心肺復甦術命令行事的途徑。因應委員的意見，政府當局會提出修正案，建議在第2(1)條加入“同居關係”和“同居者”的定義，並修訂第22條，為在同居關係中的伴侶提供就不作心肺復甦術命令行事的途徑。具體而言，為無精神能力就維持生命治療作決定的成年病人所簽發的非按預設指示簽發的不作心肺復甦術命令，同居者作為責任人(如第22條所定義)，如符合第29(3)條的條件，可為該成年人副簽不作心肺復甦術命令。

⁶ “至親”就某人而言，指該人的任何一位下述親屬——(a)配偶；(b)父母(不論親生父母、領養父母或繼父母)；(c)子女(不論親生子女、領養子女或繼子女)；(d)兄弟姊妹(不論同胞兄弟姊妹、同父異母或同母異父兄弟姊妹、領養兄弟姊妹或繼兄弟姊妹)；(e)祖父母(不論親生祖父母、領養祖父母或繼祖父母)；(f)孫、孫女、外孫或外孫女(不論親生或領養、或繼孫、繼孫女、繼外孫或繼外孫女)。

68. 擬議新增的“同居關係”定義是指作為情侶在親密關係下共同生活的2名人士(不論同性或異性)之間的關係。有委員關注為何必須要是“情侶”，以及會否為非情侶關係但情誼深厚的姐妹提供就預設醫療指示和不作心肺復甦術命令行事的途徑。

69. 政府當局回應時表示，“同居關係”的定義與其他法例條文(例如第622章)一致。根據擬議修訂的《條例草案》第29(3)(b)(ii)條(見下文第72段)，若註冊醫生信納即使已作出合理努力，仍未能找到病人的責任人行事，在考慮《條例草案》第29(4)條指明的因素下，也可讓非情侶關係但情誼深厚的朋友當副簽人。

70. 有委員詢問，當局會否就至親的優先次序排序，以及若子女是未成年人，可否當副簽人。政府當局解釋，副簽人需要是成年人，此外，若把子女排列為優先，倘若病人和子女關係不好，在臨床或務實的執行情況下，可能出現困難。醫管局指出，現時專業守則已列明，若出現眾多糾紛，醫護人員一般不會為病人簽發不作心肺復甦術命令。

(iii) 豁免副簽要求

71. 有委員關注，假若當事人沒有任何親屬或照顧者，是否可以在某些情況下容許只有兩名註冊醫生簽署命令，而不需要有副簽人。因應委員的關注，政府當局會提出修正案，建議修訂第29條，以應對未能找到具資格人士為無精神能力就維持生命治療作決定的成年病人副簽並非按預設指示簽發的不作心肺復甦術命令的情況。修正案建議修訂第29條，如其中一名簽署該表格的註冊醫生信納即使已作出合理努力，仍未能找到具資格人士，以及在附表2所載的表格2新增第5部中，聲明自己信納所述情況，則可豁免有關為無精神能力就維持生命治療作決定的成年病人簽發的不作心肺復甦術命令的副簽要求。就為未成年人簽發的不作心肺復甦術命令而言，由於18歲以下任何人士都必定有監護人(即父母或根據《未成年人監護條例》(第13章)指定的監護人)作為責任人(如第22條所定義)，第29條的修訂故不會延伸至適用於為未成年人簽發的不作心肺復甦術命令。

(iv) 非對象病人的責任人之成年人

72. 政府當局進一步解釋，修正案亦會為副簽程序提供更大靈活性，讓簽發命令的註冊醫生更容易找到副簽人，為無精神能力就維持生命治療作決定的成年病人副簽並非按預設指示簽發的不作心肺復甦術命令。修正案建議修訂第29條，如簽發命令的註冊醫生須信納即使已作出合理努力，仍未能找到對象病人的責任人行事，並非對象病人的責任人之成年人，在符合第29(3)條條件下，可成為合資格的副簽人。第29(3)條中的副簽要求亦新增額外條件列明副簽人須願意簽署該不作心肺復甦術命令的有關部分。修正案亦建議於並非按預設指示簽發的不作心肺復甦術命令的訂明表格(即附表2的表格2及3)新增第5部，讓簽發命令的註冊醫生處理相關副簽事宜後，簽署該部分。同時，簽署第5部將擬議成為簽發此類不作心肺復甦術命令之先決條件。

73. 根據《條例草案》第29(4)(f)條有關副簽人簽署不作心肺復甦術命令，若註冊醫生無法找到任何責任人作為副簽人，可考慮一些因素，讓非責任人成為副簽人，其中一個考慮因素是“如該對象病人屬未成年人，而有關註冊醫生斷定，該未成年人達到一定程度的心智成熟，足以斷定副簽人是否會按該未成年人的最佳利益行事—該未成年人的意見”。有委員詢問，有否客觀因素判斷該未成年人達到一定程度的心智成熟，以避免在執行條文時出現爭議。

74. 政府當局解釋，《條例草案》第29(3)(b)(ii)及(4)(f)條訂明，如有關註冊醫生信納，即使已作出合理努力，仍未能確保有關病人的責任人行事，則容許考慮達到一定程度的心智成熟之該未成年人的意見。該未成年人的意見將連同第29(4)款列明的其他因素，供註冊醫生作參考之用，以另覓非責任人副簽該未成年人的並非按預設指示簽發的不作心肺復甦術命令。此安排考慮到或有未成年人具有相當程度成熟的理解能力，就某人是否會按其最佳利益行事作判斷，體現了重視未成年人意見的重要性。在此情景下，心智成熟的概念具體包含情緒和認知成熟度。註冊醫生通常會評估包括情緒控制、邏輯思考能力和為自身言行承擔的責任感等各項因素。此等評估和第29(4)條列明的其他因素有助註冊醫生就選擇一位合適的非責任人作副簽人一事作出判斷。有關考慮

因素將納入日後由香港醫學專科學院根據《條例草案》擬訂的《良好作業指引》。

75. 《條例草案》第29(4)條述明醫生會考慮的因素，包括“按觀感而論，副簽人與該對象病人有多親近”及“按觀感而論，副簽人對該對象病人有多重要”。有委員詢問為何要述明“按觀感而論”，而不使用“合理地斷定”。政府當局解釋，就副簽人與病人有多親近和多重要，醫生需要作出主觀的判斷，所以加上“觀感”字眼是有其作用。醫管局指出醫生會考慮的因素包括副簽人會否照顧病人的個人護理等。

《條例草案》第29(4)條訂明為施行第29(3)(b)(ii)條所考慮的因素，第29(3)條也提及註冊醫生需要“合理地斷定”副簽人會以病人的最佳利益作出意見。

曾簽發的不作心肺復甦術命令

76. 因應委員要求，醫管局將其在2018至2023年簽發的不作心肺復甦術命令的數量列於下表：

年份	<u>按</u> 預設指示簽發出的不作心肺復甦術命令 數目	<u>並非按</u> 預設指示簽發出的不作心肺復甦術命令 數目
2018	1 557	1 393
2019	1 583	1 964
2020	1 695	1 430
2021	1 742	2 409
2022	1 455	2 073
2023	1 567	2 787

不作心肺復甦術命令的效力期、是否有效、是否適用及撤銷

77. 有委員詢問，假設獲簽發不作心肺復甦術命令的病人已成為植物人，而該命令又需要續期，會如何處理。此外，若醫生決定不延長不作心肺復甦術命令的效力期，是否需要兩名醫生撤銷命令。

78. 醫管局指出，不作心肺復甦術命令的效力期不應延長超逾1年，但醫生可以提早延長有關效力期，有關時間通常會配合覆診日期。如果病人已經訂立預設醫療指示拒絕心肺復

甦術，則只需一名醫生簽署便可延長不作心肺復甦術命令的效力期。

79. 政府當局進一步解釋，根據《條例草案》第33(1)(b)條，不作心肺復甦術命令的效力期在命令根據《條例》第31條撤銷時完結；如果命令沒有如此撤銷，而醫生決定不延長不作心肺復甦術命令的效力期，命令的效力期到屆滿日便會完結。《條例草案》第32條訂明，撤銷命令需要兩名醫生簽署，包括一名專科醫生。不作心肺復甦術命令的效力期完結後，若要重新為該病人簽發有關命令，便需要重新經過一位專科醫生和一位註冊醫生作臨床判斷並簽發命令。醫管局指出，如果診症醫生不願意替病人延長不作心肺復甦術命令的效力期，病人可尋求簽發有關命令的那個團隊的醫生協助評估是否適合替病人延長命令的效力期。

80. 《條例草案》第32(2)(a)條允許不作心肺復甦術命令的當事人以書面方式表達希望該命令不獲遵從的意願來撤銷命令。政府當局會就有關條文提出修正案，示明表達希望該命令不獲遵從的意願，均可以書面方式(不論屬紙張形式或電子形式)進行。

81. 《條例草案》第33(2)條訂明，只需一名醫生便可決定是否延長不作心肺復甦術命令的效力期。鑑於該名醫生或會判斷錯誤，有委員關注病人的意願會否獲保障。此外，鑑於《條例草案》第36(2)(b)條訂明，若診症醫生認為合理，他可以不遵從已簽發的不作心肺復甦術命令，有委員關注醫生根據該條文而不遵從命令或會引起爭議。

82. 政府當局解釋，原則上，整個計劃都是要遵循病人意願。就是否執行不作心肺復甦術命令時，醫生的臨床需要判斷病人是否已符合不作心肺復甦術命令所述的醫療狀況，包括是否罹患末期疾病、處於持續性植物人狀態或陷入不可逆轉昏迷，或者罹患其他晚期不可逆轉的壽命受限疾病。同時，醫療團隊亦需要訂立機制，處理由於病人病情有變，而使命令不再適用的情況。醫管局指出，某名醫生作出的一項醫療決定，並不會凌駕另一名醫生的決定，即使病人獲簽發不作心肺復甦術命令，診症醫生亦要審視實際情況，如認為適當才遵從該項醫療決定，這樣更能保障病人的意願。一份不作心肺復甦術命令如被撤銷即代表不再存在，但就一份不適用的不作心肺復甦術命令而言，是指該命令基於

臨床判斷而暫時不被遵從，不代表該命令在其後的受治期中不再適用。

83. 另有委員關注訂立者如在預設醫療指示訂明拒絕接受心肺復甦術的指令，而註冊醫生亦已為其簽發不作心肺復甦術命令，但病人其後遺失了不作心肺復甦術命令，當病人處於心肺停頓狀況時，醫護人員會否替病人進行心肺復甦術。另外，若訂立者在預設醫療指示已訂明拒絕接受心肺復甦術的指令，但註冊醫生並未為其簽發不作心肺復甦術命令，一旦病人患了晚期疾病需要急救，其原先訂立的預設醫療指示是否有效。

84. 政府當局指出，預設醫療指示中屬有效並適用的指令只規限醫治者施以或不施以維持生命治療的權利、責任、義務及法律責任。如果病人是在醫院或醫院以外的環境，只要醫治者看到上述預設醫療指示，便不會為病人進行心肺復甦術。若病人是在家中，而救護人員看不見不作心肺復甦術命令的實體書面命令，即使病人已訂立預設醫療指示，救護人員都會為病人進行心肺復甦術。有精神能力就維持生命治療作決定的成年人才可訂立預設醫療指示。不作心肺復甦術命令是由兩名醫生簽發，屬於臨床決定，通常是在病人已到生命的最後階段才會簽發。如果病人在訂立預設醫療指示時同時獲醫生簽發不作心肺復甦術命令，好處是令不作心肺復甦術命令也可在沒有醫治者在場的情況下，如醫院以外的環境執行。

85. 醫管局進一步指出，若有情況是病人在其預設醫療指示訂明拒絕接受心肺復甦術的指令，但因訂立者在訂立預設醫療指示時仍未處於罹患末期疾病等指定情況，故此註冊醫生未有為病人同時簽發不作心肺復甦術命令，當病人病況後來變差並符合指定情況，醫生便可考慮為病人簽發不作心肺復甦術命令。但若當時醫生未及為病人簽發不作心肺復甦術命令，醫生會審視病人的預設醫療指示，並在確定指示有效後不為病人進行心肺復甦術。

86. 有委員詢問，如醫生撤銷不作心肺復甦術命令，會否通知當事人，以及病人可否就醫生的決定上訴。委員並詢問當局會否善用科技提示市民辦理續期，並詢問若病人離港，不作心肺復甦術命令過期後多久仍可辦理續期，而無須重新簽發。

87. 政府當局解釋，病人如獲簽署不作心肺復甦術命令，其病情一般較為嚴重及反覆，並須繼續接受醫療照顧，醫護人員會在病人每次覆診時檢視病人的不作心肺復甦術命令的有效期，醫管局亦會在電腦系統中提醒醫護人員為病人檢視此事。醫管局指出，現時在醫管局的紓緩治療科診所，或在院舍的臨終照顧計劃下，護士會檢視病人的不作心肺復甦術命令到期的日子，並會向病人作出提醒。若不作心肺復甦術命令恰巧在病人返回內地時過期，醫管局會彈性處理，在病人回來時為他們辦理簽署續期事宜。病人在仍然清醒時獲醫生簽署的不作心肺復甦術命令一定是按預設指示簽發的，若醫生因應病人的病情認為要撤銷有關命令，必須與病人商量，並得到病人同意。因此，醫管局認為無須設立上訴機制。

保障施治者

88. 《條例草案》第40條保障施治者在符合該條指明條件的情況下，無須就對待援者施行或不施行心肺復甦術而招致法律責任。有委員關注醫護人員因知道病人已訂立預設醫療指示而不對其作出施救，其他市民或會誤以為醫護人員見死不救，另外，施救者在不知情下為訂立者進行了施救，也可能受到輿論指責。

89. 政府當局解釋，市民如在街上看到有人昏倒，他們沒有責任搜查病人身上是否有預設醫療指示或不作心肺復甦術命令的確效文本。若施救者不知道有該指示，或不肯定指令是否有效，而向已訂立指示者或命令的對象病人施救，《條例草案》會為施救者提供保障，以免他們因對病人施以維持生命治療而招致法律責任。為避免市民在不知情下對施救或不施救的行為作出不實報道，當局會進行公眾教育，讓公眾明白何謂預設醫療指示和不作心肺復甦術命令。當局亦會就不實資訊作出澄清。

90. 委員察悉，若施治者不對有關待援者施行心肺復甦術，有關保障的門檻則較高，因為施治者需要誠實而合理地相信有某些情況，或合理地信納有某些情況，有委員詢問設定有關門檻的考慮因素。

91. 政府當局解釋，施救與否，在保障準則方面有些不同。如果進行施救，準則純粹是不知道或不信納不作心肺復甦術命令已簽發了便可。如果沒有進行施救，要符合的條件增多外，就不作心肺復甦術命令而言，施治者除了要客觀地知道和認為該命令有效並適用，也要主觀地認為自己是誠實而合理地相信該命令有效並適用。

保障消防通訊中心的控制台操作員

92. 有委員要求政府當局檢視《條例草案》第41條有關“保障消防通訊中心的控制台操作員”的條文，考慮是否需要擴大有關保障至其他救護人員，例如香港聖約翰救傷會救護車調派中心操作員、大型行動的跨部門協調中心/資源調派系統的操作員等。

93. 政府當局解釋，《條例草案》第41條為消防通訊中心的控制台操作員在指明情況下，就不作心肺復甦術命令給予求助者的若干回應提供保障。目前，調派後指引服務僅由消防處提供，其他救護人員及機構沒有為不作心肺復甦術命令提供指引的職責或服務，因此有關的其他機構不會就在這方面提供的任何建議承擔法律責任，亦不需要在《條例草案》中提供如第41條的特定保障。另一方面，凡依賴其他救護人員就不作心肺復甦術命令所提供的意見的施治者，如符合《條例草案》第40條列明的指明條件，則免於因有否對待援者施行心肺復甦術而招致法律責任。當中，施治者行為的合理性，會根據每宗個案的情況來評定。如屬緊急情況，或會考慮現場支援及資訊較為有限、搶救行動必須爭分奪秒等因素。

某些民事法律責任不受第40及41條影響

94. 鑑於施治者本人雖然受《條例草案》第40條保障，但第三者(例如施治者的僱主)須為其僱員的行為負上轉承責任，有委員詢問相關考慮因素。

95. 政府當局解釋，因為僱主被認為財力較充裕，或會處於較好的位置投購保險，以應對潛在的法律責任，所以《條例草案》作出了平衡，確保僱員不會因施救與否負上個人法律責任，以免影響其決定，但不會豁免僱主的法律責任，以顧及受損失的人追索賠償的權力。僱主的轉承責任源自普通

法下的責任。《條例草案》是以法例條文確立不作心肺復甦術命令的地位，所以也要同時訂立條文處理施治者不遵從有關命令的情況。

意圖誤導另一人遵從或不遵從預作決定文書的行為的罪行

96. 《條例草案》第4部(第44至51條)就各項罪行及相關事宜訂定條文。因應團體及法案委員會法律顧問的意見，以及考慮到與電子預設醫療指示相關的不當行為的涵蓋範圍，可能比紙本指示更廣，因此政府當局認為擬議罪行需要一個更具彈性的框架。政府當局會提出修正案，建議取替第46至51條所概述的特定犯罪行為，即損毀指明文書(例如預設醫療指示或按指示簽發的不作心肺復甦術命令)的確效文本或該等文書遭撤銷的紀錄的罪行，以及為意圖阻止或促使遵從某份預設醫療指示中的某項指令，或某項不作心肺復甦術命令，而作出虛假或具誤導性申述的罪行。擬議的罪行會涵蓋任何有意圖(或罔顧是否會)誤導另一人遵從或不遵從預設醫療指示，或不作心肺復甦術命令等文書中的某項指令而作出的行為。由於任何會導致訂立者的意願不獲尊重，或不作心肺復甦術命令不被遵循的不當行為都應受到制裁，因此修訂可提供靈活性，以涵蓋各種潛在複雜及廣泛類型的不當行為。

97. 政府當局進一步指出，修正案建議在新第46(1)條和第47(1)條中包含“罔顧”一元素，以作為“有意圖誤導”的犯罪意圖的替代。至於擬議的第46(2)條和第47(2)條中概述的更嚴重罪行，有關行為須屬有意圖誤導並伴有別有用心的意圖——意圖延長該病人所蒙受的痛苦、危害該病人的健康或為自己或另一人取得任何利益。擬議罪行的罰則與《條例草案》先前建議的罪行罰則保持一致。

98. 政府當局繼而指出，修正案亦建議引入新的第48、51A和51B條這3項技術性條文。擬議的第48條將為在新第46(1)條和第47(1)條所訂罪行下，罔顧後果而作出某行為誤導另一人的情況，提供“有合理辯解”作為免責辯護。擬議的第51A條旨在允許裁定犯控罪以外的罪行。同時，鑑於第45(1)條與擬議的第46(1)條及第46(2)條訂定的罪行，或需較原先的檢控期限(即6個月)更長的時間搜證(尤其是在處理牽涉傷悼家屬及敏感情緒的複雜個案時)，因此新51B條建議延長所訂罪行的檢控期限，有利於更全面地審查證據。

預作決定文書不影響保險單

99. 根據《條例草案》第53條，保險單並不受預作決定文書影響。有委員詢問政府當局會否通知保險公司有關預作決定文書不影響保險單，以及保險公司是否有權向投保人索取關於其曾否訂立預作決定文書。政府當局重申，根據第53條，保險單的任何條款不會受預作決定文書影響。投保人無須向保險公司交代其是否有訂立預作決定文書。政府當局會與保險業監管局溝通，向業界解釋相關規定。

100. 政府當局繼而指出，新附表1A亦有相應條文(見附表1A第3、5及6條)處理在《條例》相關條文生效前，撤銷原有預設醫療指示和不作心肺復甦術命令及延長原有命令的效力期的情況。

修訂《電子交易條例》(第553章)

101. 《條例草案》第62條修訂《電子交易條例》(第553章)，以符合預設醫療指示不得以電子形式訂立和不作心肺復甦術命令不得以電子形式簽發的規定。政府當局會提出修正案，移除現有的第62條對第553章的建議修訂。第62條的效力是將預作決定文書豁除納入於第553章電子交易制度的某些適用範圍(例如第553章第5及6條)，旨在豁除以電子方式作出及撤銷預設醫療指示和不作心肺復甦術命令。由於修正案現有明確條文訂明以電子方式作出及撤銷預設醫療指示以及撤銷不作心肺復甦術命令的部分方面，因此現時不再需要現有的第62條。

附表1預設醫療指示的標準表格

附表2不作心肺復甦術命令及續頁的表格

102. 因應委員的意見，政府當局會提出修正案，建議簡化附表1所載表格。修正案會將現時列於附表1預設醫療指示的標準表格中，第6部的醫療狀況的定義(即“罹患末期疾病”、“持續性植物人狀態”、“不可逆轉昏迷”和“其他晚期不可逆轉的壽命受限疾病”)移至《條例草案》主要部分(見新增的第3A、3B及3C條)。新條文將讓此等定義適用於整條《條例草案》，因此不僅適用於附表1所載的預設醫療指示標準表格，亦涵蓋附表2中不作心肺復甦術命令的法定表格。

103. 關於為何原本在附表1預設醫療指示的標準表格中，“罹患末期疾病”的定義，在移至新增的第3A條後有所不同，醫管局指出，原本在附表1預設醫療指示的標準表格中，“罹患末期疾病”的定義有4項，其中一項是“該人對上述病情的醫治沒有反應”，由於隨着科技的進展，有些疾病雖然是無法治癒，但有些藥物可以幫助控制病情，減少症狀。如繼續保留該項定義，可能會引起爭議，所以政府當局決定刪去。

104. 對於附表1所載預設醫療指示標準表格的第4部要求提供見證人的個人詳情，政府當局指出，因應委員的意見，當局會提出修正案，建議修訂有關表格，以提供彈性予作為第二見證人的專業人員(例如護士和律師)，容許他們提供其所屬專業團體的註冊或會員編號，以代替提供個人身份證明文件資料(例如香港身份證號碼或護照號碼)。

105. 政府當局繼而指出，修正案亦建議修訂附表2所載不作心肺復甦術命令的法定表格的格式和結構，以使表格更簡潔和容易理解。擬議修訂包括調整標題字型大小(依資訊重要性調整)、重置無利益聲明的內容至表格末部、簡化部分字句，以及明確提示簽發醫生刪除不適用的選項(包括中英文本的醫院/診所，以及英文本的st/nd/rd/th)，以提升表格清晰度。

其他草擬事宜

“不當手段”的中文定義

106. 《條例草案》第2(1)條有關不當手段的中文定義包括“威迫”，而其英文定義的相應用詞是“coercion”。有委員詢問為何不用“duress”。政府當局解釋，考慮到威迫(coercion)與脅迫(duress)有重疊，且其他參考法例在類似情況下亦使用“coercion”，加上“coercion”的涵義能準確反映政策原意，即涵蓋藉不同形式的武力及威脅等作出強迫的行為，政府當局認為在不當手段的定義中採用“coercion”一詞已經足夠，無需以“duress”代替。

“專業失當行為”的定義

107. 有委員要求政府當局檢視《條例草案》第2(1)條有關“專業失當行為”的定義，以確定有關牙醫、醫生和護士的表述，是否符合最新的情況。

108. 政府當局回應時指出，《條例草案》第2(1)條“專業失當行為”的定義提述了《牙醫註冊條例》（第156章）第18(2)條中“不專業行為”的定義及《護士註冊條例》（第164章）第17(3)條中“不專業行為”的定義。《2024年牙醫註冊（修訂）條例》及《2024年護士註冊（修訂）條例》於2024年7月獲立法會通過，修訂內容之一是在第156章與第164章的第2(1)條中分別列明的“不專業行為”定義。⁷政府當局會提出修正案，按上述修訂更新第2(1)條“專業失當行為”的定義中所引用第156章與第164章中“不專業行為”定義的參照條目。

109. 政府當局進一步解釋，鑑於《2024年護士註冊（修訂）條例》在第164章的第2(1)條增加“不專業行為”的定義已經實施⁸，故修正案建議將第164章第2(1)條目的參照直接納入第2(1)條“專業失當行為”定義的(c)段。《2024年牙醫註冊（修訂）條例》在第156章中第2(1)條增加“不專業行為”的定義將於生效日期公告中指定的日期起實施⁹。因此，修正案建議第2(1)條“專業失當行為”定義的(a)段中有關第156章第18(2)條的參照，將在《2024年牙醫註冊（修訂）條例》中相關條目實施後，更改為第2(1)條。相關詳情載於擬議修正案第1條及新增的第62條。

110. 就“確效文本”的定義訂明預作決定文書的副本須經一名註冊醫生或一名在香港執業的律師核證，有委員詢問：

- (a) 為何該名律師須在香港執業，而該名註冊醫生則無此規定；及

⁷ 請參閱《2024年牙醫註冊（修訂）條例》第5(18)條和59(14)條及《2024年護士註冊（修訂）條例》第3(7)條和30(5)條。

⁸ 根據《2024年護士註冊（修訂）條例》第2(1)條，第3條和30條在憲報於2024年7月刊登起實施。

⁹ 根據《2024年牙醫註冊（修訂）條例》第1(2)條，第5(18)條和59(14)將於醫務衛生局局長以憲報公告指定的日期起實施。

(b) 是否任何一名註冊醫生都可核證預作決定文書的副本。註冊醫生進行核證時，是否需要律師在場。律師為文件進行核證是一向做法，為何註冊醫生也可以進行核證。

111. 政府當局作出下述解釋：

(a) 預作決定文書的副本由在香港執業的律師核證為真實副本，以此作為該份文書的確效文本。此項規定符合香港其他現行法例有關核證副本的條文，訂明須由“在香港執業的律師”核證該等文件¹⁰。在香港訂立的文件通常由在香港執業的律師核證是一貫慣例。鑑於《條例草案》旨在規管在香港訂立的預作決定文書，確效文本應在香港的背景下理解。因此，《條例草案》訂明，核證真實副本的律師必須在香港執業；及

(b) 在醫院的實際環境，如需要醫生和律師在場進行核證，執行時會有困難，亦不便利病人。當局沒有就註冊醫生設限，雖然由負責簽署指示的見證醫生進行核證會較為合適，但當局希望便利病人在找不到見證醫生時也可以找另一位註冊醫生進行核證。要求一名醫生去核實，是考慮到這份文件是醫療文書，醫生有能力核實文書是否符合法定要求。

有關附註

112. 第2條第(5)款述明，“本條例文本中的附註僅供備知，並無立法效力”。有委員要求政府當局參考新加坡《1965年釋義法令》(Interpretation Act 1965)第7A條，重新審視《條例草案》第2(5)條有關附註的表述，令條文更為清晰。

113. 政府當局解釋，《條例草案》第2(5)條述明，附註僅供備知，並無立法效力。換言之，附註的用意，並非要如

¹⁰ 例如：根據《公司條例》(第622章)第775條，任何文件的副本如經第(2)款指明的人，包括在香港執業的律師，核證為該文件的真實副本，即屬經核證副本。

條例條文般具有法律效力。第2(5)條的用語(特別是“無立法效力”此一詞句)，源自第1章第18(3)條的用語。該條規定，“任何條例條文的旁註或標題均無立法效力，亦不得在任何方面更改、限制或擴大任何條例的釋義。”。第18(3)條的規則，一般解釋為指法院無權藉考慮旁註或標題而確定條例的涵義。換言之，旁註及標題不得用以解決法例文本上看似存在的歧義問題。《條例草案》第2(5)條旨在達致同一效果，但採用了較現代的文體作表述。透過說明附註“僅供備知”，其立法目的十分清楚：附註僅供讀者備知，別無其他作用。按附註的用意，附註不具有其他(不論是法律或其他方面)效力。由於附註僅供備知，因此政府當局認為新加坡《1965年釋義法令》第7A(b)條所載原則，即“如該例子或示例與該條文有不一致之處，以該條文為準”，在《條例草案》的背景下亦必然適用。綜上所述，觀乎現有案例、《條例草案》的背景、附註現行用語以及《條例草案》第2(5)條，政府當局認為新加坡《1965年釋義法令》第7A(a)及(b)條與《條例草案》第2(5)條所載原則一致。政府當局認為《條例草案》無需加入與該法令第7A條相類似的條文。

過渡安排

原有預設醫療指示和不作心肺復甦術命令的處理

114. 政府當局會提出修正案，建議新增條文和附表來界定有關原有預設醫療指示和不作心肺復甦術命令的規定，如原有指示和命令符合特定要求，則繼續維持其有效性和適用性，而無須重新訂立和簽發。此彈性安排乃為涵蓋《條例》生效前所訂立的預設醫療指示和和簽發的不作心肺復甦術命令而設，因為此等指示和命令可能不完全符合有關條文中所詳述，有效訂立指示和簽發命令的所有規定。

115. 政府當局進一步指出，一般而言，只要符合新附表1A第2條列明的條件，原有預設醫療指示便會被視為根據《條例》訂立的指示。舉例而言，以醫管局表格作出的原有指示，應已符合附表所列明有關訂立者的法律行為能力、指令的呈示、簽署和見證人的規定。由於不作心肺復甦術命令必須採用附表2法定表格簽發，在《條例》相關條文生效前用該表格簽發的命令，只要符合新附表1A第4條列明的條件，亦會被視為根據《條例》簽發的命令。為了讓醫管局所簽發的不作心肺復甦術命令順利過渡，醫管局將會在《條例》

通過後及生效前，過渡至這些訂明表格，以確保這些不作心肺復甦術命令在生效日期後維持有效。新附表1A亦有相應條文(見附表1A第3、5及6條)處理在《條例》相關條文生效前，撤銷原有預設醫療指示和不作心肺復甦術命令及延長原有命令的效力期的情況。

公眾教育

116. 有委員認為《條例草案》最重要的意義，是讓市民主動及積極談生死和面對生死，由於《條例草案》會在通過後約18個月後才生效，委員建議當局做好宣傳教育，讓市民明白《條例草案》的內容。委員認為，政府當局應該針對性地向一些特定群組推廣條例，如提供安老及晚期照顧服務的機構或組織、在私家醫院的癌症病房附近擺放宣傳單張等。委員亦希望政府當局向中產人士及壯年人推廣生死教育，以及建議政府當局就生死教育為學校設計專業的教材。

117. 政府當局回應指立法目的並非只為促使更多人士訂立預設醫療指示，而是要尊重病人就晚期照顧，特別是有關維持生命治療的意願。同時，有關立法工作亦提供契機，鼓勵病人討論預設照顧計劃及社會多討論生死。就此，政府當局會在向公眾宣傳這項條例的同時，一併推廣預設照顧計劃及生死教育。以往政府當局做過不少公眾諮詢，醫管局、安老院舍和不同的社福機構亦設有不同的平台，推廣生死教育活動。而醫管局亦讓病人和其家屬了解多點晚期紓緩治療方案。當局亦會針對一些群組作宣傳，例如病人組織，安老協會等。政府當局認同推廣生死教育時，向學校提供專業教材是必須的。因應委員的要求，政府當局已製作電腦投影片¹¹，用簡單易明的方式讓公眾了解《條例草案》的內容。

118. 有委員指出預設醫療指示、器官捐贈、綠色殯葬，都與生死問題相關，但本港現時的臨終支援相對零散，因而期望政府能逐步完善晚期照顧系統及推動生死教育，讓晚期病人及照顧者都能得到適當支援，減少不必要的痛苦。亦有委員詢問非政府組織提供的晚晴照顧服務，會如何推廣預設醫療指示或不作心肺復甦術命令。

¹¹ 載於立法會CB(4)358/2024(02)號文件的附件

119. 政府當局指出在推廣《條例草案》時，不會單單解說《條例草案》的內容，還包括預設照顧計劃，器官捐贈及死後安排等，當局會聽取各方意見，製作整套完備的生死教育。政府當局亦會檢視由非政府組織提供的林林總總晚晴照顧服務。

120. 有委員詢問當局會否向公眾清楚解釋預設醫療指示與安樂死的分別。政府當局表示會向公眾清楚說明預設醫療指示與安樂死是截然不同的兩個概念，並強調安樂死屬導致或加快病人死亡的作為，而預設醫療指示是當病人失去精神行為能力時，實行病人在有精神行為能力就維持生命治療做決定時所訂立的指示，不對其施行該指令指明的維持生命治療，容讓去世過程自然完成。

《條例草案》的擬議修正案

121. 除上文第14、16至19、28、29、32(b)、37、43、48、57、61、62、65、67、71、72、80、96、97、98、101、102、104、105、108、109、114及115段所闡述的修正案外，政府當局亦對《條例草案》提出其他修正案，以作出屬為行文一致而作出的技術和文本修訂。委員支持有關修正案。法案委員會不會就《條例草案》提出修正案。

恢復二讀辯論

122. 法案委員會已完成審議《條例草案》。政府當局表示擬在2024年11月20日的立法會會議上恢復《條例草案》的二讀辯論。法案委員會對此並無異議。

諮詢內務委員會

123. 法案委員會已於2024年11月8日向內務委員會匯報其商議工作。

立法會秘書處
議會事務部
2024年11月15日

《維持生命治療的預作決定條例草案》委員會

議員名單

主席 陳凱欣議員

副主席 林素蔚議員

委員 謝偉俊議員, JP
容海恩議員, JP
江玉歡議員
李鎮強議員, JP
梁子穎議員, MH
陳沛良議員
郭玲麗議員
黃俊碩議員
管浩鳴議員, BBS, JP
鄧飛議員, MH
鄧家彪議員, BBS, JP
簡慧敏議員, JP
陳永光議員

(總數：15位委員)

秘書 徐偉誠先生

法律顧問 林敬忻先生

《維持生命治療的預作決定條例草案》委員會

曾向法案委員會表達意見的團體名單

只提交書面意見的團體

- * 1. 香港社區組織協會、香港病人權益協會、香港肌健協會、復康互助會及長期病患者關注醫療改革聯席
 - 2. 香港律師會
 - 3. 香港執業脊醫協會
 - 4. 天主教香港教區教區生命倫理小組
 - 5. 生死教育學會有限公司
 - 6. 安心三寶
 - 7. 教區醫院牧民委員會
- * 提交聯合意見書