公務員懲戒委員會議決書

102年度鑑字第12568號

被付懲戒人

柯文哲　國立臺灣大學醫學院外科專任副教授兼任該醫學院附設醫院外科部主治醫師、創傷醫學部主任男性　　年53歲

上列被付懲戒人因違法失職案件經監察院送請審議本會議決如下

主文

柯文哲降貳級改敘。

事實

壹、監察院移送意旨：

甲、案由：國立臺灣大學醫學院附設醫院醫師柯文哲將開立醫囑及判讀檢驗報告之業務，授權不具醫師身分之內勤人員及協調師執行，已怠忽職責，並違反醫師法第11條、第12條與醫療法第82條、人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第11條，以及死後器官捐贈者標準等規定；疏於檢討器官捐贈檢體檢驗結果之判讀機制，且未依據臺大醫院醫療作業常規執行判讀業務；復疏於對所屬勸募小組協調師規劃完整訓練課程，亦未督導考核學習成效，即恣意授權專業經驗尚淺之協調師執行移植手術前置作業之啟動；又廢弛職務，非唯造成受捐贈人及執行醫療業務人員直接之健康危害，且嚴重損及臺大醫院多年建立之醫療口碑與我國之國際形象，違失事證明確且重大，爰依法提案彈劾。

理由

壹、被付懲戒人柯文哲係國立臺灣大學醫學院外科專任副教授兼該醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）外科部主治醫師、創傷醫學部主任，於100年7月31日前亦兼任該醫院外科加護病房主任（100年8月1日起改由外科主治醫師周迺寬兼任）。緣行政院衛生署（已於102年7月23日升格為衛生福利部，下稱衛生署）於91年捐助成立財團法人器官捐贈移植登錄中心（下稱登錄中心），作為執行器官捐贈與移植業務之專責機構。該登錄中心於辦理「100年度器官勸募網絡計畫」時，臺大醫院提附「申請辦理『100年度器官勸募網絡計畫』計畫書」向該登錄中心申請辦理執行「100年度器官勸募網絡計畫」。該登錄中心並於100年4月8日與臺大醫院院長陳明豐、計畫主持人被付懲戒人，雙方簽訂財團法人器官捐贈移植登錄中心捐助計畫契約書（下稱捐助計畫契約書），捐助臺大醫院負責執行。臺大醫院為100年間與登錄中心簽約之10家勸募醫院之一。依臺大醫院所提附之上開計畫書所載：臺大醫院移植與捐贈人員，設主治醫師1名，由外科加護病房主任兼任，處理器官捐贈相關醫療事務之管理；計畫主持人為被付懲戒人，在該計畫擔任之具體工作性質為：1、臺大醫院「器官捐贈組織」（Organ Procurement Organization ，下稱OPO）小組執行長，2、負責規劃及組織臺大醫院OPO，人員訓練，負責與合作醫院協商，合作醫院教育訓練事宜，捐贈業務醫療相關問題等。臺大醫院並以登錄中心經費設置「臺大醫院器官捐贈小組」（下稱器官捐贈小組），負責專職捐贈業務。另臺大醫院亦設置器官移植管理委員會，負責制定器官摘取及移植之相關規範，以及進行相關事務之監督、審查和發展規劃。並將上開「器官捐贈小組」納入該委員會之下。依臺大醫院器官捐贈小組製作之臺大醫院OPO白皮書，該醫院器官管理委員會下設器官移植小組、器官捐贈勸募小組（下稱勸募小組）、社工師。勸募小組下設負責醫師1名，負責醫師之下設內勤人員1名、器官捐贈協調師（協調師非法律所訂之專業技術人員，名詞為臺大醫院自創，下稱協調師）3名。被付懲戒人為臺大醫院上開計畫書所載之主治醫師（上開捐助計畫執行期間自100年1月1日起至100年12月31日止，被付懲戒人在該計畫申請與執行期間兼任外科加護病房主任，於100年8月1日起未兼任時，仍負責處理器官捐贈相關醫療事務之管理），且自88年11月1日起，即兼任臺大醫院器官移植管理委員會委員兼執行秘書，並兼任上開勸募小組之負責醫師。緣臺大醫院勸募小組於100年8月23日接獲登錄中心來電告知，新竹市南門綜合醫院（下稱新竹南門醫院）1名墜樓重傷病患家屬表達器官捐贈意願，臺大醫院理應隨即啟動器官移植作業準備流程。依規定應由該醫院勸募小組負責醫師即被付懲戒人，親自開立上開器官捐贈者之血液檢體之檢驗單後，再將該血液檢體送至臺大醫院檢驗醫學部緊急檢驗組等（下稱檢驗組）進行Anti-HIV（抗愛滋病毒抗體）、HBsAg（B型肝炎表面抗原）、Anti-HBs（B型肝炎表面抗原抗體）、Anti-HBc（B型肝炎核心抗原抗體）、Anti-HCV（C型肝炎抗體）、STS（梅毒血清檢查）、Anti-HTLV-1（人類嗜T淋巴球病毒1型病毒抗體）、Anti-HTLV-2（人類嗜T淋巴球病毒2型病毒抗體）等必要項目之檢驗。惟是日被付懲戒人卻未依規定親自開立檢驗單，而便宜行事，委由不具醫師資格之內勤人員王○○開立。被付懲戒人對於器捐醫療業務之啟動，竟事不關己、置身事外，已有失勸募小組負責醫師之責。嗣臺大醫院勸募小組協調師葉○○（下稱葉協調師）將託某計程車從新竹南門醫院運送，於當日（即23日）晚上8時許送到臺大醫院之器官捐贈者之血液檢體與上開檢驗單，送至臺大醫院檢驗組進行Anti-HIV（抗愛滋病毒抗體）等項目之檢驗。至晚間11時3分許，檢驗組已將血液檢驗報告上傳至該醫院之醫療資訊系統（HIS，下稱資訊系統），被付懲戒人身為勸募小組負責醫師，竟未親自判讀檢驗結果，而任由被付懲戒人依「臺大醫院學術研究支援專款僱用人員管理簡則」於98年7月招聘（非臺大醫院正式員工，亦未納入臺大醫院管理體系管轄，而係由被付懲戒人管理），且聘任後，雖曾安排先進加護病房見習，並安排1名護士指導，但未有一套完整之見習訓練計畫及課程，對之施以職前及在職訓練，亦未要求技術考核，致專業經驗尚有不足之葉協調師，於同日晚間11時10分許，在新竹南門醫院，去電檢驗組詢問檢驗結果，該協調師雖在自己所備之空白檢驗報告單上，將器官捐贈者之Anti-HIV之檢驗值正確記錄為「56.7」，已超出標準值「1」甚多，卻因專業能力不足，未能發現已有異常，且將Anti-HIV陽性之檢驗結果誤為「－」（即陰性）。被付懲戒人因疏未督導協調師應以臺大醫院資訊系統之正式檢驗報告為據，致葉協調師未再上臺大醫院資訊系統查對檢驗報告；被付懲戒人又未盡勸募醫院勸募小組負責醫師，應以資訊系統之正式檢驗報告複核確認，以評估判斷勸募之器官，合適供作移植手術，始能上傳登錄中心登錄系統之職責，致應能發覺卻未發覺該協調師之上開錯誤。逕由葉協調師上傳登錄中心之登錄系統，將檢驗結果登錄為「－」（即陰性）。嗣於100年8月25日臺大醫院及國立成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院）器官移植小組亦未發覺，分別以上開愛滋感染者之器官，完成1例肺臟、1例肝臟、2例腎臟等4名病患；及1例心臟1名病患之器官移植。至同年月26日葉協調師整理上開器官捐贈者資料，發現該捐贈者血液檢驗報告Anti-HIV結果為reactive，再次將該捐贈者血液送臺大醫院病毒檢驗組檢驗，Anti-HIV結果為Positive（陽性）後，被付懲戒人經通知始知有本件器官移植案及以愛滋感染器官移植之重大醫療疏失。旋上開5名受贈者體內均測到人類免疫缺乏病毒抗體，顯已受到感染。除將耗用更多之醫療資源給予治療，及對其等爾後之生活，造成極大之影響外，並剝奪其等未來可能再接受器捐之機會。且此事件亦造成臺大醫院參與本件器官移植作業之醫療人員，計有器官摘取團隊10人，肝臟移植團隊8人，肺臟移植團隊7人及腎臟移植團隊12人；成大醫院則有11人（移送意旨誤為31人）心臟移植之醫護人員等成員，暴露於感染愛滋病毒之心理壓力及危險之中。又此事件國際媒體諸多大肆報導，致使臺大醫院多年建立之醫療口碑與我國之國際形象，嚴重受到損害。

貳、對於上開被付懲戒人係上揭捐助計畫契約書之臺大醫院計畫主持人，臺大醫院勸募小組執行長及負責醫師，上揭器官移植係由被付懲戒人委由勸募小組之無醫師資格之內勤人員開立器官捐贈者血液檢體檢驗單後，連同檢體逕送臺大醫院檢驗組檢驗，檢驗組將檢驗報告上傳資訊系統，被付懲戒人未判讀檢驗結果。嗣葉協調師於上開時地以電話向該檢驗組詢問檢驗結果，葉協調師將器官捐贈者之Anti-HIV之檢驗值正確記錄為「56.7」，而將Anti-HIV陽性之檢驗結果誤為「－」（即陰性）；被付懲戒人亦未對該檢驗報告判讀及複核確認。逕由葉協調師上傳登錄中心登錄系統，將檢驗結果登錄為「－」（即陰性），致發生上開以愛滋器官移植之重大醫療疏失等事實，業據被付懲戒人於臺北市衛生局約談、監察院約詢及本會調查時供承無誤，並分別經臺大醫院副院長張上淳於臺北市衛生局約談，葉協調師於臺北市衛生局約談及監察院約詢時陳述詳明；復有上開捐助計畫契約書及所附之臺大醫院申請辦理「100年度器官勸募網絡計畫」計畫書、臺大醫院於100年8月30日以校附醫祕字第1000903912號函衛生署及臺北市衛生局之100年8月30日臺大醫院HIV陽性器官移植事件檢討報告、於100年9月14日以校附醫祕字第1000015325號函監察院監察調查處之100年9月14日臺大醫院敬復監察院調查報告、於101年3月27日以校附醫外字第1010016479號函臺北市衛生局之101年3月26日之臺大醫院答覆臺北市衛生局函詢事項、衛生署所具之臺大醫院及成大醫院將感染人類免疫缺乏病毒器官用於移植手術事件報告、成大醫院101年11月26日成附醫祕字第1010023654號函本會之說明及所附之根本原因案件分析暨調查報告、以被付懲戒人名義開具之上開檢驗單及檢驗結果報告、葉協調師向臺大醫院檢驗組查詢後，自行填寫之上開檢驗報告單、臺大醫院於100年8月23日23時28分1秒輸入上開捐贈者資料於登錄中心登錄系統之Anti-HIV為「－」之畫面等影本在卷可稽。又上開器官移植疏失事件經國際媒體大肆報導，亦有CNN全球報導The Washington Times於2011年8月29日刊登「Taiwan hospital transplants 5 HIV-infected organs」報導、Sydney Morning Herald亦於2011年8月30日刊登「HIV-infected organs transplanted」乙文、The Huffington Post則於2011年8月29日報導「5 HIV-Infected Organs Mistakenly Transplanted In Taiwanese Hospital」等影本在卷可按。被付懲戒人申辯意旨雖否認有何違法失職行為，並為下述之申辯，然其申辯為不可採，茲分述如下：

甲、程序部分：

一、被付懲戒人申辯意旨略稱：依行政院人事行政局（下稱人事行政局）85年6月18日八十五局考字第21814號函釋，關於國立大學醫學院臨床科之教師兼任附屬醫院之主治醫師，所兼任之行政職務係經教育主管行政機關派任，則屬公務員服務法第24條所稱之公務員，就其所兼任之行政職務，如有違法失職，亦為公務員懲戒法（下稱公懲法）適用之對象。及本會75年3月24日臺會議字第0474號函釋：「中等學校及大專院校教師，如其所兼任之行政工作係經教育行政機關派任，亦為公務員懲戒法懲戒之對象。」之意旨反面解釋可知，若國立大專院校教師，所兼任之職務，非經教育行政機關派任，則非公懲法適用之對象。伊兼任上開「器官勸募主責醫師」及「臺大醫院器官移植管理委員會委員兼執行秘書」等臺大醫院院內行政職務，非教育主管行政機關派任之本職職掌事項，縱有如監察院所指之違法失職情節，依前揭函釋意旨，自不能適用公懲法云云。

惟查本會及人事行政局上開函釋，僅釋示教師所兼任之行政工作，係經教育行政機關派任者，為公懲法適用之對象，並未釋示其非經教育主管行政機關派任者，不得為公懲法適用之對象。衡諸81年11月13日司法院釋字第308號解釋意旨略謂：「公立學校聘任之教師不屬於公務員服務法第24條所稱之公務員。惟兼任行政職務之教師，就其兼任之行政職務，則有公務員服務法之適用」。經核該解釋並無兼任之職務必經教育主管行政機關派任之限制。且本會90年5月16日以（90）臺會議字第01501號函釋明示：「國立大學聘任教授，不屬於公務員服務法第24條所稱之公務員。惟如兼任學校之行政職務，就其兼任之行政職務，則有公務員服務法之適用（參照司法院釋字第308號解釋）。有關公務員懲戒程序，請參考公務員懲戒法相關規定。」被付懲戒人於上開醫療事故發生時，為國立臺灣大學醫學院外科專任副教授，兼該醫學院附設醫院（即臺大醫院）外科部主治醫師、創傷醫學部主任，並兼任臺大醫院與登錄中心簽訂上開捐助計畫契約書時所提附之計畫書所載之主治醫師（上開捐助計畫執行期間自100年1月1日起至100年12月31日止，被付懲戒人在該計畫申請與執行期間有兼任外科加護病房主任，於100年8月1日起未兼任時，仍負責處理器官捐贈相關醫療事務之管理）、計畫主持人，臺大醫院OPO小組計畫主持人，臺大醫院器官移植管理委員會委員兼執行秘書，上開勸募小組負責醫師等行政職務，為被付懲戒人所不否認，並有臺大醫院上開捐贈計畫契約書及所附之計畫書、臺大醫院OPO白皮書等影本及臺大醫院102年4月12日校附醫人字第1020001673號、102年7月22日校附醫人字第1020004518號等函在卷可稽。是被付懲戒人固為國立大學聘任副教授，惟其兼任學校之行政職務，就其兼任之行政職務，有公務員服務法之適用，得依公務員懲戒程序追究其違失責任，足堪認定。被付懲戒人所辯其兼任上開「器官勸募主責醫師」及「臺大醫院器官移植管理委員會委員兼執行秘書」等臺大醫院院內行政職務，非教育主管行政機關派任之本職職掌事項，不能適用公懲法懲戒云云，殊無可採。

二、被付懲戒人申辯意旨略稱：臺大醫院對於上開業務執行上管理疏失，業經臺北市衛生局裁處罰鍰在案；至伊個人被付懲戒部分，經臺北市醫師懲戒委員會（下稱醫懲會）開會決議：「…至於損害之填補及刑事責任之訴究，原則上由民事及刑事體系負責，而制度設計或行政管理疏失，則由行政罰及醫院內部的管理規範負責。是以匡正醫師個人無心之醫療疏失或醫療體系制度失靈，既非醫師法懲戒個別醫師之目的…。」醫懲會認本案屬醫療體系制度失靈之問題，是整體醫療系統性之風險，而非單一個人或單一醫療機構之責任，伊個人並無違反醫師法之情事，而不予懲戒。足證伊無違反醫師法第11、12條，醫療法第82條等行為。且監察院就同一事由、性質之案件，再行移送本會懲戒，顯有違一事不再理之原則云云。

(一)惟查臺北市衛生局先以臺大醫院因以上開檢驗呈陽性反應之器官施行移植，有違反人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者保障條例第11條第1項第3款、第2項，施行器官移植，應事先實施人類免疫缺乏病毒有關之檢驗，檢驗呈陽性反應者，不得使用之規定，依同法第22條規定，裁處新臺幣（下同）15萬元。又以臺大醫院所轄勸募小組，於該院100年8月25日執行器官移植後，於同年月26日始發現捐贈者HIV檢驗結果為陽性，誤將愛滋病患器官用於移植，該勸募小組為臺大醫院管轄之任務編組，仍屬醫院管轄範疇，該小組執行過程中發生錯誤，院方仍應負醫療業務管理疏失為由，依醫療法第108條第1款，醫療機構有屬醫療業務管理之明顯疏失，致造成病患傷者之規定，裁處50萬元。有臺北市衛生局100年8月31日北市衛疾字第10037517900號、100年10月5日北市衛護字第10037173200號裁處書等影本在卷可稽。查臺北市衛生局上開處罰之對象，均為被付懲戒人服務之臺大醫院，是被付懲戒人個人責任不能據此即可免究。

(二)次查醫懲會雖於101年8月22日以府衛醫護字第10136882600號決議，對被付懲戒人不予懲戒。有臺北市政府醫師懲戒決議書影本在卷可按。惟上揭醫懲會之決議係臺北市衛生局以被付懲戒人因上開行為，依醫師法第25條規定，移付依同法第25條之2成立之醫懲會予以懲戒所為之決議。且依同法第25條之1第1項規定：「醫師懲戒之方式如下：一、警告。二、命接受額外之一定時數繼續教育或臨床進修。三、限制執業範圍或停業一個月以上一年以下。四、廢止執業執照。五、廢止醫師證書。」而本會所審議者，係以公務員有公懲法第2條規定之違法、廢弛職務或其他失職行為等情事，應受懲戒之司法懲戒。且依公懲法第9條規定，公務員之懲戒處分有：1、撤職。2、休職。3、降級。4、減俸。5、記過。6、申誡。是公懲法所規定之公務員懲戒，乃在維持官紀，匡正官箴。與醫師法所規定之醫師懲戒，乃在淘汰或矯正、輔導不適任之醫師，二者性質、目的、懲戒方式均不相同。因而被付懲戒人上開行為雖經醫懲會為上開之決議，本會仍得依公懲法規定予以審議，被付懲戒人申辯意旨認有違一事不再理原則，尚有誤會。

乙、被付懲戒人未親自開立器官捐贈者血液檢體檢驗單及判讀檢驗報告；疏未督導協調師應以醫院資訊系統之正式檢驗報告為據；未盡勸募小組負責醫師應確認評估捐贈者是否合適器官捐贈職責等違失部分：

一、被付懲戒人申辯意旨略稱：

(一)捐贈者血液檢體檢查，於衛生署所訂之「器官捐贈移植作業手冊」中之「屍體器官捐贈者登錄表格」內，已列實驗室器官檢查之項目，此與衛生署依血液製劑條例第14條第2項規定所訂之「捐血者健康標準」附表所定必檢項目，均屬血液檢體「固定檢驗項目」之檢驗方式，性質並無不同，而捐血者血液必檢之項目，無須醫師開立醫囑及判讀，器官捐贈者血液檢查，自亦無須醫師開立醫囑及判讀，否則衛生署又何須明訂固定檢查項目。且醫師法第11條第1項前段，係關於醫師應親自診察之規定；醫師法第12條，係關於醫師注意義務之一般規定；人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第11條，係關於施行器官移植應事先實施人類免疫缺乏病毒檢驗之規定；衛生署所訂之死後器官捐贈者標準，係關於捐贈者禁忌症之規定，均無在器官移植作業前，器官捐贈者之檢體檢驗，須由醫師開立檢驗單，及判讀檢驗結果之規定。而依臺大醫院訂立之「器官移植檢體受理標準作業程序」第2點規定，臺大醫院在接獲通知有器官組織捐贈者，即由醫事檢驗師（下稱醫檢師）負責執行檢驗，亦無所謂應由醫師開立檢驗單並親自診斷器官捐贈者之病毒檢驗結果之規定。依此伊無須親自開立檢體檢驗單。再器官移植作業是分秒必爭，需要團隊分工合作，捐贈器官之血液檢查，既有規定之「固定檢驗項目」，而非由醫師按不同之捐贈者，開立不同之檢驗單，再進行檢驗。捐贈者之血液，如經檢驗出有HIV陽性反應，捐贈者之器官將無法使用而直接放棄，無須伊親自診察。又不論血液捐贈或器官捐贈，其就固定項目之檢驗，原就無病人，且係就衛生署公告指定項目之檢驗，參照醫事檢驗師法（下稱醫檢師法）第12條第2項但書規定，此為醫事檢驗所檢驗之項目，亦無醫囑必要。

(二)醫師對病人疾病檢查、診斷與無病人非疾病之檢查、診斷不同，一般疾病之檢查、診斷、治療之醫療業務過程，為醫療業務之核心，醫師應親自開立醫囑及判讀檢驗結果，故醫師法第11條第1項前段規定：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」第12條第1項前段規定：「醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章…。前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、…。」惟本案僅是器官移植前置程序之器官捐贈者之血液檢體「固定檢驗項目」之檢查，與上開一般疾病之檢查、診斷、治療有別，並無「診斷書」、「病歷」、「病人」之存在，自不能將上開醫師法之規定類比推論伊於器官移植過程中有開立醫囑之責任。況伊僅是負責器官捐贈勸募醫師，器官移植之固定應檢項目，檢驗程序通過後，就捐贈器官之使用，由負責器官移植之臨床醫師直接決定，非伊所能置喙。且在器官移植過程中，如均需由伊親自開立醫囑、判讀檢驗報告，再決定捐贈器官能否使用，以臺大醫院僅配置1名醫師，如遇伊出差不在院內，則器官移植之醫事作業將隨之停擺。又以器官移植實務運作言，當時各OPO之合作醫院遍布國內各處，捐贈者如在遠處醫院，OPO醫師不可能去現場開單。況捐贈者所在醫院自有臨床醫師，OPO醫師反而無權限開立處方；再臺大醫院在100年3月前是委外民間檢驗所進行檢驗，亦是直接將捐贈者之血液檢體送驗，並無伊開檢驗單之事。

(三)本案依當時之移植作業手冊之作業程序，已將捐贈者血液檢體送交檢驗，並由協調師與醫檢師電話連絡，確認檢驗結果為陰性或陽性，因醫檢師與協調師溝通連繫上發生錯誤，而有誤載於登錄中心登錄系統之情事，與伊是否親自開立捐贈者血液檢體之檢驗醫囑無任何因果關係。

(四)醫檢師法第12條第2項規定，醫檢師執行業務，係指醫師執行診療病人業務後，有檢驗需求，為指示醫檢師應檢驗項目，始有開立檢驗單之必要。關於上開器官移植前之血液檢驗，並無診療病人，不能適用該條規定，且該檢驗係由臺大醫院「器官移植經費」或「OPO經費」支付費用，依該條但書自費檢驗無庸醫師開具檢驗單規定，亦無須由伊開立檢驗單。

(五)臺大醫院100年1月12日OPO會議紀錄是確認檢驗收費會議，並非確認開立醫囑之問題，因臺大醫院自100年3月起要將器捐者檢體委外之檢驗，移回臺大檢驗醫學部檢驗前，醫院內部人員進行討論院外捐贈者血液檢驗費用如何支付才召開此會議。此由臺大醫院100年2月24日器官移植委員會會議紀錄參、列管追蹤事項所列之檢驗流程與津貼規劃，都是在討論各項檢驗所需時間及醫檢人員工作津貼等事項可證。至上開100年1月12日OPO會議紀錄雖決議「由柯文哲醫師（器官捐贈小組）開立醫檢醫令」等語，此因器官檢體檢驗本有固定檢查項目，但因院內檢驗作業在行政上須有伊名義去開單並核銷檢驗費用，故作業上是以伊名義開單，此僅為行政作業核銷費用需要，並非為符合醫師法之疾病治療，須醫師開立醫囑，始能進行檢驗之規定。況本案係醫檢師與協調師電話溝通上之誤認所造成，協調師代開之醫囑並無錯誤，即使由伊自行開立，亦與協調師開立之醫囑相同，自不能就無錯誤醫囑行為，責令伊負責。

(六)依器官移植之正常程序，器官捐贈者之血液檢體送至醫院後，由勸募小組列印出固定格式之檢體檢驗單，與檢體送檢驗單位檢驗，由醫檢師檢驗，並判讀檢驗結果是陰性或陽性，通知勸募小組。並非報告數值再由協調師判讀，因醫檢師檢驗結果之報告只有陰性或陽性，且判讀檢驗結果是陰性或陽性，並非疾病判讀，醫檢師自得為之，是檢驗結果判讀是陰性或陽性之義務，在醫檢師，並非在伊或勸募小組之協調師。又醫檢師檢驗方法不同會影響數值，醫師如不知醫檢師之檢驗方法，僅知數值，亦不知陰性、陽性。以本案醫檢師檢查Anti-HIV之檢驗值為「56.7」，如不知其標準，感染科醫師亦未必看懂檢驗數值，更毋論器捐小組醫師或協調師。因醫檢師已就上開數值，判讀檢驗結果為陰性或陽性，通報器官移植小組成員。醫檢師既已負責檢驗結果判讀完畢，伊即無庸負責判讀。再以醫檢師法第14條第1項規定，檢驗報告由醫檢師出具，醫師、協調師既無醫事檢驗證照，自不得進行檢驗，更不宜進行檢驗結果判讀。故此項判讀之權責在於檢驗單位，而非伊或協調師。

(七)登錄中心OPO計畫之工作流程及OPO小組工作手冊，均未明確規定需要確認書面檢驗報告。而案發前，各醫院間常無法在院外，以電腦查詢檢驗結果，協調師又需到院外，執行外勤工作，且於不同醫院間進行器官移植時，各醫院之協調師亦無法以電腦進入他醫院電腦系統內進行查詢，方以電話作為查詢方式。當時臺大醫院所訂之「器官移植檢體受理標準作業程序」第4點方規定，完成檢驗時，報告應先以電話通知器官捐贈小組成員雙方確認覆誦報告，將檢驗結果以電話通知之方式，取代電腦方式查詢。至檢驗與接受移植同在臺大醫院，以電話方式或電腦方式查詢，雖無問題。惟臺大醫院之正常作業流程，仍由檢驗師及協調師以電話通報方式，協調師獲得檢驗結果為陰性或陽性後，再依規定將檢驗報告結果上傳於登錄中心登錄系統，符合臺大醫院之規定。故在實務制度設計上並無OPO醫師親自查看檢驗報告之過程。況以伊1人之人力，亦不可能承擔每案移植前查看、判讀捐贈者資料並決定是否捐贈。至上開「器官移植檢體受理標準作業程序」第4點雖亦規定，並將報告鍵入臺大醫院檢驗報告系統以供查詢。惟此項檢驗報告系統查詢，係供事後查核、報帳之用，而非作為器官移植前確認檢驗結果之用。另臺大醫院檢驗醫學部毛副主任於監察院調查時雖陳稱：「院內的SOP有要求發簡訊，但是OPO是直接打電話通知，我們與柯醫師經過協商後，達成以電話及查詢檢驗報告方式來申報的作業程序，所以器捐donor的檢驗結果，不在院內簡訊的流程中…我們在100年3月與柯醫師確認流程，也有文件確認。」「柯醫師必須去看檢驗報告，要兩個併行才可以，電話通報不是唯一。」等語，與事實不符。因檢驗報告須包括「電話通報」以外之方式進行，係本案發生後，臺大醫院改進標準作業流程於100年8月29日所新訂之規則。再臺大醫院副院長張上淳所稱「惟依據本院醫療作業常規，檢驗結果應以本院正式報告為依據」，係指一般病患之診療檢查行為而言。至於器官移植之固定血清學檢查項目，是由醫檢師完成檢驗並主動通報勸募小組成員。

(八)臺大醫院99年OPO白皮書對於本案發生前就器官分配及轉介流程，僅規定捐贈者腦死判定後1小時內上網填寫「屍體器官捐贈者登錄表格」，並無所謂「雙重確認機制」之設計。臺大醫院100年8月30日就本案檢討報告，指「並未執行醫療常規中應以正式報告為確認依據之流程」，「本院OPO小組成員需於電腦資訊系統上再次確認檢驗結果…而此次流程中這個步驟未執行。」為本案發生之根本原因之一，係臺大醫院事後修正OPO標準作業流程與規範，然臺大醫院陳報衛生署、衛生局之檢討報告竟未予釐清此非屬原有之機制，反新增步驟三「OPO小組成員進入電腦資訊系統確核檢驗結果」，而誤導日後醫策會援用而為錯誤分析，認為是OPO小組未澈底執行才出錯，其後衛生署、監察院陸續採用，是其結論即有疑義。

(九)臺大醫院之JCI（Joint Commission International）國際醫院評鑑（下稱國際醫院評鑑），其作業於本案發生前已評鑑完畢多時，與本件事故，無任何關聯。且依JCI規定，檢驗醫學部於發現檢驗結果出現異常值時，即有主動通報之義務，且需以簡訊通知醫師，此乃檢驗醫學部之職責，而非器官移植中心成員之責任，臺大醫院接受JCI評鑑過程中，應由檢驗醫學部檢討改善器官檢驗結果之通報流程，而非被付懲人之責任。

二、查醫師法第28條規定，未取得合法醫師資格，不得擅自執行醫療業務，又所稱「醫療業務」之行為，係指凡以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺或保健為目的，所為之診察、診斷及治療；或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為處方、用藥、施術或處置等行為的全部或一部的總稱。次查疾病之檢查、診斷與治療，係屬醫療業務整體連貫作業。又醫療工作之診斷、處方、手術、施行麻醉之醫療行為，係屬醫療業務之核心，應由醫師親自執行，其餘行為得由相關醫事人員依其各該專門職業法律所規定之業務，依醫囑行之。是以，檢驗結果之綜合判定，應具備醫師資格者始得為之。另查，「醫師如於親自執行醫療業務後」以口述方式，由非具醫師資格人員擔任輔助紀錄人詳實代筆記載病歷，且於病歷加註「（輔助）紀錄人○○○」後，由醫師確認並依醫師法第12條規定辦理，尚無不可。另醫師之醫囑，醫療實務上亦包含於病歷之範圍內，常見如處方箋、檢驗單、檢查單等，如係由醫師口述或指示，由其他人員鍵入電腦後，再行列印於紙張，並由醫師確認後簽名或蓋章，參照上開說明，亦無不可。有衛生署101年10月11日衛署醫字第1010020866函復本會在卷可稽。

三、經查：

(一)依臺大醫院與登錄中心簽定捐助計畫契約書時所提附之計畫書中貳、服務提供能力說明，臺大醫院移植與捐贈人員欄記載，主治醫師1名，職務內容：外科加護病房主任兼任，處理器官捐贈相關醫療事務之管理。器官捐贈護理師3名，職責內容：發掘潛在捐贈者，捐贈者於捐贈前、後所發生的醫療及法律流程問題之溝通與協調，捐贈中器官登錄系統並依名單轉介相關醫療單位、交通工具之安排，捐贈後資料彙整、登錄及檔案管理、教育宣導。捐贈小組行政秘書1名，職責內容：處理器官捐贈有關行政流程。同上之計畫書中捌、人力配置欄記載，計畫主持人：柯文哲，擔任之具體工作性質：(1)NTUH OPO小組執行長。(2)規劃及組織NTUH OPO，人員訓練，負責與合作醫院協商，合作醫院教育訓練事宜，捐贈業務醫療相關問題。捐贈小組：葉○○、待聘兩人。擔任之具體工作性質：(1)器官捐贈協調護理師。(2)a.合作醫院之聯繫；b.醫療人員在職教育及民眾宣導；c.捐贈者之照護；d.捐贈事務之協調，資料紀錄；e.捐贈家屬心理支持、關懷。有上開計畫書影本在卷可證。經核依該計畫書之規定，器官捐贈業務醫療相關問題，均為負責醫師應負之職責；且無得由負責醫師概括授權勸募小組之內勤人員及協調師，以醫師名義開立檢驗單，及檢驗結果未經醫師綜合判讀或複核，即可將檢驗結果上傳登錄中心之登錄系統之規定。被付懲戒人為臺大醫院器官勸募小組之唯一負責醫師，對於上開血液檢體之檢驗，既未親自開具檢驗單，而概括授權上開內勤人員開具檢驗單送驗；又未對於檢驗報告綜合判讀檢驗結果，復未對於協調師以電話方式詢得而自行書寫於檢驗報告單之檢驗報告，以臺大醫院資訊系統之正式檢驗報告再予以複核，任由協調師依其自行書寫之檢驗結果，輸入登錄中心登錄系統，顯有違上開計畫書之規定。

(二)按上開器官捐贈者之血液檢體送至臺大醫院檢驗之目的，乃為診斷捐贈者是否患有上開不得器官移植之禁忌症之疾病，此與一般診斷病患並無差異，依上開衛生署函釋意旨，當屬醫療業務之核心，應由醫師親自執行。疾病之檢查、診斷與治療，係屬醫療業務整體連貫作業，為檢驗其血液以診斷是否罹患上開疾病而開具檢驗單，為醫囑之一種，亦應由醫師為之，如係由醫師口述或指示，由其他人員鍵入電腦後，列印於紙張，須再經醫師確認後簽名或蓋章。參之醫檢法第12條第2項規定，醫檢師執行業務，應依醫師開具之檢驗單為之。及臺大醫院101年11月28日校附醫秘字第1010904588號函釋，臺大醫院檢驗醫學部因採自動化檢驗及報告發送，故必由醫師開檢驗單才可啟動檢體檢驗及報告發送作業，並無例外情形等，暨臺大醫院於100年1月12日OPO會議決議，外院器官捐贈者之血液檢驗，「擬使用本院資訊系統，以『特殊診療行為模式』建立器官捐贈者帳號資料，由柯文哲醫師（器官捐贈小組）開立檢驗醫令，完成計價後列印檢驗單進行檢驗。」及外院捐贈者檢驗費用之計價與帳務處理SOP亦與上開會議決議相同之規定，有上開會議決議及檢驗費用之計價與帳務處理SOP等影本在卷可證等觀之，開具檢驗單必須醫師為之，不能於尚未有檢驗案件前，即概括授權無醫師資格之人開具檢驗單。被付懲戒人既為勸募小組之唯一負責醫師，即負有開具檢驗單之責。被付懲戒人辯稱，醫檢師法第12條第2項必須由醫師開具檢驗單才能檢驗，係指醫師有診療病人後，有檢驗必要之情形而言。且此項檢驗係由臺大醫院「器官移植經費」或「OPO經費」付費，依該條項但書規定，亦不適用云云。惟查上開由醫師開具檢驗單，醫檢師法並未有如被付懲戒人所辯之限制規定。且無醫師開具檢驗單可以檢驗，依該條項但書規定，係指經中央衛生主管機關指定或自費至醫事檢驗所檢驗之項目而言。臺大醫院係屬醫療機構，並非醫事檢驗所。此由醫檢師法第9條將醫檢師執業處所醫療機構與醫事檢驗所併列自明。且器官捐贈者血液檢體之Anti-HIV（抗愛滋病毒抗體）等檢驗，非屬經中央衛生主管機關指定檢驗之項目，有衛生署101年11月26日衛署醫字第1010268021號函在卷可按，是被付懲戒人所辯為不可採。又被付懲戒人既有開具檢驗單之責任，其未依規定開具，而授權無醫師資格之勸募小組人員開具，即有失職責。縱如被付懲戒人開具時，與被授權人同樣是上開「屍體器官捐贈者登錄表格」實驗室檢查欄內之項目，及被付懲戒人開醫囑令亦有檢驗計價之目的，暨本案之發生與最初之開具檢驗單，無直接之關聯等情，被付懲戒人亦不能解免違失咎責，是被付懲戒人執此辯其無責，難以採信。

(三)按檢驗結果之綜合判定，應具備醫師資格者始得為之，有上開衛生署函釋可稽。又依器官移植作業準則壹、「醫院通報器官移植之捐贈者、等候者、受贈者、及配對結果作業須知」規定，捐贈流程中辦理捐贈者評估，係屬勸募醫院之作業。又登錄中心並非醫療機構，其建置之登錄系統，係作為器官分配平臺，產出配對排序名單，並非病歷資料庫系統，不涉臨床之判斷。至於捐贈者評估，因屬臨床專業判斷，係屬醫院端，由器官勸募醫院及其勸募主責醫師，依捐贈者之各項檢查、檢驗之病歷資料，以及登錄中心所定「死後器官捐贈者標準」（含捐贈者絕對禁忌症、相對禁忌症、各器官臟別捐贈者標準）進行評估，經評估符合捐贈標準者，始將捐贈者資料輸入登錄系統。於94年4月1日開始施行之「器官勸募醫院通報作業流程圖」，亦規範輸入登錄系統通報前之流程為捐贈者評估。登錄系統中人類免疫缺乏病毒檢驗結果係以「＋」、「－」符號表示，「人類免疫缺乏病毒陽性」為捐贈者之絕對禁忌症，無須輸入登錄系統等各情，亦分別有衛生署100年11月10日衛署醫字第1000077673號函影本，同署102年4月10日衛署醫字第1020006554號函及所附之器官勸募醫院通報作業流程圖等影本，登錄中心102年1月23日器捐登字第10200150號函及檢附之器官移植作業準則影本等在卷可考。再臺大醫院上開Anti-HIV的檢驗係由自動化之儀器檢驗，由儀器檢驗出檢驗單所列項目之結果，將結果直接傳輸臺大醫院電腦檢驗查詢系統，且儀器設計就無參考值之記載，醫檢師對檢驗結果不能作綜合判斷等情，亦據臺大醫院醫學檢驗部副主任毛小薇於本會調查時結證明確，足證上開捐贈者之評估，係屬勸募小組負責醫師（即勸募主責醫師）被付懲戒人之責任，捐贈之器官經各項檢驗後，必先由被付懲戒人包含檢驗結果陽性「＋」及陰性「－」之判斷等評估符合捐贈標準者，始能上傳登錄中心之登錄系統甚明。被付懲戒人辯稱檢驗結果由醫檢師判讀，伊不負判讀之責云云，已無可採。況如被付懲戒人於100年9月14日臺北市衛生局調查時稱：「平日判讀由協調師負責，有問題才問我。在移植後7天內，由本人看過報告後再簽名結案」，並未稱檢驗結果，應由醫檢師判讀，益證被付懲戒人所辯，應由醫檢師負責判讀之詞，難以採信。且如被付懲戒人所辯，僅由協調師看檢驗報告內記載為「－」或「＋」，就可決定是否上傳登錄中心登錄系統云云。然如被付懲戒人於器官移植前，可免對捐贈者之包含血液檢體檢驗結果判讀等評估，於移植後7天內為簽名結案，始看檢驗報告，然如發現上傳登錄中心登錄系統之檢驗報告有誤有如本案，因已移植完成即無法補救，此與勸募小組設置負責醫師之目的顯然有違。更證被付懲戒人所辯為不可採。又被付懲戒人既為勸募小組之負責醫師（即主責醫師），對於不能作為器官移植之禁忌症認定條件之醫學專業知識，自不能諉為不知，且參之其於監察院約詢時已陳稱：「這次HIV的報告，若是大家看到，都知道它是陽性，這個部分是最不應該錯的，竟然錯了，因醫檢師發出的報告沒有錯…」等語觀之，被付懲戒人所辯稱，檢驗單之數值，究竟是陽性或陰性，醫師不一定能判斷，是伊對檢驗結果不負判讀之責云云，顯為飾卸之詞，殊無可採。又被付懲戒人對捐贈者既有包含檢驗報告判讀等評估其合乎捐贈者標準，始能上傳登錄中心之登錄系統之責任，縱如證人毛小薇於本會調查時證稱，Anti-HIV之檢驗屬特殊診療，有時效性，自收到檢體後依規定於2小時內要檢驗完成通知勸募小組並輸入資訊系統供查詢，此與一般檢驗，危急與異常狀態，均須發簡訊給醫師等，危急狀態是30分內發簡訊，異常狀態是24小時發簡訊，因上開檢驗非屬危急狀態，而屬異常狀態，因上開規定已應於2小時內檢驗通知勸募小組，又無發簡訊之規定，而未發簡訊給醫師等情，被付懲戒人亦不能據此而免責。

(四)臺大醫院器官移植檢體受理標準作業手冊規定，發送報告：「1、完成檢驗時，報告應先以電話通知器官捐贈小組成員雙方確認覆誦報告。2、並將報告鍵入臺大醫院檢驗報告系統以供查詢。」有上開作業手冊在卷可稽。臺大醫院毛小薇於監察院約詢時亦陳稱，100年3月與被付懲戒人溝通時，伊認為只以電話方式通報報告太危險，要求OPO要去查詢電腦檢驗報告，因為醫師端一定要去看檢驗報告等語。於本會調查時亦稱，電話很快可以執行，但仍需上網查詢，照臺大醫院檢驗流程規定，需上網查詢等語。100年2月24日臺大醫院器官移植管理委員會100年度第1次會議肆、討論事項一、器官組織捐贈者相關器官檢驗SOP，說明亦記載：因器官組織捐贈者檢體緊急情況下送至本院檢驗醫學部進行檢驗作業，為確保檢體之安全性與正確性，訂定檢體運送SOP及相關檢驗費用與人員工作津貼請領流程等語，有會議紀錄及SOP流程表可按，又臺大醫院副院長張上淳於監察院約詢時陳稱：「依登錄中心OPO計畫之工作流程OPO小組工作手冊，均未明確規範要確認書面檢驗報告，惟依據本院醫療常規，檢驗結果應以本院正式報告為確認依據」等語，再臺大醫院於99年4月19日至23日接受國際醫院評鑑，並獲通過，評鑑之項目包括在病患與家屬權利章中明訂「醫療機構對人體器官和組織的摘取和移植進行監督。」其中「改進有效的溝通」之標準項下亦說明衡量要素為「1、通過一個合作的過程來制定規章制度和／或程序，保證口頭和電話溝通的準確性。…4、醫囑或檢驗結果經由下醫囑或報告檢驗結果的本人確認。」為被付懲戒人所承認，並有國際醫院評鑑標準等影本在卷可稽，臺大醫院既接受國際評鑑，即應依該評鑑規定執行。綜上，足證檢驗結果應以正式報告為確認依據，被付懲戒人所辯，檢驗報告以電話通知即可，將報告鍵入檢驗報告系統，僅供記帳之用，伊及協調師無庸再向檢驗系統查詢正式之檢驗報告，及評鑑於本案發生前已完成多時，與本案之發生兩者無關，且評鑑屬檢驗醫學部應檢討改善之事項，非伊責任云云，顯為卸責之詞，難以採信。

(五)案發後依臺大醫院函陳衛生署及臺北市衛生局之100年8月30日臺大醫院HIV陽性器官移植事件檢討報告中認事件發生根本原因為(1)關鍵資料在電話溝通中出現錯誤。(2)並未執行醫療常規中應以正式報告為確認依據之流程，依該院醫療作業常規，檢驗結果應以正式報告為確認依據。勸募小組成員需於電腦資訊系統上再確認檢驗結果，據以決定是否通知相關單位進行移植手術，此步驟其未執行。(3)缺乏複核機制，檢驗資料之確認與上傳登錄中心均由同一人負責，並未有其他人重複確核。及衛生署所具臺大醫院及成大醫院將感染人類免疫缺乏病毒器官用於移植手術事件報告中關於失誤原因分析，認協調師與醫檢師，僅以電話通報檢查結果，且未落實覆誦與確認的作業，覆誦機制並未達到檢核效果。在確認捐贈者的各項條件，以判定勸募的器官是否合適供做移植手術，據以執行後續器官摘除與移植的決策過程中，器官捐贈小組醫師，對於摘取器官應施行之各項檢驗，其醫囑及開單，均未親自參與，亦未親自判讀檢驗結果，逕由協調師鍵入檢驗報告於登錄中心登錄系統，並且據以執行後續移植作業，未善盡醫師與器官捐贈小組醫師的責任。有上開臺大醫院檢討報告、衛生署調查報告等影本在卷可按。雖被付懲戒人辯稱，臺大醫院上開檢討報告中所載之本案發生之根本原因之一，係臺大醫院事後修正OPO標準作業流程與規範，非屬原有機制，因其陳報衛生署、衛生局之檢討報告未予釐清，致衛生署上開報告可疑云云。惟查臺大醫院上開檢討報告中發生之根本原因，與案發後之改善措施，係先後分別論究，並無何混淆之處，是被付懲戒人所辯，無可遽信。從而益證被付懲戒人有上開違失，至為灼然。

(六)臺大醫院勸募小組負責醫師雖只有被付懲戒人1人，如其請假，業務則有代理人負責，有臺大醫院101年11月28日校附醫祕字第1010904588號函在卷可憑，又開具檢驗單及檢驗結果之綜合判定既為醫師之責，亦不能因勸募合作醫院相距遠而得解免，是被付懲戒人以勸募小組醫師僅有伊一人及有些勸募合作醫院相距較遠為由，辯稱伊無庸開具檢驗單及判讀云云，殊無可採。

(七)臺大醫院OPO白皮書雖無規定由勸募小組負責醫師開具檢驗單，惟該白皮書於臺大醫院與登錄中心簽訂捐助計畫契約書時並未提出作為執行之計畫，亦未陳報衛生署核備，業經被付懲戒人於本會調查時供明，是被付懲戒人執上開白皮書辯稱，伊無庸開具檢驗單及判讀檢驗結果云云，殊無可採。又人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第11條第1項第3款僅規定，施行器官等移植，應事先實施人類免疫缺乏病毒有關檢驗；及衛生署所訂之「器官捐贈移植作業準則」貳、「屍體器官捐贈者登錄表格」內，五、實驗室檢查欄，僅列檢查之項目，雖均未規定應由何人開具檢驗單及判讀檢驗結果，惟此僅具有醫師資格者始得為之，有如前述，自無庸規定。被付懲戒人以上開「屍體器官捐贈者登錄表格」已列檢查項目與捐血一樣列有檢查項目，而辯稱伊無庸開具檢驗單及判讀檢驗結果，已難採信。況捐血站應有負責醫師，該站負責醫師雖不在場，其業務如有必要，得以傳真方式辦理，該站護理人員或其他人員為捐血之民眾抽血，其行為得視同在醫療機構醫師指示下之行為，有衛生署84年10月11日衛署醫字第84060445號函影本在卷可憑。足證捐血站亦有負責之醫師，且器官移植捐贈者血液檢體檢驗，檢驗結果合乎捐贈者標準要上傳登錄中心配對，其程序與捐血不同，且法令又無規定，器官捐贈者血液檢體檢驗，無須醫師開具檢驗單，是被付懲戒人執此捐血檢驗之項目，辯稱伊無庸開具檢驗單云云，殊無可採。

四、綜上以觀，被付懲戒人身為勸募小組之唯一負責醫師，有確認器官捐贈者之各項條件，以判斷勸募之器官是否合適供作移植手術之職責，亦即其負有評估捐贈者合適器官移植者始能上傳登錄中心之把關重責。被付懲戒人於本會調查時，承認於本案器官移植後，接獲通知誤植愛滋器官，始知有本件之器官移植等情。其對本件器官移植前之上開血液檢體之檢驗，未親自開具檢驗單，而授權無醫師資格之內勤人員開具檢驗單，即有未盡職責之違失。檢驗完成，醫檢師已將檢驗報告鍵入臺大醫院資訊系統，既未親自判讀檢驗結果；又未督導協調師對於檢驗報告除以電話查詢外，尚需以臺大醫院資訊系統之正式檢驗報告為據，且對於協調師依電話查詢而自行書寫於檢驗報告單之檢驗結果，復未盡勸募醫院勸募小組負責醫師，再以醫院資訊系統之正式檢驗報告複核確認，以評估判斷勸募之器官，合適供作移植手術者，始能上傳登錄中心登錄系統之把關職責，而任由協調師依上開方式得知，而誤HIV檢驗為陰性，並上傳登錄中心登錄系統，致釀成上開誤植染有愛滋器官之重大醫療事故，被付懲戒人實難辭未盡職責之違失。

丙、對於專業經驗尚有不足之協調師，在未有效進行訓練及考核下，即由其獨力執行移植手術之前置作業違失部分：

一、被付懲戒人申辯意旨略以：

(一)葉協調師自98年7月擔任該職，至本案發生，已執業2年，處理約100例成功捐贈案例，並非新手。因其須親至新竹南門醫院瞭解及討論捐贈者身體狀況暨照護等事，致必須以電話方式向緊急檢驗組查詢檢驗結果，當晚在新竹，繼續處理相關事宜，致無法用臺大醫院院內檢驗報告系統確認檢驗結果報告。又勸募小組有4名工作人員，因有人離職，新進人員未到，僅剩2人，致分身乏術，發生此事，協調師執行移植手術前置作業發生事故，並非專業經驗不足，而係因臺灣OPO無整合也無人力支援之機制所致，此組織制度不完整之意外事故，不應由被付懲戒人承擔，因其對此制度之缺陷，並無控制之能力。

(二)協調師於工作手稿上將HIV檢驗值正確記載為56.7，超出標準值「1」甚多，雖仍記載為陰性，惟協調師並不負責對檢驗值56.7進行判讀，而係直接依據醫檢師報告的「陽性」或「陰性」之結果進行登錄程序。此與協調師是否缺乏完整訓練課程及未規劃考核學習成效無關。被付懲戒人此部分亦無責任。

(三)被付懲戒人於監察院詢問時雖稱，有訓練辦法，有白皮書、有學習護照，但「沒有monitor，我承認沒有做得那麼好。」此僅表示被付懲戒人已設應有之訓練制度，並予以施行，但效果不一定十分彰顯，此為一般在職教育訓練常有之現象，不可以被付懲戒人之「意見陳述」，作為認定疏於規劃完整訓練課程之「事實」。

二、惟查葉協調師於監察院約詢時詢以：「面試工作後訓練？」陳稱：「先進ICU見習，並未有完整一套流程見習，邊作邊學」。再詢以：「具體學些什麼？」陳稱：「1、負責帶之護理師，未有完整一套之訓練課程。2、亦未要求技術考核。3、工作職掌：(1)平常在office。(2)工作很free。(3)當講師。(4)器官捐贈宣導之協助。(5)器官捐贈潛在者之接觸。」且陳稱，請檢驗師報檢驗結果，檢驗師先報1-2項檢驗數值，伊對於數值上之判讀無法完全瞭解是否代表陰、陽性，乃請檢驗師直接報檢驗結果等語，有該院調查案件詢問筆錄在卷可稽。次查勸募小組人員訓練，依上開計畫書，係被付懲戒人之職責，臺大醫院OPO白皮書雖分別有訂教育訓練課程及人員教育訓練內容，且有指定學習項目，作為協調師職前及平日所需之專業課程，惟內容並無器官檢驗相關之課程，且無明訂訓練工作及學習成效之考核事項，有上開白皮書影本在卷可參。被付懲戒人於監察院約詢時雖陳稱有訓練辦法，有白皮書、有學習護照，惟亦陳稱：「沒有monitor，我承認沒有做得那麼好。」有該院調查詢問筆錄在卷可證。綜上，足證葉協調師之專業經驗尚有未足，且被付懲戒人未對之有效進行訓練及考核至明。再查依上開計畫書，勸募小組之編制除主責醫師外，有4名工作人員（3名協調師，1名內勤人員），被付懲戒人既是勸募小組之執行人，且於監察院約詢時亦陳述協調師由其聘任，則協調師遇有出缺，影響器官移植手術之前置作業時，應速補人力，為被付懲戒人應負之責任。且在醫院外，臺大醫院有設VPN帳號，醫師向醫院申請核准，可由該帳號以該密碼在院外查詢檢驗結果等情，亦據毛小薇在本會調查時述明，並為被付懲戒人所不否認，並稱其未申請該密碼云云。依上述，協調師在醫院外，並非無法查知院內資訊系統之檢驗報告，是葉協調師在監察院調查時陳稱，在南門醫院病房無法查院內網之檢驗報告，與被付懲戒人疏未申請利用上開查詢檢驗報告之方法不無關聯。因而被付懲戒人自不能以協調師人力不足，無人力備援機制而解免其責。是被付懲戒人上開所辯其不應負責之詞，殊無可採。

三、查葉協調師係由被付懲戒人親自招聘及規劃職前及在職訓練，協調師之職務既是器官移植手術前之器官勸募工作，因此對於移植器官之醫學檢驗相關之課程，應規劃訓練，以增其與工作有關之專業知識，並加以督導與考核，避免失誤，然被付懲戒人疏未對葉協調師為上述之訓練及督導考核，即由其執行移植手術前置作業，致葉協調師因上開之疏失，釀成上開重大醫療事故，自難辭違失之責。

丁、至被付懲戒人於事實欄所載其餘所辯，經核均難執為解免其責之理由。

叁、綜上所述，被付懲戒人違失事證，至臻明確。被付懲戒人請求調查及傳訊其在事實欄所載之事項及證人（本會已傳訊及調查者除外），以證明其待證事項，因事證已明確，經核無必要，並予敘明。核被付懲戒人所為，有違公務員服務法第7條所定，公務員執行職務，應力求切實之旨。爰審酌被付懲戒人違失情節，並參酌公懲法第10條所列事項等一切情狀，議決如主文所示之懲戒處分。

據上論結，被付懲戒人柯文哲有公務員懲戒法第2條各款情事，應受懲戒，爰依同法第24條前段、第9條第1項第3款及第13條議決如主文。