

調 查 報 告

壹、案由：據報載，臺大醫院誤將疾病管制局列管之愛滋病毒感染者器官用於移植，導致 5 名器官受贈者及 50 餘位執行手術之醫護人員均面臨愛滋病毒感染風險，該重大醫療疏失，究係單純因素或系統性錯誤；另為避免類案再生，有關病例列管勾稽機制之建立及「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」之適當性，均有深入探究之必要乙案。

貳、調查意見：

本院為調查國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）誤將行政院衛生署（下稱衛生署）疾病管制局（下稱疾管局）列管之愛滋病毒感染者器官，用於移植之重大醫療疏失，究係單純因素或相關機關之系統性錯誤乙案。經向臺大醫院、國立成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院）、衛生署、疾管局、臺北市政府衛生局（下稱北市衛生局）、臺南市政府衛生局（下稱南市衛生局）、行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院（下稱臺北榮總）及臺中榮民總醫院（下稱臺中榮總）、國防醫學院三軍總醫院（下稱三軍總醫院）、財團法人亞東紀念醫院（下稱亞東醫院）、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院（下稱林口長庚）、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院（下稱高雄長庚）、財團法人彰化基督教醫院（下稱彰基）、財團法人佛教慈濟綜合醫院（下稱花蓮慈濟）、中國醫藥大學附設醫院（下稱中國附醫）調取相關卷證審閱，諮詢國內法學及移植醫學專家，並赴高雄長庚實地諮詢肝臟移植權威陳○○院長，另實地查訪疾管局、財團法人器官捐贈移植登錄中心（下稱器捐登錄中心）、聯正醫事檢驗所、邱內科

診所、成大醫院，以及約詢衛生署邱署長○○、江前副署長○○、石處長○○、臺大醫院陳院長○○、柯醫師○○及本案相關協調師、醫檢師等人員，茲已釐清案情竣事，爰將調查意見臚述如下：

一、器捐登錄中心係衛生署捐助成立之機構，辦理器官勸募捐贈業務之執行。依據人體器官移植條例及財團法人器官捐贈移植登錄中心捐助章程，衛生署有營運之主導權，並負有監督管理責任，然查器捐登錄中心辦理器官勸募業務存有諸多缺失，衛生署卻未善盡監督職責，核有下列疏失：

(一)器捐登錄中心之董事長，多年來由衛生署副署長兼任，肇生器捐登錄中心在業務執行與被監督管理上，皆由同一人擔任之矛盾情形；又該中心人事異動頻繁，不利穩定運作，人事制度顯欠周延：

1、按行政院衛生署組織法第13條規定，略以：「本署置署長1人，…綜理署務，並指揮監督所屬職員及機關；副署長3人…，輔助署長處理署務。」次按行政院衛生署辦事細則第7條規定，略以：「醫事處分設6科，各科掌理事項如下：…六、第六科：…(五)關於人體器官移植之策劃及督導事項。」上開法令，業已明定衛生署對於人體器官移植事項負有策劃及督導權責，副署長依法應輔助署長處理署務，有關器官移植之策劃及督導事項自應包括在內。

2、次按民國(下同)91年7月10日修正公布施行之人體器官移植條例第10條之1規定：「醫院應將願意捐贈器官及等待器官移植者之資料，通報中央衛生主管機關(第1項)。中央衛生主管機關為促進捐贈器官之有效運用，應自行設立專責單位或捐助成立專責機構，辦理前項

資料之資料庫建置；必要時，並得委託相關機構、團體辦理之（第 2 項）。」在前開條例施行前，衛生署先於 91 年 6 月捐助成立器捐登錄中心，作為器官分配平台，辦理器官勸募、捐贈宣導、推廣與教育訓練業務。另依財團法人器官捐贈移植登錄中心捐助章程（下稱器捐登錄中心捐助章程）第 3 條之規定，該中心之業務範圍為：「一、接受中央衛生主管機關之委託，辦理器官捐贈與移植登錄作業。二、成立器官捐贈及移植資料庫。三、建立器官捐贈及移植配對作業流程。四、進行移植醫院及摘取醫院之輔導工作。」可知，器捐登錄中心係器官捐贈與移植業務之實際執行機構。

- 3、再按器捐登錄中心捐助章程第 5 及 6 條分別規定：「本中心設董事會，置董事 15 人，任期 3 年，連選得連任（第 1 項）。第 1 屆董事由行政院衛生署遴聘，後屆董事其中 8 人由行政院衛生署指派聘任之，其餘 7 人由董事會就醫藥衛生、法律學者專家及熱心公益社會人士選任之（第 2 項）。」「本中心董事會置董事長 1 人，由行政院衛生署就指派聘任之董事中指定 1 人擔任，綜理本中心業務，對外代表本中心。」可知，在器捐登錄中心過半之董事由衛生署遴聘或指派聘任之下，該署對於器捐登錄中心之營運及人事制度自有主導之影響力，然對於董事長之指派，依法並無限定須由衛生署副署長兼任。
- 4、查器捐登錄中心成立後，該中心歷任董事長多由衛生署副署長兼任，且因近年來衛生署副署長人事異動頻繁，連帶使得登錄中心在 9 年間

陸續有 10 人曾經擔任董事長乙職；又因器捐登錄中心之執行長亦非專職，且多年來未聘得具移植背景之醫師擔任，故器捐登錄中心僅作為器官分配之平台，目前並無發揮醫學上之功能。

5、綜上，器捐登錄中心係器官捐贈與移植業務之實際執行機構，由衛生署捐助成立，執行該署策劃之器官移植相關政策，並受該署監督指揮；至於衛生署內部之行政體系分工，督導器捐登錄中心之單位乃該署醫事處，而醫事處之業務又受副署長督導，而該副署長又兼任器捐登錄中心之董事長，乃形成一人兼具衛生署副署長及器捐登錄中心之董事長雙重身分，即既為執行者，亦為監督者之矛盾，一旦器捐登錄中心之管理發生問題，衛生署即難持超然之立場檢討究係自身之責任或應歸咎於器捐登錄中心之疏失；且登錄中心近年來人事異動頻繁，執行長又非專職，因此既無發揮醫學上功能，運作亦難以穩定，衛生署允應深入檢討。

(二)器捐登錄中心為增加器官勸募來源，在器官分配原則上，對勸募醫院及相同勸募組織訂有優先分配機制，卻衍生各器官勸募網絡醫院以爭奪合作醫院作為增加器官來源之方法，反使部分醫院等候移植病人不易受贈分配器官，顯不公允：

1、依器官移植分配一般原則第 3 點規定，略以：
「器官移植分配考量影響器官移植之絕對因素及相對因素，訂定分配順序。(一)絕對因素：移植等候者需符合絕對因素之規定，始得接受器官分配。(二)相對因素：考量各項因素對不同器官影響權重之差異，訂定各項因素考

量之優先次序」、「其分配順序依以下原則訂定：1、比較各相對因素中之先順位考量因素，屬優先者排序在前。…」。

另按器捐登錄中心訂定之心、肝、肺、腎、胰臟及眼角膜移植分配原則所訂之相對因素大致納入「疾病等級」、「是否為勸募醫院」、「是否為相同網絡之器官勸募組織」及「等候時間」等考量，但各因素在不同臟器移植分配之優先順序互有先後。大致而言，在心臟部分，疾病等級「1A」者優先於勸募醫院及相同網絡之器官勸募組織；但其他臟器部分，係勸募醫院及相同網絡之器官勸募組織之排序優先於疾病等級，以鼓勵醫院勸募。

2、94年6月實施之捐贈器官分配制度，係將勸募之器官臟別及各項配對排序條件內鍵於「器官捐贈移植登錄系統（下稱器捐登錄系統）」，並由器官勸募醫院，將器官移植之捐贈者、等候者、受贈者資料，登載及通報至器捐登錄系統，自動產出配對排序名單，再由勸募醫院聯繫通知配對排序名單之移植醫院，以進行器官摘取、移植手術。然查肺臟、肝臟、腎臟、胰臟及眼角膜移植分配原則之相對因素優先排序，皆將「勸募醫院」或「相同網絡之器官勸募組織」等考量，優先於受贈者之疾病等級，此舉雖有鼓勵醫院勸募之誘因，但在此制度設計及分配原則下，勸募醫院無不以增加合作醫院家數為目標，只要合作醫院家數多且具有規模，依相對因素之排序規則，即易取得移植之器官，致勸募醫院以爭奪合作醫院作為增加器官來源之方法，更藉此方式主導器官之分配，然

而，卻使其他勸募規模較小之醫院，其等候器官移植之病人較不易接受到分配之器官，顯不公允。

(三)器捐登錄中心在器官勸募制度上，委託 10 家器官勸募網絡醫院以競爭方式運作，因家數多，使現行捐贈移植未必具備經濟規模，核屬不當：

- 1、依人體器官移植條例第 10 條之 1 第 4 項之規定，醫院醫療人員得主動向病患家屬勸募，以增加器官捐贈之來源。爰器捐登錄中心自 93 年起推動器官勸募網絡計畫，鼓勵勸募醫院與器捐登錄中心簽訂「補（捐）助」契約，並由器捐登錄中心核撥補助費予勸募醫院，協助執行器官勸募與捐贈工作。
- 2、依據衛生署提供之書面說明，當初未將勸募醫院整合為 1 家，係考量各醫院組織架構與文化有差異，器官勸募作業方式自有不同，若強迫整合將缺乏競爭力，且推動器官勸募網絡計畫之精神，係藉由輔導合作醫院，發掘更多潛在之捐贈者，如無醫院可辦理合作醫院之輔導工作，將導致捐贈人數下降。另據衛生署醫事處石處長○○於本院約詢時表示，國內當初規劃成立器捐登錄中心進行器官分配，即曾考量究應採美國或英國模式（以醫院為基礎），嗣因採美國模式，國內捐贈移植量不夠大，未能達經濟規模，故先採以醫院為基礎之模式，即委託提出勸募計畫之各家器官勸募網絡醫院之競爭方式運作。
- 3、查器捐登錄中心 93 年推動器官勸募網絡計畫時，計有 15 家醫院申請為勸募醫院，惟有數家醫院因勸募數無法提升而退出，目前計有 10 家器

官勸募醫院。然依現行每年勸募及移植量，是否有足夠之經濟規模繼續支持 10 家勸募醫院，組成器官勸募網絡，不無疑問。惟本院約詢衛生署江前副署長○○表示：未來擬將國內 10 家勸募醫院整合為一，但需逐步進行，現任器捐登錄中心董事長李伯璋於上任時亦已對外宣示，擬先將勸募網絡整合為北、中、南、東 4 個區。可見，衛生署與醫界對於勸募醫院之整合已有相當共識，惟應建立分區或單一獨立之勸募網絡，尚待衛生署重新檢討運作方式。

(四)國內每年器官捐贈人數僅約 200 人，可進行心、肺、肝、腎、胰等器官移植之醫院家數眾多且變動幅度大，衛生署對於器官移植醫院之數量及品質宜有管制機制，或建立器官移植數量較少之醫院之退場機制，以維護移植醫療品質：

- 1、查器捐登錄中心網站有關衛生署核准之各地區移植醫院 101 年 3 月之統計資料，國內心臟、肝臟、肺臟、腎臟、胰臟（不含眼角膜及骨骼）等器官移植醫院家數有 37 家（北區 17 家，中區 9 家，南區 9 家及東區 2 家）。另依臺大醫院 100 年 10 月 12 日校附醫秘字第 1000904527 號函提供資料，100 年 9 月 1 日器捐登錄中心網站國內移植醫院之數量及分布統計資料，心臟、肝臟、肺臟、腎臟、胰臟（不含眼角膜及骨骼）等器官移植醫院家數有 90 家（北區 42 家，中區 19 家，南區 25 家及東區 4 家）。於短短半年期間內，國內施行重要器官之移植醫院有高達 53 家異動，移植醫院變動浮度極大，衛生署對於國內施行重要器官移植醫院之品質宜有把關機制。

2、次查器捐登錄中心提供器官捐贈統計之資料顯示，自 95 年至 100 年（截至 100 年 10 月 11 日止）止，心臟、肺臟、肝臟、腎臟、胰臟、眼角膜等各器官及小腸、皮膚、骨骼、心瓣膜、鞏膜等之捐贈及受贈之人數如下：

年	捐贈人數	受贈人數
95	165	625
96	151	588
97	195	728
98	215	797
99	209	756

3、依據前項 2 之資料，近 2 年來，國內各家器官勸募醫院每年僅勸募到約 210 人捐贈器官，移植受贈人數每年尚不及 800 人，以此數量計算，部分醫院每年能執行之移植數量勢必不足，恐有影響其移植醫療品質之虞。綜上，衛生署對於器官移植醫院之數量宜有管制機制，甚至建立器官移植數量較少之醫院之退場機制，以維護移植醫療品質。

(五)器捐登錄中心針對各醫院執行器官勸募網絡計畫及經費考核，係以抽訪、書面審核方式進行，並未對經費實際運用及移植作業流程進行全面實地查核，殊有未當：

1、查器官勸募網絡計畫對器官捐贈處理費之補助原則載明，醫院需設立專門帳戶管理，專款專用於器官勸募、教育訓練及宣導活動等相關事項，至器官捐贈處理費之計算，係以單一捐贈案例成功捐贈件數為獎勵，另對不同類器官及不同捐贈例數有不同之加成費用，另亦訂有相關核減經費之狀況，以約束醫院不依規定完成

登錄作業、未依排序名單進行分配器官…等情形。爰此，在一成功移植案例上，除可向健保局申請單一筆該器官移植費用外，在器捐登錄中心之補助經費上，亦可申請一筆獎勵費用。

- 2、次查器捐登錄中心自 94 年起，每年對當年執行器官勸募網絡計畫之器官勸募醫院，進行抽訪，其重點包括：教育訓練、捐贈者家屬心理支持及輔導措施等；登錄系統作業情形；合作醫院輔導；器官捐贈處理費之使用；器官分配作業情形等。但卻無針對各勸募醫院器官捐贈院內作業程序、移植團隊移植程序、檢驗程序等相關標準作業流程進行查核之管考。另在補助經費管理上，係以書面審核方式撥補並以抽訪方式進行監督，但未對經費實際運用進行全面實地查核，無法確實掌握醫院經費之實際使用情形。
- 3、器捐登錄中心曾多次抽訪臺大醫院之器捐業務，但未曾查核發現該院器捐小組之登錄系統作業有何疏漏之處。詢據衛生署醫事處石處長○○表示：器捐登錄中心在 100 年以前對於勸募醫院之訪查事項，主要在於是否按照所提計畫執行及補助款有無專款專用，而未注意檢驗結果如何通報等事項。但臺大醫院事件發生後，器捐登錄中心對於勸募醫院之訪查，已注意比較細節之問題，亦請醫院評鑑之專家提供協助。復據衛生署江前副署長○○表示：器捐登錄中心對於勸募醫院之訪查重點在臺大醫院事件發生前後已有不同，過去訪查勸募數量、宣導情形、補助款是否專款專用等，但未審視相關作業之標準作業程序。

4、綜上，器捐登錄中心針對各醫院執行器官勸募網絡計畫及經費考核，係以抽訪、書面審核方式進行，並未對各勸募醫院器官捐贈院內作業程序、移植團隊移植程序、檢驗程序等相關標準作業流程進行查核，在經費管理上，亦未對經費實際運用進行全面實地查核，無法確實掌握醫院經費之實際使用情形，殊有未當。

(六)器捐登錄中心在器官勸募網絡計畫招標上對器官勸募醫院資格，雖明訂與合作醫院依地域簽約，惟對相同體系、聯盟或委託經營之醫院並無限制，使各勸募醫院制度自成一格、各自為政，合作醫院分散全臺各區域，造成捐贈器官跨區相互遞送，器捐團隊到處奔波，致現行器官勸募跨區制度毫無效能可言：

1、查器捐登錄中心 100 年度器官勸募網絡計畫說明書所載「伍、申請機構資格」之五，內容為「與 5 家以上醫院簽署器官勸募移植業務合作意向書或契約書。(一)與合作醫院簽約時，建議參考下列分區規定。(二)全台共分為六區域，各醫院除『相同體系』、『相同聯盟』或『委託經營』等條件外，宜與相鄰區域之合作醫院簽約。」

2、前項所稱之「六區域」，按縣市分區如下：

- (1)臺北—臺北、基隆、宜蘭。
- (2)北區—桃園、新竹、苗栗。
- (3)中區—臺中、彰化、南投。
- (4)南區—雲林、嘉義、台南。
- (5)高屏—高雄、屏東。
- (6)東區—花蓮、台東。

3、至於衛生署 100 年度核准之器官勸募醫院及其

合作醫院家數如次：

區域別	勸募醫院	合作醫院家數
臺北	三軍總醫院	35
	臺大醫院	26
	亞東醫院	16
北區	林口長庚	35
中區	彰基	6
	中國附醫	8
	臺中榮總	52
南區	成大醫院	12
高屏	高雄長庚	20
東區	花蓮慈濟	12

臺大醫院、林口長庚、高雄長庚、慈濟醫院、中國附醫等醫院，皆有跨區簽約合作醫院之情形，至於臺北區之三軍總醫院，合作醫院亦分布於臺北區、北區、中區、高屏區及東區；中區之臺中榮總，合作醫院更遍及全臺六區。

4、綜上，登錄中心在器官勸募網絡計畫中已考量器官移植時效、地域交通及移植團隊四處奔波之因素，規劃各醫院之簽約區域，但對「相同體系」、「相同聯盟」或「委託經營」等之醫院，則未加以限制，使各勸募醫院制度自成一格、各自為政，合作醫院分散全臺各區域，造成捐贈器官跨區相互遞送，器捐團隊到處奔波，致現行器官勸募跨區制度毫無效能可言。

(七)器捐登錄中心器官分配平台功能不彰，只提供各院勸募器官登錄及進行器官分配功能，未有各勸募醫院登錄捐贈資料覆核及捐贈者移植相關病歷供器官受贈醫院查詢之機制，各受贈醫院僅能依勸募醫院提供之口頭訊息評估捐贈器官，容易導致因口頭

訊息傳遞錯誤發生錯誤移植情事，殊有不當，衛生署應加強其管理功能：

- 1、依據器捐登錄中心捐助章程第 3 條規定略以：

「本中心之業務範圍如下：一、接受中央衛生主管機關之委託，辦理器官捐贈與移植登錄作業。二、成立器官捐贈及移植資料庫。」可知，器捐登錄中心協助衛生署從事器官捐贈與移植之登錄、資料庫建立等工作，對於器官捐贈及移植資料自有管理之責。然據衛生署表示：器捐登錄中心並非醫療機構，其建置之「器官捐贈移植登錄系統」，僅作為器官配對排序名單之分配平台，並非病歷資料庫系統，運作上不涉臨床判斷。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，及「死後器官捐贈者標準」進行評估，符合捐贈標準者，始予上網通報捐贈者資料進行捐贈配對排序。且在「器官勸募醫院通報作業流程圖」亦規範器官勸募醫院職責，應包括捐贈者評估。故現行對捐贈者資料之評估，仍主要依賴勸募醫院為之，器捐登錄中心並未有查核機制。
- 2、復據醫療法第 74 條規定，醫療機構為診治病人之需，得商洽原診治醫療機構提供病歷複製本或病歷摘要及各種檢查報告資料；另依據人體器官移植條例第 11 條規定，醫師摘取器官施行移植手術，應建立完整醫療紀錄。故醫師摘取器官施行移植手術，應依上開規定建立完整醫療紀錄，而器官勸募醫院若能依上開規定，提供移植醫院捐贈者評估之相關病歷資料，以供

移植醫院於術前再次評估，更能保障受贈病人之安全。

- 3、然而，按器官移植作業準則，捐贈者所有之檢驗均應於第 1 次腦死判定前完成，始得於第 1 次腦死判定後 1 小時內上網至器捐登錄中心之器官捐贈移植登錄系統內，填報「屍體器官捐贈者登錄表格」，該系統再依填報之檢驗結果及其他捐贈者資料，產生受贈移植醫院排序名單。亦即受贈醫院在勸募醫院輸入相關捐贈者檢驗及相關資料後方能產生受贈醫院名單，在講求時效之器捐移植作業上，受贈醫院若為跨院或非相同網絡之器官勸募組織，要在短時間內商洽原診治醫療機構提供病歷複製本或病歷摘要及各種檢查報告資料，在實務上有其難度。
- 4、以臺大醫院為例，其合作之器官勸募醫院出現捐贈者時，應由該院器官勸募協調師（協調師非法所訂之專業技術人員，名詞為國內各勸募移植醫院譯自 coordinator 而慣用，以下姑稱協調師）前往查閱捐贈者之病歷資料，再至器捐登錄中心系統登錄捐贈者資料。然該院與其合作醫院間並無捐贈者病歷相互調閱機制，必要時僅能由勸募醫院向捐贈者所在醫院取得病歷摘要而已。另以成大醫院為例，該院與合作之器官勸募醫院亦無病歷交換與調閱機制，器官捐贈院際分享作業係依「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，以電話聯繫。在無法源明定病歷共享之規範，捐贈者所在醫院往往為保護病患隱私，使移植醫院無法取得捐贈者病歷內容，僅

能依口頭訊息傳遞或勸募醫院登錄資料為評估依據，而無捐贈者其他相關病歷以判定捐贈器官適用與否的窘境。

- 5、另勸募醫院協調師將捐贈者檢驗資料登載於器捐登錄中心系統時，在血清學檢查部分，目前僅能登錄陰性（－）或陽性（＋）結果，而未登錄檢驗值，因此，將錯誤判讀結果登載後，受贈醫院之移植人員讀取資料時，亦無從判定並即時發現錯誤。若能將檢驗結果之數值及判讀結果，同時登錄於系統，即能讓之後進行查詢人員，亦對檢驗結果進行把關，再次予以確認。
- 6、爰上所述，衛生署宜檢討器捐登錄中心現行功能，建立勸募醫院登錄捐贈資料正確性之查核、院際間捐贈者移植病歷資料之共享、受贈醫院至登錄中心查詢捐贈者資料之適切權限與移植受贈醫院對於檢驗結果查詢之多重覆核機制，以取代現行依賴勸募醫院對捐贈者資料評估之情形，增加捐贈器官移植安全性。

(八)器官捐贈工作中有所謂「協調師」，即國外所稱之「coordinator」，其性質應屬聯絡人，並非具有專業資格之人員，不應稱之為「師」，衛生署允許自創名詞賦予不必要之權威，極為不妥。

綜上，財團法人器捐登錄中心係由衛生署捐助成立之機構，專司國內器官勸募捐贈業務之執行，衛生署對其營運有主導權，且負有監督管理之責。然器捐登錄中心在組織上，人員異動頻繁，不利業務運作；在器官分配制度上，除心臟之分配外，勸募醫院或相同網絡之器官勸募組織優先於受贈者之疾病等級，對等候器官移植之病人而言，未必公允；且國內器捐案

例有限，但勸募醫院及移植醫院家數相對較多，不利於醫療品質及經濟規模；又器捐登錄中心對於勸募醫院之查核，未審視相關作業之標準作業程序，復未對勸募醫院登錄資料之正確性建立把關機制，均應檢討改進。然國內器捐制度建立以來，透過捐贈器官之分配，確實造福許多病患，允應肯定，但制度運作以來，亦衍生若干問題，然而，此一制度之建立，非一人獨立完成，且並非臺大醫院誤將愛滋感染者器官用於受移植病人之直接原因，故相關之缺失，難歸責於一人，惟衛生署為器捐登錄中心之主管機關，對於器官勸募業務存在之諸多缺失，未積極謀求解決之道，難脫未善盡監督職責之咎。

二、臺大醫院對器官捐贈檢體檢驗結果以電話及查核電腦系統報告之雙重確認機制，未督導器捐勸募小組落實執行；且檢醫部對於檢驗結果之口頭通報分由數人執行，通報機制紊亂；臺大醫院對於器官勸募小組之人力編制及預算經費，均未納入行政管理體系，顯有疏失：

(一)臺大醫院對器官捐贈檢體檢驗結果以電話及查核電腦系統報告之雙重確認機制，未督導器捐勸募小組落實執行；且於口頭報告程序未制定專人統一彙整報告機制，口頭通報分由數人執行，通報機制紊亂，核有疏失：

1、在 100 年 3 月前，臺大醫院器官移植小組對器官捐贈檢體之檢驗，係以委託院外檢驗方式進行，由於該院檢驗醫學部 99 年 6 月 17 日通過 TAF (Taiwan Accreditation Foundation, 財團法人全國認證基金會) 認證，故自同年 4 月開始收回委託院外檢驗，由臺大醫院自行檢驗，依據該院器官移植檢體受理標準作業程序，

有關「4、發送報告」之程序為：「4.1 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。4.2 並將報告鍵入臺大醫院檢查檢驗報告系統以供查詢。」按前開程序，檢驗醫學部於檢驗報告完成後，立即以電話口頭通知器官勸募小組檢驗結果，雙方需確認覆誦結果，再由檢醫部將報告鍵入檢驗報告系統，以供器官勸募小組配合口頭報告再進行查詢覆核。

- 2、依據臺大醫院 100 年 1 月 12 日 OPO 會議記錄、器官移植管理委員會 100 年度第一次會議紀錄及本院約詢臺大醫院檢醫部毛副主任小薇表示，有關器捐檢體送驗相關流程及檢驗結果通知程序，係於 99 年 12 月起與器捐勸募小組討論，並與負責醫師柯○○達成以電話及查詢電腦系統檢驗報告雙重確認檢驗結果之共識，並經移植管理委員會同意。渠亦表示曾向柯醫師說明，依臺大醫院之規定，醫師在院外為特殊診療行為，可使用虛擬帳號登入院內之檢驗系統查詢臺大醫院對院外器官捐贈者檢體之檢驗結果。另查臺大醫院器捐勸募小組 100 年 1 月 12 日會議，曾對院外捐贈者檢驗費用問題、捐贈器官緊急檢驗之聯絡窗口及檢驗時間、醫檢部人員出勤津貼…等進行討論並做出初步相關決議，同年 2 月 24 日經移植管理委員會確認。爰上，檢醫部與器捐勸募小組之跨科室討論，雖有以虛擬帳號供器捐勸募小組在院外查詢器捐檢體檢驗結果之共識，然器捐勸募小組並未依其實際需求，提出院外無法查閱電腦系統檢驗報告之情形，相關討論及移植管理委員會審查

上亦未提出相關意見，且臺大醫院對前開器官捐贈檢體檢驗結果以電話及查核電腦系統報告之雙重確認機制，亦未督導器捐勸募小組落實執行。

- 3、查成大醫院心臟移植團隊抵達新竹市南門醫院後，即對捐贈者身分、南門醫院所為之相關檢驗報告、器官捐贈同意書及腦死判定書進行確認，但其中並無臺大醫院之書面檢驗報告可供查詢。據成大醫院表示，當時該院護理人員曾向臺大醫院協調師要求確認 HLA typing 檢查結果，惟當時臺大醫院之協調師在南門醫院並無書面之檢驗結果可提供成大醫院查詢及核對；成大醫院移植醫師另表示：依人體器官移植條例及器捐登錄中心院際分享摘取器官流程，醫師摘取器官應負責審閱器官捐贈同意書及腦死判定書。有關 HIV 之檢驗報告，應由勸募醫院檢驗並確認為陰性後，才可登錄至器捐登錄中心之分配系統，故無再檢視書面檢驗報告之流程。且考量當時捐贈者生命徵象極不穩定（收縮壓低於 60mmHg），由於心臟摘取後必須於 4 小時黃金時間內植入受贈者體內，故暫以口頭報告為依據，移植完成後再向該協調師索取傳真書面檢驗結果。
- 4、另據本院 2 次約詢相關醫檢師及北市衛生局約詢筆錄，當日收受檢體、肝炎檢驗與愛滋檢驗、梅毒檢驗分屬 3 人，對於當日器捐送件檢驗檢體結果，係分別上傳電腦及個別以電話向移植協調師通報，然依器官移植檢體受理標準作業程序 4、發送報告乙節，除明訂完成檢驗時，應先以電話通知並覆誦報告、報告應鍵入檢驗

系統外，對於各項檢驗報告檢驗結果由何人進行統一口頭報告皆未規定，導致檢驗報告係由當日負責各項檢驗操作者自行上傳檢驗結果，並分由數人進行口頭通報之亂象，凸顯口頭通報機制紊亂。

- 5、綜上，臺大醫院對器官捐贈檢體檢驗結果以電話及查核電腦系統報告之雙重確認機制，未督導器捐勸募小組落實執行；且於口頭報告程序未制定專人統一彙整報告機制，口頭通報分由數人執行，通報機制紊亂，核有疏失。

(二)臺大醫院器官勸募業務係由計畫經費支援運作，除負責醫師外，其餘人力非屬醫院正式編制，且經費來源不穩定，人員長期異動頻繁及人力時有不足。臺大醫院對於器官勸募小組之人力編制及預算經費，均未納入行政管理體系，顯有疏失：

- 1、按器捐登錄中心與臺大醫院 100 年度器官勸募網絡計畫契約書第 11 頁之「貳、服務提供能力說明」，臺大醫院器官移植與捐贈人員包括：主治醫師 1 名、器官捐贈護理師 3 名、捐贈小組行政秘書 1 名、移植護理師 4 名、移植小組行政助理 1 名及社工師 1 名。另據臺大醫院器官捐贈小組製作之 2010 年 NTUH OPO 白皮書第三章第二節組織圖，器官捐贈勸募小組置負責醫師 1 名、3 位器官捐贈協調師及內勤人員；移植小組人員配置 4 名護理人員及 1 名書記…等。
- 2、依據本院約詢臺大醫院器捐勸募小組負責醫師柯○○時表示，臺大醫院每年約編列 1,600 萬元經費，作為健保不支付之臨床移植經費之用；因該院未編列器官移植前端所需之器官勸募

經費，爰渠每年以向登錄中心申請補助方式取得經費維護器捐勸募小組運作，惟該醫師擔心由器捐登錄中心申請到之經費進入院帳易被流作他用，故堅持由其自行管理；渠亦未因該小組財務窘困而向臺大醫院喊窮。另渠亦表示，器捐登錄中心補助各院之器官勸募經費，係渠每年寫計畫申請，由於器捐登錄中心去年 3 月才徵求計畫，較晚才簽約，但計畫回溯至 1 月開始，故先由渠暫墊款支付。之前僱用 4 名員工，經費不足後只能聘僱 3 人，後來又有 1 人離職，因此，器捐勸募小組於事發期間只有 2 名協調師，然後就發生本起事件。經查本起器官捐贈案例發生之同時，臺東馬偕醫院亦有捐贈案例，使 2 名能相互支援之協調師均於院外進行捐贈案例之協調工作，院內無協調師支援處理器捐相關事宜。然查事發當時器捐勸募小組仍有 3 名員工在職，再查器捐勸募小組自行管理之補助經費，係器捐登錄中心依各醫院勸募器官數量作為計算基準補助；該小組在經費運用上，有違反原則訂定給薪標準之情事，且人事費用為該計畫補助經費耗用之大宗，即便如此，計畫每年均仍有剩餘款，而臺大醫院卻未曾發現器捐勸募小組財務運用有上開之問題。

- 3、次查臺大醫院器官移植小組人員組成，目前配置有 3 位護理部及 1 名外科部護理師負責受贈者移植手術前的術前評估及移植手術後的術後追蹤，1 名書記負責該組行政業務。該移植小組護理師，自 94 年後未有人員異動情形。然而，目前捐贈小組成員計負責醫師 1 名、協調師 2

名，另有 1 名內勤行政人員協助行政作業，據臺大醫院與柯醫師表示，此 3 名器捐勸募小組人員均係依「臺大醫院學術研究支援專款僱用人員管理簡則」進用之「器官捐贈網絡計畫」人員，負責器官勸募工作，並依器捐登錄中心之「器官勸募網路計畫」合約書執行相關業務，又據臺大醫院表示，由於器捐觀念及教育侷限導致該院器捐勸募小組協調師之聘用有其困難度，人事變動大，常有試用期未滿即離職之案例。然查臺大醫院器官捐贈小組製作之 2010 年 NTUH OPO 白皮書內容，其中對器官勸募小組協調師另訂有招聘規格；又相較於其他與器捐登錄中心簽約之 9 家勸募醫院，亦凸顯該小組人員異動頻繁及時有人力不足之人事管理問題。

- 4、綜上，臺大醫院器官勸募業務係由計畫經費支援運作，除負責醫師外，其餘人力不僅非屬醫院正式編制且另有由柯醫師自訂規格招聘之規範；又該小組人力相較於器官移植小組目前編制有 4 名護理人員負責移植業務，及 1 名書記負責行政事務，且該小組人員穩定留任之情形而言，更顯示器官捐贈小組人員異動頻繁及人力不足之窘境，且在計畫經費來源不穩定下，致人員長期異動頻繁及時而有人力不足之情形。另，台大醫院院長及負責醫師均稱人員進用係依臺大醫院學術研究支援專款僱用人員管理簡則，然實際上器捐勸募小組內另有一套進用標準與給薪辦法，兩套標準不一且薪資亦不同。臺大醫院對於器官勸募小組之人力編制及預算經費，均未納入行政管理體系，顯有疏失。

三、臺大醫院在器官捐贈移植運作業務，僅以專案委辦方式執行，雖有器官移植管理委員會監督，惟未建立小組內部品質稽核制度，院方亦未定期進行外部查核作業，醫療品質管理上仍有漏洞，允應檢討改進：

(一)查衛生署、教育部於 96 年 8 月 21 日以衛署醫字第 0960205341 號及台高(二)字第 0960104285B 號會銜公告之「96 年度新制醫院評鑑第 1 階段合格名單」，其中臺大醫院及其公館院區經評定結果為「新制醫院評鑑特優醫院」，合格效期自 97 年 1 月 1 日起至 100 年 12 月 31 日止。次查衛生署於 96 年 2 月 14 日以衛署醫字第 0960203712 號公告之新制醫院評鑑基準內容，在第二章之「合理的醫院經營管理」項下之 2.2.1.2 規範「應訂定醫院內部作業流程指標，定期分析、檢討、改進醫院經營管理狀況」；第八章「人力素質及品質促進」項下之 8.6.1.1 規範：「應有委員會或組織等協調、訂定及推動全院品管計畫，確實執行並定期檢討改善」。因此，在醫院評鑑中，已明定醫院應對內部作業流程指標，定期分析、檢討、改進。

(二)臺大醫院於 99 年 4 月 19 日至 23 日接受 JCI(Joint Commission International) 國際醫院評鑑，並獲通過。JCI 評鑑之項目乃以病人為中心之醫療照護理念發展出 14 大評鑑章節，包括：病人安全國際目標、病人評估、藥品管理與使用、病人與家屬權益、麻醉和外科治療、品質改善與病人安全、感染預防與控制、設施管理與環境安全等，訂定相關標準條文及衡量指標，進行包括員工訪詢、病人探視、家屬徵詢、流程檢視、病歷審查及環境安全檢測之實地追蹤訪查，其中該評鑑標準在病患與家屬的權利 (PFR, Patient and Family Right) 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。」；另在品質改善與患者安全（QPS, Quality Improvement and Patient Safety）部分，則明定各醫療品質之持續計畫、設計、監測、分析及改善臨床與管理流程。

(三)另據臺大醫院及衛生署提供自 95 年迄至 100 年 8 月 31 日器捐登錄中心統計各院每年勸募捐贈人數彙總表顯示，臺大醫院每年勸募人數為 95 年 45 人（當年全台勸募總人數 165）、96 年 33 人（當年全台勸募總人數 151）、97 年 35 人（當年全台勸募總人數 195）、98 年 47 人（當年全台勸募總人數 215）、99 年 30 人（當年全台勸募總人數 209）及 100 年 31 人（當年全台勸募總人數 127），除 99 年外，臺大醫院勸募人數皆為全國第一。

(四)據臺大醫院表示，在器官捐贈移植作業上除依現行相關移植法規、「器官勸募醫院通報作業流程」及「器官勸募網絡—勸募醫院計畫」進行外，院內並訂有 NTUH OPO 白皮書，據以執行器官捐贈移植業務。院內各項醫療行為作業管理及監督機制包括：院務會議（每月）、醫政會議（每週）、院長室會議（每週）及品質暨病人安全委員會（每季）等機制；另為落實各項醫療作業規範（SOP）落實，特設置有不定期查核機制…等。然查臺大醫院自 98 年至 100 年 8 月間就院內各醫療單位進行之查核共計 924 次，新增及修訂各項醫療作業規範或流程亦有 1,476 項之多，卻未見院方定期對器官勸募小組及移植小組之操作流程進行外部品質稽核。

(五)綜上，臺大醫院於 96 年通過醫院評鑑、99 年通過 JCI 評鑑並於 100 年 6 月通過醫院評鑑，基此，臺大醫院在追求醫院醫療品質上之努力有目共睹，惟

在追求醫療品質之同時是否確實將院內之醫療業務全數納入管理，則有所質疑，臺大醫院雖於院內設有各項醫療行為作業管理及監督機制，亦對各項醫療作業規範（SOP）之落實程度，設有不定期查核機制，然在器官移植業務上擁有全國第一之傲人成績之下，卻不見其監督及查核機制，允應檢討改進。

四、臺大醫院器捐勸募小組負責醫師、協調師及檢驗醫學部相關醫檢師對於督導、執行或協助辦理器捐業務，核有違失：

（一）器官勸募小組負責醫師柯○○，對於器官勸募及移植前置作業業務，負有督導及執行醫療業務之責任，然渠在開立檢驗醫囑、確認捐贈器官各項檢驗結果及啟動器官移植之醫療業務執行上，皆未能親自執行：

1、按醫療法第 82 條第 1 項規定，在醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。次按醫師法第 11 條第 1 項前段及第 12 條分別規定以：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書」及「醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：…三、檢查項目及結果。四、診斷或病名。五、治療、處置或用藥等情形。六、其他應記載事項。」再按人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第 11 條規定，略以：「有下列情形之一者，應事先實施人類免疫缺乏病毒有關檢驗：…三、施行器官、組織、體液或細胞移植（第一項）。前項檢驗呈陽

性反應者，不得使用（第二項）。」另依據衛生署所訂之死後器官捐贈者標準，略以：「一、捐贈者絕對禁忌症：（一）人類免疫缺乏病毒陽性。（二）庫賈氏病。…」爰此可知，在器官移植作業前，應先由醫師開立檢驗單並親自診斷器官捐贈者之人類免疫缺乏病毒檢驗結果，據以判定捐贈器官得否用於移植，以保護受贈者免遭感染，此為醫師對捐贈器官於移植前應善盡醫療之注意事項。

- 2、查臺大醫院於 100 年間為與器捐登錄中心簽約之 10 家勸募醫院之一，該院設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，該委員會下設器捐勸募小組，置 1 名負責醫師、2 至 3 名協調師及 1 名行政人員，以發掘適合器官捐贈之潛在捐贈者，增加器官捐贈之來源。而柯○○為外科部醫師，並為該院器官勸募網絡計畫之器官勸募主責醫師，且自 88 年 11 月 1 日起，即擔任臺大醫院器官移植管理委員會委員兼執行秘書，並兼任器捐勸募小組負責醫師職務，自 94 年起每年向器官登錄中心申請器官勸募網絡計畫，負責將該院勸募而得之器官捐贈者的各項檢查、檢驗資料、捐贈者絕對禁忌症、相對禁忌症及各器官臟別捐贈者標準…等進行評估，經評估符合捐贈標準者，始予登錄「器官捐贈移植系統網路」，並通報捐贈者資料及進行捐贈配對排序，啟動後續器官分配及移植之醫療業務。
- 3、次查臺大醫院為符合 JCI（即國際醫院評鑑）條文要求，99 年底即研議將該院器官勸募小組委

託院外檢驗項目，包括 Anti-HIV、HBsAg、Anti-HBs、Anti-HBc、anti-HCV、STS (RPR)、Anti-HTLV-1、Anti-HTLV-2 等必要項目收回辦理，並自 100 年 4 月開始由臺大醫院檢醫部自行檢驗。另本院約詢柯○○醫師時，據表示，由於院內要求檢驗須由醫師開單，故從同年 3 月 1 日以後，器官勸募小組負責醫師開立之檢驗單，係授權該小組內勤之行政人員以柯○○醫師之密碼上電腦去開單。

- 4、另據本院約詢筆錄及北市衛生局筆錄，協調師表示，捐贈者檢體大約於 8 月 23 日晚上 8 點多由計程車自新竹南門醫院送至臺大醫院後，由渠接收檢體，連同器捐勸募小組內勤行政人員先行開立之緊急檢驗單由渠送至緊急檢驗室後，立即前往新竹南門醫院。另又表示，其本人非臺大醫院正式員工，亦無權限可登錄該系統查詢，平時皆以柯○○醫師之權限查詢相關檢查結果。
- 5、上開筆錄中，柯○○醫師亦表示，在器官捐贈移植作業流程中沒有規範負責判讀檢驗報告之醫師。一貫作業方式即判讀檢驗值異常與否均係由協調師負責，有問題才問渠。在移植後 7 天內由渠看過報告後再簽名結案。據此，臺大醫院器官勸募小組負責醫師在器捐檢體檢驗單開立上，係由該小組人員代為執行，判讀及確認捐贈器官各項檢驗結果及啟動器官捐贈之醫療業務執行，亦由該小組協調師負責。
- 6、臺大醫院器捐勸募小組之協調師，柯○○醫師稱係依「臺大醫院學術研究支援專款僱用人員管理簡則」招聘，然非如此，渠等非臺大醫院

正式員工，亦不納入臺大醫院管理體系管轄，而完全由柯○○醫師管理。且協調師於 98 年 7 月經聘任後，雖曾安排先進加護病房見習，並安排 1 名護士指導，然未有一套完整之見習訓練計畫及課程，亦未要求技術考核，在協調師未曾接受完整之職前及在職訓練與對其專業能力進行有效考核下，柯○○醫師即由其獨力執行移植手術之前置作業，故協調師雖將器官捐贈者之 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，將結果登錄為「-」（即陰性），終釀成本案之重大醫療事故。

- 7、綜上，柯○○醫師對於國內器官捐贈規範之樹立不可謂無功，惟久任斯職當應更熟知執行器官勸募業務及辦理督導移植手術前置作業責任之重，然親自執行器官檢驗單之開立及檢驗結果之判讀，為其於器官移植前必須完成之法定程序，目的在於保護受贈者免於人類免疫缺乏病毒感染之危險，對國內任何從事器官勸募移植之醫師而言，此為醫療之常規，且僅係對受贈者最基本之保障，不需精深之醫療知識即應具備，斷不容有絲毫錯誤，且絕無由器捐勸募小組負責醫師授權由協調師所為之餘地。甚者，醫師親自執行器官檢驗單之開立及檢驗結果之判讀，為醫師法對於醫師專業管制之規定，亦為對醫師專業之尊重，非醫師資格者，依法不得執行，且國內器捐制度，亦未排除此規定之適用，故所謂在國內現行器捐制度或相關白皮書未規範應由醫師親自為之說法，實為卸責之辭；另本起事件無論是衛生署、器捐登錄中

心、疾管局、臺大醫院本身均有需檢討改進之處，然上開機關之疏失，並非直接造成本起事件之主因，而勸募小組成員之違失，始為本起重大醫療事故之關鍵所在。柯○○醫師為臺大醫院移植團隊之核心人物，卻未善盡醫療上應盡之注意義務，違反醫療法第 82 條第 1 項、醫師法第 11 條、第 12 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，在啟動本起器官移植之前置作業，既未親自執行開立檢驗醫囑、復未判讀確認捐贈器官各項檢驗結果；更未對檢驗結果進行複核，完全恣意授權予資淺又經驗不足之協調師，執行應由醫師始可執行之業務，而啟動器捐之程序，終造成 5 名患者接受愛滋感染者之器官，更使臺大醫院多年建立之醫療口碑與我國之國際形象，嚴重受到損害之結果，核有重大違失。

- (二)臺大醫院器捐勸募小組協調師，僅依據口頭檢驗報告，未再次確認書面檢驗結果並請醫師判讀，即判斷該檢驗數據，並登錄至器官分配平台；又該員在職前及平時教育訓練上，對業務所需之各項醫學檢驗專業不足，致對檢驗結果過於依賴口頭通報，造成對檢驗異常數值失去警覺，專業訓練有待加強：
- 1、按臺大醫院 OPO 白皮書第三章第四節之內容，有關器官捐贈協調師業務項目所列處理之捐贈流程相關事宜，略以：「…7. 檢驗流程：Serology/HLA Typing/Cross matching。8. 聯絡送捐贈者檢體交通工具/聯絡檢驗單位/追蹤檢驗結果。…10. 上器官登錄中心系統登錄捐贈者資料及相關檢驗報告結果。…14. 回覆移植小

組相關檢查報告結果…」等，在 19 項協調師之業務項目中，並無協調師得自行判斷捐贈者檢驗結果之權責，僅於第 7、8 及 10 項中明訂檢驗流程、追蹤檢驗結果、上器官登錄中心系統登錄捐贈者資料及相關檢驗報告結果，以及回覆檢驗結果之醫療輔助行為。

- 2、據北市衛生局 100 年 9 月 14 日筆錄，協調師表示捐贈者檢驗報告係由其收集送檢驗，其後再以電話聯絡檢驗室，表明為器捐勸募小組人員，並詢問檢驗結果；在取得檢驗結果並進行資料整理後，於晚上 11 點多鍵入器捐登錄中心網站（HLA 部分為 8 月 24 日凌晨 3 點多知道檢驗結果，並於 7 點左右鍵入系統）。因此，器捐勸募小組之協調師，僅依據醫檢師口頭通報檢驗結果，未再次確認書面檢驗結果並請醫師判讀，即判斷該檢驗數據，並登錄至器官分配平台，造成 Anti-HIV 檢驗陽性之器官仍得分配之情形。
- 3、經查協調師平日所受教育訓練係依臺大醫院 OPO 白皮書第四章及第五章所訂，相關人員教育訓練或計畫所辦理之宣導課程，其中並無器官檢查檢驗之相關課程安排。另據該協調師於本院約詢時表示，剛進臺大時之職前訓練，係先至 ICU（加護病房）見習並由護理人員指導，2 星期後開始由當時任職之協調師帶領見習並分享工作經驗，邊做邊學，惟並未有一套完整訓練計畫。因此，該協調師無論在職前訓練及在職專業訓練上，皆缺乏業務相關之醫學檢驗專業課程訓練，筆生協調師在工作紀錄手稿 Anti-HIV 紀錄為「56.7 及（-）」並無警覺，

並據此於「器官捐贈移植登錄系統」填報 HIV 檢驗為（一）之檢驗結果。

- 4、綜上，依臺大醫院 OPO 白皮書對器官捐贈協調師之各項業務職掌中，僅有該協調師至器官登錄中心系統，登錄捐贈者資料、相關檢驗報告結果及回覆檢驗結果之醫療輔助行為，然該協調師，對檢驗結果在未經書面確認及醫師判讀下，即判斷檢驗數據，並登錄至器官分配平台，造成 Anti-HIV 檢驗陽性之器官仍得分配之結果；又該員在臺大醫院之職前及平時教育訓練上，對業務所需之各項醫學檢驗專業不足，致對檢驗結果過於依賴口頭通報，造成對檢驗異常數值失去警覺，專業訓練有待加強。

（三）臺大醫院檢驗師對於 Anti-HIV 血清學檢驗異常結果，雖能進行重覆試驗確認，惟未執行異常通報程序；在口頭通報上亦未善盡告知或特別提醒之責，消極以對，缺乏醫事人員應有之職業道德及工作熱忱：

- 1、查臺大醫院 Anti-HIV 標準操作程序手冊（發行日期：3/1/2011，版次：01.01）之「9 參考值」項下之「9.1 結果判讀」，內容如下：
 - （1）9.1.2 當結果計算值 ≥ 1 顯示是一個有反應的檢體和可能有出現 Anti-HIV。
 - （2）9.1.5 實驗結果之解釋，略以：…檢體試驗結果「reactive」乃表示檢測出含 Anti-HIV1+2。檢體試驗結果為「reactive」或「weak-reactive」者須重覆進行測試，以確定試驗結果。重覆檢測之前，檢體須先行高速離心以確保檢體不含血球細胞、細胞破裂物及纖維蛋白。…如果重覆檢測之結果計算值皆 ≥ 1

，此檢體應被認為「reactive」。

因此，手冊已明訂對於 reactive 檢體應進行重覆檢驗，且在重覆檢驗前應對該檢體進行前處理，以排除干擾物之影響，在排除干擾物影響之重覆試驗下，檢測之結果計算值皆 ≥ 1 ，此檢體應被認為「reactive」，表示該檢驗結果應可被確認為有反應。

- 2、上開程序手冊之「10 判讀、異常通報及臨床意義」項下之「10.2 異常通報」，內容為：reactive 依照器官移植檢體受理標準作業程序，文件編號…急件電話通報。爰該手冊亦明訂對於有反應（reactive）之檢體應依器官移植檢體受理標準作業程序，進行急件電話通報。
- 3、依本院約詢負責檢驗 Anti-HIV 之醫檢師表示，對於該項檢驗（Anti-HIV）已重覆做 2 次確認，準備主動通知協調師檢測結果時，協調師正好主動來電查詢檢測結果。因此，醫檢師未及主動去電協調師。該醫檢師又表示，所為之檢測結果，係屬初步篩檢非確診，所以沒有發簡訊，該院檢醫部只做初步檢驗，確認則由病毒室檢測，另據該院之作業程序，並沒有規定對於 HIV 檢測結果為異常值時，需發簡訊通知之規定，只是要電話聯絡。且該醫檢師表示，以為通知協調師後，協調師會通知醫師，且再三提醒協調師以電腦之報告為準，若知非醫師親自判讀或勸募小組不以電腦報告為準，自當會特別提醒 HIV 檢測結果異常。
- 4、本院 2 次約詢該名醫檢師時發現，渠多所強調對協調師當日溝通態度及說話語氣不滿，爰在電話聯繫時，未在口頭報告檢驗結果時將異常

結果先行告知或特別提醒，顯已缺乏醫事人員應有之職業道德及工作熱忱。

五、疾管局對於愛滋病患資料與器官捐贈系統勾稽機制之建立，過於消極，亦有疏失：

(一)按傳染病防治法第 10 條及第 64 條分別規定：「政府機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉傳染病或疑似傳染病病人之姓名、病歷及病史等有關資料者，不得洩漏。」「有下列情事之一者，處新臺幣 9 萬元以上 45 萬元以下罰鍰：…四、醫事人員及其他因業務知悉傳染病或疑似傳染病病人有關資料之人違反第 10 條規定。」次按人體器官移植條例第 10-1 條第 3 項及第 18 條第 2 項規定：「主管機關、醫療機構與有關機構、團體及其人員，因業務而知悉之表示捐贈器官意願者、待移植者及受移植者之姓名及相關資料，不得無故洩漏。」「違反第 9 條第 1 項、第 10 條第 2 項、第 10 條之 1 第 1 項、第 3 項或第 13 條規定者，處新臺幣 3 萬元以上 15 萬元以下罰鍰。」再按人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第 14 條規定：「主管機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉感染者之姓名及病歷等有關資料者，除依法律規定或基於防治需要者外，對於該項資料，不得洩漏。」上開對於個人醫療及病史之隱私保護於各法規中皆有明文規定，且設有罰則規定。

(二)疾管局考量國內已感染而未篩檢且未通報的潛藏愛滋感染人數，約為已通報人數的 1/2-1/3，而現行愛滋病毒感染者資料庫，並無法涵蓋尚未篩檢及雖已篩檢但尚處於空窗期之感染者。該局認為若醫院過度仰賴比對愛滋病毒感染者資料庫，將導致醫院疏於進行檢驗或查驗檢驗報告。又對於每年器官

捐贈人數約 200 人，不能器捐移植之條件僅限庫賈氏病和愛滋病感毒感染者，而捐血則由血液基金會統一募集血品，每年數量達 250 萬袋，所有捐血者資料集中於血液基金會，且不可捐血的條件眾多，故第一線工作人員無法從其不可捐血而得知其為愛滋感染者。兩者在捐贈者資料處理模式上並不相同，將國內現在 2 萬名愛滋病毒感染者資料全數交給器捐登錄中心，恐在隱私保護及醫療安全的權衡上不符比例原則。惟在本起事件發生後，疾管局之愛滋病毒感染者資料庫已與器捐登錄中心連線，對於通報之個案於捐贈器官前，即得以查詢有無愛滋病毒感事情事。

- (三) 依現行器官捐贈流程，對捐贈者資料之評估，主要依賴勸募醫院為之，在勸募醫院須於短時間內完成相關傳染病檢驗，據以判定得否使用並輸入分配系統產生器官受贈醫院分配名單，因此，若能在器官移植分秒必爭之時間壓迫下，運用現行資訊系統增加傳染病列管個案勾稽機制，以系統檢核機制即能立即排除傳染病列管個案仍得登錄成為捐贈者風險，更進一步保障器官受贈者之健康權益。
- (四) 對於建立愛滋病患資料與器官捐贈系統之勾稽機制之議題，目前國內在公共利益與愛滋患者隱私保護各有立論依據，認知存有極大落差，因此，對於愛滋患者於健保卡加註之舉仍有極大爭議。然器官移植涉及病人醫療生存權之維護，雖現行器官捐贈之觀念在國內尚未普及，但捐贈人數確有增加之趨勢，且捐贈者所捐贈之器官往往由多人受贈，故影響人數係以倍數計。然而，疾管局以隱私保護及醫療安全為由，多年來未協助衛生署針對捐贈器官之安全性建立多重查核機制，以確保捐贈者在器捐登

錄中心登錄之捐贈器官之可用性，排除器捐患者在跨院捐贈之病歷不清，及檢驗結果傳遞失誤之情況下錯用於器官移植之情形，俟本起事件發生後，疾管局之愛滋感染者資料庫卻又能與器捐登錄中心連線，顯見該局過去對於愛滋病患資料與器官捐贈系統勾稽機制之建立，過於消極，亦有疏失。

調查委員：尹祚芊

李復甸