

壹、調查意見：

據訴，國內近年有少數醫院及醫師為協助等候器官捐贈病患，而有仲介或協助其赴大陸進行器官移植或買賣等違規情事；又有國外知名醫學期刊論文登載我國醫療團隊摘取非腦死病患器官疑涉違倫醫療行為，究衛生福利部有無善盡「人體器官移植條例」主管機關權責，依法予以查明究辦？認有深入調查之必要。案經向衛生福利部(下稱衛福部)、國立臺灣大學醫學院附設醫院(下稱臺大醫院)、內政部移民署、臺灣臺北地方檢察署(下稱臺北地檢署)、臺灣新北地方檢察署(下稱新北地檢署)及法務部等機關調閱相關卷證資料，嗣於民國(下同)107年12月20日赴臺大醫院實地履勘，復於108年1月31日詢問衛福部薛瑞元常務次長及臺大醫院余忠仁副院長等相關人員、108年3月25日再次詢問衛福部薛瑞元常務次長、108年4月24日詢問臺灣高等檢察署陳錫柱檢察官及羅松芳檢察官、新北地檢署黃正綱檢察官、108年5月21日詢問衛福部薛次長瑞元及法務部政務次長陳明堂及常務次長張斗輝等相關人員，並諮詢數位相關醫療專家學者之意見(如附錄)，茲已釐清案情竣事，爰臚述調查意見如下：

- 一、器官捐贈涉及捐贈者之生存權及有關死亡之判斷，除醫療單位執行相關作業應力求慎重，並依據現有法律規定及符合醫學倫理。惟人體器官移植條例於76年即制定施行，衛福部對於腦死及無心跳器捐之相關規範，未圖即時透過法制程序，加強對捐贈者及醫療執行者之保障；俟106年始函頒「心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引」，但卻未啟動無心跳器捐之完整配套措施，未能建立專業團體之共識，亦未能與社會各界有效溝通，提供相關權益民眾之依循，復不能達成擴大器官來源之目的，應予檢討改進。

- (一)依據人體器官移植條例第4條規定：「醫師自屍體摘取器官施行移植手術，必須在器官捐贈者經其診治醫師判定病人死亡後為之。前項死亡以腦死判定者，應依中央衛生主管機關規定之程序為之。」可知目前器官移植之態樣分為自「屍體」摘取器官及經「腦死」判定者依器官移植之程序摘取之情形，另衛福部查復本院指出：該條例所指「死亡」可概略分為心跳、呼吸功能呈現不可逆的停止（心肺死）及腦死二類。而醫療機構應於死亡判定後，依醫療法第76條規定開立死亡證明書，始得進行器官摘取等語。
- (二)查人體器官捐贈需先認定死亡，然因器官移植之需求，發展出腦死之概念，而腦死是否即為認定人類死亡之依據，有學者認為¹：「眾多法律人認為『死亡時點標準提前至腦死』，將『腦死者=屍體』視為法律上的自明，不只在我國，在德國亦然。因此，腦死的人受到生存基本權的保護，在其生命的最後階段，在臨終時，不受到不正當的干預。」且腦死者欲器官捐贈時，需依中央衛生主管機關規定之程序為之，此為人體器官移植條例第4條第2項所明定，另依腦死判定準則²第3條：「進行腦死判定，病人應符合下列各款之先決條件，始得為之：一、陷入昏迷指數為5或小於5之深度昏迷，且須依賴人工呼吸器維持呼吸。二、昏迷原因已經確定。但因新陳代謝障礙、藥物中毒影響未消除前或體溫低於攝氏35度所致之可逆性昏迷，不得進行。三、遭受無法復原之腦部結構損壞。又依同準則第4條：腦死

¹鄭逸哲，「無心跳器官移植」應修法而後行，法令月刊第69卷第2期，107年2月。

²腦死判定程序」已於93年8月9日行政院衛生署醫字第0930211251號公告停止適用，並於同年月日行政院衛生署醫字第0930211265號令訂定發布「腦死判斷準則」。

判定，應進行2次程序完全相同之判定性腦幹功能測試。第二次判定性腦幹功能測試，應於第一次測試完畢接回人工呼吸器至少4小時後，始得為之。但滿1歲以上未滿3歲者，應至少12小時後；足月出生（滿37週孕期）未滿1歲者，應至少24小時後。」因此是否符合腦死，需經2次程序完全相同之判定性腦幹功能測試，並符合上述準則之程序，方能判定。顯見對於腦死者之判定需經一定之嚴密程序，並由法律授權命令規範其程序。

(三)有關人體器官移植條例涉及個案之死亡判定結果，原則上應尊重死亡判定醫師的專業判斷。然就醫學層面，對於非腦死之捐贈者，已因醫學科技之進步，發展出使用體外心肺循環機ECMO提升捐贈器官品質之方法，此種使用維生系統設備的「經控制（Controlled）」無心跳器官捐贈，卻產生傳統死亡判定之疑義，且相較於「未控制（Uncontrolled）」的無心跳器官捐贈，存有較大的倫理問題，其爭議在於死亡是如何造成？捐贈者的死亡狀態，到底是他存活狀態後發生的自然死亡？還是在無心跳器捐操作過程中的準備、先前之行為所導致的結果？再以臺大醫院無心跳器捐的葉克膜標準流程《NTUH NHBD ECMO Protocol》³（如附圖1）為例，即存有下列爭議：

- 1、使用主動脈氣球導管，阻斷血液流回心臟（如附圖2），保鮮腎臟器官，究係為救器官，或係救人？
- 2、確認檢察官已到醫院之後，等待病人心臟停止，記錄心臟停止時間，並以心電圖記錄之，以代表

³NTUH=臺灣大學醫學院附設醫院。protocol:a method in a clinical trial or medical research study 臨床試驗或醫學研究的方法條則。此一 protocol 亦見於柯文哲、蔡壁如合著《ECMO 手冊》，金名圖書公司出版第一版中。

心臟停止死亡，等待2分鐘之後（新指引為5分鐘），關掉監視器螢幕（心電圖之波動當然呈一直線），是否當時病人心跳仍未完全停止，但卻足以讓檢察官等人誤認病人業已死亡？

3、使用morphine（止痛劑）、NTG/phentolamine、palvulon（肌肉鬆弛劑，防止不自主之脊髓反射）等藥物加速病患心跳停止，達成控制心跳停止之目的，是否恐涉及「殺人」之罪嫌？

4、若因臺灣器官捐贈來源缺乏，欲擴展器官捐贈來源之前，是否亦應提出人體試驗申請，讓醫學倫理專家及法界人士參與，讓無心跳器捐之程序，合情、合法、合倫理，而非在社會仍有倫理疑慮之情況下，以「法律永遠趕不上醫療科技進展」為由，單打獨鬥，或僅於特定醫院，或僅於醫院內少數執行手術醫師間私自進行。

（四）按原行政院衛生署（下稱衛生署，於102年7月23日改制為衛福部）於96年6月間委託臺大醫院柯文哲醫師、李志元醫師、蔡甫昌醫師、臺灣大學陳聰富教授共同執行「96年我國無心跳器官捐贈之調查、研究與評估」；揆諸該委託研究報告就NHBD之具體建議事項，政府亟需立法者有下列3項，惟查當時委辦之衛生署醫政處，並未就該報告所提之法制及倫理議題，進行處理。

1、修訂人體器官移植條例第4條。

2、新訂「無心跳者器官捐贈準則」之法令，以供遵行之用。

3、新訂「無心跳者器官捐贈」過程所需的各項表格。

（五）本案詢問臺大醫院相關醫師，其等應知無心跳器官捐贈，尤以運用ECMO進行「經控制（Controlled）」之無心跳器捐，存有倫理爭議。茲摘錄相關人員於

本案詢問時之說明內容如下：

1、外科部陳主任益祥：

一定要跟病人說得很清楚，這些病人願意自己提出要器官捐贈，但因為情況不適合做捐贈，不適合判腦死，我們做這些設施的準備，但機器不能跑，一定要心臟停止才能開始做。

2、柯文哲醫師：

(1) (問：怎麼決定/選擇/建議一個病人將進行NHBD?) 例子很少。臨床上判定腦死，但肺臟有受損，所以無法完成法律上的腦死判定程序。

(2) (問：葉克膜原來是幫心肺困難的病人；但無心跳器捐時，既然心跳已經停止，再裝葉克膜的目的就不在救活這個人的心肺；反而是要拿他們的器官?) 醫生會判定他不會活，答案是我們在當上帝，所以後來我們只做臨床上判定是腦死的狀況。。

(3) (問：心跳停止多久進行下一個步驟?)(問：[提示ECMO手冊]上面寫兩分鐘?) 有不同版本，有2分、5分，我不知道最後一版是寫多少。
(問：在法律上有很多爭議?) 因為太多爭議，所以後來說不要用葉克膜。

(問：心電圖要記錄多久?) 全停，他是寫心臟停止2分鐘才關。這裡最大爭議是停強心劑。

(問：心電圖停掉就關掉?) 因為不關掉，大家會心裡不安，因為如果沒有堵住主動脈，血液就可能回流，心臟又重新跳動。

(問：但這法律上可能會被認為醫生怕人知道?) 當時是想用最低標準，關掉，然後安心開刀。

(問：理論上是先停才裝，但有些是預計他會

停才裝？)是。(看手冊)所以我走在法律前面。

(4) (問：為何要施打Pavulon?) 因為屍體沒有麻醉，所以要打，不然受到刺激反射動作屍體會動，無法開刀。

(問：在赫爾辛基宣言中，知情同意的基礎下，您所做的無心跳器捐，是否告知家屬及檢察官，此種做法是現行法令並未規範的器官捐贈?) 家屬知道，我會說沒救了，你要不要捐器官。

(問：家屬可能不知道原來走得不平順?) 我們沒有跟家屬解釋這麼多。

(問：你覺得應該要說嗎?) 後來臺灣是說爭議太大了，所以就不用葉克膜了，這技術現在也只有美國有在用。

(六)另衛福部薛瑞元常務次長於本案詢問時表示：按現在之規範，對無心跳器捐者不能使用葉克膜及氣球；惟對於106年12月參考指引發布前，ECMO有無經核准使用在器捐者？可否使用氣球導管阻血流回心臟等，需不需經倫理審查一事，據表示：這是很難回答的問題。新藥品、新醫療器材及新醫療技術需經過人體試驗，但委員提到的部分到底算不算是新醫療技術，什麼程度才算，這部分就一直有爭議在，有效性和安全都是醫療技術要去考量與實驗的，但為了檢測就必需要有人體實驗，但這比較麻煩，因為他用得技術都是舊的，把舊的合併在一起，這算不算新醫療技術，可能就有爭議了。到底不能這麼做，我們也不敢肯定等語。

(七)查立法院係於104年6月12日三讀通過「人體器官移植條例」修正條文，並於104年7月1日公布實施，修法之重點包括「擴大器官來源」、「提升移植時效

性」、「增加勸募管道」及「加強保障人權」，附帶決議為「開放無心跳器捐」。嗣後衛福部遵循立法院上開決議，著手草擬「開放無心跳器捐」草案，於106年12月26日發布「心臟停止死亡後器官捐贈參考指引」，以免願意器捐者因某些醫師因為各種因素於心跳停止過久才宣布死亡，致所有器官只剩眼角膜可移植，惟上開指引係以病死病人為主，並不及於非病死或可疑為非病死者，仍未遵照立法院上述附帶決議，全然開放NHBD，且迄今對「無心跳者器官捐贈」過程所需的各項表格及程序，未啟動任何增修訂工作及就NHBD建立其他配套之修法措施。

(八)再查中央法規標準法第3條：「各機關發布之命令，得依其性質，稱規程、規則、細則、辦法、綱要、標準或準則。」衛福部於106年12月26日函頒之「心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引」並非以中央法規標準法上述7種名稱定之，其究屬法規命令抑或行政規則所應規範之事項，實有疑義，衛福部函復本院稱：「有關『心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引』法律位階，將配合未來人體器官移植條例修法，納入研商。」顯見，器官捐贈事涉生存權利，但該部對於此一指引之法律位階仍需進一步確定。

(九)綜上，器官捐贈涉及捐贈者之生存權及有關死亡之判斷，除醫療單位執行相關作業應力求慎重，並依據現有法律規定及符合醫學倫理。惟人體器官移植條例於76年即制定施行，衛福部對於腦死及無心跳器捐之相關規範，未圖即時透過法制程序，加強對捐贈者及醫療執行者之保障；俟106年始函頒「心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引」，但卻未啟

動無心跳器捐之完整配套措施，未能建立專業團體之共識，亦未能與社會各界有效溝通，提供相關權益民眾之依循，復不能達成擴大器官來源之目的，應予檢討改進。

二、臺大醫院部分醫師在各界對於無心跳器官捐贈之死亡判定方式仍有不同見解，亦未有醫院內之共識及執行原則，在專業共識尚待建立下，仍執行15例外加使用葉克膜輔助之無心跳者器官摘取，迄97年召開倫理委員會後，始決議暫停執行，惟該院對於相關爭議卻自始未能主動對外澄清說明事件真相，未能經由社會充分討論使無心跳器官捐贈作業之執行方式及相關醫學倫理爭議，尋求共識，錯失論辯及改善相關制度之時機，應予檢討改進。

(一)按臺大醫院器官移植團隊自57年5月27日完成亞洲第一例腎臟移植手術的創舉後，迄今更已完成超過1,200例腎臟移植手術、超過500例的心臟和肝臟移植，也曾進行肺臟和胰臟移植，該院刻正朝向「每個器官都能換」的終極目標邁進⁴。而臺大醫院外科部加護病房主任柯醫師在「世界第二大葉克膜中心」乙文⁵，亦提及臺大醫院不僅是亞洲唯一的葉克膜中心，病例總數更高居世界第二，83年至95年執行831例，僅次於美國密西根大學附設醫院，吸引國內外醫師到臺大醫院取經，其中26例為無心跳器捐。足見該院之器官移植團隊、葉克膜團隊均盛名享譽國際，領先國內醫界群倫，先予敘明。

(二)查本案陳訴人指出，先前國外知名醫學期刊Clinical Transplantation論文（或稱論文1）登載臺大醫院醫療團隊曾針對無心跳器捐病患，於摘

⁴深植仁心：臺大醫院器官移植50週年（臺灣大學醫學院附設醫院107年6月15日出版）。

⁵世界第二大葉克膜中心，臺大醫院外科部加護病房主任柯文哲醫師，康健雜誌105期。

取渠等器官後輔以ECMO技術來確保器官於堪供移植狀態，83年至87年執行NHBD+ECMO共4例（如附表1）⁶。該論文內容是描述柯文哲醫師及其他團隊成員如何將ECMO之技術應用於捐贈器官之病人，在病人心跳停止後，心臟外科團隊在10分鐘內在捐贈者身上裝置ECMO體外循環給氧儀器，藉由ECMO之輔助，減少捐贈者在等待檢察官做正式核可確認死亡及開始進行器官捐贈等種種等待時間中，因為器官缺氧對器官所造成的傷害。該文的結論為：相較於其他輔助方法，藉由ECMO之輔助能讓這4位捐贈者的腎臟所受的缺氧傷害降低，在移植手術後能更快發揮功能。

（三）Clinical Transplantation論文於2005年再登載臺大醫院醫療團隊以ECMO技術來確保NHBD病患之器官於堪供移植狀態（或稱論文2），87年至92年執行NHBD+ECMO共16例（如附表2、附表3）⁷。該論文係沿襲上述論文之做法，將研究對象由4例NHBD+ECMO擴大為16例。

（四）現行人體器官移植條例容許「屍體器官移植」和「腦死器官移植」，死亡判定結果原則上應尊重死亡判定醫師的專業判斷。然因醫學科技之進步，已發展出使用體外心肺循環機ECMO提升捐贈器官品質之方法，卻產生傳統死亡判定之疑義。雖衛福部迄106年12月26日才發布「心臟停止死亡後器官捐贈參考指引」，規定原先醫療過程中未使用體外循環機器者，不得為「維持捐贈器官之功能」而另行裝置該機器，而參考指引發布前，由醫師根據臨床所需，

⁶Extracorporeal membrane oxygenation support of donor abdominal organs in non-heart-beating donor ,Clinical Transplantation,2000:14:152-156.

⁷Expanding the donor pool: use of renal transplants from non-heart-beating donors supported with extracorporeal membrane oxygenation,Clinical Transplantation,2005:19:383-390.

尚未禁止使用相關設備。然相較於「未控制（Uncontrolled）」的無心跳器官捐贈，使用維生系統設備的「經控制（Controlled）」無心跳器官捐贈存有較大的倫理問題，例如：病患死亡的專業判斷不夠嚴謹（是否符合腦死，需經2次腦幹功能嚴謹測試，方能判定），於摘取NHBD器官前，先行停止施打強心劑（陷入救器官，而非救人之醫學倫理窘境）……等。況且為病人裝上ECMO等體外循環系統、或施打抗凝血劑、肌肉鬆弛劑（係為避免病人仍有脊髓反射動作造成抖動）等藥物，被外界質疑過程恐涉外力加工之「殺人罪」。可見心跳器官捐贈使用ECMO已衍生出諸如：無心跳器官捐贈者條件、死亡定義、醫病雙方信任關係、社會接受度……等之醫學倫理爭議，但臺大醫院部分醫師在各界對於無心跳器官捐贈之死亡判定方式仍有不同見解，專業共識尚待建立下，仍運用ECMO執行15例之無心跳器捐，迄97年召開倫理委員會後，始決議暫停執行此項作業。

（五）又查臺大醫院針對本案外界質疑事項，輒採防衛性作為，始終三緘其口，不願正面回應或釐清事件原貌真相：

- 1、在103年的臺北市市長選舉，候選人柯文哲因過往以葉克膜來協助器官移植手術之技術，於選戰中遭對方陣營攻擊。當時批評者的質疑主要在於：以心跳停止病人做器官捐贈可能違法、柯文哲醫師於論文中所提及之若干輔助藥物可能造成捐贈者提早死亡等等。
- 2、國立臺灣大學劉靜怡教授於104年1月21日檢具「政府資訊公開法」申請書，請求臺大醫院提供「該院所屬研究人員柯文哲醫師陳益祥醫師等

所發表並刊載期刊之研究論文”於心死後捐贈者使用葉克膜以支持腹部器官”，其所知人體試驗是否依循該院研究倫理委員會（IRB）或醫學倫理委會所定程序，將其臨床計畫試驗書送IRB或醫學倫理委員會審查」，嗣經該院函復無法提供在案。

（六）綜上，臺大醫院部分醫師在各界對於無心跳器官捐贈之死亡判定方式仍有不同見解，亦未有醫院內之共識及執行原則，在專業共識尚待建立下，仍執行15例外加使用葉克膜輔助之無心跳者器官摘取，迄97年召開倫理委員會後，始決議暫停執行，惟該院對於相關爭議卻自始未能主動對外澄清說明事件真相，未能經由社會充分討論使無心跳器官捐贈作業之執行方式及相關醫學倫理爭議，尋求共識，錯失論辯及改善相關制度之時機，應予檢討改進。

三、臺大醫院對於院內醫師以ECMO技術運用於心死後器官捐贈之倫理爭議，在97年召開倫理委員會決議暫停執行以前，未建立處理機制；由於國人屢赴中國進行器官移植，加以國際上對此有所疑慮，惟該院對部分醫師私下與中國多所醫院進行醫學交流，不予介入或過問，遇有相關爭議時，院方亦無從掌握相關訊息或統計資料，衛福部又未確導督導國內醫院避免類此之爭議，均應檢討改進。

（一）由於國人囿於「全屍」觀念，器捐來源困難，數萬病患苦苦等待器捐機會，甚有至死無法獲得器捐，導致家庭破碎者，保護願捐贈死亡後的器官，乃成為一大挑戰。按衛福部函復資料，國內醫院執行無心跳器捐之捐贈者計38例，包括臺大醫院15人、臺北榮總1人、臺中榮總3人、成大醫院1人及彰化基督教醫院18人。可見無心跳器捐之捐贈者有集中於

臺大醫院及彰化基督教醫院之情形，且查國內醫院僅此2家醫院有使用ECMO於無心跳器捐，但因彰化基督教醫院為醫療財團法人醫院，非本院職權行使對象，本案爰針對臺大醫院進行無心跳器捐是否適法及符合醫學倫理，進行調查，先予敘明。

(二)臺大醫院經病歷清查，該院以非腦死判定進行器官捐贈共15名，其中論文1所提及3名無心跳捐贈者，經該院查詢病歷係於87年執行手術，惟據臺大醫院余副院長忠仁於詢問時稱：2000年臺大醫院才公布第1版protocol，其他版本protocol可能就是醫師自己寫的，不是院方的版本等語，可見該院開始執行無心跳器捐時，尚未訂定標準流程；至柯醫師等出版《ECMO手冊》，提及「臺大醫院」無心跳器捐的葉克膜標準流程（未經院方審核通過之版本），係由其所訂，易讓讀者信以為真，然而院方卻將其推諉撇清為個人出版自由之行為，有疏於督導之嫌。

(三)臺大醫院對於院內醫師以ECMO技術運用於心死後器官捐贈之倫理爭議，在97年召開倫理委員會決議暫停執行以前，未建立處理機制；另對部分醫師私下與中國多所醫院進行醫學交流，不予介入或過問，此可從下列柯文哲醫院接受本院詢問之筆錄內容可證：

- 1、（問：臺大醫院曾經因為無心跳器捐開了幾次檢討會議？）要做的做，不做就不做，SOP是我寫的，器官摘取都不是我開刀，這沒有什麼共識問題。
- 2、（問：使用葉克膜並非原來葉克膜的申請核准用途，屬於標示外使用（off label use）？您同意嗎？）是。

（問：如果現在來看就需要醫學倫理委員會來認定？）是。

- 3、我覺得科技永遠走在法律前面，我們用當時的知識，做最好的決定。確實我覺得要修正，因為這是我們當時最恰當的決定，我們都是被歷史審判。
- 4、（問：請您詳細描述曾經如何參與這些在中國的醫院的教學或臨床的指導？您是否也指導到臺大醫院參訪的中國醫師葉克膜的技術？）葉克膜系統很貴，中國大陸根本不會利用葉克膜摘取器官，要的話直接摘就好，根本不用浪費錢，中國大陸不會將葉克膜使用在摘取器官。
- 5、（問：請問您總共去中國多少次協助ECMO的指導？請詳細說明大約在甚麼時候？）18次，中國大陸會用葉克膜的都是我教的。
- 6、（問：你會去醫院指導嗎？）對，當時他們還沒裝葉克膜。
- 7、（問：他〔指葛特曼Ethan Gutmann〕願意跟你談？）我接受，而且我沒有仲介器官，我說我知道臺灣醫生有去大陸做器官移植和我去做，根本就是兩回事，他搞混了。

（四）惟查：

- 1、臺大醫院ECMO小組和中國的醫學交流，開始於2000年左右，主要是到中國各大醫院教授臨床ECMO的使用，臨床經驗交流。由於臺大醫院是公家機構，中國的醫師是無法透過公文來函申請到醫院交流學習ECMO。通常是透過廠商申請私人教學醫院或利用個人旅遊來臺灣，利用假日和ECMO團隊進行交流。惟本院詢及「中國的醫師來臺大醫院學習ECMO情形」之相關統計資料，院方卻無

法提供，但是相關醫師在本院詢問時，坦稱渠經常於院內擔任此類教學參訪工作，可見院方事前根本毫無所悉，遑論掌握其他資訊。

2、柯文哲醫師曾經多次並且實質與中國不同的醫院交流，包括在中國的專業醫學期刊投稿並發表相關著作；另外在中國的專業期刊也提到「自2000年以來，臺灣大學柯文哲教授多次協助葉克膜技術」等，可見雙方交流互動相當頻繁。

3、有關NHBD案例之相關倫理爭議，柯醫師在臺大醫院外科的晨間會議都曾經口頭報告過，大多數外科醫師未置可否，莫衷一是，形成默許狀態⁸：

(1) 自認合法者，繼續做NHBD。

(2) 自認尚有爭議者就不做NHBD。

(五) 綜上，臺大醫院對於院內醫師以ECMO技術運用於心死後器官捐贈之倫理爭議，在97年召開倫理委員會決議暫停執行以前，未建立處理機制；由於國人屢赴中國進行器官移植，加以國際上對此有所疑慮，惟該院對部分醫師私下與中國多所醫院進行醫學交流，不予介入或過問，遇有相關爭議時，院方亦無從掌握相關訊息或統計資料，衛福部又未確導督導國內醫院避免類此之爭議，均應檢討改進。

四、法務部訂頒「檢察官辦理捐贈人體器官屍體相驗案件應行注意事項」容有再行審慎務實檢討之必要，以善盡勘驗責任；該部並應編製器官捐贈司法相驗職前訓練範例教材，俾供檢察官依循遵行。

(一) 按人體器官移植條例第7條規定：「非病死或可疑為非病死之屍體，非經依法相驗，認為無繼續勘驗之必要者，不得摘取其器官。但非病死之原因，診治

⁸引述自本院詢問柯文哲醫師之詢問筆錄。

醫師認定顯與摘取之器官無涉，且俟依法相驗，將延誤摘取時機者，經檢察官及最近親屬書面同意，得摘取之。」且「非病死或可疑為非病死之『屍體』」經檢察官同意後始得器捐，如為「腦死」則顯然無第7條之適用。

(二)次查「檢察官辦理捐贈人體器官屍體相驗案件應行注意事項」(下稱應行注意事項)之規定如下：

- 1、第1點：檢察官辦理非病死或可疑為非病死之**捐贈人體器官屍體相驗案件**，除法令另有規定外，應依本注意事項辦理。
- 2、第4點：關於非病死或可疑為非病死之器官捐贈者，經醫療機構依衛生福利部公告之「**腦死判定準則**」判定腦死後，應依前二項之規定予以相驗。
- 3、第5點：醫療機構對於非病死或可疑為非病死之屍體，於認有人體器官移植條例第7條但書之情形，請求檢察官於依法相驗前同意其摘取器官者，得以口頭或電話向檢察署之值班法警為之。值班法警接受前項請求時，應即填妥第二項之請求相驗捐贈人體器官屍體報告表，並迅速報告檢察官處理。檢察官應即攜帶蓋妥公印之空白同意書，率同法醫師及書記官前往屍體所在地，經查明死因確與欲摘取之器官無涉，且如俟依法相驗，將延誤摘取時機，並有最近親屬書面同意後，應將醫療機構之請求及查明之結果載明於勘驗筆錄，經在場人員簽名，即出具同意書，另行依法相驗。

(三)承上，檢察官辦理捐贈人體器官屍體相驗案件之流程，理應不包括「腦死器捐」，已如前述；退萬步言，縱該應行注意事項第4點無逾越母法授權之嫌，而依腦死判定準則第4點之規定需經二次程序

完全相同之判定性腦幹功能測試及經取得最近親屬書面同意後方符程序，惟檢察官實務上是否有專業知能予以判斷醫院於腦死判定之程序合法與否之能力，恐有疑義。經本院詢問臺灣高等檢察署陳錫柱檢察官及新北地檢署黃正綱檢察官後，對於上述問題分別說明如下：「會有。我看他寫頭部外傷，可能是因為車禍，確定有無刑事責任，而腦死判定，會由在場醫師來判定，他如果說有腦死，並做兩次腦死的認定，原則上我們就不會質疑，因為主要我們是要處理刑事責任的釐清。」；「會發同意書一定是相驗前，也是腦死判定之後，如果沒有2次腦死判定，我也不可能去，檢察官只要針對捐贈人沒有他殺的可能，基本上我們都會盡快簽發。但是相驗案件多的時候通常一天可能有10件，所以對於這種案子我們都是相信醫生的醫學背景。」據上述說明，承辦器官捐贈相驗案件之檢察官，對於腦死判定之程序原則上係尊重醫師提供之意見，而不介入實質腦死判定與器官取得之程序是否妥適之判斷，然若檢察官僅關切器官捐贈者之死因，而未予考量器官捐贈程序之合法性，則恐使人體器官移植條例第7條之規定形同虛設，又法務部次長陳明堂於本院約詢時亦表示：「這我們回去查歷史資料看看，如果有問題我們會研修。腦死不等於屍體我贊同。」等語，可知該應行注意事項應未含「腦死器捐」。故法務部既已依該條例之意旨，訂定應行注意事項供承辦檢察官為依循，更於該應行注意事項第5點賦予檢察官查明死因確與欲摘取之器官無涉之義務，顯見檢察官仍負有一定之把關責任，而非僅以形式判斷即為簽署，致淪為背書之工具。茲就該應行注意事項第5點「檢察官應即攜帶蓋妥公印

之空白同意書」之格式亟應檢討部分列述如下：

- 1、無從審酌原診治醫師（申請相驗醫師）、開具死亡證明醫師、執行器官摘取手術醫師、勸募器捐醫師是否為同一人，有無應行利益迴避之事由？
- 2、同意其（診治醫師）於病人○○○「死亡」後摘取，此處「死亡」意涵之語意不清，究係心肺死或腦死？由誰來判定「死亡」？
- 3、有關「經本檢察官審核有關資料及為必要之調查」，其實務操作言人人殊，欠缺可供遵循之標準作業程序。

（四）再者，依據刑事訴訟法第228條第1款之規定，檢察官只對非病死或疑為非病死原因者才有相驗義務，而對於非病死或疑為非病死的器官捐贈相驗，只有符合「非病死或可疑為非病死之屍體」的器官捐贈，檢察官才有相驗義務，其相驗義務並不及於「腦死」，至為灼然。但是在司法相驗過程當中，檢察官辦理捐贈人體器官屍體相驗案件時，匆促之間，往往輕易採信醫師「業經判定腦死」說辭，而隨行之法醫或檢驗員亦未確實查明醫療機構依衛福部公告之「腦死判定準則」判定腦死之相關書證。此揆諸本院調查發現臺大醫院器官移植團隊自87年至92年共執行無心跳器捐15例，其中6例便是透過報請檢察官司法相驗後就進行器官摘取手術。惟經調閱各地檢署檢察官辦理捐贈人體器官屍體相驗案件之相驗資料（含勘驗筆錄）均不齊全，可見一斑。

（五）末查本院詢問臺灣高等檢察署羅松芳檢察官說明如下：「我跟委員報告，我19年沒有做相驗的事，我印象中我們是這樣做，是由外勤檢察官處理，但有時候1天不只1件，因為器官移植很少，我會比較慎

重，我做這麼多年，碰到只有3件。通常醫院報驗，法警寫附表一，檢察官過去醫院，會問親屬有沒有同意，有沒有經過兩次腦死判斷，問一下是否死因與摘取器官無涉，在不影響犯罪證據的蒐集下，問一問通常就會簽。」足見類此司法相驗案例相當罕見，法務部實有強化新進檢察官職前訓練相關課程與教材之必要。

- (六)質言之，法務部訂頒旨揭應行注意事項之規定失諸籠統，此乃導因於承辦檢察官通常僅被動簽署同意書，而不涉入腦死判定之程序妥適與否之判斷，美其名為尊重醫師專業，但卻與該應行注意事項第5點查明死因確與欲摘取之器官無涉之義務有違，致淪為橡皮圖章，容有再行務實檢討之必要，以善盡勘驗責任。又該部允宜編製司法相驗標準作業程序、職前訓練範例教材，以供新進檢察官熟練臨場相驗運作實務之依循準據。

五、禁止器官買賣、器官移植商業化及遏止器官移植旅遊，為全球醫學倫理及國際人權重大議題，更為各國應遵守之國際通則。惟國際間報導中國活摘器官之相關訊息甚多，而國人於境外器官移植之移植國家卻以中國最多，有無違法或違反醫學倫理之情事，衛福部應予正視並查明外，允當結合諸如台灣國際器官移植關懷協會等民間團體之力量聲援相關國際組織共同反對強摘器官之暴行，以彰顯我國重視醫療倫理與人權之普世價值。

- (一)查有關器官移植原則及倫理規範之國際趨勢：

1、由於非法人體器官移植實涉極大暴利，甚至導致駭人聽聞之強摘器官等情事，因此，150多名來自世界各地科學界、醫界、政府官員、社會學家及倫理議題之專家，於公元2008年4月30日至5月

2日針對器官買賣、移植旅遊及器官捐贈者之販運等有關非法器官移植涉及之暴利及人權問題，在伊斯坦堡召開高峰會議，並達成共識提出「伊斯坦堡宣言（Declaration of Istanbul，2008）」。宣言序文中提出：所有的國家需有專業合法的架構來控管器官捐贈和移植手術，並有透明的監控系統以確保捐贈者與受贈者的安全、標準的執行以及禁止有違倫理的醫療行為。且宣言列出6項原則，其中第2項原則為：「各國應推動立法及依法執行從死者及活體捐贈者身上摘取器官的行為及符合國際標準的器官移植。」

- 2、世界衛生大會（World Health Assembly, WHA）決議通過「人體組織、細胞及器官移植指導原則」（WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation，2010）：2010年5月召開之第63屆世界衛生大會以第63.22號決議批准「人體組織、細胞及器官移植指導原則」計11項，其中之基本原則包括透明及可追溯性。
- 3、世界醫師會器官與組織捐贈聲明（World Medical Association Statement on Organ and Tissue Donation，2012）：2012年10月於泰國曼谷召開之第63屆世界醫師會大會決議通過聲明，該聲明之前言宣示各國醫師會應支持國內提高器官捐贈人數的努力，也確保器官捐贈過程維持最高標準的倫理規範。以利他、自主、行善、公平與正義。各國在擬定政策與執行策略時，只要涉及器官取得、分配與移植，均應本著上述原則進行。所有運作系統與過程應透明並能公開檢驗等核心原則訂定基本政策方針。

4、歐洲理事會「反對人體器官販運公約」(Council of Europe Convention to combat trafficking in human organs, 2014): 2014年7月9日通過公約，要求簽約成員國制定法律，對下列犯罪行為施以刑事懲罰，包括：

- (1) 未經他人同意而非法摘取他人活體或屍體器官的行為；
 - (2) 使用非法摘取來的器官做移植，或使用非法摘取來的器官另作他用；
 - (3) 對於那些故意在自己當地國的器官移植機制之外所做的器官移植，或是違反了當地國器官移植法律的核心原則所做之移植；
 - (4) 器官買賣；
 - (5) 保存、儲藏、運送、移轉、進出口或收受非法摘取器官的行為；
 - (6) 煽惑或幫助公約所規定的犯罪行為。
- (二)按台灣國際器官關懷移植協會連署之「關注中國發生活摘器官情事聲明書」提及：按照醫學倫理標準所執行的器官移植醫學，是現代醫學的偉大成就之一。然而，中國每年進行器官移植數量是全球第二高，卻沒有具組織性的公眾捐贈器官或分配系統，再加上文化上對捐贈器官的厭惡；據了解，從 20 世紀 80 年代，中國開始進行器官移植，其器官來源大部分來自死囚的器官……這些移植是一利潤豐厚的收入來源。從非自願的囚犯身上摘取移植用的器官的做法是違反醫學倫理的，並且被國際醫學組織以及從事器官移植的醫界所共同譴責⁹。……據了解，中國的器官移植手術的數量在 2000 年後顯著增加

⁹ 引述自關注中國發生活摘器官情事聲明書 <https://www.organcare.org.tw/Article/33>.

，同期相應發生的是中共對於法輪功的迫害。而這一數量的增長並非來自於死刑犯數量或自願捐贈器官數量的增加……。

(三)有關媒體書刊沸沸揚揚報導中國活摘器官之相關訊息，本院雖持續關注此項議題之下列內容，惟截至目前無法證實其實情：

- 1、「追查國際」主席汪致遠醫師：活摘器官驚天罪惡就在身邊，吾輩能否沉默？¹⁰
- 2、鐵證如山－中共大量活摘法輪功學員器官國家犯罪罪證講座-YouTube¹¹
- 3、先前中國新疆省烏魯木齊機場出現「人體器官運輸」通道，最近中國青海省西寧曹家堡國際機場亦出現「人體器官」綠色通道¹²。
- 4、伊森·葛特曼《屠殺 The Slaughter》中譯本，蝴蝶蘭文創有限公司出版。
- 5、《國家掠奪器官State Organs—器官移植在中國被濫用的黑幕Transplant Abuse in China》洪蓮翻譯，博大國際文化有限公司出版。
- 6、另外，柯文哲醫師接受本院詢問之筆錄：「我認為大陸一定有針對法輪功學員進行迫害，但沒有法輪功學員被活摘器官之直接證據。中國大陸活摘法輪功學員器官，缺乏強而有力的證據。」

(四)立法院於104年6月12日修正人體器官移植條例第10條第4項規定：「病人至中華民國領域外接受器官移植後，於國內醫院接受移植後續治療者，應提供移植之器官類目、所在國家、醫院及醫師等書面資料予醫院；醫院並應準用前項規定完成通報。」惟修

¹⁰ <https://www.youtube.com/watch?v=AwX8WBLJk5c>

¹¹ <https://www.youtube.com/watch?v=OpHz9RUgp-c>

¹² <https://www.standpost.net/article-1/20190623-1>

法後，衛福部未能依法行政，指導、監督及協調地方衛生主管機關確實查核醫院是否如實並依法對境外移植之病人進行通報，亦未曾進行勾稽及查處；嗣經本院調查後，該部已全面清查並要求境外移植病人確實登錄，已有助於確保器官來源符合透明及具備可溯性之功能。又本院前調查發現，國人境外器官移植有集中於中國及其特定醫院、特定醫師，且返國後追蹤治療有集中於國內特定醫院之情形。然生命之可貴，不論國籍，同等重要，為普世價值，若為獲得器官，犧牲或殺害另一生命，屬嚴重違反人權之行為，對於上開現象，是否有涉及器官買賣及器官移植旅遊之情事，衛福部應予正視並釐清，若確認國人境外接受移植之器官，其來源符合利他、自主、行善、公平與正義等原則，亦應對相關國際組織加以宣示，以彰顯我國重視醫療倫理與人權。

- (五) 綜上，禁止器官買賣、器官移植商業化及遏止器官移植旅遊，為全球醫學倫理及國際人權重大議題，更為各國應遵守之國際通則。惟國際間報導中國活摘器官之相關訊息甚多，而國人於境外器官移植之移植國家卻以中國最多，有無違法或違反醫學倫理之情事，衛福部應予正視並查明外，允當結合諸如台灣國際器官移植關懷協會等民間團體之力量聲援相關國際組織共同反對強摘器官之暴行，以彰顯我國重視醫療倫理與人權之普世價值。

貳、處理辦法：

- 一、調查意見一、三、五，函請衛生福利部確實檢討改進見復。
- 二、調查意見二、三，函請國立臺灣大學督飭其醫學院附設醫院確實檢討改進見復。
- 三、調查意見四，函請法務部確實檢討改進見復。
- 四、調查意見，函復陳訴人。
- 五、本調查報告審議通過後，送請本院人權保障委員會參考。
- 六、本調查報告審議通過後，調查意見（含附錄）上網公布。
- 七、檢附派查函及相關附件，送請內政及族群、教育及文化、司法及獄政委員會聯席會議處理。

調查委員：

中 華 民 國 1 0 9 年 月 日

附件：107年10月17日院台調壹字第1070800417、107年10月25日院台調壹字第1070833000暨108年7月10日院台調壹字第1080831650號派查函暨相關案卷全宗。

附錄 1 諮詢會議紀錄

107年11月23日「器官移植之法制與倫理」諮詢會議 諮詢委員意見彙整

項次	議題	諮詢會議諮詢委員意見彙整
一	有關人體腦死判定與無心跳判定之操作型定義與倫理考量因素之異同點。	1、透過登記制度規範器官移植：臺灣是主要器官購買者，人民目前對這件事的瞭解是表面的，大部分的移植是活體捐贈比較多，如果要瞭解我國有多少人接受移植，可以去查抗排斥藥的使用數量，以瞭解器官移植的現況。 要管理器官移植，也許可以透過登記制度，倘若病情已經非常危急，但仍等不到器官可供移植時，如國外有器官可以移植，就可讓病患選擇先行登記後方可出國接受移植，並藉由抗排斥藥來加以管制，在前6個月時由病人自費使用抗排斥藥，之後再由全民健保給付。 2、提升國內器官移植教育：國人死後留全屍的觀念根深蒂固，捐贈出來的器官會變成公共財，但為了民眾福祉，應該讓器官移植的觀念漸漸使民眾接受。在國外，你只要 General License（例如：身分證或駕照）沒有註記，沒有說不要，就代表同意，也許我國可以參考，另外我們也要建立器官銀行，以因應我剛剛說的措施。 3、犧牲一個人來救另一個人，不符合醫學倫理規範：1968年美國哈佛大學的研究，認為認定腦死的幾乎都無法甦醒，因此後續全世界都以腦死做為器官移植的時點。但可能因為器官捐贈的數量太少，就開始討論心臟停止可否做為器官捐贈的時點，然而心臟停止的爭議較大，因為心臟停止仍有意識，但如果醫學能證明停止心跳是不可逆的時候，我們是可以思考，可是我還是認為應該以腦死為判斷基準。 4、腦死做為器官移植的判定基準跟法律對死亡的定義有關：以前都是以心臟死

項次	議題	諮詢會議諮詢委員意見彙整
		做為死亡時點，但隨著時代進步對於死亡時點越來越嚴謹，更要確定腦波都停止才算確定死亡，現在法律也是以腦死為死亡時點。
二	醫界可否以「法律永遠敢不上醫療科技進展」為由，率先執行《人體器官移植條例》未明文規定之無心跳器捐（non-heart-beating donors, 下稱NHBD）行為？又施行上述行為前，應否先行通過各該醫院醫學倫理委員會之審查？	1、「心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引」上之規定，難以預先判定，要非常慎重：這確實是醫學界的困擾，但我們無法預先看到優缺點。這的確要非常慎重。 2、人是否願意器捐，也許不是法律與醫學可規範：病人如果自願器捐，也許就能進行移植，這也許不是只透過法律或醫學就可以處理，而是要透過教育。 3、如果心臟死器捐要合法，應該要有授權依據：法律而言，應該可以考慮這樣規定，……當無活命希望且簽署捐贈同意書者，條例另定之。在母法予以授權。
三	有關衛生福利部於106年12月26日函頒之「心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引」之法律拘束力為何？針對違規者如何予以裁罰？	1、該規定不能使用葉克膜之說法怪異，感覺是事後諸葛。
四	為使NHBD之家屬得以充分而完整知情同意？其器捐同意書應再增列哪些條文內容？	1、一定需要知情同意，但不宜由中央規範，應由醫師就個案判斷：因為每個醫院的情況不同，不應該透過中央定知情同意的態樣，因為醫生常需就個案做專業判斷，必須留有空間。 2、應該要有一個準則，讓醫師有所依循：我覺得有 Guideline 會比較好。不用訂到非常明確，但有個標準，才能讓醫生在符合一定的倫理標準下，提供相關資訊給病人。
五	有關將葉克膜（ECMO）技術運用於NHBD之醫學倫理考量因素為何？又此舉與	正式法律用語應為「加工殺人」之意思。

項次	議題	諮詢會議諮詢委員意見彙整
	「加工取器官」之分野？	
六	針對國內某醫學中心業已施行多例NHBD(參照Clinical Transplantation 2000:14:152-156, Clinical Transplantation 2005:19:383-390)之醫學倫理評價？	1、醫學倫理委員會是 1998 年開始籌畫，一直到 2002 年才成立。現在器官移植一定要倫理委員會審議通過才能做，如果早於 2002 年透過葉克膜為之，就有偷跑之嫌。
七	(一)需要一直洗腎的病人，他就會尋求器捐，醫生可否媒合器捐？	我們臺灣領先全球就是活體捐贈，但器官到底能不能買賣，這就是很重要的倫理問題。基本上這是違反醫學倫理的，因為醫學倫理是不能犧牲一個人來救另外一個人。
	(二)器官移植後的存活率醫生是否要跟病患說？如果沒講，是否合宜？	因為病人自主權要尊重，假使醫生知道存活率大概多少，也難以拿捏是不是要先告知病人器官移植後之存活率。
	(三)有無足夠醫學倫理課程？	我多年在臺灣做醫學教育，我發現最大的問題在於，我國不重視床邊教學，透過床邊教學可以身教也能言教，因此我回國後，就把人文教育放入床邊教學中。

108年1月7日「器官移植之法制與倫理」諮詢會議
諮詢委員意見彙整

項次	議題	諮詢會議諮詢委員意見彙整
一	詳述您在民國103年底向衛生福利部申請提供臺大醫院進行人體試驗之核准文件資料一案始末。	我把柯文哲醫師的論文報告丟給外科蔡孟昆醫師，他說他不知道有那樣的論文，又說如果你要柯文哲的東西，我都拿不出來，因為他東西很亂。這次開庭，臺大醫院都說不知道東西在哪。上次我跟他們要倫理審查資料，也是古律師在處理。MG149的帳很多是葉克膜的廠商。
二	新的醫療技術的決定，是否需經倫理委員會認定？若未認定有逕執行，有無違反法律規定	1. 我國人體器官移植條例 1987 年即制定，而透過葉克膜輔助急救也很早就開始了，但柯文哲是我國第一個用葉克膜做器官保存的，也可以說是全世界前三名，但我們要先區分葉克膜移轉做器官保存的目的，與一般救治病人的用途是不同的，也必須瞭解柯文哲到底去中國利用葉克膜作何種用途。 2. 倫理委員會分為兩種，一種是臨床的倫理委員會，這目前臺灣沒有太多的法律規定，另一種是人體實驗的倫理委員會，目前法規定的方向是指在做實驗前要做倫理委員會。我們曾經發文給衛福部詢問以葉克膜進行器官保存，是否為新醫療技術，倘若這方法不是常規醫療，就應該要有倫理委員會。 3. 若未經認定，係違法：是違反刑法，因為沒有阻卻違法事由可以阻卻違法。當時我看到這新聞。有法官跟他們說可能有毀壞屍體，所以我就把這研究停下，這不是毀壞屍體，這根本是殺人，我覺得他們還騙了檢察官，可以先知道檢察官什麼時候來，在按部就班地做。
二	葉克膜做為器官保存是否為新醫療技術？	1. 衛福部的報告，安寧緩和醫療條例 1990 年即制定，後面幾次修法最大不同是在於，病患瀕死可以選擇不要維生措施，但 1990 年的版本並沒有給予撤除的權限。從刑法的角度來看，因為拔除維生器材可能會有不作為犯的可能，而柯文哲的案例，很多都是撤除維生系統，倘若以當時沒

項次	議題	諮詢會議諮詢委員意見彙整
		有緩和條例合法化之前，這些都是有爭議的，倘若柯文哲於施作時，未充分告知家屬要如何操作葉克膜的過程，家屬可能會相信，而簽同意拔除維生系統。 2. 應為新醫療技術而非單純病歷回顧：分析別人的病歷過程可以說是病歷回顧，但如果都是自己做的研究，就不屬病歷回顧，柯文哲的報告應該都是自己施作的。又柯文哲的報告是共同作者，但即便我們談的不是那個報告，柯文哲執行這活動的定性，就是研究活動。
三	器官移植之死亡認定？	人體器官移植條例第4條，何時死亡是關鍵。可是死亡是生物過程，很難像法律那樣二分，對醫學來說心肺死老早即存在，這也造成認定無心跳器捐是有問題的，可能有些困難。我國法規需要雙重認定，因此器捐需經過透過當事人或家屬同意後才能做。這也告訴我們，有關衛福部所訂定的無心跳器捐之指引，應該要立法，建立機制。

108年1月28日「器官移植之法制與倫理」諮詢會議
諮詢委員意見彙整

項次	議題	諮詢會議諮詢委員意見彙整
一	中華民國體外循環技術學會的成立時間、工作內容及受訓方式。	1. 協會成立時間：80-82年，我是第2屆，2年一屆，之前我們是協會，我們後來在第一次當理事長時就改成學會，要在章程中確定會員資格，讓人知道大致上是哪些人組成。另外，一定要拿到國家14類醫事人員執照，拿到之後就有資格入學會。國外有體外循環學校，日本、新加坡都有國家發的認證執照，我們學會就是想說雖然我國沒有學校有相關受訓課程，因此希望透過學會，將體外循環師的受訓課程與國外接軌。 2. 基本上會有一整年的基礎課。臨床的體外循環就要去醫院受訓。可以報名筆試及口試。我們跟心胸醫學會（臺灣胸腔及心臟血管外科學會）合作。再來，我們會看看是哪家醫院送來訓練的，再請會員回到那家醫院訓練臨床的部分。而國外基本上對於體外循環師的訓練是先事先念本科，日後再補充受訓課程，進而成為體外循環師。 3. 目前體外循環師的評鑑有慢慢在重視，未來也希望國家能開設第16類執照。現在學會才200多個會員，葉克膜190幾台，經驗與知識的傳承有些不足，另外，我們學會規劃6年換照1次，我們目前都是一個人有兩種執照。陳益祥教授也成立ESO醫學會。以後是由我們兩個學會共同發放才可以成為體外循環師，並且以分級制的發放。
二	提示研究論文，並詢問有無共同前去中國。	1、無心跳器捐2016年有一篇文章，就是在談無心跳器捐與使用葉克膜的倫理，目前只有5家醫院在做。 2、臺北榮總到底有沒有相關作業規範，那時候我真的沒有看到。最早做葉克膜賴主任。我不知道為什麼柯文哲的論文要把我的名字掛上去。我也沒有跟他還沒同時去中國。另外中國大陸會送人來學習，而不是主動幫他們推展。我真的不

項次	議題	諮詢會議諮詢委員意見彙整
		知道他為什麼把我列上去，這我真的不知道。我不清楚北榮有沒有做無心跳器捐以及醫學倫理委員會成立時間。 3、北榮有製作體外循環紀錄單，誰操作葉克膜誰就簽名，每個醫院都有規定。電腦也都會有存檔。
三	有關衛生福利部於106年12月26日函頒之「心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引」之法律拘束力為何？針對違規者如何予以裁罰？	法律上我認為沒有模糊的界線，衛福部透過一個指引，就能做器捐，是令人非常匪夷所思的。臺灣醫療應該要重新再自律，而不是幫這些醫生背書。

108年3月5日「器官移植之法制與倫理」諮詢會議
諮詢委員意見彙整

項次	議題	諮詢會議諮詢委員意見彙整
一	中國活摘器官與葉克膜的使用。	1. CECC 見了我們，國際調查發現烏魯木齊綠色通道，我跟童文薰及吳祥輝、Jacob lavee 組成醫療團體。我們準備在美國國會舉行聽證，如果知道中國將葉克膜用在活摘器官，應該就不會繼續賣給中國。 2. 確認柯文哲有沒有回答 DS-160 form 中你是否曾經直接涉及強制人類器官或人類組織移植？的題目。 3. 我滿驚訝張金堅教授寫得那篇文章，這篇文章寫出來的內容其實是違法的，因為進行移植的醫師與勸募的醫師不能是同一位。楊庸一醫師也提到臺大的自律原則也是非常嚴謹的。即便醫生很想取的器官也是被臺大精神部主任葉英堃否決。 4. 病人到院後，就被使用葉克膜，但 coma 數值很低，但腦判沒過心臟也都還在跳，就開始注射，之後請檢察官來，檢察官看到心臟只剩一條線，就認定死亡。另外，柯文哲醫生的 PROTOCOL，在塞氣球的過程中，說不能看螢幕，但以色列醫師 Lavee 說他們規定是要一直看著螢幕的。 5. 10 月葛特曼來台，謝炎堯醫師文章中最後一句話很奇怪（自由時報 10/7 自由廣場：醫界想的跟外界不一樣）介紹人是臺大肝病權威許金川教授，對岸是天津人民醫院的朱志軍教授，他的夫人是內科醫師，負責免疫配對與手術後的照顧。而這篇報導寫到：我曾經親自前往拜訪朱教授伉儷，說明病情，拜託照顧。……有智慧和知識的台北市選民，不會相信謠言耳語。勸告柯市長，蔡英文主席領導的正派民進黨黨員，不會做出傷天害理的事情。 6. 柯文哲透過林世嘉委員找黃煌雄幫忙去中國。於 2013 年 8 月去中國，問他為什麼要去，他說：沒有，有些事情必須去做，但他怕被抹紅。我跟他說：你告訴我你住在哪個旅館，我請胡佳去看你，你跟他拍一張照片，這樣就不會被抹紅。後來柯

項次	議題	諮詢會議諮詢委員意見彙整
		文哲跟我說幾個字，我是要去讓共產黨對我放心。後來他回來，林世嘉跟我通電話說，柯文哲一去就失蹤了，也沒跟我們說住哪裡。後來我才知道是黃煌雄安排他去的，就是蔣渭水紀念研討會，而黃煌雄背後有林毅夫，他們都是宜蘭幫的人，他們希望讓林毅夫安全回家。 7. 你們記得洪仲丘我們總共折損了三位國防部長，從此不用軍法改一般刑法，但你知道誰得利嗎，就是林毅夫，所以等於幫林毅夫解套。 8. 2004 年至 2008 年柯文哲有想要將器官登錄的機制帶到中國，中國不願意再讓柯文哲做，柯文哲因為生氣所以憤而告訴葛特曼這些事情。 9. 童文薰與劉靜怡一直在蒐集文件。我們終於找到 keyword 就是 NHBD。目前我們有兩個困擾問題： (1) 柯文哲透過陳冠廷寫信給葛特曼要和解。葛特曼說要柯文哲公開道歉並承認 2008 年說的是真的，以及願意到國際作證他就和解。但我不認為柯文哲會聽到我們道德的呼喚。 (2) 我們最需要他進入手術室的錄影畫面（中國廣東省王羅美醫師），第一個醫院是廣東中山醫院，並有留下教學錄影帶，這是黃潔夫說的。另外黃潔夫也希望以後不要再提到他與柯文哲，我們是希望他留下錄影帶。

附錄 2

108年6月3日「器官移植之法制與倫理」詢問前臺大醫院 柯文哲醫師之筆錄

問	從1992年開始推行，至1999年中國已有1億法輪功學員，您曾經是一位醫師，你對於中國迫害並在未經本人同意下強迫活摘法輪功學員器官做移植的看法，中國政府允許這樣做，符合醫學倫理嗎？中國的醫院和醫師實際參與這樣的做法，符合醫學倫理嗎？
答	中國大陸利用死刑犯器官捐贈是事實，但到底多少，因為他們沒有登錄系統，也沒有腦死判定之登錄，所以無法精確估計。可以確定數量是很多的，2008年因為要辦奧運，所以有比較收斂。而這些數量的死刑犯來自哪裡沒人知道，另外說到法輪功被大規模活摘器官，目前並沒有直接證據，但我認為應該有死刑犯來自法輪功，中國醫生有沒有介入，他們都是三緘其口。
問	你很確定大陸沒有腦死捐的情況？
答	因為他們沒有腦死判定之法律。
問	他們法律規定應該是屍捐，你認為屍捐的情形很多是活摘？
答	我覺得死刑犯可能有活摘之情形。
問	台灣的病患因為醫療需要前往中國接受器官移植，你認為他們若接受活摘法輪功學員的器官，符合醫學倫理嗎？
答	因為台灣登錄系統是我設計的，必須從登錄系統去挑器官受贈者，到大陸去移植的，就是不符合台灣移植條件，回台後必須去醫院領抗排斥藥，只要有吃抗排斥藥，而沒有在台灣接受器官移植，那就是在大陸接受移植。我當時設計登錄系統的時候，有請衛福部去做國人去大陸移植的數據，但健保局不敢做。
問	現在已經開始在查了，並罰錢了。倘若病人有錢，但也要有人介紹？
答	這是不可以說的秘密，你問賴清德，他也知道。
問	請您詳細描述曾經如何參與這些在中國的醫院的教學或臨床的指導？

	您是否也指導到台大醫院參訪的中國醫師葉克膜的技術？
答	葉克膜系統很貴，中國大陸根本不會利用葉克膜摘取器官，要的話直接摘就好，根本不用浪費錢，中國大陸不會將葉克膜使用在摘取器官。
問	你之前有聊到你的醫術是器官移植先驅？
答	因為台灣沒有死後捐贈器官的法律，這方法是我寫，美國也依照我的方法來做。
問	請問您總共去中國多少次協助ECMO的指導？請詳細說明大約在甚麼時候？
答	18次，中國大陸會用葉克膜的都是我教的。
問	經費是台大醫院研究經費？醫院帳戶？自費？廠商？或中國的醫院？或臺灣的病患贊助？
答	捐贈器官的病人，醫院會補助醫療費用20萬元，因為我們做的成績很好，所以很快就健保給付。台大醫院有器官捐贈醫療費用補助辦法。
問	怎麼決定一個人要做無心跳器捐？
答	臨床上判定腦死，但實務上無法執行腦死判定之程序。
問	柯市長去大陸18次，但在MG149的起訴書中指出你不否認接受葉克膜廠商款項及去過大陸19次？
答	應該18次，另外美敦力有跟我簽約教育時數有給我費用20萬元。
問	您認識照片中的那些人嗎？他們的醫療專長和ECMO的關係是？他們出席會議也接受美敦力公司的贊助？使用美敦力公司的ECMO嗎？最左邊那位是誰？
答	這在無錫，這是中國心肺移植的研討會，在這之前會有葉克膜訓練班。最左邊那位是好像是李欣。
問	你會去醫院指導嗎？
答	對，當時他們還沒裝葉克膜。
問	請市長看看這研究報告（2011），依據這篇2011年文章，2002年1月至2010年5月中國6大醫院進行339例ECMO，您和這些醫院執行的ECMO有多

	少的相關?研究報告列的醫院都是真的有去過嗎?
答	我應該有去過這些醫院。
問	2004年中國湖南湘雅醫院發表第一篇國際性有關ECMO的專業學術文章，您知道這研究機構嗎？您曾指導他們ECMO嗎??第一個去的醫院是哪？
答	有我有去過湘雅，而我第一個去的醫院是中山醫院。
問	2005年10月您和周岳廷共同作者發表，請問您和周先生如何合作的？這篇文稿如何進行投稿的？
答	我完全沒印象，我根本不會去投大陸沒有SCI的論文。
問	提示研究報告。
答	真的很奇怪，我根本不會去投，還是周岳廷寫的
問	周岳廷說是你寫的？
答	不可能，很奇怪。
問	北榮是來台大學的嗎？你對周岳廷有沒有印象？
答	他們有自己的體系，他很熱衷發展體外循環。
問	提示2011龍村、段欣報告，報告中有特別感謝你。
答	我認識作者，但我對報告沒印象，因為我2008年就不能入境大陸了。
問	這作者龍村有來過台灣嗎？
答	有。
問	直接或間接增加法輪功學員的受害？
答	我記得中國大陸死刑犯每年有5~6千人。
問	沒這麼多，大概1600人。
答	不可能，他們很多死刑犯器捐的情形。中國大陸有回答過這問題嗎？
問	你同意中國政府官方（含軍方）與醫院貪圖利益而執行針對法輪功學員的活摘器官嗎？
答	當然是貪圖利益，所以死刑犯捐贈器官做得幾乎都是軍醫院，但是來源則不知道。

問	你願意呼籲中國的醫院檢討過去針對法輪功學員的迫害？
答	不知道，我認為一定有，但沒有直接證據。
問	假如中國大陸隨著時間進步，而利用葉克膜來摘取器官？
答	他們會把那個人直接摘取器官就好，不會用到這麼貴的儀器。
問	您1994年8月1日和陳益祥等完成第一例創新的無心跳器捐方式，請問和美國所學有關嗎？
答	94年第一例ECMO，不是無心跳器捐。第一例的無心跳是到葉克膜使用越來越純熟的時候才使用的。
問	您1994年開始臨醫所博士研究？何時決定選擇“體外膜氧和術：臨床應用與預後的預測”為博士論文題目？
答	去美國是學人工肝臟，葉克膜不是主要的，一開始題目是人工肝臟，後來換題目。
問	為什麼？
答	因為人工肝臟寫不出來。
問	您研究論文委員會的程序？有先提論文提案（proposal）？誰是論文proposal 委員？研究的構想？
答	那時候沒有人體試驗法，當時做的還很粗淺。會議是由賴明陽主持。博士班論文寫得很粗糙，只是拿台大醫院的病歷來回溯。
問	論文和臨床上治療病人上有明顯重疊，如何確保醫學倫理和法律？
答	在提論文前半年會有一個研究計畫會議，如果可以寫，才會繼續寫論文。
問	2000年論文之前，依照您發表的ECMO手冊，在您指導執行之下共做了多少病人的NHBD+ECMO？
答	葉克膜手冊有出兩版，我都有放在SICU網站上。
問	這有沒有申請專利？
答	沒有，我全部上網公告。
問	請問那時有沒有爭議？

答	他們認為這是台大醫院的智慧財產，不願意讓我們上網公告。但我覺得應該公開，所以大陸才下載我們的手冊內容，但我當市長後，因為沒人維護，就撤掉了。
問	你總共做幾例葉克膜？
答	1700例，每一例我都有看過指導。
問	2006/05/02您的大作“葉克膜手冊”由金名圖書有限公司出版第一版，是台大醫院外科加護病房的共同發展出版的手冊嗎？或是您個人？出版的動機？那些位領有版稅？出版這本書有否版權的問題？
答	版稅6%，但到底有沒有給我我就不知道了。第二版的錢就給台大醫院ECMO團隊了。
問	葛特曼Ethan Gutmann所發表的書中的批評，您同意類似的批評會影響到台灣醫界在國際上的名譽和道德嗎？
答	應該要澄清，我認為2018年他是被人家誤導的。
問	他願意跟你談？
答	我接受，而且我沒有仲介器官，我說我知道台灣醫生有去大陸做器官移植和我去做，根本就是兩回事，他搞混了。那個陳昱志醫師可以找得到他，其實他是搞混了，只是我2014年選上，沒有跟他好好說，這很可惜。
問	那要如何處理？
答	中國大陸活摘法輪功學員器官，並沒有證據，葛特曼一直講，顯得偏執。
問	你有告葛特曼，那現在辦理情形？
答	他們不結案呀，我要開庭，他們也不處理。葉克膜用在無心跳器捐，是很少的例子，1700例才佔26例，是非常少數的。
答	台灣有大量病人到大陸接受器官移植，是事實，台灣都有資料，健保局也都有資料，只是大家不敢面對。
問	怎麼決定/選擇/建議一個病人將進行NHBD？

答	例子很少。臨床上判定腦死，但肺臟有受損，所以無法完成法律上的腦死判定程序。我知道彰基做過18例，很多醫院都做過。
問	有已經準備接受捐贈者的名單嗎？
答	事先就有登錄。
問	什麼時候進行將器官捐贈者的血液配對？
答	腎臟拿下來還有72小時，所以不是問題。每個醫院都有WAITING LIST，之後做通知。
問	可以同時登錄多個醫院嗎？
答	基本上不能重複登記。
問	可以跨區登記？
答	可以，但登記是用身分證字號，不能重複登記。
問	是在病人家屬同意捐贈器官之後再做血液配對？
答	你可以發現26例的無心跳器捐只有一例肝臟，其他都是腎臟，就是時間問題，所以家屬同意之後才會做血液配對。
問	進行配對者的範圍如何界定？系統如何管理？
答	都是按照排序，但因為當時開會是每種器官分開開會，所以每個器官的配對標準不同。
問	你願意志願當NHBD捐贈器官嗎？
答	我沒有簽。
問	葉克膜原來是幫心肺困難的病人；但無心跳器捐時，既然心跳已經停止，再裝葉克膜的目的就不在救活這個人的心肺；反而是要拿他們的器官。
答	醫生會判定他不會活，答案是我們在當上帝，所以後來我們只做臨床上判定是腦死的狀況。所以我們基本上都是做第一個的狀況。
問	提示論文，那做2的？
答	這條很少，有些是在其他醫院做。
問	心跳停止多久進行下一個步驟？

答	我記得是10分鐘（看SOP），因為版本一直再改。
問	（提示ECMO手冊）上面寫兩分鐘？
答	這一條有不同版本，有兩分、五分，我不知道最後一版是寫多少。
問	在法律上有很多爭議？
答	因為太多爭議，所以後來說不要用葉克膜。
問	心電圖要記錄多久？
答	全停，他是寫心臟停止兩分鐘才關。這裡最大爭議是停強心劑。
問	心電圖停掉就關掉？
答	因為不關掉，大家會心裡不安，因為如果沒有堵住主動脈，血液就可能回流，心臟又重新跳動。
問	但這法律上可能會被認為醫生怕人知道？
答	當時是想用最低標準，關掉，然後安心開刀。
問	檢察官在場嗎？
答	通常都是檢察官來，看到心電圖都是停的，他們會到加護病房來看。
問	你的印象有法醫在？
答	會，但通常醫師說他死了，法醫也不會有意見。
問	檢察官進來會看心電圖？
答	有時有看有時沒有，他們可能看不懂。
問	接著切開右股動脈右靜脈，切開時的血會噴嗎？
答	有的是本來插著，有的是另外插的，這對外科醫生不是問題，因為他們會控制。通常都是器捐簽完我們才會去處理。
問	理論上是先停才裝，但有些是預計他會停才裝？
答	是。（看手冊）所以我走在法律前面。
問	那不是應該申請人體實驗？
答	那時沒有人體試驗條例。
問	那應該要走醫療法？
答	但因為當時是准許在家裡死，也就是家人可以決定拔除維生系統，醫

	院不能，一直到安寧緩和條例第三次修法才有規定醫院可以拔除維生系統。
問	至少機構應該要有個機制來保護？
答	臺大醫院成立醫學倫理委員會，是2002年之後。可是這些手術的在1990幾年左右做的，但以現在來說都不是問題，就送倫理委員會就可以了。當時人體實驗條例都沒有，不能以現在看當時的時空。
問	有氣球的導管多久之內裝到胸主動脈？
答	心跳停止後才做。
問	檢察官並不在手術房了，這樣有違反破壞屍體嗎？
答	我們會請檢察官在外面等一下，通常檢察官也不會太囉嗦，通常醫生判定死亡，他們也同意。
問	檢察官這時候進來？在病房床旁邊？還是在手術準備室？檢察官如何遇到家屬？如何確定家屬已經同意？
答	在ICU那裏等，醫生解釋死亡，去病房外問家屬對死亡有沒有疑義，是否同意器官捐贈後，如果都是同意，就不會再有其他問題。
問	屍體已經是在裝了葉克膜的情形之下？病房到開刀房要多久時間？
答	平均一個小時，有定SOP。
問	為何要施打Pavulon？
答	因為屍體沒有麻醉，所以要打，不然受到刺激反射動作屍體會動，無法開刀。
問	在赫爾辛基宣言中，知情同意的基礎下，您所做的無心跳器捐，是否告知家屬及檢察官，此種做法是現行法令並未規範的器官捐贈？
答	家屬知道，我會說沒救了，你要不要捐器官。
問	家屬可能不知道原來走得不平順？
答	我們沒有跟家屬解釋這麼多。
問	你覺得應該要說嗎？
答	後來台灣是說爭議太大了，所以就不用葉克膜了，這技術現在也只有

	美國有在用。
問	無心跳器捐總共做幾例？院內及在院外的各多少？
答	我知道總共26例，院外幾例我不知道。
問	家屬及檢察官知道利用pavulon給器捐病人嗎？又，院外的pavulon如何銷帳？
答	這費用是部分健保報，另外是台大器捐幫忙出的，我離開太久，也不清楚。
問	去中壢天晟院外的部分？
答	我們是去摘器官，臺大醫院團隊過去的。
問	台大醫院曾經因為無心跳器捐開了幾次檢討會議？
答	要做的做，不做就不做，SOP是我寫的，器官摘取都不是我開刀，這沒有什麼共識問題。
問	你不在台大，陳益祥還是有在做？
答	衛生署2016年決定不再做了。
問	（提示同意書）這份病歷？
答	我是判定他死亡，而且我是請求檢察官來院的醫師，因為這26例沒有一例是我開刀的。
問	但他有兩張同意書？
答	因為一開始要腦死捐贈，但後來發現無法走腦死判定程序，所以請他死後捐。
問	您這項創新的研究算是醫學上的突破？在使用葉克膜於將捐出器官的人並且有相當詳密的程序，應該是研究？有申請專利嗎？有在國際和國內專業醫學學術會議發表嗎？多數於研討會研習會教授？
答	2000年世界移植醫學會，我就是去講這個。葉克膜主要用途不是用在器官捐贈，但國際上有發表過這方面的論文，但很少在做。
問	使用葉克膜並原來葉克膜的申請核准用途，屬於標示外使用（off label use）？您同意嗎？

答	是。
問	如果現在來看就需要醫學倫理委員會來認定？
答	是。
問	國際上包括世界醫師會早就提醒各國醫學界需注意瀕死病患的器官捐贈，需有明確的執行方案，並且充分的訓練，包括執行勸募者絕對不能是執行器官捐贈團隊（WMA: It is mandatory that the person who approaches the patient or family about the donation decision not be a member of the transplant team. https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-human-organ-donation-and-transplantation/）您的部分學術著作明顯都與執行器官捐贈的外科醫師共同作者，如何釐清您的團隊為了獲得器官而涉入器官勸募？
答	那時候根本沒有人體試驗也沒有醫學倫理委員會，從現在看就是蠻荒時代做的事。
問	如果以現在來看，台大會准許嗎？
答	這就是辯論題目，是讓他都自然死就好，還是能夠透過加工，協助器官保存，所以大家都說你是打台大醫院還是柯文哲，因為這些大家都聽過呀。
問	所以你覺得會通過嗎？96年衛生署的計畫是建議對無心跳器捐要修法，但是為什麼倫理委員會很難判斷，因為無心跳者需要做更細緻的判定，必須區分更多狀況。因此很難用一個醫學倫理委員會去確定每一個狀況？
答	2007年我們就給衛生署，拖到快10年後都還沒立法。
問	那時候的決策者是誰？
答	因為器捐並不是主流醫學，當年是薛瑞元給我研究經費的，但他不在衛福部就沒有做，所以拖到現在都還沒立法，認為有爭議就乾脆都不要做。

問	您很可能成為下屆台灣的總統候選人，也可能2020年成為中華民國台灣的總統，法律為總統的寶杖，您願意承認在1994年至2013年之間所進行的無心跳器捐和新創葉克膜等醫療技術，在當時無完善醫學法律和倫理委員會規範之下、台大醫院外科部與加護病房在無全面討論及共識與嚴謹規範之下執行，確實有所不當，希望未來法律能更嚴謹保障病人應有的權益？您同意嗎？
答	我覺得科技永遠走在法律前面，我們用當時的知識，做最好的決定。確實我覺得要修正，因為這是我們當時最恰當的決定，我們都是被歷史審判。
問	柯P離開臺大醫院（NTUH）前，共約執行ECMO幾例？（目前>2,700例）其中運用於NHBD有幾例？
答	1700例，無心跳26例。
問	認定為NHBD之標準為何？由誰認定？有無報經衛福部許可？
答	按照SOP，可以做NHBD都有其標準。
問	二、柯P在相關論文提及NTUH曾經以ECMO支援NHBD究竟有幾例？ 1. Clinical Transplantation 2000:14:152-156 83年至87年共執行4例（3男、1女） 2. 博士論文「體外膜氧合術：臨床應用與預後之預測」87年至89年共執行9例（7男、2女）83.8.11至90.12.31共執行11例。 3. Clinical Transplantation 2005:19: 383-390 87年至92年收到31顆腎臟（男11顆、女20顆）“31 received kidneys from NHBDs supported with ECMO.” 4. 體外循環維生系統的臨床應用（蔡壁如、柯文哲）83.8至92.7執行16例（ECMO 共460例） 5. 96年我國無心跳器官捐贈之調查、研究與評估、無心跳者器官捐贈的法律倫理問題（澄清醫護管理雜誌第6頁）87年2月28日至94年4月2日共執行26例

	6. 世界第二大葉克膜中心（96.8.1康健雜誌105期） 83年至95年執行26例（ECMO 共831例） 7. 上開數據不一致之原因為何？
答	最後就是26例。
問	96年我國無心跳器官捐贈之調查、研究與評估 1. NTUH開始執行NHBD之年代？何時暫停？原因為何？ 2. 該研究之3大項建議（詳如附件1），NTUH何以在衛生署尚未參採前就先行執行？
答	要查才知道，最後一例要查。要查才知道。
問	有辦法把檔案給我們嗎？
答	題目給我，我再去查。
問	NTUH NHBD ECMO Protocol共修改幾個版本，可否提供相關歷次更新版本？（10年修改17版本之電腦檔案何在？）
答	以放網站上為主，但我們一直滾動式修正。
問	柯P赴大陸教授ECMO新用途《柯P赴大陸推銷美敦力ECMO以及專業技術》 1. 出國赴大陸19次（美敦力公司每次約付20萬元）？
答	不是每次都有錢。
問	美敦力公司→巨鈺公司（代理商）NTUH ECMO團隊→89~102年收受1028.6萬元
答	有這麼多嗎？我還幫東南亞國家的研討會。
問	（提示起訴書） NTUH有無支出4例NHBD使用ECMO器材費用？
答	臺大醫院會付。
問	柯P自認對中國器官移植界之貢獻為何？
答	還是對他們的重症貢獻比較大，對器官移植貢獻不大，因為他們都用在重症比較多。
問	NTUH ECMO團隊有無支援國內其他醫院進行NHBD

	1. 與台中榮民總醫院之合作概況（NHBD 3例） 2. 與台北榮民總醫院之合作概況（NHBD 2例） 3. 與彰化基督教醫院之合作概況（NHBD 18例） 4. 桃園市敏盛醫院、新北市亞東醫院之合作概況（支領ECMO技術顧問指導費用？）
答	他們都是網站抄回去用的。敏盛醫院有陣子我固定會去，去教他們ICU。
問	你曾說：因為ECMO的成功和廣泛的使用，讓我們有機會進行一些其他機構無法進行的研究，例如：ECMO用於CPR，生死之間到底生物體內有那些變化？另外，ECMO使生死之界限更加模糊，在社會醫學（包括倫理、法律、經濟）引起的衝擊，也加速台大醫院在這個領域的發展。你的看法？
答	這句話是對的。
問	NTUH有6例NHBD係由地檢署檢察官出具器官摘取同意書，當初院方通報程序、備妥資料（腦死判定）、檢察官相驗之程序為何？
答	如果不是走腦死判定，就是走死亡。無心跳備妥的資料也不會有腦死判定資料。非病死或可疑非病死就要檢察官同意，他們是為了這個來的，他們也搞不清楚什麼是腦死。