

南 華 大 學  
非營利事業管理研究所碩士論文

非營利組織在器官移植中的角色與功能：  
以台灣地區為例

The Role And Function Of NPO In Organ  
Transplantation : The Case Of Taiwan

指導教授：傅篤誠 博士  
研究生：吳青如 撰

中華民國九十二年五月

# 南 華 大 學

## 碩 士 學 位 論 文

非營利事業管理研究所

非營利組織在器官移植中的角色與功能:以台灣地區為例

研究生：吳青妘

經考試合格特此證明

口試委員：董中見  
傅夏沁  
王振軒

指導教授：傅夏沁

所 長：王振軒

口試日期：中華民國 九十二年 五 月 十六 日

## 摘 要

人體是一部奧妙的生命機器，每個器官就像是機器的齒輪、螺絲……當機器發生故障時，技術人員就會為其檢視而作修補或汰新，但是人體的器官一旦衰竭是絕對無法自行恢復的。器官的壞死，醫學上也沒有修復或使之復原的技術，現代的科技及醫技對於器官的壞死只能予以摘除，再將健康的器官（活體或腦死病人）在體質上相配對後作移植手術，使病人的生命可以重生，生命機器可以再運作。根據衛生署統計，目前等候器官移植的病急人數約有 6,000 人左右，而捐贈器官的人數每年平均約只有 100 人左右。在國內十大死因中，每年約有一萬人死於意外事故。（90 年排名第 4，人數為 9,513 人）如何能有效的利用這殘酷事實的來源，或透過推動器官捐贈的觀念，來幫助更多需要的病急，搶救寶貴的生命及家庭。

在台灣「器官移植」的法律規定還不是很健全，礙於台灣的社會風氣較為保守，政府也為了不讓器官移植變質成販賣器官的行為，因此沒有完全開放所有器官移植的法律規定，所以許多需要器官移植的患者，必須前往國外或中國大陸去做器官移植手術，若能運用非營利組織基金會的彈性、沒有官方包袱的特性，經由非營利組織作為仲介的單位，或許可以造福更多的病患。由於此方面的研究文獻在國內較為少見，因此希望透過本論文探討，可以引起國人、非營利組織、學術界、以及政府相關單位的重視，做為參考，以扭轉既定之印象，造福更多人群。

## ABSTRACT

A human body is a profound and dedicated machine of life. Every organ in the body works together and of course affects each other to keep us alive. The function of each organ is similar to a gear and a bolt of the machine. Once a machine is out of order, the mechanic will certainly check the part thoroughly and then try to fix it. However, compared with the machine, the process of checking malfunctioned human organ is not as easy as machine fixing because every organ is unique and rare in the world. Besides, in medicine, there is no technique can treat or recover the malfunctioned organs. The only thing we can do with medical treatment is taking ailed organs from the body, then transplant the healthy ones (from live or dead patients) to the body. Thus the patients' lives will continue and the machine of life can be operated again. According to the statistics of the Health Administration, there are about 6000 patients ever year who are in critical condition and are waiting for organ transplanting. However, the average organ donators are only 100 a year, which can't copy with the need of the people who are killed due to the accident. In order to help more critical patients, save valuable lives and assist countless happy families, organ donation as well as transplanting are getting more important.

Because Taiwan is conservative about the issue of organ sale and the government makes a lot of effort to block the sale, there is no law on organ transplanting and the sale of organs is illegal. Therefore, many patients who need transplanting surgery have to go to China, which evokes much controversy. If the NPO (Non-Profit Organization) foundation can serve as a middleman, more patients can benefit from this flexible medical policy. Besides, The related researches of NPO and transplanting are rarely seen in Taiwan, so we need to pay more attention to it. As a result, through the discussion of this paper, we hope that the related organizations and the government concerned will concern about the issue and thus benefit more people.

# 目 錄

## 第一章 緒 論

第一節 研究動機	1
第二節 研究目的	2
第三節 資料蒐集與研究與方法	3
第四節 研究範圍與限制	7

## 第二章 文獻探討

第一節 非營利組織的定義、角色功能與發展	9
第二節 基金會概述	15
第三節 器官移植	25

## 第三章 非營利組織在器官移植中所扮演的角色與功能

第一節 非營利組織所扮演的角色與功能	32
第二節 台灣器官移植非營利組織的角色與展望	45

## 第四章 非營利組織器官移植國際合作案例

第一節 西班牙之器官捐贈、等待名單及器官移植	49
第二節 台灣前往中國大陸器官移植案例	53
第三節 慈濟台灣地區骨髓捐髓資料中心	59
第四節 慈濟免疫基因實驗室檢驗技術精準，南韓、泰國 洽詢合作可行性	63

第五節 其他	64
第五章 結論	
第一節 器官移植的困境	66
第二節 未來展望	69
附錄一 『慈濟功德會』致力骨髓移植紀要	72
附錄二 人體器官移植條例	75
附錄三 移植醫院	79
附錄四 器官移植分配通則	83
參考文獻	89

## 第一章 緒論

### 第一節 研究動機

人體是一部奧妙的生命機器，每個器官就像是機器的齒輪、螺絲……當機器發生故障時，技術人員就會為其檢視而作修補或汰新，但是人體的器官一旦衰竭是絕對無法自行恢復的。器官的壞死，醫學上也沒有修復，或使之復原的技術，現代的科技及醫技對於器官的壞死只能予以摘除，再將健康的器官（活體或腦死病人）在體質上相配對後作移植手術，使病人的生命可以重生，生命機器可以再運作。根據衛生署統計，目前等候器官移植的病患人數約有 6,000 人，而捐贈器官的人數每年平均約只有 100 人左右。<sup>1</sup>在國內十大死因中，每年約有近一萬人死於意外事故（90 年排名第 4，人數為 9,513 人）。<sup>2</sup>其中年齡分布於 15-59 歲之間（青少年、壯年期）的年死亡數 3,944 佔了近 50%<sup>3</sup>，如何能有效的利用因意外事故而產生的器官來源，或透過推動器官捐贈的觀念，來幫助更多需要的病人，搶救寶貴的生命及家庭，此為研究動機之一。

我國「人體器官移植條例」於 76 年 6 月 19 日公布實施，82 年 5 月 21 日修正，91 年 6 月 20 日立法三讀再次修正條例，91 年 7 月 10 總統令修正<sup>4</sup>，將部分條款放寬，使其更適合於當前的社會需求，當然也免不了對於非法買賣部分加以訂定罰則。因為就市場的供需層面而言，成功的器官移植效益甚大，對於垂危的生命得以再生，但是有效器官的供應趕不上病患的需求，因此器官常淪為是買賣標的；在道德及倫理、公平正義下，常有所爭議，如何訂定一套公平的等待器官分配評分表及分配原則是研究動機之二。

<sup>1</sup> <http://www.ettoday.com/2002/06/06/91-1312052.htm>

<sup>2</sup> <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/90年/表01.xls>

<sup>3</sup> <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/90年/表18.xls>

<sup>4</sup>

<http://mojlaw.moj.gov.tw/Scripts/Query4.asp?B2=%AAk%B3W%AAu%AD%B2&FNAME=E0070009>

此外，器官的取得雖然相當珍貴，但是事前的配對更是重要，如何將得之不易的器官，移植在適當的人體上，使資源得以充分利用，是生命的再造，亦是醫療資源及社會資源正向投資；而在實行手術前若無充分的資訊及資料庫，器官移植的成功率是不高的。如此不但使得取得之不易器官浪費了，更使得醫療資源，工作團隊的付出化為烏有，所以如何統合器官移植需求病人的各項準確資料，以為配對的前置工作是非常重要的。另外，各施行手術的醫院設備及醫師人口的資料檔案建立亦是為此工作的另一要素。如何將各個平面的資料聯成一個資料網，使能公平、公正、公開的在所需時得以利用是為研究動機之三。

## 第二節 研究目的

目前我國法律規定，人體器官移植條例器官捐贈為無償行為，買賣雙方可罰 9 萬元以上 45 萬元以下罰款，違法進行手術的醫師責罰 12 萬元以上、60 萬元以下的罰款，情節重大者甚至可撤銷執照。然而令人不解的是，對於「買」、「賣」雙方皆有懲處，為何對於仲介者卻毫無任何制裁措施呢？在這些社會事件的背後，值得深思的是，這項存在已久的地下行為曝光，除了顯示出目前我國相關法令不夠周延、不符時宜外，其實也暴露了國內當前器官捐贈的來源不足，而迫使病患不得不另覓他途，也使得不肖業者有機可乘。目前我國器官移植手術，捐贈者必須判定腦死後才能進行，活體器官捐贈則必須為三等親內或配偶才能捐贈（民國 91 年 7 月 10 日修正為五等親內；含年滿 18 歲之未成年人）。因此，雖然每年國內約有六千人等待器官移植，但實際上能移植的約只有一百人左右，需求大於供給的結果，常使得病患不耐長久等待另尋管道挺而走險<sup>5</sup>

在台灣「器官移植」的法律規定還不是很健全，礙於台灣的社會風氣較為保守，政府也為了不讓器官移植變質成販賣器官的行為，因此沒有完全開放所有器

---

<sup>5</sup> 林雨靜，「器官移植的困境」，國改評論，October 23, 2000，  
<http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/089/C/SS-C-089-024.htm>。

官移植的法律規定，所以需要器官移植的患者，必須前往國外或中國大陸去做器官移植手術。若能運用非營利組織基金會的彈性、沒有官方包袱的特性，經由非營利組織作為仲介的單位，或許可以造福更多的病患。由於此方面的研究文獻在國內較為少見，因此希望透過本論的文探討，可以引起國人、非營利組織、學術界、以及政府相關單位的重視，並做為參考，以扭轉既定之印象，造福更多的人群。

### 第三節 資料蒐集與研究與方法

**原始與次級資料蒐集：**本項研究不可避免的將使用原始與次級資料蒐集法，一般而言，原始資料係指以觀察、訪談、問卷等方法獲取的第一手資訊，如探詢社區對醫療服務品質的態度、員工對組織服務品質的滿意度等，都是屬於原始資料蒐集。次級資料蒐集是指蒐集戶口資料的運用已獲得性別結構、年齡，醫院資料，以獲得社區患病率與死亡率，也可以運用期刊、雜誌、書籍以獲得歷史性或其他型態的資料。

**比較法：**比較研究法之基本原本原理有二：比相同與比差異。比相同的目的，經常在「他山之石可以攻錯」，以類比情況，作為當前研究對象之比附援引，作為同因必同果式的解釋或預測。比較差異目的，則常為證明不同因不同果，故不能將當前研究的現象與其他對照現象混為一談，或引據為作因果解釋或預測借鏡<sup>6</sup>。

器官移植與非營利組織的發展已有多年的歷史，國際之間來往互動密切，因此比較法將是很重要的工具，以便做國家與國家之間的對比。使用比較法首先需注意概念化（conceptualization）的問題，概念的定義不因國界、文化的差異

---

<sup>6</sup> 王玉民，「社會科學研究方法原理」，1994年12月，台北：洪葉文化事業有限公司。

而有所不同，同一概念在不同的國家或地區所代表的意涵完全相同，如此方不至於發生概念游移的現象 (concept traveling)。另一個使用比較法所必須注意的問題是對等的問題 (equivalence)，比較法的使用中潛藏著生態的陷阱

(ecological fallacy)、個別的陷阱 (individual fallacy)；某一團體所存在的特性並不一定代表這個團體的每一成員都有這個特性，同樣的，某個人所擁有的特質，也不代表他的團體就一定有這種特質。在比較不同國家間制度、法令、組織時，應注意以上所提及之各項陷阱。

**內容分析法：**內容分析(content analysis)亦稱文獻分析(documentary analysis)<sup>7</sup>，乃泛指藉由各式各類檔案文件及研究成果獲得的文字資料，進行有意義、有系統的詮釋分析，亦即對於文獻的蒐集和取捨的二度重構。因此，本研究處理『器官移植與非營利組織的發展歷史』的首要工作即在利用文獻分析，蒐集與處理文獻資料，並加以描述、分析；同時，再進一步利用文獻分析的結果，作為建立內容分析主題類目之用。內容分析法有所謂『定量分析』與『定質分析』兩類。前者係以頻率分配 (frequency distribution) 的狀況為基礎，運用一套程序，對文件內容作客觀、有系統、量化描述，並加以有效推論、詮釋分析的一種研究方法<sup>8</sup>。而後者著重於文件內容之潛在性意義的探討，由於科學實證主義的盛行，其重客觀、強調驗證的研究方法，對社會學科各領域的研究仍居主導地位，因而早期的內容分析偏於定量分析。然而，各類目予以頻數分析後所顯示的次數等第及百分比，實無法彰顯文本脈絡意義，亦未能瞭解實際的內涵陳述為何？因而許多學者認為定質分析為一有效方法，定量與定質分析應配合使用，不宜強行區分。執此之故，本研究之探討擬兼採定量與定質分析，不侷限於計數或列序的研究，同時也著重描述性分析，以作為後續的詮釋性分析或比較分析提供參考資料，以期作合理的意義推估。

---

<sup>7</sup>王文科，「教育研究法」，台北：五南，1999。

<sup>8</sup>楊孝榮，「內容分析：社會及行為科學研究法」，台北：東華，1993。

一般研究之進行，首先蒐集相關文獻，避免複製以前已經做過的研究，界定研究的領域範圍所在，以確定擬進行的研究方向、研究的價值性及研究的可行性<sup>9</sup>。文獻是科學研究的基石，又是創造思維的搖籃。它可以為研究提供素材，還可以為撰寫論文提供論據。科學研究的新觀點和成果的誕生，必然孕育於前人研究的基礎之上。只有全面、系統地掌握前人所取得的成就，經過消化、綜合之後，才可能發揮、深化前人的思維；或翻新舊說，更新觀念，對於成定論的觀點作出新的解釋；或標新立異，提出全新的獨到見解。也可以幫助研究者了解此一課題的研究歷史和現狀，讓研究者對此一主題形成一整體印象；文獻分析法更是一種獨立的、非輔助性的研究方法，幫助研究者認識社會發展的歷史趨勢<sup>10</sup>。

通過查閱文獻可以幫助我們瞭解前人對有關問題的研究情況及他們的研究成果，如果與自己研究題目同屬一類性質和類似的研究，就可以參考和借鑒前人的研究步驟、建立的假說和進行概括分析的方法，以及所得出的結論，避免大量多餘的假設和虛構，避免重複勞動，不致再蹈前人失敗的覆轍。當我們通過閱讀文獻達到瞭解難釋疑的目的之後，在有關文獻的啓示下，可能會激發新的學術觀點；在原始文獻啓發下，可能會萌發新的學術見解；在先師前哲的啓迪下，可能會發現新的研究領域。文獻分析法就是對文獻進行查閱、分析、整理，從而找出教育現象的本質屬性或內在規律，證明所要研究的物件的方法。

用文獻分析法進行研究工作的步驟是：

1. 確定選題；
2. 搜集文獻；
3. 文獻的閱讀、記錄；

---

<sup>9</sup> 簡春安、鄒平儀，「社會工作研究法」，1998，臺北：巨流圖書公司。

<sup>10</sup> 柯欣雅，「近十年台灣兒童讀經教育的發展〔1991-2001〕」，鄉土文化研究所碩士論文，2002，花蓮：國立花蓮師範學院。

4. 整理分析文獻，得出新的論點，形成新的理論；
5. 寫出論文。

**深度訪談法 (in-depth interview)：**訪談法是藉由互動、溝通的方式，向目標對象蒐集資訊。訪談法可以非常彈性的、自由的規劃所欲調查議題的各項相關問題，這種方式稱之為非結構性訪談 (unstructured)，；另一方面，訪談也可以是毫無彈性，訪員完全依照事先準備的問題發問，這種方式稱之為結構性訪談 (structured)。本研究採非結構性訪談，訪問者發展一個架構，或稱之為「訪談綱要」，在訪談進行時用以控制或指導訪談的方向與進度，訪問者在訪談的過程中可以自由的規劃並提出問題。非結構性訪談最大的功能在於一些發展中的現象或領域，訪問者一無所知或尚不熟悉的狀況下，可以蒐集極為豐富的資料。

本研究收集資料的方法是質性研究中之「深度訪談法」(in-depth interview)。范麗娟<sup>11</sup>指出深度訪談的目的主要是了解個案的主觀經驗，研究者藉由言語的互動，引發受訪者提供某些資料或表達他對某項事物的看法<sup>12</sup>。藉由這樣的過程了解受訪者的主觀經驗與評價，並探索到研究者無法用表面觀察和一般的問卷調查就能得知的深層意涵。有學者指出質性訪談(深度訪談)在開始前需先考慮幾個前導性議題：1. 成功的質性訪談需先了解文化背景因素。2. 在訪談關係中訪談者並非中立的行動者而是參與者。3. 質性訪談的目的是去傾聽、了解受訪者心理的想法並給予他們公共的聲音。4. 在研究關係中，訪談者與受訪者的關係是自然且平等的。5. 在整個訪談過程中必須處理大量之情緒。6. 必須區別質性訪談和治療性訪談是不同的<sup>13</sup>。

---

<sup>11</sup> 范麗娟，「深度訪談簡介」。戶外遊憩研究，7(2)，25-35，1994。

<sup>12</sup> 劉蕙雯，「高雄市兒童保護社會工作人員工作疲乏探討」。行為科學研究所碩士論文，高雄：高雄醫學院，1998。

葉明昇，「男性社會工作者之職業選擇歷程」。高雄醫學院行為科學研究所碩士論文，高雄：高雄醫學院，1999。

<sup>13</sup> Tutty, L.M., Rothery, M. & Grinnell, R. M., "Qualitative Research for Social worker". U.S.A. :

深度訪談並有如下之優點<sup>14</sup>：1. 標準的深度訪談是在實地中（情境中）進行，因此可得到更多更豐富更有價值之資料，而受訪者也因處於熟悉環境中較能深入的回答問題。2. 開放式問卷的使用可得到更多資料。3. 針對一個研論點上，研究者通常能得到全方位的深入了解。4. 質化研究可補量化研究的缺點。

深度訪談的內容其實是非結構性的，也因為受訪者的深入回答問題，因此需特別注意倫理的考量。質性研究因是對人或現象的深入探討，因此整個研究需考量倫理問題，研究成果才有價值<sup>15</sup>。而研究者所需重視的倫理問題包含：

- 1、承諾與互惠：整個研究的前提是否對受訪者有利，避免為了達到研究成果而對受訪者造成傷害，或為得到受訪者配合而對其承諾，除非本身有能力實現承諾。
- 2、保密：整個訪談過程及資料都應予以保密，包含受訪者身分。
- 3、其他：訪談時，會將受訪者重新帶回當時情境脈絡，而會有許多情緒感情的揭露，因此研究者要小心處理受訪者之情緒，避免造成受訪者之二度傷害。

#### 第四節 研究範圍與限制

##### 一、研究範圍

本研究僅限於台灣地區相關醫院及醫療性質之基金會作為研究對象討，醫院有高雄的長庚醫院、嘉義大林的慈濟醫院、以及台南的成功大學附設醫院，基金會則為有相關之醫療性質基金會作為探討之對象，由於文獻的限制無法作全面性的探討，因此主要研究對象以南部（嘉義、台南、高雄地區）為主。

##### 二、研究限制

---

Allyn and Bacon, 1996.

Rubin, H.J. & Rubin, I.S., "Qualitative Interviewing-The Art of Hearing Data". U.S.A : Sage Publications, Inc, 1995.

<sup>14</sup> 同註 6。

<sup>15</sup> 簡春安、鄒平儀，「社會工作研究法」。台北：巨流，1998。

由於國內器官移植的法制規定較為嚴格，器官移植的風氣在台灣較不為興盛，政府也顧及社會倫理的因素，無法全面開放器官移植，因此在此方面的研究不多，醫院及基金會也只能就特殊的案例作器官移植的手術，所以本研究僅就有限的文獻作為探討。

## 第二章 文獻探討

從事研究工作，文獻探討是必要且不可避免的先期工作，這是一項吃力、耗時的工作，但卻可幫助研究者了解目前所欲進行的研究有多少可用的資訊。基本上文獻研究有三項功能：一、透過前人的研究，針對所欲研究問題的發展現況有更清楚的了解，對此一問題的研究領域有更清楚的輪廓；二、經由文獻研究可以了解過去針對此一研究問題，先進所使用的研究方法，有何優劣，得以做更進一步的分析，吾人得以精進研究的方法，規避過去所犯的錯誤，獲得更精準的研究成果；三、研究者透過文獻研究的進行，可以廣泛的閱讀研究問題領域的相關資訊，建立或增進所欲研究領域的相關知識，使得研究得以順利進行。<sup>16</sup>

所謂的理论 (Theory) 是指研究者將所知的問題，以系統的方式表達之概念結構也就是以一種或多種方式研究問題，組織已有的知識，解釋新的發現，並指陳未來研究的方向。理論最大的功能在於針對事件或現象作有系統、有組織的描述、解釋、與推斷。哲學家魯德納 (Richard S. Rudner) 認為：「凡是一套陳述或某些類似定律的通則，其相互間具有系統上的關聯性，及經驗上的可證性，便是一種理論。」<sup>17</sup> 此種定義指出了形成理論的兩個必要條件：第一為邏輯上的系統推演。第二是經驗上的事實印證。兩個條件中缺少了一個，就不是理論了。

在「非營利事業組織在器官移植中的角色與功能—以台灣地區為例」的研究中，有相關下列幾種理論可以作為研究之用：

### 第一節 非營利組織的定義、角色功能與發展

#### 一、非營利組織的定義：

非營利組織 (Non-profit organization) 在台灣的發展早期常與「民間社會」一詞並用，只是前者較重視組織性、團體性、策略運用及目標，而後者則較重自主性及社會參與。在政府失靈 (Government failure) 和市場

---

<sup>16</sup> Ranjit Kumar 著。胡龍騰、黃瑋瑩、潘中道合譯。研究方法。民國 89 年。台北：學富文化。頁，32-40。

<sup>17</sup> Richard S. Rudner. 1966. Philosophy of Social Science. Prentice Hall. P. 10.

失靈 (Market failure) 的環境中非營利組織被視為有獨立自主性的運作部門 (又稱第三部門)，其凝聚組織成員的特點乃在於相近的使命或共同的需求；美國耶魯大學社會暨政策研究中心「非營利組織計畫」創辦人 John G. Simon 教授 (Silk, 1999)：在沒有人刻意描述、宣導、鼓吹的狀況下，眾多的民間非營利組織早已在社會的各個角落，展開醫療、教育、娛樂、保護自然資源、維護人類尊嚴與保障人權……等療傷止痛的工作。並積極開創或實驗、孕育政府的主要政策方向，刺激商業部門開發新市場的商機。換言之，在社會各個層面依賴非營利組織處理大眾的事務是早已存在的事實。

其實非營利組織最早是以「第三部門」(The third sector) 興起於美國，依美國國內稅制第五〇一條第 C 項第三款規定：致力於「公共利益」(public interest) 者，包括教育、宗教、科學等慈善團體非以私人利益為考量，且不以促進私人組織之利益者，得可享有免稅之鼓勵。

(Hodgkinson; 1989)。由於非營利組織的發展不論在國外或是國內皆是有其複雜的因素簡單的需求，因此從單純的互助到跨國救援在不同的國家有不同的名稱，而定義上自是百家齊鳴，茲就學者提出之年代彙整如下：

**Hansmann (1980)**：非營利組織為「不分配盈餘限制」。<sup>18</sup>

**Hall (1987)**：非營利組織乃許多個人集結為達成執行政府委託的公共事務及執行政府或企業部門不願或無法完成的公共事務，進而影響政府、企業部門或其他非營利組織的政策方向。

**Jun, Jong S. (1986)**：非營利組織與多數政府部門一樣，均以為服務導向，可擔任政府與民眾之橋樑，並對服務對象直接提供服務，沒有層級節制的限制較有彈性，常採取較創新和實驗性質的觀念和方案，監督公私部門的產品服務品質及對社會和民眾的影響，亦即維護公共利益。

**Thomas Wolf (1990)**<sup>19</sup>：

<sup>18</sup> 江明修主編，第三部門經營策略與社會參與。1999年。台北：智勝文化。

<sup>19</sup> Wolf, Tomas.(1990).「Managing A nonprofit Organization.」, New York: Prentice Hall Press, 1sted.

「非營利組織係指依法設立的非政府實體，在國家法制下成立慈善或非營利的法人團體，以服務公眾為其主旨，並依美國國內稅制規定享有免稅待遇」。

Wolf 的論點常被一般文獻所引用，他也歸納了非營利組織的五項特質<sup>20</sup>：

- (一) 有服務大眾的宗旨。
- (二) 不以營利為目的的組織結構。
- (三) 有一個不致令任何個人利己營私的管理制度。
- (四) 本身具有合法免稅地位。
- (五) 具有可提供捐助人減稅的合法地位。

這些特質可以用來清楚的檢視一個公益團體是否為所謂的「非營利組織」。

**Kotler & Andreasen (1991) :**

非營利組織有二大共通點：

- 1、他們都想影響目標群眾的行為。
- 2、他們不只為求自己機構的利益，也為了目標群眾的利益，目的在造福整個社會。

**Salaman (1992) :**

非營利組織可歸納成六個特色<sup>21</sup>

1. 正式的組織 (organization): 需有某種程度的制度化，同時是法律合法承認的。
2. 私人性質的組織 (private): 主要的基本結構是民間的、私人的組織，不同於政府部門，亦不受政府官員派任管理。
3. 非利益分配 (non-profit-distributing): 組織的結合是使命而非利益掛帥因此並不為組織的利益分配而工作，亦不將盈餘分配於負責人或員

---

<sup>20</sup> 馮燕，「導論：非營利組織之定義、功能與發展」，蕭新煌主編，非營利部門組織與運作，民89，台北：巨流，頁1-42。

<sup>21</sup> Salamon, Lester M, 「America ' s nonprofit sector A prime. 」, 1992, NY: The Foundation Center .

工或組織中任一成員。

4. 自我治理 (self-governing): 組織中的各種活動、內部人事、財務等皆能自我管理不受外在環境指派或控制。
5. 志願參與 (voluntary): 董事會、人員的參與必需是為志願性的。
6. 以公共利益為導向 (public benefit): 組織所提供的服務應具公共性質及公益性。

**江明修 (1994) :**

非營利組織可綜合界定為「具備法人資格，以公共服務為使命，享有組織的方式是志願投入，以及其社會福利服務輸送及社會倡導的功能。免稅優待，不以營利為目的，組織盈餘不分配給內部成員，並具有民間獨立性質的組織」<sup>22</sup>。

**陳金貴 (1994) :**

「具有正式結構的民間組織，它是由許多志願人士組織的自我管理的團體，其組織的目的是為公共利益服務，而非自身的成員謀利。」<sup>23</sup>

**Union of international Association (2002) :**

1. 須具備國際性不得圖利特定成員。
2. 至少由三個以上的國家之個人或團體組成。
3. 組織的運作由成員自主掌控不受任何國家限制。
4. 工作職務的擔任必須經由制度化的選派且不可單一國籍為之。
5. 由三個以上的國家提供財政。
6. 組織自主性、平等性的與其他組織交流。
7. 各項活動須獲得其他國家或組織的承認與參與。

**United Nations :**

非營利組織是公民所成立地方性、全國性、或國際性非營利、志願性組織，

---

<sup>22</sup>江明修，「非營利組織領導行為之研究」，行政院國家科學委員會專題研究報告，民83，計畫編號NSC82-0301-H004。

<sup>23</sup>陳金貴，「美國非營利組織之人力資源管理」，民83，台北：瑞興。

以促進公共利益為工作導向，提供多元的服務，發揮人道的功能，將人民的需求傳達給政府，監督政府政策，鼓勵人民參與地方事務。並提供政策分析與專業技能，建構早期預警的機制，協助監督與執行國際協定。有些非營利組織以人權、環保或衛生為宗旨而創立，依其目標、管轄、與授權的不同，與聯合國各局、署保持密切的關係。<sup>24</sup>

## 二、非營利組織的角色功能：

就非營利組織的特性、目標及實際成效而言 Kramer (1987) 歸納出四種功能。

1. 開拓與創新的角色功能：因具有組織彈性、功能自發性、民主代表性，非營利組織對社會大眾需求較為敏銳，才能挾多樣化之人才，發展出應時之策略，並規劃執行，從實際行動中驗證理想嘗試出合宜的工作方針與方法，引領社會革新。
2. 改革與倡導的社會功能：非營利組織往往從社會各個層面、角落的參與實踐中，洞察社會脈動之核心，並運用服務經驗展開輿論與遊說，具體促成社會態度之改變，引發政策法規的制定與修正，負擔整個社會體系與政府組織的監督與批評的角色。
3. 價值維護的功能：非營利組織往往透過實際運作系統激勵民眾對社會事務的關心、參與，提供社會菁英和領袖的培育場所，培養一般民眾公民意識的養成，有助於民主社會理念及各種正面價值觀的維護。
4. 提供服務的角色：當政府礙於資源與價值優先順序規劃的限制，而無法充分提供民眾基本福利功能時，非營利組織多種類、多樣化的服務傳輸，恰能彌補這種差距；相對的也提供人民更廣泛的選擇機會，發揮人權尊重本意。<sup>25</sup>

<sup>24</sup> <http://www.un.org/MoreInfo/ngolink/calendar.htm>

<sup>25</sup> 馮燕，“非營利組織之定義、功能與發展”。蕭新煌主編。《非營利部門組織與運作》2000年。

非營利組織的各種角色扮演從自我需求、社區組織與發展進而因應全球化趨勢下在國際社會針對各種議題與相對危機扮演下列角色功能：<sup>26</sup>

1. 確認面臨全球化，人類應正視的問題與挑戰。
2. 倡導引領國際社會新的價值與規範。
3. 建立結構式的聯盟以因應國際間所面臨的挑戰。
4. 改變國際典則以回應新的需求。
5. 面對跨國衝突與分歧提出解決方案。
6. 執行重要公共議題的資源分配或監督。

### 三、非營利組織的發展歷程：

Rosenbaum (1994) 整理美國非營利組織發展的歷程發現，自殖民時代開始非營利組織的發展約略經歷四個階段<sup>27</sup>：

而整理各學者對於非營利組織的觀點敘述如下：

- 1、民眾互助階段（清教徒時期至廿世紀初）：如農忙時鄰居的互相協助，解決彼此問題的組織模式。
- 2、慈善贊助階段（廿世紀初至一九三〇年代）：富有的家族企業主照顧員工及回饋社會，將盈餘投入公益事業，如遇荒年時大戶開倉放糧濟民。
- 3、民眾權利階段（一九四〇年代至一九六〇年代）：人民因權益意識覺醒，要求政府保障其權利，各種社會服務及民權組織紛紛成立。
- 4、競爭市場階段（一九六〇年代迄今）：至此非營利組織已是數量類型眾多、百家爭鳴，在政府補助減少、營利部門也加入服務供給的

---

台北：巨流圖書。頁 16-17。

<sup>26</sup> L.David Brown, Sanjeev Khagam, mark H. Moore, and Peter frumkin, "Globalization, NGOs, and Multisectoral Relations", in Joseph S. Nye and John D. Donahue, ed. 2000 Governance in a Globalizing World. pp. 271-296

<sup>27</sup> 馮燕，「導論：非營利組織之定義、功能與發展」，蕭新煌主編，非營利部門組織與運作，民 89，台北：巨流，頁1-42。

競爭交相威脅下，非營利組織面對的是競爭性市場，必須自找財源、自力更生，並且重視組織和管理的健全性。

非營利組織以使命為基礎，不像營利組織追求利潤，但並非代表非營利組織可以忽視管理概念，反而更應利用能掌握的資源去完成更多的使命。通常非營利組織除非本身擁有雄厚的基金和孳息支撐，或有產業及收益的援助，否則並無足夠自主財源藉以支持整個事業的運作和發展<sup>28</sup>，故必須倚賴政府的補助或私人企業及一般社會大眾的捐贈，才能維持其長期性和計畫性的社會改善行動，因此，資源的取得乃為非營利組織生存與發展的關鍵。

## 第二節 基金會概述：

### 一、基金會的型態與分類：

在美國，基金會(foundation)成立的主要的目的是以資金來支援其它非營利組織，許多基金會都有其特定的成立的目的，而且只資助符合其策略性捐贈政策的團體。

(一) 美國基金會的型態大致可分為四種<sup>29</sup>。

1. 家族式基金會：主要是由富裕人士所成立，以資助極少數其創辦人感興趣的活動為目的
2. 一般基金會：主要成立的目的是為了支持廣泛的活動，而且通常是由專業人員來經營管理。
3. 企業基金會：是由企業所設立，此類型的基金會之資金來源是由企業總收入的百分之五提撥而來。
4. 社區基金會：是將私人捐贈的財物集合在一起共同管理的組織，其資金來源包括了個人、私人企業、基金會、和其他的非營利組織。

---

<sup>28</sup>施教裕，「顛覆大未來：社會行銷完全執行手冊」，台北：商周，民84。

<sup>29</sup>高登譯(民87)。票房行銷--菲利浦科特勒談表演藝術行銷策略。台北：遠流。

(二) 台灣地區基金會的分類：

就其設立宗旨與運作方式而言，基金會的類別可約略分為五類(財團法人喜馬拉雅研究發展基金會，民80)<sup>30</sup>：

1. 以慈善救濟、社會福利為宗旨的慈善福利獎助基金會，例如伊甸園社會福利基金會、慈濟慈善事業基金會。
2. 以宣傳、教育為主的文化教育基金會，此類基金會是近幾年增加最多的，例如：洪建全文教基金會、時報文教基金會。
3. 以學術研究、獎勵為主的學術研究獎勵基金會，例如：肝病防治學術基金會、吳三連文教基金會。
4. 以產業、經濟發展為宗旨的財政經濟基金會，例如：喜馬拉雅研究發展基金會、會計研究發展基金會。
5. 以政治、民意、國際交流等事務之基金會，例如：青年發展基金會、海峽交流基金會。

基金會在台灣的發展可追溯到民國50年代中後期，但數量有限，60年代以後基金會的數量才比較多，稱之為基金會的「萌芽年代」，而70年代，基金會在客觀環境的成熟配合下得以蓬勃發展，可以稱之為基金會的「發展年代」。

這是因為政府在民國76年宣佈解除戒嚴，因而促使基金會設立方面較易以前申請容易。就目前而言，在台灣的山基金會無論在於數量與基金數額規模上都有顯著的成長。根據喜馬拉雅研究發展基金會在90年所作的調查，目前台灣基金會中規模已經達上百億之基金會-佛教慈濟慈善事業基金會，顯示著台灣基金會的發展，已經邁入了另一個新紀元。

(三) 基金會的特性：

基金會是屬於公益性、非政的法人的組織，它具有以下幾個特性<sup>31</sup>：

---

<sup>30</sup>財團法人喜馬拉雅研究發展基金會(民80)。台灣地區基金會名錄。台北：中華徵信所。

<sup>31</sup>鄧佩瑜(民83)。美國基金會與其它非營利組織的互動。基金會在台灣-名錄與活動。台北：中華

1. 為達成某種慈善、公益目的(或使命)而設立一只提供贊助金給合乎申請資格的個人或合法的機構去達成。
2. 由個人、一群人或企業所設立。
3. 設立董事會管理、監控。
4. 捐獻者可享受稅捐優惠(含現金、財產或存款、債券等)。
5. 所捐獻的母金(基金)必須妥善儲存保值，用它的利息或所賺得的紅利去提供贊助金或執行業務以造福社會。
6. 不營利。
7. 屬合法的免稅機構(但有投資收入時，則須繳納1%或2%的投資收入。

另外有學者(張保隆等，民86)針對社會福利慈善基金會歸納出下列出下列有別於一般營利組織的特性<sup>32</sup>：

1. 社福基金會暨公益性財團法人，因不以營利為目的，其組織績效則無法以利潤加以衡量。
2. 社福基金會之資金來源來自社會大眾的捐贈、政府的補助以及該事業提供勞務或出售財貨所取得的收入，因而其組織績效不僅為基金管理之追求目標，亦為資金捐贈者、行政監督機關及一般社會大眾所關切之焦點。
3. 社福基金會除了需要專業人員之投入之外，志願服務人員之奉獻亦扮演重要的角色，因而組織之正式化及集權化的程度較低。
4. 社福基金會主要透過再分配的過程，提供服務以達到資源平均化的目的，其服務之需求者主要為較弱勢者，其服務的品質涉及個人的認知，因而組織績效不易以客觀的計數指標予以衡量。

---

徵信所。

<sup>32</sup>張保隆，黃旭男、沈佩蒂(民86)。台灣地區社會福利慈善事業基金會之績效評估。管理與系統。4(1)，145-160。

台灣的非營利組織發展軌跡，也逐漸進入競爭的階段，非營利組織彼此激烈的競爭資源，能否獲得資源得以達成組織使命變得相當重要。非營利組織的公關人員若能善用與媒體之間互惠的互動關係，可以對目標對象傳達有利於消息來源的新聞報導，從而克服非營利組織先天資源不足的障礙。因此，公關的推展不僅能協助非營利組織提昇服務品質、爭取社會支持，更可以促進組織形象地位，讓社會大眾肯定組織的價值<sup>33</sup>。

## 二、非營利組織基金會的類型

非營利部門中不同的組織差異頗大，一般而言，很難用單一的分類對其中種種面貌加以描述。有學者特別提醒到：在將非營利組織歸類時，若較關注於生產取向或政策導向的組織，而忽略許多過程取向、表達性質、參與性的組織，將錯失掌握非營利組織整體風貌的機會<sup>34</sup>。本節將對非營利組織的類型加以說明，期對非營利組織有進一步的瞭解。

一般國內外學者對於非營利組織的分類可依其事業目的、業務性質、服務對象、資金來源、法人人格等其他構面來加以分類，現將國內外學者分類方式說明如下：

Ivancevich, Donneily, and Gibson<sup>35</sup>將社會上各種組織劃分為三大部份：第一部門為私人部門組織(private sector organization)；第二部份為公共部門組織(public sector organization)，包括了中央、省，及其它地方政府機關；以及第三部門(third sector organization)，包括範圍很廣，從教堂、學校到博物館皆屬之，主要使命在發展企業或政府所不能充分提供的服務。

而其中第二部門與第三部門組織又稱為非營利組織而Anthony and

---

<sup>33</sup>孫秀蕙，「公共關係：理論、策略與研究實例」，民86，台北：正中。

<sup>34</sup>馮燕，民89，「導論：非營利組織之定義、功能與發展」，蕭新煌主編，非營利部門組織與運作，台北：巨流，頁1-42。

<sup>35</sup>程瑞玲(民73)。非營利組織之績效衡量。東吳大學會計學研究所碩士論文。

Young(1988)<sup>36</sup> 認為非營利組織包括政府部門與私人部門的非營利組織，將私人的非營利組織又分成慈善組織與商業暨會員組織兩種。

但是，Weisbord(1988) 認為非營利組織並不包括政府組織，非營利組織只包括第三部門組織。Weisbord(1988)<sup>37</sup>進一步將非營利組織分為三種，分別為商業性(commercial)、集體性(collective)及信賴性(trust)的非營利組織，而其中商業性非營利組織是屬於私人性質，其他兩類型的非營利組織則為公共性質。

另一些國內外學者對於非營利組織有不同的分類法如下：

一、Hansmann 的分類：

Hansmann (1980) 依組織財源及組織控制方式的不同，將非營利組織分為四種類型<sup>38</sup>：

(一) 捐助型 (donative)：組織財源主要來自外界捐助。

(二) 收費型 (commercial)：組織的多數收入來自財貨或服務的收益。

(三) 互助型－會員控制 (mutual)：組織的成員控制組織的決策權。

(四) 企業型－董事控制 (entrepreneurial)：組織由主要董事會控制監督。

---

<sup>36</sup> Anthony, Rober N. and David W. Young.(1988). Management Control in Nonprofit Organizations. Illinois: Irwin, 4th.

<sup>37</sup> Weisbord, B.(1988). The nonprofit economy, Cambridge,Massachusetts: Harvard University Press.

<sup>38</sup> Hansmann , 1980 , "The Role of Nonprofit Enterprise". Yale Law Journal, Vol. 89, No. 5, pp.835-901.

表2-1 Hansmann 四種非營利組織的類型

組織控制	互助型－會員控制	企業型－董事控制
財務來源		
捐助型	社團法人 如：聯合勸募協會	財團法人 如：公益基金會
收費型	如：聯誼社、會員俱樂部	如：社區醫院、療養院

資料來源：Hansmann，1980

二、Smith and Rosenbaum議以資金的來源為分類的基礎，將區分為<sup>39</sup>：

1. 自營利潤組織
2. 政府收入組織(稅補、公債等)
3. 志願樂捐組織

三、O' Neill and Young(1988) 將非營利組織分成三類<sup>40</sup>：

1. 服務組織(service organizations):產生健康醫療、社會服務、教育、研究及展覽會等。
2. 倡導組織(advocacy organization):此種組織的資金融通並不需要政府的補助或是企業的捐贈，其存在是為了促進一些社會的目標。
3. 共同利益組織(mutual benefit organizations):包括專業暨貿易協會、工會等，此種組織的目的是要促進其成員經濟上的利益，或其它相關的利益。

四、Hansmann (1980) 將非營利組織依照其收入的來源與控制的型態來分類<sup>41</sup>：

1. 照收入來源分類：捐贈性非營利組織:如紅十字會即是屬於此類組織，其大部份收入來自於贈與或捐贈。商業性非營利組織:如醫院、工會等機構，其大部

<sup>39</sup>張在山譯(民80)。非營利事業的策略性行銷。台北：授學。

<sup>40</sup> O'Neill, Michael and Dennis R.Young.(1988). Educating manager of Nonprofit Organizations. New York: Praeger.

<sup>41</sup> Hansmann, H.(1980). The Role of Nonprofit Enterprise , The Yale Law Journal, 835-901.

分的收入來自於提供服務所收取的費用。

2. 依照控制型態分類：共同非營利組織：此類組織被其贊助者所控制，如鄉村俱樂部。企業非營利組織：其大部份並不受贊助者所控制，主要是由一永久董事會所監控。

五、許士軍(民79)將非營利組織依服務對象為分類<sup>42</sup>：

1. 提供個別服務的組織：提供的服務以個人為主，包括了醫院、學校、藝術文化事業等。
2. 提供公共服務的組織：所提供的服務不以特定個人為限，服務的範圍以社區或是更大範圍的人群為主，如消防隊、清潔隊等。
3. 以會員為基礎的組織：所提供的服務以本身的會員為主，包括了鄉村俱樂部、工會等。

六、陳金貴(民83)將非營利組織分成七個基本的類型<sup>43</sup>：

1. 衛生醫療：包括醫院、診所、醫護和個人照顧設施、家庭健康照顧中心及特別洗腎設備。
2. 教育：包括中小學教育、高等教育、圖書館、職業教育、非商業研究機構如相關教育服務。
3. 社會與法律服務：此類團體以提供服務為主要方式，它除了以對金錢助人外，同時也幫助個人和家庭去面對社會、經濟和身體上的問題，它也提供曾經是家庭和鄰居提供幫助，例如托兒服務、家族諮商、傷殘職業重建、災難救助、社區改善等。
4. 公民及社會團體：包括抗議組織及人權組織、社會組織等，它扮演政策倡導的角色，能專門針對公共及社區問題，透過合法的行動，來促成公共政策的改變，因此，此類團體是公民行動的重要工具以確保自由和開放的公民社會，使得個別團體都能使他們的觀點彰顯在公共政策的過程中。

---

<sup>42</sup>許士軍(民79)。管理學。台北：東華書局。

<sup>43</sup>陳金貴(民83)。美國非營利組織的人力資源管理。台北：瑞興圖書公司。

5. 藝術和文化團體:包括樂隊、交響樂團、戲劇團體、博物館、藝術展覽館、植物園和動物園。
6. 宗教:宗教團體是美國最普遍的非營利組織，其提供各種公共服務，但對象以教友為主，它們除一般的社會救助服務外，也從事衛生、藝術及文化、教育和境的維護等工作，由於它們服務的多樣性，因此對其他的非營利組織都造成影響。
7. 基金會:存在的目的是以財務來支援其他的非營利組織，其包含四型態:
  - (1) 獨立基金會：此類基金會是要管理個人為慈善目的而捐助的基金，然後將這些基金所賺取的利息，用來贊助非營利組織所追求的公共目的。
  - (2) 企業基金會：企業公司捐贈基金，專門委由基金會管理。
  - (3) 社區基金會：由社區中許多的財務捐助所成立的基金會。
  - (4) 運作基金會：此基金會不能使用過分之十五的收入去支援非營利組織，他自己也要實際的執行相關業務。

而我國非營利組織在法制上的分類：

我國的非營利組織若從法制上分類，則可分兩方面來敘述：人民團體法與民法。「人民團體法」將人民團體區分為職業團體、社會團體與政治團體<sup>44</sup>。

---

<sup>44</sup>張潤書，民87，行政學，台北：三民，修訂初版，p303-304。

表2-2 我國人民團體之分類

種類	職業團體	社會團體	政治團體
目的	以協助同業關係，增進共同利益，促進社會經濟建設為目的，由同一行業之從業人員組織之團體。	以推展文化、學術、醫療、衛生、宗教、慈善、體育、聯誼、社會服務或其他以公益為目的，由個人或團體組成之團體。	以共同民主政治理念，協助形成國民政治意志，促進國民政治參與為目的，由中華民國國民組成之團體。
法律依據	人民團體法第卅五條	人民團體法第卅九條	人民團體法第四十四條
性質	互助性	公益性	政治性

資料來源：張潤書，民87：頁304

以上三種人民團體是指依人民團體法向主管機關立案，但未在地方法院辦理登記因而不具法律人格者。在這三種人民團體中，與吾人所指涉的「非營利組織」性質若合符節者為具公益性的社會團體，包括學術文化團體、經濟事務團體、醫療衛生團體、體育團體、宗教團體、社會服務與慈善團體、國際團體、宗親、同鄉、同學校友會及其他等八種團體<sup>45</sup>。

此外，民法將「法人」分為公法人及私法人，私法人又分為社團法人與財團法人，前者以「人」為基礎，是人的集合，公益社團法人如各種協會、促進會等社會團體，其主管機關為各級政府的社會部門，在中央政府為內政部社會司，其將社團法人分為文化、學術、醫療、衛生、宗教、體育、聯誼、社會服務等團體；後者以「財」為基礎，是財產的集合，如各種基金會，是向成立之目的事業所屬

<sup>45</sup>鄭瓊芳，民88，團隊建立法運用於非營利組織運作之研究，政治大學公共行政研究所碩士論文。

之主管單位立案，因此其分類係依主管機關之主管業務區分<sup>46</sup>。

陳美伶(民82)在「統一財團法人主管機關可行性之研究」中，依照我國之法律人格的屬性將非營利組織區分為<sup>47</sup>：

1. 社團法人：又可分為中間性法人及公益性法人，前者如同鄉會，後者如立案的慈善團體。
2. 財團法人：一律為公益性，一般為私立學校、基金會、教會、社會救助設施、職工福利委員等。

表2-3 我國社團法人與財團法人的分類

財團法人	社團法人
1. 學術文化團體	1. 文化教育
2. 醫療衛生團體	2. 社會福利慈善
3. 宗教團體	3. 衛生醫療
4. 體育團體	4. 工商經濟
5. 社會服務慈善團體	5. 財政金融
6. 國際團體	6. 環境保護
7. 經濟業務團體	8. 新聞傳播
8. 宗親會	9. 農業事務
9. 同鄉會	10. 勞工服務
10. 同學、校友會	11. 法務事務
11. 其他	12. 兩岸事務
	13. 觀光事業

資料來源：陸宛蘋，民88，頁30-33；馮燕，民89，頁14-15。

<sup>46</sup>陸宛蘋，民88，「非營利組織的定義與角色」，社區發展季刊，第85期，頁30-35。

<sup>47</sup>陳美伶(民82)。統一財團法人主管機關可行性之研究，法務部。

### 第三節 器官移植

器官移植是現代高級醫學科技的一種治療方法與專業技術。所謂器官移植是指：將人體內某個部位的器官(或組織)移植到另一個部位的醫療手術過程。若器官移植的提供者(即捐贈器官者)與受贈者(即接受器官者)同是一個人，稱為「自體移植」(例如：皮膚移植)；若是不同的人，則稱為「同種移植」。(醫學科技百科，民76)廣義的器官移植尚包括「異種移植」，它是指將動物的器官移入人體中，比如將豬的心臟移入人體中。也有人認為輸血也是一種移植，因為它是將活的細胞移到一個人身上。已被移植成功的器官有眼角膜、腎臟，以及心臟等<sup>48</sup>。

在一九五〇年代之前，免疫學尚未十分發達，所有嘗試把甲的器官捐贈給乙病人的移植手術(或稱異體移植)皆無法成功，而原因為何也不明瞭。移植手術最初是由腎臟移植開始，因腎有兩個且解剖學構造較單純。1936年俄國的一個外科醫師佛洛諾伊(Voronov)第一次進行了腎臟的異體移植手術，但並未成功。其後另有一些醫師嘗試同樣的手術，病人也均在短期內死亡而失敗。直到1954年，穆雷在波士頓成功地完成第一例同卵雙生子間的腎臟移植，醫學界始認識到異體移植間可能牽涉到器官彼此的「排斥」(rejection)現象，而「器官移植免疫學」(transplantation immunology)概念始焉萌芽。

為了解決異體移植間的排斥現象，1959年穆雷及法國巴黎的漢伯格(Hamburger)，利用全身大量輻射以抑制受體的免疫攻擊，他們同時在兩地進行了兩例成的非雙生子間的異體腎移植，更進一步確認了免疫排斥的重要概念。穆雷的這兩項開創性工作，可能是他超越眾多同儕競爭而獲得諾貝爾獎的原因。後來在腎臟移植的進展上，雖另有眾多研究者的一些貢獻(腎臟移植病患的存活時間正逐年提升)，但皆在觀念上延續穆雷的工作，而只做藥物及技術上的改進而已。

<sup>48</sup>紀靜惠，「各類人士對醫療倫理觀點差異之探究」，人力資源管理研究所碩士在職專班碩士論文，高雄：國立中山大學，九十一年六月。

由於爾後免疫學的發展，目前已知人體有一套很完整的免疫辨識系統，存在於所有組織的細胞表面。這一套系統就稱為「主要組織相容系統」(major histocompatibility system)，用以辨別所有外來異物。移植的成功與否，就決定於捐贈器官組織與受體間的主要組織相容系統是否相配。負責這一組織符合系統的是細胞表面上的一系列蛋白質，稱為「人類淋巴球抗原」(human leukocyte antigen, HLA)，現已知其基因位於第六對染色體上。這些基因在人與人間彼此互異，也成了免疫系統辨識你我的標記，就像每人的身分證一樣。同卵雙生的孿生子因承襲相同的染色體，因此，人類淋巴球抗原系統也相同，故彼此間的器官移植不會排斥。

人體中負責執行這一排斥任務的是T細胞淋巴球，當T細胞淋巴球發現外來的人類淋巴球抗原蛋白，馬上就會受到激化，進而破壞移植體(graft)。所以當初穆雷從事同卵雙生子的腎移植，以及後來以放射線破壞免疫系統而成功地進行異體腎移植，以目前免疫學的發展來說，都是一種開創性的工作，也奠定了日後移植免疫學的發展。

穆雷於1961年又與英國劍橋大學的卡爾尼(Calne)合作，以一種免疫抑制藥物：azathioprine，成功地使用於腎臟移植患者的身上，克服了排斥的重大障礙，使腎臟移植於1960至1980年間，成了全世界各醫學中心用來治療腎衰竭或尿毒病人的重要醫療措施。1980年起，英國的卡爾尼小組又發現了一種到目前為止最理想的免疫抑制劑：環孢靈素(cyclosporin)，配合血液透析技術的應用，腎臟移植成了全世界尿毒患者的新生希望。目前在捐贈器官的主要組織符合抗原配合要求，已因理想免疫抑制劑的使用而比過去寬鬆，這些完全拜賜於移植免疫學的發展，以及新的理想免疫抑制劑的發現，穆雷等人在這方面的理論及實際上的貢獻，居功厥偉。

腎臟移植的進展也帶動了人體其他器官移植的進展，如肝、胰、心臟、肺臟等，其成功率也日益改善。1968年，台灣地區首先進行腎移植的台大外科李俊仁教授，也曾受教於穆雷。

骨髓移植的湯姆斯醫師，則代表著移植醫學另一大分枝的大師型人物。湯姆斯於1920年出生德州，和穆雷一樣，也畢業於哈佛大學醫學院，且亦工作於布利罕婦女醫院。湯姆斯後來由東部搬移到西部的華盛頓大學，華大的湯姆斯骨髓移植中心自一九七〇年代起，因傑出的骨髓移植，成為血液及腫瘤醫師的麥加聖城。進入一九九〇年代，該中心每年的進行三百五十例骨髓移植，成功率達百分之七十到八十，救活了無數白血病患者。

骨髓移植與腎臟及其他器官移植有一項截然不同的問題存在，使得骨髓移植變得更為複雜與困難。在骨髓移植中，因輸入的骨髓細胞內即存在著捐贈者的免疫細胞，因此一旦移植成功，除了一般器官移植所發生的宿主對植體的可能排斥外，植入的免疫細胞亦會發揮辨識功能，反而攻擊宿主的組織，而導致一種嚴重的「植體對宿主反應」（graft versus host disease, GVHD）。植體對宿主的反應有可能嚴重破壞皮膚及腸胃等器官。

湯姆斯於1950年起，即以狗進行骨髓的移植實驗。他們以藥物及放射破壞狗本身的骨髓及免疫系統，而後經由靜脈將另一隻狗的新骨髓滴進，這些骨髓細胞即可經由靜脈而停留於破壞的骨髓中重新生長。在進行狗的實驗中，他們也開始嘗試於人體進行同樣的實驗，但在1968年以前的十多年間，所進行的近兩百例骨髓移植中，只有三例存活，而這三例皆是人類淋巴球抗原完全配合的兄弟間的移植。因此，湯姆斯得到一個結論，除非捐贈者與病人的白血球抗原配合，否則骨髓移植很難成功。病人主要死於植體到宿主反應。

很清楚地，骨髓移植除了要應付宿主免疫系統到輸入骨髓細胞的攻擊外，還要克服植體到宿主反應，而後者的嚴重性更甚於前者，其中的關鍵仍是人類淋巴球抗原系統的配合與否，在這方面骨髓移植的要求比腎移植更嚴格，捐贈者的選擇往往只限於人類淋巴球抗原配合的兄弟姐妹。

自 1969 年起，湯姆斯即採取一連串措施，以克服植體到宿主反應的發生及防治，使得骨髓移植的成功率大增。除了在人類淋巴球抗原配合捐贈者的選擇外，湯姆斯更首次以 methotrexate 來抑制免疫攻擊所引起的植體到宿主反應，以後類固醇的使用以及近年來環孢靈素的應用，使植體對宿主反應的控制更加理想，而骨髓移植的成功率也大為改善。

骨髓移植早期應用於再生不良性貧血及急性白血病病人的治療，這些病人在骨髓移植技術發展以前，可說存活機會渺茫，骨髓移植目前已可拯救大部分這類病人，湯姆斯在這方面的貢獻最大，得到諾貝爾獎乃實至名歸。目前骨髓移植術的應用範圍已愈來愈廣，包括淋巴瘤及固態腫瘤的治療。對台灣地區而言，地中海型貧血病人的骨髓移植更是一大進展。至九〇年代初期，台灣地區在骨髓移植方面亦已有台大、榮總及三總等單位在進行<sup>49</sup>。

### 【器官移植的起源與發展】

醫學上的器官移植大約可以追溯到西元前六百年，當時有一位古印度時代的外科醫師，曾經做過皮膚移植。此種皮膚移植(skin)成為今天所有移植手術的先驅。皮膚移植是自體移植，因為病人若要做皮膚移植時，可以由其身體的健康部位取得皮膚組織。但是，器官移植時情形就不同了，因為每一個人只有一個重要器官，如心臟、腎臟、肝臟等。因此，器官移植必須是他人捐贈，且捐贈者必須

---

<sup>49</sup> 科學月刊著，「諾貝爾的榮耀：生理醫學桂冠」，台北：天下文化，  
<http://140.122.143.143/NSC/bionetwork/biorelative/transplantation.html>。

是死亡者。(《科技百科》，民 75)器官移植的歷史並不久，即是到了二十世紀才開始有成功的器官移植案例。開始時在一九一二年，法國的外科醫師卡萊爾(Alexis, Carrel)發明接合血管的方法，之後器官移植才得以實現。到了一九五〇年，美國芝加哥的魯曜拉大學完成第一個成功的腎臟移植手術。西元一九六七年，南非醫師巴納德(Barnald, Chieufi)完成人類的心臟移植手術。台灣的器官移植成功可說是最近一、二十年以來的事，一九七〇年間台大外科教授李俊仁醫師完成第一個腎臟移植案例，一九八六年台大外科教授朱樹勳醫師完成第一個心臟移植案例，以及一九八八年三總完成另一個心臟移植案例<sup>50</sup>。

### 【台灣的器官捐贈現況】

台灣，雖已是一個接近已開發的現代化國家，但畢竟是一個具有濃厚中國傳統文化的社會，仍保有許多過去的社會價值觀與認知，對於器官捐贈這樣較新的一個觀念，便與許多過去的傳統觀念相衝突，如「身體髮膚，受之父母，不可損傷，孝之始也」觀念便深植人心。這也是各項器官捐贈工作在國內推廣時遭遇的最大問題。如表 2-1 所示，台灣器官捐贈比例為人口的百萬分之五，遠少於西班牙的百萬分之二十七及美國的百萬分之二十三。

表2-1 台灣地區器官捐贈統計表。

年份	器 官 移 植 人 數(人)						器官捐 贈人數	佔人口 總 數(PPM)
	腎臟	心臟	肝臟	肺臟	胰臟	心肺		
81	141	17	11	0	0	0	115	*
82	118	32	10	0	0	0	108	*
83	109	31	7	0	0	0	91	*
84	87	28	17	3	5	0	73	*

<sup>50</sup>紀靜惠，「各類人士對醫療倫理觀點差異之探究」，人力資源管理研究所碩士在職專班碩士論文，高雄：國立中山大學，九十一年六月。

85	92	43	17	10	1	0	91	*
86	138	66	18	10	0	0	132	6
87	135	54	21	4	0	0	110	5
88	99	48	23	10	0	1	90	4.1

而在台灣洗腎的人就有 25,000 人, 在醫院登記需要換腎的人達 4、5 千人, 等候心臟的人有 100 人, 需要換肺的人約 30 人, 肝臟移植名單達 50 人。隨著醫學的進步, 器官移植的技術本身已不是問題, 而目前所面臨的最大問題是所需器官的捐贈者仍顯不足。

在器官捐贈方面, 國內各大型醫院幾乎都設有社工部門, 提供一般民眾有關器官捐贈移植方面的諮詢及服務。而一般的推廣工作, 則有中華民國器官捐贈協會等負責<sup>51</sup>。

### 【器官分配問題】

在器官捐贈極度短缺之下, 器官如何公平的分配是醫療上的一項挑戰<sup>52</sup>。根據 AMA 之 Council on Ethical & Judicial Affairs 有關公平分配器官及稀少資源倫理上的考量, 與醫療需求有關的因素包括: (1)對病人有效益的機率: 對任何有效使用醫療資源者應給予較優先的治療機會。(2)治療對病人生活品質改善程度, 須防止非常不好的結果。(3)受益的時間。(4)病人病情緊急程度。(5)成功的治療, 需使用多少的資源。

經常被使用而倫理上不適當的條件有(1)付費能力。(2)對社會的貢獻。(3)對治療的障礙: 如患有各種疾病, 酗酒、濫用藥物、反社會人格等會影響治療的成功。(4)過去曾接受移植者。對需再次接受移植者而言, 若依行善與公平原則,

<sup>51</sup> <http://www.torsc.org.tw/page2.htm>

<sup>52</sup> Neely,S., & Davis, N.S., "Legal and ethical issues, In Sigardson~ Poor K M,Haggarty LM.(eds)". Nursing care of the transplant recipient. Philadelphia: W.B.Saunders. 395-421, 1990.

他們仍有同等的機會。但根據效益主義的主張，器官應該用在對大多數人較好結果的最佳機會上，故能再次擁有器官的機會不大；以心臟移植為例首次移植和再次移植接受者的存活率為 85%比 55%，故應分配給首次接受者<sup>53</sup>（葉莉莉，1999）。

國內相關研究指出台灣在器官分配標準方面，歷年的心臟移植接受者並無年齡、性別、職業的分配差異，但在移植心臟供需情形上與世界各國一樣，均面臨捐獻器官的短缺。移植者的選擇合乎醫療是必要條件，當醫療條件一致時，應以先來先服務，依移植候選人名單的順序分配，而不採社會價值分配<sup>54</sup>（葉莉莉，1999）。

而國外的研究結果，發現民眾與醫師對稀少資源器官分配原則看法有差異，民眾認為的重要因素依序為年齡、移植的結果和等候移植的時間，而醫師則認為移植的結果最重要（Neubergin、Adams、Macmaster、Maidment、Speed，1998）。民眾認為每個人都應該享有公平之醫療資源分配的權利，完全依照器官移植最大效益來訂定分配的政策，是違反大多數民眾的價值觀。目前，現行的器官分配系統嘗試在公平與效益間取得平衡，比較能反映出多數人的價值觀（Ubel、Loewenstein，1996）。Ubel.P.A 和 Loewenstein.G 於 1995 年，針對再次接受器官移植的公平性和效益的研究，結果發現 71.6%的民眾會將肝臟器官分配給再次接受移植存活率較高的病人使用，對再次器官移植的稀少資源分配傾向於效益主義取向<sup>55</sup>。

---

<sup>53</sup> 葉莉莉，「供給？需求？分配之正義：論稀有醫療資源之分配—以台灣心臟移植之現況為例」，管理學研究所碩士論文，台北：長庚大學，1999。

<sup>54</sup> 同註。

<sup>55</sup> 鍾春枝，「臨床醫學倫理議題之判斷與處理方式的探討-比較醫護人員、宗教界與法界人士的看法」，醫學研究所碩士論文，台北：台北醫學院，2001。

## 第三章 非營利組織在器官移植中所扮演的角色與功能

### 第一節 非營利組織所扮演的角色與功能

一九八〇年代非營利組織蓬勃發展，大力介入公共事務，人民的生活因之受益，形成所謂的「第三部門」。非營利組織存在時間久遠，但規模及影響力不如今日龐大，相關的研究也隨之興盛，本文以政治、經濟、及社會三層面來做相關的理論探討；解釋非營利組織在器官移植中所扮演的角色與功能。

#### 一、政治學觀點

從政治學觀點的第三者政府論（the third party government）及組織優勢論（the niche theory of organization）來分析、解釋非營利組織的興起和角色、責任。

##### （一）、第三者政府理論

Salamon<sup>56</sup>（1987）他認為非營利組織應該是一種優先機制（preferred mechanism），提供集體性的財貨或服務，此即所謂的「第三者政府理論」<sup>57</sup>。由於民眾渴望公共服務，卻又懼怕政府權力過度膨脹，第三者政府的出現恰能解決這種矛盾困境，透過非營利組織來增加政府提供服務的角色與功能。

而同時「第三者政府理論」也在下列四種現象中出現失衡的狀況：

- 1、善的不足性（philanthropic insufficiency）非營利組織無法提供足夠的集體性財貨或服務，以因應社會上各種人群的需求。

---

<sup>56</sup> Salamon, Lester M. 1987, "Partners in Public Service: The Scope and Theory of Government Nonprofit Relations" in W. W. Powell (ed.) *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*. pp.99-117. New Haven, Connecticut: Yale University Press.

<sup>57</sup> 第三者政府的主要特徵是由民間非政府組織執行政府目標，對公共基金的支出具有實質上的裁量權，代為政府執行公權力。

- 2、慈善的特殊性 (philanthropic particularism) 非營利組織提供服務時，受惠對象偏向某些次級團體或人口，慈善的特殊性使得服務資源不夠普及，造成差別待遇，且使服務資源重複與浪費。
- 3、慈善的干涉性 (philanthropic paternalism) 非營利組織的主要支持力量倘若是私人時 (指非合法的董監事會及全體會員等)，他們可能私自決定組織的服務對象、左右組織的目標，使得組織受少數人控制，而非由全體會員決定掌握。在非營利組織的實務中，的確有這種情形，當組織的捐助來源是單一的私人或特定的團體，組織又不思為公眾服務、不履行使命時，非營利組織等於名存實亡。
- 4、慈善的業餘性 (philanthropic amateurism) 非營利組織資源有限，無法以高薪吸引專業人才，必須靠許多業餘的志工來支撐運作，以致遭受外行人、專業性不足的批評。

當失衡的狀況發生時，非營利組織需要政府的協助與介入，由此可見，政府和非營利組織各有長短，兩者是互補又合作的關係，在傳送公共服務及實現公益的目的上，第三者政府成為公、私部門以外的新機制，提供多元化且具競爭性的公共服務，而這個概念也成為非營利組織和政府互動時的發展趨勢。

## (二)、組織優勢論

組織結構必須在變動環境中能夠適應與維持穩定，亦即具有減低交易成本的能力，提高分配的效率。

Seibel 認為第三部門的組織行為較不重視效率與回應，但因為意識型態或政治的顧慮，政府組織必須強調效率與回應性。如此兩難的情境，常使政府處於退維谷的狀態。為了緩和民主政治的合法性困境，同時也標示非營利組織的「利基」(niche)，我們需要一種組織，其具備政府組織能調節市場失靈的特質，卻又不必那麼強調效率與合法性，顯然非營利組織正是符合上述條件的組織型

態。它能提供民眾需要的集體性財貨，也能避免組織層級節制化的限制，具彈性的實現公共服務。

而從組織優勢論的層面來解釋，有以下的分述<sup>58</sup>：

#### 1、政府組織的類目限制：

係指公共服務若由政府提供，則經費是由稅收支應，除了要經由多數人的同意外，更會受到許多規範性的限制，例如程序、規格和法令的類目範疇(category)限制，使政府不見得能滿足所有人的需求。非營利組織則可自由的依其志願提供服務，不會受到政治可行性與公平性的限制，畢竟，志願服務乃出於公益慈善的目的，而政府的行動卻須植基於公平與合法。可知非營利組織不受限於類目範疇的限制是其組織優勢。

#### 2、政府科層化：

政府為了確保行動的合法性及公平性，產生典型官僚繁瑣程序的困境，也就是官僚化或科層化(bureaucratization)現象。非營利組織通常運作規模較小，服務對象較少，因此組織不若政府部門龐大，業務也不似政府部門繁雜，其行動的正當性與公平性也較少受爭議，自然較不會科層化。非營利部門因較少受科層化缺失的影響，並且自由度與彈性相對較高，故形成組織優勢，有些政府機構還會運用這種機制來執行其公共服務，以減少成本提高效率。

#### 3、非營利組織的多樣性：

類目限制使政府無法充分反映民眾多元的價值與需求，非營利組織的存在代表這些聲音的呈現，也填補了政府未處理的需求漏洞，使社會更具多樣性。政治理論中的多元主義強調多樣性的重要，因為它處理了民主政治的核心矛盾議題，非營利部門相對於政府部門能提供多樣性的服務，即是其組織優勢，故健全的第三部門是民主社會的指標之一。

---

<sup>58</sup> 官有垣、王仕圖，「非營利組織的相關理論」，民 89，蕭新煌主編，非營利部門組織與運作，台北：巨流，頁 43-74。

#### 4、非營利組織的實驗與創新：

從歷史的進程看來，志願部門一直扮演實驗者與創新者的角色，幾乎每一項重大的社會服務均由志願部門開始發展。提倡垃圾分類與廚餘回收的環保構想就是從主婦聯盟開始發起，進而成為台北市推行的政策；又如強調教育改革、終身學習理念的社區大學教育也是從民間文山社大開始推動，進而成為燎原之火影響整個台灣。由於非營利組織不必背負如與政府組織形影不離的繁文縟節重重關卡，只要會員或董事會同意便可以執行，所以組織具有高度彈性使其得以從事實驗與創新的行動，此即其組織優勢。

從政治學觀點解釋非營利組織的角色與責任，認為非營利組織是優先機制具有優勢地位，對非營利組織的存在相當有信心。這也可以看成是政府組織產生「不可治理性」（ungovernability）讓民眾失望下所發生的一種反動。

#### 二、經濟學觀點：

一九六〇年代晚期非營利組織的結構和產出已顯著的影響公共政策，因此非營利組織的經濟理論在一九七〇年代初期形成。而以經濟學理論中的市場失靈理論（market failure）、政府失靈理論（government failure）、制度選擇理論（institutional choice）及供給面的解釋非營利組織的角色與責任。

##### （一）、市場失靈理論：

完全競爭市場有以下特質：生產者效用最大化與利潤最大化、無任何參與資格限制的領域、對產品及價格的選擇有明顯的偏好、所有財貨及服務皆為私有、產品技術是明顯易知、消費者偏好及產品都有固定的運作模式等。因此依據經濟學觀點，「完全競爭市場」是資源配置最有效率的市場，在這樣的經濟制度下，透過「看不見的手」來引導經濟活動的價格機能，分配財貨和服務，可不損及任何人的效用或利潤而增加他人的利益，達到所謂的「柏拉圖效率」（Pareto

efficiency)<sup>59</sup>。

然而，當經濟不穩定、負擔大規模風險、壟斷或獨占、消費者資訊不完整時，這種完全競爭機制就失效Hansmann (1980)<sup>60</sup>提出「契約失效論」(contract failure)以解釋非營利組織的興起。他認為契約失效類似私人部門市場失靈的狀況，當營利部門運用市場機制卻不能完全滿足消費者的需求與偏好時，非營利組織於是產生。

而造成市場失靈四個原因：

#### 1、公共財 (public goods) 的特性：

公共財有以下特性：在消費上不具競爭性、在使用上不具排他性，並且具擁擠性，因此在同一時間可同時提供兩個以上的經濟個體共享而不損及其中任何人的效用，容易造成資源的過度消耗和無意義的浪費，資源配置缺乏私人願意提供或投資不足，是故公共財必須以非市場機能的方式才能產生並滿足需求。

#### 2、外部性 (externality)：

經濟學中定義「任何一個個體或經濟主體產生了具有價值效益的行為，而無償的影響到另一個個體」的現象曰之「外部性」，在財貨與服務的生產消費過程中產生外部效果，導致以利潤導向的私部門不願意或無能力提供該項服務，因而致使市場失靈。

#### 3、自然獨佔 (natural monopoly)：

私部門為追求利潤而大規模生產時，將形成自然獨佔，而扭曲了資源配置的效率，造成市場失靈。

#### 4、資訊不對稱 (asymmetric information)：

在交易過程中，消費者缺乏充分的資訊或專業知識，無法判斷所欲購買的產品或勞務之數量及品質。亦即訊息的不足使買賣雙方並未處於平等的地位，生產

---

<sup>59</sup> Varian 著，劉楚俊、洪啓嘉譯，「現代個體經濟學」，民國 89 年。

<sup>60</sup> Hansmann (1980)， "The Role of Nonprofit Enterprise". Yale Law Journal, Vol. 89, No. 5, pp. 835-901.

者為追求利潤最大，可能隱瞞真實的成本與品質，使消費者蒙受損失，因而導致契約失效。

在市場失靈的情況下，人們欲尋求另一個管道來取得所需之服務或產品，除了政府介入市場外，非營利組織亦因本身的「公益目的」及「不分配盈餘」特性（nondistribution constraint），被認為較不會為了減少成本而降低服務品質，犧牲消費者權益，故得到公眾的青睞與信任，進而取代了市場一部分的功能。

（二）、政府失靈理論：

Weisbrod (1988)<sup>61</sup>從政府部門的觀點來解釋非營利組織的興起，他認為非營利組織乃為了彌補政府功能的不足而存在，成為政府部門以外的集體性財貨（collective goods）供應者。

傳統經濟學理論認為政府運作的立論基礎正來自生產那些無法透過市場提供的公共財，然而政府提供的公共財也講究普遍性與多數同意，人民的需求卻異質多元，某些成本高而效益低的生產活動會被排斥，於是某些民眾的需求便被忽略。

Weisbrod 稱這種「政府提供的集體性財貨或服務無法滿足部分人民需求」的現象為「政府失靈」。此時非營利組織扮演中介者的角色，有效率的將社會捐贈的資源轉為民眾需要的財貨或服務，提供政府未能供應的公共財。非營利組織具有自發性及彈性，較能滿足民眾的需求，類型繁多的非營利組織更能有效提供各種服務<sup>62</sup>。

（三）、制度選擇論：

---

<sup>61</sup> Weisbrod, Burton A., 1988, *The Nonprofit Economy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

<sup>62</sup> 江明修，民 87b，非營利組織公共服務功能之研究，行政院國家科學委員會專題研究報告，計畫編號 NSC87-2418-H-004-004-E21。

在上述兩種理論中，討論了「市場失靈」與「政府失靈」導致非營利組織的興起，但也讓人發現在經濟學領域中其實是建構著公私二分、非公即私的二元制度選擇，亦即市場失靈端賴政府介入以彌補，政府失靈就靠市場機制來克服，兩者皆視非營利組織的存在為公私部門之外的附屬機制。

學者Badelt<sup>63</sup>（1990）對此並不以為然，他提出了概念更為寬廣的「制度選擇」（institutional choice）理論來解釋非營利組織的產生。

這個理論包括三個面向的可能：

1. 提出現存社會中，未達目標的可能制度範圍
2. 解釋制度如何形成
3. 比較不同制度的績效分析。

他將制度選擇論的意涵分為兩個途徑說明：

第一個途徑是失敗績效途徑（failure performance approach）：賦予每一種制度特定角色，再呈現於概念化的序列（sequential order）中，此即「私有市場組織（PMOs）—政府組織（GOs）—非營利組織（NPOs）」。質言之，在分配觀點下的市場失靈導致政府組織出現，作為經費、財貨或服務的提供者；而當政府提供的服務無法使某些人滿意時，非營利組織就來接力產生。

第二個是交易成本途徑（transaction costs approach）：交易成本是指從事與監督經濟交易時所生的成本，像資訊成本、決策成本和控制成本。因此，某一種替換制度能出線，被選來提供商品或服務，乃繫於其生產成本與交易成本比其他制度低。依此想法分析各種制度可發現，層級節制的政府組織交易成本勢必最高；私有市場組織雖然有其最經濟的生產方法，惟其以營利為目的，資訊不對稱使民眾無法放心選擇；職是之故，非營利組織的角色成為解決問題的核心。<sup>64</sup>

---

<sup>63</sup> Badelt, Christoph, 1990, "Institutional Choice and the Nonprofit Sector", in Anheier H.K. Seibel W.

(eds.), *The Third Sector: Comparative Studies of Nonprofit Organizations*, pp.53-63. Berlin: Walter de Gruyter.

<sup>64</sup>劉祥孚，民85，非營利組織公共服務功能之理論與實證：環保團體之個案分析，政治大學公共

由以上敘述看來，以制度選擇理論來解釋非營利組織的興起仍有一些疑慮。Badelt 認為這樣的偏差來自於未觸及非營利組織失靈的問題、缺乏制度影響的分析。此外，假設選擇過程為典型的自由市場，忽略非營利組織的制度選擇通常是不完全競爭、無視制度選擇不能自外於政治偏好也是其限制。

### 三、社會學觀點

當多數學者在政治經濟領域中探尋非營利組織產生的原因時，社會學家 Milofsky (1979) 則從「觀察社區的形成」發現解釋非營利部門興起的不同視野。他認為在社區形成的過程中，公民參與和志願主義是兩大重要基石，而非營利組織的發展也是沿著相同的路徑進行，往往也伴隨著社區發展<sup>65</sup>。此就志願主義與公民參與加以闡述。

#### (一)、志願主義

志願主義 (voluntarism) 乃指由個人、團體或正式的非營利組織，依其自由意願和興趣，以協助他人、改善社會為意旨，不求私人報酬或利益所進行人類服務。

志願服務的意涵可簡述如下<sup>66</sup>：

- 1、服務行為是個人志願的表現，動機來自參與者內心的意願，非外力的驅迫。
- 2、志願服務是個人內在價值與社會倫理結合的展現，屬於利他性的經濟行為，服務目的不在於金錢或物質的酬賞。
- 3、服務的提供是個人餘力、閒暇的奉獻，兼及物質與非物質的層次，並包含各種專業性與非專業性的服務。
- 4、服務本身是一種志願者個人成長發展的動態歷程，並非單向的施予，而是服

---

行政研究所碩士論文。

<sup>65</sup> 馮燕，民 89，「導論：非營利組織之定義、功能與發展」，蕭新煌主編，非營利部門組織與運作，台北：巨流，頁 1-42。

<sup>66</sup> 潘文文，民 84，非營利組織公共關係策略之研究，中興大學公共政策研究所碩士論文。

務者和被服務者「相互給予」的互惠過程。

5、服務的過程是一種結合行動，強調目標與統籌規劃，且重視組織功能及人際、團體間的關係建立與運作。

Schram (1985) 指出七個論點可解釋人們參與志願組織的原因，同時可說明非營利組織的形成<sup>67</sup>：

- 1、利他主義 (altruism)：利他主義被公認是人們參與非營利組織的主要原因，人們參與志願服務時，可藉由利他行為利益他人同時滿足自己，不求回報。
- 2、效用理論 (utility)：經濟學中所謂的「效用」即是將資源置於最有利的位址，求其最大化。易言之，透過志願服務可得到個人的最大效益。
- 3、人群資本理論 (human capital theory)：即是運用投資的概念，強調付出與獲得的關係；認為參與志願服務可增進本身人際關係的技巧與拓展。
- 4、交換理論 (exchange theory)：認為人的行為是利益取向的，追求最大報酬及最小成本，所謂利益並非純然指金錢、物質上的利益，亦包括愛、成就感等精神上的利益。當人們認為參與志願服務的報酬大於成本時，他們就願意成為志願服務者。
- 5、期望理論 (expectancy theory)：期望理論認為人們的行為植基於對未來可能報酬的期待，亦即參與志願服務者預期可藉由奉獻己力得到心靈滿足、改善社會等。
- 6、需要滿足理論 (need fulfillment)：從Maslow 的需求層級理論可瞭解人類不僅有生理、安全的需求，還有較高層次的相互信任、愛、自我實現的需求。這也確實是相當多人參與志願服務的動機。
- 7、社會化理論 (socialization)：社會化係指把自己的行為融入社會價值體系的過程。人們受到社會化的影響，認為參與志願服務是個人角色的一部

---

<sup>67</sup> 同註 11。

份，是己身的責任。

由上可知人們參與志願組織可能有利他主義、Maslow 需求滿足理論、或是社會化理論等動機，志願組織和志願服務者（志工）為非營利組織的重要組成，人們的志願奉獻也使非營利組織蓬勃發展。這個解釋與前面提到經濟學觀點中的「供給面的解釋」似有異曲同工之妙。

## （二）、公民參與

公民參與（citizen Participation）的概念來自古典民主理論，其理論核心是假設公民對公共事務有興趣並積極參與。公民參與較之政治參與，是比較中性而不具政治面向的，其指涉公民基於對自主權、公共性與公民資格的體認，以及對公共利益與公共責任的重視，主動投入意志、情感、知識與勞力於公共事務的決策與執行過程。公民參與可增加政府在方案執行與管理上的回應，且是公民涉入公共事務更直接的行動方式，理論認為運用民間力量參與服務工作，是基於民主化理念、公民參與公共事務決定的意識增強，而形成一種志願服務的動力。

非營利組織行動若要得到認同，組織的語彙必須能讓參與者理解、運用，這也是關於上述內在價值的另一假定。易言之，因為非營利組織必須爭取公眾支持，因此需要用簡單易懂的語言進行溝通，艱澀難懂的術語一般公眾是不能輕易瞭解的；也因為運用普通語言，故非營利組織能被多數人接受。

民社理論強調的不僅是民主社會重視的參與精神，更難得的是，它突顯出非營利組織是獨立於市場、國家之外，長久持續存在人類社會的公共場域。

儘管非營利組織形形色色有著不同的類型、多元的風貌，卻各自在不同的領域展現第三部門的特性，發揮強大的濟世功能。

一、Kramer 的觀點<sup>68</sup>：

Kramer (1987) 在分析非營利組織特性、目標與實質功效時，提及非營利組織扮演的四種角色，這些角色也正代表著非營利組織在社會上所發揮的功能：

(一) 服務的先鋒 (vanguard or service pioneer)：

非營利組織通常因為其彈性、自發性而對社會公眾的需求能敏銳回應，從行動中實現理想，引領社會風潮之先，具有開拓社會服務新領域的功能，是社會往前推進的開路先鋒。

(二) 社會改革者或倡導者 (improver or advocate)：

非營利組織除了是服務的先鋒，還是理念的先知，從社會參與的行動與實踐中瞭解社會脈動，並洞燭機先展開改革與倡導遊說的工作，影響社會輿論，促成公眾態度的改變，從而導引政策法令的修訂。

(三) 價值維護者 (value guardian)：

非營利組織基於本身的宗旨，是捍衛社會正面價值、傳佈推廣公益理念的中流砥柱，他們對民眾智識的觸發、思考層面的提昇、人性尊嚴的啟發都極具意義。

(四) 服務的提供者 (service provider)：

類型眾多的非營利組織能提供多元的服務，彌補政府因資源與價值序位的限制，而無法全方位體現福利服務的缺失。非營利組織服務的提供同時也確保了弱勢族群的人權，使其在政府福利功能無法關照的角落仍可獲得關心與幫助。

二、Wolch 的觀點：

有別於Kramer 的角色功能觀點，Wolch (1990：24-25) 則是從三個面向來描繪非營利組織的服務功能，他依非營利組織服務產出的性質，以商品化—非商品化、直接服務—倡導、菁英—參與三個面向，建構出一立體架構，藉此檢視非

---

<sup>68</sup> Kramer, Ralph M. 1987, "Voluntary Agencies and the Personal Social Services." In W. W. Powell (ed.) *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*. New Haven, Connecticut: Yale University Press. pp. 240-257.

營利組織的功能，此將三面向的說明如下<sup>69</sup>：

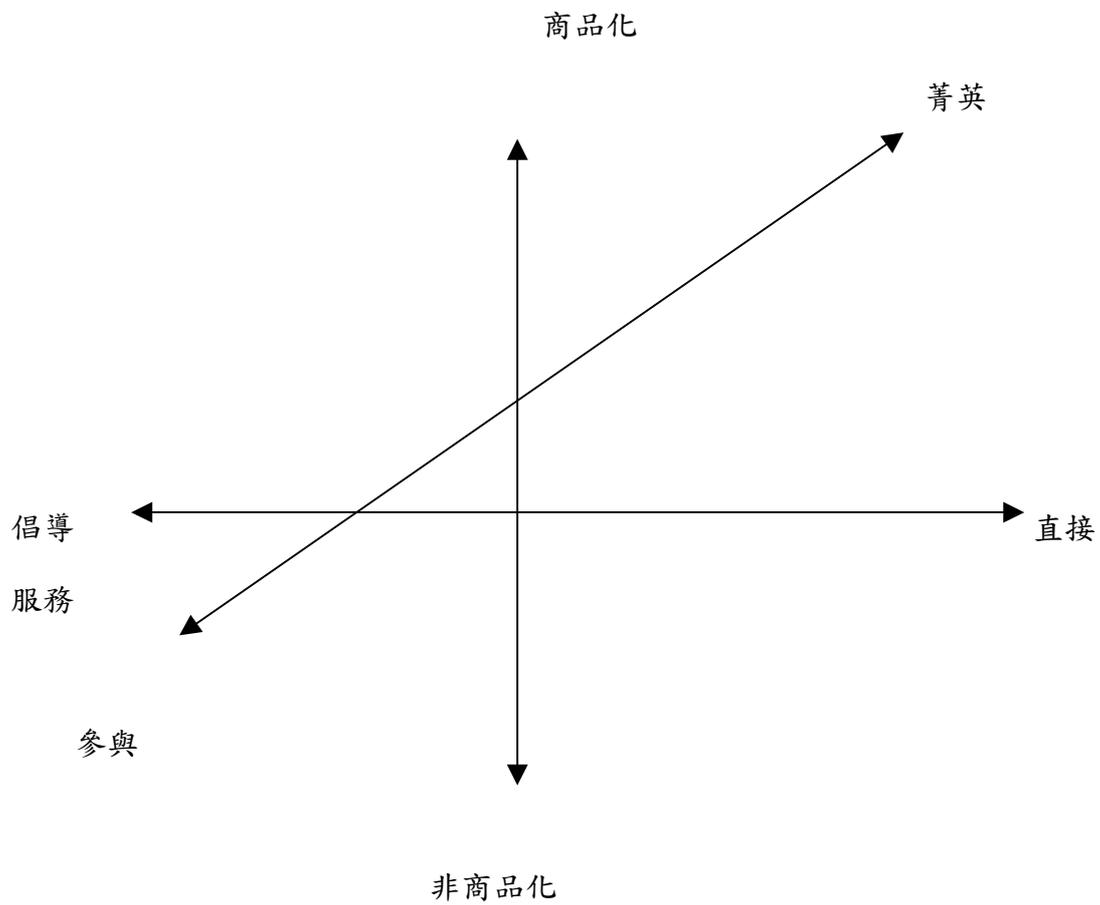


圖2-1 非營利組織之服務產出

資料來源：Wolch，1990：24

<sup>69</sup> Wolch, Jennifer R. 1990, *The Shadow State: Government and Voluntary Sector in Transition*. NY: The Foundation Center.

(一) 商品化—非商品化：

商品化係指非營利組織提供的服務須收取費用，惟其收益不分配給成員；去商品化則指市場無法提供充分且足夠的服務時，由非營利組織提供此種財貨（merit goods），並不向使用者收費。

(二) 直接服務—倡導

直接服務係指提供與非營利組織宗旨相關的服務，如諮詢服務或相關補助；倡導則是指改變社會既有的觀念態度、試圖影響涉及公眾或特定弱勢族群福祉的公共議題，甚至導引政府決策。

(三) 菁英—參與

這個項目是以非營利組織的服務對象是否介入服務輸送的產出過程為判準，此面向的「菁英」一端是指非營利組織的服務由專業人員所主導，如醫護人員、社會工作者等；「參與」一端是指服務提供的過程透過社會大眾、服務對象等非專業人員參與，以完成公共事務的決策，在參與的過程中，可能促發公民意識的形成、發揮導引社會變遷的作用。

從Wolch 的架構中發現有許多不同功能的非營利組織，在社會上扮演多元的角色，讓我們在繽紛的非營利組織現況中可歸納不同的現象。如直接服務和議題倡導的非營利組織在募款需求上可能就不太一樣，前者需要把錢拿來做公共服務，所以希望政府能在財源上多補助；後者提倡觀念、不需要太多經費來補助服務對象，也不希望拿政府的錢以免「拿人的手短」不好跟政府唱反調。

不過台灣目前的非營利組織大都是同時做許多事、發揮數種功能，像勵馨社會福利基金會做直接服務也倡導議題，司法改革基金會是菁英服務（專業律師）也注重民眾參與（法庭觀察義工），因此一個非營利組織已經不是僅單面向的發

揮單一功能，而是多重的發揮功能。

## 第二節 台灣器官移植非營利組織的角色與展望

### 一、財團法人「器官移植登錄中心」成立

財團法人「器官移植登錄中心」2002年6月6日正式掛牌運作，是目前國內較具有公權力的器官捐贈分配中心，未來透過這套系統，病患將可獲得公平的機會，尋求腦死病患捐贈的器官，以進行移植手術。衛生署也期盼藉由該中心的成立，降低器官買賣的弊端，讓民眾不必千里迢迢，冒險遠赴大陸或海外地區接受器官移植。

「器官移植登錄中心」董事長黃富源表示，我國器官移植的成功率高達8成左右，尤其在腎臟、肝臟、心臟移植方面，技術可說執亞洲地區之牛耳；但受到國民「保有全屍」的保守觀念影響，捐贈率偏低，使不少需要器官移植的病患，在等待中失去性命，我們的器官來源仍一直供不應求，移植醫師空有一手醫療絕技，卻無法發揮，我們的病人也常常等不到器官而撒寰人生，造成醫師、病人及家屬永遠的遺憾。

有鑑於此，衛生署奉行政院同意，並經半年籌備成立「財團法人器官捐贈移植登錄中心」，未來器官捐贈與移植工作，將由該中心統籌分配協調，做為移植醫師、器官受贈者、器官捐贈者及其家屬、器官勸募醫院、器官摘取醫院、器官移植醫院間的「溝通橋樑」，期盼建立發達的聯絡網，減少程序不便、提昇工作效率。

「器官移植登錄中心」執行長鄭隆賓醫師指出，國內潛在性器捐沒有被發掘

的主因，包括病人家屬罕被告知病人已經腦死、現行器捐卡不具法律效力，造成勸捐工作難以進行，而發現器捐個案時，醫院和醫院之間又缺乏合作與協調，使得器官摘取工作經常受到程序上的限制，花費許多人力、物力，卻無法有效利用，這些都將是移植登錄中心未來有待克服改善的問題，以解決國內器官來源不足的窘境。因此鄭隆賓也呼籲社會各界，一起站出來，喚醒大眾潛在存有的愛心，透過器官捐贈大愛，幫助需要器官移植的重症病患，搶救更多寶貴生命<sup>70</sup>。

所有問題的癥結歸根究底就是器官不足，因此如何提升器捐率，實為國內移植醫學界的當務之急，當器官來源增加，延續而來的問題就是如何合理的分配，將有用的器官移植給最需要的病人，這兩個主題的重要性，催生了「器官移植登錄中心」的成立。希望能以政府為後盾，積極推動，一則以救治更多的臨危或末期病患同胞，另則以再提升國內的移植水準。

器捐的問題，涵蓋多種因素，不像拿手術刀那麼的單純，而且手術是立竿見影，輸贏立判，然而器捐的推行已是多年，國內民眾大部份都知道器捐這個名詞，器捐卡簽卡人數也逾 40 萬人，但是器捐的數目卻一直無法提升。國內專家多次的聚首討論，咸認為潛在性器捐沒被發掘，主要的原因包括：病人家屬罕被告知病人已經腦死，可能無救，不可能考慮捐贈器官，器捐卡無法律效力，如能立法，使腦死的病人歸屬國家財產，任何國民，生前未簽認不捐贈器官，即可經由專業腦死判定後，作器官摘取，這是部份先進國家的作法，國內是否能推行，有賴各界共識？器捐個案的有效利用因聯絡網的不發達，程序的不方便甚至院際的合作與協調，常花費許多時間及人力、物力，造成器官不能再用，甚至落到家屬不願捐贈的下場，其他的因素：像戴安全帽的推行，著實使頭部外傷病例減少，這是良政，是值得恭喜，也是先進國家走過的路，我們不可能依靠這些來源。登錄中心的成立，首要任務，就是要針對這些問題，改善解決。國內每年意外死亡適合

---

<sup>70</sup> 「器捐新紀元！國內首創『移植登錄中心』掛牌運作」，東森新聞報網站，[www.ettoday.com/2002/06/06/91-1312052.htm](http://www.ettoday.com/2002/06/06/91-1312052.htm)。

器官捐贈 5,000 人中，只要有百分之十的捐贈，就可解決國內器官來源不足的窘境，更希望借此機會，呼籲全國各界賢達、移植及相關領域專家、捐贈家屬、受贈病患及家屬們，一起站出來，再度喚起我們社會普遍存在的潛在愛心，透過器官捐贈，使我們的社會，能更祥和，更有朝氣，造福更多的病患<sup>71</sup>。

## 二、推動建立器官銀行

在美國有些大的醫學中心正從事相關的研究：包括人體組織的培育、異種器官的排斥反應及開發生物工程人工器官……茲舉實例如下：

美國卡羅萊納醫學中心的生物工程師哈伯斯塔特設計和培育了人體乳房組織，企圖取代現有的人造假乳房移植術。他從病人乳房上取出脂肪細胞，種在由海綿狀的藻酸鈉構建的“骨架”上，長成很有彈性質感的人類乳房。這無疑是那些因患乳癌而割掉乳房的婦女的福音。

美國杜克大學的尼克拉森正在攻克培育人體動脈的尖端。目前，冠心病人在心肌梗死後，常規手術是在已經堵塞的心血管旁用腿血管進行“搭橋”手術，但術後 5 年之內，會有三分之一的病人會因脈管再次堵塞而死亡。尼克拉森決定用病人的細胞培育出合格的人造動脈，避免“搭橋”手術後的死亡事件。他首先進行動物實驗。他設計了人造動脈的“骨架”，將豬頸動脈的肌肉組織覆蓋在骨架內部，8 周後，組織培養液中就長成了蠟筆似的動脈管，動脈管壁的彈性和強度達到了理想的要求，並能保持平和搏動。

美國麻省理工學院的格理芬在電腦上設計了人體肝臟的三維立體“骨架”藍圖雛形。他與哈佛大學醫學院的瓦坎蒂醫生正按設計圖付諸實施。美國密執安

---

<sup>71</sup> 財團法人器官捐贈移植登入中心 執行長的話，〈<http://www.torsc.org.tw/page2.htm>〉。

大學的休姆斯正在開發生物工程人造腎臟。哈佛大學的阿特拉已開發出了人造膀胱，正在狗身上做應用實驗。加拿大拉瓦爾大學的兩位科學家用取自人眼角膜的細胞培育出人造角膜……。

這一切說明，器官銀行的設想不是夢。科學家們推測，在未來10年至20年內，克隆人體器官<sup>72</sup>將成爲一個產業。醫院將根據病人的需要，到器官銀行去取病人訂製存放在那裏的器官。到那時，人的器官壞了，無論是心、肝、肺、乳房、皮膚，還是呼吸系統、泌尿生殖系統的任何器官，有了嚴重的毛病，換一個新器官就行。這在人類的文明史上，會成爲一個里程碑式的事件<sup>73</sup>。

---

<sup>72</sup> colan：在細胞學上指的是細胞的增生。例如：癌細胞是非正常的細胞增生。

<sup>73</sup> 器官銀行不是夢，四川青年報，

「<http://www.zaobao.com/special/newspapers/2000/pages4/scqnb270600.html>」。

## 第四章 非營利組織器官移植國際合作案例

### 第一節 西班牙之器官捐贈、等待名單及器官移植 (Organ Donation Waiting Lists and Transplantation in Spain)

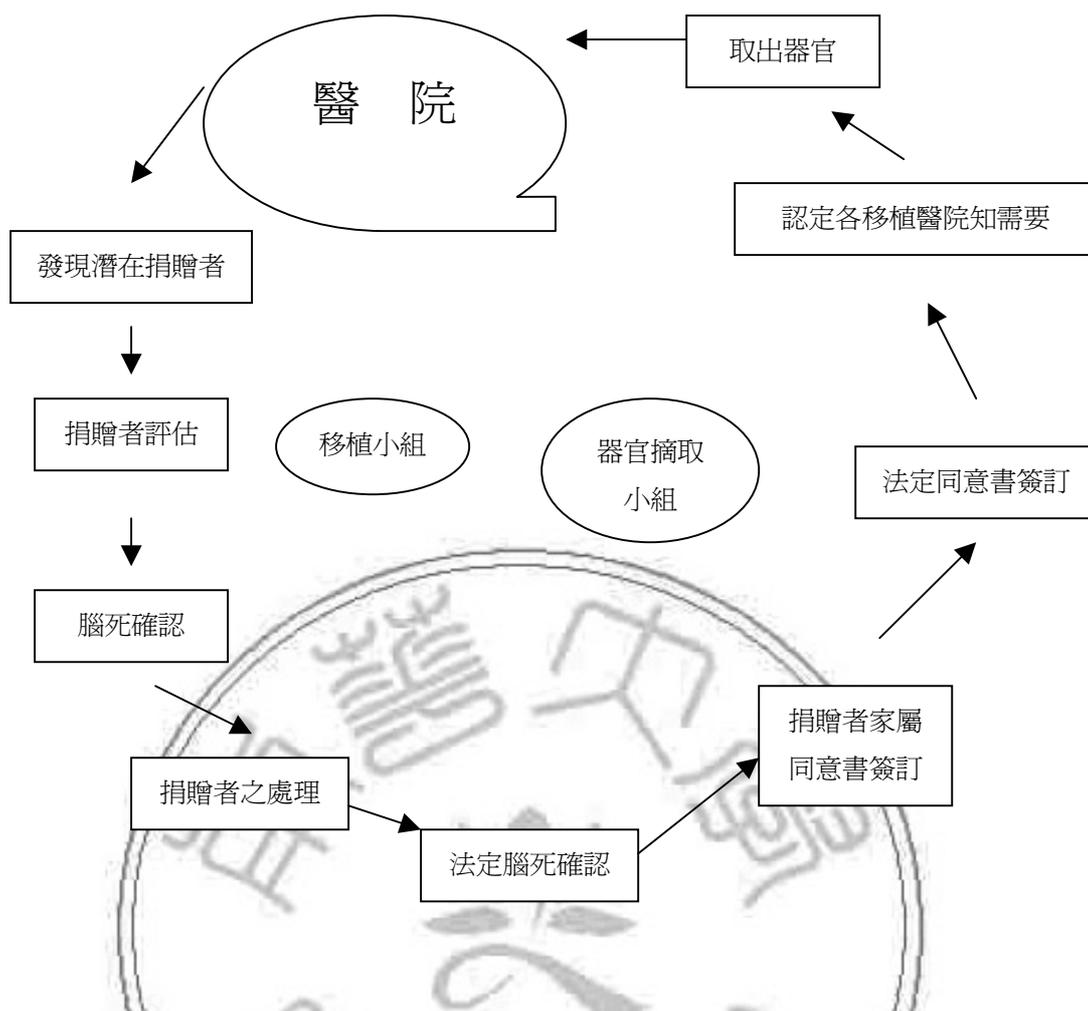
器官移植是一個非常複雜的程序，起點與終點都在醫院(附圖 5-1)。因為器官捐贈的短缺是影響器官移植的非常大的阻力，所以，西班牙強調醫院必須具備一些條件：

- 一、醫院內一定要有合格的器官移植協調員(Transplant Coordinator)及器官摘取專業人員。
- 二、醫院一定要具有對潛在器官捐贈者的靈敏感應與及時的反應。

1984 年，西班牙開始心臟與肝臟移植，也開始多器官移植。同年，西班牙第一位器官移植協調員(Transplant Coordinator)開始運作。

1989 年，西班牙全國器官移植組織(the Organization Nacional de Transplants (ONT))成立，隸屬於西班牙的衛生部。自此，一個很重要的器官移植協調網路於焉成立。這個組織在當時由三種專業人員組成：

1. 醫院專業人員：9,149 位醫師及 78 位護士。
2. 地區專業人員：17 位協調員。
3. 中央專業人員：1 位協調員。



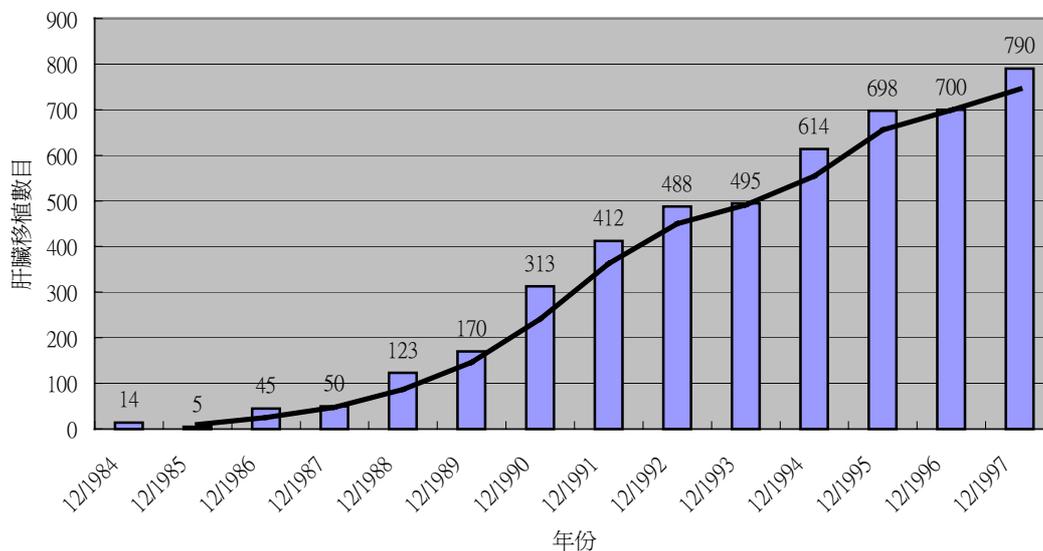
(圖 5-1)

ONT 負責籌備及推廣訓練研討會與演講等以加強對各領域專業人員（醫師、器官摘取專業人員、器官移植協調員、護士）的訓練。因為有了這個組織的成立與組織內成員的努力，才有了每年成長的結果（圖 5-2 至 5-5）。

最值得一提的是，西班牙自 1991 年以來，因為器官捐贈的發展快速，使得腎臟移植的等待者人數有逐年下降的趨勢（圖 5-6）。另外，定期發佈器官捐贈良性發展的消息與透明化，讓社會大眾更正面看待器官捐贈，也刺激與鼓勵更多的器官捐贈。讓社會大眾與醫院的專業人員對器官捐贈保持正面的敏感度，以及

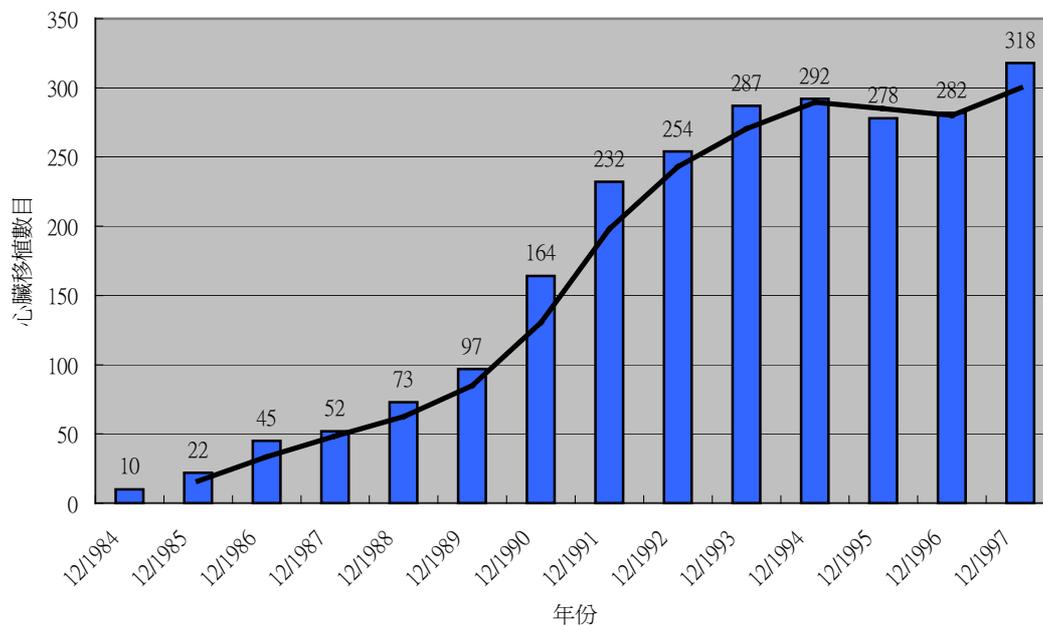
各階層的专业人員都能全力以赴，才是器官捐贈成功的不二法門<sup>74</sup>。

圖 5-2 西班牙之肝臟移植數目



資料來源：Mrs. Josefina Ripoll (西班牙器官移植協調網路協調員)之年度報告

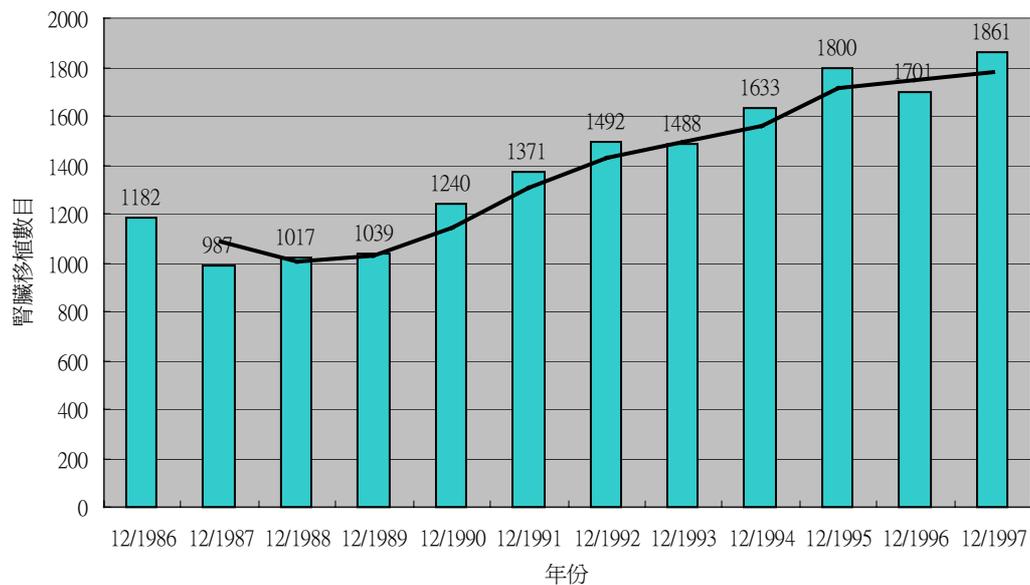
圖 5-3 西班牙之心臟移植數目



資料來源：Mrs. Josefina Ripoll (西班牙器官移植協調網路協調員)之年度報告

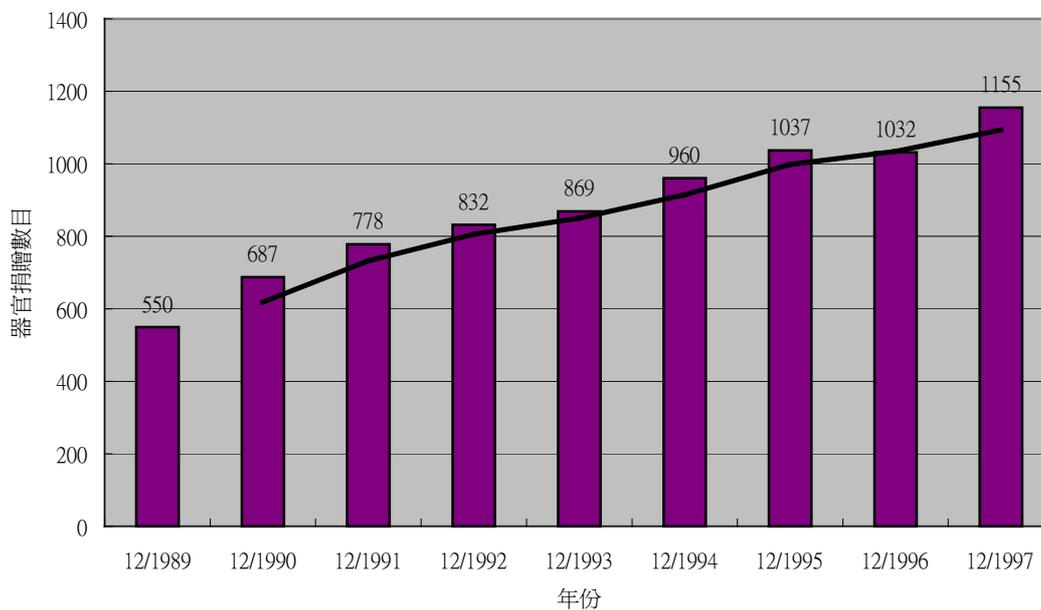
<sup>74</sup> 饒瑞翔譯自 Mrs. Josefina Ripoll (西班牙器官移植協調網路協調員)之年度報告。

圖 5-4 西班牙之腎臟移植數目



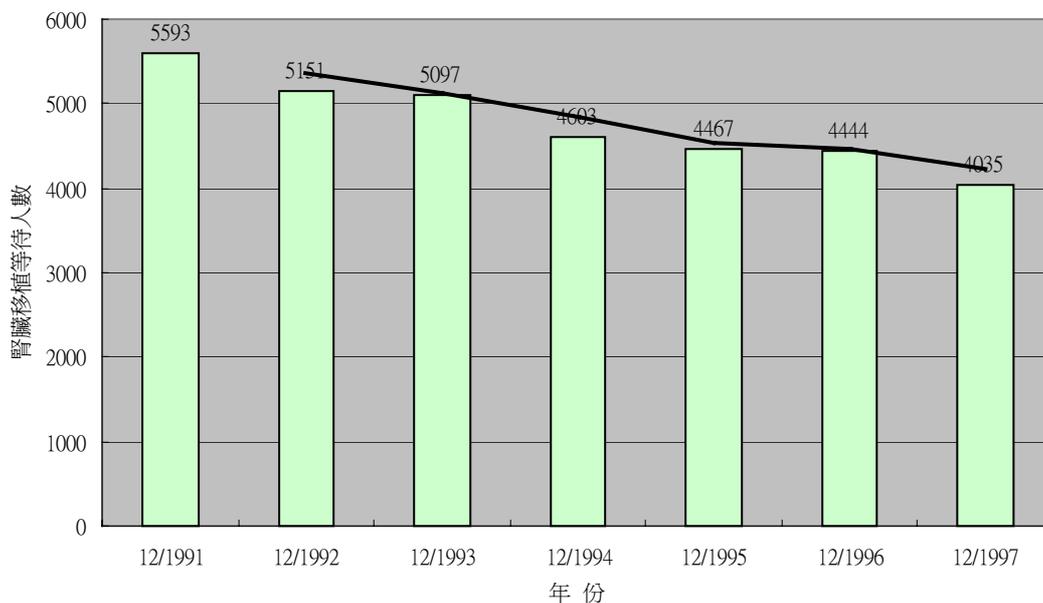
資料來源：Mrs. Josefina Ripoll (西班牙器官移植協調網路協調員)之年度報告

圖 5-5 西班牙之器官捐贈數



資料來源：Mrs. Josefina Ripoll (西班牙器官移植協調網路協調員)之年度報告

圖 5-6 西班牙之腎臟移植數



資料來源：Mrs. Josefina Ripoll（西班牙器官移植協調網路協調員）之年度報告

## 第二節 台灣前往中國大陸器官移植案例

目前台灣地區洗腎人數就約達 2 萬 5 千人，其中 80% 可接受器官移植手術，但台灣一腎難求，就有台灣患者不耐苦等，便想到大陸去換腎。器官捐贈來源困乏的問題一直是存在的，由於台灣每年捐贈器官者僅百餘人，但需要接受器官移植的患者卻高達 3、4 千人之多，器官來源明顯不足。有的患者因為不堪長年忍受病痛的折磨與漫長的等待，於是前往大陸與東南亞換腎或移植臟器，其中雖有成功案例，但也有不少失敗的悲劇發生，可說是「賠了夫人又折兵」。

### 一、臟器僧多粥少 台灣需求大

台灣地區器官捐贈風氣之所以一直不盛，主要是受到民間信仰習俗的影響，認為人死後應要保留「全屍」，所謂的「身體髮膚，受之父母」；而有些死者親屬

也不忍親人死後遺體再受到解剖，所以儘管民間器官捐贈協會與政府衛生署大力宣導，但願意在死後捐贈器官的人仍是不多。目前在台灣擁有器官捐贈同意卡的人只有 30 萬人左右，這個比例僅是歐美國家的 1/5~1/10 而已。就因為器官捐贈風氣的不盛，使得台灣患者為求生存不得不轉向東南亞、大陸等地區謀求臟器，特別是地緣近，相關法令管制不嚴密的大陸地區，在口耳相傳之下，成為台灣患者進行器官臟器移植的「寶地」。

根據中華民國器官捐贈協會秘書長許玉來表示，台灣雖然從 1987 年公布人體器官移植條例，但實施 10 年來，直到去年器官捐贈人數才破百，以去年為例，器官捐贈人數首創記錄達到 138 人。許玉來說：「台灣光洗腎的人就有 2 萬 5 千人，其中約 80% 的人可接受器官移植手術，目前在醫院登記需要換腎的人就達 3、4 千人；其他器官方面等候心臟的人有 100 人，需要換肺的約 30 人，肝臟移植名單也達 50 人，可是器官捐贈與受贈需求的差距只能以『不成比例』來形容。」而新泰醫院腎臟專科主任侍台平則認為，有的病人覺得長期洗腎十分痛苦、麻煩，因此會有想要換腎的念頭，他說：「一般人總認為只要換腎就可『一勞永逸』，這樣的想法並不正確，其實換腎的問題很複雜，跟拆裝汽車輪胎不一樣，單單一個腎臟移植的手術療程便要牽涉到移植外科、腎臟科、精神科、營養師與社工人員等。」

## 二、管制嚴格 病患求助黑市

年初台灣報紙曾出現賣腎臟的廣告，某位婦女因生計所迫，在走投無路的情況下，在報上刊登廣告出賣自己的器官。沒想到廣告刊出後，立即受到許多人士的「殷殷關切」。據該位婦女自承，刊登廣告的第一天就有許多人打電話向她詢問，包含有患者、代病人打探的醫生、其他同樣的賣腎人，有人還以為她是仲介公司或捐客，甚至開價到 250 萬元台幣。

對此，衛生署醫政處專門委員詹德旺表示，該名婦女的遭遇雖令人同情，但這方面的問題應由社會福利機關來照顧，而非出此「下下策」。他補充說明，根據人體器官移植條例規定，活體器官的移植僅以三親等以內血親與配偶為限；同時，為了防止有心人士鑽法律漏洞，以「假結婚」的方式來進行器官買賣，規定中還特別提到配偶應與捐贈器官者生有子女或結婚3年以上。

因為器官捐贈風氣的長久不盛，台灣病患有心以器官買賣或非正常管道移植器官解決病痛的情形仍持續發生，以器官買賣為例，黑市交易早已有之，去年台灣南部醫界就曾流傳有某名富商以60萬元購得腦死病人的肝臟。對於黑市交易的手法，向來尊重生命的許玉來難掩憤懣的說：「這種以金錢、黑市的交易方式進行器官買賣，是對生命與人道精神的一種侮蔑。」但她也有些洩氣的表示，雖然人體器官移植條例實施多年，但至今衛生署仍未以違反人體器官移植捐贈條例，處罰過相關的醫院、醫師以及相關人員。

對於此點，衛生署醫政處副處長李懋華也曾對媒體表示，雖然法律規定醫生或醫院如替買賣器官者進行器官移植與摘除手術，可判處新台幣9萬元以上、45萬元以下的罰鍰。但在現實生活中這類事情往往是在「檯面下」進行的，雖然有人公然賣腎，但除非有醫生為當事人進行手術，並經人檢舉，有關單位才有可能究辦，否則衛生署也無可奈何，這也是為何至今衛生署仍無法規範類似上述賣腎女子的廣告行為。

### 三、大陸器官來源受到國際組織的質疑

至於彼岸的大陸，長期以來就一直受到國際間違反人道、販賣器官，進行黑市交易與移植的抨擊；特別是一些自大陸出來的海外民運人士如吳宏達、魏京生等人都曾經出面，指證中共確實有出售死囚器官；更糟糕的是，今年初美國聯邦調查局幹員還逮捕了2名專門出售遭處決的中國大陸囚犯器官牟利的華人。因此

儘管中共官員一再對外宣稱大陸絕不會允許器官買賣的事實存在，但很明顯的，他們的話沒有多少美國人願意去相信。

曾在大陸勞改營待過 19 年的民運人士吳宏達就指出，自從 1984 年 10 月 19 日開始，大陸的最高人民法院、最高檢察院、公安部、司法部等相關單位都有一份摘取死囚器官的規定。而大陸自 1979 年開始有器官移植手術，至今估計已做過 2 萬件這方面的手術，由於中共在出售死囚器官時並未得到死者同意，因此這種行為完全不符合人道。吳宏達憤怒的說：「2 萬件可不是一個小數目，中共要如何說明這麼大量的人體器官是怎樣來的？」他並透露，目前在中國大陸能做器官移植手術的醫院，多數是軍方醫院與較大型的醫院。大陸知名異議人士魏京生也曾明白地告訴美國國會，在大陸處決死刑犯時是先上麻醉藥，再摘除器官，最後才送上刑場。魏京生曾在大陸死牢待過 8 年，他以自己親身經歷現身說法。另外，國際特赦組織的調查統計也顯示，大陸曾於 1995 年槍斃 2,190 名死刑犯，1996 年槍斃 4,367 名死刑犯；1993~1995 年之間，總計大約提供了 6 千名死囚的腎臟為其他病人進行移植手術。

藉地緣之便，早期因兩岸之間開放不久，台灣患者赴大陸換腎大多需透過管道與所謂的「仲介公司」搭上線，再經由這些公司和對岸的單位接頭，讓台灣的患者用「換腎醫療團」的方式前往大陸換腎或是進行其他器官的移植，當時的索價大約需要 100~150 萬新台幣的高價。然而目前兩岸來往頻繁，病人自行赴大陸換腎已經不成問題，因此費用也就跟著下降，換顆腎臟大約只需 30~40 萬元。而根據消息，大陸出售死囚器官均有「定價」，眼角膜約 5,400 美元，腎臟約 2 萬 1 千美元，肝臟最貴，約 4 萬 2 千美元。

就因為大陸在國際上有出售死囚器官這類不名譽的風聲，以致在形象受到打擊的同時，也引發出若干的「後遺症」。如前所述，年初受到美國紐約警方逮捕

2名涉嫌販售人體器官事件的刺激，德國法蘭克福的弗瑞森尼奧斯公司已經決定退出與大陸合作的洗腎中心計畫。據了解，向來愛惜羽毛、注重形象的德國人，由於擔心他們可能成為協助中共銷售死刑犯器官的「共犯」，因此該公司董事會已明快做出「撤退」的決議。

#### 四、法令與求生權利孰重？ 有關單位兩難

台灣病人花了大把金錢到大陸進行臟器移植手術後，果真都能有「枯木逢春，再造生機」的機遇嗎？衛生署詹德旺憂心的表示，或許有的病患在大陸進行器官移植手術後身體狀況得到好轉，但他仍覺得這不是一個值得鼓勵的做法。他指出，大陸的臟器來源一向讓外界質疑，品質能否有保證大家也不知道，過去就曾有人接受帶有傳染病的器官移植，發生感染的情況；有的人則是在返台途中，就產生器官移植後的排斥反應，可說是得不償失。談到這裡，詹德旺也無奈的感嘆：「其實我們也很難以法律或是其他的理由來阻止病人，因為患者也是在為自己的生命奮鬥啊！畢竟在讓病痛折磨了那麼久之後，一旦出現了一絲光明的生機，又怎能不讓他們燃起希望呢？畢竟連國家政府的存在都是為了保障人民的生命權哪！」

即使站在醫界的立場，也不贊成患者逕行前往大陸進行器官移植手術。長庚醫院的某位醫生即表示，其實大陸在器官移植的手術水準上還不如台灣，因此進行器官移植多是以換腎、眼角膜等為主。他表示，器官移植前除需考慮當地醫療水準、器官組織配對等問題外；移植後還需要定期觀察、服用抗排斥藥物、以及一連串的回診等安排。據了解，以往曾有民眾貿然前往大陸進行換腎手術，結果在過境香港時就因發生器官排斥作用，只好停留香港治療，花上數十萬至上百萬的醫治費用。同時侍台平也認為到大陸去換腎，其實就像早期台灣社會的「血牛」在賣血一樣，而且換腎風險很大，並不值得，也絕非正途。他搖搖頭說：「我認識的病人就有人到大陸花1、20萬台幣去換腎，結果換完之後回台灣沒多久就不

行了，還是又重新加入洗腎的行列。」

#### 五、大陸醫院來台設立聯絡處 負責人怕曝光

無巧不成書，就在台灣為了器官移植的問題傷腦筋的時候，卻傳出大陸南京軍區所屬的福州總醫院正委託民間機關在台灣招攬換腎的生意，並於台灣北、中、南成立聯絡處，據傳還有台灣的泌尿科醫生兼差。據了解，今年5月才在高雄地區成立聯絡處的福州總醫院換腎仲介公司，其盧姓負責人對外表示，台灣同胞向來對大陸腎臟的來源有所疑懼，但該公司提供的大陸腎臟來源絕對是合法的，因為福州總醫院與當地的法院訂有契約，即每當有人犯執行槍決後，死者器官可轉交醫院處理，並由醫院在12小時之內將之移植給需要的病患。

盧姓負責人甚且表示，由於仲介公司與福州總醫院訂有「優惠條款」，規定移植對象需以台灣病患為優先，如果病人在移植後發生排斥反應的話，院方甚至還願意「免費補送」1枚。那麼價碼如何呢？如果病患是經由聯絡處仲介的話，聯絡處會先派專人陪同病患到大陸做身體檢查，如果檢查後病患決定要動手術的話，必須先繳交1萬元人民幣(約台幣4萬元左右)當作保證金，然後返回台灣，等到通知後再前往大陸做移植手術，包括旅費、初期洗腎費、手術費與50天左右的食宿費用等，合算的結果大概要台幣80~90萬元。

對於這件「腎事」，高雄長庚醫院泌尿科主任謝輝和認為，台灣地區因為「一腎難求」，許多病人常因不堪長期等待而紛紛「往生」，因此會有人去大陸求助是可以理解的。不過因為大陸方面向來少做人體組織抗原配對檢查，因此時聞病人在器官移植後發生排斥現象，想要補救已經太遲了。根據高雄長庚醫院自1991年對赴大陸換腎者所做的長期追蹤中，在98件的個案中，換腎後存活最長的是6年11個月；而同期在長庚進行換腎手術的例子中，存活最長的是10年2個月，顯示大陸地區臟器移植的成效還是比台灣差；同時，大陸地區臟器的來源一向受

到外界質疑，移植過程也充滿變數，況且病人如果在大陸換腎後返台出現後遺症的話，一般醫院也會認為病人在大陸動手術，卻回台灣讓他們承擔困難的「擦屁股」處理工作，因而會不太願意承接這樣的病患。所以奉勸有意前往大陸換腎的病患，最好先做好風險評估，否則賠錢事小，若是因而造成更大的健康傷害，甚至危及生命，那可真的是太划不來了<sup>75</sup>。

### 第三節 慈濟台灣地區骨髓捐髓資料中心

八十四年七月九日，台灣地區骨髓捐贈資料中心志願捐髓人數突破十萬，使得骨髓配對符合率提高到近二分之一的機率——百分之四十五，不僅帶給更多血液疾病患者一線希望，同時也成為亞洲最大骨髓資料庫，及全球最大的華人骨髓資料庫。根據衛生署統計，國內每年新增約一千名血癌病患，半數需靠骨髓移植來獲取生機，其中約僅四分之一的患者能在親屬間找到合適的骨髓，其餘近四百名患者必須把希望寄託在茫茫人海中；因此，台灣骨髓資料庫的成立與發展，有其必然的重要性。

回首八十二年十月台灣骨髓資料庫成立，至今年八月初，已完成十七例非親屬骨髓移植，其中還包括四例跨國捐髓；同時，前來尋求配對的病患不斷增加，以八月初的資料顯示，除國內有二百九十五位病患申請配對外，另有來自十四個國家與地區的二百一十一人向台灣骨髓庫尋求配對。這項愛心的成果，是來自眾多幕後人員的推動，是許多機關團體發心捐募骨髓基金，是多位醫師、志願捐髓者的努力與堅持所成就。

而台灣骨髓資料庫在短短不到兩年的時間內，即招募到十萬大軍，此具有多

---

<sup>75</sup> 李書良，「台灣患者不耐苦候 彼岸求『腎』」，  
<http://www.chinabiz.org.tw/maz/InvCina/199811-057/199811-054.htm>。

項意義：顯示骨髓資料庫不僅開啟國人捐髓的觀念，明瞭捐髓無損健康，對於捐髓不再存有懼怕的心理；同時也帶動國人投入愛心行動，啟發無數悲心善念，不只關心自己，更能適時付出關懷，形成社會上一股愛的良性循環。

隨著醫學科技的進步，骨髓移植已成為治療血液腫瘤最佳且無後遺症的方式。只是以往國內因為《器官移植條例》對捐髓者的限制，骨髓捐贈僅限於三親等之間；至於無法在親屬間尋找到合適骨髓進行移植的病患，只有靜待死亡來臨，或是到國外骨髓資料庫中尋找渺茫的生機。

八十二年五月，立法院通過《器官移植條例》修正案，放寬對捐髓者的限制，從此給予血癌患者增添生機。然而，法令開放後，為數眾多的病患急待骨髓移植以求得一線生機，志願捐髓者在哪裡？再加上非親屬間骨髓相合的機率本就難得，是否有數量足夠的志願捐髓者來提高配對成功率？病患是否有足夠的時間等待？此時，唯有建立志願捐髓者骨髓資料登錄庫，才能有效且及時發揮救人功能。

在公信力、號召力與組織力的考量下，慈濟基金會受衛生署與國內醫界的鄭重託付，「慈濟台灣地區骨髓捐髓資料中心」即在因緣具足下，於八十二年十月成立。據醫界研究，人類白血球抗原（HLA）相符，是骨髓移植成功的關鍵，一個地區若多元族裔通婚，混血後代增加，則其白血球型的組合更趨複雜，骨髓配對相合率就相對減低。

慈濟台灣地區骨髓捐贈資料中心執行秘書，同時也任教於慈濟醫學院公衛系的蕭正光教授，曾發表「中國人骨髓捐贈資料庫的規模和配對率的關係研究」指出，由於台灣的種族、血源關係較複雜，配對相符不易，若骨髓資料庫有十萬人時，預估將有百分之四十五的配對符合率。此配對率較血統單純的日本骨髓資料

庫低，而與歐洲民族大熔爐美洲白人的資料庫相近。也就是說，若有一個華裔血液病患需要靠骨髓移植來獲取繼續存活的機會，在台灣十萬筆骨髓資料庫裡，將有百分之四十五的機率可以找到合適的骨髓進行移植，挽救生命。

蕭正光教授同時表示，與世界各國相較，台灣骨髓資料庫具有幾項不同點：

- 一、是個集中、單一的組織，所有骨髓資料統一管理，使患者可以快速找到需要的骨髓，免去聯繫、或不同組織管理上的困擾。以美國國家骨髓捐贈計劃組織（NMDP）為例，全國上下共有一百餘個包括捐髓抽血中心、血液檢驗機構、取髓醫院、移植醫院、骨髓資料庫等組織，聯繫工作繁瑣。
- 二、由少數實驗室負責檢驗工作（目前共委託美國三家經國際認定標準的實驗室），可使骨髓HLA的檢驗結果趨向一致，快速找出配對相符的骨髓。以日本骨髓庫為例，委託一百多家實驗室，所做出的檢驗結果卻有許多出入。

目前台灣骨髓資料庫的十萬筆資料位居世界第三——僅次於全世界最大擁有一百二十萬筆資料的美國骨髓資料庫，以及擁有二十萬筆的歐洲骨髓資料庫；是全世界最大的華裔骨髓資料庫。全球各地華裔病患前來尋求配對的人數不斷增加，並且已有許多國家要求國際合作。

台灣骨髓資料庫目前正與美國、香港骨髓資料庫接洽中，預計今年將可與香港正式簽約；而與美國國家骨髓捐贈計畫（NMDP）合作方面，則由於其隸屬於政府機構，需要通過國家事務委員會，以及政府法律部門同意，才能與其建立合作關係，目前溝通已至最後階段，預計今年可完成連線工作；此舉將使世界華人骨髓資料增至十五萬筆，為全球華裔病患帶來更大生機。

受限於志願捐髓者的年齡規定（十七至五十五歲），因此慈濟骨髓庫每年約有百分之十五（約一萬五千人）的淘汰率，加上台灣每年人口遷移率約百分之二十，骨髓庫裡的資料可能因而流失。因此，要維持固定十萬人的資料，除了必須不斷補足人數，且必須定期追蹤、掌握志願捐髓者的方位，才能確實讓每位病患在骨髓資料庫找到相符的骨髓時，也能找到骨髓的主人——志願捐髓人，及時完成移植手術。

由『量』到『質』的提昇。血親以及同種族，有利於骨髓配對相符。在逐年增加的血液疾病患者中，醫師發現有越來越多的原住民患者。以慈濟醫院血液科為例，在現有七十多名患者中，即有十七位——近三分之一比例是原住民。由於現有資料庫中，原住民志願捐髓者有限，病患難以找到合適骨髓移植，只能無奈地讓生命逐漸消逝……。關於骨髓資料庫未來努力的方向，骨髓捐贈資料中心主任林碧玉表示，將由「量」提昇為「質」的追求，另外將建立自己的實驗室，檢驗骨髓HLA型，以提升便利性。

回首台灣骨髓庫的成長過程，充滿艱辛。首先是遭遇法令規定——骨髓移植僅能在三親等與配偶間進行的限制；最後在罹患血癌的留美學人溫文玲、及學者、醫界、社會熱心人士聯合請命奔走下，終於修法完成。再者是國內捐髓觀念未開。然而隨著國內骨髓移植案例增加（國內醫院已完成四百多件親屬與非親屬間骨髓移植手術），以及慈濟與熱心人士積極呼籲、各媒體的大力報導，已漸漸破除許多人認為骨髓捐贈會影響健康的錯誤觀念。骨髓庫成長的每個步驟、每場移植、每個細微之處，都是無數人心血投注所成就。也正為此事，福爾摩沙島上的人，一一牽起手來，共同祈願一些脆弱無助的生命，能因而得救。

讓血癌不再是絕症。顯然，骨髓庫所發揮的效益，並非僅針對某一群人，而是更廣泛地擴及到各層面；最重要的是，喚醒了一顆顆充滿愛的心，然後再感動

無數顆心，進而達到—淨化人心。近兩年的時間內，在慈濟動員各方人力，大力宣導骨髓捐贈觀念，以及熱心人士與媒體義務呼籲下，「骨髓捐贈」不再被視為損體傷身的事，取而代之的是產生尊重生命的關懷；對社會整體尤其是血液疾病患者來說，是一件欣喜的事。

從修訂骨髓移植條文、促成「台灣地區骨髓捐贈資料中心」的成立，到對慈濟功德會的肯定與護持，前衛生署長張博雅曾對於骨髓捐贈資料中心成立不到兩年，便能凝聚台灣民眾的愛心，使志願捐髓者人數突破十萬人，給予相當的肯定與支持。她表示，國人助人的觀念一向被動，慈濟在證嚴上人領導下，大家付出人力、物力及時間去成就這項有意義的活動，可見慈濟動員力量之強！在志願捐髓者突破十萬人後，對於未來「台灣地區骨髓捐贈資料中心」的發展，張博雅認為，慈濟無論在宣導或舉辦捐髓驗血方面等，都做得很好，她期許未來骨髓捐贈資料中心能朝多元化進行—與國內外醫療機構合作聯繫，以嘉惠更多病患<sup>76</sup>。

#### 第四節 慈濟免疫基因實驗室檢驗技術精準，南韓、泰國洽詢合作可行性

由於慈濟免疫基因實驗室配型檢驗精準，大幅提升了骨髓移植成功率，南韓、泰國等地骨髓移植中心也陸續尋求免疫基因實驗室分享HLA（人類白血球抗原）檢驗技術，增加該國基因配對的準確性，以提高骨髓移植成功率。2000年11月9日至11日，天主教韓國大學聖母醫院骨髓移植中心主治醫師金東煜來台，拜會慈濟基金會副總執行長林碧玉及慈濟骨髓捐贈中心主任李政道，參觀慈濟免疫基因實驗室及骨髓捐贈中心，並商討在骨髓移植方面合作的可能性。

---

<sup>76</sup> 陳玉芳，「《志願捐髓者突破十萬人特別報導》之一」，  
<http://taipei.tzuchi.org.tw/monthly/345/345c7-1.htm>。

金東煜表示，南韓迄今共有二十餘名病患向慈濟骨髓捐贈中心尋求配對，自今年四月至十月底，完成六例移植手術。金東煜強調，慈濟骨髓庫不但配對率高，且一旦尋獲符合捐贈者，一個月左右就能進行移植，速度相當快。三天的參觀訪問，金東煜對慈濟志工的用心及慈濟尊重生命的理念印象深刻。曾前往美國研究骨髓移植數年的金東煜也讚歎慈濟在檢驗品質控管方面，做得比美國還嚴謹。

林碧玉副總執行長對於雙方未來的合作關係樂觀其成，並表示慈濟骨髓捐贈中心日後將發展臍帶血庫及基因治療，歡迎韓國大學與慈濟合作。李政道主任則表示，希望藉此機會分享成果，提升東南亞地區骨髓檢驗技術，確保基因配對的準確性，給予更多病患生命的第二春。南韓骨髓捐贈中心現有四萬兩千餘筆志願捐髓者資料，而天主教韓國大學八個附屬醫院、四千張病床中，聖母醫院佔七百八十床；該院骨髓移植中心目前有醫師；十一名，每年骨髓移植個案佔全國總案例一半，可說是南韓相當重要的骨髓移植專門醫院<sup>77</sup>。

## 第五節 其他

### 亞洲最大器官移植中心在天津啟建

經天津市政府批准，備受全國醫療界矚目的亞洲最大器官移植中心——東方器官移植中心建設工程 2002 年 7 月 10 日在天津市一中心醫院啟動。當日上午，醫院部分建築開始搬遷工作。該院移植學部部長、著名器官移植專家沈中陽在接受記者採訪時說，東方器官移植中心的建設，對於挽救瀕臨死亡患者的生命有著重大意義，但人體器官的短缺問題，嚴重阻礙了我國器官移植技術的發展，我國應儘快對“腦死亡”立法，該法律的出台已迫在眉睫。

---

<sup>77</sup> 張旭宜，〈人本醫療〉慈濟僧侶，<http://taipei.tzuchi.org.tw/taolu/357/p357-3f.htm>。

沈中陽介紹，國際醫學界認為，腦組織或腦細胞全部死亡，大腦、小腦、腦乾等全部功能永久不可逆轉的喪失和停止，是判定人死亡的科學標準。到目前世界上絕大多數國家都已經透過了這一法律，中國是尚未透過實施該法律的極少數國家之一。我國醫學臨床認定呼吸停止、心臟停止跳動才是死亡。這樣，很多人死後臟器由於長時間缺血質量下降，有的根本就無法再用於移植。受傳統觀念影響，我國主動要求死後捐贈器官的人很少，這造成了用於移植的器官嚴重短缺。另外，醫生對腦死亡病人無謂的搶救，也造成了人力、財力的大量浪費。據調查，我國每年大約有4萬餘各類患者等待器官移植，但只有十分之一能夠接受手術。許多危重病人因不能及時得到器官，延誤治療而死亡。而大量在交通事故等意外事件中傷亡及病逝的人，成為器官捐獻主要力量。我國若建立腦死亡法，將腦死亡者作為器官來源，會有成千上萬的病人能得到有效的器官移植而獲得新生<sup>78</sup>。

---

<sup>78</sup> 商報，<http://www.siongpo.com/20020713/intl3.htm>。

## 第五章 結論

### 第一節 器官移植的困境

國內三萬名尿毒症患者正在接受透析治療，每人每年至少醫藥費六十萬元，總計一年健保給付一百八十億元，佔健保給付總數 7% ，而且每年以 10% 成長。每個人都期望健康，沒有一位病人要佔政府的便宜。這些病人在國內等不到移植的機會，過去有人遠至印度接受非血緣買賣移植，目前則至中國大陸接受移植。雖然腎衰竭的病患不若肝衰竭病患的病況迫切，而有財力至國外換腎時，仍是難掩心中對當地醫療水準的質疑。

政府推動器官捐贈登錄中心是很好的起步，然而移植作業要求有效率，則必然需要財力、人力。以一千萬元的經費，很難發揮，期望政府編列預算來執行政策。目前實際作業流程中需要經費、人員，這都由各移植醫院自行負擔。各醫院器官分享的檢驗費、交通費，卻無法向病人收取。醫院財務控管越嚴格，這種對醫院虧本的壓力又轉嫁至移植外科醫師身上。

移植醫學的發展及推動器官捐贈必須同步進行，增近民眾瞭解。這些年來，立法委員賴清德就曾多次參與成大醫院推動器官捐贈的各項活動，也表示國內仍有民意代表若干醫學機構，重視這個領域的事務。今年起，國立編譯館出版國小六年級上學期國語課本第十六課「大愛不死」，就是發生在成大醫院一位尿毒症患者接受美國少女依莉莎白捐贈的腎移植的故事。近來，台南市成功國小與勝利國小五年級學生各三百名也來成大醫院參加「大愛不死器官捐贈」生命教育人文醫遊記課外活動，期望將這個觀念及早植入未來主人翁及他們家人的印象中<sup>79</sup>。

---

<sup>79</sup> 李伯璋，「由『活體器官移植親等限制』談移植醫學」，  
<http://www.libertytimes.com.tw/2002/new/jun/7/today-o1.htm#o2>。

常有人問：「政府或相關機構，有無相關傳、教育民眾的計畫？事實上，除了成大醫院的『器官移植小組』從事相關的活動，其他如『中華民國財團法人器官移植基金會』與其他較大型的教學醫院，也將此當作公益事業在默默的推動中。

以下為筆者參酌國內外相關醫療情形與法令限制，逕自歸結出的『器官供給』之限制，並舉出下列數點“增加加器官供給”與“解除器官移植錯誤觀念”的主要障礙，及基本解決之道：

#### （一）增加器官供給的方法

1. 教育大眾：1992年，捐贈聯盟協助教育大眾有關器官與組織的捐贈、糾正大眾對移植的錯誤觀念及大眾較大的捐贈意識，其目的是在確定每一位民眾了解器官及組織捐贈的需要性，並接受「器官捐贈」是人類的本分。
2. 放寬標準：現在許多心臟移植將接受年齡超過50歲的捐贈者；腎臟、肝臟及胰臟的移植也接受年紀較大的捐贈者以擴大捐贈群。1995年，50~64歲的屍體捐贈者佔了所有捐贈者之19.1%，而1988年卻只有11%。此外，在肝臟移植方面，也成功地將腦死捐贈之肝臟以縮小肝臟及分割肝臟之方式移植於小孩身上；在肺臟移植方面，也有從父母身上移植部份的肺臟至小孩身上之活體捐贈者；同時，心跳停止後之器官捐贈（Nor-Heart-Beating Donor; NHBD）也是一種增加器官捐贈來源的選擇。
3. 異種移植：一些動物調查者正試圖使用新的，且更有效的免疫藥物或放血……等方式來控制異種移植的反應，以了解異種移植排斥的原因：在可預知的未來，當異種移植成為可行時，將可解決器官捐贈者短缺的問題。

#### （二）再器官移植阻力後的動機

1. 錯誤觀念：有些人至今仍有錯誤的觀念，認為器官移植手術並沒有什麼效果，因此他們不願意簽器官捐贈同意卡。事實上，他們並不知道在某些種類的移植手術中，成功率可高達97%。另一方面，第三世界殺害幼童以取得器官的謠言也影響了不少人捐贈器官的意願。

2. 大眾媒體：「器官移植」常是電視戲劇節目或脫口秀的內容，然而不正確的觀念往往在大眾媒體的傳播之下影響更大。例如有些來賓會說；「不我管心臟是否只是一個幫浦，但我不希望有個殺人者的心在我的身體裡面。」這些看似不經意或是輕鬆的聊天卻對一般人的心理造成很大的影響。也往往造成移植手術的阻力。
3. 臨床醫師：一般人的意願問題不是造成器官來源短缺的唯一原因，許多臨床醫師在徵詢捐贈意願時遭遇到困難。例如死亡原因不清楚，病人家屬的憤怒或是他們本身害怕失去病人的難題。臨床上提出詢問的時機常常很難判斷而導致醫師常失去時機以獲得病人的意願，這也是在許多國家中常有的問題。
4. 語言的誤解：造成一般大眾誤解的原因還有語言上的不清或誤導。最常見的就是「腦死」。我們稱一個失去腦部功能而暫以呼吸器維持的病人為腦死。然而有些病人家屬不能理解或接受這一個在倫理學上可接受的死亡觀念，因而拒絕病人在腦死的狀態下捐出器官。再者，我們往往又用維持生命(life support)來指以呼吸器保持病人器官的灌流。這樣也更進一步混淆了腦死的概念。而使得家屬甚至某些醫療人員也搞不清楚，以至於喪失了許多可能的捐贈器官來源。
5. 文化阻力：在某些國家，文化上的觀念使得器官捐贈的推行遭受到一定的困難。例如傳統的日本信仰認為死者的靈魂必須在接受過正式的儀式之後才能獲得安穩。而破壞亡者的身體更是一種犯罪。因此，器官捐贈的推行就有了明顯的阻力。

另一方面，活體移植(livingdonation)在某些種的移植手術(renal transplantation, segmented liver and lung transplantation)似乎成為較佳的選擇。它的優點相當多，包括了：易取得，較佳的免疫相容性，縮短保留時間，較健康的捐贈者，減少等待時間，以及讓病人、捐贈者、移植團對有較佳的控制

感(sense of control)<sup>80</sup>。

## 第二節 未來展望

器官的儲備將朝二個方向發展。第一，由於抗排斥的藥物愈來愈新，異種生物之間的器官移植的可行性增加，但還未能在人的身上採用，就算已經可行了，尚有倫理學的問題，這是一項未來的遠景；第二是人體的容忍度和耐受度的增加，人就可以不把外來的器官視作非己的，如此一來，較不會有排斥的問題，亦不需要抗排斥的藥物，這在未來亦是可行的<sup>81</sup>。在未來，器官移植會愈作愈好，器官移植的需求也會愈來愈多。

人類渴望戰勝疾病，延長生命和提高生存質量。隨著臨床醫學的飛速發展，器官移植從夢想變成現實，同時也產生了新的問題。但願人類能夠慎用技術，造福人類而不是帶來災難<sup>82</sup>。

器官移植無疑地為許多末期病患的生存開啟了一扇門，然而，器官供應的短缺卻將成為一個最大的問題。瞭解到許多意識上和無意識的恐懼之後，我們必須從許多方面去努力以解決這個問題。可以進行的工作包括了以下幾個方面：

(一) 需要社會團體或政府計畫的參與，以排除現有組織法令的障礙，並拓展更有利的環境空間給器官移植手術的進行。

---

<sup>80</sup> 陳至全，「器官移植的困境與器官捐贈的探討」，心身醫學 7：1，頁 25-27，1996.06。

<sup>81</sup> 金光亮 口述，盧玲文、黃漢忠 整理，「從醫療的角度談器官移植」，應用倫理研究通訊 第 2 期，1997.04。

<sup>82</sup> 山西新聞網，「器官移植：實現人類久遠的夢想」，科技日報，2001 年 8 月 22 日，<http://www.sxrb.com/mag6/20010823/colart43787.htm>。

(二)發展醫院以及培養更多優秀的專業人員以增進器官移植手術的施行效率與成功率。

(三)積極推廣器官移植的教育與宣導，可以透過有制度的組織來進行。主要的要點不僅是宣傳器官移植的觀念和理念，更重要的是能使更多的人願意捐贈器官以救助末期病患的生命。

(四)從事法令上的改變。我們知道，台灣採用的系統是「opting in」，也就是除非病人表明意願願意捐贈，否則在死亡之後不能採用其器官作為移植的來源。但在某些國家，例如比利時、澳洲、芬蘭、法國、新加坡等都是採用相反的「opting out」system。也就是除非病人表明不願意捐贈，否則國家可以自由採用其有用的器官作為移植的來源。

(五)其他：如增進財源，成立推廣的公益團體，拓寬捐贈者的年齡限制，跨國際約合作都是我們可以努力進行以增加器官來源的方式。

總之，器官移植的發展是未來醫學中相當重要的一部份，而且等待器官移植手術的病人也越來越多。如何在不違反醫學倫理的原則之下能夠提供足夠的捐贈器官是醫學界甚至整個社會都應該積極努力的方向<sup>83</sup>。

隨著醫學的進步，器官移植的技術本身已不是問題，而目前所面臨的最大問題，為所需器官的捐贈者仍顯不足，使得器官移植一直存在著「供不應求」的現象。急需接受器官移植的患者往往需要等候一段很長的時間方可獲得捐贈進行移植手術。很多等待移植的患者因無法即時獲致所需器官捐贈而離去人世，實屬

---

<sup>83</sup> 陳至全，「器官移植的困境與器官捐贈的探討」，心身醫學 7：1，頁 25-27，1996.06。

不幸。適當的價值反映與保險制度，將可使目前器官移植的「供不應求」問題在仍然保有社會公平的情形下獲得解決（若非完全解決，至少是部分解決）<sup>84</sup>。經濟學家深信以「滿足人類的價值動機」比「依賴其心靈深處的唯善」較能適當解決一切的供需問題，自然包括移植的器官。就如名經濟學家亞當史密思所暢言的「一隻看不見的手」的機能在追求個人最大利益的同時，也促成整體社會利益的提升。

在台灣「器官移植」的法律規定還不是很健全，礙於台灣的社會風氣較為保守，政府也為了不讓器官移植變質成販賣器官的行為，因此沒有完全開放所有器官移植的法律規定，因此需多需要器官移植的患者，必須前往國外或中國大陸去做器官移植手術，若能運用非營利組織基金會的彈性、沒有官方包袱的特性，經由非營利組織作為仲介的單位，勢必可以造福更多的病患。由於此方面的研究文獻在國內較為少見，因此希望透過本論文探討，可以引起國人、相關組織、以及政府相關單位的重視，做為參考，扭轉既定之印象，造福更多人群。（有關慈濟功德會致力於骨髓捐贈諸般努力及目前國內相關法規與捐贈分配原則，可參閱本章後之附錄）

---

<sup>84</sup> 滕曉雲，「器官移植的供需問題」，應用倫理研究通訊 第 2 期，頁 32-33，1997.04。

**【附錄一】『慈濟功德會』致力骨髓移植紀要**

## 一、慈濟成立宣導小組，宣說捐髓觀念

八十二年十月，上人經各方評估了解後，決定承擔建立台灣骨髓資料庫的重擔，自此，慈濟志業又多了一大腳印。以委員為主的全省宣導小組及關懷小組也隨之動員，展開各項相關工作，為上人新闢的這方福田，撒下愛的種子。萬事起頭難，開風氣之先更難。為了宣導捐髓觀念，慈濟成立了宣導小組。全省宣導人員不僅要建立自己正確的認知及心態，更要打破一般人對捐髓訛傳已久的錯誤觀念；其間所投入的人力、物力，實難想像。

在向社會大眾宣導說明之前，師兄弟們必須先熟悉何謂骨髓捐贈及其意義，因此，各種講習、訓練課程是免不了的。而文宣、圖片更是用心設計，期望達到最好的效果。此外，宣導對象、場地、時間的洽詢，同樣讓人費心。然而，不管是在政府的高級會議廳，或是路邊臨時架設的講台；無論是數千、數萬人的場面，或是一對一的宣導……師兄弟們同樣說得用心，講得盡興，只期望自己散播的點滴，有天能匯聚成救命的洪流。一年多來，慈濟人走遍街頭、夜市、軍隊、學校、考場、監獄……可說凡有人煙處就有慈濟宣導人員的足跡，就這麼一路下來，全省各地有記錄的大型宣導說明會，已超過一千四百場，宣導人次超過兩萬人，若是加上未登記的小型說明會或隨緣宣導等，則場次以上萬計，人數更不可計量了。

一九九二年十月，慈濟美國分會為罹患血癌的留美學生溫文玲舉辦尋找合適骨髓的驗血活動，首開慈濟呼籲捐髓的先聲；一九九三年十月，慈濟基金會臺灣地區骨髓捐贈資料中心成立，不只台灣本島慈濟人為這項神聖使命奔走，全美、亞洲、澳洲等地慈濟人，也響應上人號召，陸續動員籌辦活動。兩年半來，海外慈濟人共舉辦三十場以上的捐髓驗血活動，超過兩千三百位民眾參與。

## 二、澤披海內外，締造國際華人生命新契機

縱然海外亞裔人士有限，慈濟人仍竭盡所能，開發「髓緣」；雖然可動員的志工人力不多，卻勇於一肩擔起宣導、籌辦活動及募款的重擔。無論是將推動捐髓列入會務重點，或是到華人社區舉辦驗血活動，也許規模難以與臺灣的場次相較，但確實是在有限的格局內，擴大了華僑的愛心；尤其海外慈濟人身處捐血、捐髓普為民眾接受的國度中，要帶動亞裔捐髓，面對的不只是亞太人士，還有當地捐髓相關機構的質疑。

而新加坡人民也因慈濟呼籲捐髓，增加對台灣人的好感，覺得台灣人不只是有錢或愛吵架而已，原來也可以如此有愛心；而且慈濟新加坡分會是唯一願意配合新加坡骨髓捐贈資料中心做長期呼籲的機構。一九九四年五月，美國國家骨髓捐贈計畫（U.S. National Marrow-donor Program 簡稱 NMDP）頒獎予慈濟美國分會，讚揚其在洛杉磯亞裔地區推動志願捐髓的貢獻。附屬於 NMDP 的美亞骨髓捐贈中心，過去與慈濟聖荷西聯絡處合作愉快，他們對於慈濟人的行動也非常讚歎，並主動將慈濟聯絡處的電話附在該會的宣傳單上。

美國、新加坡及澳洲等國家，計有十個慈濟據點長期宣導捐髓觀念。他們與當地骨髓資料庫合作過程中，感受到雖在蒐集血樣、處理骨髓移植的細節不盡相同，國情與捐髓風氣也有異，但那分「博愛」心懷是同等的，而且有更多的精神與態度值得記取學習。全美目前有洛杉磯、聖荷西、西雅圖、休士頓、達拉斯、芝加哥、紐約等地慈濟人舉辦過捐髓驗血活動，今年七月，美國慈濟義診中心鑑於過去各個據點分別與不同的機構合辦活動，所收集檢體及作業流程缺乏統一規畫，因此決定進行協調及整合——集中全美慈濟人的力量，將各地呼籲捐髓的工作系統化，不但讓所取得的亞裔骨髓資料能發揮大功能，並裨益與臺灣、全美，甚至其他國家的骨髓資料庫網路連線作業，使亞裔待髓者能縮短尋求配對的時

間。美國國家骨髓捐贈計畫（簡稱NMDP），是慈濟骨髓資料庫預計連線的對象之一，過去兩年來，多次與美國慈濟據點合辦捐髓驗血活動。NMDP成立於一九八六年，負責彙整全美個別捐贈者、骨髓移植醫療中心、捐贈中心、抽取中心之電腦資料庫，以統籌管理全美志願捐髓者的骨髓資料檔案，及執行配對、移植工作。一般美國民眾成為志願捐髓者需自付檢驗費，若是少數民族或亞裔人士，則由該機構負擔。

慈濟雪梨聯絡處與澳洲骨髓資料庫的合作始於一九九四年九月，一年來已舉辦過四次，「每次人數不多。」師兄姊解釋道，因為澳洲骨髓資料庫較不辦大型驗血活動，在他們的記錄中，凡是在街頭或是公共場合被勸導而來登記志願捐髓的民眾，往往在日後通知配對相符，拒絕率很高；所以資料中心委交各地紅十字會統理抽血驗血工作時，設有專業相關醫護人員及翻譯人員，當民眾表明捐髓意願時，必進行相當謹慎、正式的面談；另外，紅十字會要求每位欲捐髓者除了檢驗的血液外，尚須捐出四百三十西西血液給血庫。一九九三年六月成立的新加坡骨髓捐贈中心，為民間慈善基金會，由病友家屬發起，獲新加坡國立大學微生物學教授任宜哲博士大力支持及配合，所有血液檢體並送交國大檢驗；目前有九千筆志願捐髓者資料，大部分為亞裔人士。志願捐髓者無須付檢驗費用，政府亦沒有補助，只批准捐款者百分之百的扣稅優惠，因此新加坡慈濟人為其籌募基金，已募得約兩百萬坡幣。

## 【附錄二】人體器官移植條例

法規名稱：	<a href="#">人體器官移植條例</a> （民國 91 年 07 月 10 日 修正）
<a href="#">第 1 條</a>	為恢復人體器官之功能或挽救生命，使醫師得摘取屍體或他人之器官施行移植手術，特制定本條例。本條例未規定者，適用其他法律之規定。
<a href="#">第 1-1 條</a>	本條例所稱衛生主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。
<a href="#">第 2 條</a>	施行移植手術應依據確實之醫學知識，符合本國醫學科技之發展，並優先考慮其他更為適當之醫療方法。
<a href="#">第 3 條</a>	本條例所稱器官，包括組織。 依本條例移植之器官，其類目由中央衛生主管機關依實際需要指定之。
<a href="#">第 4 條</a>	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。
<a href="#">第 5 條</a>	前條死亡判定之醫師，不得參與摘取、移植手術。
<a href="#">第 6 條</a>	醫師自屍體摘取器官，以合於下列規定之一者為限： 一 死者生前以書面或遺囑同意者。 二 死者最近親屬以書面同意者。 三 死者生前為捐贈之意思表示，經醫師二人以上之書面證明者。但死者身分不明或其最近親屬不同意者，不適用之。
<a href="#">第 7 條</a>	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。

<p><u>第 8 條</u></p>	<p>醫院自活體摘取器官施行移植手術，應合於下列規定：</p> <p>一 捐贈器官者須為成年人，並應出具書面同意及其最近親屬二人以上之書面證明。</p> <p>二 摘取器官須注意捐贈者之生命安全，並以移植於其五親等以內之血親或配偶為限。</p> <p>前項第二款所稱之配偶，應與捐贈器官者生有子女或結婚二年以上。但結婚滿一年後始經醫師診斷罹患移植適應症者，不在此限。</p> <p>成年人捐贈部分肝臟移植於其五親等以內之姻親，或滿十八歲之未成年人捐贈部分肝臟移植於其五親等以內之親屬，不受第一項第一款須為成年人及第二款移植對象之限制。滿十八歲之未成年人捐贈肝臟，並應經其法定代理人出具書面同意。</p> <p>醫院自活體摘取器官施行移植手術，應對捐贈者予以詳細完整之心理、社會、醫學評估，經評估結果適合捐贈，且在無壓力下及無任何金錢或對價之交易行為，自願捐贈器官，並提經其醫學倫理委員會審查通過，始得為之。</p> <p>第三項之肝臟捐贈移植，醫院除應依前項規定辦理外，並應報經中央衛生主管機關許可，始得為之。</p> <p>前項許可，中央衛生主管機關得邀請專家、學者組成委員會審議；委託經中央衛生主管機關指定之機構為之時，亦同；其許可辦法，由中央衛生主管機關定之。</p>
<p><u>第 9 條</u></p>	<p>醫師自活體摘取器官前，應向捐贈者說明摘取器官之範圍、手術過程、可能之併發症及危險。</p> <p>醫師施行器官移植時，應善盡醫療及禮儀上必要之注意。</p>

<p><a href="#">第 10 條</a></p>	<p>醫院、醫師應報請中央衛生主管機關核定其資格及器官之類目，始得施行器官之摘取、移植手術。</p> <p>醫院施行器官移植手術，應每六個月向中央衛生主管機關通報下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一 摘取器官之類目。</li> <li>二 移植病例及捐贈器官之基本資料。</li> <li>三 移植病例之成效及存活情形。</li> <li>四 施行手術之醫師。</li> <li>五 其他經中央衛生主管機關指定之項目。</li> </ol> <p>前項通報內容及格式，由中央衛生主管機關定之。</p>
<p><a href="#">第 10-1 條</a></p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>衛生機關、醫療機構、醫事人員、受委託之機構、團體及其相關人員，對於因業務知悉願意捐贈器官及等待移植者之姓名及病歷資料，不得無故洩漏。</p> <p>醫院為配合器官捐贈風氣之推動，如有適合器官捐贈之潛在捐贈者，醫院醫療人員應主動向病患家屬勸募，以增加器官捐贈之來源。</p> <p>捐贈器官移植之死者親屬，中央衛生主管機關得酌予補助喪葬費；其補助標準，由中央衛生主管機關定之。</p>
<p><a href="#">第 11 條</a></p>	<p>醫師摘取器官施行移植手術，應建立完整醫療紀錄。</p>
<p><a href="#">第 12 條</a></p>	<p>提供移植之器官，應以無償捐贈方式為之。</p>
<p><a href="#">第 13 條</a></p>	<p>經摘取之器官不適宜移植者，應依中央衛生主管機關所定之方法處理之。</p>

<p><a href="#">第 14 條</a></p>	<p>為妥善保存摘取之器官，以供移植之用，得設置人體器官保存庫；其設置，應經中央衛生主管機關之許可。</p> <p>前項人體器官保存庫，其設置之資格、條件、申請程序、應具備之設施、作業流程、許可之廢止及其他應遵行事項之管理辦法，由中央衛生主管機關定之。</p> <p>第一項所稱人體器官保存，包括人體器官、組織、細胞之處理與保存，及以組織工程、基因工程技術對組織、細胞所為處理及其衍生物之保存。</p> <p>人體器官保存，得酌收費用；其收費標準，由中央衛生主管機關定之。</p>
<p><a href="#">第 15 條</a></p>	<p>捐贈器官供移植之死者親屬，直轄市或縣（市）政府得予表揚。其家境清寒者，並得酌予補助其喪葬費。</p>
<p><a href="#">第 16 條</a></p>	<p>違反第四條至第八條第一項至第五項或第十二條規定者，處新臺幣九萬元以上四十五萬元以下罰鍰。</p> <p>醫院違反第八條第一項至第五項規定者，對其行為醫師亦處以前項規定之罰鍰。</p>
<p><a href="#">第 17 條</a></p>	<p>違反第十條第一項規定者，處新臺幣十二萬元以上六十萬元以下罰鍰，醫師得併處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照。</p>
<p><a href="#">第 18 條</a></p>	<p>以廣告物、出版品、廣播、電視、電子訊號、電腦網路或其他媒體，散布、播送或刊登促使人為器官買賣之訊息者，處新臺幣九萬元以上四十五萬元以下罰鍰。</p> <p>違反第九條第一項、第十條第二項、第十條之一第一項、第三項或第十三條規定者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。</p>
<p><a href="#">第 18-1 條</a></p>	<p>違反第十四條第一項規定者，處新臺幣二十萬元以上一百萬元以下罰鍰。</p> <p>人體器官保存庫之設置違反中央衛生主管機關依第十四條第二項訂定之管</p>

	<p>理辦法者，處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰，必要時，並得廢止其許可。</p> <p>人體器官保存之收費違反中央衛生主管機關依第十四條第四項訂定之收費標準，超額或自立名目收費者，處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰，並令限期退還收取之費用或為其他改善；屆期未退還或改善者，按日連續處罰。</p>
<a href="#">第 19 條</a>	違反本條例規定而涉及刑責事任者，依有關法律處理之。
<a href="#">第 20 條</a>	本條例所定之罰鍰，於非法人之私立醫院，處罰其負責醫師。
<a href="#">第 21 條</a>	本條例所定之罰鍰、停業及廢止執業執照，由直轄市或縣（市）衛生主管機關處罰之。
<a href="#">第 22 條</a>	依本條例所處之罰鍰，經限期繳納，屆期未繳納者，依法移送強制執行。
<a href="#">第 23 條</a>	器官移植手術屬於人體試驗部分，應依醫療法有關規定辦理。
<a href="#">第 24 條</a>	本條例施行細則，由中央衛生主管機關定之。
<a href="#">第 25 條</a>	本條例自公布日施行。

## 【附錄三】移植醫院：

## 北區

醫院名稱	心	腎	肝	肺	眼角膜	骨骼	骨髓
羅東博愛		√			√		
羅東聖母					√		

基隆長庚		√			√		
署立基隆					√		
台北榮總	√	√	√	√	√	√	√
台大	√	√	√ (含活體)	√	√	√	√
三總	√	√	√	√	√		√
新光		√			√		
馬偕		√			√	√	
國泰		√			√		
振興	√	√					
仁愛					√		√
和信							√
北醫					√		
陽明					√		
中興					√		
忠孝					√		
和平					√		
萬芳					√		
亞東	√	√					
德全					√		
耕莘					√		
新泰					√		
恩主公					√		

署立台北					√		
林口長庚	√	√	√	√	√	√	√
署立桃園醫院		√			√		√
署立新竹醫院		√			√		
為恭		√					

## 中區

醫院名稱	心	腎	肝	肺	眼角膜	骨骼	骨髓
台中榮總	√	√	√	√	√		√
仁愛綜合		√			√		
中國附設醫院		√	√	√	√		√
中山					√		
童綜合		√	√		√		
國軍台中 總醫院		√			√		
彰基		√	√		√		√
中國北港					√		
秀傳					√		

## 南區

醫院名稱	心	腎	肝	肺	眼角膜	骨骼	骨髓
嘉義長庚					√		
嘉基		√			√		√

成大醫院	√	√	√	√	√		√
奇美		√			√		√
台南市立醫院					√		
高醫附設醫院		√	√		√		√
高雄榮總	√	√		√	√		√
民生					√		
高市婦幼					√		
高市大同					√		
高雄基督教信義					√		
高雄長庚	√	√	√ (含活體)		√	√	
聖功					√		
署立屏東					√		

## 東區

醫院名稱	心	腎	肝	肺	眼角膜	骨骼	骨髓
慈濟		√	√		√	√	√
國軍花蓮總醫院					√		
台東馬偕					√		

資料來源：器官移植登錄中心

#### 【附錄四】器官移植分配通則

- 一、經衛生署公告移植標準審查合格之等待移植登錄者，依器官移植分配原則接受器官移植分配。
- 二、器官移植分配依據影響各器官移植等相關因素，排定器官分配順序：
  - (一) 心臟、肝臟、肺臟移植考慮疾病嚴重度等級。
  - (二) 腎臟移植考慮捐贈者與受贈者組織配對相合程度。
  - (三) 地區因素（勸捐醫院>區域內>全國）。
  - (四) 捐贈者與受贈者血型相合程度：相同>相容。
  - (五) 捐贈者與受贈者B、C肝炎病毒測試，非B、C型肝炎帶原者優先。
  - (六) 等候時間長短。
  - (七) 腎臟移植評分。
- 三、器官移植分配區域劃分，說明如下：
  - (一) 心臟不分區。
  - (二) 肝臟不分區。
  - (三) 肺臟分三區；北、中、南。
  - (四) 腎臟分四區；北、中、南、東。
- 四、器官分配等候時間採計，自登錄中心開放登記日起三個月內登錄者，原移植醫院等候之時間得予採計，三個月後一律以登錄日起算等候時間。
- 五、除心臟、肝臟、肺臟疾病等級嚴重度最高者以外，器官分配勸捐醫院使用。
- 六、勸捐醫院使用未使用之器官，交由登錄中心分配，依分配順序進行分配。
- 七、勸捐醫院使用未使用之器官，不得自行轉交其他醫院使用。
- 八、完成器官分配作業確定受贈者名單後，由登錄中心通知受贈移植醫院，進行器官摘取移植作業。
- 九、完成器官移植手術之等候移植登錄者，從等待移植名單中移出。
- 十、移植醫院於移植手術後需定期追蹤移植病人術後資料。

## 心臟分配原則

### 一、絕對因素

1、血型：需符合血型相同(identical)或相容(compatible)之規定，始得接受分配。

(1)血型相同：O→O；A→A；B→B；AB→AB

(2)血型相容：O→A, B, AB；A→AB；B→AB

### 二、相對因素

1、疾病等級 1A：「等級 1 A」較「非等級 1 A」之等候者優先。此項列為第一考量。

2、捐贈者有 B 型肝炎：其捐贈之心臟以「有 B 型肝炎抗原或抗體」較「無 B 型肝炎抗原及抗體」之等候者優先。此項列為第二考量。

3、捐贈者有 C 型肝炎：其捐贈之心臟以「有 C 型肝炎」較「無 C 型肝炎」之等候者優先。此項列為第三考量。

4、地理位置：心臟分配採不分區制，其中以「捐贈醫院」較「全國」之等候者優先。此項列第四項考量。

5、血型：以「血型相同」較「血型相容」之等候者優先。此項列為第五考量。

6、非疾病等級 1 A：以「等級 1B」較「等級 2」之等候者優先。此項列為第六考量。

7、捐贈者無 B 型肝炎抗原：其捐贈之心臟以「無 B 型肝炎抗原」較「有 B 型肝炎抗原」之等候者優先。此項列為第七考量。

8、捐贈者無 C 型肝炎：其捐贈之心臟以「無 C 型肝炎」較「有 C 型肝炎」之等候者優先。此項列為第八考量。

9、等候時間：以「等候時間長」較「等候時間短」之等候者優先。此項列為第九考量。

### 三、備註

- 1、心 - 肺移植：應分別登錄心臟及肺臟移植等候名單，當分配得到其中一項時，應優先考慮同時提供另一項。

## 肺臟分配原則

### 一、絕對因素

- 1、血型：需符合血型相同(identical)或相容(compatible)之規定，始得接受分配。
  - (1)血型相同：O→O；A→A；B→B；AB→AB
  - (2)血型相容：O→A, B, AB；A→AB；B→AB

### 二、相對因素

- 1、捐贈者有 B 型肝炎：其捐贈之肺臟以「有 B 型肝炎抗原或抗體」較「無 B 型肝炎抗原及抗體」之等候者優先。此項列為第一考量。
- 2、捐贈者有 C 型肝炎：其捐贈之肺臟以「有 C 型肝炎」較「無 C 型肝炎」之等候者優先。此項列為第二考量。
- 3、捐贈醫院：以「捐贈醫院」較「全國」之等候者優先。此項列第三項考量。
- 4、疾病等級：「等級 1」較「等級 2」之等候者優先。此項列為第四考量。
- 5、地理位置：肺臟分配採分區制，共分成北、中、南三區，其中以「區域」較「全國」之等候者優先。此項列第五項考量。
  - (1) 北區：花蓮、宜蘭、基隆、台北、桃園、新竹、金馬地區。
  - (2) 中區：苗栗、台中、彰化、雲林、南投、嘉義。
  - (3) 南區：台南、高雄、屏東、台東、澎湖。
- 6、血型：以「血型相同」較「血型相容」之等候者優先。此項列為第六考量。
- 7、捐贈者無 B 型肝炎抗原：其捐贈之肺臟以「無 B 型肝炎抗原」較「有 B 型肝炎抗原」之等候者優先。此項列為第七考量。

8、捐贈者無 C 型肝炎：其捐贈之肺臟以「無 C 型肝炎」較「有 C 型肝炎」之等候者優先。此項列為第八考量。

9、等候時間：以「等候時間長」較「等候時間短」之等候者優先。此項列為第九考量。

### 三、備註

1、心 - 肺移植：應分別登錄心臟及肺臟移植等候名單，當分配得到其中一項時，應優先考慮同時提供另一項。

2、雙肺、左肺、右肺：以分配序位較前者具優先選擇權，惟考量特殊情況時，由登錄中心協商後決定。

## 肝臟分配原則

### 一、絕對因素

1、血型：需符合血型相同(identical)或相容(compatible)之規定，始得接受分配。

(1)血型相同：O→O；A→A；B→B；AB→AB

(2)血型相容：O→A, B, AB；A→AB；B→AB

2、捐贈者有 B 型肝炎：其捐贈之肝臟僅能分配予「有 B 型肝炎抗原」之等候者。

3、捐贈者有 C 型肝炎：其捐贈之肝臟僅能分配予「有 C 型肝炎」之等候者。

### 二、相對因素

1、疾病等級：「等級 1」較「非等級 1」之等候者優先。此項列為第一考量。

2、地理位置：以「捐贈醫院」較「全國」之等候者優先。此項列第二項考量。

3、評分標準：以「評分高」較「評分低」之等候者優先。此項列為第三考量。

(1)十八歲以上(含)者：適用 MELD Score 評分標準表。

(2)十八歲以下者：適用 PELD Score 評分標準表。

4、血型：以「血型相同」較「血型相容」之等候者優先。此項列為第四考量。

5、等候時間：以「等候時間長」較「等候時間短」之等候者優先。此項列為第五考量。

### 腎臟分配原則

一、捐贈者與受贈者器官分配需遵守絕對規則，符合血型相同或相合：

(一) 血型相同(identical)，(O→ O、A→ A、B→ B、A→A、AB → AB)。

(二) 血型相容(compatible)，(O→ A、B、AB、A→AB、B→AB)。

二、腎臟移植器官分配原則依據影響腎臟移植官移植分配相關因素，排定器官分配順序。

(一) 地區因素（勸捐醫院→區域內→全國）。

(二) 與捐贈者組織配對 ZERO mismatch 等候者。

(三) 捐贈者與受贈者血型相合程度（相同> 相合）。

(四) 捐贈者與受贈者肝炎病毒測試，非 B、C 型肝炎帶原者優先。

(五) 依腎臟移植評分標準，計算總分，決定分配順序。

1. HLA mismatch 組織抗原符合配對相合程度。

2. 病患年齡。

3. 等待時間長短。

4. 曾經為器官捐贈者。

5. B 型肝炎病毒。

6. C 型肝炎病毒。

三、腎臟移植器官分配區域劃分說明：

- (一) 北區：宜蘭、基隆、台北、桃園、新竹、金馬地區。
- (二) 中區：苗栗、台中、彰化、南投。
- (三) 南區：台南、高雄、屏東、澎湖、雲林、嘉義。
- (四) 東區：花蓮、台東。

四、腎臟移植受贈者依據腎臟移植評分標準表，分數高低順序接受腎臟移植手術。

五、若腎臟移植評分標準分數相同，依序比較 HLA 組織抗原符合配對分數、年齡、等待時間。

#### 腎臟分配順序

1. 勸捐醫院內自行使用，依院內等候名單順序進行器官分配。
2. 勸捐醫院使用未使用之器官，開放院外，並依區域劃分分配順序進行器官分配。
3. 區域內與捐贈者 HLA 抗原符合配對 ZERO mismatch 且腎臟移植評分標準加總分數較高之等候者。
4. 全國與捐贈者 HLA 抗原符合配對 ZERO mismatch 且腎臟移植評分標準加總分數較高之等候者。
5. 區域內與捐贈者血型相同(identical)且腎臟移植評分標準加總分數較高之等候者。
6. 區域內與捐贈者血型相容(compatible)且腎臟移植評分標準加總分數較高之等候者。
7. 全國與捐贈者血型相同(identical)且腎臟移植評分標準加總分數較高之等候者。
8. 全國與捐贈者血型相容(compatible)且腎臟移植評分標準加總分數較高之等候者。
9. 若腎臟移植評分標準分數相同時，依序比較 HLA 組織抗原符合配對分數、年齡、等待時間。

## 參考書目

中文部分：

1. 官有垣，民國 89 年，「非營利組織與社會福利：台灣本土的個案分析」，台北：亞太圖書。
2. Ranjit Kumar 著。胡龍騰、黃瑋瑩、潘中道合譯，民國 89 年，「研究方法」。台北：學富文化。
3. Varian 著，劉楚俊、洪啓嘉譯，民國 89 年，「現代個體經濟學」，茂昌：台北。
4. 林雨靜，民國 89 年，「器官移植的困境」國改評論。
5. 王玉民，民國 83 年，「社會科學研究方法原理」，台北：洪葉文化事業有限公司。
6. 王文科，民國 88 年，「教育研究法」。台北：五南。
7. 楊孝榮，民國 82 年，「內容分析：社會及行為科學研究法」，台北：東華。
8. 簡春安、鄒平儀，民國 87 年，「社會工作研究法」，臺北：巨流圖書公司。
9. 柯欣雅，民國 91 年，「近十年台灣兒童讀經教育的發展〔1991-2001〕」，鄉土文化研究所碩士論文，花蓮：國立花蓮師範學院。
10. 范麗娟，民國 83 年，「深度訪談簡介」。戶外遊憩研究，7(2)，25-35。
11. 劉蕙雯，民國 87 年，「高雄市兒童保護社會工作人員工作疲乏探討」。行為科學研究所碩士論文，高雄：高雄醫學院。
12. 葉明昇，民國 88 年，「男性社會工作者之職業選擇歷程」。高雄醫學院行為科學研究所碩士論文，高雄：高雄醫學院。
13. 簡春安、鄒平儀，民國 87 年，「社會工作研究法」。台北：巨流。
14. 江明修主編，民國 88 年，「第三部門經營策略與社會參與」。台北：

智勝文化。

15. 官有垣、王仕圖，民國 89 年，「非營利組織的相關理論」，蕭新煌主編，非營利部門組織與運作，台北：巨流，頁 43-74。
16. 馮燕，“非營利組織之定義、功能與發展”。蕭新煌主編，民國 89 年。「非營利部門組織與運作」。台北：巨流圖書。頁 16-17。
17. 江明修，民國 83 年，「非營利組織領導行為之研究」，行政院國家科學委員會專題研究報告，計畫編號 NSC82-0301-H004。
18. 陳金貴，民國 83 年，「美國非營利組織之人力資源管理」，台北：瑞興。
19. 施教裕，民國 84 年，「顛覆大未來：社會行銷完全執行手冊」，台北：商周。
20. 高登譯，民國 87 年，「票房行銷—菲利浦科特勒談表演藝術行銷策略」。台北：遠流。
21. 財團法人喜馬拉雅研究發展基金會，民國 80 年，「台灣地區基金會名錄」。台北：中華徵信所。
22. 鄧佩瑜，民國 83 年，「美國基金會與其它非營利組織的互動。基金會在台灣—名錄與活動」。台北：中華徵信所。
23. 張保隆，黃旭男、沈佩，民國 86 年，「台灣地區社會福利慈善事業基金會之績效評估。管理與系統」。4 (1)，145-160。
24. 孫秀蕙，民國 86 年，「公共關係：理論、策略與研究實例」，台北：正中。
25. 程瑞玲，民國 73 年，「非營利組織之績效衡量」。東吳大學會計學研究所碩士論文。
26. 張在山譯，民國 80 年，「非營利事業的策略性行銷」。台北：授學。
27. 許士軍，民國 79 年，「管理學」。台北：東華書局。
28. 張潤書，民國 87 年，「行政學」，台北：三民，修訂初版，p303-304。

29. 鄭瓊芳，民國 88 年，「團隊建立法運用於非營利組織運作之研究」，政治大學公共行政研究所碩士論文。
30. 陸宛蘋，民國 88 年，「非營利組織的定義與角色」，社區發展季刊，第 85 期，頁 30-35。
31. 陳美伶，民國 82 年，「統一財團法人主管機關可行性之研究」，法務部。
32. 紀靜惠，民國 91 年 6 月，「各類人士對醫療倫理觀點差異之探究」，人力資源管理研究所碩士在職專班碩士論文，高雄：國立中山大學。
33. 科學月刊著，「諾貝爾的榮耀：生理醫學桂冠」，台北：天下文化。
34. 葉莉莉，民國 88 年，「供給？需求？分配之正義：論稀有醫療資源之分配—以台灣心臟移植之現況為例」，管理學研究所碩士論文，台北：長庚大學。
35. 鍾春枝，民國 90 年，「臨床醫學倫理議題之判斷與處理方式的探討—比較醫護人員、宗教界與法界人士的看法」，醫學研究所碩士論文，台北：台北醫學院，。
36. 劉祥孚，民國 85 年，「非營利組織公共服務功能之理論與實證：環保團體之個案分析」，政治大學公共行政研究所碩士論文。
37. 潘文文，民國 84 年，「非營利組織公共關係策略之研究」，中興大學公共政策研究所碩士論文。
38. 饒瑞翔譯自 Mrs. Josefina Ripoll（西班牙器官移植協調網路協調員）之年度報告。
39. 陳至全，民國 85 年 6 月，「器官移植的困境與器官捐贈的探討」，心身醫學 7：1，頁 25-27。

英文部分：

1. Hariharan S, Johnson CP, BA. Improved graft survival after renal transplantation in the United States, 1988 to 1996. N Engl J Med 2000; 342:605.
2. Tilney NL. A crisis in transplantation: too much demand for too few organs. Transplant Rev 1998;12:112.
3. United States Renal Data System. Excerpts from the 1999 Annual Data Report. Am J Kidney Dis 1999; 34 (Suppl 1).
4. Neylan JF, Sayegh MH, Coffman TM, et al. Allocation of cadaver kidneys for transplantation in the United States: consensus and controversy. J Am Soc Nephrol 1999; 10:2237.
5. Rosenthal JT. Expanded criteria for cadaver organ donation in renal transplantation. Urol Clin North Am 1994; 21:283.
6. Siminoff LA, Arnold RM, Caplan AL, et al. Public policy governing organ and tissue procurement in the United States. Ann Intern Med 1995; 123:10.
7. Terasaki PI, Cecka JM, Gjertson DW, et al. High survival rates of kidney transplants from spousal and living unrelated donors. N Engl J Med 1995; 333:333.
8. Lochhead KM, Pirsch JD, D'Alessandro AM, et al. Risk factors for renal allograft loss in patients with systemic lupus erythematosus. Kidney Int 1996;49:512.
9. Cameron JS, Hoffenberg R. The ethics of organ transplantation reconsidered : paid organ donation and the use of executed prisoners as donors. Kidney Int 1999; 55:724.
10. Childress JF. Ethical criteria for procuring and distributing organs for transplantation. J Health Policy Law 1989; 14:87.
11. Kjellstrand CM, Dosseter JB, eds. Ethical problems in dialysis and transplantation. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic, 1992.
12. Gaston RS, Hudson SL, Hudson SL, Ward M, et al. Late allograft loss: noncompliance masquerading as chronic rejection. Transplant Proc 1999; 31: (Suppl 4A):21S.
13. Greenstein S, Siegal B. Compliance and noncompliance in patients with a functioning transplant: a multicultural study. Transplantation 1998; 66:1718.
14. Kalil RSN, Heim-Dutoy KL, Kasiske BL. Patients with a low income have a reduced allograft survival. Am J Kidney Dis 1992;20:63.
15. Anthony, Rober N. and David W. Young. (1988). Management Control in Nonprofit Organizations. Illinois: Irwin, 4th.
16. Tutty, L.M., Rothery, M. & Grinnell, R. M., “Qualitative Research for Social worker”. U.S.A. : Allyn and Bacon, 1996.

17. Rubin, H.J. & Rubin, I.S., “Qualitative Interviewing-The Art of Hearing Data”. U.S.A : Sage Publications, Inc, 1995.
18. Richard S. Rudner. 1966. Philosophy of Social Science. Prentice Hall. P. 10.  
L.David Brown, Sanjeev Khagam, mark H. Moore, and Peter frumkin,  
“Globalization, NGOs, and Multisectoral Relations” , in Joseph S. Nye and John
19. D. Donahue, ed. 2000. Governance in a Globalizing World. pp.271-296.  
Hodgkinson, Virginia A. , Lyman, Richard W. and Associate , 「 The Future of the  
Nonprofit Sector : Challenges, Changes, and Policy , Considerations 」. San Francisco,  
1989 , CA : Jossey-Bass.
20. Salamon, Lester M. 1987 , ”Partners in Public Service : The Scope and Theory of  
Government. Nonprofit Relations” in W. W. Powell (ed.) The Nonprofit Sector : A  
Research Handbook. pp.99-117. New Haven, Connecticut : Yale University Press.  
Salamon, Lester M. & Helmut, K. Anheier , Defining the Nonprofit Sector : A  
cross-national analysis. Manchester , 1997 , University Press.
22. Salamon, Lester M , America’s nonprofit sector A prime. , 1992 , NY: The  
Foundation Center .
23. Wolf, Tomas. (1990). Managing A nonprofit Organization. , New York: Prentice  
Hall Press, 1sted.
24. Weisbrod, B. (1988). The nonprofit economy, Cambridge, Massachusetts: Harvard  
University Press.
25. Hansmann , 1980 , ”The Role of Nonprofit Enterprise”. Yale Law Journal, Vol. 89,  
No. 5, pp.835-901.
26. O’Nekll, Michael and Dennis R. Young. (1988). Educating manager of Nonprofit  
Organizations. New York: Praeger.
27. Neely, S., & Davis, N.S., “Legal and ethical issues, In Sigardson~ Poor K  
M, Haggarty LM. (eds)”. Nursing care of the transplant recipient. Philadelphia:  
W.B. Saunders. 395-421, 1990.
28. Hansmann ( 1980 ) , ”The Role of Nonprofit Enterprise”. Yale Law Journal, Vol.  
89, No. 5, pp.835-901.
29. Weisbord, Burton A. , 1988 , The Nonprofit Economy. Cambridge,  
Massachusetts : Harvard University Press.
30. Badelt, Christoph , 1990 , ”Institutional Choice and the Nonprofit Sector”, in  
Anheier H.K. Seibel W. ( eds. ) , The Third Sector : Comparative Studies of  
Nonprofit Organizations. pp.53-63. Berlin : Walter de Gruyter.
31. Wolch, Jennifer R. 1990 , The Shadow State : Government and Voluntary Sector in  
Transition. NY : The Foundation Center.

網站：

<http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/089/C/SS-C-089-024.htm>。

<http://www.un.org/MoreInfo/ngolink/calendar.htm>。

<http://140.122.143.143/NSC/bionetwork/biorelative/transplantation.html>。

<http://www.chinabiz.org.tw/maz/InvCina/199811-057/199811-054.htm>。

<http://taipei.tzuchi.org.tw/monthly/345/345c7-1.htm>。

<http://taipei.tzuchi.org.tw/taolu/357/p357-3f.htm>。

<http://www.siongpo.com/20020713/intl3.htm>。

東森新聞報網站，[www.ettoday.com](http://www.ettoday.com)。

財團法人器官捐贈移植登入中心，<http://www.torsc.org.tw/page2.htm>。

四川青年報，<http://www.zaobao.com>。