

活體器官肝腎捐贈制度對醫療平權之挑戰與反思

財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心

蔡宏斌 潘瑾慧 方冠雅 李明哲

摘要

我國自1987年制定《人體器官移植條例》，透過法律規範防杜非法器官買賣，並保障器官捐贈與移植之倫理正當性與醫療安全。隨著醫療技術進步與移植需求日增，2002年考量肝臟活體捐贈特殊性，放寬捐贈對象至五親等內血親及姻親，惟腎臟活體捐贈仍限於五親等內血親與配偶，且年齡限制相對嚴格。該規範固然有助防範不法，惟未能因應家庭結構多元化與社會支持網絡之變遷，實質限制無近親患者之移植機會，對醫療平權構成挑戰。

關鍵詞：活體器官捐贈、醫療平權、器官移植倫理、配對移植、經濟補償

前言

器官移植為末期器官衰竭患者延續生命之重要途徑，惟全球普遍面臨器官短缺。台灣因慢性腎臟病盛行，洗腎人口比例居高，腎臟移植需求尤為迫切。現行法規限制腎臟活體捐贈於五親等內血親與配偶，不僅限制無親屬者的移植機會，亦加深醫療資源分配之落差。本文從法規修正脈絡出發，結合美、英、德、日等國制度與國際器官捐贈與移植登錄資料庫(IRODaT, International Registry in Organ Donation and Transplantation)資料(表一)¹，分析我國制度侷限，並檢討「腎臟配對交換」(Kidney Paired Donation, KPD)制度之發展與不足，嘗試提出兼顧倫理與公平之改革方向。

各國活體器官移植現況

國際經驗顯示，美國、英國、以色列

等國透過設置匿名捐贈、交叉配對(paired donation)、連鎖捐贈(domino transplantation)與經濟支持制度，成功擴大器官來源、提升非親屬捐贈比例，並在保障倫理審查基礎上兼顧公平性與效率。以美國為例，根據UNOS(United Network for Organ Sharing, 2023)資料揭示，2022年約有近20%的腎臟活體移植來自非親屬捐贈²。此外，配對移植制度能有效減少等待時間並提升移植存活率，成為提升器官分配效率的重要工具³。英國的Living Kidney Sharing Scheme亦證實，透過全國性配對機制，有效提升弱勢患者的配對成功率⁴。不過，當制度若缺乏資訊公開與公平監督，恐衍生資源分配不均與社會信任流失問題。

以色列自2008年實施經濟補償與優先排序政策後，該制度除提供活體捐贈者就醫費用減免、誤工補助與社會保障外，亦透過「優先點數」機制，保障已登記捐贈卡者、同意家屬捐贈者及實際活體捐贈者，在未來若有器官移植需求時，得享有分配排序上的優先地位。實證顯示，該政策自2010年全面推行以來，成功促使國內器官捐贈意願與移植數量顯著提升，並有效減少非法買賣與境外移植情形⁵。

然而，該制度亦引發廣泛倫理爭議。有部分學者認為，優先排序雖有助激勵捐贈意願，卻可能加劇社會階級差異與醫療資源分配不均現象⁶。另有研究指出，經濟補償措施若未妥善規範，恐對經濟弱勢者形成潛在結構性壓力，促使其因經濟誘因而被迫參與捐贈，削弱捐贈自主性與倫理正當性⁷。整體而言，該政

表一 各國2024年腎臟及肝臟移植資料比較¹

國家 / 捐贈途徑		腎臟		肝臟	
		例數	百萬人口比例	例數	百萬人口比例
美國	屍體捐贈	22076	64.58	10854	31.75
	活體捐贈	6418	18.78	604	1.77
德國	屍體捐贈	1443	17.32	834	10.01
	活體捐贈	632	7.59	56	0.67
日本	屍體捐贈	233	1.9	117	0.95
	活體捐贈 ^註	1544	12.52	352	2.86
英國	屍體捐贈	2299	33.81	870	12.79
	活體捐贈	943	13.87	33	0.49
中華民國	屍體捐贈	240	10.26	145	6.2
	活體捐贈	191	8.16	313	13.38

註：日本活體捐贈為2023年資料庫資料。

策雖為全球器官短缺問題提供具體解方，惟制度設計仍須審慎考量文化脈絡、經濟結構與倫理風險，方能在提升器官來源同時，兼顧社會公平與醫療倫理。

我國活體器官捐贈法制沿革與共識

人體器官移植條例自1987年公布以來，歷經4次修正，將肝臟移植親等及年齡逐步開放，由原本之20歲以上三親等以內之血親或配偶，至2021年下修至18歲以上五親等以內之血親、姻親或配偶，搭配醫學倫理審查，有效擴展來源。腎臟則為20歲以上五親等以內之血親或配偶⁸。

此外，2025年立法院依社團法人中華民國多囊腎腎友協會意見提案，許多年輕患者需終身洗腎，若能獲得移植，可恢復正常生活。正式提議放寬腎臟活體捐贈範圍比照肝臟辦理。

病友團體指出，因遺傳性腎臟病或多囊腎等疾病需要移植的患者，其血親可能亦有同樣的遺傳性疾病問題不適合捐贈，放寬至姻親能增加獲得合適腎臟之機會。現行肝、腎捐贈規範存在差異，然而此差異缺乏一致性的醫學依據。尤其腎臟捐贈限制較肝臟更嚴格，已顯與醫學原則與平等權保障產生矛盾。此舉突顯現行制度對無近親患者造成實質不平等，亦反映現今多元社會家庭型態需求。

為回應上述問題，在2025年3月與4月透過兩場專家會議，邀集14位專家學者，包含移植醫師與護理師、腎臟科醫師、性別平等議題專家、醫學倫理專家、醫事法律專家、人權議題專家共同討論，並檢視美國、英國、德國與日本等國活體器官捐贈制度，歸納出三項政策共識：

第一，現行法規未能反映社會結構與醫療需求變遷，肝腎捐贈規範落差限制患者獲得移植機會，構成制度公平性挑戰。

第二，國際趨勢多採「情感連結」認定或「倫理審查補充原則」，透過個案審查或跨院聯審機制，開放非血親或非傳統家庭結構個案捐贈，實證顯示未增加醫療風險，反提升器官來源多元性與整體移植制度彈性，保障末期器官衰竭患者生存權利。

第三，肝腎捐贈親屬範圍與年齡限制差異，缺乏醫學實證支持，亦不符制度公平與一致性原則。

建議整體檢視法規合理性，結合國際經驗，檢討親屬限制、年齡門檻與補充審查機制，強化移植政策之公平性、倫理正當性與醫療可近性。綜上所述，我國活體器官捐贈法制雖歷經演進，惟未能全面一致回應不同器官移植之倫理、醫學與社會現實，相關制度仍存公平性與平權落差，亟需透過系統性檢討與法規修正，建構兼顧倫理正當性與醫療公平性的活體器官捐贈制度。

活體器官移植的優勢與平權挑戰

活體器官移植相較屍體器官移植，具備較高存活率與良好預後，主要歸因於器官品質優異、缺血時間縮短、手術安排可控及親屬間相容性較佳^{9,10}。惟值得注意，活體移植機會高度依賴受贈者之社會網絡與家庭支持，對無適當親屬或邊緣群體構成實質不平等。我們從以下三個面向來分析活體器官移植的優勢與對醫療

平權的挑戰：

一、醫療成效與存活率分析

不論國內、外均有實證研究證實，活體器官移植相較於屍體器官移植，在存活率、長期預後與生活品質改善方面具有顯著優勢。根據美國OPTN/SRTR年度報告，活體腎臟移植受贈者一年存活率約為97.4%，相較屍體捐贈者的92–95%，顯著較佳¹¹。歐洲針對高齡受贈者的研究亦指出，活體腎臟移植在腎功能恢復與移植存活率上均優於屍體捐贈¹²。而Toapanta等人¹³針對高齡受贈者所做之研究發現，活體腎臟移植在受贈者存活率與腎功能恢復表現上，均較屍體供者為優。此結果與我國實務經驗與學界觀察趨勢相符¹⁴，並與過去部分倫理政策討論中對活體捐贈醫療效果的肯定有所呼應¹⁵。

活體器官移植雖具明確臨床優勢，然其分配公平性與弱勢群體可近性問題不容忽視。須正視活體捐贈機會高度依賴受贈者之社會網絡與親屬支持。缺乏合適親屬、單身、邊緣化或弱勢經濟族群，往往無法受惠於活體移植，喪失高存活率與良好預後之醫療機會，形成結構性不平等。制度設計應重視捐贈安全與倫理，並透過擴大非親屬捐贈、交叉配對與完善配套機制，提升整體活體器官捐贈可近性。

二、健保給付與經濟可近性

活體器官捐贈涵蓋捐贈者與受贈者，現行全民健康保險制度雖涵蓋器官移植相關費用，包括術前評估、手術、住院與術後照護，然部

分自費項目如免疫抑制藥物、術後追蹤檢查與捐贈者術前檢查、影像進階檢查與術後追蹤費用，住院部分費用仍需捐贈者自行負擔，住院工作損失亦可能影響經濟弱勢家庭的對於移植醫療的可近性。為實現醫療平權，健保制度應檢討活體器官捐贈相關費用給付範圍，研議增加經濟弱勢支持措施，包含捐贈者補助、術後健康追蹤與心理支持資源，並透過政策設計降低自費負擔，始能從根本改善經濟障礙，落實器官移植制度之公平性與可近性，實現經濟平權，回應社會對健康照護正義之期待。

活體器官捐贈應可放寬腎臟捐贈親屬範圍，放寬條件應審慎考量性別與社會結構差異，保障女性、媳婦或弱勢外籍配偶面臨隱性捐贈壓力，呼籲應以性平、健康權保障為前提尊重自主、無償捐贈為核心，在強化醫院倫理審查機制，以確保倫理正當性情況下，研擬比照國際趨勢逐步開放非親屬或姻親捐贈，另從法律角度，現行條例肝臟及腎臟捐贈條件關於年齡、親屬範圍不一致性。為確保法制完整與社會信任，建議則應納入未來修法時，應一併通盤檢討。

整體而言，我國活體器官捐贈制度發展所面臨之倫理、法律與醫療平權之多重張力，亦反映社會對該議題之高度關注與期待，值得政策制定者持續審慎評估，並於後續修法與制度設計中納入多元聲音與專業建議，方能兼顧醫療需求、倫理審慎與平權保障。更有從性別與人權觀點提出不同看法，擔憂放寬姻親條件恐對媳婦、外籍配偶等弱勢族群形成社會壓力，

主張應審慎考量性別平等與憲法健康權保障之平衡。活體器官捐贈資格放寬固然有助擴大器官來源、提升醫療平權，惟實務經驗仍須結合倫理審查、法律配套與社會脈絡整體評估，方能兼顧公平性與風險控管，避免制度變革而衍生新型不平等或倫理疑慮。

三、法規設計與國際比較

世界各國對於活體器官捐贈資格規範雖存在顯著差異，然普遍建構於若干核心原則基礎，包含親屬關係、年齡限制、健康與心理評估、自願性與無償性、知情同意、獨立審查及倫理把關，制度設計則深受各國文化、法律與社會結構影響。Delmonico(2005)³觀察歐美多國近年陸續放寬非親屬捐贈限制，透過配對移植、匿名捐贈與連鎖捐贈機制，成功擴大器官來源，惟須同步強化倫理審查與資訊揭露，以確保自願性與社會信任。

Moorlock等人¹⁶進一步指出，若缺乏透明監督與制度規範，該類放寬措施反易引發倫理爭議與社會信任危機。以色列政策經驗亦顯示，透過結合經濟支持、優先排序與法律保障，可有效提升活體捐贈意願，惟若忽視社會結構差異與弱勢保護，該政策恐加劇結構性不平等與倫理風險⁵。

結論與建議

本文結合理論分析、國際制度比較與專家實務經驗，系統性檢視我國活體器官捐贈制度之發展現況與面臨挑戰，提出結論：首先，現行法規對於活體器官捐贈對象之親屬範圍與

年齡標準，未能全面反映我國社會結構多元化與醫療需求之變遷。特別是肝腎捐贈規範不一致，已對無親屬或弱勢患者之移植機會構成不利影響，亦引發制度公平性之質疑。其次，國際經驗顯示，多數國家除維持基本親屬捐贈框架外，普遍透過情感連結認定、非親屬捐贈開放、倫理審查補充與配對移植等多元措施，兼顧器官來源擴充與醫療安全，且並未顯著增加醫療風險。此類制度有助於緩解器官短缺，提升制度彈性與公平性，值得我國借鏡。此外，現行制度在資訊揭露、心理評估、經濟支持與法律保障等面向，仍存執行標準不一與保障機制不足之問題，恐削弱捐贈者自主性與醫療平權基礎，亟需加強系統性配套。

基於歸納上述我國活體器官捐贈制度未來改革重點如下：

(一) 法規一致性檢討與親屬範圍放寬

建議比照肝臟移植規範，放寬腎臟活體捐贈之親屬範圍至「五等親姻親」，並將最低捐贈年齡由20歲下修為18歲，回應社會多元結構與醫療公平性訴求。

(二) 強化倫理審查與心理社會評估機制

完善捐贈資訊揭露、獨立倫理審查與心理社會支持系統，保障捐贈者自主性、身心健康與醫療安全，降低倫理風險。

(三) 推動多元捐贈模式與配套機制

參考國際經驗，審慎引入非親屬捐贈、交叉配對、匿名捐贈等措施，搭配嚴謹配套設計，拓展器官來源，提升制度彈

性與弱勢患者移植機會。

(四) 健全經濟支持與法律保障措施

檢討健保給付、擴大經濟補助與長期追蹤機制，並強化法律保障，降低經濟障礙，保障捐贈者與弱勢患者權益，實現經濟平權。

(五) 資訊透明與制度監督強化

建立公開透明之器官分配、配對流程與外部監督機制，提升社會信任，確保制度公平性與倫理正當性。

(六) 持續結合專業意見與社會參與

未來制度改革應持續透過專家會議或焦點訪談、政策評估與社會溝通，納入多元聲音，形塑符合本土脈絡且具國際水準之器官移植政策。

整體而言，我國活體器官捐贈制度雖已具雛形，惟在法規設計、制度執行與配套機制方面，仍存結構性不足與公平性落差。未來唯有透過科學化、系統性、具文化敏感性的政策改革，結合醫學專業、倫理原則與社會需求，方能兼顧醫療效率、倫理正當與醫療平權，實現永續、公平且具社會信任基礎之器官移植體系。

參考文獻

1. IRODaT (www.irodat.org) 2025.
2. United Network for Organ Sharing (UNOS), (<https://unos.org/>) 2023.
3. Francis D: A report of the Amsterdam Forum

- on the care of the live kidney donor: Data and medical guidelines. *Transplantation* 2005; 79(Suppl 6): S53-66.
4. NHS Blood and Transplant: Organ donation and transplantation activity report 2021/22. Retrieved from <https://www.odt.nhs.uk/statistics-and-reports/> [Accessed 2024.6.10].
 5. Lavee J, Ashkenazi T, Stoler A: Preliminary marked increase in the national organ donation rate in Israel following implementation of a new organ transplantation law. *Am J Transplant* 2013; 13(3): 780-5.
 6. Sharif A: Championing self-interest to overcome disinterest-Lessons from the Israeli organ allocation system. *Am J Transplant* 2013; 13(6): 1611-2.
 7. Muireann Q, Linda W, Vardit R: Organ donation and priority points in Israel: An ethical analysis. *Transplantation* 2012; 93(10): 970-3.
 8. 立法院法律系統(<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lglawkm?@@1342331711>) 2025.
 9. Sundaram H, Ajay KI, Gabriel D: Long-Term Survival after Kidney Transplantation. *N Engl J Med*. 2021 Aug 19; 385(8): 729-43.
 10. Christof K, Hao L, Xingyu Z, et al: Survival after live donor versus deceased donor liver transplantation: propensity score-matched study. *BJS Open* 2024 May 8; 8(3): zrae058.
 11. OPTN/SRTR (<https://www.srtr.org/reports/optnsrtr-annual-data-report/>) 2024.
 12. Ehab H, Dieter B, Yaser S, et al: Outcomes of Kidney Transplantation in Older Recipients. *Ann Transplant* 2023; 28: e938692.
 13. Néstor T, Jordi C, Ignacio R, et al: Benefits of Living Over Deceased Donor Kidney Transplantation in Elderly Recipients. *Transpl Int* 2024; 37: 13452.
 14. 黃嘉宏、連榮達、吳明儒：台灣腎臟移植的過去、現在與未來。 *內科學誌* 2019; 30(1): 34-41。
 15. 蔡甫昌、李銘杰：活體非親屬器官捐贈之倫理議題。 *台灣醫學* 2012; 16(6): 649-59。
 16. Greg M, Jonathan I, Heather D: Altruism in organ donation: An unnecessary requirement? *J Med Ethics* 2014; 40(2): 134-8. 

