

有關性徵醫療自主的運動筆記

陳薇真

跨性別倡議站發起人

romacapri@gmail.com

畫圈的性別運動及其它

我們總是在畫圈。

跨性別人權團體畫了一個「誰是跨性別」的圈圈作為爭權主體，即「性別認同不同於出生時被指派的性別」；在此，變裝（cross-dressing）則不被看作跨性別，因為他性別認同仍然是男性。

精神科醫師受醫療專業和國家賦予權力，以專業畫下「誰是原發性變性慾症／性別認同障礙／性別不安」的圈圈，作為性別轉換治療（及進行中的性別變更登記草案）之近用資格審核。

性平學者和綠黨社會民主黨聯盟，畫下「變性手術」的圈圈作為健保補助的覆蓋範圍。什麼是變性手術的劃界？摘除原性徵而未重建異性性徵算不算？隆胸／平胸手術算不算？除／增毛醫療算不算？因「性別身體意象」，一般男性做陰莖增大術、一般女性做陰道整形術（若達不亞於變性人的生活功能痛苦），算不算？若補助覆蓋範圍擴大，勢必預算增加，關涉界線的政治協商／鬥爭。

性別主流化將弱勢保障範圍擴大，從婦女、兩性、性別到多元性別。多元性別在當今意義約略等同來自北美社群運動發展的 LGBT、LGBTI（男同志、女同志、雙性戀、跨性別、陰陽人）到 LGBTIQAS2……。多元性別變成很多個圈圈的總合。因此，在研究與政策上，一個人不會也不能同時是女同志又是跨性別，因為會模糊分析範疇。

在場（包括我在內），我們總是得靠畫圈圈，才能混飯吃。非政府組織、學者科技部研究案、性別友善醫師的門診、研究及升遷……，畫圈圈既是定義、脆弱極欲需受保護的對象、行動主體與宣稱制度改革受益對象。為了界定主體、有

明確單一性別人種（避免”模糊焦點”）、利於號召旗幟、利於匯集資源及推動制度改革，我們必須畫圈圈，以代表圈圈主體之名發言。畫圈圈，意味著有些人在裡面、有些人卻被劃在外面，即資格與排除。

在此，我欲與命名為畫圈圈的思維方式拉開距離（並非在說”跨性別有很多種、有各種性傾向、不同的醫療安排”），提出另一種思維方式與運動路徑。

國民作為生殖義務存有者

以下分為四組，每組分為兩極（被治療——主動治療遭拒）。每個身份或議題別並非孤立或拼湊，而是連結起來，看見事貌的整體圖像。

(1) 陰陽人——變性人

陰陽人嬰兒（intersex infants）甫出生時，因生理性屬特徵（sex characteristic）非典型男、女，被醫療及社會通念示作異常，需立即（在缺乏當事人意願下）進行性徵矯正手術，方能使其作為正常男女之一、方能進入順遂（異性戀—男女有別）一般人生。相反地，當成年人因性別不安、主動向醫療尋求（包括逆轉的荷爾蒙補充療法及性別重置手術）性別轉換治療，因為其生理正常、缺乏治療的正當診斷疾病名稱，因此創造了「變性人／性別認同障礙／性別不安」診斷名稱，需被判斷為心理性別與生理性別不一致的異常、方能成功獲得治療近用。

(2) 男性結紮：未婚——已婚

近年，我觀察到在電子佈告欄系統 PTT 站的 sex、feminine-sex、marriage 等板，有男性尋求輸精管結紮手術的心得分享文。同樣手術在未／已婚、是否已擁有子女之不同情況，卻是處境兩樣情。已婚男性不僅得以獲術，文章下方網友推文紛紛表示「體貼太太的好丈夫」「性福」，指既能避免妻子吃避孕藥、陰部感染，又能享受單一性伴侶無套性交的婚內美滿性生活。相反地，在年輕未婚單身男性，不僅難以找到願意手術的

醫師（按《優生保健法》，結紮需配偶同意¹），文章下方網友更是斥聲撻伐「自私」「不為未來配偶著想」。顯然地，成年男性國民的生殖身體，並非基於自身當下意願及未來規劃（如無生育計畫）、而是為了社會期待和未來配偶（及子女）而存在。

(3) 女性摘除卵巢/子宮：年輕——中年更年期

在一般女性，不論是基於經常性月經疼痛、無意生育安排或純粹個人喜好，欲向醫生尋求卵巢摘除的未婚年輕女性，若沒有顯著婦科相關疾病下，醫生並無法替生理正常（缺乏診斷名稱）的女性求術者動刀（或她可以演假裝自己是變性人，以取得性別不安診斷書）。相反地，當年滿 40 歲、未滿 45 歲女性，因被視作已屆失去生育能力、避免相關癌症病變、又可領取《勞工保險失能給付標準》第 7-42 項（胸腹部臟器→生殖器遺存顯著失能者）界定「未滿四十五歲，原有生殖能力，因傷病割除兩側卵巢或子宮，或因放射線或化學治療，致不能生育者」之失能給付下，醫生紛勸女性接受摘除卵巢/子宮在醫學專業考量上的利多，並就算沒病也能主動創出合理的診斷疾病名稱。然而，在醫學上，摘除卵巢對身體荷爾蒙平衡機制仍有若干影響，卻相對避而不提（張菊惠、胡幼慧、張珪 1998）。顯然，正常／異常、診斷名稱及手術近用，並不一定是基於醫療專業，而是包括年齡、生育能力之社會通念。

(4) 他異：身心障礙、新移民女性、原住民

在身心障礙，青春期第二性徵發育、又未滿 18 歲的兒童身心障礙者，在父母同意下即可合法手術，並依衛生福利部《優生保健措施減免或補助費用辦法》獲得費用減免。（當然，身心障礙者的性不被看見、及照

¹ 《優生保健法》第 10 條，「已婚男女經配偶同意者，得依其自願，施行結紮手術。但經診斷或證明有下列情事之一，得逕依其自願行之：一、本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。二、本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病者。三、本人或其配偶懷孕或分娩，有危及母體健康之虞者。未婚男女有前項但書所定情事之一者，施行結紮手術，得依其自願行之；未婚之未成年人或受監護或輔助宣告之人，施行結紮手術，應得法定代理人或輔助人之同意。」

護者，是辛苦的議題。現今體制下，照護義務被丟給家屬承擔，照護者又無法獲得相關扶助）。在新移民女性（楊明惠 2009：12）及原住民，皆有被配偶或父母同意下、當事人遭結紮之情事，同樣依《補助辦法》可獲費用減免。其背後之意識型態，是優生觀點下的健全主義及種族歧視。

以上圖像連結起來：在性徵醫療，有些人在未經自主知情同意下即由眾人被手術；有些人即使具成年、具行使法律地位之能力，在當事人表達意願求術時，卻遭受萬般阻撓。

由此可知，沿著生理、婚婚狀態、年齡、身心障礙、種族等軸線之雙重標準對待，可顯現社會通念、醫療與國家對於生殖能力終止，將國民（citizen）視作**生殖義務存有者**的生命治理邏輯。在此，由《民法》等親制規定之一等親「父母/配偶」－「醫師」－「國家法律」，形成遂行社會通念對個人進行規訓的三位一體。



國際人權與國內法律

如此直覺荒謬、非人道又不尊重醫療自主的法律現況，為什麼沒有被修法禁止或改變呢？因為國際人權或西方國家、與中華民國法律，對於公民在親屬關係上的思考，是不同的。

CEDAW 公約第 24 號一般性意見第 21 點敘道，改善近用醫療的物質和交通，並避免必須得到配偶、父母或醫院同意。然而，這是針對一般所有醫療，並

未處理當涉及性與生殖（sexual and reproductive rights）之特殊性。我國《優生保健法》有關墮胎（及結紮）需父母/配偶同意，雖然明顯違反 CEDAW 公約、卻是普世性而持續爭議的。正因不同性別的性與生殖在不同社會、文化背景下的不同分配與安排，當我們欲以國際人權架構或西方國家以個人主義思考下的健康權概念、運用於我國法令時，會遭遇到許多的扞格衝突。

在我國法令——特別是中華民國在中國大陸民國時期、於 1930 年制定的《民法·親屬篇》，規定等親計算規則²、婚姻、子女及家庭，作為繫我國各法之基本身分法。與此相關，至少包括涉及扶養義務及社會福利分配的《社會救助法》³、扶義申報抵稅的《所得稅法》、醫療權的《醫療法》及代理訴訟權（即施術醫師懼怕家屬提告的”醫療糾紛”）的《刑事訴訟法》，皆同「未成年者優先歸父母管、已婚者優先歸配偶管」之邏輯。成年者與某人締結婚姻、互為配偶關係，雖然是少數我們有選擇權的親屬關係之一（仍有找不到伴侶導致在制度下的資源不平等），但在我國法律邏輯，與某人互為配偶意味著**相互擁有對方身體的管理權**，以「愛」為名，卻相當親密變態。

法學碩士論文王志傑（2002）指出，家屬醫療決定權的擴張確實是我國國情特殊現象。西方以個體（individualism）為單位，但華人社會下，個人先是被視作家庭關係下的成員，而涉及生殖之手術又特別導致傳宗接代、祖宗香火的中斷（陳薇真 2016：54）。《醫療法》第 63 條，「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之」（以下簡稱”那串「或」”）。那串「或」雖然考量我國華人重視宗親族之文化背景，卻未明敘

² 《民法·親屬篇》第 968 條，「血親親等之計算，直系血親，從己身上下數，以一世為一親等；旁系血親，從己身數至同源之直系血親，再由同源之直系血親，數至與之計算親等之血親，以其總世數為親等之數。」

³ 《社會救助法》第 5 條，「第四條第一項及前條所定家庭，其應計算人口範圍，除申請人外，包括下列人員：一、配偶。二、一親等之直系血親。[..]。前項之申請人，應由同一戶籍具行為能力之人代表之。但情形特殊，經直轄市、縣（市）主管機關同意者，不在此限。」

排序那串「或」之間的優先順位，以及衝突時的調解處遇機制。父母或配偶可以凌駕當事病人本人之意願，是我國國民醫療權「被醫療」受侵的原因之一。

再則，不同於上述屬於不被醫療之消極權，有關自主依意願而尋求手術之積極請求權，在國際法或醫療法之法理上，相較不被明敘保障。醫療美容雖屬非以治療為目的（又具部份消費性質），但通說仍屬廣義的醫療行為；在非生理疾病情下欲自主尋求性徵相關手術（如結紮、摘除或重建），又涉及《刑法》上的傷害罪或重傷害罪（損失生殖能力）。在法理上，若醫師欲進行涉及侵入身體之治療，必須有正當之理由，方能達到阻卻違法（即消除侵入身體對法益之侵害）而不致入罪⁴。在醫療邏輯，診斷名稱→治療項目，是必須相對應的。因此，自主近用醫療，需尋找或生產診斷名稱。

縱觀上述，受縛於性與性別社會文化及親屬關係優先於個人下，**你的（性徵）身體並不歸你管，而是歸你的父母／配偶／醫師／國家管**。同志運動將同志醫療權的解決方案訴諸同性婚姻，充其量，只是把掌管你身體的鑰匙，由原先一個人交到另一個人手上——但背後本質的意識型態，完全沒有任何改變。大家都把毀家廢婚當成是來亂的，但——唯有對《醫療法》、《社會救助法》、《所得稅法》、《刑事訴訟法》、《民法親屬篇》乃至涉及**以親屬關係為單位**之我國所有法令進行修法、進行對強制血親之制度與文化的全面宣戰，才是我們**所有人**身體的真正解放（以及對階級弱勢攸關生存的社會福利邏輯重分配）。即使欲保有親屬關係思考的優點，醫療、社福、訴訟、財產等各方面的自主登記或指定代理，亦應是可拆開、各自不一定利害、權利及義務綁定。

墮胎權、人工生殖近用權也屬於此。長期照護議題（即照護公共化）也屬於此，即違背了中華民國的社福公民權是建立在華人一新自由主義下的就業勞動、強制父系血緣宗族與扶養義務上之邏輯，王增勇（2014）將其稱作「三代同堂論述」。從醫療代理人制度、臨終安寧、乃至近用性別轉變醫療毋需強制精神評估

⁴ 《刑法》第 22 條，「業務上之正當行為，不罰。」

之可能，皆違背了我國親屬優先之邏輯。除了個別議題的零星孤立作戰（往往訴諸於行政命令層次的單一議題小解決方案、或如《病人自主權利法》的妥協版本）或訴諸以法制法（如動用警衛把來亂的家屬攆出去、家人間相互布入公堂）以外，唯有直指真正的敵人並在全面整體的層面上，方能真正處理問題及推動社會改變。

法律改變及社會倡導

那麼，可以如何採取行動（action）？健康權通常至少包括醫療自主權（包括不被迫治療及尋求治療的權利）、知情同意、獲得充足訊息、獲得充足質量之權利，以及處理醫事人員進行性徵醫療的正常化（即若非造成後遺症或重大醫療疏失，單憑失去生殖能力理應無法構成提告醫師的理由）。

我並不想成立類似「社團法人台灣性徵醫療自主推動聯盟」等以倡議法律動員為旨的團體，因為 1.我不是「專業法律人」2.急於法律動員的運動模式往往導致剛愎⁵。而是，以思考方式的議題連結，看見個別議題間涉及的整體、但又必須在個別議題直接受影響之社群的長期工作（性別主流化除了動輒以性平專家學者「挾天子以令諸侯」（王孟甯 1999）、以立法或行政部會首長強硬推行以外，必須更多溝通對話、蹲點社群及審議民主）。同時，發展有效但勢必緩慢且長期、改變親屬關係優先的社會文化倡導方案。

參考文獻

王志傑。2002。《病患自主權理論基礎之研究－兼論病患自主權對我國安寧緩和醫療條例之啟示》，國防管理學院法律研究所碩士論文。

王孟甯。1999。《婦女運動與政府體制的結合-以台北市婦女權益促進委員會為

⁵ 與美國 LGBT 運動狀況類似，以單一議題、融入正常「與大家一樣」的右翼形式平等修法操作，較易匯集雄厚政治遊說及募款資金；相反地，以交織多重弱勢位置的迫切需求出發、同時處理眾多但整體性議題的左翼運動方式，不易獲得資源與關注。

例》，政治大學社會學系碩士論文。

王增勇。2014。〈福利造家？：國家對家庭照顧實踐的規訓〉，《21 世紀的家：臺灣的家何去何從？》，黃應貴主編，群學。

張菊惠、胡幼慧、張珣。1998。〈子宮切除術前醫師告知內容之研究〉，《婦女與兩性學刊》9，頁 115-144。

陳薇真。2016。《台灣跨性別前史：醫療、風俗誌與亞際遭逢》。新北市：跨性別倡議站。

楊明惠。2009。《新移民族群社會行動模式之研究——南洋台灣姊妹會的考察》，東吳大學社會工作學系碩士班碩士論文。