最　高　行　政　法　院　判　決

113年度上字第290號

上　訴　人　張麗珠

訴訟代理人　曾國華　律師
　　吳政航　律師
被 上訴 人　衛生福利部
代　表　人　邱泰源
訴訟代理人　陳昶安　律師
　　萬哲源　律師
　　謝佳縈　律師

上列當事人間傳染病防治法事件，上訴人對於中華民國113年3月14日臺北高等行政法院111年度訴字第1166號判決，提起上訴，本院判決如下：

主　文

一、上訴駁回。

二、上訴審訴訟費用由上訴人負擔。

理　由

一、被上訴人代表人由薛瑞元變更為邱泰源，茲據新任代表人具狀聲明承受訴訟，核無不合。

二、爭訟概要：

上訴人以其配偶張許志清於民國110年8月5日接種COVID-19疫苗（Astra Zeneca，下稱AZ疫苗），翌日19時50分許高燒不退、大量嘔吐及抽搐，緊急送往輔英科技大學附設醫院（下稱輔英醫院）救治，因病情未好轉，同日23時51分許轉送財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院（下稱高醫大附設醫院）仍未好轉，於110年0月0日死亡，疑因預防接種而受害，於110年10月1日申請預防接種受害救濟。上訴人之申請案由屏東縣政府衛生局送經被上訴人之預防接種受害救濟審議小組（下稱審議小組）111年3月24日第176次會議（下稱第176次會議）審議結果，依據病歷資料記載、臨床

表現及相關檢驗結果等研判，張許志清接種疫苗後隔日出現高燒、嘔吐及抽搐等情形，與接種AZ疫苗後可能發生血栓併血小板低下症候群之合理期間不符，胸部X光檢查報告顯示雙側肺部浸潤，血液檢驗結果顯示有感染情形。而AZ疫苗係屬非複製型腺病毒載體疫苗，並不具致病力，故張許志清死因應為感染導致敗血性休克，與接種AZ疫苗無關，依行為時（110年2月18日修正發布）預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法（下稱審議辦法）第17條第1款規定，決議不予救濟。被上訴人以111年4月11日衛授疾字第1110100505號函（下稱原處分），檢送審議小組第176次會議紀錄予社團法人國家生技醫療產業策進會，再由該會據以111年4月12日（111）國醫生技字第1110412049號函知上訴人審議結果。上訴人不服，循序提起行政訴訟，並聲明：1.訴願決定及原處分均撤銷；2.被上訴人應就上訴人110年10月1日關於接種AZ疫苗之預防接種受害救濟申請案，作成新臺幣（下同）600萬元救濟決定之行政處分。經臺北高等行政法院（下稱原審）111年度訴字第1166號判決（下稱原判決）駁回，上訴人仍未甘服，遂提起本件上訴。

三、上訴人起訴主張與被上訴人在原審之答辯均引用原判決之記載。

四、原審斟酌全辯論意旨及調查證據之結果，以：

㈠被上訴人對於預防接種受害救濟申請所為之准駁決定，係取決於審議小組對於預防接種與受害情形關聯性及給付金額之審定結果；其關聯性之存否，係由醫藥衛生、解剖病理、法學專家或社會公正人士組成之審議小組進行鑑定。又審議小組關於預防接種與受害情形關聯性之審議判斷，乃涉及高度專業性、技術性之判斷，除基於錯誤之事實，或基於與事件無關之考量，或組織是否合法、有無遵守法定程序、有無違反平等原則及一般公認價值判斷標準等，法院可審查判斷餘地外，應尊重其判斷，而採較低密度之審查基準。

㈡依張許志清病歷記載、臨床表現及相關檢驗結果等，可知其於110年8月5日接種AZ疫苗第1劑，隔日晚間出現高燒、嘔吐及抽搐等情形，經救護車送至輔英醫院急診就醫，依該院急診檢傷紀錄記載，張許志清過去病史為高血壓、糖尿病，檢傷紀錄為發燒、畏寒、無意識，胸部一般X光報告所載之臨床診斷為：「不明昏迷、伴有敗血性休克的嚴重敗血症、不明發燒以及COVID-19之接觸和（疑似）暴露（有症狀並出院時排除）、其他病毒傳染性疾病之接觸和（疑似）暴露」，報告內容為：「主動脈粥樣硬化、雙側下肺部浸潤」，血液檢驗結果顯示：「血小板計數：98x10^3/μL」（正常值150-400x10^3/μL），血小板計數偏低；另「Lactate（乳酸）：64.0 mg/dL」（正常值4.5-19.8）、「Procalcitonin（降鈣素原）：4.75 ng/mL」（正常值< 0.5）、「CRP（C反應性蛋白試驗）：8.12 mg/dL」（正常值< 0.5），以上檢驗數值均偏高，表示張許志清有感染發炎之情形。輔英醫院之出院診斷書診斷記載：「敗血性休克及意識不清」等語。張許志清於110年8月6日23時51分許入高醫大附設醫院，該院急診診斷（轉歸診斷）為：「敗血症、中樞神經系統感染、糖尿病及高血壓」，血液檢驗結果顯示：「Lactate >11.0 mmol/L」、「CRP77.70 mg/L」及PCT（即降鈣素原）為14.33 ng/mL，顯示張許志清感染發炎狀況持續惡化，堪可認定。

㈢被上訴人收受上訴人申請案後，依審議辦法第11條規定，將張許志清之病歷資料送請審議小組指定具有專科醫師身分之審議小組委員先行調查研究並作成「衛生福利部疑似預防接種受害案件鑑定書」，該2份鑑定書初步鑑定意見分別略以：「個案為……男性，據病歷記載有高血壓、糖尿病及高血脂等慢性疾病史，於門診規則追蹤治療。110年8月5日接種COVID-19疫苗（AZ）。隔天晚間出現發高燒、嘔吐及抽搐等症狀，送至醫院治療。降鈣素原（Procalcitomin）、CRP、GPT上升，胸部X光顯示主動脈動脈粥樣硬化及雙側下肺

部浸潤，腦部電腦斷層檢查顯示雙側枕葉不明確的斑塊狀低密度病變、無法排除梗塞，橋腦及雙側基底節腔隙性梗塞。於0月0日死亡。接種疫苗隔日高燒，疫苗反應不至於使發炎指數Procalcitomin和CRP明顯上升，又有肺部浸潤，應為感染導致敗血性休克所致，與疫苗無關。」、「個案……，據病歷記載有高血壓、糖尿病及高血脂等慢性疾病史，於門診規則追蹤治療110年8月5日接種COVID-19疫苗（AZ）據申請書記載110年8月6日晚間出現發高燒體溫41.7℃、嘔吐及抽搐等症狀，聯絡救護車，救護人員到達時GCS：E4V1M1，送至輔英醫院急診就醫，血液檢驗結果白血球（WBC）3,060/μL、血小板（PLT）98,000/μL腦部斷層檢查顯示雙側枕葉不明確的斑塊狀低密度病變、無法排除梗塞，橋腦及雙側基底節腔隙性梗塞、輕度皮質萎縮、腦室旁高透亮，胸部X光顯示主動脈動脈粥樣硬化及雙側下肺部浸潤，放置氣管內管，後轉院至高醫加護病房續治療。8月7日開立血液檢驗結果，血糖61mg/dL、白血球（WBC）12,500/μL、血小板（PLT）109,000/μL，GOT1057U/L、GPT491U/L、CRP77.7mg/L，病況不穩定，辦理病危自動出院，診斷證明書載明為呼吸衰竭、休克、疑似腦梗塞。AZ疫苗注射後1日發生高燒、嘔吐及抽搐隔日死亡，血小板有些微降低，腦部疑有腦梗塞，臨床上為明顯敗血症，引起敗血性休克。依時序上及檢驗數據均不符合TTS初步鑑與AZ疫苗注射之不良反應無關，無救濟金。」等語，鑑定結果均為：衡酌醫學常理且經綜合研判不支持受害情形與預防接種之關聯性。

㈣審議小組召開第176次會議，由其中21名委員出席審議結果，認張許志清死因應為感染導致敗血性休克，並認定個案症狀與接種COVID-19疫苗（AZ）無關，係由依法組織之審議小組，衡酌張許志清之各種狀況，參酌就醫臨床病歷、檢驗報告、治療及其病程發展、個案過往病史以及可能相關之疫苗特性等，就學術專業、文獻報告及臨床經驗充分探討受害事實與預防接種間之關聯性所為之醫療專業判斷，查無顯然

基於錯誤之事實認定，或基於與事件無關之考量，亦無組織不合法、未遵守法定程序、違反平等原則及一般公認價值判斷標準等情事，並無違誤。是被上訴人依據上述審議小組決議，作成原處分，於法自無不合。

㈤血栓併血小板低下症候群（TTS）臨床指引略以：在施打AZ以腺病毒載體設計之COVID-19疫苗後，數位病例發生罕見部位之靜脈血栓，同時合併血小板低下，部分病患因而死亡，其發生率依歐盟及美國衛生主管機關公布之統計資料，約百萬分之十，似乎於中年女性族群比例較高，發生時間集中於注射AZ疫苗後5至20日內，除血小板低下外，常合併罕見部位靜脈血栓，如腦靜脈竇血栓或腹內靜脈血栓，但亦有發生肺栓塞或動脈血栓之報告。而施打COVID-19 AZ疫苗後4-28天內，開始發生以下症狀之一：1.嚴重持續性頭痛、視力改變或癲癇……等症狀，初步檢查得透過依症狀安排影像學檢查，以確認是否有血栓發生，及血液檢查確認是否有血小板低下（血小板計數低於150K/μL），若以上兩者皆符合，得再依血液凝固檢驗：PT、aPTT、d-dimer（常見嚴重上升）、fibrinogen（常見嚴重下降）等方式檢驗確認。而大部分醫學文獻亦均認為接種COVID-19疫苗所致之血栓併血小板症候群，出現症狀之合理反應期間為接種疫苗後5至30天。張許志清於110年8月5日接種AZ疫苗，翌日即8月6日晚間發生高燒不退、大量嘔吐及抽搐之情形，緊急送醫檢測出疑似腦梗塞，顯非在血栓併血小板低下症候群之合理反應期間內，被上訴人據此認定張許志清所生之「疑似腦梗塞」結果，並非其接種AZ疫苗所致，難謂無據。

㈥依張許志清之血液檢驗結果，其血小板減少、PT和aPTT時間延長、血纖維蛋白原下降、D-Dimer上升，肝臟功能異常，併同出現血栓（腦梗塞），以上症狀與瀰漫性血管內凝血（DIC）典型症狀相符，高醫大附設醫院之出院診斷亦包含DIC。由於AZ疫苗係屬非複製型腺病毒載體疫苗，並不具致病力，亦不會引發感染症，因而被上訴人據此認定縱張許志清

有腦梗塞，其亦可能係其本身感染引起DIC，造成血小板凝結（並進而造成血小板低下）所致，即非無據。

㈦至上訴人聲請原審擇一送交國立臺灣大學醫學院附設醫院、國立成功大學醫學院附設醫院或高醫大附設醫院進行鑑定一事，依審議辦法第9條規定，預防接種受害原因之鑑定係被上訴人審議小組之任務，被上訴人審議小組既已就張許志清死亡與施打AZ疫苗之關聯性為鑑定，即無再送上開3家醫院鑑定之必要等語，判決駁回上訴人在原審之訴。

五、本院經核原判決駁回上訴人在原審之訴，並無違誤，茲就上訴意旨補充論述如下：

㈠傳染病防治法第2條規定：「本法主管機關：在中央為衛生福利部……。」第30條第1、2、4項規定：「（第1項）因預防接種而受害者，得請求救濟補償。（第2項）前項請求權，自請求權人知有受害情事日起，因2年間不行使而消滅；自受害發生日起，逾5年者亦同。……（第4項）前項徵收之金額、繳交期限、免徵範圍與預防接種受害救濟之資格、給付種類、金額、審議方式、程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。」鑒於各種傳染病之發生、傳染及蔓延，危害人民生命與身體之健康，國家自應採行適當之防治措施以為因應，因而制定傳染病防治法（傳染病防治法第1條參照）。中央主管機關依傳染病防治法第5條第1項、第27條規定，設置疫苗基金以採購疫苗並辦理兒童、國民之疫苗預防接種工作，乃為有效防治傳染病。蓋接種疫苗可提高人體對特定疾病之免疫力，推動多數民眾接種疫苗，可達到群體免疫之效果，進而阻絕傳染病之發生、傳染及蔓延，達成維護國民健康、增進公共衛生之公共利益。惟疫苗之接種並非毫無風險，現今科技仍難以排除疫苗對人體可能引發難以預期之不良反應，則人民因配合國家為上述公共利益而推行之預防接種政策，施打政府核准之疫苗，致發生生命、身體或健康之損害，已逾越一般人應忍受之程度，形成其個人之特別犧牲者，基於憲法對人民生命權、健康權平等保障之

意旨，自應給予合理之補償。故傳染病防治法於88年增訂第18條，而於93年1月20日修正公布移列為現行第30條，該條第1、4項規定：「（第1項）因預防接種而受害者，得請求救濟補償。……（第4項）前項徵收之金額、繳交期限、免徵範圍與預防接種受害救濟之資格、給付種類、金額、審議方式、程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。」即在落實憲法上述意旨，賦予因接種預防傳染病之疫苗而蒙受特別犧牲者，得據以請求損失補償之權利，以資救濟。

㈡被上訴人依前揭第4項條文授權而訂定之審議辦法第2條第1項規定：「本人或母體疑因預防接種而受害者，得依本辦法之規定請求救濟。」第5條第1款規定：「預防接種受害救濟給付種類及請求權人如下：一、死亡給付：疑似受害人之法定繼承人。」第9條規定：「中央主管機關為辦理預防接種受害救濟之審議，應設預防接種受害救濟審議小組（以下簡稱審議小組），其任務如下：一、預防接種受害救濟申請案之審議。二、預防接種與受害情形關聯性之鑑定。三、預防接種受害救濟給付金額之審定。四、其他與預防接種受害救濟之相關事項。」第10條第1、2項規定：「（第1項）審議小組置委員19人至25人；委員由中央主管機關就醫藥衛生、解剖病理、法學專家或社會公正人士聘兼之，並指定1人為召集人。（第2項）前項法學專家、社會公正人士人數，合計不得少於3分之1；委員之單一性別人數不得少於3分之1。」第11條規定：「審議小組審議預防接種受害救濟案時，得指定委員或委託有關機關、學術機構先行調查研究；必要時，並得邀請有關機關或學者專家參與鑑定或列席諮詢。」第13條規定：「（第1項）審議小組鑑定預防接種與受害情形關聯性之分類如下：一、無關：有下列情形之一者，鑑定結果為無關：㈠臨床檢查或實驗室檢驗結果，證實受害情形係由預防接種以外其他原因所致。㈡醫學實證證實為無關聯性或醫學實證未支持其關聯性。㈢醫學實證支持其

關聯性，但受害情形非發生於預防接種後之合理期間內。㈣衡酌醫學常理且經綜合研判不支持受害情形與預防接種之關聯性。二、相關：符合下列情形者，鑑定結果為相關：㈠醫學實證、臨床檢查或實驗室檢驗結果，支持預防接種與受害情形之關聯性。㈡受害情形發生於預防接種後之合理期間內。㈢經綜合研判具有相當關聯性。三、無法確定：無前2款情形，經綜合研判後，仍無法確定其關聯性。（第2項）前項醫學實證，指以人口群體或致病機轉為研究基礎，發表於國內外期刊之實證文獻。（第3項）第1項綜合研判，指衡酌疑似受害人接種前後之病史、家族病史、過去接種類似疫苗後之反應、藥物使用、毒素暴露、生物學上之贊同性及其他相關因素所為之醫療專業判斷。」第17條第1款規定：「預防接種受害救濟案件，有下列各款情形之一者，不予救濟：一、發生死亡、障礙、嚴重疾病或其他不良反應與預防接種確定無關。」第18條規定：「（第1項）審議小組依救濟給付種類，審定給付金額範圍如附表。（第2項）審定給付金額，應依受害人之受害就醫過程、醫療處置、實際傷害、死亡或致身心障礙程度、與預防接種之關聯性及其他相關事項為之。……」該條附表「預防接種受害救濟給付金額範圍」規定，救濟給付種類屬死亡給付者，與預防接種相關者，給付金額範圍為50萬元至600萬元；無法確定與預防接種之關聯性者，給付金額範圍為30萬元至350萬元。

㈢參照前述審議辦法可知，關於預防接種與受害情形關聯性之鑑定及給付金額之審定，悉由被上訴人遴聘醫藥衛生、解剖病理、法學專家或社會公正人士所組成之審議小組為審議決定，不受被上訴人之指揮監督；審議小組所為預防接種與受害情形關聯性之鑑定，涉及高度科學、專業之醫藥領域知識，是基於其組織獨立性及專業性，審議小組就上開事項作成之專業鑑定，應認享有判斷餘地，除審議小組之判斷有恣意濫用或組織不合法、未遵守法定正當程序等顯然違法情

事，應依法撤銷外，行政法院原則上應予尊重，而採取較低之審查密度。

㈣經查，張許志清於110年8月5日接種AZ疫苗，翌日19時50分許高燒不退、大量嘔吐及抽搐，經送輔英醫院急診，因病情未好轉，同日23時51分許轉送高醫大附設醫院仍未好轉，於110年0月0日死亡，上訴人乃於110年10月1日申請張許志清預防接種受害救濟；被上訴人送請2位審議小組委員初步鑑定結果均為：衡酌醫學常理且經綜合研判不支持受害情形與預防接種之關聯性；嗣經被上訴人審議小組第176次會議審議結果，依病歷記載、臨床表現及相關檢驗結果等研判，張許志清接種疫苗隔日出現發高燒、嘔吐及抽搐等症狀，與接種COVID-19疫苗（AZ）後可能發生血栓併血小板低下症候群之合理期間不符，胸部X光檢查報告顯示雙側肺部浸潤，血液檢驗結果顯示有感染情形，而AZ疫苗係屬非複製型腺病毒載體疫苗，並不具致病力，張許志清死因應為感染導致敗血性休克，與接種AZ疫苗無關，依審議辦法第17條第1款規定，決議不予救濟等情，為原審依職權所確定之事實，經核與卷證資料相符。

㈤原判決依調查證據之辯論結果，論明：1.依張許志清病歷記載、臨床表現及相關檢驗結果等，可知其於110年8月5日接種AZ疫苗第1劑，隔日晚間出現高燒、嘔吐及抽搐等情形，經送至輔英醫院急診就醫，輔英醫院之出院診斷書診斷記載：「敗血性休克及意識不清」等語；張許志清於110年8月6日23時51分許轉診至高醫大附設醫院，該院急診診斷為：「敗血症、中樞神經系統感染、糖尿病及高血壓」，血液檢驗結果顯示：「Lactate >11.0 mmol/L」、「CRP77.70 mg/L」及PCT（即降鈣素原）為14.33 ng/mL，顯示張許志清感染發炎狀況持續惡化。2.被上訴人依審議辦法第11條規定，將張許志清之病歷資料送請2位審議小組委員初步鑑定結果均為：衡酌醫學常理且經綜合研判不支持受害情形與預防接種之關聯性。3.審議小組召開第176次會議，由其中21名委

員出席審議結果，認張許志清死因應為感染導致敗血性休克，並認定個案症狀與接種AZ疫苗無關，係由依法組織之審議小組，衡酌張許志清之各種狀況，參酌就醫臨床病歷、檢驗報告、治療及其病程發展、個案過往病史以及可能相關之疫苗特性等，就學術專業、文獻報告及臨床經驗充分探討受害事實與預防接種間之關聯性所為之醫療專業判斷，查無基於錯誤之事實認定，或基於與事件無關之考量，亦無組織不合法、未遵守法定程序、違反平等原則及一般公認價值判斷標準等情事，是被上訴人依據上述審議小組決議，作成原處分，於法自無不合等語，而駁回上訴人之訴，經核並無違反論理法則、經驗法則或證據法則之情事，亦無理由矛盾或理由不備之情形。上訴意旨主張：被上訴人提出之初步鑑定報告、審議結果等證據，然均不足以作為張許志清預防接種AZ疫苗與受害死亡情形為「無關」之證明，被上訴人本身即為預防接種受害救濟基金之管理者，為減少救濟基金之發放，始會如歷次審議結果給予救濟之個案均為少數，故就本案所涉之審議結果而言，僅為被上訴人內部單位之審議小組所為決定，且有所偏頗等語，純屬主觀臆測之詞，並不可採。

㈥觀諸審議小組2份鑑定書分別記載：「……據病歷記載有高血壓、糖尿病及高血脂等慢性疾病史，……降鈣素原（Procalcitomin）、CRP、GPT上升，胸部X光顯示主動脈動脈粥樣硬化及雙側下肺部浸潤，腦部電腦斷層檢查顯示雙側枕葉不明確的斑塊狀低密度病變、無法排除梗塞，橋腦及雙側基底節腔隙性梗塞。於0月0日死亡。接種疫苗隔日高燒，疫苗反應不至於使發炎指數Procalcitomin和CRP明顯上升，又有肺部浸潤，應為感染導致敗血性休克所致，與疫苗無關。」、「……，血液檢驗結果白血球（WBC）3,060/μL、血小板（PLT）98,000/μL腦部斷層檢查顯示雙側枕葉不明確的斑塊狀低密度病變、無法排除梗塞，橋腦及雙側基底節腔隙性梗塞、輕度皮質萎縮、腦室旁高透亮，胸部X光顯示主動脈動脈粥樣硬化及雙側下肺部浸潤，……8月7日開立血液檢驗

結果，血糖61mg/dL、白血球（WBC）12,500/μL、血小板（PLT）109,000/μL，GOT1057U/L、GPT491U/L、CRP77.7mg/L，……診斷證明書載明為呼吸衰竭、休克、疑似腦梗塞。AZ疫苗注射後1日發生高燒、嘔吐及抽搐隔日死亡，血小板有些微降低，腦部疑有腦梗塞，臨床上為明顯敗血症，引起敗血性休克。依時序上及檢驗數據均不符合TTS初步鑑與AZ疫苗注射之不良反應無關，無救濟金。」等語，及審議小組第176次會議審議結果為：「依據病歷記載、臨床表現及相關檢驗結果等研判，個案接種疫苗隔日出現發高燒、嘔吐及抽搐等症狀，與接種COVID-19疫苗（AZ）後可能發生血栓併血小板低下症候群之合理期間不符，胸部X光檢查報告顯示雙側肺部浸潤，血液檢驗結果顯示有感染情形，而COVID-19疫苗（AZ）係屬非複製型腺病毒載體疫苗，並不具致病力。綜上所述，個案死因應為感染導致敗血性休克，與接種COVID-19疫苗（AZ）無關，依據預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第17條第1款規定，不予救濟。」等語，可知初步鑑定及審議小組係基於張許志清有感染、敗血症、疑似腦梗塞等相關病歷資料，經綜合研判不支持受害情形與預防接種之關聯性（審議辦法第13條第1項第1款第4目）。上訴意旨主張：初步鑑定及審議小組僅以TTS合理反應期間作為排除因果關係之審議標準，且未審酌張許志清接種疫苗後1日即發生多處腦梗塞之情形等語，顯與事實不符，亦非可取。

㈦又被上訴人於原審提出之乙證8、乙證9及乙證13等醫學文獻，對於疫苗所導致之TTS合理反應期間雖略有不同，惟均一致認為TTS之合理反應期間至少為5日，被上訴人據以制訂TTS臨床指引，以5至20日為TTS之合理發生期間，並非無據。上訴意旨主張：被上訴人未就「接種AZ疫苗後多久內發生TTS為合理期間」進行研究，且未提出任何1份醫學文獻或書面資料，清楚敘明接種AZ疫苗後之5至20日為TTS之合理發生期間之定論，卻恣意制訂「5至20日為TTS之合理發生期間」為臨床指引，作為審議是否給予接種新冠肺炎疫苗之預

防接種受害救濟之依據，顯有違行政程序法第6條及第9條之規定等語，亦不可採。又本院為法律審，依行政訴訟法第254條第1項規定，原則上應以高等行政法院判決確定之事實為判決基礎，故當事人不得主張新事實或提出新證據方法資為向本院提起上訴之理由。上訴人於上訴後始提出中央通訊社113年5月2日報導網頁截圖及英國每日電訊報標題「AstraZeneca withdrawing Covid vaccine worldwide」報導網頁截圖，主張已有新證據證明TTS臨床指引所訂定之合理期間，並非可完全排除如本案極端情形之發生，經核為上訴人於原審言詞辯論終結後提出之新證據及新攻擊方法，本院無從斟酌，併予敘明。

㈧依審議辦法第9條規定，預防接種受害原因之鑑定係審議小組之任務，且審議小組已就張許志清死亡與施打AZ疫苗之關聯性進行鑑定，是原判決認無再送請其他醫院鑑定之必要，核無不合。上訴意旨主張：本件仍有事實不明，而有送交專業醫學機構鑑定之必要等語，亦無可採。至於上訴人所援引之原審110年度訴字第1560號及本院106年度判字第355號、109年度上字第1140號等判決，其事實情節均與本件有別，尚不得比附援引。

六、綜上所述，原判決駁回上訴人在原審之訴，核無違誤。上訴意旨指摘原判決違背法令，求予廢棄，為無理由，應予駁回。

七、據上論結，本件上訴為無理由。依行政訴訟法第255條第1項、第98條第1項前段，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　114　　年　　7　　月　　3　　日

最高行政法院第四庭

審判長法官　王　碧　芳

法官　王　俊　雄

法官　鍾　啟　煒

法官　林　秀　圓

法官　陳　文　燦

以　上　正　本　證　明　與　原　本　無　異

中　　華　　民　　國　　114　　年　　7　　月　　3　　日

書記官　章　舒　涵