

最 高 行 政 法 院 判 決

113年度上字第492號

上 訴 人 衛生福利部

代 表 人 石崇良

訴訟代理人 陳昶安 律師

萬哲源 律師

被 上 訴 人 萬齡之

訴訟代理人 繆璉 律師

繆忠男 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5月30日臺北高等行政法院111年度訴字第1511號判決，提起上訴，本院判決如下：

主 文

原判決廢棄，發回臺北高等行政法院高等行政訴訟庭。

理 由

一、被上訴人以其父萬炳(下稱萬君)於民國110年6月15日在○○○○○○○接種阿斯特捷利康(Astra Zeneca)COVID-19疫苗(下稱系爭疫苗)後，嗣於110年0月00日晚間因劇烈胸痛、頭痛及呼吸困難等症狀，經送高雄榮民總醫院(下稱高雄榮總)急診，於110年0月00日16時10分死亡，被上訴人於110年7月19日申請萬君預防接種受害救濟(下稱系爭申請)。經上訴人所設預防接種受害救濟審議小組(下稱審議小組)111年5月12日第179次會議(下稱第179次會議)審議結果，以該案依病歷資料記載、臨床表現及相關檢驗結果等研判，萬君接種系爭疫苗後00日因冒冷汗及胸悶情形就醫，心電圖及心導管檢查報告顯示為再次發作之急性心肌梗塞，住院0日後因急性心肌梗塞併發心臟破裂死亡。萬君接種系爭疫苗前2個月曾有急性心肌梗塞發作，心導管檢查發現3條冠狀動脈血管皆有阻塞並置放血管支架，萬君死因為其潛在疾病所致，認定個案症狀與接種系爭疫苗無關，依預防接種受害救濟基金徵收

01 及審議辦法(下稱審議辦法)第17條第1款規定，決議不予救
02 濟。上訴人於111年5月27日以衛授疾字第1110100734號函
03 (下稱原處分)檢送審議小組第179次會議紀錄予社團法人國
04 家生技醫療產業策進會(下稱生策會)，由該會於同日以(11
05 1)國醫生技字第1110527011號函(下稱111年5月27日函)通知
06 被上訴人，系爭申請案經審定不符合預防接種受害救濟之給
07 付要件。被上訴人不服，提起訴願，經行政院111年10月26
08 日院臺訴字第1110191387號訴願決定(下稱訴願決定)駁回
09 後，向臺北高等行政法院(下稱原審)提起行政訴訟，並聲
10 明：(一)訴願決定及原處分均撤銷。(二)上訴人對於被上訴人系
11 爭申請，應作成給付被上訴人新臺幣(下同)600萬元之行政
12 處分。經原審以111年度訴字第1511號判決(下稱原判決)：
13 (一)訴願決定及原處分均撤銷。(二)上訴人對於被上訴人系爭申
14 請，應依原判決之法律見解作成行政處分。(三)被上訴人其餘
15 之訴駁回。上訴人不服，遂提起本件上訴。

16 二、被上訴人起訴主張與上訴人在原審之答辯，均引用原判決之
17 記載。

18 三、原審撤銷訴願決定及原處分，並命上訴人應就系爭申請，依
19 原判決之法律見解作成行政處分，其理由：(一)原處分及生策
20 會111年5月27日函均係依據審議小組第179次會議之審議結
21 果作成，經核該次會議紀錄及111至112年審議小組委員名
22 單，尚無被上訴人所指摘專業性之疑慮。惟上訴人從未提出
23 委員出席線上會議網路連線之相關紀錄，審議小組第179次
24 會議所踐行程序之合法性，其最終鑑定結論是否確經絕大多
25 數委員實質參與討論所形成之共識決，無從供事後驗證，與
26 審議辦法第10條規定設置審議小組之立法意旨相背離，有違
27 正當法律程序。被上訴人依此指摘審議小組未依法進行合於
28 事物本質之審查及決定，洵屬有據。(二)審議小組認萬君死亡
29 之結果應係其自身潛在疾病所致，符合審議辦法第13條第1
30 項第1款所規定之情形，與接種系爭疫苗無關，核其論據無
31 非係以萬君之病歷資料記載、臨床表現及相關檢驗結果、初

步鑑定意見及社會公正人士委員建議表為憑。然實證研究顯未慮及萬君個人之身體素質及生理結構，本件初步鑑定意見對於何以確認萬君非屬接種禁忌症患者，及系爭疫苗可能出現之血栓合併血小板低下等不良反應是否為誘發萬君急性心肌梗塞原因之一，甚或因而為致死之可能危險因子，未置一詞交代，上訴人就此未予詳查，逕採納此等鑑定意見為作成原處分之依據，容有其他重要事項未予斟酌之判斷瑕疵存在。依證人即萬君之心臟科主治醫師黃偉春之證詞，亦無法排除萬君有心肌梗塞合併發生心肌炎之可能，則被上訴人有關萬君於110年6月15日施打系爭疫苗後，CK(肌酸磷化酶)值即於同年0月00日劇烈升高，係於注射疫苗後00日以內所發生，復經醫師診斷為疑似COVID-19疫苗不良事件，顯無法排除萬君發生急性心肌梗塞致死，係接種系爭疫苗所生之副作用心肌炎所致等主張，尚非全然無憑。經綜合事證研判，顯無法完全排除萬君為血栓併血小板低下症候群，或肝素引起之血小板低下症等接種禁忌症者之可能，及因接種系爭疫苗後發生不良反應為促發其急性心肌梗塞致死之危險因子之一，故至少應屬審議辦法第13條第1項第3款規定「無法確定」關聯性之情形，且此因果關係事實不明的不利益應歸由上訴人承擔。另被上訴人主張萬君係在接種系爭疫苗致血栓併血小板低下症候群出現症狀之合理反應期間內，依審議辦法第13條第1項第2款第2目規定，足認萬君之死亡與接種疫苗間之關聯性應為相關等語，惟被上訴人於原審審理中所援引之醫學文獻，無從推斷系爭疫苗接種與萬君死亡結果間具備關聯性，復未提出其他醫學實證證明符合審議辦法第13條第1項第2款規定「相關」之情形，亦無從認此主張為可採。

(三)綜上，上訴人逕推論萬君死亡結果與接種系爭疫苗無關，本件申請符合審議辦法第13條第1項第1款及第4款所規定「無關」之情形，容有判斷瑕疵存在，本件應認屬同條項第3款「無法確定」關聯性之情況。惟按審議辦法附表「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

01 付，與預防接種相關者，給付金額範圍為50萬元至600萬
02 元；無法確定與預防接種之關聯性者，給付金額範圍為30萬
03 元至350萬元。本件經綜合研判仍無法認定符合審議辦法第1
04 3條第1項第2款規定「相關」之情形，是其申請上訴人應作
05 成准予核給預防接種受害救濟金600萬元之行政處分，尚未
06 達全部有理由之程度，惟死亡給付與預防接種之關聯性為
07 「無法確定」者，給付金額範圍為30萬元至350萬元，仍涉
08 及行政機關之裁量決定，應由上訴人視個案受害情況為適法
09 裁量權之行使，爰判命上訴人應依原判決之法律見解對於被
10 上訴人作成決定，併予附帶撤銷訴願決定及原處分，至其餘
11 部分請求則不應准許等語，為其判斷之基礎。

12 四、本院查：

13 (一)傳染病防治法第2條規定：「本法主管機關：在中央為衛生
14 福利部……。」第5條第1項第1款第3目規定：「中央主管機
15 關及直轄市、縣(市)主管機關執行本法所定事項權責劃分如
16 下：一、中央主管機關：……(三)設立預防接種受害救濟基金
17 等有關事項。」第30條規定：「(第1項)因預防接種而受害
18 者，得請求救濟補償。……(第4項)前項……預防接種受害
19 救濟之資格、給付種類、金額、審議方式、程序及其他應遵
20 行事項之辦法，由中央主管機關定之。」第39條第4項規
21 定：「醫事機構、醫師、法醫師及相關機關(構)應依主管機
22 關之要求，提供傳染病病人或疑似疫苗接種後產生不良反應
23 個案之就醫紀錄、病歷、相關檢驗結果、治療情形及解剖鑑
24 定報告等資料，不得拒絕、規避或妨礙。中央主管機關為控
25 制流行疫情，得公布因傳染病或疫苗接種死亡之資料，不受
26 偵查不公開之限制。」疫苗之接種雖具公共衛生價值，然現
27 今醫學科技仍無法完全排除疫苗對人體引發難以預期不良反
28 應之風險。人民因配合國家預防接種政策，致發生生命、身
29 體或健康之損害，若已逾越一般人應忍受程度，而形成個人
30 之特別犧牲，基於憲法平等保障人民生命權、健康權之意
31 旨，國家應給予合理之補償。

(二)依傳染病防治法第30條第4項授權訂定之審議辦法第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項、第2項規定：「審議小組置委員十九人至二十五人；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，並指定一人為召集人。」「前項法學專家、社會公正人士人數，合計不得少於三分之一；委員之單一性別人數不得少於三分之一。」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：(一)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。(二)醫學實證證實為無關聯性或醫學實證未支持其關聯性。(三)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。(四)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：(一)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。(二)受害情形發生於預防接種後之合理期間內。(三)經綜合研判具有相當關聯性。三、無法確定：無前二款情形，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)第一項綜合研判，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15條規定：「審議小組置辦事人員，協助預防接種受害救濟審議相關事項，由衛生福利部疾病管制署現職人員擔任；並得視救濟審議業務需要，進用相關專業或技術人員。」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。」上訴人為辦理預防接種受害救濟之審議而依審議辦法設置審議小組，並依據審議小組對於預防接種與受害情形關聯性之鑑定及給付金額之審定結果，對於預防接種受害救濟之申請為準駁決定。基於科學不確定性及預防接種受害者所具公益犧牲特質，審議辦法將預防接種與受害情形關聯性區分為「無關」「相關」及「無法確定」3類，鑑定結果不限於「相關」者始予救濟，縱屬「無法確定」其關聯性，仍在救濟範圍；若個案經鑑定結果認預防接種與受害情形「無關」者，則不予救濟。

(三)民事訴訟法第277條規定：「當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限。」依行政訴訟法第136條規定，上開民事訴訟法關於事實真偽不明時之客觀舉證責任分配規定，於行政訴訟亦有準用。依傳染病防治法第30條第1項規定請求預防接種受害補償之請求人，原須就其權利發生要件，即其受預防接種發生生命、身體或健康之損害，且損害與預防接種間有因果關係等，負客觀舉證責任。然而，預防接種疫苗的選擇、獲得、保存、接種方式及安全評估等，均在行政機關掌控範圍，請求人係居於醫學知識及證據地位不對等之處境，且疫苗接種常係因國家為達特定公共衛生政策之目的，加以推廣、輔導，甚或強制施打，相較於個人，行政機關具有足夠之資源與能力評估疫苗施打的可能風險，並採取預防措施。再者，施打疫苗所欲追求防止疾病蔓延的公

01 益目的，其成效取決於接受疫苗之人口數，越多人接種疫
02 苗，越能避免傳染病流行，未接種疫苗的人也能間接得到保
03 護。對於受預防接種，卻因個人體質等不明原因產生無法預
04 見之損害時，如果在因果關係之認定上過於嚴苛，或在訴訟
05 之舉證責任上課加請求人過重負擔，反而不利於人民自願接
06 種疫苗。基於以上考量，應認為預防接種受害補償的請求人
07 在訴訟中係處於不平等之弱勢地位，而有民事訴訟法第277
08 條但書「依其情形顯失公平」情形，將客觀舉證責任倒置，
09 歸由行政機關負擔因果關係事實不明之不利益。審議辦法第
10 13條第1項將受預防接種及發生損害間，有無因果關係之事
11 實不明時(即不能確定有亦不能確定無因果關係)明定為仍應
12 補償，即把此項有無因果關係事實不明之不利益分配予補償
13 機關，實乃上開行政訴訟法所準用民事訴訟法第277條但書
14 「依其情形顯失公平者」，倒置客觀舉證責任分配之具體化
15 規定。

16 (四)依行政訴訟法第133條規定，法院應依職權調查原則，當事
17 人不因未為舉證，即受不利益之判決，故無主觀舉證責任。
18 雖法院依職權盡調查之能事，仍有不明時，其不利益則歸屬
19 於如無該不明狀況，即可主張特定法律效果之人，此謂客觀
20 舉證責任。然而，認定事實既為司法之功能，尤其我國行政
21 訴訟係採職權調查原則，其具體內涵包括事實審法院有促使
22 案件成熟，即促使案件達於可為實體裁判程度之義務，事實
23 審法院應依職權查明為裁判基礎之事實關係，儘可能在待證
24 事實已明下作成實體裁判。是以依客觀舉證責任分配原則為
25 裁判，必須在經當事人舉證及法院盡其調查義務後，待證事
26 實仍陷於真偽不明時(法院無法經由自由心證認定事實之真
27 偽)，始得為之，否則未盡職權調查義務。

28 (五)原判決係以：審議小組最終鑑定結論是否確經絕大多數委員
29 實質參與討論所形成之共識決，無從事後驗證，與審議辦法
30 第10條規定設置審議小組之立法意旨相背離，有違正當法律
31 程序。審議小組固認萬君死亡之結果係其自身潛在疾病所

01 致，應與接種系爭疫苗無關。然實證研究顯未慮及萬君之個
02 人身體素質及生理結構，又基於科學的不確定性與侷限性，
03 得否逕此推論萬君接種系爭疫苗後不會發生血栓、血小板低
04 下或心肌炎等不良反應，亦非無疑。經綜合事證研判，顯無
05 法完全排除萬君為血栓併血小板低下症候群，或肝素引起之
06 血小板低下症等接種禁忌症者之可能，及因接種系爭疫苗後
07 發生不良反應為促發其急性心肌梗塞致死之危險因子之一，
08 故至少應屬審議辦法第13條第1項第3款規定「無法確定」關
09 聯性之情形，且此因果關係事實不明的不利益應歸由上訴人
10 承擔等語，爰撤銷訴願決定及原處分，並命上訴人應就系爭
11 申請依原判決法律見解作成處分，固非無見。惟查：

12 1. 依審議辦法第10條規定，審議小組置委員19人至25人，委
13 員由中央主管機關就醫藥衛生、解剖病理、法學專家或社
14 會公正人士聘兼之，其法學專家、社會公正人士人數，合
15 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
16 1。關於審議小組第179次會議之委員組成，上訴人固提出
17 111-112年度審議小組委員名單及第179次會議紀錄、簽到
18 單為據。依上開記載，審議小組置有委員24人，其中女性
19 8人，法學專家、社會公正人士共有8人，其人數均未少於
20 3分之1，與上開規定並無不符。惟依該111-112年度審議
21 小組名單(原審卷1第235、236頁)說明欄第5點所載，傅令
22 嫻委員任期係自111年5月31日起至112年12月31日止，是
23 於111年5月12日召開之審議小組第179次會議，傅令嫻應
24 非委員身分。參酌該次會議紀錄所載，傅令嫻醫師係列於
25 出席專家欄，非屬審議小組委員，另於請假人員欄列有龍
26 厚伶委員，則非上開審議小組名單所記載之委員。則該次
27 會議應參加之委員是否為龍厚伶？其性別為何？何時辭
28 任？均涉及審議小組之組織是否合法之問題。原審未依職
29 權調查審議小組之組成，逕認其組織並無違法，已有判決
30 不適用法規之違誤。至原判決指摘上訴人就審議小組第17
31 9次會議之委員線上出席部分，僅提供名單乙紙，並無出

01 席線上會議網路連線之相關紀錄，會議紀錄亦無錄音檔案
02 以供事後驗證決議內容，如此審議小組最終鑑定之結論是
03 否確經絕大多數委員實質參與討論所形成之共識決，顯非
04 無疑，其審議程序有違審議辦法第10條設置審議小組廣納
05 專家共同決定之立法意旨，原處分已違反正當法律程序等
06 語。然查，審議辦法並無明文審議小組開會時需錄音並為
07 相當時間之保存，據為書面會議記錄之補強佐證，自難以
08 上訴人於原審未提出該次會議之錄音檔案，即推認該次會
09 議欠缺實質討論而有違正當法律程序。原審若認委員線上
10 參與會議討論之情形仍有不明，並非不能依職權命上訴人
11 提出其線上會議之網路紀錄或相關會議資料予以調查，原
12 判決既未詳查審議小組第179次會議各委員線上出席會議
13 參與討論之情形，逕認審議小組就系爭申請未經實質討論
14 即違法作成決議，亦有未依職權調查證據及未依證據認定
15 事實之違背法令。

- 16 2. 高雄榮總於110年0月00日所開立萬君之診斷證明書係記載
17 「1. 急性心肌梗塞併發心臟破裂。2. 心臟衰竭。3. 高血
18 壓。4. 疑似COVID-19疫苗不良事件」。同日開立之死亡證
19 明書，有關直接引起萬君死亡之疾病或傷害，係記載：
20 甲、心臟破裂。先行原因(若有引起上述死因之疾病或傷
21 害)則研判為：乙、(甲之原因)急性心肌梗塞。丙、(乙之
22 原因)疑似COVID-19疫苗不良事件。其他對於死亡有影響
23 之疾病或身體狀況(但與引起死亡之疾病或傷害無直接關
24 係者)：心臟衰竭。上訴人之審議小組則以萬君於接種疫
25 苗前2個月即曾有急性心肌梗塞發作，心導管檢查發現3條
26 冠狀動脈血管皆有阻塞並置放血管支架，接種疫苗後00日
27 因冒冷汗及胸悶情形就醫，心電圖及心導管檢查報告顯示
28 為再次發作之急性心肌梗塞，住院0日後因急性心肌梗塞
29 併發心臟破裂死亡。而認其死亡之結果應係其自身潛在疾
30 病所致，與接種系爭疫苗無關，符合審議辦法第13條第1
31 項第1款所規定「無關」之情形。審酌上開兩者之意見，

01 可知審議小組雖採納高雄榮總於萬君死亡證明書所記載直
02 接引起死亡之「心臟破裂」，及其先行原因「急性心肌梗
03 塞」，但未採納其上記載引起急性心肌梗塞之先行原因
04 「疑似COVID-19疫苗不良事件」。因萬君死亡證明書就
05 「丁、(丙之原因)」係空白，並未記載「丙、疑似COVID-
06 19疫苗不良事件」之原因，原審雖通知證人黃偉春到庭作
07 證，惟其證稱：因伊並非開立該證明書之醫師，故不清楚
08 該記載之判斷依據為何等語，仍未能獲知其事由。又原審
09 所質疑萬君可能為「血栓併血小板低下症候群」或「肝素
10 引起之血小板低下症」接種禁忌症者，或因接種系爭疫苗
11 後發生「心肌炎」不良反應，經查亦未載明於萬君之診斷
12 證明書或死亡證明書。是原審對於上開「疑似COVID-19疫
13 苗不良事件」，既認為仍有進一步究明之必要，自可函詢
14 作成上開證明書之高雄榮總，請其補充或澄清該記載之依
15 據為何？萬君是否患有「血栓併血小板低下症候群」、
16 「肝素引起之血小板低下症」或「心肌炎」？此與系爭疫
17 苗及萬君死亡之因果關係為何？若有不足，亦得依鑑定程
18 序進行調查，並予兩造陳述意見及辯論之機會，至其理由
19 是否可採，則為原審應依職權調查之事項。原審基於事實
20 審法院職權，自須盡調查義務能事，在前述事項尚未查明
21 釐清之前，其調查證據既未臻完備，即逕依客觀舉證責任
22 分配為裁判，容有判決不適用法規或適用不當、理由不備
23 之違背法令。

- 24 3. 預防接種與受害情形關聯性之判斷，涉及高度科學、專業
25 之醫藥領域知識，審議小組就上開事項作成之專業鑑定，
26 應認享有判斷餘地。審議辦法第13條第1項第3款規定鑑定
27 結果為「無法確定」者，係指「無前二款(即無關、有關)
28 情形，經綜合研判後，仍無法確定其關聯性」而言。所稱
29 「綜合判斷」，依同條第3項規定，係由審議小組衡酌疑
30 似受害人接種前後之病史、家族病史、過去接種類似疫苗
31 後之反應、藥物使用、毒素暴露、生物學上之贊同性及其

01 他相關因素所為之醫療專業判斷，核屬審議小組之判斷餘
02 地範圍，行政法院不能取代其判斷。則原判決遽以上訴人
03 未能舉證證明萬君發生死亡結果與其接種系爭疫苗無關，
04 至少應屬「無法確定」關聯性之情形，被上訴人即得請求
05 上訴人作成核給救濟金之處分，自有違誤。上訴意旨指摘
06 原審介入審議小組之判斷餘地而為認定，已有判決不適用
07 法規或適用不當之違背法令，應堪採取。

08 (六)綜上所述，原判決既有上揭違誤之處，且影響判決結果，上
09 訴論旨指摘原判決違背法令，求予廢棄，為有理由。又本件
10 係單一課予義務訴訟，上訴效力應及於原判決全部，因本件
11 事實尚有由原審調查審認之必要，本院無從自為判決。爰將
12 原判決全部廢棄，發回原審高等行政訴訟庭更為適法之裁
13 判。

14 五、據上論結，本件上訴為有理由。依行政訴訟法第256條第1
15 項、第260條第1項，判決如主文。

16 中 華 民 國 115 年 8 月 7 日
17 最高行政法院第二庭

18 審判長法官 陳 國 成
19 法官 林 秀 圓
20 法官 楊 坤 樵
21 法官 李 明 益
22 法官 高 愈 杰

23 以 上 正 本 證 明 與 原 本 無 異
24 中 華 民 國 115 年 8 月 7 日
25 書記官 章 舒 涵