

最 高 行 政 法 院 判 決

114年度上字第307號

上 訴 人 羅秋梅

法定代理人 陳建全

訴訟代理人 周碧雲 律師

被 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

陳傑明 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114年3月13日臺北高等行政法院112年度訴字第188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、爭訟概要：上訴人（經臺灣士林地方法院以112年度監宣字第402號裁定宣告為受監護宣告之人，並選定其配偶陳建全為上訴人之監護人）以其於民國110年7月27日在葫洲診所接種AstraZeneca疫苗【屬嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫苗，下稱AZ疫苗】後，發燒及肌肉痠痛3天，並於110年8月1日頭暈、頭痛後失去意識，心跳停止，至臺北市立聯合醫院中興院區（下稱中興院區）急救後，轉送國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）治療等情，認其疑因預防接種致不良反應，而於110年9月13日申請預防接種受害救濟（下稱系爭申請）。經衛生福利部預防接種受害救濟審議小組（下稱審議小組）111年7月21日第184次會議（下稱第184次會議）審認：依病歷資料記載、臨床表現及相關檢驗結果等研判，依據申請書記載，上訴人接種疫苗後5日於頭暈頭痛

01 後出現心跳停止、失去意識情形送醫，觀其接種後無過敏性
02 休克症狀。其血小板及凝血功能檢驗結果不符合血栓併血小板
03 低下症候群之臨床表現，且腦部及全身各器官影像學檢查
04 皆未發現血栓。上訴人之臨床診斷為心律不整合併心因性休
05 克及缺氧缺血性腦病變，其骨折及缺氧缺血性腦病變情形與
06 急救過程及後續併發多器官衰竭有關，故上訴人之症狀與接
07 種AZ疫苗無關等情，依預防接種受害救濟基金徵收及審議辦
08 法（下稱審議辦法）第17條第1款規定，決議不予救濟。被
09 上訴人爰以111年8月5日衛授疾字1110101032號函（下稱原
10 處分）檢送該次審議小組會議紀錄予社團法人國家生技醫療
11 產業策進會（下稱生策會）據以111年8月8日（111）國醫生
12 技字第1110808051號函通知上訴人審定結果。上訴人不服，
13 循經訴願程序遭駁回後，向臺北高等行政法院（下稱原審）
14 提起行政訴訟，並聲明：(一)訴願決定及原處分均撤銷。(二)被
15 上訴人應依系爭申請作成准予核發上訴人新臺幣600萬元之
16 行政處分。案經原審以112年度訴字第188號判決（下稱原判
17 決）駁回，上訴人仍不服，乃提起本件上訴。

18 二、上訴人起訴主張、被上訴人在原審之答辯及原判決理由，均
19 引用原判決之記載。

20 三、經核原判決駁回上訴人在原審之訴，結論尚無違誤，茲就上
21 訴意旨補充論述如下：

22 (一)傳染病防治法第2條規定：「本法主管機關：在中央為衛生
23 福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政
24 府。」第30條第1項、第3項及第4項規定：「（第1項）因預
25 防接種而受害者，得請求救濟補償。……。（第3項）中央主
26 管機關應於疫苗檢驗合格時，徵收一定金額充作預防接種受
27 害救濟基金。（第4項）前項徵收之金額、繳交期限、免徵範
28 圍與預防接種受害救濟之資格、給付種類、金額、審議方
29 式、程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定
30 之。」被上訴人據此授權所訂定發布之審議辦法第5條第2款
31 規定：「預防接種受害救濟給付種類及請求權人如下：

01 ……。二、障礙給付：疑似受害人。」第9條規定：「中央
02 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
03 害救濟審議小組（以下簡稱審議小組），其任務如下：一、
04 預防接種受害救濟申請案之審議。二、預防接種與受害情形
05 關聯性之鑑定。三、預防接種受害救濟給付金額之審定。
06 四、其他與預防接種受害救濟之相關事項。」第10條第1
07 項、第2項規定：「（第1項）審議小組置委員十九人至二十
08 五人；委員由中央主管機關就醫藥衛生、解剖病理、法學專
09 家或社會公正人士聘兼之，並指定一人為召集人。（第2
10 項）前項法學專家、社會公正人士人數，合計不得少於三分
11 之一；委員之單一性別人數不得少於三分之一。」第11條規
12 定：「審議小組審議預防接種受害救濟案時，得指定委員或
13 委託有關機關、學術機構先行調查研究；必要時，並得邀請
14 有關機關或學者專家參與鑑定或列席諮詢。」第13條第1項
15 第1款第4目、第3項規定：「審議小組鑑定預防接種與受害
16 情形關聯性之分類如下：一、無關：有下列情形之一者，鑑
17 定結果為無關：……。(四)衡酌醫學常理且經綜合研判不支持
18 受害情形與預防接種之關聯性。……。（第3項）第一項綜
19 合研判，指衡酌疑似受害人接種前後之病史、家族病史、過
20 去接種類似疫苗後之反應、藥物使用、毒素暴露、生物學上
21 之贊同性及其他相關因素所為之醫療專業判斷。」第17條第
22 1款規定：「預防接種受害救濟案件，有下列各款情形之一
23 者，不予救濟：一、發生死亡、障礙、嚴重疾病或其他不良
24 反應與預防接種確定無關。」準此，人民因配合國家推行預
25 防接種政策以期達到群體免疫之公益目的，而可能導致之生
26 命、身體或健康損害，因已逾越一般人應忍受之程度，而形
27 成個人之特別犧牲，基於憲法保障人民生命權、健康權之平
28 等意旨，國家應給予合理之補償，傳染病防治法第30條第1
29 項、第4項規定乃明文因預防接種而受害者，得請求救濟補
30 償，並就預防接種受害救濟之資格、給付種類、金額、審議
31 方式、程序等事項，授權中央主管機關即被上訴人訂定審議

01 辦法予以明確規範。被上訴人為辦理預防接種受害救濟之審
02 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
03 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
04 防接種受害救濟之申請為准駁決定，若個案經鑑定結果認預
05 防接種與受害情形「無關」者，則不予救濟。又審議小組就
06 前述關聯性所為之鑑定，涉及高度科學、專業之醫藥領域知
07 識，基於其組織獨立性及專業性，審議小組就上開事項作成
08 之專業鑑定，應認享有判斷餘地，苟其判斷非出於錯誤之事
09 實認定或資訊，亦無違反一般公認之價值判斷標準及逾越權
10 限或濫用權力等情形，行政法院審查時應予適度尊重，而採
11 取較低審查密度。

12 (二)經查，上訴人以其於110年7月27日在葫洲診所接種AZ疫苗
13 後，發燒及肌肉痠痛3天，並於110年8月1日頭暈、頭痛後失
14 去意識，心跳停止，至中興院區急救後，轉送臺大醫院治療
15 等情，認其疑因預防接種致不良反應，而提出系爭申請。案
16 經審議小組審認上訴人接種疫苗後無過敏性休克症狀，其血
17 小板及凝血功能檢驗結果不符合血栓併血小板低下症候群之
18 臨床表現，且腦部及全身各器官影像學檢查皆未發現血栓。
19 上訴人之臨床診斷為心律不整合併心因性休克及缺氧缺血性
20 腦病變，其骨折及缺氧缺血性腦病變情形與急救過程及後續
21 併發多器官衰竭有關，故上訴人之症狀與接種AZ疫苗無關等
22 情形後，被上訴人爰以原處分駁回系爭申請等事實，為原審
23 依法確定之事實，核與卷內證據相符；並論明：1.審議小組
24 參考預防接種紀錄、醫療院所診斷證明書、「慢性疾病患
25 者」接種前至少3年至申請日止全部之病歷資料、健保就醫
26 紀錄（107年7月27日至110年9月13日）等資料，已充分涵蓋
27 上訴人之病歷資料（含施打疫苗前後）、臨床表現、相關檢
28 驗結果及護理資料等，是其鑑定及判斷並非僅以接種後發生
29 症狀之時序關係為關聯性判斷之唯一依據，而是透過時序完
30 整之資料（含施打疫苗前、後）充分呈現與上訴人相關之生
31 理、病理狀況，故鑑定所憑資料之前後連貫性及完整性應可

認定之。2.依被上訴人共同編修之血栓併血小板低下症候群(TTS)臨床指引(下稱系爭臨床指引)所載診斷流程,於「臨床懷疑」階段,為施打AZ疫苗後4-28天內,開始發生嚴重持續性頭痛等症狀;於「初步檢查」階段為以影像確認是否有血栓發生、以血液檢查確認是否有血小板低下(血小板計數低於 $150,000/\mu\text{L}$);於「檢驗確認」階段為:(1)血液凝固檢驗:PT、aPTT、d-dimer(常見嚴重上升)、fibrinogen(常見嚴重下降)。(2)anti-platelet Factor 4(下稱anti-PF4)/heparin ELISA檢驗。(3)血小板活化試驗。而診斷標準則為「影像確認之血栓+血小板低下+anti-PF4/heparin抗體強陽性」。故臨床確定診斷標準應同時具備血小板低下及血栓情形,進而參考是否有凝血功能異常(aPTT、PT)、d-dimer嚴重上升等情形,方得為確定診斷。3.然上訴人發現身體不適開始治療之日(即8月1日)至9月8日之密接時間內所進行之影像檢查(含括肺部、腦部、頸部、下肢)均未發現血栓情況,顯見於整個治療過程,均未有血栓產生;又依中興院區110年8月1日病歷記載,上訴人血液檢驗結果顯示「血小板: $135,000/\mu\text{L}$ (參考值範圍: $150,000-361,000/\mu\text{L}$)、d-dimer: 32.66mg/L (參考值範圍: $<0.55\text{mg/L}$)」,其中d-dimer值雖有上升之情況,然該數值係輔助標準,除動靜脈血栓以外,於發炎感染、外傷、手術、惡性腫瘤、接受血栓溶解處置或懷孕等狀態下皆可能導致數值上升。而依臺大醫院110年8月6日胸部電腦斷層檢查顯示,上訴人有冠狀動脈輕度動脈粥樣硬化,肺部有發炎性/感染變化併急性呼吸窘迫症候群,痰液亦有培養出細菌,顯示其有肺部感染之情形,皆可能導致d-dimer數值上升之結果,故d-dimer數值縱有上升之情形,於欠缺其他要件下,仍無法認定符合TTS。4.又依急性過敏反應(Anaphylaxis)之診斷標準,係於數分鐘或數小時內發生皮膚或黏膜病徵、呼吸道系統損害等症狀。然上訴人接種疫苗後第5日始出現症狀,包含頭暈、頭痛後失去意識等,核與前開因疫苗導致過敏性休克症狀出現

之合理期間不符，可見上訴人之症狀非AZ疫苗所造成之過敏性休克。5.造成心律不整之原因眾多，心肌炎僅為其可能原因之一，無法僅以有心律不整之症狀即反推罹患心肌炎，進而判斷乃屬施打疫苗所致，仍需要審酌其他心肌炎之診斷條件。依臺大醫院病歷記載，上訴人於接種AZ疫苗前有心臟疾病、高血脂病史，且有冠狀動脈輕度動脈粥樣硬化、肺部有發炎性/感染變化併急性呼吸窘迫症候群，痰液亦有培養出細菌，顯示其有肺部感染之情形，上開病症均有可能引起心律不整，故仍須有其他數據佐證方能判斷與接種疫苗之關聯性。6.至臺大醫院醫師於病歷中記載確認上訴人符合VITT（按：即疫苗引起之血栓併血小板低下症），施予心肺復甦術後可能影響血栓，故影像檢查可能因此無法發現血栓等語。然上開病歷資料應屬審議小組進行判斷之資料之一，既經納入實質考量，對於該病歷記載內容之判斷及採認與否即屬審議小組經綜合判斷下所為之結論，尚難僅以病歷記載及個別醫生意見據作為認定關聯性之唯一依據。7.綜上，審議小組業已衡酌疑似受害人接種前後之病史、藥物使用情況、疫苗施打之機轉及系爭臨床指引所為之醫療專業判斷，且本件所調取及參考之上訴人相關病歷資料，其資料之完整性及連貫性應可認定之，其審議結果未見有何基於錯誤之事實或不完全之資訊、基於與事件無關之考量、違反平等原則、一般公認價值判斷標準、違反證據法則、經驗及論理法則之情，原處分之合法性應可認定之。上訴人聲請調查證人即郭律成、周聖傑醫師，其待證事實未被原處分理由所引用，與原處分之適法性認定無涉，故並無調查必要等語，已詳述得心證之理由，並無違反論理法則、證據法則或理由不備、理由矛盾之情事，原判決因而駁回上訴人於原審之訴，於法並無不合。上訴意旨主張臺大醫院病歷中已載明影像檢查是否發現血栓並非判斷VITT之必要，施予心肺復甦術後可能影響血栓，影像檢查可能因此無法發現血栓，且主治醫師周聖傑、郭律成均確認上訴人為VITT，故上訴人之影像檢查縱未

01 發現血栓，並不代表確實未發生血栓等語，無非以其主觀之
02 見解，就原判決已為論駁之事項，復執陳詞為爭議，並無可
03 採。至原判決所載：縱上訴人就醫之初曾接受心肺復甦術，
04 而該醫療方式雖會造成心臟及胸部強大壓力，理論上可能導
05 致血栓在物理上被衝散，或使微小血栓因此變得不明顯，然
06 因上訴人已出現到院前心跳停止（OHCA）情形，如上訴人係
07 因接種疫苗而發生TTS，進而導致其心跳停止，失去意識，
08 該血栓情況應屬十分嚴重，故於後續治療期間透過使用影像
09 學檢查應仍可於某些部位發現血栓跡象，然後續多次影像學
10 檢查皆未發現血栓或血管阻塞情形等語，無論是否可採，均
11 不影響審議小組係綜合病歷資料（含影像檢查等）、臨床表
12 現、相關檢驗結果等，就預防接種與受害情形關聯性而為研
13 判(鑑定)，不受個別醫師於病歷上所載意見之拘束，是上訴
14 人主張原判決上開論斷，顯係完全採信被上訴人之說詞，未
15 有醫學實證及數據為佐等語，尚無從為其有利之認定。

16 (三)上訴人主張審議小組第184次會議僅有6名女性委員出席，違
17 反審議辦法第10條第2項關於單一性別不得少於3分之1之規
18 定。該項規定之立法理由根本未論及只須在「設置」審議小
19 組時，單一性別不得少於3分之1，原判決之認定毫無依據等
20 語。然審議辦法第10條第2項（「前項……」）乃承同條第1
21 項規定而來，而該條第1項係規定為「審議小組置委員十九
22 人至二十五人；委員由中央主管機關就醫藥衛生、解剖病
23 理、法學專家或社會公正人士聘兼之，並指定一人為召集
24 人。」已表明審議小組應由19人至25人所組成，並由被上訴
25 人就具有一定專業背景或身分之人聘兼之，第2項規定再分
26 別就審議小組委員中具一定身分（法學專家、社會公正人
27 士）之人數、單一性別之人數佔全體委員人數之比例予以明
28 文，且參照審議辦法於110年2月18日修正該條規定之說明略
29 以：為落實消除對婦女一切形式歧視公約（CEDAW）性別平
30 等之精神及國家義務，實行任一性別比例不得低於3分之1之
31 原則，爰於第2項增訂後段，明列審議小組委員之單一性別

不得少於3分之1等語，可見不論是從法條文義或修正說明，上開性別比例均係指審議小組委員「組成」之比例，而非指審議小組於個案審議時，均應符合上開比例之規定。是原判決論明：審議辦法第10條第2項保障性別比例之核心目的在於消除歧視、保障婦女得以不受歧視參與審議小組擔任委員之權利，故透過一定比例之規定保障婦女得以參與組織之權利，且觀諸審議辦法第10條條文文義並未具體明定各次會議出席委員性別之單一性別不得少於3分之1，故「設置組成之比例」與「出席比例」乃屬二事。本件依111-112年審議小組委員名單，共置有24名委員組成審議小組，其中16名男性、8名女性委員，其所設置之委員單一性別人數未少於3分之1，其性別比例符合審議辦法第10條第1項、第2項規定等語，核與卷內證據相符，其法律見解亦無違誤。上訴人前開主張，並無足採。至原判決所稱第184次會議之參與人員包含主席在內共計20名，女性委員有6名，其參與之人數已近3分之1，而該次會議參與具有社會人士、法學專家之委員亦有7位，其餘出席委員均具有醫學專業之委員，故在法未具體明文規定參與會議之比例限制，以及第184次會議出席委員組成及比例未見有何會導致討論、議決偏頗、失公允之情況下，第184次會議組成之適法性應可認定之等語，核屬贅論。上訴人據此指摘原判決之推論倒果為因，違反論理法則等語，亦無從為其有利之認定。

(四)又上訴人主張被上訴人無法證明「線上出席委員名單及上線時間」中之委員是否確實出席、有無全程參與，原判決既認定被上訴人所提出之「線上出席委員名單及上線時間」為公文書，卻以「登入時間可能因斷線而中斷」之主觀臆測，不採信該紙公文書上所載「上線時間」之客觀事證，前後矛盾且違反證據法則，亦有判決不備理由之違法。又第184次會議之開會通知單發文日期為111年7月18日，但會議召開日期為同年月21日，除非用快捷，否則最快要隔日才能送達委員，且開會通知單附件未附個案相關資料，當日報告個案有

27個、討論個案高達43個，縱使為醫療專業人士，亦無法於短時間內閱畢上訴人病歷資料，會議紀錄僅簡要記載審議結果，顯然不足認定審議小組出席委員實質討論、參與審議，有違正當法律程序等語。然查，第184次會議審議前，被上訴人已先將個案初步鑑定書及病歷資料等相關會議資料，於會議前提交審議小組委員先行閱覽。會議資料涵蓋初步鑑定意見及就醫過程整理，包含就醫之時間、過程及症狀摘要，並註明出處，該等出處與預防接種受害救濟調查暨送件檢核表、申請書及就診病歷內容相符，各委員於開會前亦已藉由電子郵件收受相關完整資料。又第184次會議前，業經2位具醫學專業背景人員進行初步鑑定，該2位鑑定人之專業背景分別為「心臟、急診醫學、小兒科、小兒心臟、重症醫學會專科醫師、心臟學會專科醫師」及「血友病、血液疾病、凝血功能、血癌、血液專科」，而於會議時（以實體及線上混合方式進行），除審議小組委員（含感染症、神經學、婦產科、心臟科、血液疾病科、病理學科、過敏免疫科、腎臟及病理學、法學專家及社會公正人士）外，尚有6名醫師、生策會及被上訴人所屬疾病管制署（下稱疾管署）代表專家出席等情，為原審依法確定之事實，並論明：被上訴人透過會議前提供與審議案件相關之資料讓審議小組委員於會議前得藉由審閱相關書面資料輔以專業知識，加速形成關聯性之心證，並於會議時彼此取得共識而審定。而2位初步鑑定專家之醫學背景、審議會議中有多名具醫學背景之審議小組委員及出席者，均有助於本件專家意見之凝聚及作出專業判斷。故縱使資料繁多，審議小組委員應可藉由其醫學專業知識，針對與個案因果關係歷程判斷具有密切相關之關鍵數據（即生理、病理、治療、檢驗、護理等數據）及資料，於會議前加速對個案狀態形成關聯性之心證，若有疑義亦可於會議召開時，針對與判斷關聯性具重要性之數據、資料問題，透過彼此集中討論及意見凝聚做出共識。參以疾管署林○青醫師曾於原審另案之準備程序中陳稱：會議（即與本件相同之第

184次會議) 中委員有需要詢問，我們會擔任類似幕僚角色，委員認為資料不明確而需調資料，也會向我們詢問等等，應可認審議小組委員開會時係經實質參與討論，尚難僅以會議紀錄簡略而逕推論未經實質討論審議等語，已詳述得心證之理由，並與卷內證據相符，亦無違反論理法則、經驗法則或理由不備、理由矛盾之情事。再者，以遠距視訊方式召開會議(包含實體、遠距視訊之混合方式)，對於視訊端參與人員之簽到、早退、會議中途上線、離線等情形，本難與實體會議般得以及時掌握人員動向，且視訊會議往往因科技設備或連線訊號問題而出現斷線、音訊品質不佳等情形，是原判決所稱第184次會議委員上線時間雖有長或短於會議時間，然登入時間之長短可能因提前登入、技術問題(如連線中斷等)因素而異，縱登入時間與開會時間並不一致，尚難於欠缺積極證據之前提下，僅憑對登入時間長短之猜測及未全程錄影即推論該次會議未進行實質討論等語，即非無據。再參以被上訴人所提出之第184次會議線上人員出席名單，均經登載於該次會議之會議紀錄「出席人員」內，則本件在無事證證明以遠距方式參與該次會議之人員實際上並無參與會議之情況下，上訴人前開質疑「線上出席委員名單及上線時間」中之委員是否確實出席一節，即難憑信；更何況，縱使上訴人指稱第184次會議全程時間為170分鐘，然有4名委員之上線時間分別為69分鐘、42分鐘、34分鐘、28分鐘，如何能落實實質審議等語為真，然扣除該4名委員後，該次會議仍有16名委員參與，已超過全體委員(24名)之半數出席，比例達3分之2，即使相關法規並無明文審議小組之法定出席門檻，然上開比例既然至少已達作成普通決議(過半數委員出席、出席委員過半數同意)之程度，應認第184次會議仍得作成有效之決議。至原判決關於線上出席名單係屬具有公文書性質之文件一節，核屬贅論，無論是否可採，並不影響本件結論。綜上，上訴人前開主張，無非係其主觀見解及就原審認定事實之職權行使事項而為爭議，均無可採

01 (五)綜上所述，原判決駁回上訴人在原審之訴，核無違誤。上訴
02 意旨仍執前詞，指摘原判決違背法令，求予廢棄，為無理
03 由，應予駁回。

04 四、據上論結，本件上訴為無理由。依行政訴訟法第255條第1
05 項、第98條第1項前段，判決如主文。

06 中 華 民 國 115 年 5 月 21 日

07 最高行政法院第二庭

08 審判長法官 陳 國 成

09 法官 高 愈 杰

10 法官 林 秀 圓

11 法官 楊 坤 樵

12 法官 李 明 益

13 以 上 正 本 證 明 與 原 本 無 異

14 中 華 民 國 115 年 5 月 21 日

15 書記官 林 郁 芳