臺北高等行政法院判決

高等行政訴訟庭第五庭
113年度訴字第586號
115年5月28日辯論終結

原　　告　林明泉

訴訟代理人　岳世晟　律師
被　　告　衛生福利部
代　表　人　石崇良（部長）

訴訟代理人　陳昶安　律師
　　宋于眞　律師
　　萬哲源　律師

上列當事人間傳染病防治法事件，原告不服行政院中華民國113年3月20日院臺訴字第1135005362號訴願決定，提起行政訴訟，本院判決如下：

主　文

原告之訴駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、程序事項：

被告之代表人原為薛瑞元，嗣於訴訟進行中先變更代表人為邱泰源，再變更為石崇良，並經新任代表人承受訴訟（本院卷一第129頁、本院卷二第3頁），核無不合，應予准許。

二、事實概要：

原告以其父蔡水旺於民國110年9月28日接種COVID-19（BNT）疫苗（下稱BNT疫苗），110年10月9日開始反覆出現嗜睡、食慾不振之情況，清醒時一直喊腳痛，於110年10月12日突然死亡，疑因預防接種受害，於111年1月11日申請預防接種受害救濟。經衛生福利部預防接種受害救濟審議小組

（下稱接種救濟審議小組）112年10月26日第212次會議（下稱第212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，蔡水旺接種疫苗後14日死亡，觀其接種後無過敏性休克症狀；蔡水旺有高血壓、心律不整等疾病史，依據症狀發生時間及臨床表現判斷，蔡水旺死因應與其潛在心血管疾病急性發作有關，與死亡證明書所載相符，與接種BNT疫苗無關，依預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法（下稱接種救濟辦法）第17條第1款規定，於112年11月22日以衛授疾字第1120101616號函檢送接種救濟審議小組第212次會議紀錄(下稱原處分)，決議不予救濟。嗣原處分經社團法人國家生技醫療產業策進會，於同日以(112)國醫生技字第1121122018號函通知原告。原告不服，提起訴願，經訴願決定駁回，遂提起本件行政訴訟。

三、原告起訴主張及聲明：

㈠、審議程序有下列違法：

１、被告以「雲端連結」方式提供申請書、病歷及初步鑑定意見等資料，並不合法：

按電子化會議作業規範第6點第3款規定，會議資料之提供除紙本送達外，得採公文電子交換、電子郵件或電子檔案下載等方式，並未規定得以「雲端連結」作為提供方式。單從雲端連結尚難辨識有無提供或提供何種會議資料，非依前開規範方式提供之會議資料，不能認為合法。被告既採電子化會議作業規範進行實體與線上混合會議，自應依前揭規範方式提供申請書、病歷及初步鑑定意見等資料。被告主張已用雲端連結方式提供上開資料，則應舉證各委員及接種救濟審議小組已確依「雲端連結」收受上開資料，否則難認合法。

２、第212次會議之決議過程不符正當法律程序：

⑴、按司法院釋字第689號、第709號及傳染病防治法第30條第4項、接種救濟辦法第10條、第11條意旨，審議判斷有賴各專業委員實質參與程序。接種救濟辦法雖未明定最低出席人數及決議門檻，然為防止程序流於形式，應參照藥害救濟審議

委員會審議辦法（下稱「藥害救濟審議辦法」）第8點第2款「全體委員過半數出席、出席委員過半數同意」之規定，類推適用於本件審議程序。

⑵、第212次會議僅周聖傑委員現場出席，其餘均採線上出席，而多位委員之上線時間均較會議總長95分鐘為長，且均無發言紀錄，應認為「掛網」，即有登入會議而無實際參與。以此計算，本次會議實際僅有7位委員出席，不足24位全體委員之半數，自無從作成決議。又兒童心臟科醫師陳銘仁請假、心臟專家洪明銳掛網長達126分鐘，亦難認蔡水旺之死亡與施打BNT疫苗間關聯性經專家實質判斷。

⑶、被告雖提出「實質討論調查表」，然審議委員既支領出席津貼，且與被告間具有聘任利害關係，其所出具之調查表欠缺客觀證明力。原告於114年4月24日即質疑審議程序之實質性，被告於5月6日經法院曉諭舉證後，旋即於6月終止Webex帳號，並規避提供審議委員上線明細，顯屬行政訴訟法第135條第1項之「證明妨礙」，應認原告所主張「審議委員未經實質審議」之事實為真實。

３、依證人賀彥中證述，足證被告審議程序顯有重大瑕疵，實質架空法定救濟制度核心：

⑴、賀彥中證稱，因申請案件過多，後續有開「小組會議」，部分案件先由小組審查，如未達共識始轉一般審查，且每個小組均有主席及機關人員進行紀錄，可知被告為求效率，創設非法定且獨立於法定程序外之「小組審查會議」。

⑵、按接種救濟辦法第10條規定，接種救濟審議小組應由醫藥衛生、解剖病理、法學專家及社會公正人士組成，且法學專家與社會公正人士不得少於三分之一。然「小組審查會議」之組成、性別比例及專業分配均無法律授權標準，僅由「德高望重的醫師」擔任主席，足見本件關鍵判斷係由少數醫學專家於黑箱中定案，完全規避法定「三分之一法學及社會公正人士」參與之要求，使原具「社會補償」與「衡平考量」精神之制度，淪為行政機關橡皮圖章。

⑶、被告主張程序合法，卻未揭露「小組審查會議」之存在。然證人證稱小組會議均有會議通知及會議紀錄，可見該等紀錄足以反映蔡水旺案討論過程及作成「無關」結論之核心內容。被告刻意遮蔽攸關處分合法性之證據，本院自應作有利於原告之認定。

⑷、賀彥中另證稱，本件係採「共識決」，小組審查案件於進入大會前即已形成共識，會議紀錄僅記載結果而非逐字內容；又會議紀錄係於會後依會議中所記重點製作，未回看錄影，並使用預先印製之Excel表格及制式文字。然本案會議紀錄關於病歷研判內容極為詳盡，若於短短38秒且未回放錄影之情況下仍能完整補述醫學判斷，顯與常理不符，唯一合理解釋係審議理由早於會議前即依預設模板製作完成，會議現場僅係形式宣讀。被告提出之會議紀錄不足證明本案曾受實質、公平且透明之專業審理，其程序正當性顯有重大瑕疵。

㈡、原處分及訴願決定核有判斷恣意濫用判斷餘地及出於錯誤之事實認定或不完全之資訊之違法：

１、被告提出之醫學文獻於摘要即指出「心肌梗塞之病因很複雜，目前尚未完全了解」，且該文獻所參照之論文最新年份為2019年，然BNT疫苗係於2020年12月11日始經美國FDA核准緊急使用。準此，文獻均早於疫苗廣泛施打前，自無從判斷施打疫苗與心肌梗塞發生是否具關聯性，無從作為排除本案關聯性之科學依據。

２、參照司法院釋字第553號及最高行政法院109年度上字第838號判決，醫藥事故涉及高度專業，受害人對專業領域居於知識弱勢，特別仰賴專家之專業、公正判斷，涉及人民生命、健康等基本權，司法審查自應提高審查密度。然本件訴願決定及原處分係依死亡證明書之記載「急性心肌梗塞、缺血性心臟病、高血壓、心律不整」，並據以第212次會議中認定蔡水旺死因與潛在心血管疾病急性發作有關，與接種BNT疫苗無關。惟死亡證明書之目的僅在確認死亡並無「非病死」或可疑「非病死」情事，屬醫療法施行細則第49條所稱之

「行政相驗」，並非判斷是否屬預防接種受害事件。若被告以行政相驗結果作為審議依據，即應說明相驗過程曾採取何等科學步驟以排除疫苗受害可能。又第212次會議中，多件與蔡水旺類似之心臟疾病個案，均經病理解剖以判斷死亡與疫苗接種是否具關聯性，其中第128案亦係接種BNT疫苗後心肌梗塞死亡，與本案情形極為雷同。然被告未對蔡水旺進行病理解剖，即逕為認定，顯有重要事項漏未斟酌之違誤。

3、臺北榮民總醫院（下稱臺北榮總）鑑定意見之本質係彰顯醫學之不確定性，依法應屬「無法確定」：

⑴、按接種救濟辦法第13條規定，鑑定結果區分為「無關」、「相關」及「無法確定」，其中「無法確定」係指無前二款情形，經綜合研判後，仍無法確定其關聯性。

⑵、就「無關」部分：

①、接種救濟辦法第13條第1項第1款第1目要求須經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。然鑑定意見已明確指出，死者並無接受心電圖、胸部X光或血液生化檢查，且未進行遺體解剖，故死因僅係參照病患共病史之「推測」，並無科學證據得以「證實」死亡完全由其他原因所致。

②、同條款第2目要求「醫學實證證實為無關聯性或未支持其關聯性」。然鑑定意見明確表示：「在未有遺體解剖之情形下，無法確認病患死因之絕對因素，亦無法完全排除BNT疫苗接種是否導致或促發病患死亡。」既連鑑定單位均無法排除疫苗關聯性，即與「證實為無關聯性」之要件不符。

③、同條款第3目係處理「時間點不合理」之情形，然本案爭點在於疫苗與死亡間是否具有關聯性，而非發生時間之合理性，自無適用。

④、同條款第4目要求「綜合研判不支持受害情形與預防接種之關聯性」。然鑑定意見雖稱「實難將BNT疫苗接種與蔡水旺死亡直接相關聯」，惟隨即列舉缺乏解剖病理

診斷及生前科學檢驗數據等不確定因素，其結論實質上係導向「不確定」，而非「不支持」。

⑤、綜上，鑑定意見既未達「無關」或「相關」之證據程度，且已明確指出「無法確認病患死因之絕對因素」及「無法完全排除BNT疫苗接種是否導致或促發病患死亡」，本案依法即應歸屬接種救濟辦法第13條第1項第3款「無法確定」之範疇。

⑶、臺北榮總115年3月2日函之論理前後矛盾，益徵本件死因處於「無法確定」狀態：

①、臺北榮總明確表示，因本案缺乏解剖及死前檢查數據，醫學上確實無法完全排除特殊死因可能性。另坦承在未經遺體解剖下，無法確認病患死因之絕對因素，僅能參照慢性共病史進行「推測」，足見被告據以駁回救濟之死因，僅係回溯性推論，而非經科學實證後排除疫苗影響之絕對結論。

②、臺北榮總一方面承認因證據不足無法排除疫苗關聯性，另一方面卻又以證據不足為由，將「疫苗作為壓力源促發疾病惡化」定性為「揣測」，其論證顯有矛盾。

③、又第5點承認因缺乏數據，本案「無法完全排除」特殊死因；於第6點又稱「無灰色地帶一說」。既存在「無法完全排除」之可能性，在科學與法律上即屬典型之「灰色地帶」，益見其鑑定結論流於矛盾。

④、綜上，臺北榮總115年3月2日函已顯示，在缺乏解剖及關鍵臨床數據下，醫學上無法否定蔡水旺死亡與施打BNT疫苗之關聯性。依接種救濟辦法第13條第1項第3款規定，本案即應認屬「無法確定」。被告強行將此充滿矛盾之推測認定為「無關」，且參以第212次會議僅具橡皮圖章性質，據以作成之處分難認適法，應予撤銷。

㈢、聲明：1.訴願決定及原處分均撤銷。2.被告就原告111年1月21日預防接種受害救濟之申請，應作成准予核給救濟金新臺幣（下同）600萬元之行政行政處分。

四、被告答辯及聲明：

㈠、原處分係依合法組成之接種救濟審議小組，就事涉醫學專業判斷，作成蔡水旺接種BNT疫苗與其急性心肌梗塞等之受害情形關聯性為「無關」審議結果：

１、參照最高行政法院109年度判字第431號判決、本院112年度訴字第77號、110年度訴字第305號判決意旨，就涉及高度科技性醫藥領域共同作成專業判斷，應有判斷餘地之適用，除非有具體之理由可動搖該專業審查之可信度及正確性，否則應採低密度審查。

２、接種救濟審議小組由召集人等共24人組成，包括感染症、神經學、病理學、過敏免疫、心臟及血液疾病等專科醫師，以及法學專家與社會公正人士，於112年10月26日審議原告申請案件，其組成及會議召開實係植基於傳染病防治法第30條第4項之授權，並與接種救濟辦法第10條所定之法定組成方式相符。被告於接獲本件申請後，先蒐集就醫紀錄、檢查及檢驗結果等資料，並委請醫學專業委員或專家，依病歷紀錄、檢驗報告、疫苗特性及病理機轉等進行初步鑑定，再由委員提出綜合意見，作成衛生福利部疑似預防接種受害案件鑑定書，並於會議前將病歷紀錄、檢驗報告及初步鑑定意見提供接種救濟審議小組委員參酌。嗣接種救濟審議小組委員於會議中，參酌原告就醫病歷、檢驗報告、治療及病程發展、過往病史與疫苗特性，就學術專業、文獻報告及臨床經驗探討受害事實與預防接種間之關聯性，形成共識，鑑定原告受害情形與預防接種之關聯性為「無關」，其審查及審議程序均符合接種救濟辦法第11條規定。

３、接種救濟審議小組以共識決作成決議，形式上係提高認定門檻，並避免流於個別委員主觀意見，程序上更加嚴謹，於法並無不合，且共識決僅涉及決議方式，與個案是否有實質討論無涉。原告以會議時間較短，即推論未經實質審議，已背離經驗法則及論理法則，實不可採。又依最高行政法院111年度上字第10號、109年度上字第898號及110年度上字第607

號等判決意旨，合議制專業委員會之委員，本應依其專業獨立判斷，且會議前已先行閱覽資料並形成心證者，縱會議討論時間不長、會議紀錄未逐字記載討論內容，亦不得逕認未經實質審議或決議違法。本件會議前委員已先行審閱相關資料，會議時再由鑑定委員簡述案情及鑑定意見，由主席詢問有無不同意見，如委員均無異議，即以全體一致之共識決通過，以兼顧專業性與審議效率。第212次會議除接種救濟審議小組委員外，另有6名專業醫師列席參與討論，足認本件確經實質審議。又本院歷來判決亦已多次肯認，採共識決之方式係為提高決議慎重性，並不因部分案件討論時間較短，即影響程序合法性。

4、第212次會議於112年10月26日召開，112年10月23日即以紙本寄送開會通知及議程，並於112年10月25日已透過電子郵件及雲端連結提供會議資料供委員下載閱覽，符合電子化會議作業規範第6點第3項所定，會議資料得以電子郵件或電子檔案下載方式提供之規定。且被告已提出未遮掩之委員收受電子郵件及雲端資料之紀錄，足證各委員於會議前均已取得並閱覽相關資料。

5、按藥害救濟審議辦法係於112年6月15日訂定，惟接種救濟辦法係於112年12月29日進行修正，既後者於修正時間晚於前者，且修正時並未採納藥害救濟審議辦法關於審議會議決議應由過半數委員出席、出席委員過半數同意之規定，可見立法者係有意不採用相同規範，遑論接種救濟審議小組一向以全體一致同意之共識決通過決議，以兼顧鑑定審議之專業性、加速無歧見個案之決議效率。

6、另第212次會議由14名委員出席，已逾全體半數，符合接種救濟辦法規定。至原告主張部分線上委員「掛網」未實際參與，僅係依簽到時間主觀推測，未提出任何證據。會議簽到表所載時間，僅係登入系統之紀錄，可能因提前登入、延後登出或連線中斷等因素產生差異，尚不足據以推論委員未實際參與討論。依最高行政法院113年度上字第299號判決意

旨，會議是否經充分討論，與會議時間長短或委員上線時間並無必然關聯，不得僅因時間較短，即否認程序之正當性。

7、復按接種救濟辦法未明定審議會議之進行方式，故會議進行方式只要能達到凝聚專業、多元共識之目的即可。第212次會議係採實體與線上混合方式進行，且會議中除接種救濟審議小組委員外，尚有專業醫師、生策會及被告所屬疾管署代表列席協助說明資料，足認會議具有實質討論。至原告質疑洪明銳醫師未實際參與，亦僅屬臆測，且法規並未要求逐字記錄各委員發言內容，若委員已形成共識，自無須逐一記載發言過程。

8、另就第212次會議錄音部分，接種救濟辦法並未規定會議須錄音或提供錄音資料，非法定必要程式。而會議錄音性質上屬行政機關作成意思決定前之內部準備作業，依最高行政法院99年度判字第629號判決意旨，行政機關依法得不予公開。且本件會議結論及理由已記載於正式會議紀錄，並公開於疾管署網站供閱覽，是縱未保存錄音檔，亦不影響本件程序之合法性。

9、原告以Webex帳號因服務終止而無法查詢上下線時間，即推稱被告有證明妨礙云云，依行政訴訟法第135條規定，須以當事人故意滅失、隱匿或妨礙他造使用證據為前提。本件Webex帳號係因服務屆期及經費考量停止續約，技術上已無相關資料留存，並非被告故意隱匿或妨礙原告使用證據；況且第212次會議紀錄及調查表均經與會委員確認簽名，可證其真實性。依最高行政法院113年度上字第210號及100年度判字第2150號判決意旨，審議程序並無必須全程錄音、逐字記錄或保存視訊登入紀錄之法定要求，自不得僅憑原告主觀臆測，即認本件程序違法或有證明妨礙情事。

□、依證人所述，被告於審議會議前均會寄送開會通知、會議連結及個案資料供委員先行閱覽，使委員得於會議中依醫學實證、病歷資料及既有審議經驗形成專業判斷，並於有不同意見時即時提出討論，最終形成共識決。並證稱，絕無未閱覽

資料即進行審議之情形，且部分案件於正式審議會議前，尚會先由相關專業領域委員召開小組會議或進行初步鑑定，以利後續快速凝聚共識、提升審議效率。會議結束後，再由主席及委員確認會議紀錄內容後，始形成正式版本。足見本件係經委員事前審閱資料、會中實質討論及會後確認紀錄之完整程序後作成決議，原告徒以個案平均審議時間較短，即推論未經實質討論或程序草率，自屬無據。

□、於正式審議會議前，就部分案件先由特定專業領域委員召開「小組會議」，以先行交換意見、凝聚專業共識，亦與接種救濟辦法第11條所定得先行調查研究之意旨相符，非法所不許。依證述，小組審查案件若委員間未能達成共識，仍會移由正式大會進一步討論，並非如原告所稱已預設結論或拘束後續審議。且即使經小組形成初步共識，於正式審議會議中，主席仍會再次確認各委員意見及是否仍有疑義，足見小組會議僅屬前置討論程序，用以提升專業審議效率，並未剝奪正式審議程序之獨立判斷功能。

□、綜上，原處分係基於預防接種與受害結果間關聯性之醫學專業判斷，屬判斷餘地範疇，而本件無論自接種救濟審議小組之組成、會前資料提供、會議進行方式、委員參與討論、小組審查機制、會議紀錄製作及共識決形成程序觀之，均符合接種救濟辦法及歷來司法實務見解，並無原告所指程序瑕疵或違法情事。

㈡、依接種救濟辦法第13條規定之關聯性標準，綜合蔡水旺病歷資料、臨床表現、檢驗結果及醫學文獻，認定接種系爭BNT疫苗與其死亡結果關聯性為「無關」，並無認事用法違誤：

1、按接種救濟辦法第13條第1項及第3項規定，接種救濟審議小組就預防接種與受害情形之關聯性，如臨床檢查、實驗室檢驗結果、醫學實證或綜合醫學常理判斷，足認受害情形係由疫苗以外原因所致，或醫學實證未支持其關聯性，或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者，即得認定關聯性為「無關」。而所謂綜合研判，係

衡酌疑似受害人接種前後之病史、家族病史、過去接種反應、藥物使用及其他相關因素後所為之醫療專業判斷。

2、蔡水旺於接種疫苗前即患有高血壓、心律不整及心臟衰竭等心血管疾病危險因子。依醫學文獻，高血壓等本即屬心肌梗塞之主要風險因素；其死亡證明書亦記載死亡方式為自然死，死亡原因中，直接引起死亡之原因為心肌梗塞、先行原因為缺血性心臟病，與其既有病史相符，而與其接種BNT疫苗無關。

3、蔡水旺病史整理如下表：

項次	背景事實/關聯性認定之依據	證據說明	出處
1	蔡水旺接種BNT疫苗前即患有高血壓病症	病歷記載患有「高血壓」	107年11月至110年5月間王覲瑜診所病歷（原處分卷第44-48頁）
2	蔡水旺接種BNT疫苗前即有心臟衰竭、心臟節律不整症狀	⑴心電圖檢查結果顯示「心律不整」 ⑵病歷中，記載「心臟衰竭」、「心臟節律不整」	⑴110年7月5日奇美醫院心電圖檢查結果（原處分卷第267頁） ⑵110年8月8日奇美醫院病歷（原處分卷第463頁）
3	蔡水旺死亡之先行原因與高血壓相關，與接種BNT疫苗無關	⑴直接引起死亡之疾病或傷害為「急性心肌梗塞」。 ⑵「急性心肌梗塞」之先行原因為「缺血性心臟病」。 ⑶「缺血性心臟病」之罹患原因	110年10月12日杏和診所死亡證明書（原處分卷第13頁）

		包括「高血壓」。	

4、臺北榮總114年7月23日回函之結果，亦認蔡水旺死前症狀與BNT疫苗可能之嚴重併發症無明顯關聯，且依其病程及病歷資料所載之高血壓、心律不整等慢性心血管疾病判斷，蔡水旺本屬心血管疾病高風險群，其死亡原因與既有慢性疾病較具關聯性，故接種救濟審議小組綜合研判認定關聯性為「無關」，非基於錯誤事實或資訊，亦符合醫學上之論理法則及經驗法則：

⑴、臺北榮總指出，蔡水旺接種疫苗後僅有嗜睡、食慾不振、腳痛等症狀，並未出現血栓、心肌炎、血小板低下出血等疫苗相關併發症之臨床表現，又蔡水旺患有陣發性心房過速(心跳速度每分鐘82至160下)、頻繁心室期外收縮(24小時內有3174跳)、還有4次短暫心室頻派(最長4跳、心跳速度達每分鐘200下)，顯示蔡水旺具心血管疾病(血栓、心肌梗塞、心室心律不整、心衰竭住院等)之高風險。蔡水旺9月28日接種疫苗、9月30日下背痛看新樓門診、10月1日至眼科門診，惟紀錄沒有特別並患有視力模糊或失明等症狀，無法跟疫苗相關併發症如血栓造成之眼中風相關聯，蔡水旺於10月06日再因下背痛看骨科門診。故綜觀整體病患病歷紀載、疫苗接種後之症狀表現，難以將BNT疫苗接種與死亡結果直接相關聯，此與接種救濟審議小組認定關聯性為「無關」之判斷一致。

⑵、又臺北榮總雖提及因未解剖而無法「完全排除」疫苗導致或促發死亡之可能，然此僅係基於醫學上科學不確定性之一般性說明，並非表示接種救濟審議小組之判斷有誤。依接種救濟辦法第13條規定，「無法確定」係指經綜合研判後仍無法判定其關聯性，並非僅因無法百分之百排除疫苗因素，即當然應認屬「無法確定」。臺北榮總後續補充意見亦表示，「無法完全排除」係醫學上理論及判斷侷限之通說，並不代表本件存在足以推翻接種救濟審議小組判斷之醫學判斷。

５、又按臺北榮總115年3月2日回函之結果，臨床上未解剖之死亡案件，仍係依病患病史及最終臨床表徵判定死因:

⑴、蔡水旺病歷描述皆無「疫苗加速或誘發病患潛在疾病之惡化之病患徵兆」，沒有解剖無直接證據證實疫苗與死亡之因果關係，但臨床表現能提供醫師判定病患之死亡是否跟疫苗高度相關。依據蔡水旺之病歷紀載，結論為「實難將BNT疫苗接種與蔡水旺死亡直接相關，亦無臨床表徵等證據顯示疫苗是間接或促發病患死亡之因素」。

⑵、臺北榮總提及，蔡水旺於接種疫苗前已有高血壓、心律不整及心臟衰竭等病史，接種後之臨床表徵亦僅有嗜睡、食慾不振及腳痛等症狀，並非醫學文獻接種疫苗後之併發症狀，即使無連續心臟監測，實難推斷為「疫苗作為促發因子導致在疫苗接種後的數日之間加重其潛在共病病情」或可能發生的機率。」。故本件並不存在所謂「既無法證實相關、亦無法證實無關」之灰色地帶，依現有醫療證據及病歷資料，實難認BNT疫苗接種與蔡水旺死亡有關聯性。

㈢、綜上，接種救濟審議小組係綜合蔡水旺病歷資料、臨床表現、檢驗結果、既有心血管疾病風險及醫學文獻等因素綜合研判後，認定其心肌梗塞及死亡結果與接種BNT疫苗間關聯性為「無關」，其判斷符合醫學專業、論理法則及經驗法則，原處分認事用法並無違誤。

㈣、聲明：原告之訴駁回。

五、本院之判斷：

㈠、前開事實概要欄所載事實，除下列爭點外，有原告111年1月21日預防接種受害救濟申請書（原處分卷第8-9頁）、預防接種受害救濟調查暨送件檢核表(原處分卷第6-7頁)、蔡水旺死亡證明書(原處分卷第13頁)、蔡水旺病歷資料(原處分卷第32-464頁)、疑似預防接種受害案件鑑定書(原處分卷第465-467頁)、預防接種受害救濟給付法律/社會公正人士委員建議表(原處分卷第468-469頁)、社團法人國家生技醫療產業策進會112年11月22日(112)國醫生技字第1121122018號

函暨送達證書(本院卷一第121-123頁)、衛生福利部112年1月5日衛授疾字第1110101633號公告(本院卷一第125-126頁)、111-112年度預防接種受害救濟審議小組委員名單(本院卷一第243-244頁)、委員收受審查相關資料之電子郵件紀錄(本院卷一第285-287頁)、第212次會議開會通知(本院卷一第289-290頁)、接種救濟審議小組收受會議相關資料之電子郵件紀錄暨本件會議資料(本院卷一第291-295頁)、接種救濟審議小組第212次會議簽到單(本院卷一第379-383頁)、洪明銳醫師收受會議相關資料之電子郵件紀錄(本院卷一第385頁)、預防接種受害救濟審議小組第212次會議個案實質討論調查表(本院卷一第461-481頁)、臺北榮總114年7月23日北總內字第1141500675號函(本院卷一第487-491頁)、被告114年9月3日衛授疾字第1140100886號函暨114年8月21日預防接種受害救濟審議小組第251次會議會後行政業務討論紀錄(本院卷二第31-35頁)、臺北榮總115年3月2日北總心字第1150000158號函(本院卷二第173-177頁)、原處分(本院卷一第79-119頁)、訴願決定書(本院卷一第17-22頁)等在卷可證，足以認定為真實。

㈡、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。

㈢、被告依前揭第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。

㈣、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，悉由被告遴聘醫藥衛生、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，不受被告之指揮監督；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。（最高行政法院113年度上字第290號判決意旨參照）

㈤、經查，蔡水旺有高血壓、心律不整病史，110年6月因車禍至奇美醫院住院24日，於110年9月28日接種第一劑BNT疫苗，110年9月30日因下背痛與左腳痠痛等症狀至臺南新樓醫院就醫，經醫師評估為下背痛(Low back pain)與壓迫性骨折(Compression fracture)，110年10月9日開始反覆出現嗜睡、食慾不振與腳痛等症狀，於110年10月12日死亡，沒有送醫。依據杏和診所開立之死亡證明書，死亡方式：自然死，死亡原因：1.直接引起死亡之疾病或傷害：甲、急性心肌梗塞，先行原因：乙(甲之原因)、缺血性心臟病，丙(乙之原因)、高血壓，心律不整。又接種救濟審議小組所參考的資料包括蔡水旺的預防接種紀錄、醫療院所診斷證明書、接種前至少3年至申請日止全部之病歷資料與健保就醫資料，充分涵蓋蔡水旺於施打疫苗前後之病歷資料、臨床表現、相關檢驗結果及護理資料等，是其作成判斷並非僅以接種後發生症狀之時序關係為關聯性判斷之唯一依據，而是透過時序完整連貫之資料（含施打疫苗前、後）充分呈現與蔡水旺相關之生理、病理狀況。被告送請1位專家、1位接種救濟審議小組委員所提供的鑑定結果與建議均為：蔡水旺接種疫苗後14日死亡，期間並無其他過敏症狀，顯示應非過敏性休克而死亡。依據病歷，蔡水旺有高血壓、心律不整等病史，引起心因性休克死亡，與接種BNT疫苗無關。接種救濟審議小組第2

12次會議綜合上開病歷資料記載、臨床表現及相關檢驗結果等研判，蔡水旺接種疫苗後14日死亡，觀其接種後無過敏性休克症狀；蔡水旺有高血壓、心律不整等疾病史，依據症狀發生時間及臨床表現判斷，蔡水旺死因應與其潛在心血管疾病急性發作有關，與死亡證明書所載相符，與接種BNT疫苗無關，依預防接種受害救濟辦法第17條第1款規定，決議不予救濟等情，有預防接種受害救濟申請書、預防接種受害救濟調查暨送件檢核表、病歷資料、衛生福利部疑似預防接種受害案件鑑定書、預防接種受害救濟給付法律/社會公正人士委員建議表、死亡證明書及接種救濟審議小組第212次會議紀錄資料影本可參，堪信屬實。是依上開說明，被告以原處分駁回原告之申請，於法並無不合。

㈥、又本院就本件蔡水旺死亡原因與注射BNT疫苗之間有無因果關係一節函請臺北榮總提供鑑定意見略以：

１、臺北榮總114年7月23日北總內字第1141500675號函：

⑴、BNT疫苗與蔡水旺死亡之潛在關聯評估：

①、考量蔡水旺接種BNT疫苗後至發生死亡之時序及相關病史，請評估BNT疫苗接種與死亡之間，是否存在醫學文獻曾載或基於疫苗作用機轉推論之可能關聯性？（例如：疫苗引發之心肌炎、心律惡化或其他心血管不良反應）

病患死亡前症狀為嗜睡、食慾不振及腳痛，並無提及發燒、低血壓、喘、出血瘀斑等症狀，且病患死亡前並無送醫接受心電圖、胸部X光或血液生化檢查，無從依據科學數據評估病患死亡當下發炎、感染、血小板、心肺功能等情形。以死亡前的症狀表現，與BNT疫苗接種後文獻已知致死的嚴重併發症如血拴、心肌炎、血小板低下出血並無明顯關聯性。

②、在未有遺體解剖以釐清確切病理機轉之情況下，目前醫學證據是否足以明確排除BNT疫苗接種為導致或促發該病患死亡之因素之一？

在未有遺體解剖的情況下，無法確認病患死因之絕對因素，亦無法完全排除BNT疫苗接種是否導致或促發病患死亡。

⑵、綜合醫學評估：

綜合考量病患之原有疾病史（特別是心血管疾病史）、疫苗接種與症狀發生及死亡之時序、已知BNT疫苗可能之心血管系統影響，以及缺乏解剖直接證據等情況，就醫學專業角度而言，BNT疫苗接種與蔡水旺死亡結果之間的關聯程度為何？請詳述支持此評估程度之醫學理由及尚存之不確定因素。

病患年紀老邁，於死亡前3個月於奇美醫院因車禍外傷住院（110年6月21日至7月14日），當時出院診斷為左大腿撕裂傷併皮膚壞死接受皮瓣移植治療、心衰竭合併有中度左心室收縮功能異常、心室期外收縮、左心室心肌緻密化不全心肌病變（non-compaction left ventricular cardiomyopathy)。另病患長期因下背痛於診所就診治療。病患死亡前最後於奇美醫院的心臟科門診病歷紀錄提到，病患有陣發性的心房過速(心跳速度每分鐘82至160下）、頻繁的心室期外收縮（24小時內有3174跳）、還有4次的短暫心室頻脈（最長四跳心跳速達每分鐘200下），顯示病患具心血管疾病（血栓、心肌梗塞、心室心律不整、心衰竭住院等）之高風險。心臟科醫師於當次門診開立心律不整藥物（cordarone)、抗凝血劑（coumadin)、心衰竭藥物（Acertil)及安眠藥（Ativan)。病患於09月28日接種COVID-19 BNT疫苗，09月30日因下背痛看新樓門診，10月01日病患至眼科門診，紀錄沒有特別並患有視力模糊或失明等症狀，無法跟疫苗相關併發症如血栓造成之眼中風相關聯。病患於10月06日再因下背痛看骨科門診。綜觀整體病患病歷記載、疫苗接種後之症狀表現，實難將BNT疫苗接種與蔡水旺死亡直接相關聯，病患之死亡診斷應為參照病患慢性共病症之推測。其中尚存之不確定因素包含病患死亡未接受解剖而無病理診斷，以及死亡前並無就醫接受科學可判讀的心電圖、胸部X光、心臟超音波、抽血檢驗等評估是否與疫苗併發症相關。

２、臺北榮總115年3月2日北總心字第1150000158號函補充說明臺北榮總114年7月23日北總內字第1141500675號函：

⑴、在醫學上，未有遺體解剖的情況下，的確無法確認病患死因之絕對因素，病患之死亡診斷只能參照病患慢性共病症來推測。醫學上，即使病患死亡接受解剖，也無法百分之百證實死亡完全是由疫苗以外之其他原因（純粹自然死亡或是慢性共病症死亡）所造成，解剖主要能排除已知的疫苗併發症造成之死亡。

⑵、針對蔡水旺之死亡原因在客觀上是否仍存在未明或證據不足之狀態，以目前臨床醫療執業情形，未解剖之病患皆依據病患病史及最終臨床表徵作為醫師開立死亡診斷之依據，臨床上並無定義為死因未明或證據不足，唯接受解剖之病患可以更明確排除疫苗引發的特定併發症造成死亡。

⑶、本院鑑定意見，有關「促發」於醫學上之意涵，是否包含「病患雖原有慢性病，但疫苗接種作為一壓力源，加速或誘發了該潛在疾病惡化導致死亡之可能性」之疑問，該解讀高度強調因果關係，但本案所附病歷描述皆無「疫苗加速或誘發病患潛在疾病之惡化之病患徵兆」，雖無解剖斷言死亡與疫苗絕對無關，但提出疫苗作為壓力源誘發潛在疾病惡化在目前有的醫療證據下亦為揣測。

⑷、承上題，本院認為「實難將BNT疫苗接種與蔡水旺死亡直接相關」，但對於此結論是否僅只是「缺乏直接證據支持直接關聯」，而無否定疫苗可能作為「間接」或「促發」因素之可能性之疑問，以目前醫療極限，沒有解剖無直接證據證實疫苗與死亡之因果關係，但臨床表現能提供醫師判定病患之死亡是否跟疫苗高度相關。依據蔡水旺之病歷紀載，結論為「實難將BNT疫苗接種與蔡水旺死亡直接相關，亦無臨床表徵等證據顯示疫苗是間接或促發病患死亡之因素」。

⑸、有關本院「無法完全排除」是單純理論上的通說，亦或是針對本件個案「缺乏解剖、缺乏死前檢查數據」之特殊證據狀態，經綜合研判後所作出之具體個案判斷之疑問，兩者皆為

是。醫學上沒有解剖就「無法完全排除」特殊死亡病因，而根據本案病歷記載無文獻記載的疫苗併發症相關之臨床表徵，但亦無死亡前的任何醫院檢驗數據如心電圖、抽血等，綜合研判仍為無法完全排除。

⑹、面對本案病患蔡水旺「未解剖」且「無死前關鍵數據」之個案處於「既無法證實相關，亦無法證實無關之灰色地帶」之疑問，病患接種疫苗後亦有在診所就診，病歷記載為嗜睡、食慾不振、腳痛等症狀，無文獻記載的疫苗併發症相關之臨床表徵，依現有的醫療證據，實難將BNT疫苗接種與蔡水旺死亡直接相關，亦無灰色地帶一說。

⑺、針對病患在死前缺乏連續性心臟功能監測數據之情形下，醫學上是否無法確切排除疫苗作為「促發因子」導致在疫苗接種後的數日之間加重其潛在共病病情，因而導致死亡結果之疑問。病患在接種疫苗後的臨床表徵為嗜睡、食慾不振、腳痛，並無心悸、暈厥、喘等症狀，即使無連續心臟監測，實難推斷為「疫苗作為促發因子導致在疫苗接種後的數日之間加重其潛在共病病情」或可能發生的機率。

３、綜上可知，關於蔡水旺死前身體狀況、病史、注射疫苗前後之身體狀況等事實資料，臺北榮總、審議小組所委託專家出具之鑑定意見對該事實資料之理解與說明並無不同。臺北榮總的鑑定意見認為蔡水旺死亡前症狀為嗜睡、食慾不振及腳痛，並無提及發燒、低血壓、喘、出血瘀斑等症狀，與BNT疫苗接種後文獻已知致死的嚴重併發症如血拴、心肌炎、血小板低下出血並無明顯關聯性。綜觀整體病患病歷記載、疫苗接種後之症狀表現，實難將BNT疫苗接種與蔡水旺死亡直接相關聯，病患之死亡診斷應為參照病患慢性共病症之推測，實難推斷為「疫苗作為促發因子導致在疫苗接種後的數日之間加重其潛在共病病情」或可能發生的機率。是臺北榮總鑑定意見與原處分並無不同。

４、至於臺北榮總的鑑定意見雖另提及「在未有遺體解剖的情況下，無法確認病患死因之絕對因素，亦無法完全排除BNT疫

苗接種是否導致或促發病患死亡。」「無死亡前的任何醫院檢驗數據如心電圖、抽血等，綜合研判仍為無法完全排除。」，不過，鑑定意見仍同時提及「在醫學上，未有遺體解剖的情況下，的確無法確認病患死因之絕對因素，病患之死亡診斷只能參照病患慢性共病症來推測。醫學上，即使病患死亡接受解剖，也無法百分之百證實死亡完全是由疫苗以外之其他原因（純粹自然死亡或是慢性共病症死亡）所造成，解剖主要能排除已知的疫苗併發症造成之死亡。」。惟查本件已無解剖遺體之可能性，自亦無從以未解剖遺體之單一事實就推論蔡水旺的死亡原因不能排除與疫苗注射有關。又接種救濟審議小組對於臺北榮總鑑定意見於討論之後作成決議略以：「綜觀北榮回復意見內容與審議小組結論並無太大差異，亦提到個案具心血管疾病高風險因子，至於因未病理解剖無法確定絕對死因部分，本屬科學不確定性之一般說法，無法做為關聯性之依據。」，有接種救濟審議小組114年8月21日第251次會議會後行政業務討論紀錄可參（本院卷二第33-35頁），且此部分屬於接種救濟審議小組之判斷餘地範圍，接種救濟審議小組以外的其他機關或專業人士如臺北榮總或行政法院都不能取代其判斷，是原告主張本件蔡水旺死亡與疫苗接種因果關係之認定應為無法確定部分，與事證不符，並無可採。

㈦、原告主張被告向接種救濟審議小組委員以「雲端連結」之方式提供申請書、蔡水旺之病歷、初步鑑定意見等資料並不合法部分，

１、按電子化會議作業規範第1點規定：「為推動會議資料少紙化之政策，建立電子化會議之施行及管理機制，達成提升效率、節能減紙、節省公帑之行政管理目標，特訂定本規範。」第2點規定：「（第1項）本規範實施範圍為行政院及所屬各級機關(構)、學校(以下簡稱各機關)。（第2項）行政院以外之中央機關及地方政府機關召開會議時，得參照本規範辦理。」第5點規定：「電子化會議之召開得採以下單

一或混合方式進行：(一)實體會議：使用實體會議場地，進行面對面議題討論。(二)非同步線上會議：運用即時通訊、群組溝通等工具，透過網路傳遞意見，進行非同步議題討論及交流。(三)同步線上會議：1.電話會議：透過電話、網路電話、行動語音通話進行議題討論。2.視訊會議：透過網路視訊進行遠距會議。3.網路直播會議：透過網路直播進行會議並同步播放會議實況，及進行議題線上互動交流。」第6條規定：「電子化會議準備階段：(一)各機關應視與會人數、與會人員所在地、電子化設備、討論議題等決定會議進行方式。(二)會議之通知，得採公文電子交換、電子郵件、行動訊息等方式。(三)會議資料之提供，得採公文電子交換、電子郵件或電子檔案下載等方式。……」。可知關於會議資料之提供，可依需求採取公文電子交換、電子郵件或電子檔案下載等方式，且得依科技設備之演進而彈性運用。

2、查被告在第212次會議前之112年10月25日，以電子郵件將第212次會議的Webex會議連結、會議資料連結等資訊提供給接種救濟審議小組委員及相關與會人員，接種救濟審議小組委員即可透過該連結檢視包括醫學專家初步鑑定書、法律/社會公正人士委員初步建議書在內之會議資料與下載等情，有電子郵件、相關會議資料可憑（本院卷一第291-295、385頁），核與電子化會議作業規範第6點相符，並無違法，是原告上開主張與事實不符，並無可採。

㈧、原告又主張第212次會議僅周聖傑委員於實體現場出席，其餘委員則採線上出席，其中吳榮達委員出席時間為119分、林欣柔委員出席時間為115分、楊文理委員出席時間147分鐘、賴瓊如委員123分鐘、陳志榮委員115分鐘、黃鈺生委員124分鐘，於線上時間明顯超過會議時間之95分鐘(下午2時至3時35分鐘)，且於會議中均無發言紀錄，應無實際參與而僅掛網，是本次會議實際上僅有李禮仲、洪焜隆、陳錫洲、黃富源、張濱璿、周聖傑、黃秀芬、蘇錦霞等7位委員出席，不足24位全體委員之半數，自無從作成決議。且與會之

專家即兒童心臟科醫師陳銘仁請假、心臟專家洪明銳掛網長達126分鐘，亦難認蔡水旺之死亡與施打BNT疫苗有經上開專家實質判斷其關聯性，接種救濟審議小組第212次會議之決議過程難認符合正當法律程序部分。經查，審議小組第212次會議24名委員，請假委員計9名：呂俊毅、紀鑫、張淑卿、陳宜雍、陳銘仁、傅令嫻、黃立民、楊秀儀、趙啟超，實體出席委員計2名：邱南昌、周聖傑，線上出席委員計13名：吳榮達、李禮仲、林欣柔、洪焜隆、張濱璿、陳志榮、陳錫洲、黃秀芬、黃富源、黃鈺生、楊文理、賴瓊如、蘇錦霞，故出席委員人數總計為15人，係採取實體會議與線上會議併行之方式，接種救濟審議小組委員並出具第212次會議個案實質討論調查表，表明其等有以線上或實體出席方式參與此次會議，於會議前收到當次會議資料，蔡水旺案業經實質討論並審定其關聯性等情，有簽到單、線上出席時間統計表、調查表可參（本院卷一第379-383、461-481頁），經核並無違法，又委員線上出席時間超過會議時間，以及有無發言紀錄，都不能因此證明該委員就沒有實質參與會議討論作成決議，進而不予計入出席人數，是原告上開主張與事實不符，且係其單方面於法不合之見解，尚無可採。

㈨、原告另主張依會議紀錄製作人證人賀彥中之證述可知，接種救濟審議小組另行創設小組審查會議，實質架空法定救濟制度核心，會議紀錄應係會議前即完成，而每案僅短暫時間即審議完成就是空洞化的結果部分。經查接種救濟審議小組第212次會議紀錄，已詳載會議時間、地點、主席、出席人員、出席專家、請假人員、列席單位及人員及蔡水旺案之審議結論與理由，核與會議規範關於會議紀錄之法定程式相符，是接種救濟審議小組之組成合法且已踐行法定審議程序。此外，傳染病防治法第30條及審議辦法，並未強制規定受害救濟審議會議須全程錄音或製作逐字稿，而依證人賀彥中證稱會議中先記錄重點，結束後才製作完整會議紀錄，給每位委員及主席看過確認正確無誤後才形成最後的版本等

語，有本院114年12月9日準備程序筆錄可憑（本院卷二第111-126頁），亦可知會議紀錄之製作於法並無不符。又參照證人賀彥中另證稱由於申請案件太多審查不完而招致民怨，接種救濟審議小組於是先委請教授或醫師提供初步鑑定結果，再提交到接種救濟審議小組會議，但已忘記蔡水旺案是否有先經過小組審查會議或是直接進入接種救濟審議小組會議的審議等情，亦可知小組審查會議並未取代接種救濟審議小組之審議功能，況且依接種救濟辦法第11條規定，接種救濟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，是接種救濟審議小組本得依據此規定指定委員先行調查研究、參與鑑定，且並無禁止以小組審查會議之方式為之，至於蔡水旺案無論是否經過小組審查會議，最終皆已經過接種救濟審議小組之實質審查而作成決定，已如前述，則原告此部分主張亦乏依據而無可採。

六、綜上所述，原告所訴各節，均無可採，原告請求本院判決命被告就原告111年1月21日預防接種受害救濟之申請，應作成准予核給救濟金600萬元之行政行政處分，為無理由，應予駁回。又原處分否准原告之申請，尚無違誤，訴願決定遞予維持，亦無不合。原告附帶請求本院予以撤銷，亦為無理由，均應予駁回。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及訴訟資料，經本院詳加審究，核與本件判決結果不生影響，爰不一一論駁，併予敘明。

八、結論：原告之訴為無理由。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　6　　月　　18　　日

審判長法　官　洪慕芳

法　官　周泰德

法　官　郭銘禮

一、上為正本係照原本作成。

二、如不服本判決，應於送達後20日內，向本院高等行政訴訟庭提出上訴狀，其未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內補提理由書；如於本判決宣示或公告後送達前提起上訴者，應於判決送達後20日內補提上訴理由書（均須按他造人數附繕本）。

三、上訴未表明上訴理由且未於前述20日內補提上訴理由書者，逕以裁定駁回。

四、上訴時應委任律師為訴訟代理人，並提出委任書（行政訴訟法第49條之1第1項第3款）。但符合下列情形者，得例外不委任律師為訴訟代理人（同條第3項、第4項）。

得不委任律師為訴訟代理人之情形	所　需　要　件
㈠符合右列情形之一者，得不委任律師為訴訟代理人	1.上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備法官、檢察官、律師資格或為教育部審定合格之大學或獨立學院公法學教授、副教授者。 2.稅務行政事件，上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備會計師資格者。 3.專利行政事件，上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備專利師資格或依法得為專利代理人者。
㈡非律師具有右列情形之一，經最高行政法院認為適當者，亦得為上訴審訴訟代理人	1.上訴人之配偶、三親等內之血親、二親等內之姻親具備律師資格者。 2.稅務行政事件，具備會計師資格者。 3.專利行政事件，具備專利師資格或依法得為專利代理人者。 4.上訴人為公法人、中央或地方機關、公法上之非法人團體時，其所屬專任

	人員辦理法制、法務、訴願業務或與訴訟事件相關業務者。
是否符合㈠、㈡之情形，而得為強制律師代理之例外，上訴人應於提起上訴或委任時釋明之，並提出㈡所示關係之釋明文書影本及委任書。	

中　　華　　民　　國　　115　　年　　6　　月　　18　　日

書記官　楊喻涵