臺北高等行政法院判決

高等行政訴訟庭第三庭
113年度訴字第802號
114年9月25日辯論終結

原　　告　陳駱綉華

原　　告　陳秉源

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
　　萬哲源　律師
　　高偉傑　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5月9日院臺訴字第1135008452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

甲、程序部分：

壹、本件被告代表人原為邱泰源，訴訟進行中變更為石崇良，茲據被告新任代表人具狀聲明承受訴訟（見本院卷二第239至240頁），核無不合，應予准許。

貳、按「訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴。但經被告同意或行政法院認為適當者，不在此限。」「有下列情形之一者，訴之變更或追加，應予准許：一、訴訟標的對於數人必須合一確定，追加其原非當事人之人為當事人。……」行政訴訟法第111條第1項、第3項定有明文。經查，本件原

告起訴時原告為陳駱綉華，嗣於民國（下同）114年4月9日（本院文收日）具狀陳報追加原告陳秉源（見本院卷一第479頁），原告雖有追加，惟其請求之基礎不變，故其此部分訴之追加應予准許。

參、原告陳秉源受合法通知，無正當理由未於言詞辯論期日到場，核無民事訴訟法第386條各款所列情形，爰依行政訴訟法第218條準用民事訴訟法第385條第1項前段之規定，由被告聲請而為一造辯論判決。

乙、實體事項：

壹、事實概要：

原告以其子陳鎰祥（下稱陳君）於110年12月10日接種COVID-19疫苗（BNT，下稱系爭疫苗），陳君與家人說胸口悶、呼吸有些不順暢，略微休息後會較緩解；陸續發生數次；嗣111年1月4日起床後再度發生，但休息不見好轉，當日至臺北市立聯合醫院和平院區（下稱和平醫院）急診，與醫護人員說明有胸口悶及喘之症狀，並懷疑係打疫苗所造成；其後安排X光、抽血、吸入性之氧氣治療1小時後，醫護人員稱抽血報告異常需進一步做檢查，但陳君於換衣服途中發生喘不過氣之緊急狀況，立即由醫護人員插管急救半小時，惟仍心跳停止、急救無效死亡，疑因預防接種受害，於111年3月8日申請預防接種受害救濟。經被告所屬預防接種受害救濟審議小組（下稱審議小組）112年12月21日第216次會議（下稱第216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，陳君接種疫苗後約1個月因胸悶、呼吸不順就醫後死亡，觀其接種後無過敏性休克症狀；依據病狀發生時間及臨床表現研判，陳君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，與接種系爭疫苗無關，依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。被告於113年1月23日以衛授疾字第0000000000號函（下稱原處分）檢送審議小組第216次會議紀錄予社團法人國家生技醫療產業策進會

（下稱生策會），由該會據於同日以（113）國醫生技字第0000000000號函通知原告審定結果。原告不服，提起訴願，業經行政院113年5月9日院臺訴字第0000000000號訴願決定（下稱訴願決定）駁回，原告仍不服，遂提起本件行政訴訟。

貳、本件原告主張：

一、受害救濟申請案之舉證責任係由行政機負擔，被告無法證明陳君死亡係由接種系爭疫苗以外其他原因所致，依法應予以救濟：

（一）查預防接種疫苗的選擇、獲得、保存、接種方式及安全評估等，均在行政機關的掌控範圍，請求人係居於醫學知識及證據地位不對等的處境，應認為預防接種受害補償的請求人在訴訟中係處於不平等的弱勢地位，而有民事訴訟法第277條但書「依其情形顯失公平」的情形，將客觀舉證責任倒置，歸由行政機關負擔因果關係事實不明的不利益。審議辦法第13條第1項本於傳染病防治法第30條第1項規範意旨，將受預防接種及發生損害間，有無因果關係之事實不明時（即不能確定有亦不能確定無因果關係），規定仍應補償，即把此項有無因果關係事實不明之不利益分配予補償機關，實乃行政訴訟法第136條所準用之民事訴訟法第277條但書，倒置客觀舉證責任分配之具體化法令規定。因此，被告未審酌前開舉證責任之分配，即認陳君死亡與接種系爭疫苗間無關，而做成不予救濟之決定，顯非有當。

（二）被告於立法院第10屆第4會期社會福利及衛生環境委員會公聽會提出之「現行預防接種受害救濟制度如何因應COVID-19疫苗之不良反應案件數劇增（書面報告）」第貳點之「二、民眾申請程序簡便，不負舉證責任：」項下已公開表明「依據預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法（下稱審議辦法）第6條規定……。是以受害救濟申請案之舉證責任係由行政機關負擔。」。基此，被告應落實對外宣稱

之「民眾不負舉證責任」、「舉證責任係由行政機關負擔」。

（三）陳君配合政府政策，接種系爭疫苗，於接種第2劑後旋即發生胸悶呼吸困難，嗣後更因而身亡，陳君接種疫苗前，無任何不適情形，其係在身體健康狀況良好的情況下接種，而於症狀發生前，除接種系爭疫苗外，並無任何異於平日作息之行為，且系爭疫苗接種與症狀發生之時間緊密相連，應合理認定陳君死亡與疫苗間具高度關聯性。被告始終無法提出相關事證以證明陳君身故係因其自身疾病所致，無法排除系爭疫苗所致之可能性，基於舉證責任係由行政機關負擔，被告自應予以原告合理之救濟補償。

二、本件涉及陳君之生存權，低密度審查是否一合理，非無疑義，又縱採低密度審查，亦非不得審查：本件涉及陳君之生存權，依司法院釋字第553號解釋意旨，屬應採較高審查密度之事件。有關接種疫苗致生死亡結果之爭議，即使未採較高之審查密度，至少應參照司法院釋字第689號解釋意旨，保障人民憲法上正當法律程序，使人民權利受侵害或限制時，有獲得救濟之機會。又法院即便是採較低密度審查，亦非全然不得或無須審查。例如行政機關的判斷，是否出於錯誤之事實認定或不完全的資訊；法律概念涉及事實關係時，其涵攝有無明顯錯誤；對法律概念的解釋有無明顯違背解釋法則或牴觸既存的上位規範；行政機關的判斷，是否有違一般公認的價值判斷標準，或出於與事物無關之考量，或違反相關法治國家應遵守之原理原則等，法院皆得依法審查（本院111年度訴字第882號判決參照）。被告之判斷，有明顯恣意濫用之情形，法院自得加以審查。

三、審議小組並未依法進行合於實務本質之之審查及決定：

（一）審議小組委員中，具醫療背景之委員，其專業多數為小兒科（小兒感染、小兒神經、小兒過敏免疫、兒童心臟、小兒腎臟）及婦產科（婦科、產科、婦科病理）；其中並無

疫苗專家，與本案爭議所涉專業領域相關之委員比例偏低。

（二）審議小組第216次會議有關踐行程序部分，有違正當法律程序：

1、審議小組係以合議制方式為之，其審議判斷有賴具各項專業之委員實質參與審議程序予以把關，經指定或委託進行初步鑑定之委員、專家除必須具備特定專業領域之要求外，審議小組並應依法進行合於事務本質之審查及決定，否則即易形成由投票部隊完成名實不符判斷之流弊。查審議小組於120分鐘的會議中，審議135個個案，平均每件分配到的時間不到1分鐘，客觀上已足資認定審議程序係流於形式、空洞化，與審議辦法第10條規定設置審議小組之立法意旨相背離，且有違正當法律程序。

2、依審議小組第216次會議簽到單觀之，實體出席簽到者僅有審議小組召集人邱南昌等4名委員；請假未到者為呂俊毅委員等8名委員，被告固聲稱其餘12名委員均是線上出席視訊會議，卻僅提供線上出席委員之名單1紙為憑，且該名單未欄記載之間多數與會議之長度不符（最長者為194分鐘、最短者為54分鐘，二者差距多達140分鐘），該等委員既未簽到亦未以錄影方式留存參加會議之證明，其是否確有實際登錄線上會議？是否全程參與會議討論？顯難僅憑此名單推知，審議小組第216次會議最終鑑定之結論是否確經絕大多數之委員實質參與討論所形成之「共識決」，顯非無疑。

3、又審議小組第216次會議紀錄僅簡要記載審議之結果，並無其他載有討論過程之會議紀錄或開會錄音檔案，以供事後驗證決議之內容是否係確實一經委員實質討論、審議後所形成之「共識決」，足徵該次會議所踐行之審議程序是否確經大多數委員出席，並以共識決方式形成決議，無從供事後驗證，有違審議辦法第10條規定設置審議小組廣納各相關專業領域專家共同決定之立法意旨。

４、被告稱其未保存審議小組第216次會議錄音，鑑定結論應以該次會議紀錄為準，且認會議紀錄已公開於疾病管制署網站，足以認定其正確性。惟被告對於審議小組已依法定程序進行合於事務本質之審查、決定乙節，應負舉證之責，其未盡舉證之責，應當承擔無法舉證之不利益，而非僅以未保存相關錄音，作為卸責之詞，又會議紀錄公開於疾病管制署網站，亦僅表示該會議紀錄確實存在（即僅能認定其具有形式上的真實性），無法據以認定其作成之程序及審議結果必然係合法正確。

四、審議小組鑑定委員所為之初步鑑定意見欠缺專業性：

（一）依審議小組作成之「衛生福利部疑似預防接種受害案件鑑定書」（下稱初步鑑定意見）之形式觀之，所謂初步鑑定意見，係一份內容共3頁的表格，其中未見鑑定人具名，無從確認其是否為符合特定專業領域之要求之專家；初步鑑定意見之第1頁為基本資料及「一、案情描述」，其內容係個案背景描述，應非鑑定人填載，第2頁「二、初步鑑定意見」項下共有7個子項，其中㈠至㈥應填載或勾選處均為空白，鑑定人僅於第7子項「㈦鑑定總結」填載寥寥數行的文字敘述，以及於第3頁點選三個選項，其草率程度顯而易見。

（二）初步鑑定意見記載「死亡證明書載明因心因性休克併呼吸衰竭死亡，研判與疫苗無關」，卻對於何以「死亡證明書載明因心因性休克併呼吸衰竭死亡」即可逕行研判為「與疫苗無關」，全然未加說明。蓋死亡證明書上並未載明先行原因，無法排除被害人心因性休克併呼吸衰竭係接種疫苗所致（事實上院方出具死亡證明書當下即表示懷疑係接種疫苗所引起，此參酌初步鑑定意見第1頁通報事件描述「臨床懷疑疫苗引起的pulomnary embolism」可證），且對於何以確認系爭疫苗非誘發陳君急性心肌梗塞或肺栓塞或心肌炎之原因，甚或因而為致死之可能危險因子，未置一詞交代，鑑定人之研判過程存在嚴重瑕疵。

（三）鑑定人僅依據死亡證明書載明因「心因性休克併呼吸衰竭死亡」，便未備理由逕為「與疫苗無關」之研判，對於陳君發生心因性休克併呼吸衰竭，是否係由接種疫苗所引發，全然未加審酌，也未提出任何解釋或說明。被告對此未加詳查，逕採納此等鑑定意見為作成原處分之依據，實有其他重要事項未予斟酌之判斷瑕疵。鑑定委員僅以死亡證明書載有心因性休克併呼吸表竭死亡，即直接做出「與疫苗無關」之研判，基於初步鑑定意見之品質粗糙、且欠缺邏輯性，足堪認定鑑定人有專業度不足，或出具意見前未經充分研酌，鑑定意見不具參考價值。

（四）一般而言，審議案件應有至少2位鑑定委員。而本件係涉及陳君死亡結果之審議案件，陳君病歷資料有限，可供研判關聯性之資料稀缺，且鑑定事項涉及陳君之生命法益，其複雜度及嚴重性均高，雖被告表示僅1位鑑定人亦可，既然可送交2或3位委員鑑定，被告卻選擇僅送交1位委員做初步鑑定，是否符合比例原則？有無違反原告之程序保障？恐非無疑。

五、審議小組研判接種疫苗與陳君死亡之關聯性為「無關」，其實實認定及研判有所違誤：

（一）本件受害結果除其發生時間與疫苗接種有時序上之關聯性外，更重要的是，陳君正值壯年，於施打疫苗前身體健康，並無任何心血管病史，不曾因心血管不適而就醫，甚至連健保卡均鮮少使用，足見其身體狀況良好，然卻於110年12月10日施打第2劑系爭疫苗後，旋即發生嚴重胸悶、倦怠、喘不過氣等症狀，導致於111年1月4日死亡，在無其他因素介入的情形下，難認與疫苗無關，應合理認定陳君死亡與疫苗間具高度關聯性。

（二）觀諸被告提供之陳君病歷相關資料，陳君於接種系爭疫苗前，身體健康、血壓正常、體重標準，並無任何慢性病（心臟病、高血壓、糖尿病……等均無），從不曾因心血管不適而就醫（前開資料顯示其全民健保就醫紀錄僅有二

次因外傷至眼科就診之紀錄），足見其並無被告所稱「潛在心臟疾病，實難理解被告如何能無中生有，妄稱一個原本健康的人有潛在心臟疾病。

（三）被告逕認定陳君死因係潛在心臟疾病，其判斷顯有裁量恣意或濫用之情形：

1、本件經陳君之主治醫師楊○州（下稱楊醫師）於114年7月23日本院準備程序中證稱，依陳君就發當日之檢查結果判斷，陳君並無心肌梗塞、心肌炎等心血管疾病之症狀，被告所稱陳君係潛在心血管疾病急性發作，並非事實。

2、被告稱陳君到院時心電圖顯示心肌梗塞，並有呼吸困難、胸悶情形，惟心肌梗塞之確診，除參考心電圖外，尚須配合其他臨床檢驗檢查，非僅以心電圖為唯一之檢驗指標，再者，心電圖存有偽陽性或偽陰性之機率，僅以心電圖認定顯有可議。又被告既然已查閱陳君病歷，自是明知陳君在和平醫院做完心電圖檢查後，和平醫院並未採取對於心肌梗塞病人之標準應對措施（例如以藥物溶解血栓、施行心導管、安置支架等），由此可推知和平醫院並未認為僅憑心電圖檢查結果，即足以認定陳君必然為心肌梗塞。

3、依據被告提供病歷相關資料中之診斷證明書，陳君病名記載「呼吸困難。疑肺栓塞導致之心跳休止」、死亡證明書上死亡原因欄位甲（直接引起死亡之疾病或傷害）則記載「心因性休克併呼吸衰竭，疑肺栓塞」，但未記載先行原因、急診病歷摘要之入院診斷，則載明「未明示原因導致之心跳休止」，以上均顯示，陳君就診的和平醫院，並未確認陳君之所以致生心因性休克併呼吸衰竭之原因，且院方於初步鑑定意見之通報事件描述，即敘明「臨床懷疑疫苗引起的pulomnary embolism」。被告聲稱依前開資料已足以證實本件受害情形係陳君自身潛在心臟疾病所導致，其說法有違一般論理法則。

4、被告稱心電圖有顯示心肌梗塞，惟：

（1）楊醫師已證稱此係心電圖機器自行判讀，尚未經醫師檢視，該等機器判讀之錯誤率高，通常只供參考，不足作為受害人心肌梗塞發作之佐證。另心肌梗塞之確診，除參考心電圖外，尚須配合其他臨床檢驗檢查，非僅以心電圖為唯一之檢驗指標，再者，心電圖存有偽陽性或偽陰性之機率，僅以心電圖認定顯有可議。此外，通常用以協助監控人員監測數據之機器或系統，多會設定警示機制，提醒監控人員對於出現警示訊號之案件進行人工檢視，而非逕行由系統認定。準比，即便心電圖機器有較為寬鬆之警示門檻，於達到警示門檻時，出現相關文句，以提醒醫檢人員注意確認受檢者之實際情形，亦屬合理。惟受檢者之真實症狀，仍須經醫師研判後始得確認，並非由機器認定，而受檢者之實際狀況經醫檢人員確認後認為並無所警示之症狀，亦屬常見。

（2）且楊醫師亦明確表示該院心電圖機器顯示之資料，大部分都不準，通常臨床上僅供參考，亦證稱陳君之hs Troponin T（心肌酵素）不夠高，不符心肌梗塞及心肌炎的特徵，準此，陳君應非心肌梗塞發作。被告刻意曲解楊醫師原意，否定楊醫師有關hs Troponin T不夠高，因此並無心肌梗塞及心肌炎之證詞，而以不正確之心電圖機器資訊，以及血液檢測報告中NT-proBNP數值及hs Troponin T數值高於標準為由，主張陳君係心肌梗塞；相反的，在認定有無心肌炎的跡象部分，被告又援引楊醫師有關陳君之hs Troponin T無明顯上升之證詞主張陳君無心肌炎。如此前後不一的說詞，更印證被告做成專業判斷時，有恣意濫用等情事。

（3）又系爭疫苗可能提高引起之心肌炎或心包膜炎之風險提高。心肌炎的症狀亦是呼吸困難及胸悶，同時也會導致心肌酶上升及心電圖異常，且心肌炎之心電圖變化可表現ST節段上升，模擬急性心肌梗塞（家庭醫學與基層醫療第27期第436頁「心肌炎」），此外，心肌炎常見的

併發症即包含心肌梗塞（參酌Boetie醫療資訊團隊心臟科資訊第6頁）。是以，陳君就診時之情況與心肌炎亦相符，心肌梗塞、肺栓塞及心肌炎，均有造成心因性休克之可能，何以被告認定陳君死因係心肌梗塞而不是心肌炎或同時兼具二者或其他狀況？其認定顯有恣意率斷之情形。

（4）被告稱被害人X光檢查顯示左上肺有實質纖維化條狀物，惟楊醫師已證稱被害人X光檢查就醫師臨床判斷而言係滿乾淨，並無特別病灶，足見該等條化物影響尚微。

（5）楊醫師雖表明主流文獻認為BNT與心肌炎較為有關，AZ與肺栓塞較為有關，BNT與肺栓塞比較沒有關係，惟楊醫師亦表示「少部分文獻可能寫BNT與肺栓塞相關但是證據不足」，且楊醫師表示其沒有疫苗方面的專業研究，對不同疫苗與病症間關聯性之說法，是引述文獻。準此，其說法僅係立於一般文獻閱讀者之立場，尚非屬專家說法，且亦承認仍有文獻寫到BNT與肺栓塞相關，尚不得以其說法，作為認定BNT與肺栓塞關聯性之依據。此外，楊醫師另稱肺栓塞沒有做電腦斷層前都只是懷疑（亦即僅是疑似肺栓塞，非百分百確定），是以，其雖認陳君無心肌梗塞情形，惟對於陳君死亡原因，亦僅認疑似肺栓塞，而非確定係肺栓塞。

（四）被告提出之醫學實證文獻【BNT162b2和ChAdOx1第二劑接種後發生的血小板減少、血栓栓塞和出血事件：英國國家哨兵隊的自身對照病例係系列分析（Thrombocytopenic, thromboembolic and haemorrhagic events following second dose with BNT162b2 and ChAdOx1：self-controlled case series analysis of the English national sentinel cohort）】（下稱系爭醫學文獻），不足作為系爭疫苗與受害情形無關之佐證：

1、研究方向未涵蓋所有可能致陳君死亡之不良反應：被告引用系爭醫學文獻稱系爭疫苗第2劑，並不會導致心肌梗塞或肺栓塞風險上升。但系爭醫學文獻並未表示系爭疫苗不會導致心肌炎或其他病症之風險增加，而陳君死亡證明書之死亡原因雖載有「疑似肺栓塞」，惟楊醫師證稱證稱：係「疑似」而非確定（楊醫師表示陳君未及進行電腦斷層檢查，即已陷入急救狀態，因此，僅係「疑似」肺栓塞）。因此，系爭醫學文獻尚難佐證系爭疫苗與受害情形之關聯性。

2、納入研究及比較之個體均為已接種過2劑疫苗者，無法佐證接種者與未曾接種者間之風險差異：依據系爭醫學文獻所載研究方法「…我們的分析納入了接種兩劑BNT162b2 mRNA疫苗（輝瑞-BioNTech）和兩劑 ChAdOx1 nCoV-19疫苗（牛津-阿斯特捷利康）的個體 。……（原文：We included individuals who receiverd two vaccine(primary) doses of the BNT162b2 mRNA(Pfizer-BioNTech) and two vaccine doses of ChAdOx1 nCoV-19(Oxford-AstraZeneca) vaccines in our analyses.），可知該系爭醫學文獻研究係就已經接種過第2劑疫苗者，報告其在接受第2劑BNT162b2或ChAdOx1疫苗後0-27天期間與基線期（第1劑前14天或更長時間，第2劑後28天或更長時間以及第1次接種後用28天或更長時間與14天或更長時間之間的時間）相比，血小板減少、血栓栓塞（包括動脈和靜脈事件）和出血事件的發生率是否有所不同，並非對於「接種疫苗者相較於未接種者，是否會增加前開風險」進行研究，因此，不論導致陳君死亡之病因係肺栓塞、心肌梗塞、心肌炎或其他原因，被告均無從以系爭醫學文獻佐證接種系爭疫苗與陳君死亡無關。

3、再者，系爭疫苗上市時間尚短，各項研究或統計均僅進行某一小段期間，各該研究即統計所作成之結論應僅能算暫結，其是否已無需再行驗證，即可確定為最終結果？非無

疑義，況且針對不同人種、地域之群體所為之相同研究，是否亦獲致同一結論，亦非無探究空間。且疫苗抗原成分，為因應不斷變異的病毒株，而持續變更，被告引用之醫學文獻，未必與陳君接種疫苗為相同成分。

4、又多數疾病之發生，無法歸諸於單一危險因子，因此確定疾病與危險因子間之因果關係，本非易事，有待科學界進行嚴謹之研究。某種危險因子不會對人口中之大多數人引發特定疾病，並不能單憑此即確認該危險因子不會對特定人引發疾病。申言之，被告所據醫學研究未能於其研究群體發現系爭疫苗與陳君死亡間之關聯性，是否即能斷言特定個案之受害與預防接種無關，而不是屬於無法確定之類型，容非無疑（最高法院109年度上字第1140號判決參照）。

（五）對於系爭疫苗與心肌炎、心肌梗塞或肺栓塞等心血管疾病有無關聯，各醫學文獻研究結果或政府機構實際案例統計結果，未必均與被告所提文獻相同，亦有醫學研究或統計結果顯示系爭疫苗與心肌炎、心肌梗塞或肺栓塞等心血管疾病，仍具某種程度之關聯性者：

1、依據美國CDC公告之資料12-17歲的青少年注射BNT，有14份疫苗接種後死亡報告，其中有6份未知原因或有待進一步記錄，8份有載明死因的案例中，就有2例係基於肺栓塞，比例不低。

2、牛津大學的研究人員在《英國醫學雜誌》（BMJ）（https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1931）上撰文，詳細介紹了超過2900萬人接種第一劑ChAdO nCov-19「牛津-阿斯特捷利康」疫苗或BNT162b2 mRNA「輝瑞-BioNTech」疫苗的結果他們的結論是，使用這兩種疫苗，在第一次接種後的短時間內，一些血液學和血管不良事件導致住院或死亡的風險會增加。

3、HEHO健康援引國際醫學期刊，指出「接種BNT疫苗後，發生心血管不良反應的事件總數，對比AZ以及莫德納疫苗比

較高。」、「接受BNT疫苗後心血管不良事件總數較高，在4863例接種後心血管不良反應事件裡，BNT疫苗就佔了4201例，達到8成」、「許多心肌梗塞和中風的人，他們的心臟、血管比較脆弱，所以接種疫苗對身體結構來說也是一個蠻大的衝擊」，顯示系爭疫苗與心血管相關疾病未必無關聯性。

4、DOVE MEDICAL PRESS網站刊登之《COVID-19疫苗報告的心血管不良事件指稱：基於WHO資料庫的研究》指出，「輝瑞BioNTech COVID-19 （BNT162b2）疫苗的個體心血管不良事件總數較高」（原文「The current analysis shows the total number of cardiovascular adverse events was higher in individuals receiving Pfizer-BioNTech COVID-19（BNT162b2） vaccine」）、「輝瑞BioNTech為其COVID-19疫苗發布的病例係列藥物分析報告共報告了2342起心臟不良事件，其中心悸事件1098起，心動過速事件466起，房顫事件108起其中，心肌梗塞94例，心臟驟停62例，心撲63例，竇性心搏過速32例，心絞痛46例，心臟衰竭24例，心律不整38例，急性心肌梗塞16例。」（原文「Pfizer-BioNTech for their COVID-19 vaccine as of May 28, 2021, reported a total of 2342 cardiac AEs,among which 1098 events were of palpitation, 466 events of tachycardia, 108 events of atrial fibrillation, 94 events of myocardialinfarction, 62 events of cardiac arrest, 63 events of cardiac flutter,32 events of sinus tachycardia, 46 events of anginapectoris, 24 events of cardiac failure, 38 events of arrhythmia and 16 events of acute myocardial infarction.」）。

六、綜上，受害人陳君正值壯年，健康狀況良好，配合政府政策施打疫苗後，發生死亡憾事，被告只顧推動公衛政策，要求民眾接種疫苗以達群體免疫之目的，卻對於因而受害之人所

受傷害置若罔聞，依據不符論理法則之憶測，做成卸責之決定，將所有不利益歸予受害人家屬承擔，實有違公平正義。審議小組執行職務時必須遵守依法行政原則，而其從事預防接種受害原因鑑定工作，當然必須遵循預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法之因果關係分類。在因果關係程度的分類上，審議辦法第13條明文創設了三分法，其中「無法排除」類別的機率程度，即是介於確定與不可能之間。只要沒有證據顯示疫苗接種導致不良反應機率低到接近於零，依法應該獲得救濟。陳君在身體健康狀況良好之情形下，接種系爭疫苗後，旋即發生嚴重胸悶、倦怠、喘不過氣等症狀，導致於111年1月4日死亡，在無其他因素介入的情形下，難認與系爭疫苗無關，應合理認定陳君死亡與系爭疫苗間具高度關聯性，除被告有明確證據證明陳君死亡與系爭疫苗無關之情形下，否則應為「相關」之認定，即使無法確認達「相關」的程度，至少也是「無法確定」等語。

七、並聲明：

（一）訴願決定及原處分均撤銷。

（二）被告對於原告111年3月8日之申請，應作成准予核給預防接種受害救濟金新臺幣600萬元之行政處分。

（三）訴訟費用由被告負擔。

參、被告則以：

一、本件涉醫學專業判斷認定接種系爭疫苗與陳君受害情形之關聯性，核屬被告之判斷餘地，行政法院應尊重其判斷：

（一）行政機關下設委員會作成之審議結果，基於尊重其不可替代性、專業性及法律授權之專屬性，就醫學專業判斷，應享有判斷餘地，最高行政法院109年度判字第431號判決及108年度上字第1072號判決意旨參照。

（二）本件審議小組於112年12月21日第216次會議審議原告申請案，當時審議小組之組成，含召集人等共24人，其中包括感染症、神經學、病理學及過敏免疫等專科醫師，與法學專家及社會公正人士，任期自111年1月1日至112年12月31

日，此有111至112年度預防接種受害救濟審議小組委員名單可稽，且依會議紀錄可知，第216次審議小組會議係由召集人邱南昌主持，並擔任主席。據此，審議小組之組成與審議小組第216次會議召開，實係植基於傳染病防治法第30條第4項之授權，並與審議辦法第10條所定之法定組成方式相符。

（三）次查，關於本件申請案之審議程序，被告為求審慎，於接獲本件申請後，即先蒐集個案相關資料，包含個案之就醫紀錄、相關檢查及檢驗結果等，依審議辦法第10條規定，送請審議小組指定之鑑定委員先行調查研究並作成初步鑑定意見，再將其所作之初步鑑定意見及相關資料卷證，提交審議小組會議進行綜合討論，故審議小組是依據原告所提陳君疑似受害事實之各種資料，包含申請書之陳述、病歷資料、臨床檢查、檢驗結果，以及接種疫苗之特性等，基於委員個別學術專業、相關醫學資料或文獻及臨床經驗，釐清受害事實與預防接種間之關聯性或因果關係。據此可知，被告審議小組之審議程序（包括但不限於出席、審查及決議），核與前揭傳染病防治法及審議辦法第9條、第11條規定相符。

（四）準此，本件審議小組係合法組成，並植基法定程序，本於原告提供之發病過程、病歷資料、臨床表現及檢驗結果，依據醫學專業知識綜合研判作成本件審定結果，故依最高行政法院109年度判字第431號、108年度上字第1072號判決意旨，審定結果之作成核屬被告之判斷餘地，僅於被告之判斷有恣意濫用及其他違法情事時，法院始有介入審查之空間。

二、審議小組第216次會議程序符合審議辦法第10條、第11條規定：

（一）被告未保存審議小組第216次會議錄音，鑑定結論應以該次會議紀錄為準：

1、按審議辦法並未規定審議委員應將討論過程錄音，或應將錄音資料提供他人，而被告實務上於所屬會議室進行會議（不論是否為審議小組會議）召開時，控制系統雖可進行錄音，但因會議眾多，且硬碟空間有限，故會定期刪除錄音檔案，目前控制系統未保留本次審議小組會議錄音資料，被告並無提出之可能性，合先敘明。

2、依最高行政法院99年度判字第629號判決見解，會議錄音資料係作成意思決定前之準備作業行為，行政機關依法既得不予公開。況依照審議辦法規定，錄音非作成審議小組會議紀錄之法定必要程序，且會議紀錄亦非以錄音逐字稿之形式作成，既審議小組之鑑定理由及結論，業已記載於審議小組第216次會議紀錄，且此正式會議紀錄已公開於被告所屬之疾病管制署（下稱疾管署）網站之上供大眾閱覽，已足以確認其正確性。

（二）原告雖質疑審議小組委員專業性，認為審議小組委員組成成員大部分都是小兒科為主，不具審查關聯性之專業能力云云。惟查：審議小組部分委員固然係具備小兒科醫師背景，然依前開臺灣兒科醫學會專科醫師甄審原則可知，小兒科醫師之養成即包含培養所有預防接種後可能發生不良反應之人體器官系統之相關醫學專業與知識，且依現行兒童預防接種時程，因小兒科醫師長期協助接種各類疫苗，對於接種疫苗後在臨床反應上可能發生之不良反應，知之甚詳，故對於判斷接種疫苗是否發生不良反應自具備專業能力，原告徒以委員組成成員都是以小兒科為主質疑專業性云云，即非可採。

三、審議小組研判接種系爭疫苗與陳君受害情形之關聯性為「無關」，係依審議辦法第13條規定之審查標準進行認定，其事實認定及資訊並無違誤：

（一）預防接種受害關聯性之判斷，不以接種後發生症狀之時序關係為唯一依據：

1、審議小組於鑑定預防接種與受害情形關聯性時，如認為審議辦法第13條第1項第1款各目其中之一之情形時，其鑑定結果即可為「無關」，而其鑑定之判斷因素，應衡諸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，以進行綜合研判。

2、陳君於110年12月10日接種第二劑系爭疫苗，陸續出現胸悶及呼吸不順症狀，嗣後不適症狀加劇，於111年1月4日急診送醫後死亡。由其時序觀之，個案死亡結果雖發生於接種疫苗後，然，接種疫苗後出現症狀，僅表示兩者間有時序上之先後關係，非當然代表兩者間有關聯性或因果關係，蓋前後時序雖為證明關聯性之必要條件，但非充分條件，而在進行關聯性之鑑定時，除時序關係外，尚須審酌審議辦法第13條第3項所列因素為綜合判斷，不得以時序關係為唯一參考因素。故原告稱陳君接種疫苗前甚少就醫，身體健康良好，接種疫苗方身體不適並死亡，單以時序關係稱本件個案受害情形乃接種疫苗所引起云云，此不符合審議辦法所要求應綜合評估接種類似疫苗後之反應、藥物使用、毒素暴露、生物學上之贊同性等之方式論斷，其主張尚乏實據。

（二）依陳君個案臨床表現與檢查結果，顯示其受害情形應為潛在心臟疾病所致心因性休克，與接種系爭疫苗無關：

1、陳君受害情形為心血管疾病導致心因性休克：

（1）依原告申請書陳述本件個案發病歷程，陳君於110年12月10日接種疫苗後，發生多次胸悶、喘不過氣症狀，此為典型心血管疾病之徵兆。

（2）陳君於111年1月4日送至和平醫院急救期間，到院時心電圖檢查結果顯示心肌梗塞（Inferior infarct； Consider anterior infarct），並有呼吸困難、胸悶情形，後心跳停止死亡。

（3）又，個案X光檢查顯示左上肺有實質纖維化條狀物（parenchymal fibrotic bands at left upper lung），和平醫院開立之診斷證明書記載「呼吸困難。疑肺栓塞導致之心臟休止」，死亡證明書並記載「死亡原因：直接引起死亡之疾病或傷害：甲、心因性休克併呼吸衰竭，疑肺栓塞。」

（4）綜上，觀諸陳君上開臨床表現及檢查結果，其並未有接種疫苗之過敏性休克反應，其呼吸不順、胸悶之症狀應為心血管疾病（心肌梗塞或肺栓塞）導致之心因性休克，是依照陳君發病歷程、臨床診斷結果，以及醫院開具診斷證明書與死亡證明書等事證，已足以證實陳君受害情形係自身潛在心臟疾病所導致，與接種系爭疫苗無關，符合審議辦法第13條第1項第1款第1目之分類規定。

2、原告雖於114年7月23日聲請傳喚主治醫師楊○州醫師到庭，欲主張與本件個案並無心肌梗塞，而係因接種疫苗後導致肺栓塞死亡云云。惟查：

（1）楊○州醫師不否認本件個案於111年1月4日到院時心電圖檢查結果顯示有心肌梗塞（Inferior infarct,Consider anterior infarct），且血液檢測數值NT-proBNP數值偏高有心臟衰竭之情況，可見審議小組依據前開心電圖檢查結果及血液檢測狀況，認定本件個案係因心血管疾病（心肌梗塞或肺栓塞）導致心因性休克死亡，應無違誤。

（2）退步言之，縱使如楊○州醫師臆斷，本件個案係純粹因肺栓塞導致死亡（假設語氣，非被告自認），楊○州醫師亦明確說明依主流醫學文獻，本件個案接種之BNT疫苗並不會導致肺栓塞發生，且本件個案亦不存在心肌炎之狀況，可見審議小組作成本件個案之不良反應與接種疫苗無關之審定結論，並無任何違誤。

3、依醫學實證文獻，接種系爭疫苗並不會導致心肌梗塞或肺部栓塞之風險增加：

（1）審議小組實際上進行鑑定時，為確保其獨立行使職權之嚴謹性及專業性，並取得充足事證以作成鑑定結論，均會依審議辦法第13條第3項規定方式，綜整個案受害情形、接種疫苗特性、個案檢驗報告等事證進行綜合研判，而與個案相關之醫學實證亦為判斷個案關聯性之重要事實依據，是以，倘若審議小組召開審議會議前，已經有公開發表之醫學實證可供委員閱覽與參採，審議小組得將醫學實證文獻證實之結論，納入綜合研判之參酌依據之一。

（2）依系爭醫學文獻，其比較研究族群在基準區間（baseline periods，即控制組或對照組）【接種第一劑系爭疫苗14日前、接種第一劑系爭疫苗28日後至接種第二劑系爭疫苗14日前、接種第二劑系爭疫苗28日】與風險區間（risk periods，即實驗組）【接種第二劑系爭疫苗後0-27日】間，兩組間靜脈栓塞（Venous thromboembolic events）、動脈栓塞（Arterial thromboembolic events）血小板低下（Thrombocytopenia）等事件之發生率比值（incidence rate ratios，IRRs）是否有所不同。研究發現，風險區間與基準區間之發生率風險相較，並未增加：

A、統計結果顯示接種BNT疫苗後發生靜脈栓塞風險並未增加（發生率比值為0.71（95%信賴區間為0.65至0.77））（乙證8第1頁，原文：our analysis show no increased risk of venous thromboembolic events （VTE） for both BNT162b2 （IRR 0.71； 95% CI： 0.650-0.770）……），如就靜脈栓塞分類檢視，肺栓塞（pulmonary embolus）之風險亦未增加（乙證8第1頁、第5頁表格1，原文：We additionallyreport no difference in IRR for pulmonary

embolus；and deep vein thrombosis； thrombocytopenia； including idiopathic thrombocytopenic purpura （ITP）； and haemorrhagic events post second dose for both BNT162b2.）。

B、經檢視，接種BNT疫苗後發生動脈栓塞及出血事件（haemorrhagic events）之風險並未增加（動脈栓塞發生率比值0.96（95%信賴區間為0.91至1.0））（乙證8第5頁，原文：we looked at arterial thromboembolic and haemorrhagic events. There was no increase incidence of either in our post vaccination periods. For arterial thromboembolic events； the event number； and overall IRR in the first four weeks i.e. 0-27 days for BNT162b2 （IRR 0.96； 95% CI： 0.91-1.0））。

（3）基上研究結論可知，接種系爭疫苗後風險期間（接種0-27日者）相較基準期間，並無更高機率發生心肌梗塞或肺栓塞。換言之，接種系爭疫苗第二劑，並不會導致心肌梗塞或肺栓塞發生風險上升。從而，該醫學實證係發表於本件個案審議前（112年9月發表），並證實接種系爭疫苗並不會增加發生心肌梗塞、肺栓塞風險，審議小組自得參酌該醫學實證結論，綜合研判陳君疑肺栓塞導致之心因性休克與接種系爭疫苗無關。

（4）再者，陳君發病歷程、臨床檢查、醫院診斷證明書與死亡證明書等證據，已足證實其受害情形應為自身潛在心血管疾病所致，與接種疫苗無關，此符合審議辦法第13條第1項第1款第1目規定。而審議小組為求鑑定結論基於充足事證作成，復依審議辦法第13條第3項規定進行綜合研判，故參酌醫學實證證實接種系爭疫苗與心肌梗塞、肺栓塞無關之結論，綜合研判陳君之受害情形與接種疫苗無關。綜上，審議小組參酌醫學實證文獻作成本件判斷結論，均符合審議辦法規定。

4、原告又稱原處分並未證明本件個案受害情形係接種疫苗以外其他原因所致，有裁量恣意或濫用之判斷違法，其無非係認為審議小組未說明肺栓塞之原因，且未說明肺栓塞之原因是否為系爭疫苗所致云云。惟：

（1）按審議辦法第9條第2款規定，審議小組之任務為「預防接種與受害情形關聯性之鑑定」，而非「診斷造成受害情形之原因」，亦即，倘審議小組依照個案申請陳述、臨床檢查、實驗室檢驗結果、生物學上贊同性等證據，綜合研判上開事證足以證實受害情形係由預防接種以外其他原因所致，其依照審議辦法第13條第1項第1款第1目作成「無關」之判斷結論，即符合審議辦法規定。

（2）經查，陳君接種系爭疫苗後並未發生過敏性休克反應，其呼吸不順、胸悶乃至心跳停止，為心肌梗塞或肺栓塞典型之臨床表現，且和平醫院診斷本件個案死因為「心因性休克併呼吸衰竭，疑肺栓塞。」可見其受害情形應為潛在心血管疾病所致。又，現行醫學實證已證實接種系爭疫苗並不會導致心肌梗塞或肺栓塞發生風險上升。審議小組爰依照本件個案就醫歷程、臨床檢查、診斷結果、病歷資料、現行醫學實證文獻等資料，並審酌初步鑑定意見，綜合研判陳君受害情形與接種系爭疫苗無關。是以，審議小組作成本件判斷結論係基於充足事證所依據，符合審議辦法第13條第1項第1款第1目規定。

5、原告復稱，本件個案急診當日之主治醫師，於媒體採訪時表示病人肺栓塞可能為疫苗副作用所引起，足證本件個案受害情形為疫苗所至云云。然而，原告前開敘述已經楊○州醫師於114年7月23日準備程序中否認在案，益徵此部主張毫無可採。

四、原告並未具體指出被告原處分有何判斷瑕疵，難謂盡其客觀舉證責任，其泛稱原處分有裁量恣意或濫用云云，於法尚欠

依據：

（一）按最高行政法院見解，法院就行政機關作成決定享有之判斷餘地，原則上應以低密度審查，僅於行政機關作成決定時有出於錯誤事實認定、違背行政正當程序等恣意濫用或違法之情形，法院始審查行政機關判斷之合法性（最高行政法院100年度判字第2043號判決參照）。又於行政機關就作成之決定享有判斷餘地時，人民於訴訟中倘爭執行政機關有何判斷瑕疵，應具體證明行政機關做成判斷時有違法或顯然不當之情形，以盡其客觀舉證責任（最高行政法院93年度判字第1087號判決、108年度判字第265號判決、109年度裁字第148號裁定參照）。

（二）經查，原處分係依據獨立公正委員，依循法定程序，合議作成之審議決定，有判斷餘地之適用，依前開法院實務見解，縱行政法院依法應調查證據之義務，原告亦應舉證原處分有何違法或顯然不當之處，並舉證說明被告之判斷事實認定有何錯誤或基於何不完全之資訊等，否則難謂已盡舉證責任。又審議小組已依據審議辦法規定，基於充足事證下作成「無關」之鑑定結論，故被告就原處分係基於完整、正確事實作成，應已盡舉證之責。

（三）然原告僅以片面之詞主張接種疫苗與受害情形具相關性，被告業已前述回應予以否認，又原告就被告作成原處分有任何其他違法或顯然不當之處，如法律涉及事實關係之涵攝有無錯誤、有無違反正當行政程序等，亦未具體說明，故原告主張原處分認定有所違誤云云，要無足取等語。

五、並聲明：

（一）駁回原告之訴。

（二）訴訟費用由原告負擔。

肆、兩造不爭之事實及兩造爭點：如事實概要欄所述之事實，業據提出陳君之COVID-19疫苗接種紀錄卡（見原處分卷第67頁）、和平醫院診斷證明書（見原處分卷第68頁）、死亡證明書（見原處分卷第69頁）、預防接種受害救濟申請書（見

原處分卷第60至61頁）、預防接種受害救濟調查暨送件檢核表（見原處分卷第58至59頁）、初步鑑定意見（見原處分卷第187至189頁）、被告112年1月5日衛授疾字第0000000000號公告（見原處分卷第49至50頁）、111-112年審議小組委員單（見本院卷一第241至242頁）、審議小組第216次會議前資料（見本院卷一第431至434頁）、審議小組第216次會議紀錄（見原處分卷第6至44頁）、簽到單（見本院卷一第435至439頁）、原處分（原處分卷第5頁）、生策會113年1月23日（113）國醫生技字第0000000000號函（原處分卷第45至46頁）及訴願決定（本院卷一第19至25頁）等本院卷、原處分卷所附證物為證，其形式真正為兩造所不爭執，堪信為真，兩造之爭點厥為：

一、被告審議小組第216次會議之組成及踐行程序是否合法？

二、審議結果是否有判斷瑕疵？

三、原告請求被告應依審議辦法第18條規定作成死亡救濟給付之處分，是否有據？

伍、本院之判斷：

一、本件應適用之法條與法理：

（一）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；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。」

（二）傳染病防治法第30條規定：「（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3項）中央主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害救濟基金。（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。」

（三）以下辦法核乃執行母法（傳染病防治法第30條第4項）之技術性、細節性行政規定，與立法意旨相符，且未逾越母

法之限度，行政機關予以適用，自無違誤：

1、審議辦法第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。」

2、審議辦法第10條規定：「（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3項）委員任期2年，期滿得續聘之；任期內出缺時，得就原代表之同質性人員補足聘任，其任期至原任期屆滿之日止。（第4項）審議小組之召集人，負責召集會議，並擔任主席。召集人因故不能出席時，由委員互推1人為主席。」

3、審議辦法第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。」

4、審議辦法第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。」

5、審議辦法第17條規定：「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。二、常見、輕微之可預期預防接種不良反應。三、轉化症或其他因心理因素所致之障礙。四、非因預防接種目的使用疫苗致生損害。」

6、審議辦法第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。（第3項）障礙程度之認定，依身心障礙者權益保障法令所定障礙類別、等級。（第4項）嚴重疾病之認定，依全民健康保險重大傷病範圍或嚴重藥物不良反應通報辦法所列嚴重藥物不良反應。（第5項）給付種類發生競合時，擇其較高金額給付之；已就較低金額給付者，補足其差額。」；附表【預防接種受害救濟給付金額範圍：「死亡給付：與預防接種之關聯性：相關：50～600萬元、無法確定：30～350萬元。」】。

二、被告審議小組第216次會議之組成及踐行程序合法：

（一）查原告以其子陳君於110年12月10日接種系爭疫苗，111年1月4日至和平醫院急診急救無效死亡，疑因預防接種受害，於111年3月8日申請預防接種受害救濟。經被告所屬審議小組研判，陳君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，與接種系爭疫苗無關，依審議辦法第17條第1款規定，決議不予救濟。被告於113年1月23日以原處分檢送審議小組第216次會議紀錄予生策會，由該會據於同日以（113）國醫生技字第0000000000號函通知原告審定結果，本院經核尚無不合。

（二）原告雖主張審議小組委員中，具醫療背景之委員，其專業多數為小兒科（小兒感染、小兒神經、小兒過敏免疫、兒童心臟、小兒腎臟）及婦產科（婦科、產科、婦科病理）；其中並無疫苗專家，與本案爭議所涉專業領域相關之委員比例偏低。審議小組於120分鐘的會議中，審議135個個案，平均每件分配到的時間不到1分鐘，客觀上已足資認定審議程序係流於形式、空洞化，與審議辦法第10條規定設置審議小組之立法意旨相背離，且有違正當法律程序。被告固聲稱其餘12名委員均是線上出席視訊會議，卻僅提供線上出席委員之名單1紙為憑，且該名單未欄記載之間多數與會議之長度不符（最長者為194分鐘、最短者為54分鐘，二者差距多達140分鐘），該等委員既未簽到亦未以錄影方式留存參加會議之證明，其是否確有實際登錄線上會議？是否全程參與會議討論？顯難僅憑此名單推知，審議小組第216次會議最終鑑定之結論是否確經絕大多數之委員實質參與討論所形成之「共識決」，顯非無疑云云。

（三）惟查：

1、依109年6月9日修正公告之臺灣兒科醫學會專科醫師甄審原則第4點：「筆試採用選擇題，中文命題（專有名詞部分得用英文），時間為三小時。其內容範圍，包括生長與發育、新生兒、感染、心臟、腎臟、血液、腫瘤、腸胃、遺傳、內分泌、新陳代謝、免疫、過敏、類風濕、神經、精神、預防醫學及其他小兒科相關醫學。」，可知小兒科醫師之養成即包含培養所有預防接

種後可能發生不良反應之人體器官系統之相關醫學專業與知識，且依疾管署我國現行兒童預防接種時程，兒科專科醫師因新生兒自出生時起即需陸續接種各種常規疫苗，因此對各種類疫苗之特性及疫苗接種後可能引發之不良反應之人體器官系統（如心血管系統）最為熟悉，自難謂小兒科（小兒感染、小兒神經、小兒過敏免疫、兒童心臟、小兒腎臟）對於判斷接種疫苗是否發生不良反不具備專業能力，本件尚無「專業領域相關之委員比例偏低」可言。

2、依審議辦法第9條第2款規定：「審議小組之任務包括預防接種與受害情形關聯性之鑑定。」審議辦法第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。」查關於本件申請案之審議程序，被告於接獲申請後，即先蒐集個案相關資料，包含個案之就醫紀錄、相關檢查及檢驗結果等，送請審議小組指定之鑑定委員先行調查研究並作成初步鑑定意見（乙證6，見原處分卷第187至189頁），再將其所作之初步鑑定意見及相關資料卷證，提交審議小組會議進行綜合討論，故審議小組於開會前已就陳君疑似受害事實之「申請書、病歷資料、臨床檢查、檢驗結果，以及接種疫苗之特性、初步鑑定意見」等，於會前即形成初步心證，並於審議小組會議時與其他委員進行實質審議，必要時諮詢列席專家醫師意見，最終形成共識決，釐清受害事實與預防接種間之關聯性（乙證1，見原處分卷第5至44頁），縱開會時平均每件分配到的時間不到1分鐘，亦屬判斷餘地之範圍，難認審議程序係流於形式、空洞化。

3、按【原判決認：關於委員發言要旨紀錄，及會議全程之錄音或錄影，性質上屬於「行政機關作成意思決定前，內部單位之擬稿或準備作業或與其他機關間之意思交

換」，為公開辦法第5條第1項第3款所規定得限制公開之範圍，被上訴人據以否准上訴人之請求，自屬有據等情，業據原判決詳述其得心證之理由，並就上訴人之主張何以不足採取，分別予以指駁甚明；經核與證據法則及上開規定無違。上訴意旨稱：委員發言要旨紀錄及會議全程之錄音或錄影，屬於「決議內容」，且係形成會議紀錄之最主要部分，上訴人得向被上訴人請求閱覽、抄錄及複製，被上訴人不得拒絕云云，要屬對上開法律規定之誤解，自不足採。】（最高行政法院99年度判字第629號判決參照）。本件被告雖未保存審議小組第216次會議錄音，但審議辦法並未規定審議委員應將討論過程錄音，鑑定結論應以該次會議紀錄為準，且會議紀錄亦非以錄音逐字稿之形式作成，既審議小組之鑑定理由及結論，業已記載於審議小組第216次會議紀錄，且此正式會議紀錄已公開於被告所屬之疾管署網站之上供大眾閱覽，已足以確認其正確性。雖因欠缺錄音或會議記錄相關記載而無從得知本件之審議時間長短，惟因審議委員對於本件係採共識決而通過，是其討論時間究竟歷時多久，對於結論亦無影響。

4、由於審議辦法並無表決方式之規定，被告依目前保存之資料，至少從106年5月4日第134次會議起，即採取共識決方式形成決議，有第134次會議紀錄可參（見本院卷二第235至238頁），是本次會議仍以共識決方式作成決議，又因審議委員於會議時對決議方式並無爭議，收受會議紀錄後對此亦無不同意見，有會議紀錄、被告113年1月23日衛授疾字第0000000000號函可參（乙證1），堪認審議小組應係循往例同意本件採用共識決達成結論，是原告質疑「本次會議最終鑑定之結論非經絕大多數之委員實質參與討論所形成之共識決」云云，並無可採。

三、原告雖主張查預防接種疫苗的選擇、獲得、保存、接種方式及安全評估等，均在行政機關的掌控範圍，請求人係居於醫學知識及證據地位不對等的處境，應認為預防接種受害補償的請求人在訴訟中係處於不平等的弱勢地位，而有民事訴訟法第277條但書「依其情形顯失公平」的情形，將客觀舉證責任倒置，歸由行政機關負擔因果關係事實不明的不利益。審議辦法第13條第1項本於傳染病防治法第30條第1項規範意旨，將受預防接種及發生損害間，有無因果關係之事實不明時（即不能確定有亦不能確定無因果關係），規定仍應補償，即把此項有無因果關係事實不明之不利益分配予補償機關，實乃行政訴訟法第136條所準用之民事訴訟法第277條但書，倒置客觀舉證責任分配之具體化法令規定。因此，被告未審酌前開舉證責任之分配，即認陳君死亡與接種系爭疫苗間無關，而做成不予救濟之決定，顯非有當云云。

四、惟查依醫學實證文獻，接種系爭疫苗並不會導致心肌梗塞或肺部栓塞之風險增加，本件並無「有無因果關係之事實不明」（即不能確定有因果關係，亦不能確定無因果關係）之情形：

（一）依系爭醫學文獻，其比較研究族群在基準區間（baseline periods，即控制組或對照組）【接種第一劑系爭疫苗14日前、接種第一劑系爭疫苗28日後至接種第二劑系爭疫苗14日前、接種第二劑系爭疫苗28日】與風險區間（risk periods，即實驗組）【接種第二劑系爭疫苗後0-27日】間，兩組間靜脈栓塞（Venous thromboembolic events）、動脈栓塞（Arterial thromboembolic events）血小板低下（Thrombocytopenia）等事件之發生率比值（incidence rate ratios，IRRs）是否有所不同。研究發現，風險區間與基準區間之發生率風險相較，並未增加：

1、統計結果顯示接種BNT疫苗後發生靜脈栓塞風險並未增加（發生率比值為0.71（95%信賴區間為0.65至0.77））（乙證8第1頁，見本院卷一第234頁，原文：our analysis show no increased risk of venous thromboembolic events（VTE）for both BNT162b2（IRR0.71；95%CI：0.650-0.770）……），如就靜脈栓塞分類檢視，肺栓塞（pulmonary embolus）之風險亦未增加（乙證8第1頁、第5頁表格1，見本院卷一第243、247頁，原文：We additionally report no difference in IRR for pulmonary embolus, and deep vein thrombosis, thrombocytopenia, including idiopathic thrombocytopenic purpura（ITP）, and haemorrhagic events post second dose for both BNT162b2.）。

2、經檢視，接種BNT疫苗後發生動脈栓塞及出血事件（haemorrhagic events）之風險並未增加（動脈栓塞發生率比值0.96（95%信賴區間為0.91至1.0））（乙證8第4至5頁，見本院卷一第246至247頁，原文：we looked at arterial thromboembolic and haemorrhagic events.There was no increase incidence of either in our post vaccination periods.For arterial thromboembolic events, the event number, and overall IRR in the first four weeks i.e.0-27 days for BNT162b2（IRR0.96, 95%CI：0.91-1.0））。

（二）基上研究結論可知，接種系爭疫苗後風險期間（接種0-27日者）相較基準期間，並無更高機率發生心肌梗塞或肺栓塞。換言之，接種系爭疫苗第二劑，並不會導致心肌梗塞或肺栓塞發生風險上升。從而，該醫學實證係發表於本件個案審議前（112年9月發表），並證實接種系爭疫苗並不會增加發生心肌梗塞、肺栓塞風險，審議小組

自得參酌該醫學實證結論，綜合研判陳君疑肺栓塞導致之心因性休克與接種系爭疫苗「無關」。

（三）原告雖主張以醫學實證判斷個案關聯性屬未審酌個體間差異，故有以全概偏之生態性謬誤云云。惟查：

1、審議辦法第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：……㈡醫學實證證實為無關聯性或『醫學實證未支持其關聯性』。……（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。……」，其就「醫學實證」定義為「指以人口群體為研究基礎，發表於國內外期刊之實證文獻」，亦即以對「人群」健康狀態分布情形與決定因素，所為蒐集、彙整數據、資料，以便對人群作成預測模型之流行病學研究資料。流行病學之研究方法，既係針對人群之研究，透過觀察整體人群對某種因子、要素之反應狀況，以探求決定因素，則其所導出之推論往往是一種關聯性（correlation）或是一般性之因果關係（general causation），故只能在群體層面證明是否有關聯性或因果關係，而個案所要求者為個別因果關係（specific causation），該群體層面證明是否有關聯性或因果關係，固並不當然能百分之百地適用到個人或個案，然正因今日醫學對於疫苗在人體所生不良反應之因果機轉仍存有許多限制與未知，行為時審議辦法故而明文以具有可靠性之科學研究即「醫學實證」（人群）為鑑定關聯性之依據之一，應屬合理。

2、另按學者指出，藉由收集與個案同類情節案件因果關係，包含一般生活累積之經驗以及借助於科學專業方可取得的統計數據或實證資料等，得出針對同類案件具有（精確地說只是近於）通則性與定律性之「抽象因果關係」（abstract causation），此項因果關係雖未必是

但已趨近於「自然科學之因果關係」。又，因具體事件不可能進行重複性或實驗性的觀察，因此，只能將個案情節與抽象因果關係中的事實情節進行比照，藉以判斷出該具體個案是否依循整體性、集合性的抽象因果關係所示的因果歷程而發生，作為認定「個案因果關係」（personal causation）之基礎，此種由抽象而個案因果關係之二階段比照判斷流程，本質上為「演繹（Deduktion）」的邏輯論證（參照吳志正，〈實證醫學數據於醫療事故損害賠償上之意義〉，臺大法學論叢第40卷第1期第152至155頁，見本院卷一第104至107頁）。在上述因果關係論證中，醫學實證數據往往可充作「抽象因果關係」之經驗資料庫，提供吾人判斷「個案因果關係」時之重要演繹基礎（參照吳志正，〈醫療訴訟中因果關係之判定〉，月旦法學雜誌第246期，2015年11月，第53頁，見本院卷一第166頁）。

3、系爭醫學文獻月均屬基於大型全國性族群資料庫進行之流行病學分析，研究方法包含明確對照組、風險時窗設定（risk window setting）與多變項調整，結論顯示BNT接種組之靜脈栓塞、動脈栓塞血小板低下發生率與未接種組背景值間無統計上顯著差異。原告所稱個體化差異固有醫學上可能，惟在欠缺足以證明特定個體與疫苗間存在直接病理連結之檢驗結果（如特異性免疫反應、生物標誌等）下，僅憑理論推測，尚不足推翻流行病學實證所揭示之低風險結論。所謂「生態謬誤」，固指大型族群統計結果不當外推至個案時，可能產生錯誤，但於疫苗安全監測及藥害救濟評估中，流行病學分析本即為檢視因果關係存否之核心依據，其證據力與客觀性優於個案推論。另「黑天鵝理論」所指極低機率但高影響之事件，亦須有具體醫學證據佐證其機制與發生過程，始足以動搖群體實證

之結論，本件卷內資料並未呈現此類明確之機制證據。

4、最高行政法院109年度上字第1140號判決固認為【多數疾病之發生，無法歸諸於單一危險因子，因此確定疾病與危險因子間之因果關係，本非易事，有待科學界進行嚴謹之研究。某種危險因子不會對人口中之大多數人引發特定疾病，並不能單憑此即確認該危險因子不會對特定人引發疾病。申言之，被告所據醫學研究未能於其研究群體發現系爭疫苗與陳君死亡間之關聯性，是否即能斷言特定個案之受害與預防接種無關，而不是屬於無法確定之類型，容非無疑……觀之被上訴人於原審提出資為證明施打HPV疫苗者並未增加自體免疫疾病風險之醫學文獻即乙證8至11，係分別來自法國、美國等歐美國家所為之研究，針對不同人種、地域之群體所為之相同研究，是否亦獲致同一結論，非無探究空間；而上訴人提出之資料中，復有來自與我國人種更為接近之日本（原證9）研究資料。詎原審就上訴人提出之上述原證3等文獻資料，未予以調查、釐清，並讓兩造就此因果關係之事實進行充分之辯論，即僅據鑑定書及被上訴人提出之文獻，泛稱上訴人此部分主張與被上訴人提出科學證據不符，逕認被上訴人已提出相關科學實證證明上訴人接種系爭疫苗與其「幼年型類風濕性關節炎」症狀間，因無因果關係而「無關」；而未就上訴人提出之上述文獻，究係如何不足以動搖被上訴人之鑑定結果，及非屬被上訴人提出文獻以外，足資參酌之資料等節，逐一具體敘明未被原審採納為有利上訴人認定之理由，已嫌率斷。】，惟最高行政法院前開判決係針對HPV疫苗，並非BNT疫苗，且本件原告提出之資料中，亦無「有來自與我國人種更為接近之日本研究資料」，而該案發回後之本院判決即本院111年度訴更一字第90號判決認

定：「佐以上開108年4月12日接受刊登之文章、108年11月9日接受刊登之文章，可知接種系爭疫苗與幼年型類風濕性關節炎之發生風險間並無統計學上之顯著增加，且依上開110年1月29日刊登之文章乃以亞洲人種為研究對象之醫學實證文獻，其研究結果顯示，接種系爭疫苗與幼年型類風濕性關節炎等嚴重不良反應間無關聯性，上開國健署研究成果於112年11月3日刊登於國際期刊，研究顯示接種HPV疫苗與19種嚴重不良反應之發生率，無統計學上之顯著差異，亦與上開歐洲藥品管理局監測報告、美國食品藥物管理局臨床評論、上開108年4月12日接受刊登之文章、108年11月9日接受刊登之文章等醫學實證一致，足見亞洲人種與歐美人種之研究結果並無差異性，是以，系爭初步鑑定書、審議小組認定原告接種系爭疫苗與其幼年型類風濕性關節炎間之關聯性為無關，核無違誤。」，仍採用「無統計學上之顯著差異」之通案理由，來認定被害人接種HPV疫苗與其幼年型類風濕性關節炎間之關聯性為「無關」，可知正因為欠缺足以證明特定個體與疫苗間存在直接病理連結之檢驗結果（如特異性免疫反應、生物標誌等），且個案事實並無再現性，在醫學驗證上，無法回到個案接種系爭疫苗時間點之前，觀察在選擇不接種系爭疫苗的情況下，後續是否仍會發生同一受害病症。在科學之侷限性下，縱使個案事實不排除會有差異（不能斷定個案死因百分之百與疫苗無關），仍「不得不採用」醫學研究所生之通案（抽象）因果關係，來作為客觀判斷標準及個案因果關係認定之基礎，否則形同於「客觀標準不存在」。且按【預防接種與受害情形關聯性之判定，涉及高度科學、專業之醫藥領域知識，審議小組就上開事項作成之專業鑑定，應認享有判斷餘地，業經論述如前。審議辦法第13條第1項第3款規定鑑定結果為

「無法確定」者，係指「無前二款(即無關、相關)情形，且經『綜合研判』後，仍無法確定其關聯性。」而言；所稱「綜合研判」，依同條第2項後段(即110年修正後之同條第3項)規定，係由審議小組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，核屬審議小組之判斷餘地範圍，行政法院不能取代其判斷，則原判決逕依觀察被上訴人之病程發生與接種系爭疫苗間具有時序上關聯性，且上訴人未能證明被上訴人受害情形是由系爭疫苗以外之其他原因所致，即應為有利於受害人之認定，遽論本件應認有上開審議辦法規定無法確定其關聯性之情形，被上訴人有權請求救濟補償，判命上訴人依其法律見解作成決定，自有適用法規不當之違誤】（最高行政法院112年度上字第26號判決參照），可知本院尚不得「逕依觀察原告之病程發生與接種系爭疫苗間具有時序上關聯性」、「被告未能證明原告受害情形是由系爭疫苗以外之其他原因所致」，即遽認本件有「無法確定其關聯性」之情形，是就兩造所提出學說上之爭議，本院仍應尊重審議小組專業鑑定之判斷餘地。而本件審議小組已衡酌陳君發病歷程、臨床檢查、醫院診斷證明書與死亡證明書等證據，認定受害情形與接種疫苗「無關」，並非僅依「未能於其研究群體發現系爭疫苗與陳君死亡間之關聯性」之醫學研究，其專業鑑定之判斷餘地應予尊重，並無客觀舉證責任倒置之必要，本院亦無從為「無法確定其關聯性」之認定。

（四）原告雖主張：本件初步鑑定意見對於何以確認系爭疫苗非誘發受害人急性心肌梗塞或肺栓塞或心肌炎之原因，甚或因而為致死之可能危險因子，未置一詞交代，被告就此未予詳查，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。其製作過程有認定事實違背論理法則之違法云云，惟查：

1、【預防接種與受害情形關聯性之判定，涉及高度科學、專業之醫藥領域知識，審議小組就上開事項作成之專業鑑定，應認享有判斷餘地，業經論述如前。因此，審議小組是否以初步鑑定意見書為審議結論之唯一依據，是否以初步鑑定委員所勾選之鑑定結果為適用法規之依據，核屬上訴人就其判斷餘地所為適用法規之權限。原判決逕以「審議小組第167次會議紀錄僅有前揭結論，未見與會者之實質討論內容，無從得知審議小組就110年8月28日、110年8月30日鑑定書之瑕疵如何研析審議，110年8月28日及110年8月30日鑑定書並未見臨床檢查或實驗室檢驗結果可證實被上訴人受害情形係由預防接種以外其他原因所致之敘述，則其勾填鑑定結果選項之憑據為何，尚有未明，審議小組審議理由之追補，原則上應由審議小組作成決議，經上訴人向法院提出，始能審酌」為由，判命上訴人依其法律見解作成決定，自有適用法規不當之違誤】（最高行政法院112年度上字第705號判決參照），可知審議小組是否以初步鑑定意見書為審議結論之唯一依據，是否以初步鑑定委員所勾選之鑑定結果為適用法規之依據，核屬被告就其判斷餘地所為適用法規之權限，本院尚不得以審議小組紀錄僅有前揭結論，未見與會者之實質討論內容，而認定原處分違法。

2、再者，【若審議小組並無適用系爭規定而以流行病學實證作為其判定個案受害情形與預防接種間「無關」之唯一事證的情事，並已由審議小組除參酌該等「醫學實證」外，綜合審酌個案受害狀況及所有相關因素，作成預防接種與該個案受害情形間究屬無關、相關或無法確定之因果關聯性的醫療專業判斷，即屬審議小組之判斷餘地範疇，行政法院不能以主管機關所

未適用之系爭規定違法、違憲應予拒絕適用為由，逕予取代其判斷】（最高行政法院111年度上字第251號判決意旨參照），本件經查陳君接種系爭疫苗後並未發生過敏性休克反應，其呼吸不順、胸悶乃至心跳停止，且心電圖顯示hs Troponin T，X光檢查顯示左上肺有實質纖維化條狀物，為肺栓塞或心肌梗塞典型之臨床表現，和平醫院診斷本件個案死因為「心因性休克併呼吸衰竭，疑肺栓塞」，可見其受害情形應為潛在心血管疾病（肺栓塞或心肌梗塞）所致。而現行醫學實證已證實接種系爭疫苗並不會導致心肌梗塞或肺栓塞發生風險上升。審議小組爰依照本件個案就醫歷程、臨床檢查、診斷結果、病歷資料、現行醫學實證文獻等資料，並審酌初步鑑定意見，其並非以流行病學實證，作為其判定「個案受害情形與預防接種間無關」之唯一事證，尚未違反審議辦法第13條第1項第1款第1目規定，原告主張，尚不足採。

（五）原告雖主張：系爭疫苗可能提高引起之心肌炎或心包膜炎之風險提高。心肌炎的症狀亦是呼吸困難及胸悶，同時也會導致心肌酶上升及心電圖異常，且心肌炎之心電圖變化可表現ST節段上升，模擬急性心肌梗塞（家庭醫學與基層醫療第27期第436頁「心肌炎」），此外，心肌炎常見的併發症即包含心肌梗塞（參酌Boetie醫療資訊團隊心臟科資訊第6頁）。是以，陳君就診時之情況與心肌炎亦相符，心肌梗塞、肺栓塞及心肌炎，均有造成心因性休克之可能，何以被告認定陳君死因係心肌梗塞而不是心肌炎或同時兼具二者或其他狀況？其認定顯有恣意率斷之情形。被告稱被害人X光檢查顯示左上肺有實質纖維化條狀物，惟楊○州醫師已證稱被害人X光檢查就醫師臨床判斷而言係滿乾淨，並無特別病灶，足見該等條化物影響尚微。楊○州醫師另稱肺栓塞沒有做

電腦斷層前都只是懷疑（亦即僅是疑似肺栓塞，非百分百確定），而非確定係肺栓塞云云。惟查：

1、本件依證人即陳鎰祥之主治醫師（和平醫院主治醫師）楊○州到庭證稱：「（問：駁回訴願理由認為受害人本身是因為心肌梗塞心血管疾病導致的死亡，認定與疫苗無關，理由為看到心電圖時，心電圖顯示為心肌梗塞，請問當時心電圖的顯示為何？）如果是心肌梗塞，心電圖的顯示會有一個STE的表現，但當時病人並沒有，出現的是S1Q3T3，跟心跳偏快的問題，這部分就跟肺栓塞相關。（問：被告以死亡證明書研判，死亡證明書記載心因性休克併呼吸衰竭死亡，疑似肺栓塞，所以鑑定人因此認為與疫苗無關。死亡證明書上所謂的疑似肺栓塞，係因當時來不及做全套完整的檢查，就已經做的心電圖跟抽血的相關檢查看起來，最適當的表述就是疑似肺栓塞，這樣的理解是否正確？）對，當病人喘，抽血報告、心電圖都符合強烈懷疑肺栓塞的原因。（問：當下所有的檢查判斷結果是這樣的狀況，如果要做更細緻的判斷，可能要做其他更精密的檢查，因此疑似並不代表百分之百，是這樣子嗎？）對，因為肺栓塞診斷標準就是做肺部電腦斷層，但當時病人簽立同意做肺部電腦斷層沒多久之後就非常的喘，無法配合做其他的醫療行為，我們只能立即急救幫他給氧跟插管。（問：原告詢問死亡證明書上原因空白，是否不排除肺栓塞是否是疫苗導致？基本上肺栓塞沒有做電腦斷層之前都只是懷疑，如果確定是的話才會繼續找肺栓塞的原因，先前懷疑是肺栓塞，就沒有想到肺栓塞的原因是什麼。（問：原告詢問有可能是疫苗導致的肺栓塞嗎？只能說查的數據來看，提供的BNT跟肺栓塞沒有太大的關係，除非他是打AZ。（問：請證人得否百分之百確定，這樣子的說法要有醫學上的證據，只是醫生要告訴我們，

肺栓塞這個部分無法確定是否為肺栓塞，在寫死亡證明書的當下有無特別要排除跟疫苗有關或無關？有無特別陳述到這個部分嗎？）下診斷書當下只在乎死亡的原因，就是強烈懷疑肺栓塞，當時沒有強調疫苗的部分。（問：沒有意識到有沒有跟疫苗有關係？）是的。當時有好幾個醫生在現場，當時證人也在現場，和平醫院還有其他醫生也在。（問：當時好幾位醫生在現場，證人也在，當時你們的結論是否不排除是疫苗所導致的死亡？）當時在場的意思是因為他後來有請葉克膜，家屬希望可以裝葉克膜，我們也請葉克膜進來，當時有很多醫師出現包括心臟外科醫師、急診主任還有我，都有出現。我只知道葉克膜醫師放了葉克膜之後他覺得病人沒有反應，他覺得這個部分放那麼久沒有反應應該跟肺栓塞有點關係，因為通常一般人放葉克膜會有反應，我只記得這個。（問：請證人作證，原告上開所指醫院結論為何？）我的意見是因為我們有查了滿多的PAPER。……在我們來說X光是滿乾淨的，就是沒有什麼特別病灶，如果沒有特別病灶要發這份報告就會寫一些沒有很緊急相關的東西，我們大概就會有共識，這就是沒特別發現的意思，在急診眼光看來會忽視。（問：請鈞院提示乙證5第16頁、第17頁（見原處分卷第68-69頁）請問您診斷陳鎰祥疑似肺栓塞係依據哪些症狀及檢驗、檢查之結果？該些症狀及檢驗、檢查結果是否除了肺栓塞以外的鑑別診斷？）他一開始來兩小時之內護理師先幫他抽血、X光、心電圖，兩小時做完後血栓指數大於18，EKG顯示的S1Q3T3特異性滿高的血栓問題，並無所謂有心肌梗塞的表現。（問：之後就沒有做其他檢查？因為跟病人解釋說要電腦斷層，病人就陷入急救狀態。（問：請鈞院提示乙證5第6頁（見原處分卷第58頁）陳鎰祥於就醫前已多次發生胸悶、喘不過氣等

情況；請鈞院提示乙證5第51頁（見原處分卷第103頁）陳鎰祥於111年1月4日至急診就醫之主訴為輕微呼吸窘迫，是否能判斷屬同一病程？）他其實來的時候並沒有描述得非常清楚是幾天或是我們希望達到的答案，他說一陣子，這是有點模糊的答案，所以我們沒有照這個打破砂鍋問到底，依照他給的問題主要就是喘，就依相關喘的問題排檢查。照我來看是同一病程。（問：請鈞院提示乙證5第133頁（見原處分卷第185頁）陳鎰祥於111年1月4日X光檢查結果，左上肺有實質纖維化條狀物（parenchymal fibrotic bands atleft upper lung）。請鈞院提示乙證5第129頁（見原處分卷第181頁）陳鎰祥於111年1月4日因呼吸不順到院時，心電圖檢查結果顯示心肌梗塞（Inferior infarct, Consider anterior infarct）。請鈞院提示乙證5第131頁（見原處分卷第183頁）陳鎰祥於111年1月4日之血液檢驗結果為hs Troponin T：63ng/L（參考值範圍<14），NT-proBNP：3618pg/mL（參考值範圍<125）。綜合上述情況，請問臨床上推論陳鎰祥死因係其潛在心血管疾病急性發作所致，是否合理？）當時判讀sinu stachycardia，我沒有寫到心肌梗塞。（問：心電圖第三行有記載）那是心電圖機器自行判讀，都是參考，因為大部分都不準。（問：血液檢測結果的部分，上開二數值判斷上是什麼含意？）NT-proBNP數值偏高代表心臟衰竭的情況，hs Troponin T：63ng/L有超乎標準值但沒有達到心肌梗塞的標準。（問：綜合上開病歷資料，左上肺實質有纖維化、呼吸短促加上血液檢查結果，臨床上推斷死因有可能跟潛在性心血管疾病急性發作所致，這樣推斷是否符合醫學判斷？）要符合心肌梗塞的診斷必須要有相關症狀（胸痛症狀，為臨床症狀，由病人講出）、抽血要符合數值要高（就是hs Tropo

nin T要高）、心電圖顯示STE，三個裡面有兩個就可以診斷為心肌梗塞，就會請心臟內科為緊急心導管。陳鎰祥的hs Troponin T不夠高，也沒有說胸痛只有說喘，不是很符合心肌梗塞。（問：請問證人有關這類疑似肺栓塞是否跟心血管疾病相關？就您的專業知識？）通常無相關。（問：大概通常是什麼原因導致？）心血管疾病是心臟的其中一條或三條血管塞住，肺栓塞是肺動脈塞住，兩個是不同血管。（問：剛才證人提到就所查到的資料，BNT疫苗目前沒有觀察到與肺栓塞相關，是否正確？）是文獻寫的。（問：請問證人就您所知，目前包含文獻以及目前的個案，臨床上醫學判斷個案症狀認為與BNT疫苗無關，是否合理？）到目前主流文獻都認為BNT跟心肌炎比較相關，AZ跟肺栓塞相關，但BNT文獻查看起來跟肺栓塞比較沒有相關。（問：就目前病歷來看，個案有心肌炎情形嗎？）抽血hs Troponin T就是心肌酵素無明顯上升，沒有心肌炎的跡象。（問：剛才被告提到受害人有數次表示胸悶，雖然被告提到是在就醫前，但他是在疫苗接種後才有這狀況，請問證人，剛才提到相關資料是從文獻上看到，是否百分之百文獻還是主流文獻？）是主流文獻，少部分文獻可能寫BNT跟肺栓塞相關但是證據不足。」（見本院114年07月23日準備程序筆錄，見本院卷二第62至70頁）。

２、可知「陳君沒有心肌炎的跡象」，此點審議小組與證人楊○州醫師看法均相同，尚難認陳君有心肌炎，陳君之心因性休克已排除是心肌炎所造成之可能，原告主張「陳君就診時之情況與心肌炎亦相符，心肌炎亦有造成心因性休克之可能」云云，尚不足採。又陳君心電圖第三行有記載心肌梗塞（Inferior infarct, Consider anterior infarct），X光檢查顯示左上肺有實質纖維化條狀物，楊○州醫師雖證稱「乃心電圖

機器自行判讀，大部分都不準，陳君的hs Troponin T不夠高，也沒有說胸痛只有說喘，不是很符合心肌梗塞」、「在我們來說X光是滿乾淨的，就是沒有什麼特別病灶，……，在急診眼光看來會忽視」等語，但只是楊○州醫師個人見解，陳君死因仍有相當可能性是潛在心血管疾病急性發作（心肌梗塞或肺栓塞），自不能排除陳君死因是「潛在心血管疾病急性發作（心肌梗塞或肺栓塞）」之可能，亦不能認定審議小組第216次會議審議結果（認定陳君死因應與其潛在心血管疾病急性發作有關）有何基於錯誤事實而判斷之情事。

（六）原告雖主張陳君未及進行電腦斷層檢查，即已陷入急救狀態，僅係「疑似」肺栓塞，且系爭醫學文獻比較之個體均為已接種過2劑疫苗者，無法佐證接種者與未曾接種者間之風險差異，系爭醫學文獻，不足作為系爭疫苗與受害情形無關之佐證，且１、依據美國CDC公告之資料12-17歲的青少年注射BNT，有14份疫苗接種後死亡報告，其中有6份未知原因或有待進一步記錄，8份有載明死因的案例中，就有2例係基於肺栓塞，比例不低。２、牛津大學的研究人員在《英國醫學雜誌》（BMJ）（https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1931）上撰文，詳細介紹了超過2900萬人接種第一劑ChAdOn Cov-19「牛津-阿斯特捷利康」疫苗或BNT162b2 mRNA「輝瑞-BioNTech」疫苗的結果他們的結論是，使用這兩種疫苗，在第一次接種後的短時間內，一些血液學和血管不良事件導致住院或死亡的風險會增加。３、HEHO健康援引國際醫學期刊，指出「接種BNT疫苗後，發生心血管不良反應的事件總數，對比AZ以及莫德納疫苗比較高。」、「接受BNT疫苗後心血管不良事件總數較高，在4863例接種後心血管不良反應事件裡，BNT疫苗就佔了4201例，達到8成」、「許多心肌梗塞和中風的人，

他們的心臟、血管比較脆弱，所以接種疫苗對身體結構來說也是一個蠻大的衝擊」，顯示系爭疫苗與心血管相關疾病未必無關聯性。４、DOVE MEDICAL PRESS網站刊登之《COVID-19疫苗報告的心血管不良事件指稱：基於WHO資料庫的研究》指出，「輝瑞BioNTech COVID-19（BNT162b2）疫苗的個體心血管不良事件總數較高」「輝瑞BioNTech為其COVID-19疫苗發布的病例係列藥物分析報告共報告了2342起心臟不良事件，其中心悸事件1098起，心動過速事件466起，房顫事件108起其中，心肌梗塞94例，心臟驟停62例，心撲63例，竇性心搏過速32例，心絞痛46例，心臟衰竭24例，心律不整38例，急性心肌梗塞16例。」顯示系爭疫苗與心血管相關疾病未必無關聯性云云。

（七）惟查：原告提出之文獻，雖認BNT疫苗可能引發肺栓塞、急性心肌梗塞等情，惟該等文獻多屬病例報告或病例系列報告，其性質僅為紀錄或總結單一或少數病例之臨床經過，並未採用具對照組之實證醫學研究方法驗證疫苗與血栓、急性心肌梗塞間之統計相關性，亦未透過大規模人口統計分析加以驗證，探討mRNA疫苗與血栓、急性心肌梗塞間之致病機轉，參考價值有限，參諸證人即陳鎰祥之主治醫師（和平醫院主治醫師）楊○州亦證稱「到目前主流文獻都認為BNT跟心肌炎比較相關，AZ跟肺栓塞相關，但BNT文獻查看起來跟肺栓塞比較沒有相關。……少部分文獻可能寫BNT跟肺栓塞相關但是證據不足。」，可知，原告所舉各篇文獻，無論在研究設計、受試條件或病理機轉上，均未達到審議辦法第13條第2項規定的醫學實證標準，亦不足以推翻審議小組依據受害人病史、臨床表現、檢驗數據及既有流行病學資料所為「無關」之判斷。則依前揭最高行政法院111年度上字第251號判決意旨，本件審議小組並非以流行病學實證作為其判定「個案受害情形與預防接種間無關」

之唯一事證，而是除參酌該等「醫學實證」外，已綜合審酌個案受害狀況及所有相關因素，作成預防接種與該個案受害情形間屬無關的醫療專業判斷，即屬審議小組之判斷餘地範疇，應予尊重，本院尚難認定陳君死亡原因與接種BNT162b2疫苗具相關性，或達「無法確定」之程度，原告主張，尚不足採。

五、綜上，原處分並無違誤，訴願決定予以維持，亦無不合。原告訴請撤銷並求為作准予核給預防接種受害救濟金新臺幣600萬元之處分，為無理由，應予駁回。

六、兩造其餘攻擊防禦方法均與本件判決結果不生影響，故不逐一論述，併此敘明。

據上論結，本件原告之訴為無理由，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　114　　年　　10　　月　　23　　日

審判長法　官　陳心弘

法　官　林妙黛

法　官　畢乃俊

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
(一)符合右列情形之一者，得不	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

委任律師為訴訟代理人	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。
(二)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(一)、(二)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(二)所示關係之釋明文書影本及委任書。	

中　　華　　民　　國　　114　　年　　11　　月　　3　　日

書記官　李依穎