

### 各國預防接種受害救濟制度因果關係與給付項目之比較

廖子駒\*、張育綾、邱千芳、鄭安華

#### 摘要

預防接種受害救濟制度的設立，除給予面臨疫苗不良反應傷害時求助的管道，更是釐清疑因疫苗導致受害案件與疫苗本身因果關聯之契機。自 1961 年德國建立全球第一個預防接種受害救濟制度之後，陸續有其他國家以政府或私人機構為行政主體建立此補償機制，各國依循不同的疫苗政策而有分別的救濟核定辦法。在受害事件申請提出至最終核予給付的過程中，主要分為三個環節：預防接種受害救濟制度所涵蓋的疫苗種類及受理範圍、預防接種與疑似不良反應之間的因果關係及確立救濟與否後核予給付的救濟項目，各國均以此架構為本，再個別發展出屬於該國的判定準則。本篇文章回顧疾病管制署自 2007 年至 2016 年預防接種受害救濟出國考察報告，針對各國疫苗救濟範圍先行分類，並回顧其中論及疫苗與其疑似不良反應之因果關係判斷依據、給付準則及項目等議題，於比較我國現行制度後給予建議，望能將因果關係認定原則確立，且明確歸納給付項目所包含之救濟內容，待未來受害救濟制度逐步調整時，建立更完備之判斷基準，以求在個人權益及公共利益端取得平衡。

**關鍵字：**預防接種、受害救濟、因果評估、補償給付

#### 前言

預防接種於公衛政策中屬特殊保護一環，除預防疾病發生，更期望能達群體免疫之效。在公衛政策推動接種疫苗的同時，即已權衡未施打疫苗以致保護力不足而罹病與施打疫苗後部分民眾可能產生不良反應之風險。而為確保預防接種政策之公益價值，補償因施打疫苗後產生不良反應的受害救濟制度便相應而生。這套制度最早始於 1961 年的德國，當時的聯邦政府於制定「聯邦傳染病法」

衛生福利部疾病管制署企劃組  
通訊作者：廖子駒\*  
E-mail: wind2626@cdc.gov.tw

投稿日期：2017 年 01 月 16 日  
接受日期：2018 年 10 月 17 日  
DOI: 10.6524/EB.201811\_34(22).0001

(Bundesseuchengesetz)中明文規定，本於基本法規定之應保護人民生命與健康法益之價值，人民若因預防接種而引起身體傷害之損失，其應具有「特別犧牲補償請求權」(Aufopferungsanspruch)，得以向政府申請損失補償[1]。其後陸續在 1970 至 1980 年代，日本、北歐國家及美國都紛紛建立各自的受害救濟制度[2]，而我國也於 1988 年由當時的衛生署成立預防接種受害救濟基金，並於 1992 年起設置獨立審議小組進行個案審議。

此受害救濟制度之建立，目的是希望透過獨立管道，讓民眾得以於接種疫苗後產生不良事件時，儘速釐清不良事件症狀與接種疫苗之相關性及獲得合理補償。基於此背景架構，不良事件與疫苗接種之間的因果關係以及判定後之給付內容即顯重要，我國現行做法是於民眾至衛生機關進行申請後，由其接種地衛生局協助個案病歷調閱檢齊，於蒐集完成後送請由醫藥衛生、法學專家及社會公正人士所組成之審議小組。首先由具備受害症狀相關專業之醫學委員或專家初步審查，再提送審議小組會議以共識決方式研判個案之疑似不良反應與疫苗接種間之因果相關性，進而給予合理補償。此制度自德國建立至今已逾半世紀，在疫苗可預防疾病(vaccine preventable diseases)因推行疫苗接種而逐漸獲得控制後，疫苗安全及其風險漸受重視，而探討疫苗接種與不良事件的關聯研析之議題即浮上檯面。部份國家以世界衛生組織(World Health Organization, WHO)因果關係評估流程作為其因果判定之參考基準[3,4]；部分國家因疫苗政策的不同，區分出各自的判斷準則。我國在 2009 年 H1N1 爆發大流行引起恐慌後，有學者即藉由新型流感疫苗引發疑似不良反應之情事，點出對於因果關係認定需進一步評估[5,6]。而在逐步將因果關係判斷準則標準化之際，於決定關聯性後的給付項目及其內容亦須連帶重新省思。

本文探究各國預防接種受害救濟制度中，關於因果關係認定之方式，以及後續給付項目與補償內容，期以各國經驗做為未來我國受害救濟制度檢討及精進時之參考。

## 方法

本文以疾病管制署 2007 年至 2016 年預防接種受害救濟制度出國考察報告為基礎（考察國家與地區包含美國、加拿大魁北克省、英國、德國、瑞士、挪威、瑞典、丹麥、芬蘭、日本等）。輔以參考國內外預防接種受害救濟制度相關文獻，統整前述考察國家於此受害救濟制度不同面向之做法。主要探究下列三面向：一、申請條件與疫苗受理涵蓋範圍，二、因果關係判定原則，三、救濟給付項目及補償內容。

## 結果

### 一、申請條件及疫苗受理涵蓋範圍

綜觀各國預防接種受害救濟制度，於申請條件與疫苗涵蓋範圍之規定，多著墨於施打疫苗種類及受害申請時限與年齡範圍(表一)。在申請條件部份，

少數國家如美國及挪威將行政成本及財物損失程度設為申請門檻，以此做為醫療費用多於行政成本之依據。至於受害申請時限，各國多以接種日或受害發生日起算一定年限為條件。此外，德國、芬蘭及加拿大魁北克省另將身體損害程度列入受理依據，如健康損害情形需持續一段時間以上，程度或達嚴重乃至於永久之傷害程度。在受理之疫苗涵蓋範圍部份，加拿大魁北克省、英國、德國及瑞士皆以政府或法令所建議施打之疫苗為主，而日本、臺灣等國則以該國當地核准上市之疫苗為依規，瑞典及芬蘭申請範圍尚包含仍於臨床試驗階段之疫苗。

表一、各國預防接種受害救濟制度之申請條件與疫苗涵蓋範圍

國家	申請條件	疫苗涵蓋範圍
美國 [6-8]	須繳付 250 美元的申請費用	須為 Vaccine Injury Table 所列施打之疫苗
加拿大 魁北克省 [7,9]	1. 接種地點在魁北克省境內 2. 申請時限為接種日或死亡日起 3 年內；若傷害為日後漸進發生，申請時限始點可延至自傷害發生日起 3. 受害程度需為嚴重或永久的生理或心理傷害（包括死亡）	包括主動或勸導接種之疫苗或免疫球蛋白
英國 [10]	1. 申請時限為接種日起 6 年內 2. 申請年齡於 2 歲至 21 歲。另除法定特殊疫苗外，接種年齡須未達 18 歲。申請資格亦包含母體於懷孕期間接種疫苗之傷害	幼兒常規預防接種計畫中所含之疫苗（含 BCG）
德國 [1]	不設申請時限，但健康損害情形須持續 6 個月以上	依當局建議於轄區內配合預防之目的接種、或依法令接種之疫苗、被動免疫等
挪威 [11,12]	1. 超過 5,000 挪威克朗（約臺幣 2 萬元）財務損失才有申請資格，但如為永久失能或重大傷害則未達門檻仍可申請 2. 申請時限為自接受治療或藥物日起 3 年內，請求權時效消滅為 20 年	
瑞典 [12]	申請時限為知悉受害情事起 3 年內，及停止服藥後 10 年內	在瑞典上市的疫苗，含尚於臨床試驗階段者，均在保險範圍內；導因於不當醫療措施或錯誤使用，不予給付
芬蘭 [12,13]	1. 申請時限為知悉受害情事起 3 年內，及停止服藥後 10 年內 2. 受害程度須為健康機能喪失持續 14 天以上，或有永久損害	在芬蘭上市的疫苗，含尚在臨床試驗階段者，均在保險範圍內；導因於不當醫療措施或錯誤使用，不予給付
丹麥 [11,12]	申請時限為發現傷害起 3 年內，請求權時效消滅為 10 年	不正確、延誤或不適當之治療皆可申請
瑞士 [4]	申請時限為接種日起 5 年內，或年滿 21 歲前	聯邦政府公告基本建議接種疫苗、補充建議接種疫苗、建議高危險群接種疫苗及聯邦政府公告之強制接種疫苗

(續上頁)表一、各國預防接種受害救濟制度之申請條件與疫苗涵蓋範圍

國家	申請條件	疫苗涵蓋範圍
日本 [14]	依不同給付種類訂定不同申請時限，大致分為個案就醫日起 5 年內、無限期及個案死亡日起 5 年內	不限國家公費疫苗或自費疫苗，只要為日本核准上市即可申請
臺灣	申請時限為自知有受害情事日起 2 年內，或自受害發生日起 5 年內	經臺灣核發許可證或專案核准進口，並經檢驗或書面審查合格之疫苗均可申請

## 二、因果關係判定原則

核准受理後，各國就不良事件及接種疫苗兩者間因果關聯性之判定原則可大致分為三類（表二），第一類是接近法學上的因果關係認定，即優勢證據原則。主要以是否有較多或較關鍵性的證據支持此次事件為疫苗所導致，或以疫苗造成之可能性大於 50% 作為認定標準（即 *balance of probabilities* 或 *preponderant probability*）。亦有部份國家採用較 50% 更為寬鬆（即可能性門檻不需達 50%，如 *probable cause*）或嚴格（即可能性門檻超過 50%，如 *the most likely cause*）之認定標準。現行各國制度多採用此方式作為因果關聯的衡量，如美國、加拿大魁北克省、英國、德國、挪威、瑞典、芬蘭、丹麥等。第二類則是以 WHO 因果關係評估標準[3]為範本，各自研擬出符合該國適用的版本。瑞士於 2016 年修定傳染病法將原由邦政府各自權掌之預防接種受害救濟制度整併入聯邦機構統一辦理後，即採用此模式[4]。第三類則偏向以醫學、流行病學證據及專家經驗綜合研判，將結果以關聯性高低區分，目前採行的國家有日本及我國。現行我國採取的是將關聯性由高至低分為三類，包括與預防接種相關、無法排除與預防接種之關聯性，及與預防接種無關。

表二、各國預防接種受害救濟制度於疑似不良反應及疫苗接種間因果關係判定原則

國家	因果關係判定原則
美國	有較多或較決定性的證據支持 ( <i>balance of probabilities</i> )
加拿大魁北克省	有較多或較決定性的證據支持 ( <i>balance of probabilities</i> )
英國	有較多或較決定性的證據支持 ( <i>balance of probabilities</i> )
德國	健康損害可能是由預防接種所造成，採較寬鬆標準 ( <i>probable cause</i> )
挪威	國家預防接種計畫內之疫苗採較寬鬆標準 ( <i>probable cause</i> )； 旅遊建議或自費接種之疫苗採較嚴格標準 ( <i>the most likely cause</i> )
瑞典	疫苗造成的受害之可能性>50% ( <i>preponderant probability</i> )
芬蘭	有較多或較決定性的證據支持 ( <i>balance of probabilities</i> )
丹麥	疫苗造成的受害之可能性>50% ( <i>preponderant probability</i> )
瑞士	以 WHO 因果關係評估標準為範本，分為： 一、因果關係一致 ( <i>consistent causal association</i> ) 二、無法確定-較可能相關 ( <i>indeterminate - likely causally related</i> ) 三、無法確定-較不可能相關 ( <i>indeterminate - unlikely causally related</i> ) 四、因果關係不一致 ( <i>inconsistent causal association</i> ) 五、無法歸類 ( <i>unclassifiable</i> )
日本	審酌醫學上之合理性、合理時間與可能性原因之比較考量做為判斷基準
臺灣	依據醫學與流行病學證據經驗，分為相關、無法排除或無關三類別



### 三、救濟給付項目及補償內容

確立因果關聯性且核予救濟後，則進入審議何種給付項目之環節。由於各國間給付名目皆有不同，所考慮的內容層面也可能因受害程度、受害年齡等而有所差異，此處僅依照各國給付項目及各項目內容定義大致區分為五大類費用，包括：因受害事件直接導致之補償，如醫療費用、傷害補償及死亡補償等；以及間接導致之損失，如生活、工作上的損失補償及心理層面的精神補償（表三）。多數國家給付費用著重於醫療、傷害上的實質給付，考量受害人當下治療所需的醫療手術費用及估算長期傷害可能的預期支出。部分國家另考量受害者及其家屬於生活經濟上之影響，依據受害者原有之工作能力及未來預估收入等，而有生活工作方面的損失補償。少數國家尚顧及心理層面影響而給予精神慰撫金，如美國及部分北歐國家。

而各國在給付金額規範及補償方式部分也因制度設計而有不同考量（表四），如美國在醫療費用請求金額沒有上限，補償方式原則上採一次性給付，然而特別主事官(special master) 可於經申請人同意下，以申請人最有利角度命其購買年金。而德國採以月給予的障礙撫卹，並訂有重度受害加給及 65 歲以上者加給。日本補償方式則多採取年金給予。我國制度則依據受害人該次受害事實所花費的醫療費用、工作損失及精神慰撫等給予一次性補償，並提供為釐清受害症狀與預防接種關聯性，所施行之合理檢查之醫療補助費用。

表三、各國預防接種受害救濟制度之救濟給付項目及補償內容

國家	醫療費用	傷害補償	死亡補償	生活補償	精神補償
美國	受害事件之醫療花費及相關費用		死亡給付	工作收入損失	精神慰撫金
加拿大魁北克省	償還醫療、復健費用	人身傷害賠償	死亡賠償及喪葬費	收入賠償；個人協助費用	-
英國	12 萬英鎊補償金				
德國	消耗品補償金	障害撫卹金	喪葬補助金；遺族撫卹金	收入損失補償金	-
挪威	其他費用	永久失能補償	-	薪水補償；生活補償	-
瑞典	醫療費用	-	死亡補助	工資賠償	非經濟損失
芬蘭	醫療及其他受害相關支出	永久外觀障礙補償；永久功能障礙補償	死亡補償	收入損失與維生費用	暫時障礙補償（慰撫金）
丹麥	健康照護費用	永久性傷害	喪葬補助	失去供給者；損失	精神慰撫金
瑞士	個人的損失補償		因公眾利益所作特別犧牲的補償		
日本	醫療費、醫療補助金	障害年金、障害兒童養育年金、護理照護補助金	死亡慰問金、喪葬費用、遺族年金、遺族慰問金	-	-
臺灣	醫療補助	不良反應、嚴重疾病或身心障礙給付	死亡給付、喪葬補助	-	-

表四、各國預防接種受害救濟制度之救濟給付金額規範及給付方式

國家	給付金額規範	給付方式
美國	1. 死亡給付有最高請求金額 2. 醫療花費及相關費用請求無上限 3. 工作收入的損失 (1) 18 歲前受害，依一般人於私人部門、非農業的平均收入，並扣除稅款及醫療保險費後計算 (2) 18 歲後受害，依真正收入計算 4. 精神慰撫金有最高請求金額	原則上以一次性支付，必要時得以購買年金或其他使用方式
加拿大魁北克省	-	年金式給付
英國	給付固定金額	一次性給付
德國	1. 障礙撫卹金依障害等級計算，65 歲以上者有額外加給 2. 收入損失補償金依受害人原工作能力和預期收入計算；若為兒童受害，參考父母或手足之工作成就計算 3. 遺族撫卹金依死者原工作能力計算，父母欲領取以年滿 60 歲或喪失工作能力者為限；子女可領取至 18 歲或完成學業前	1. 障礙撫卹金為定額給予，以月計算 2. 遺族撫卹金為定額給予，以月計算
挪威	-	-
瑞典	-	-
芬蘭	1. 生活補償依受害發生前的實際收入計算 2. 傷害補償費用依嚴重程度及受害人年齡訂定給付金額範圍 3. 暫時障礙補償依嚴重程度訂定給付金額範圍	一次性給付
丹麥	傷害補償、生活補償及精神補償均有給付金額上限	-
瑞士	1. 個人的損失補償以實際損失計算，無上限 2. 特別犧牲之補償有上限金額	-
日本	1. 醫療補助金依有無住院及住院天數分類，給付固定金額 2. 傷害補償費用均依障礙等級給付固定金額 3. 死亡補充費用均給付固定金額	1. 醫療費依實際自付額給予 2. 醫療補助金為定額給予，以月計算 3. 傷害補償費用為年金給予 4. 死亡補償費用除遺族年金外均為定額給予
臺灣	1. 醫療補助及傷害補償均有上限金額 2. 喪葬補助給付固定金額 3. 死亡給付有上限金額	一次性給付

## 討論

### 一、申請條件及疫苗涵蓋範圍之限制

世界各國的受害救濟制度，於申請條件及疫苗涵蓋範圍上多有相似之處，但仍存個別差異。探其可能原因，各國文化背景之沿革應為制度起源，依循不同歷史經驗所衍生的政策法令更是現行制度發展的準則。以美國疫苗受害救濟制度為例，其自受理申請之門檻及舉證責任之所在即與我國救濟制度有

明顯差異。美國疫苗受害申請範圍僅限符合列於疫苗傷害表 (Vaccine Injury Table) 上之疫苗種類及其對應之不良反應。且另考量行政成本，民眾於申請時須先給付申請費用，舉證責任也須由申請人承擔。而我國並無申請費用之規範，可申請疫苗種類涵蓋亦相對較廣，只要是由中央主管機關核發許可證明之疫苗皆可提出申請。此原則較接近北歐社會福利國家之制度規定，不過部分北歐國家申請之範圍尚包含仍於臨床試驗階段之疫苗。另相較德國及芬蘭分別限制受害人健康損害情事須持續 14 天或 6 個月以上[1,13]，加拿大魁北克省限定須為嚴重或永久之傷害[9]，方得申請。我國並未就所受傷害程度設立申請門檻，且由政府端承擔舉證責任，於制度面減輕受害人之負擔，以合乎受害救濟補償制度之原意，提供民眾於發現疑似不良反應情事當下或病情發展較為穩定後，能有適當且快速的管道獲得補償。

## 二、疑似不良反應與疫苗接種之因果關聯研判

各國救濟制度論及因果關聯性，主要以法學因果關係及流行病學因果關係進行審議。北歐國家及美國、英國等國家採取法學上因果認定，於受害人負責舉證後，若疫苗導致此次不良事件的可能性大於一定門檻，亦即有一定比例的關鍵性證據指向可能因接種疫苗所導致，則推定成立相關性[2,6,12]。若另以機率觀點來判斷給付準則，上述國家多以 50% 為衡量標準，少數國家如挪威及德國，因受害救濟制度採較嚴格的受理標準，於因果判斷之認定則相對寬鬆，若證據力達 30%–40% 之可能性即核予給付[1,11]。而相較於法學上的因果關係，我國採取偏向流行病學端的因果關係，以醫學上的經驗及相關研究文獻佐證後，作出關聯性高低的判斷。而在相關、無法排除及無關三個子分類中，又以無法排除的標準最難界定，若以機率觀點分析，前述各國多採 50% 為裁定基準，然此無法排除之分類機率便難以確定。而流行病學相對於法學，於判斷立論上較倚賴絕對性的證據，故若於相關及無關中特別獨立出無法排除之分類，具體標準的建立便十分關鍵。觀察近五年我國個案審議最終結果，無法排除案件之比例約占每年總審議案件的 20%，近年來隨著科技的進步使得疫苗株之鑑別診斷力大幅提升[15]，審議結果為無法排除之比重亦漸趨下降。日本與我國同採行流行病學因果關係認定，而針對因果關係標準分歧之議題，WHO 據此提出其因果關係評估標準之流程圖，將疫苗接種端情形、個案生理心理狀況及時序性等因素列入評估範圍[3]，並將結果分為與接種有無因果關係、無法確定及無法分類四個部分，此方法陸續在加拿大及瑞士獲得採用，或許此份評估檢核的內容亦可作為我國檢討因果關係標準時之參考。

## 三、救濟給付項目及其內容之差異性

於因果關係建立且核予救濟後，救濟給付項目的實質內容是受害者及其家屬最關切的。世界各國對於輕症、心理疾病、焦慮悲傷等多有不予補償之共識，於重症案件的給付及考量因素則有所差距。除英國採取個案受害程度

經職災鑑定表認定達 60% 以上損害程度，即一次性給予 12 萬英鎊的補償外[10]，多數國家皆考量醫療支出費用、傷害嚴重程度、是否為死亡個案及其他生活經濟上損失後作出補償。但如美國、芬蘭及日本等國，另將其受害年齡納入考量，依照個案成年與否（各國成年標準不盡相同），考慮其剩餘的工作能力和職業重建可能性，將既有的疾病或殘疾是否影響其工作能力一併檢視後，訂定針對工作損失及傷害障礙補償個別給付項目或量表。德國則於障礙撫卹部分明列 65 歲以上者加給之費用，皆有照顧未來生活之用意。除此之外，德國及日本於補償方式多設計為以月或年給付，雖將獲得補償的門檻設定較高，但將補償時限延長，意即保障受害程度較嚴重者往後人生的持續照顧[16]。我國補償方式雖為一次性給付，然而後續若受害者仍因傷害事實須持續就醫，仍可依新事證再次提出申請。除關懷受害者後續復原情形，亦望能藉此減緩受害者及其家屬之生活壓力。而在疫苗接種造成傷害之後，民眾普遍認為心理層面擔負的壓力不亞於生理上遭受之痛楚。然衡量心理層面之影響實為無形且抽象概念，既難以定義輕重亦難估其花費，故各國對於精神補償如何作出給付判斷較無明確說明，給付面僅美國及部分北歐國家有列出精神慰撫金之補償項目。綜觀我國救濟給付項目內容，法規範中就生理上所受傷害有依不同嚴重程度加以分類，但並未提及工作、生活面損失及心理層面之補償。惟審議小組已於救濟金額考量範圍中，兼顧不良反應與預防接種間關連性、受害程度輕重、身體與心理的短期與長期影響及受害者家庭環境等綜合因素[17]。

就給付金額多寡觀點與各國救濟制度相比，因我國絕大部分醫療費用皆已由全民健康保險支付，較難單就給付金額進行比較。而近年來為呼應社會期待，各項目之給付金額範圍皆已調高上限，然欲再提高給付金額，仍應先就我國預防接種受害救濟基金收支作財務影響評估，避免基金收支失衡[18]。而如美國給付金額之計算方式多採類似法院侵權行為損害賠償，其醫療花費及相關費用請求並無上限，這類作法未必適用於我國。另觀察我國自開辦以來申請案救濟給付情形可發現，救濟金額多有浮動，然而時空背景不同，醫療技術進步及研究突破雖有助於部分案件之因果關係判斷更為精確，救濟給付金額仍需待未來檢討時明訂給付項目定義，並確立個別項目的金額計算方式，方能於基金收支及民眾期待之天平兩端取得平衡。而從給付項目上，顯示我國在內容中較未提及生活工作上損失及心理層面補償這部分，也因此有較多質疑聲音在於我國並未提供這部分的救濟認定，或許未來在思索給付內容時，除原先考量個案本身之嚴重程度及其未來發展外，是否須明文論及生活及精神補償亦可納為討論之重點。



## 結論

本文參考各國制度及觀察我國審議情形後初步歸納，我國於申請門檻雖相較其他國家並無特別條件限制，然而於關聯性判斷上因參採醫學、流行病學證據及相關經驗等眾多因素，衡量過程相對謹慎，後續救濟給付金額內容則未明確敘明考量範圍；又細部觀察因果認定基準後，可發現我國對於因果關係判定標準尚未明文呈現。如此一來，當民眾有疑因接種疫苗之受害情事發生，雖就補償有便捷之申請管道卻可能對於判斷標準及給付內容產生疑慮。未來在評估我國受害救濟制度之時，當務之急，應先就因果關係認定原則及給付項目中已實質包含卻未敘明之救濟內容進行檢討，以利此制度發揮最初價值並能長遠發展。

## 參考文獻

1. 疾病管制署：赴德國考察預防接種受害救濟制度。取自：<https://report.nat.gov.tw/ReportFront/PageSystem/reportFileDownload/C10303102/001>。
2. Looker C, Kelly H. No-fault compensation following adverse events attributed to vaccination: a review of international programmes. *Bull World Health Organ* 2011; 89: 371–8.
3. World Health Organization. Causality assessment of adverse event following immunization (AEFI): user manual for the revised WHO classification. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80670/9789241505338\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80670/9789241505338_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
4. 疾病管制署：赴瑞士考察疫苗接種政策與預防接種不良反應通報及救濟體系。取自：<https://report.nat.gov.tw/ReportFront/PageSystem/reportFileDownload/C10502955/001>。
5. 何建志：台灣 H1N1 疫苗接種後不良反應事件之因果關係：科學不確定性與法律舉證責任。《法律與生命科學》2010；4(1)。
6. 邱玟惠：由美、日經驗檢討我國預防接種救濟制度：從 H1N1 新型流感疫苗談起。《臺大法學論叢》2011；40(2)：629–705。
7. Kutlesa NJ. Creating a Sustainable Immunization System in Canada-The Case for Vaccine-Related Injury Compensation Scheme. *Health Law J* 2004; 12: 201–42.
8. 疾病管制局：美國疫苗副作用之監測、通報系統及疫苗接種安全之調查與研究。取自：<https://report.nat.gov.tw/ReportFront/ReportDetail/detail?sysId=C09602408>。
9. 疾病管制局：考察先進國家預防接種不良反應通報及救濟體系（加拿大）。取自：<https://report.nat.gov.tw/ReportFront/PageSystem/reportFileDownload/C10104324/001>。
10. 疾病管制局：考察先進國家預防接種不良反應通報及救濟體系（荷蘭、英國）。取自：<https://report.nat.gov.tw/ReportFront/PageSystem/reportFileDownload/C10002968/001>。

11. 疾病管制署：赴挪威丹麥考察預防接種不良反應通報及救濟體系。取自：  
<https://report.nat.gov.tw/ReportFront/PageSystem/reportFileDownload/C10403224/001>。
12. Hodges C. Nordic compensation schemes for drug injuries. J Consum Policy 2006; 29: 143–75.
13. 疾病管制署：考察先進國家預防接種不良反應通報及救濟體系（芬蘭）。取自：  
<https://report.nat.gov.tw/ReportFront/PageSystem/reportFileDownload/C10203947/001>。
14. 疾病管制局：日本預防接種受害救濟體系考察。取自：<https://report.nat.gov.tw/ReportFront/PageSystem/reportFileDownload/C10004363/001>。
15. 詹珮君、黃偉倫、王貴鳳等：卡介苗接種不良反應之主動監控。疫情報導 2012；28(2)：21–7。
16. 衛生福利部疾病管制署 105 年委託科技研究計畫：因接種疫苗受害救濟給付原則研究。
17. 衛生福利部疾病管制署 104 年委託科技研究計畫：因接種卡介苗受害之預後追蹤調查暨受害救濟給付原則研究。
18. 陳毓翎、黃頌恩、鄭安華等：德、芬、臺預防接種受害救濟制度比較與省思。疫情報導 2015；31(18)：450–7。

## 疫情概要：

國內登革熱本土流行風險持續降低，目前僅台中市仍有零星病例發生。全國類流感門急診就診人次仍處低點；社區流感病毒持續低度活動，近3週社區H1N1及H3N2流感病毒同時流行。

鄰近我國之部分東南亞國家及中國大陸登革熱疫情仍處高峰或流行期。近期北半球溫帶地區國家流感活動度仍維持低水平，僅加拿大已超過流行閾值；目前各國流行病毒型別以H1N1為主，惟日本、新加坡及歐洲國家為H1N1及H3N2共同流行。中國大陸廣西壯族自治區新增H5N6流感病例，旅遊疫情建議已列為第二級警示(Alert)。剛果民主共和國近期半數死亡病例發生於社區，WHO表示病例數可能進一步增加，維持該國國內及區域傳播風險為非常高。以色列今年麻疹累計病例數明顯高於前三年，基於當地感染風險提高，我國11/6提升該國麻疹旅遊疫情建議至第一級注意(Watch)。

## 一、登革熱

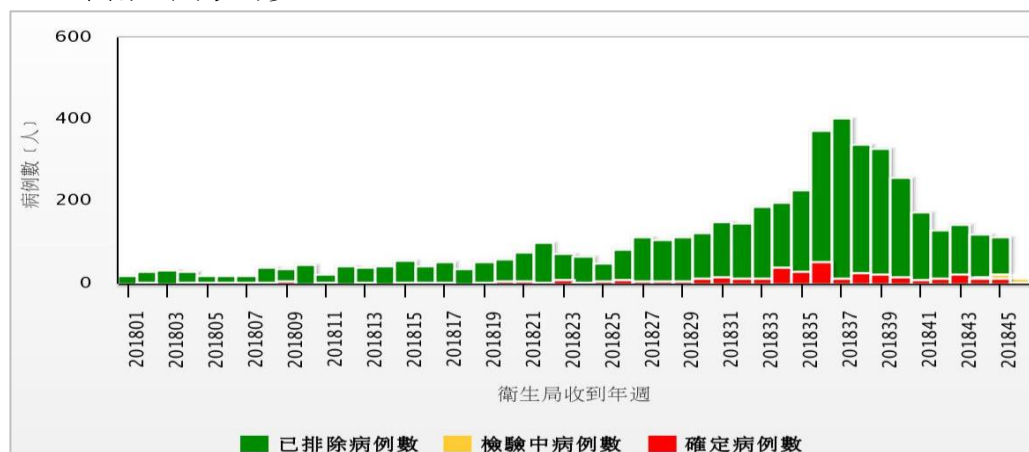
## (一) 國內疫情

## 1. 本土病例

(1) 第44-45週共新增6例，均為台中市個案；今(2018)年全國截至11/12累計175例，個案居住地分布於8個縣市，分別為台中市107例、新北市43例、高雄市11例、彰化縣8例、台北市及嘉義縣各2例、桃園市及台南市各1例。

(2) 台中市太平區原風險區頭汴里持續新增病例；另新增東和里咬人狗坑群聚點。

2. 境外移入病例：今年截至11/12累計276例，90%以上病例感染地為東南亞國家。近一個月境外移入病例感染國家以越南、柬埔寨及菲律賓等東南亞國家為多。



圖一、2018年登革熱病例通報趨勢

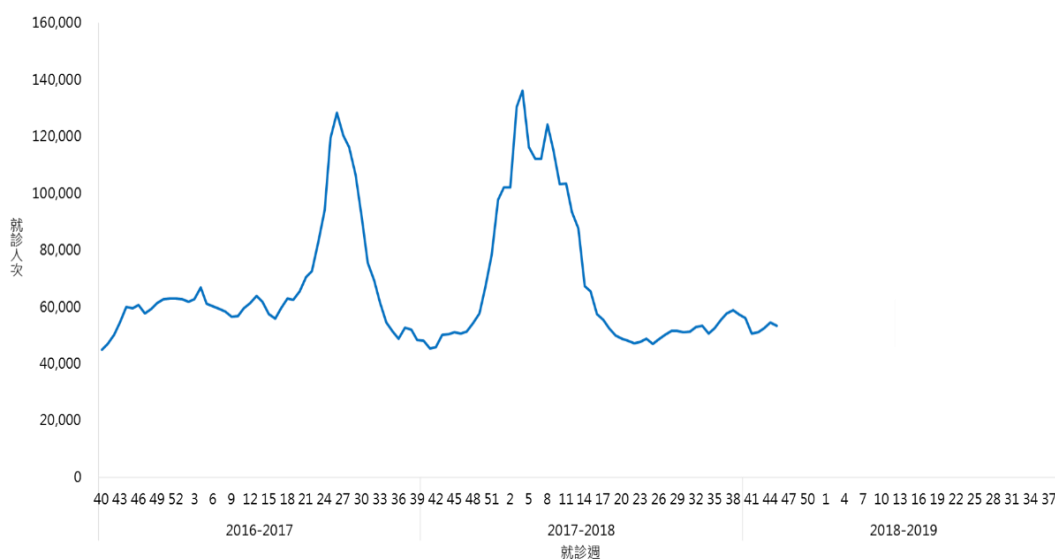
## (二) 國際疫情

國家 \ 趨勢	疫情趨勢	2018年		
		截止點	報告數(死亡數)	備註
中國大陸	處高峰	9/30	2,430(0)	
越南	緩升，處高峰	10/27	77,355(11)	
馬來西亞	上升，處流行期	11/3	62,974(108)	
泰國	緩降，處流行期	11/5	71,976(92)	高於去年同期
柬埔寨	緩降，處流行期	10/27	7,622	高於去年同期
寮國	下降	10/27	5,300(14)	
斯里蘭卡	持平，處低水平	11/9	41,966	
新加坡	持平，處低水平	11/3	2,420	

## 二、流感

### (一) 國內疫情

1. 流感輕症：全國類流感門急診就診人次仍處低點；第 45 週類流感門急診就診計 53,260 人次，近 2 週持平。
2. 流感併發重症：自今年 10/1 起至 11/12 累計 56 例流感併發重症病例，感染型別以 H3N2 為主（35 例，佔 63%）；4 例死亡（3 例感染 H1N1、1 例 H3N2）。
3. 近 4 週累計 16 起流感群聚案件，以人口密集機構（8 起）及校園群聚（7 起）為多。
4. 社區流感病毒持續低度活動，近 3 週社區 H1N1 及 H3N2 流感病毒同時流行。



圖二、近三個流感季類流感門急診就診人次監測



## (二) 國際疫情

趨勢 國家	2018-2019流感季			
	活動度	週別	監測值	近期流行型別
加拿大	上升，高於流行閾值	第44週	陽性率：7.7%	H1N1
中國大陸	南方處低水平	第44週	南方陽性率：1.7%	H1N1
	北方處低水平		北方陽性率：0.8%	H1N1
香港	處低水平	第44週	陽性率：3.01%	H1N1
新加坡	處低水平	第44週	陽性率：23.8%	H3N2、H1N1
日本	處低水平	第44週	定醫平均報告數：0.21	H1N1、H3N2
韓國	處低水平	第44週	門診就診千分比：5.7‰	H1N1
美國	處低水平	第44週	陽性率：0.9%	H1N1
歐洲	處低水平	第44週	定點陽性率：1.7%	H1N1、H3N2

## 三、剛果民主共和國伊波拉病毒感染疫情

- (一) 北基伍省及伊圖里省 5/11–11/11 累計 333 例(295 例確診、38 例極可能；另有 49 例疑似病例待調查)，其中 209 人死亡，為該國迄今最高病例數。
- (二) 今年 8/8 起已累計 28,991 人接種實驗性疫苗(rVSV-ZEBOV)。
- (三) 調查顯示疫情熱點貝尼(Beni)有許多病人並未被轉至治療中心，當局對此實行新的監控策略，透過走訪醫療機構主動發現病例，使近日疑似病例顯著增加，另加強宣導及推動疫苗接種等措施，以防範疫情擴散。
- (四) 世界衛生組織(WHO)表示近期半數死亡病例發生於社區，病例數可能進一步增加；另疫苗接種範圍已擴大至鄰國烏干達的前線醫護人員。WHO 表示將持續加強貝尼及布滕博地區防疫措施，並於 11/6 公布最新評估，維持剛果民主共和國國內及區域傳播風險為非常高，國際為低。

## 四、人類新型 A 型流感—H5N6 流感

- (一) 中國大陸：新增 1 例，為廣西壯族自治區河池市 44 歲男性，10/18 發病，10/21 住院治療，10/27 死亡，未曾接觸活禽。
- (二) 全球：自去(2017)年 10 月至今累計 5 例，分布於中國大陸廣西壯族自治區、福建省及廣東省；全球自 2014 年迄今累計公布 22 例，15 例死亡，均發生於中國大陸。
- (三) WHO 於 11/2 表示 H5N6 流感雖可引起人類嚴重疾病，惟目前人類病例仍屬少見，且未有人傳人病例，評估國際間傳播風險為低。

五、以色列麻疹疫情：今年截至 10 月底累計逾 1,100 例，多數病例分布於耶路撒冷區，主因為首都及周邊地區疫苗覆蓋率低所致，當局持續呼籲民眾接種疫苗；2015–17 年每年約 10–80 例。基於當地感染風險增加，我國 11/6 提升以色列麻疹旅遊疫情建議至第一級注意(Watch)。

## 六、旅遊疫情建議等級

疫情	國家／地區		等級	旅行建議	發布日期
新型 A 型流感	中國大陸	廣東省、安徽省、福建省、北京市、廣西壯族自治區	第二級 警示(Alert)	對當地採取加強防護	2018/8/21
		其他省市，不含港澳	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2018/8/21
登革熱	東南亞地區 9 個國家：印尼、泰國、新加坡、馬來西亞、菲律賓、寮國、越南、柬埔寨、緬甸 南亞地區 1 個國家：斯里蘭卡		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2016/8/16
麻疹	亞洲國家：中國大陸、印尼、印度、泰國、哈薩克、菲律賓、以色列；非洲國家：剛果民主共和國、獅子山、奈及利亞、幾內亞；歐洲國家：義大利、羅馬尼亞、烏克蘭、希臘、英國、塞爾維亞、法國、俄羅斯、喬治亞；美洲：委內瑞拉、巴西		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2018/11/6
中東呼吸 症候群冠狀 病毒感染症 (MERS-CoV)	沙烏地阿拉伯		第二級 警示(Alert)	對當地採取加強防護	2015/6/9
	中東地區通報病例國家：阿拉伯聯合大公國、約旦、卡達、伊朗、阿曼、科威特		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2015/9/30
小兒麻痺症	巴基斯坦、阿富汗、奈及利亞		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2015/12/1
茲卡病毒 感染症	亞洲 5 國、美洲 21 國／屬地、大洋洲 3 國／屬地、非洲 2 國		第二級 警示(Alert)	對當地採取加強防護	2018/10/30
	亞洲 7 國、美洲 21 國、非洲 10 國、大洋洲 2 國		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2018/10/30
拉薩熱	奈及利亞、貝南共和國		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2018/2/13

粗體字：建議等級調整

(續上頁表格) 國際間旅遊疫情建議等級表

疫情	國家／地區	等級	旅行建議	發布日期
黃熱病	巴西	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2017/1/17
霍亂	葉門、索馬利亞	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2017/8/15
白喉	印尼、葉門	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2017/12/26
伊波拉病毒感染	剛果民主共和國	第二級 警示(Alert)	對當地採取加強防護	2018/5/15
德國麻疹	日本	第二級 警示(Alert)	對當地採取加強防護	2018/10/25

**粗體字：**建議等級調整

創刊日期：1984 年 12 月 15 日

出版機關：衛生福利部疾病管制署

地 址：臺北市中正區林森南路 6 號

電 話：(02) 2395-9825

發行人：周志浩

總編輯：林詠青

執行編輯：陳學儒、李欣倫

網 址：<http://www.cdc.gov.tw/>

文獻引用：[Author].[Article title].Taiwan Epidemiol Bull 2018;34:[inclusive page numbers].[DOI]