

### 台灣現行預防接種受害救濟體系介紹及制度改善初探

王秉誠\*

#### 摘要

為了因應 1986 年，台灣桃園地區發生口服小兒麻痺疫苗後造成小兒麻痺症之案例，前行政院衛生署 1988 年 6 月設立預防接種受害救濟基金，並於 1989 年由預防接種諮詢小組召開第一次會議審議，後自 1992 年起，設置獨立審議小組進行審議。本制度設立之宗旨，係期望民眾若有因預防接種而致死亡、障礙、嚴重疾病及其他不良反應等傷害時，能經由專業審議，快速獲得合理的救濟，消除民眾對預防接種可能導致副作用之疑慮，維持高預防接種率。本篇除介紹我國預防接種受害救濟制度外，亦評估現行制度並提出未來改善建議。

**關鍵字：**預防接種受害救濟

衛生福利部疾病管制署企劃組  
投稿日期：2014 年 09 月 23 日  
接受日期：2015 年 04 月 27 日

通訊作者：王秉誠\*  
E-mail：unique01ping@gmail.com  
DOI：10.6524/EB.20150922.31(18).001

# 德、芬、臺預防接種受害救濟制度比較與省思

陳毓翎<sup>1\*</sup>、黃頌恩<sup>2</sup>、鄭安華<sup>1</sup>、簡大任<sup>1</sup>

## 摘要

預防接種具有增進族群免疫之莫大公共衛生利益。面臨疫苗副作用傷害事件此一不可避免的代價，基於公益考量，許多先進國家爰配合社會福利體系，建立預防接種受害救濟制度。德國引據「特別犧牲補償請求權」理念，為全球首創預防接種受害救濟制度之福利國家；芬蘭亦為典型福利國家，惟其受害救濟機制，係由藥商公會設立藥害救濟保險，以商業保險之型態分擔藥品(包含疫苗產品)使用者因副作用發生傷害事件之風險；我國則是藉由向疫苗供應商課徵預防接種受害救濟基金，於衛生福利部下設專業且公正之受害救濟審議小組進行審議，同時以衛生行政資源協助民眾舉證受害事實。本文分析比較德國、芬蘭與我國預防接種受害救濟制度設計，並針對其中有關審議與救濟對象之取捨、因果關係證明準則，以及細分給付項目等關鍵議題，提出對於我國現狀之反思，最後建議未來對於相關政策之發展，可引進社會福利體系之資源，審慎衡平各方利益與回應民眾期待，凝聚社會共識後做出選擇，以發揮該制度的公益價值。

**關鍵字：**預防接種；疫苗；受害救濟；疫苗不良反應；藥害救濟保險

## 前言

預防接種除可提高個人對抗特定疾病之免疫力，當民眾均響應接種政策時，因此獲得之族群免疫(herd immunity)效果，更具有增進社會整體防治傳染病之莫大效益。預防接種既兼具利己以外，更能利他之公益價值，當發生極少數人因預防接種副作用受害時，此種「集體預防接種上不可避免的代價(unavoidable cost of mass inoculation)」[1]，相較於藥物傷害或醫療事故傷害等個人層次之損害填補，自需建立一個更符合社會價值期待之受害救濟制度，以妥善補償因預防接種受害者之損失。

我國在 1988 年即由當時之衛生署設立預防接種受害救濟基金，隨後成立專業且獨立運作之受害救濟審議小組。觀其制度緣由，在於當民眾疑似發生預防接種之嚴重副作用時，得透過便捷之申請管道，由政府協助調查蒐證，並送請專業且公正之專家團體加以審議，以釐清受害事實與疫苗的因果關聯；當確認損害為疫苗

<sup>1</sup> 衛生福利部疾病管制署企劃組

通訊作者：陳毓翎

<sup>2</sup> 衛生福利部疾病管制署東區管制中心

E-mail：yulingchen@cdc.gov.tw

投稿日期：2014 年 12 月 15 日

DOI：10.6524/EB.20150922.31(18).002

接受日期：2015 年 01 月 09 日

所引起，即可迅速得到合理補償。又該制度之特色，在於無論過失責任之審議與補償(no-fault compensation)，以及政府主動協助受害民眾調查受害事實之作法，相較於傳統司法救濟途徑，民眾極易因為無法自行舉證受害係為任一方過失所致而遭致敗訴之情形，更可加快解決爭議，有效填補受害人損失，扶助其儘速回復正常生活。此外，我國受害救濟制度之另一特點，在於申請受害救濟者，如認其受害事實係肇因於他方之故意或過失，仍得就同一受害事實向第三人求償或申請國家賠償，相關救濟權利並不因此受影響。

衡諸世界上建立受害救濟制度之先進國家中，以德國為此制度之先驅。德國於1961年即創造「特別犧牲補償請求權」之概念，立法由政府擔負對受害民眾救濟之責；而芬蘭、瑞典等北歐福利國家之制度，則是源於產業界商業保險之風險分攤概念，由藥商公會自主成立受害補償保險基金。本文乃比較分析我國與德國、芬蘭之預防接種受害救濟制度異同，據以提出觀察心得，並對我國制度現況提出反思。

## 材料方法

參考現有文獻評述各國預防接種受害救濟制度之作法[2-4]，本文將從以下面向探究比較德國、芬蘭與臺灣制度之異同：歷史緣起(historic development)、行政主體與經費來源(administrative entity and funding)、救濟資格與疫苗涵蓋範圍(eligibility and vaccine covered)、作業與決策流程(process and decision-making)、因果關係證明原則(standard of proof)、補償項目(elements of compensation)、訴訟權利(litigation rights)、補償比率(claims compensated)。

表一、德國、芬蘭、臺灣預防接種受害救濟制度比較

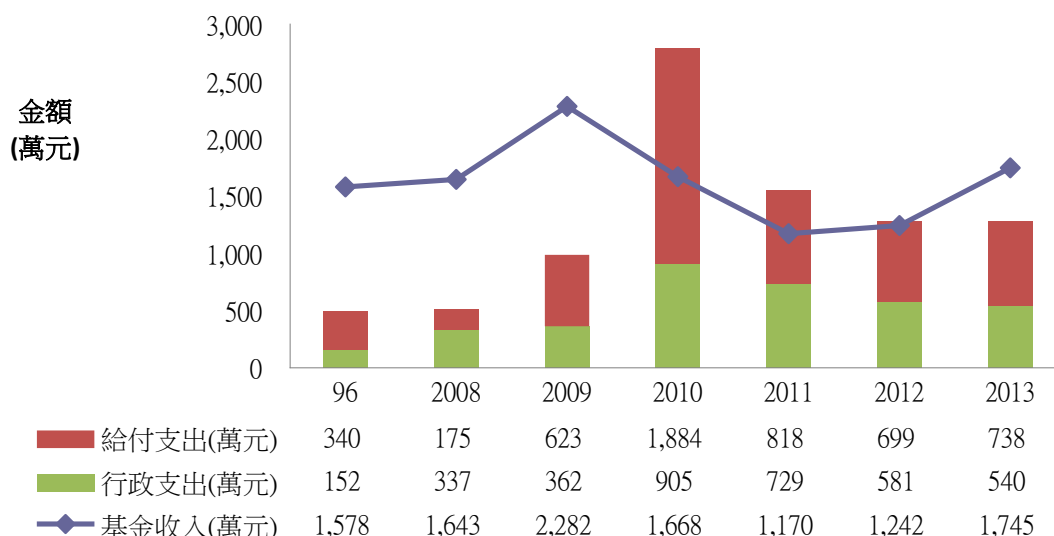
	德國	芬蘭	臺灣
歷史緣起	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1953年一名強制接種天花疫苗受害者，經聯邦普通最高法院肯認有「特別犧牲補償請求權」(Aufopferungsanspruch)，應由政府補償其損失[5]。</li> <li>• 1961年聯邦政府立法，應由各邦政府負擔預防接種受害補償責任。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1984年，仿效鄰國瑞典，由各藥商公司自主加入「芬蘭全國藥商同業公會」(Finnish Co-operative for Pharmaceutical Injury Indemnities)，以共保聯營(Pooling)方式，向保險公司購買藥害救濟保險。2012年公會改自行出資設立專營保險公司。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1986年一名男童接受口服小兒麻痺疫苗後出現類似小兒麻痺症狀，引起社會關注。</li> <li>• 1988年衛生署設立預防接種受害救濟基金，並於1992年設置「衛生署預防接種受害救濟審議小組」，獨立進行案件審議工作[6]。</li> </ul>

(續上表 1)表一、德國、芬蘭、臺灣預防接種受害救濟制度比較

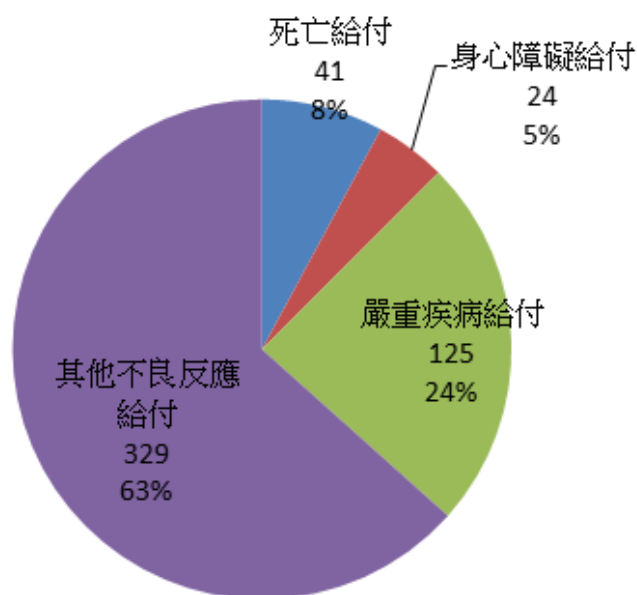
	德國	芬蘭	臺灣
行政主體與經費來源	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 聯邦政府「人類傳染病防治法」(IfSG, Infektionsschutzgesetz)規定,由各邦政府依「聯邦撫卹法」(BVG, Bundesversorgungsgesetz)所訂定統一給付標準,負擔受害救濟責任[7]。邦政府每年編列公務預算支付救濟金。</li> <li>• 以柏林邦 340 萬人口為例,是由「衛生與社會事務局」(LAGeSo, Startseite Landesamt für Gesundheit und Soziales)的救濟服務部門受理,2012 年支出 538 萬歐元(相當於新臺幣 2 億 1,520 萬元)之預防接種受害救濟金[8]。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 公會設立的「芬蘭藥害救濟相互保險公司」受理受害案件、核付救濟金及管理保險基金。</li> <li>• 保險基金財源來自各藥商依照其淨收益所繳交之保險費。</li> <li>• 經估算,2013 年芬蘭藥害救濟保險之基金規模約為 480 萬歐元(相當於新臺幣 1 億 9,200 萬元),約其藥業 0.24% 之淨收益總合。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 衛生福利部設置預防接種受害救濟審議小組獨立審議受害案件,小組委員 19—25 人,由外聘之醫學、法律與社會公正人士兼任,並由疾病管制署作為審議小組之幕僚執行單位。</li> <li>• 由疫苗製造或輸入廠商按疫苗封緘數量繳交之每人劑新臺幣 1.5 元之徵收金,挹注預防接種受害救濟基金。目前基金之規模約在新臺幣 1 億 5 千萬元,近 5 年之收支情形勉可維持平衡,如圖一。</li> </ul>
救濟資格與疫苗涵蓋範圍	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 為預防傳染病目的,依政府當局建議,或依法令接種之疫苗、被動免疫等預防性投藥,而造成健康和經濟上的損害時,可提出申請。</li> <li>• 健康損害情形需持續 6 個月以上[9]。</li> <li>• 為延續對前東西德分裂時期預防接種受害人的保障,不設申請年限[10]。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 依據芬蘭「醫藥條例」(Medicines Act),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[11]。</li> <li>• 健康機能喪失持續 14 天以上或有永久損害。</li> <li>• 申請資格限於知悉受害情事 3 年內或接種後 10 年內。</li> <li>• 受害導因於不當之醫療措施(芬蘭另有病人傷害保險)或錯誤使用時,不予給付。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 只要是接種經食品藥物管理署核發上市許可或核准專案進口的疫苗,均可申請。</li> <li>• 本人或母體疑因預防接種而受害者可提出申請,申請資格未設限於嚴重受害者,但對於常見、輕微或可預期之預防接種不良反應,或非因預防接種目的使用疫苗所生損害,不予給付。</li> </ul>
作業與決策流程	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 以德國柏林邦做法為例,係由「衛生與社會事務局」底下之救濟服務部門受理並初篩資格,再送至衛生事務部門,由內部的醫療專家,依「聯邦撫卹法」授權之「救濟醫療辦法」(VersMedV, Versorgungsmedizin-Verordnung)規定評估程序與障礙分級標準,來認定受害因果關係及健康損害情形,再由救濟服務部門通知申請人核定結果及辦理後續救濟金發放,審核單位或申請人也可另請外部醫療專家依相同程序與標準提供意見。</li> <li>• 為求評估作業之效益,建議受害人待症狀明朗後再提出申請。</li> <li>• 地方當局應於 1 年內完成個案審定,但常會超過審核時限。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保險公司依受理之申請書調閱病歷,送請外部 1 或 2 位醫學專業領域的醫師提供專家意見,依其建議擬定補償決定。</li> <li>• 同意補償者,其決定書中會附上補償金額和可享有之福利範圍,以及後續請款時須檢附之收據及所受損失證明。若同意核予之補償種類為暫時障礙補償費用,則會在通知時逕予撥付申請人。</li> <li>• 為求評估效益,建議受害人待症狀明朗後再提出申請。</li> <li>• 對於理賠決定所依據之受害事實有惡化或改變者,可提供相關新事證(或取得管道)要求保險公司調查且重新認定。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 各地衛生局協助將申請案連同調閱之病歷送交疾病管制署委託之法人團體,受理並進行申請資格初篩,再將個案資料送請 2 位審議小組中的醫療專業委員撰寫受害因果關係及健康損害情形初審意見,提至審議小組會議上討論,認定受害事實之因果關係及決定給付金額。</li> <li>• 經審定之個案,如受害症狀與程度尚未明朗者,審議小組會請衛生單位主動追蹤,再視後續健康情形變化決定是否增加給付;經審定之案件,受害人健康情形如有惡化,亦可再提出申請。</li> <li>• 審議小組應於衛生局調齊病歷送交中央後之 6 個月內完成審定。依現況,從民眾提出申請至獲知審議結果,平均為 6 個月左右。</li> </ul>

(續上表 2)表一、德國、芬蘭、臺灣預防接種受害救濟制度比較

	德國	芬蘭	臺灣
因果關係證明原則	<ul style="list-style-type: none"> <li>當健康損害超過 5 成之機會可能為預防接種所致，即認定具因果關係。</li> <li>遇到當前醫學知識難以解釋之受害案件，地方可上呈邦政府辦理救濟事務之最高機關，審酌醫學不確定性後從寬認定。</li> <li>經認定有因果關係者，不論關聯性強，適用一致之給付標準[12]。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>預防接種必須是經觀察所有受害原因中，最可能的主因(the most likely cause of the injury; balance of probabilities[3])。反之，如果接種所致傷害的可能性未高於其他可能的原因，此時兩者之間的因果關係程度低(merely possible)，將不予補償。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>依據醫學與流行病學證據經驗等，區分為關聯性較強之「與預防接種相關」，和關聯性較弱之「無法排除與預防接種之關聯性」2 種關聯程度。</li> <li>後者「無法排除關聯性」之情形，救濟給付金額範圍較前者「與預防接種相關」為低。</li> </ul>
補償項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>依照健康損失和經濟損失程度，分級給予補償，但不給付受害者本人或死者遺族精神慰撫。</li> <li>聯邦政府立法制定統一的救濟標準，各邦政府依個案實際情形分成 5 種非互斥的金錢補償項目，按月定額給付受害人或遺族，如表二。</li> <li>除金錢補償外，亦支付補償金給國家健保，以提供受害人相關醫療、復健及居家照護服務[13]。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>經認定有因果關係者補償受害人在健康與經濟方面之相關支出與損失，但有每人 2 百萬歐元之補償上限。</li> <li>依傷害責任法案所列補償種類[14]，及交通事故委員會所訂標準，分 6 種給付項目（部分互斥），保險公司經評估後分級給予一次性定額補償金，如表三。</li> <li>因社會福利佳，受害致死，無須再發給遺族撫恤金。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>除依前述關聯程度，再依照症狀嚴重程度分為「死亡給付」、「障礙給付」、「嚴重疾病給付」、「其他不良反應給付」五種給付級距，同時考量前述因果關係強度，核予一次給付 (lump sum payment)。</li> <li>其他認定無因果相關案件，則審酌給予醫療或喪葬費用補助。</li> <li>核定給付金額時，亦審酌受害個案可能的經濟損失與對本人或家屬的精神慰撫。</li> </ul>
訴訟權利	<ul style="list-style-type: none"> <li>申請受害救濟不影響受害人向第三人求償或申請國賠之權利，但邦政府之撫卹可衡酌扣除第三人應賠付之金額[15]。</li> <li>對於邦政府所認定之受害因果關係不服者，向社會法院提起救濟；對於給付有爭議者，向行政法院提起救濟[16]。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>因醫療過失受害者，另有醫療意外事故保險，不在本保險補償範圍內。</li> <li>對於保險公司之認定若有不服，可向「芬蘭金融申訴監察局」所屬「保險投訴委員會」申請審議；依仲裁法規定跟保險公司進行協商；向地方法院起訴保險公司等，共有 3 種救濟途徑。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>未限制申請受害救濟之受害人依同一受害事實向第三人求償或申請國家賠償之權利。</li> <li>審議小組所做成之決定為行政處分，不服者可提起訴願、行政訴訟。</li> </ul>
補償比率	<ul style="list-style-type: none"> <li>以柏林邦為例，近 5 年接獲的申請案件，每年約有 5-14 件，其中僅 3-5 件申請案可獲得補償，核定之補償比率約在 30%。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>藥商公會新成立之藥害救濟保險公司自 2012 年以來所收到的預防接種受害案例僅個位數。</li> <li>芬蘭政府 2009 年採購且建議民眾接種 GSK Pandemrix® H1N1 疫苗，導致嗜睡症發生率增加[17]，其 184 件相關受害申請案之核定補償率約 68%[18]。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>我國 1989 年至 2013 年期間，共審議 1,340 件，其中核定救濟者 519 件，核予救濟比率 38.7%，又 519 件救濟案之給付級距種類分布比率如圖二。</li> </ul>



圖一、我國預防接種受害救濟基金近5年收支情形 資料來源：決算書



圖二、我國1989至2013年間，計519件獲得救濟案之給付種類分布

表二、德國預防接種受害救濟之給付項目

補償金給付項目	內容
1.障害撫恤金	依所區分之10個障礙等級(10%–100%)，受害程度在30%以上者可每月領取129–679歐元，至完全康復為止，65歲以上每月加發26–40歐元；屬於100%障礙等級者，再依據6個重度分級，每月加發78–484歐元。
2.收入損失補償金	領取金額因人而異，會依據受害人先前之工作能力及預期收入來評估，有月領2,011歐元之40%障礙等級者，也有因障礙等級達100%，無法工作而月領4,300歐元者。
3.消耗品補償金	補償受害者使用護具或相關衣物之耗損，此項目源自戰爭撫卹之歷史。
4.遺族撫恤金	受害致死，配偶或登記同居人每月有408歐元之配偶撫恤金。所有遺族另可按照死者工作能力，領取每月定額之遺族撫恤金，惟父母以年滿60歲或喪失工作能力為限；子女則領取至滿18歲或完成學業(27歲以下)止。
5.喪葬補助金	定額給付，因預防接種受害致死者可領取1,640歐元，致傷者於死亡時則可領取821歐元。

表三、芬蘭藥害救濟給付項目

保險給付項目	內容
1. 醫療及其他受害 相關支出	指公共照護以外須由受害人自行負擔的病床、門診、醫生診察、實驗室檢查，藥物及物理治療等醫療費用，以及因治療衍生之旅費、住院以外期間諸如衣物損耗或因此增加的居家照護支出等開銷。
2. 收入損失與維生 費用	按照實際收入損失計算，評估範圍包括受害前的薪資水準、受害後剩餘的工作能力、職業重建(vocational rehabilitation)的可能性、其他既有疾病或殘疾對工作能力的影響、改以兼職或創業所賺取的收入等。另會扣除其他傷病保險、勞退金或年金制度可領到的每日津貼和退休金。
3. 暫時障礙補償	2006 年以前稱作慰撫金(pain and suffering)，目的是為補償受害者在受傷害急性期所造成的精神痛苦，所訂一次性補償，在 2006 年後則改稱暫時障礙補償。依嚴重程度分為 6 組金額級距，從「微小傷害」之不予補償至「異常嚴重傷害」之上限 20,500 歐元。倘受害情形轉為慢性，則改以永久傷殘之補償。
4. 永久外觀障礙 補償	若是導致疤痕等外觀的永久殘缺，會以外觀殘缺之程度、形狀、顏色、位置，和疤痕的可見性，分為 5 組金額級距斟酌給付，從「輕微」之下限 800 歐元至「異常明顯」之上限 23,600 歐元。又年幼者補償金額會少於年長者。
5. 永久功能障礙補償	依芬蘭社會事務健康部對於永久障礙（殘障）規定細分為 20 個障礙級別定額給付，從級別 1 之 3,500 歐元至級別 20 之上限 105,000 歐元。未成年人給付額度為前述成年人額度的一半。
6. 死亡補償	受害致死，並不支付家屬精神慰撫金，僅支付喪葬費和相關購置墓地、棺木、墓碑、殯葬服務、鮮花、刊登報紙廣告和孝服等費用。領取相關補償之請求權人僅限於受到死者實際撫養者，如其配偶、未成年或未滿 21 歲仍在就學之子女，且須先扣除依其他社會福利所得之家庭津貼或補助金。

## 小結

綜觀以上三種制度，德國基於社會國之治理原則[19]，固有完善之社會福利措施，加以認為預防接種受害，應由國家給予特別犧牲補償，因此，預防接種受害人可獲得相當完善的照護服務與補償金。芬蘭與德國相仿，為典型的福利國家，其藥害救濟保險亦屬社會福利以外之補充保險，惟其制度係源於藥商自主繳交保險費而成立，以求共同分攤藥品及疫苗產品之副作用風險。

在我國，囿於政府在衛生福利預算相當有限，此制度自難比擬德國和芬蘭，得以高稅賦支撐高規格之救濟支出。然而我國預防接種受害救濟制度的特點，卻在於能結合有限的社會與政府資源，提供民眾基本的救助：一方面藉由疫苗供應商繳納徵收金，建立財源穩定之預防接種受害救濟基金；另一方面運用政府衛生體系之行政資源，協助民眾舉證受害事實與評估損害情形；同時，透過兼聘醫、法界專家及社會公正人士，建立專業且公正之審議小組進行審議，如此，完整建立起獨具特色的救濟審議制度。

## 討論

### 審議與救濟對象之取捨

芬蘭與德國的預防接種受害救濟，均限制受害人之症狀須持續 14 天或 6 個月以上，才可申請；雖然每年受理案件數量相當少，但經受理之申請案，個案平均審議期間多在 1 年以上，所獲之救濟金及後續照護也相當寬厚。而對照我國，「預防接種受害基金徵收及審議辦法」雖已明定，對於輕微、常見或可預期之接種不良反應，不予救濟，但尚未排除輕症個案之申請。雖然經過審議程序後，部分極輕微的受害案件會被排除救濟，然而如同圖二所示，我國歷年核予救濟之案件中，仍以受害程度未及嚴重疾病之「其他不良反應給付」案件類型，占最大宗(63%)；而此項目歷年給付之總金額則占有救濟給付項目金額（不含補助項目）之 10%。由此可見，目前我國預防接種受害救濟制度之審議資源，主要投注於未及嚴重程度之相對輕症受害案件上。

鑒於輕症案件之受害因果關聯與損失情形本較易辨明，又為能儘速釐清受害原因及提供社會大眾疫苗安全性資訊，我國不同於芬蘭和德國，並未鼓勵受害人待症狀明朗後再提出申請，且案件之審議效率亦佳，從民眾交付衛生局申請書到獲知審議結果，平均期間為 6 個月，僅芬蘭和德國之一半。惟為減輕受害人因病況惡化須再反覆提起申請之不便，且顧及救濟審議之成本效益，近年我國審議小組在審議諸如兒童因接種卡介苗致骨炎/骨髓炎(BCG osteitis/osteomyelitis)等較病程長，或是病因較為複雜難辨之受害案件，亦於審議實務上，增加由衛生單位主動追蹤個案後續病況，以利重新審視是否須增加救濟給付等立意良善之作法。

是以，綜觀我國受理案件多為相對輕症之特點，以及近年針對嚴重複雜案件強化審議品質之趨勢，未來我國救濟制度在審議資源分配，究係維持以較寬鬆之受理範圍，著重對於相對輕重症受害人均予補償，並維持審議速度以加快釐清爭議；或是轉為比照芬蘭與德國方式，僅受理重症案件，並將審議資源聚焦於強化個案受害情形評估和後續之照護補償，仍有待衡平多元之社會價值，做出取捨。

### 因果關係證明法則與給付項目之界分

德國與芬蘭在面對預防接種與受害事實因證據不足難以認定時，相對採取訴訟法上「疑點利益歸於受害人原則」(Benefit-of-the-Doubt Standard)，從寬認定疫苗可能為受害事實之肇因，而不將舉證困難之不利益由受害人承擔。經認定有因果關聯者，再依照所受健康與經濟損失情形審酌給付額度。而我國目前之救濟金決定方式，除於審議小組會議中，由審議小組委員綜合考量受害者之健康與經濟損失以外，亦會考量疫苗導致受害事實之因果關係證明強弱，故從給付結果而言，實採行較嚴格之因果關係證明法則[1,20]。

又從各個救濟給付項目之訂定觀察，德國與芬蘭均可自其給付項目名稱，區分出該補償項目係為填補受害人何種健康或經濟之損失，且訂有明確的給付金額裁量基準；雖然我國目前之給付，對於經審議確認無因果相關之個案，會考量其

為釐清病因之需要補助醫療費用，或另給予喪葬解剖補助，如此稍能衡平調整前述所採較嚴格因果證明法則之作用。然而對於明確因接種受害者，以及受害無法排除與接種之因果關聯者，則僅以健康損害程度作為給付項目分類依據，訂定相對寬鬆且彼此重疊之給付金額範圍表，又因為核定結果以一次給付整筆金額為原則，因此難以從受害人所獲之救濟金額中明確界分，所為填補者究為健康損失、醫療照護支出、收入損失，抑或為慰撫金。

我國近年為呼應社會期待，前述給付金額範圍表中，各給付項目上限持續上調，顯示部分民意認為給付金額應再提高；然而，我國預防接種受害救濟基金之規模有限，目前基金之運作僅得勉予保持年度收支平衡（圖一），如於某一年度不幸出現 1 例極重度障礙或死亡受害案件，且依現行救濟辦法對於之給付上限 6 百萬元給付，則當年度之基金勢必超支。因此，若冒然放寬前述之因果關係證明法則，或逕依當前所訂之給付金額上下限，規劃詳細給付項目，亦將面臨受害救濟基金無法負荷之窘境。是以，如何擇定合於我國基金財務運作之因果關聯審議標準及給付項目組合，仍待尋求各方共識。

## 結論

本文參考德國與芬蘭等先進福利國家在預防接種受害救濟制度設計，針對其中關鍵議題，提出我國現狀之反思。然而如何就相關議題，引進所需專業與人力，進一步討論研究並促進社會共識之形成，方為推動此制度發展與變革之關鍵。然而，若依循當前將預防接種受害救濟業務交予疫苗政策推動單位兼辦之方式，相關資源投入與立論觀點自有所不足。因此，或可借鏡德國作法，將此救濟制度整合於社會救濟體系內，由衛生福利部門下設之救濟單位與衛生單位分工運作，以強化其社會福利效益。而就長遠而言，預防接種受害救濟，既屬社會福利之一環，形之於政策，當先審慎體察社會狀況，衡平各方利益後，做出價值選擇。因此在推動相關政策變革之前，宜先多方溝通、凝聚社會共識，方可確實回應民眾期待，發揮此制度的公益價值。

## 參考文獻

1. 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。
2. Evans G. Vaccine injury compensation programs worldwide. Vaccine. 1999 Oct 29;17 Suppl 3:S25-35.
3. Looker C, Kelly H. No-fault compensation following adverse events attributed to vaccination: a review of international programmes. Bulletin of the World Health Organization. 2011 May 1; 89(5): 371-8. PubMed PMID: 21556305.
4. Wilson K, Keelan J. The case for a vaccine injury compensation program for Canada. Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique. 2012 Mar-Apr;103(2):122-4.

5. §13 GVG, Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte für öffentlich-rechtlichen Aufopferungsanspruch DFR – Aufopferungsanspruch bei Impfschäden. Available at: <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bz009083.html>.
6. 陳如欣、邱南昌：預防接種受害救濟。感染與疫苗，行政院衛生署疾病管制局，2013;740-761。
7. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) §64 I .
8. Haushaltsplan von Berlin für die Haushaltsjahre 2014/2015. Band 8 Einzelplan 11 Gesundheit und Soziales Available at: <http://www.berlin.de/sen/finanzen/haushalt/>.
9. Infektionsschutzgesetz–IfSG §2XI, §60 I .
10. Infektionsschutzgesetz – IfSG §60 III.
11. Finnish Mutual Insurance Company for Pharmaceutical Injury Indemnities. Terms and conditions of pharmaceutical injuries insurance 1.1.1 & 1.1.2. Available at: <http://www.laakevahinko.fi/in-english/terms-and-conditions/>.
12. Infektionsschutzgesetz–IfSG §61.
13. Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG).
14. Tort Liability Act (412/1974) . Sections 2, 2a to 2d, 3, 4, 7 and 8 of Chapter 5, Section 1 of Chapter 6 and section 3 of Chapter 7. Available at: <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1974/en19740412.pdf>.
15. Infektionsschutzgesetz – IfSG §63.
16. Infektionsschutzgesetz – IfSG §68 II , III.
17. Natural News. Finnish government to cover lifetime of medical costs for children permanently injured by swine flu vaccine. October 24, 2011 by Jonathan Benson. Available at: [http://www.naturalnews.com/033962\\_vaccines\\_permanent\\_damage.html](http://www.naturalnews.com/033962_vaccines_permanent_damage.html).
18. Finnish Pharmaceutical Insurance Pool. Time window for remuneration basis of Pandemrix vaccination evaluated. Available at: <http://www.lvp.fi/en/Reports/Time-window-for-remuneration-basis-of-Pandemrix-vaccination-evaluated/>.
19. 鍾秉正：社會福利之憲法保障－兼論相關憲法解釋。湯德宗主編：憲法解釋之理論與實務（第四輯）。－法學專書系列之一臺北：中央研究院法律學研究所籌備處 專書（1），2005；9-67。
20. 何健志。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)。

## 世界狂犬病日

周妤羚\*、黃志傑、周玉民

9月28日是世界狂犬病日(World Rabies Day)，這項活動是由「全球控制狂犬病聯盟」(GARC)、世界衛生組織(WHO)及世界動物衛生組織(OIE)所共同倡議的，以研製減毒狂犬病疫苗並受譽為「細菌學之父」的法國微生物學家路易·巴斯德(Louis Pasteur)逝世紀念日為世界狂犬病日。2015年的活動主題為「一起消滅狂犬病(End Rabies Together)」，希望各國政府、非政府組織、捐助者與產業界持續合作，有效終止狂犬病傳播，挽救人類與動物的生命。

狂犬病在國外的有些地方仍是重要的公共衛生問題，全球每年約55,000人因狂犬病而死亡，其中95%發生在亞洲及非洲，與我國鄰近的中國大陸、東南亞及印度都是流行地區，而今年在印尼峇里島、菲律賓及越南等國，狂犬病疫情均有上升情形。因此，國人如果到流行地區旅遊、經商或工作，要注意不要主動接觸當地的動物，避免被抓咬，如遭動物抓咬傷，應該在傷口清洗後，立即於當地就醫，接受狂犬病免疫球蛋白及疫苗接種等醫療處置，返國後，可前往國內的「狂犬病疫苗接種服務醫院(所)」，完成後續疫苗劑次接種。

在臺灣，自1959年起就不再有本土的人類狂犬病病例，只有在2002、2012及2013年各發生1例境外移入病例。而動物病例原本從1961年後就未再發現，直到2013年，行政院農業委員會又檢出野生鼬獾感染狂犬病毒。依據農委會的監視資料，狂犬病仍持續分布於中、南部及東部山區的野生動物，主要的感染動物除鼬獾外，2015年新增白鼻心為感染物種。國內目前的防治策略是將疫情侷限在山區的野生動物，因此，民眾一定要讓家中飼養的犬貓每年接種狂犬病疫苗，避免疫情擴散；而民眾如果不小心被野生動物或流浪動物抓咬傷，要立即就醫，由醫師評估後接種疫苗或免疫球蛋白。

依據WHO及GARC的建議，犬貓動物接種狂犬病疫苗可以阻斷病毒的傳播，而人類於動物抓咬傷後只要立即接受狂犬病暴露後免疫處置，幾乎能完全避免發病，民眾不必因為恐懼狂犬病而撲殺動物。期待各界落實各項預防措施，共同響應2015年世界狂犬病日活動——「一起消滅狂犬病」。

---

衛生福利部疾病管制署急性傳染病組

通訊作者：周妤羚\*

E-mail：yulingc@cdc.gov.tw

DOI：10.6524/EB.20150922.31(18).003

日期:2015 年第 35-36 週(2015/8/30-2015/9/12) DOI:10.6524/EB.20150922.31(18).004

#### 疫情概要：

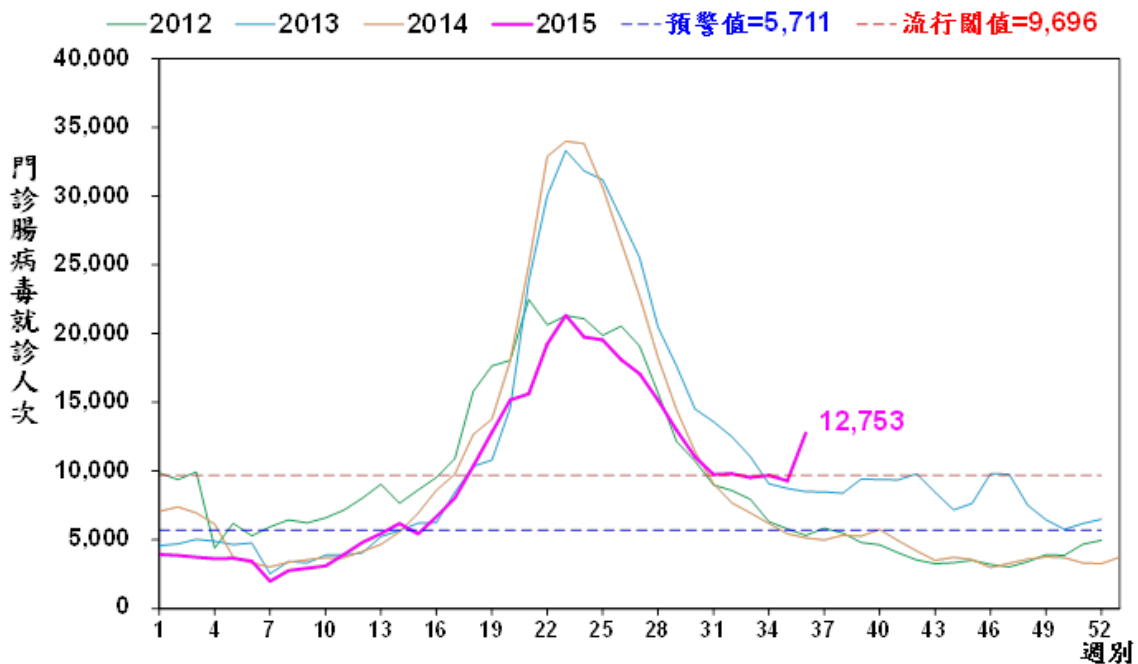
腸病毒疫情處於流行期，開學後如預期門急診就診人次上升，目前社區主要流行病毒株為 CA16，將持續監測。登革熱疫情嚴峻，進入往年 9-10 月流行高峰期，今年 5 月入夏以來，全國 21 個縣市有登革熱確定病例，98.7%病例集中於南高屏；其餘縣市多為移入散發疫情，需落實防治工作，慎防引發次波疫情。

東南亞登革熱疫情上升。沙烏地阿拉伯 MERS 疫情略為趨緩。幾內亞、獅子山伊波拉病毒感染疫情下降；賴比瑞亞達 42 天無新增病例，進入 90 天高度觀察期，故調降賴比瑞亞旅遊疫情建議至注意(Watch)。

### 一、腸病毒

#### (一)國內疫情

- 1.第 36 週腸病毒門急診就診人次較前一週上升。
- 2.第 34 週社區腸病毒陽性率 33.9%，較前一週持平，主要流行克沙奇 A 型病毒(CA)。
- 3.今年累計 4 例腸病毒重症個案(感染型分別為 2 例 CB5，2 例 CA16)，2 例死亡。



圖一、2012-15 年腸病毒門診就診人次趨勢

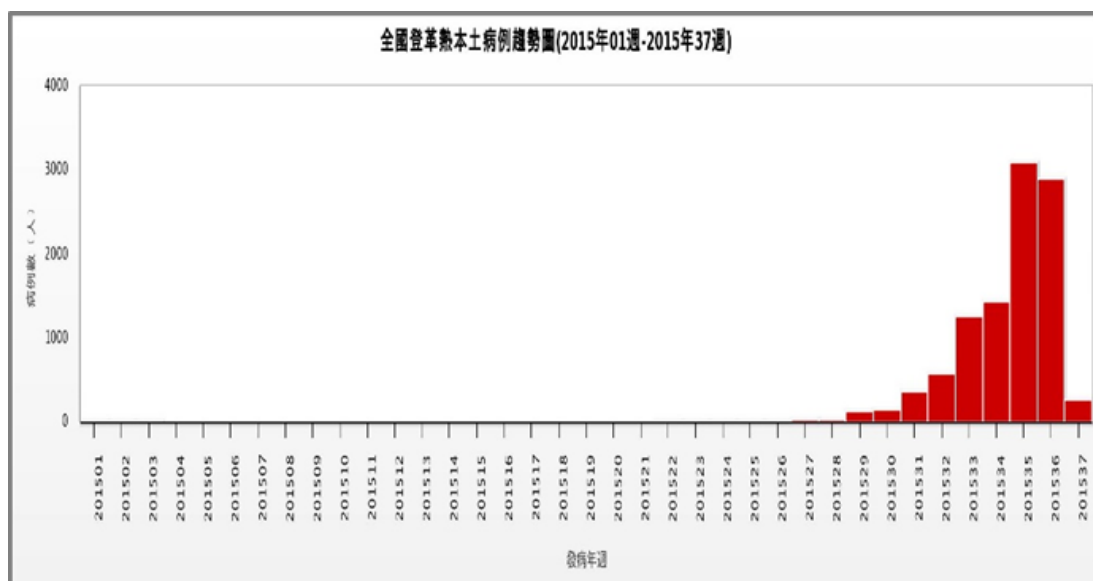
## (二)國際疫情

- 1.日本：疫情持平，惟仍處相對高點，截至 8/30 累計逾 30 萬例，為近 10 年同期最高；疫情主要集中東部；病毒型別以 CA16 為主。
- 2.新加坡：疫情上下波動，截至 9/5 累計逾 1 萬 9 千例，分別約為去年同期及近 5 年同期平均的 1.3、1.2 倍。
- 3.香港：疫情上下波動，截至 9/10 累計 50 例腸病毒 71 型感染個案及 258 起人口密集機構疫情，略高於去年同期；迄今累計 13 名腸病毒嚴重個案，5 名感染腸病毒 71 型。
- 4.韓國：疫情趨緩，截至 9/5 就診病例千分比 6.0，低於去年同期。
- 5.中國大陸：疫情趨緩，截至 9/6 累計逾 144 萬例，逾 8 千例重症，105 例死亡，均低於去年及近 3 年同期平均；疫情主要集中於東部、中部及南部省份；已分型病毒以腸病毒 71 型為主。

## 二、登革熱

### (一)國內疫情

- 1.本土病例：台南市疫情嚴峻，入夏以來本土病例數占全國 88%，該市 95% 行政區出現病例，其中北區病例數最多。高雄市疫情呈上升，今年病例數雖較去年同期低，但為自 2003 年以來同期次高。屏東縣疫情呈上升，屏東市持續新增病例，恆春鎮疑似出現當地群聚疫情。
- 2.境外移入病例：今年迄 9/15 累計 200 例，感染國別以印尼、菲律賓、馬來西亞及越南為多。



圖二、2015 年登革熱本土確定病例趨勢

## (二)國際疫情

1. **泰國**：疫情上升，截至 9/7 累計逾 6 萬 6 千例(54 例死亡)，病例數及死亡數分別約為去年同期的 2.5 倍、2.3 倍。
2. **印度**：德里國家首都轄區疫情上升，今年截至 9/12 累計約 1,870 例，約為 2011–14 年同期平均的 11 倍，亦為該區自 2010 年以來同期最高；以第二型及第四型病毒共同流行。
3. **越南**：疫情上升，處流行高峰，截至 9/6 累計近 3 萬例，多集中於南部地區，其中胡志明市約占三成為多；另北部河內市迄今約 1,540 例，為去年同期的 3.5 倍。
4. **柬埔寨**：疫情持續，截至 8 月累計近 7,800 例，約為去年同期的 3.5 倍，八成集中於中、南部(含首都金邊)及西北部地區；5–14 歲約占七成；往年於 5–10 月雨季期間病例數明顯增加。
5. **中國大陸**：疫情緩升，截至 8 月累計 438 例，約較去年同期下降五成八；歷年疫情約自 9–10 月達流行高峰後下降。
6. **馬來西亞**：疫情上下波動，截至 9/13 累計逾 8 萬 5 千例(219 例死亡)，病例數及死亡數分別約為去年同期的 1.2 倍、1.7 倍，以西南部雪蘭莪州約占五成五為最多。
7. **新加坡**：疫情上下波動，截至 9/5 累計約 6,600 例，約較去年同期下降五成三，為近 5 年同期平均的 2 倍。

## 三、中東呼吸症候群冠狀病毒感染症(MERS)

- (一) **韓國**：自 7/5 起無新增病例，此波疫情共計 186 例(含中國廣東 1 例)，36 例死亡(19.4%)；8 例治療病例中，7 例檢驗陰性。
- (二) **沙烏地阿拉伯**：疫情略為趨緩，上週新增 15 例，以中部利雅德省 8 例為多，南部納吉蘭省(Najran)6 例次之；近期納吉蘭省及西部麥地那省(Al-Madinah)亦傳出群聚事件；該國迄今累計 1,235 例，523 例死亡。
- (三) **全球**：**世界衛生組織(WHO)** 9/9 更新全球累計 1,542 例，544 例死亡；另依據各國官網公布數，截至 9/15 共計 1,572 例。

## 四、伊波拉病毒感染

- (一) **幾內亞、獅子山**：疫情下降，近一週各新增 1 例，已連續 6 週每週通報病例數在 3 例以下，新增個案皆為先前已掌握之接觸者；近期獅子山發生高風險社區死亡病例，直接或間接接觸者人數大幅增加，另幾內亞新增個案於症狀初期曾失聯，評估病例數可能增加。
- (二) **WHO** 9/3 公布賴比瑞亞已 42 天無新增病例，進入 90 天高度觀察期；故本署調降賴比瑞亞旅遊疫情建議至注意(Watch)。
- (三) **WHO** 9/14 公布西非三國累計 28,212 例，11,291 例死亡，其中醫護人員 881 例，513 例死亡。

## 五、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
人類禽流感	中國大陸	各省市，不含港澳	第一級注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2013/8/18
	埃及		第一級注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2014/12/9
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		第一級注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2013/7/15
麻疹	中國大陸、菲律賓、 剛果民主共和國、蒙古				2014/1/21-9/1
中東呼吸症候群 冠狀病毒感染症 (MERS)	沙烏地阿拉伯		第二級 警示(Alert)	對當地採取 加強防護	2014/4/23-6/9
	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		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2014/5/30- 2015/7/28
伊波拉病毒 感染	幾內亞、獅子山		第三級 警告(Warning)	避免所有 非必要旅遊	2014/8/1
	賴比瑞亞		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2015/9/8
小兒麻痺症	巴基斯坦、阿富汗、 索馬利亞、奈及利亞		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2014/8/25

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：郭旭崧

總編輯：黃婉婷

執行編輯：陳學儒、劉繡蘭

網 址：<http://www.cdc.gov.tw/>

文獻引用：[Author].[Article title].Taiwan Epidemiol Bull 2015;31:[inclusive page numbers].[DOI]