

從實際給付金額與民眾訴願理由檢視 臺灣預防接種受害救濟給付制度

黃薰瑩^{1*}、林詠青²、張育綾³

摘要

本研究回顧 2006 年至 2015 年間因申請預防接種受害救濟而提起之訴願案，提起訴願理由之大宗除對審議小組所為預防接種後不良反應與預防接種之相關性為爭執外，次大宗則是對於救濟金給付額度為爭執，其主張理由包括受害人因預防接種後不良反應所致身心病痛、照顧受害人之經濟損失及不良反應之相關衍生費用。而從法規之演進可以看出法定給付上限皆逐年增加，然觀察實際給付情形，死亡及身心障礙案件之實際給付並未有明顯上升趨勢。嚴重疾病給付方面，2013 年至 2015 年之給付趨勢幾近持平，其他不良反應給付則有上升之趨勢。自民眾對於預防接種受害救濟審定結果訴願訴訟爭執之理由，可以看出民眾對於制度的疑慮，可見救濟金之給付、補償項目或計算基準仍值得持續討論及思考。

關鍵字：預防接種、救濟制度、救濟金

前言

我國自 1989 年開辦預防接種受害救濟制度（下稱救濟制度）以來，至 2015 年 12 月 31 日止已審議 1,497 案。民眾如不服衛生福利部預防接種受害救濟審議小組（下稱審議小組）之審定結果，可循行政救濟管道提起訴願。本研究欲透過研析個案、回顧法規及觀察實際給付情形，了解民眾對於救濟制度期待與現行制度運作間之落差，提供未來研議救濟制度之參考。

¹ 衛生福利部疾病管制署慢性傳染病組

² 衛生福利部疾病管制署預防醫學辦公室

³ 衛生福利部疾病管制署企劃組

DOI: 10.6524/EB.201812_34(23).0001

通訊作者：黃薰瑩^{1*}

E-mail: hyhuang@cdc.gov.tw

投稿日期：2017 年 1 月 13 日

接受日期：2017 年 9 月 29 日

材料與方法

- 一、訴願案例分析：以案由「預防接種受害救濟」（下稱受害救濟）為關鍵字，於行政院訴願決定書查詢系統[1]搜尋因申請受害救濟而提起之訴願案，歸納民眾訴願理由進行案例分析。因行政院訴願系統僅提供最近 10 年內之訴願決定書，故僅搜尋 2006 年至 2015 年間之訴願案件。
- 二、救濟法規回顧：自文獻回顧救濟制度相關法規，整理各項救濟給付標準，包括不同救濟項目（死亡、身心障礙、嚴重疾病與其他不良反應）與預防接種關聯性（相關或無法排除）給付上限之演進。
- 三、實際救濟給付情形：以圖表呈現 1989 年至 2015 年間 1,497 件申請案獲得給付之案例 575 案、不同受害救濟給付項目與預防接種關聯性之給付上限與實際救濟給付金額之趨勢。

結果

一、訴願案例分析

2006 年至 2015 年間因申請受害救濟而提起之訴願案中，扣除 2 件重複案件，共計 98 件。其中訴願不受理 19 件(19%)，提出訴願理由可分為對因果關係之審定不滿者 57 件(58%)、對救濟金額不滿者 21 件(21%)與其他原因 1 件(1%)，針對不服救濟金額之 21 件訴願案例分析理由，除了針對因果關係為無法排除或相關可能有適用不同之給付範圍外，訴願人認為救濟金應涵括的內容，可簡單歸列為：

- (一) 受害人因預防接種後不良反應所致身心病痛：15 案
- (二) 照顧受害人之經濟損失：10 案
- (三) 不良反應之相關衍生費用，如交通費、輔具、看護費用或自費項目之治療等：11 案

二、救濟法規之回顧

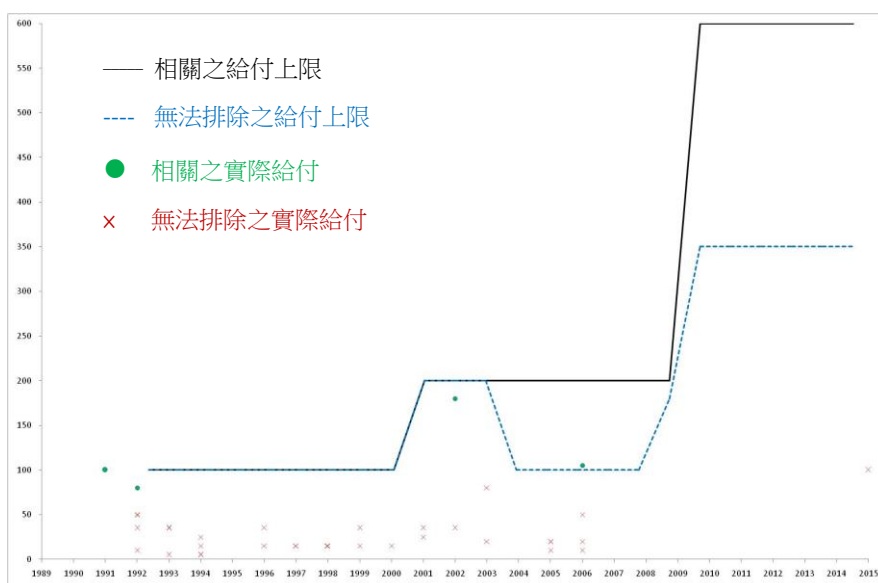
我國行政院衛生署於 1988 年 6 月 30 日公告「預防接種傷害救濟基金設置要點」[2]，成立預防接種受害救濟基金，1989 年起開始接受個案申請及進行審議，回顧法規如下：

- (一) 制度初始僅規定預防接種傷害救濟金給付金額，每案最高為 100 萬元[2]。
- (二) 1992 年 9 月 3 日行政院衛生署公告「預防接種受害救濟要點」，其給付標準始依照不良反應症狀之嚴重程度分為死亡救濟、殘障救濟及嚴重疾病救濟。死亡救濟之前提為經病理解剖鑑定確認，最高給付 100 萬元，如無法確認係由其他原因致死者，於額度 100 萬元內從優給付。殘障救濟之認定則準用「殘障福利法施行細則」規定，極重度殘障者給付最高為 90 萬元、重度殘障者最高為 80 萬元、中度殘障者最高給付為 60 萬元及輕度殘障者最高給付為 40 萬元[3]。嚴重疾病之救濟以正式就醫單據為憑，最高給付 30 萬元，於 2002 年 7 月 5 日公告停止適用[4]。

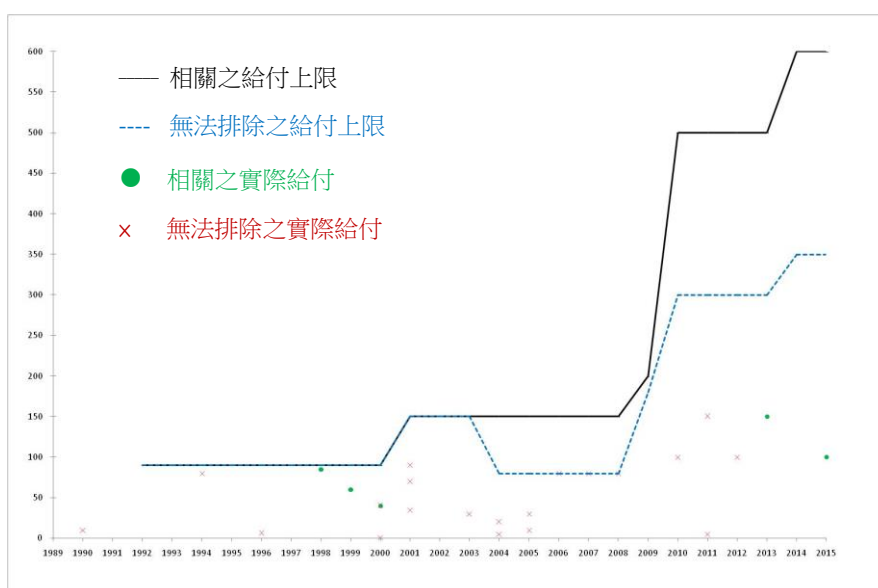
- (三) 2001 年 9 月 20 日發布「預防接種受害救濟基金收支保管及運用辦法」，因預防接種致死者最高給付 200 萬元，無法認定其致死原因者，於 200 萬元內酌予給付；身體障礙給付中，如認定因預防接種之反應致障礙者，最高給付 150 萬元，如無法認定其導致障礙原因者則於 150 萬元內酌予給付；嚴重疾病給付為給付其在醫療機構內支出之必要醫療費用，最高給付 60 萬元，如無法認定則於 60 萬元內酌予給付[5]，於 2008 年 2 月 1 日發布廢止[6]。
- (四) 2004 年 7 月 13 日行政院衛生署發布「預防接種受害救濟基金審議辦法」，給付新增不良反應項目。原先法規有關「無法認定」的部分，改為「無法排除」。「無法認定」原本是於「相關」之額度內酌予給付，改為另訂上限。無法排除與死亡相關之救濟金額上限從原定 200 萬元額度酌予給付，改為最高給付 100 萬元；身心障礙給付維持上限 150 萬元，無法排除因預防接種致身心障礙者，最高給付 80 萬元；嚴重疾病給付上限為 60 萬元，無法排除給付上限為 30 萬元；致不良反應給付上限為 10 萬元且取消原有需檢據核銷規定[7]，於 2004 年 10 月 1 日更名為「預防接種受害救濟基金徵收基準及審議辦法」[8]。
- (五) 2007 年 10 月 18 日為使疑因預防接種受害致死個案接受病理解剖，以釐清個案死亡與預防接種之關係，提高喪葬補助費從 20 萬元至 30 萬元，並修正辦法名稱為「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」（下稱本辦法）[9-10]。
- (六) 2009 年 5 月 26 日考量物價指數上漲，生活及醫療費用相應增加，原規定之救濟金額上限未能合理反映受害個案之醫療、交通、照護費用及其精神上之負擔，因而提高各給付項目救濟金額之上限，併修改身心障礙之給付上限與死亡給付之上限一致。與預防接種相關之嚴重疾病給付上限提高為 100 萬元；無法排除與預防接種相關之嚴重疾病給付上限提高為 60 萬元；其他因預防接種致不良反應者給付上限調至 20 萬元[11-12]。
- (七) 2009 年 H1N1 流感大流行，考量民眾對於疫苗安全及幼兒生命健康之重視與日俱增，另為避免該等嚴重不良反應可能造成之負擔，影響民眾預防接種之機會成本，並為能合理反映受害救濟個案之精神上負擔及醫療費用，2010 年 2 月 12 日分別調高預防接種與死亡或身心障礙相關之救濟金給付額度上限至 600 萬元及 500 萬元。並追溯自 2009 年 11 月 1 日適用[13-14]，以擴大保障接受流感疫苗接種之民眾。
- (八) 2014 年 1 月 9 日為加強民眾救濟權益之保障範圍，故提高預防接種致障礙及嚴重疾病情形之救濟給付項目之上限，並增訂給付下限，確立各受害救濟給付項目之裁量範圍，以明確區分各項目之認定基準，並增訂有關不良反應不予救濟之情形以有效運用資源[15-16]。

三、實際救濟給付情形

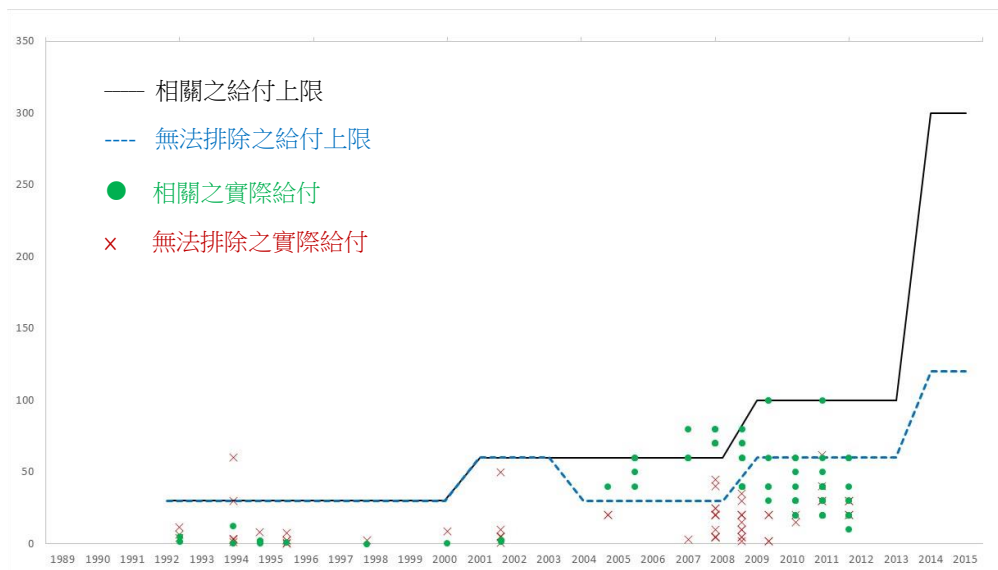
1989 年至 2015 年間實際給付 575 件案及各項救濟給付項目的法定給付上限，不論是與預防接種之關聯性為相關或無法排除，法定給付上限皆逐年增加（圖一至圖四）。然死亡（圖一）及身心障礙（圖二）案件之實際給付並未有明顯上升趨勢，且皆未達救濟金額上限。嚴重疾病給付方面（圖三），除 1992 年有一案無法確認因果關聯性之個案給付超過法定給付上限外，2013 年至 2015 年之給付趨勢幾近持平，且未達救濟金額上限。其他不良反應給付（圖四）有上升趨勢，2% 的個案救濟給付為 10 萬元以上，98% 的個案為 10 萬元以下。



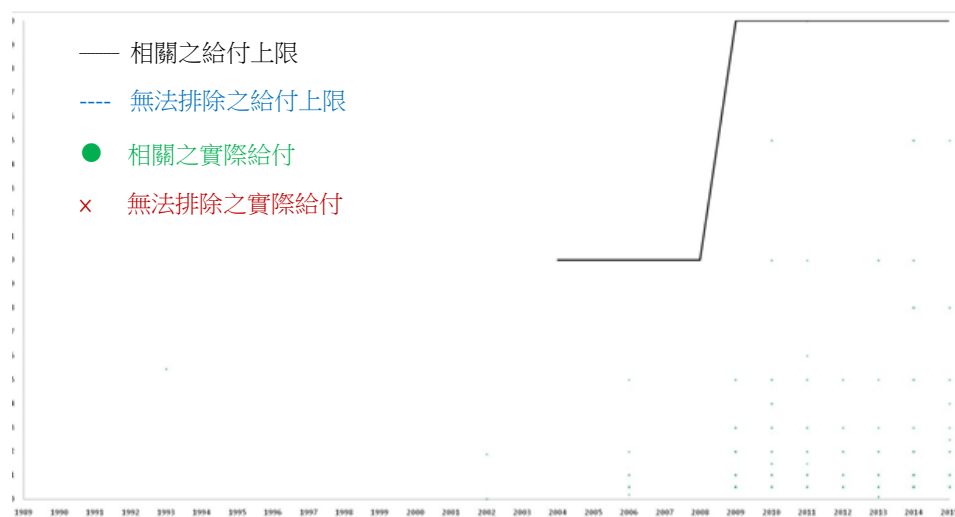
圖一、1989–2015 年臺灣預防接種受害救濟死亡給付上限及實際給付金額
（單位：新臺幣萬元）（相關 4 案，無法排除 38 案）



圖二、1989–2015 年臺灣預防接種受害救濟身心障礙給付上限及實際給付金額
（單位：新臺幣萬元）（相關 5 案，無法排除 20 案）



圖三、1989–2015 年臺灣預防接種受害救濟嚴重疾病給付上限及實際給付金額
(單位：新臺幣萬元)(相關 85 案，無法排除 62 案)



圖四、1989–2015 年臺灣預防接種受害救濟其他不良反應給付上限及實際給付金額
(單位：新臺幣萬元)(相關／無法排除 361 案)

討論

訴願人針對不服救濟金額之訴願理由，包括認為救濟內容應涵括受害人因預防接種後不良反應所致身心病痛、照顧受害人之經濟損失及不良反應之相關衍生費用。而救濟法規對救濟金額給付上限雖有提高，然從實際給付情形來看，給付金額之上升趨勢並不明顯，且多未達給付上限。然既有救濟法規對於應包括的給付未有細節規定，僅於修法理由中提及救濟金給付之考量如醫療費用等，而審議辦法亦僅規定交由審議小組審議給付金額。故本文討論段以法規明定影響救濟給付金額的面向包括預防接種與不良反應之相關性及不良反應之嚴重程度給付範圍做討論，以呈現民眾行政救濟理由與審議金額之落差可能原因。

一、預防接種與不良反應之相關性

自 2004 年起，除「其他不良反應給付」不因相關性而有給付範圍差異外，個案之症狀如與預防接種相關，會落入給付上下限皆較高之範圍；如與預防接種之因果關係為無法排除，則會落入上下限較低之給付範圍。由給付上限趨勢來看，預防接種與不良反應之相關性屬相關或無法排除之審定結果，對於法定給付上限的影響越來越大。就因果關係判定原則及其影響救濟金給付範圍分別討論如下：

(一)因果關係判定原則

我國救濟制度因果關係判定之界限仰賴審議小組依據臨床經驗、流行病學證據等之共識決，區分為關聯性較強之與預防接種相關，以及關聯性較弱之無法排除及無關[17]。此種判斷原則較類似英國採取嚴格因果關係之制度[18]。然此制度及法理已開始受到挑戰，包括被批評過於重視醫學判斷層面而忽略法律因果關係層面之推定、應認知救濟法制之目的與由來以救濟預防接種不良反應受害人，而非藉此主張疫苗安全性[19-20]。從其他國家制度觀之，以日本為例，審查因果關係時應考量因素明文規定包括：預防接種引起該不良反應具有醫學上之合理性、自預防接種至不良反應發生須為合理期間、與其他可能原因相較，預防接種為較具合理性之原因方視為相關。如能將論斷因果關係原則予以標準化及明文化，應可減少民眾訴願之爭執。

(二)因果關係（關聯性）影響救濟金給付範圍

然從因果關係影響救濟金給付範圍而言，從制度設立之初的相關、無法確認及無關，發展至現今的相關、無法排除及無關。而 2004 年 7 月 13 日之前的條文，認定為無法確認或無法認定的個案，皆依其疾病嚴重程度於該預防接種相關之救濟項目上限之額度內從優或酌予給付。其後，方因因果關係認定之結果不同而訂定不同給付上限。修法緣由雖無明確提及相關與無法排除分列不同給付上限之理由，然可以發現 2004 年至 2014 年修法之趨勢，因果關係扮演決定救濟金給付範圍的重要性日益增加。如 2004 年經審定與嚴重疾病相關及無法排除之上限分別為 30 萬及 60 萬，相差僅 30 萬，2014 年時則相差 180 萬元。與其他國家之救濟制度經驗對照，多數國家僅採取相關救濟與無關不救濟二分法之標準，不以關聯性強度區分救濟金之給付額度。如挪威針對國家建議接種之疫苗，若未發現預防接種以外可能導致該不良反應之原因，即推定不良反應是預防接種引起的而予以補償。丹麥及德國之因果關係判斷標準則為，若事件中預防接種造成不良反應之可能性大於 50%，即推定相關而給予救濟[17,21]。

二、不良反應症狀之嚴重程度

不良反應症狀的嚴重程度亦為決定救濟金額的主要依據。給付救濟金之法源依據為本辦法第 7 條附表，依不良反應症狀程度區分成死亡、身心障礙、嚴重疾病及其他不良反應等四類救濟給付項目及不同上下限。該上限於 2009 年及 2010 年皆有大幅度地修正，而於 2014 年除提高上限外更增訂了救濟金額之下限。調整上限主要因為反映物價、生活及醫療費用上漲等。給付涵括內容依立法理由觀之，則包括醫療、交通、照護費用及其精神上之負擔等。實務上救濟金額之審定則由審議小組審酌個案所發生不良反應之嚴重性及其與預防接種之關聯性、所需之合理檢查及醫療處置，及個案就醫情形、預後等，並參酌歷次相似不良反應之給付情形，經充分討論與研議後審定之。

然而在不同救濟項目的實際給付額度觀之，上升趨勢並不明顯，甚至部分項目的給付幾近持平，且都未達給付上限。另嚴重疾病給付於 1992 年有 1 案超過法定給付上限，推測可能是因為個案申請時，適逢新舊規定銜接之時，而舊法規未依據不同疾病嚴重程度設定上限，而依法適用有利於當事人之舊法規。除該案外，2013 年至 2015 年之嚴重疾病給付趨勢似未依法規上限提高而上升，推測可能是因經審定與卡介苗相關或無法排除之骨炎及骨髓炎症狀，其預後較預期良好，而未增加救濟金額[22]。

從民眾訴願理由觀之，認為因預防接種而受害除了應給予其醫藥費外，其他項目包括補償受害人之身心病痛、照顧受害人之經濟損失及不良反應之相關衍生費用（如交通費、輔具、看護費用或自費項目）等必要支出。審議小組決議的金額雖已考量民眾需求的項目如醫療費用、精神上之負擔及照護費用等[17]，但可能發生與受害人或請求權人之期待落差，以及未有一致性之計算標準或計算方式不夠精確等情形。以下就其他國家救濟制度考量補償項目及計算方式之面向討論：

（一）與國家其它社會安全制度之競合

多數兼有健康保險制度及救濟制度之國家，除限制受害症狀須持續超過一定期間方有申請資格外，對於如全民健康保險制度、勞工保險制度等已支付之範圍亦有所限制。如日本救濟制度補償的醫療費，須扣除其健保已給付之數額，而僅對民眾之醫療自付額進行補償[23]。我國雖未限制輕微受害個案申請，然依本辦法規定，針對常見、輕微或可預期之預防接種不良反應，可決定不予救濟。而多數予以救濟之案件，即使主要醫療費用多已由全民健康保險制度給付，然亦未如德國將給付受害人之醫療費用補償轉繳全民健康保險，而是直接撥予受害人，由受害人自行運用，而發生補償競合或雙重補償。

（二）補償救濟項目

端看他國救濟制度，除英國以包裹式救濟金給付外，其他國家多以精算方式計算個案實際受害狀況或參照個案之經濟損失計算救濟金。而如

挪威、丹麥等社會福利國家，還會依照個案實際工作情形補償其薪資損失。挪威與丹麥甚至計算個人生活上必要之支出，如因而無法做家事等，以金錢補償其額外購買家事服務之支出。對照我國民眾之訴願理由，未來補償機制發展可以考慮導入保險精算的方式或考量將照顧者之薪資補償或衍生費用列為補償救濟之項目。

綜上，由民眾對救濟制度期待落差原因，可見救濟給付項目與計算基準仍有討論與調整之空間。然本文未針對個案受害症狀歸類以比較其救濟給付金額趨勢，僅列出所有實際給付個案之救濟金額，雖能觀察出整體趨勢，然個案不良反應症狀之差異可能是解釋救濟給付金額變異最大的因素，仍有待進一步研究分析。

參考文獻

1. 行政院：行政院訴願決定查詢。取自：<https://www.ey.gov.tw/Page/67445C2554D8D41B>。
2. 政府公報資訊網：77 年 7 月 11 日公告預防接種傷害救濟基金設置要點。取自：http://twinfo.ncl.edu.tw/tiqry/hypage.cgi?HYPAGE=search/merge_pdf.hpg&sysid=D8806764&jid=79002356&type=g&vol=77071500&page=%E9%A0%8115。
3. 政府公報資訊網：函轉行政院衛生署公告修正「預防接種傷害救濟金設置要點」為「預防接種受害救濟要點」。取自：http://twinfo.ncl.edu.tw/tiqry/hypage.cgi?HYPAGE=search/merge_pdf.hpg&sysid=D9206882&jid=79002356&type=g&vol=81092200&page=%E9%A0%8113-14。
4. 政府公報資訊網：91 年 7 月 5 日，公告「預防接種受害救濟要點」自即日起停止適用。取自：http://twinfo.ncl.edu.tw/tiqry/hypage.cgi?HYPAGE=search/merge_pdf.hpg&sysid=E0032346&jid=79006869&type=g&vol=91072500&page=%E9%A0%8127。
5. 政府公報資訊網：90 年 10 月 4 日，訂定「預防接種受害救濟基金收支保管及運用辦法」。取自：<http://gaz.ncl.edu.tw/detail.jsp?sysid=E0020304>。
6. 政府公報資訊網：97 年 2 月 1 日，行政院令廢止「預防接種受害救濟基金收支保管及運用辦法」。取自：http://gazette.nat.gov.tw/EG_FileManager/eguploadpub/eg014023/ch01/type1/gov01/num3/Eg.htm。
7. 政府公報資訊網：93 年 7 月 13 日，訂定「預防接種受害救濟審議辦法」。取自：http://twinfo.ncl.edu.tw/tiqry/hypage.cgi?HYPAGE=search/merge_pdf.hpg&sysid=H0401436&jid=95000705&type=g&vol=93072800&page=%E9%A0%814-6。
8. 政府公報資訊網：93 年 10 月 1 日，修正「預防接種受害救濟審議辦法」為「預防接種受害救濟基金徵收基準及審議辦法」及第 2 條之 1。取自：http://twinfo.ncl.edu.tw/tiqry/hypage.cgi?HYPAGE=search/merge_pdf.hpg&sysid=H0401705&jid=95000705&type=g&vol=93101300&page=%E9%A0%819-10。
9. 行政院公報資訊網：96 年 9 月 11 日預告修正「預防接種受害救濟基金徵收基準及審議辦法」部分條文。取自：http://gazette.nat.gov.tw/EG_FileManager/eguploadpub/eg013178/ch08/type3/gov70/num28/Eg.htm。

10. 行政院公報資訊網：96 年 10 月 18 日修正「預防接種受害救濟基金徵收基準及審議辦法」部分條文。取自：http://gazette.nat.gov.tw/EG_FileManager/eguploadpub/eg013198/ch08/type1/gov70/num26/Eg.htm。
11. 行政院公報資訊網：98 年 4 月 10 日預告修正「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」第七條。取自：http://gazette.nat.gov.tw/EG_FileManager/eguploadpub/eg015072/ch08/type3/gov70/num21/Eg.htm。
12. 行政院公報資訊網：98 年 5 月 26 日修正「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」第七條。取自：http://gazette.nat.gov.tw/EG_FileManager/eguploadpub/eg015099/ch08/type1/gov70/num42/Eg.htm。
13. 行政院公報資訊網：99 年 1 月 21 日預告修正「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」部份條文。取自：http://gazette.nat.gov.tw/EG_FileManager/eguploadpub/eg016018/ch08/type3/gov70/num23/Eg.htm。
14. 行政院公報資訊網：99 年 2 月 12 日修正「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」部份條文。取自：http://gazette.nat.gov.tw/EG_FileManager/eguploadpub/eg016032/ch08/type1/gov70/num25/Eg.htm。
15. 行政院公報資訊網：102 年 9 月 4 日預告修正「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」部份條文草案。取自：http://gazette.nat.gov.tw/EG_FileManager/eguploadpub/eg019169/ch08/type3/gov70/num26/Eg.htm。
16. 行政院公報資訊網：103 年 1 月 9 日修正「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」部份條文。取自：http://gazette.nat.gov.tw/EG_FileManager/eguploadpub/eg020009/ch08/type1/gov70/num23/Eg.htm。
17. 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)：450-8。
18. 衛生福利部疾病管制署：考察先進國家預防接種不良反應通報及救濟體系。取自：<https://report.nat.gov.tw/ReportFront/ReportDetail/detail?sysId=C10002968>。
19. 何建志：臺灣 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；201001：1-22。
20. 邱玟惠：淺談預防接種事故之救濟法制。台灣法學雜誌 2010；166：35-9。
21. 衛生福利部疾病管制署：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/ReportDetail/detail?sysId=C10403224>。
22. 衛生福利部疾病管制署：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。取自：<https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=11355777&docId=458568>。
23. 衛生福利部疾病管制署：日本預防接種受害救濟體系考察。取自：<https://report.nat.gov.tw/ReportFront/ReportDetail/detail?sysId=C10004363>。

2018 年世界愛滋病日—了解你的愛滋感染狀態

黃薰瑩*

世界衛生組織(WHO)為提升全球對愛滋防治之重視，自 1988 年起將 12 月 1 日—全球首名愛滋感染個案於 1981 年 12 月 1 日被診斷出的日子訂為世界愛滋病日。2018 年世界愛滋病日主題為「Know your status」，呼應聯合國愛滋規劃署(UNAIDS)發起「90-90-90」目標：第一個 90—於 2020 年達 90% 感染者知道自己病況，期許透過階梯式的愛滋防治，包括後 2 個 90 目標—90% 知道病況者服用藥物、90% 服用藥物者病毒量成功抑制，有效降低愛滋病毒感染人數。我國於 2018 年估計已分別達成 84%、88% 及 94%。

為了達成第一個 90 的目標，消除民眾篩檢愛滋的障礙為首當要務。阻礙民眾接受愛滋篩檢的原因包括篩檢服務的可近性低、對愛滋的不了解、歧視及汙名等。上述原因間接導致個案的延遲診斷，許多感染者是在發病後才知道自己感染愛滋，嚴重威脅自身健康。

2018 年衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會的專家及學者們針對愛滋篩檢之頻率具體建議如下：有性行為者，建議至少進行 1 次篩檢；有無套性行為者，建議每年至少進行 1 次篩檢；若有感染風險行為（如與人共用針具、多重性伴侶、合併使用成癮性藥物等），則建議每 3 至 6 個月篩檢 1 次。

我國發展多元篩檢方案，包括匿名篩檢，以及推動性病患者、使用毒品者或孕婦等篩檢，以使民眾瞭解自身愛滋感染狀態，近年更參考國際建議及經驗，先後推動在家愛滋自我篩檢計畫、社群網絡動員篩檢活動及行動車篩檢服務等，致力消弭歧視的氛圍及降低民眾取得篩檢資源之障礙，以期更多人了解自身感染狀態，進而接受愛滋治療，並成功抑制病毒量，降低傳染風險。

經由多年的努力，我國愛滋通報感染個案數截至 2018 年 10 月，較 2017 年同期減少了 486 名感染人數，整體下降幅度達 23%，是自 2006 年藥癮愛滋疫情後的第二波反轉。我們殷切期盼愛滋疫情能持續下降，故邀請您和我一起篩檢，響應 2018 年世界愛滋病日主題—了解自身感染狀態。

衛生福利部疾病管制署慢性傳染病組

通訊作者：黃薰瑩

E-mail: hyhuang@cdc.gov.tw

DOI: 10.6524/EB.201812_34(23).0002

日期:2018 年第 46–47 週(2018/11/11–11/24)

DOI:10.6524/EB.201812_34(23).0003

疫情概要：

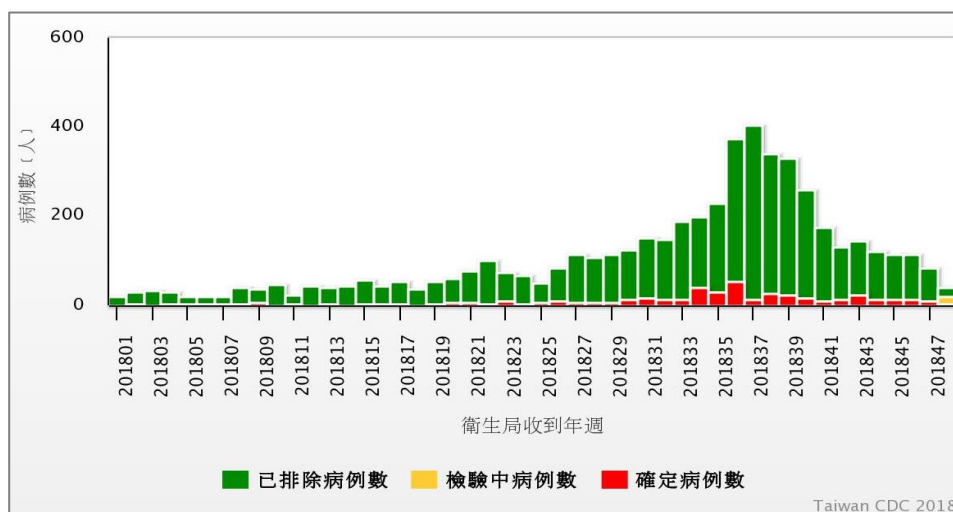
我國近 1 個月每週登革熱本土病例新增數皆在 5 例以下，本土流行風險趨緩。全國類流感門急診就診人次仍處低點；近 4 週社區 H3N2 及 H1N1 流感病毒同時流行。國內腸病毒門急診就診人次近期呈上升趨勢，接近流行閾值，近 2 週流行地區以嘉義縣以北及東區為主；社區腸病毒檢出型別以克沙奇 A 型為多。

鄰近我國之部分亞洲國家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，僅加拿大及韓國已高於流行閾值；各國檢出病毒型別以 H1N1 為主，韓國及新加坡為 H1N1 及 H3N2 共同流行；剛果民主共和國伊波拉病毒感染疫情持續擴散至新區域；中國大陸江蘇省出現 H5N6 流感病例，基於當地可能具環境暴露風險，我國 11/23 提升該省新型 A 型流感旅遊疫情建議至第二級警示(Alert)。

一、登革熱**(一) 國內疫情****1. 本土病例**

- (1) 第 46–47 週新增 5 例，分別為台中市 3 例、新北市及高雄市各 1 例；台中市太平區原風險區咬人狗坑持續新增病例。
- (2) 今(2018)年全國截至 11/26 累計 180 例，個案居住地分布於 8 個縣市，分別為台中市 110 例、新北市 44 例、高雄市 12 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. 境外移入病例：今年截至 11/26 累計 292 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及柬埔寨等東南亞國家為多。



圖一、2018 年登革熱病例通報趨勢

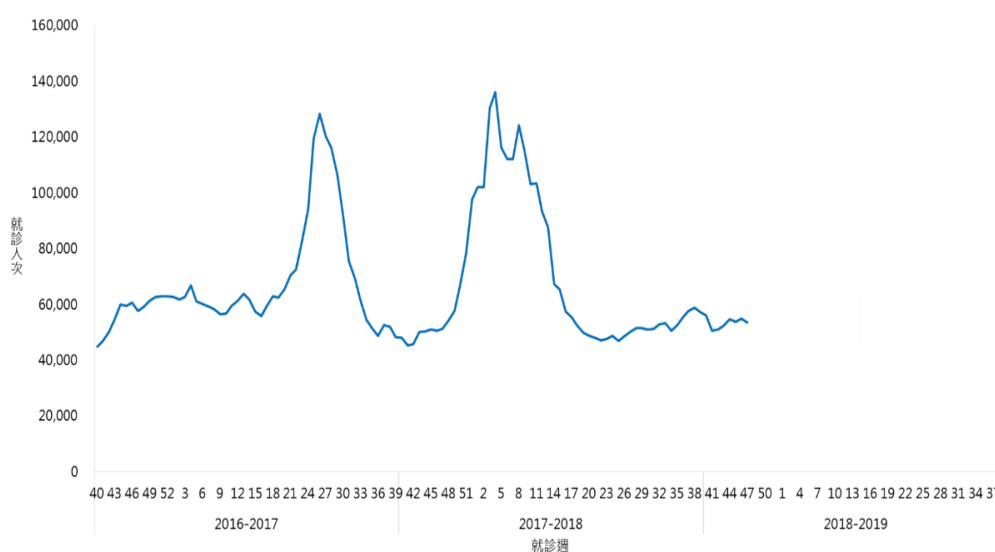
(二) 國際疫情

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	上升，處高峰	10/31	4,229(0)	
越南	處高峰	10/27	77,355(11)	
馬來西亞	上升，處流行期	11/17	66,570(111)	
泰國	緩降，處流行期	11/19	75,349(99)	高於去年同期
柬埔寨	緩降，處流行期	11/10	8,046	高於去年同期
寮國	下降	11/10	5,497(14)	
斯里蘭卡	略升，處低水平	11/23	43,536	
新加坡	略升，處低水平	11/17	2,568	高於去年同期

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 47 週類流感門急診就診計 53,632 人次，近 4 週趨勢持平。
2. 流感併發重症：自今年 10/1 起至 11/26 累計 79 例流感併發重症病例，感染型別以 H3N2 為主（52 例，佔 66%），其中 8 例死亡（感染 H1N1 及 H3N2 各 4 例）。
3. 近 4 週累計 17 起流感群聚案件，以校園群聚 11 起（佔 65%）為多。
4. 社區流感病毒持續低度活動，近 4 週社區 H3N2 及 H1N1 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

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46週	陽性率：13.8%	H1N1
韓國	上升，高於流行閾值	第46週	門診就診千分比：10.1‰	H1N1、H3N2
中國大陸	南方 處低水平	第46週	南方陽性率：3.3%	H1N1
	北方 略升，處低水平		北方陽性率：1.9%	H1N1
香港	處低水平	第46週	陽性率：3.30%	H1N1
新加坡	處低水平	第46週	陽性率：31.7%	H3N2、H1N1
日本	處低水平	第46週	定醫平均報告數：0.38	H1N1
美國	處低水平	第46週	陽性率：1.7%	H1N1
歐洲	處低水平	第46週	定點陽性率：3.2%	H1N1

三、腸病毒

- (一) 我國第 47 週全國腸病毒門急診就診計 10,700 人次，較第 46 週上升 2.3%，已連續 3 週上升且接近流行閾值（11,000 人次）；近 2 週流行地區以嘉義縣以北及東區為主。
- (二) 新增 1 例幼童感染克沙奇 A10 重症病例；今年累計 33 例，其中 11 例為新生兒（含 8 例死亡）；感染型別以伊科病毒 11 型 12 例、腸病毒 71 型 7 例為多，另有感染克沙奇 A4 型、A9 型、A10 型、A16 型、B1 型、B2 型、B3 型、B5 型；去(2017)年累計 24 例（含 1 例死亡），以感染腸病毒 D68 型 12 例為多。
- (三) 近 4 週社區腸病毒檢出型別以克沙奇 A 型為多，腸病毒 71 型及伊科病毒 11 型於社區低度流行；今年計 95 例腸病毒 71 型，其中 7 例重症。



圖三、2017-2018 年腸病毒門急診就診人次趨勢

四、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 5/11–11/25 累計 419 例(372 例確診、47 例極可能；另有 59 例疑似病例待調查)，其中 240 人死亡。
- (二) 自今年 8/8 起已累計 35,958 人接種實驗性疫苗(rVSV-ZEBOV)。
- (三) 世界衛生組織(WHO)表示疫情持續擴散至新區域，確診病例及接觸者亦持續增加；另局勢持續動盪，疫情仍處危險且不可預測，應立即加強貝尼及其他地區的感染防控措施，並於 11/21 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。

五、人類新型 A 型流感—H5N6 流感

- (一) 中國大陸：新增 1 例，為江蘇省蘇州市 10 歲女童，10/29 發病，11/3 住院治療，病情嚴重，無明確活禽暴露史。
- (二) 全球：自今年 10 月至今累計 2 例，分布於廣西壯族自治區及江蘇省；全球自 2014 年迄今累計公布 23 例，15 例死亡，均發生於中國大陸。
- (三) 基於中國大陸江蘇省當地可能具環境暴露風險，我國於 11/23 將該省新型 A 型流感旅遊疫情建議由第一級注意(watch)提升至第二級警示(Alert)。

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、江蘇省	第二級 警示(Alert)	對當地採取加強防護	2018/11/23
		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

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
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
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

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

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/>