

壹、案由：衛生福利部對於每年流行性感冒之疫情掌控、監控與通報機制、防疫措施、防疫宣導作為、疫苗採購及跨部會協調合作防疫機制等，有無怠於採取相關應變作為等疑義，均有深入瞭解之必要。

貳、調查意見：

依據世界衛生組織(World Health Organization, 下稱WHO)統計發現，全球每年平均達3至5百萬人罹患流行性感冒(下稱流感)併發症，約25至50萬人死亡。我國官方統計資料¹及學者研究²則指出，國內除每年平均至少確診1千5百個以上流感併發症病例，釀成240人死亡之外，更造成社會整體經濟力損失高達新臺幣(下同)3兆69億元，相當於耗損國家年度總預算約1兆9千9百億元之1.5倍餘，凸顯流感疫情對國家社會及人類生命財產之負面影響衝擊，至為嚴重。基此，我國衛生主管機關流感防疫相關整備工作、緊急應變措施有否與時俱進，是否周延及有效，相關預算之支出有無達成預期效益，除與國人健康人權關係至深且鉅之外，尤攸關國家整體經濟表現，顯有深入瞭解之必要，爰立案調查。

案經分別函請衛生福利部(下稱衛福部)、臺北市、新北市、桃園市、臺中市、臺南市、高雄市等直轄市政府與宜蘭縣、彰化縣、花蓮縣、臺東縣、澎湖縣等縣市政府，以及審計部就有關事項提出說明併附佐證資料到院，並函請審計部協助到院簡報我國流感防疫預算執行效益及各地審計機關查核情形。嗣詢問衛福部次長、疾病管制署(下稱疾管署)署長暨相關業務主管人員，並不預警履勘地方流感疫苗施打業務及疫苗相關數據登錄、保存情形，復經審計部、衛福部分別於本院簡報、詢問與履勘後陸續補充統計數據、書面說明及佐證資料到院，繼而持續蒐研相關參考文獻³，業調查竣事。茲據前揭調查所得卷證及參考資料，臚列調查意見如下：

¹ 衛福部於本院 107 年 4 月 23 日詢問前查復資料，資料統計期間：民國(下同)102 迄 107 年 4 月。

² 陳志成、古鯉榕、金傳春：臺灣流感疾病負擔與防疫策略成本效益分析，103 年；源自衛福部於 107 年 5 月提供本院之資料。

³ 詳本調查報告各註腳。

一、我國流感防疫預算自102年迄今雖逐年遞增，105年起尤倍增為14億元許，疫情嚴重度卻未隨之逐年顯著降低，甚至不減反增，更未見預算倍增後之實際效益，凸顯預算執行績效之評核作業未盡落實，行政院亟應督促所屬切實檢討，俾讓國家防疫預算之編列有憑有據，並促使其發揮最大效益，確保國人健康權。

(一)按政府各機關應遵照施政方針籌編預算，除應先期作整體性之縝密檢討，妥善規劃整合各項相關業務，以發揮財務效能，並應適時以成果或產出達成情形，辦理計畫及預算執行績效評核作業，以作為考核施政成效，及核列以後年度預算之參據外，更應切實控制預算之執行，本摶節原則支用經費，此分別於預算法第32條、各機關單位預算執行要點⁴第3點、第16點及各年度「中央及地方政府預算籌編原則」，定有明文。是衛福部針對流感防疫相關預算之編列及使用，自應依上開規定落實執行，以確實發揮國家預算執行效益。

(二)據衛福部查復，疾管署自102年至106年之流感防疫相關預算(含「我國因應流感大流行準備計畫」及「流感疫苗接種計畫」)分別為572,590千元、583,350千元、702,130千元、1,395,441千元、1,477,275千元，明顯呈現成長趨勢，105年預算尤較104年增加近1倍之多，106年預算亦較105年增加逾8千萬元。經分析其各年度預算占衛福部預算及國家整體預算總額比率依序分別為0.13、0.14、0.16、0.30、0.31%；0.029、0.030、0.036、0.07、0.074%，占比亦均呈現逐年增加趨勢，105年預算占比尤倍增於104年。顯見我國流感防疫預算除自102年迄今逐

⁴ 原名為中央政府各機關單位預算執行要點，自106年12月25日更為現名。

年遞增，其占衛福部預算及國家整體預算總額之比率亦逐年增加之外，105年起尤倍增至近14億元，究防疫成果及效益有無隨此倍增之流感防疫預算增加，亦即疫情嚴重程度相關評估指標⁵有無伴隨遞增之防疫預算而逐年下降，以及衛福部有無適時依據實際防疫成果或產出達成情形，辦理預算執行績效評核作業，以作為核列以後年度預算增加之參據，自有究明之必要。

(三)經查，國內自102年至105年⁶各年度流感併發症確定病例數分別為1,849、814、1,924及1,461例；併發症死亡病例數分別為183、140、408及233例；門診醫療利用率分別為25,360.09、22,982.86、26,078.14、24,141.78千人次；住院醫療利用率分別為228.82、229.43、260.68、243.13千人次，足見102至104年之歷年流感併發症確定病例數、死亡病例數及醫療利用率等疫情嚴重程度評估指標除未隨上述遞增之流感防疫預算而逐年顯著降低之外，甚至有不減反增之趨勢。且流感防疫預算自104年之7億元倍增為105年、106年之14億元許，主要係增加12億餘元將公費流感疫苗採購量由300萬劑倍增至600萬劑，期使全人口疫苗接種涵蓋率由13%提升至25%，惟105年流感併發症確診病例、死亡病例數及醫療利用率除未較104年顯著下降之外，反仍較103年為高，106年迄今流感重症同期累計病例數、死亡數、累計發生率及死亡率尤居近5(102~)

⁵ 依流行病學相關原理及方法論，急性傳染病疫情嚴重程度一般常以確定病例數(或發生率)、重症病例數、死亡病例數(或死亡率)、門診、住院等醫療利用率……為評估指標。資料參考來源：陳建仁，流行病學原理與方法，聯經出版社；陳建仁，流行病學，伙伴出版社；王榮德，流行病學方法論-猜測與否證的研究-，國立臺灣大學醫學院出版委員會；周碧瑟手稿，現代流行病學，合記出版社；胡幼慧，社會流行病學，巨流出版社。

⁶ 106年流感季因資料統計週期於本項調查意見撰寫時，尚未結束，爰未列入比較，而以同週期數據與過往年度比較(詳本項調查意見後述)。

年第3高，明顯未見105年、106年預算倍增後所產生之倍數效益。再者，疾管署自105年起倍增之防疫預算，除上述「流感疫苗接種計畫」之外，主要運用於「我國因應流感大流行準備計畫」相關經費之支出，其中後揭計畫第3期核定經費除較第2期暴增約6成之外，第3期計畫迄今之2(105至106)年預算數、決算數分別為8億88萬餘元及7億8,918萬餘元，均已遠遠超過第2期(99至104年)合計6年總預算數(12億3,879萬餘元)及決算數(10億9,255萬餘元)之7成，凸顯後揭計畫第3期經費明顯較第2期增加。核該計畫經費既由疾管署籌編，經衛福部、行政院核定，衛福部、疾管署卻悉未能具體說明其增加之依據及理由，此有該部107年4月19日衛授疾字第1070002096號函附卷足稽。況就疾管署迄今僅針對疫苗接種措施訂有目標數及達成率，其他為促進醫療機構、長期照護機構(下稱長照機構)、校園、相關人口密集封閉團體及社區加強教育宣導、防疫等措施之具體績效指標盡付闕如以觀，衛福部究竟有無落實預算執行之績效評核作業，以作為增加預算及核列次年度預算之參據，不無審酌空間。

(四)綜上，我國流感防疫預算自102年迄今雖逐年遞增，105年起尤倍增為14億元許，疫情嚴重度卻未隨之逐年顯著降低，甚至不減反增，更未見預算倍增後之實際效益，凸顯預算執行績效之評核作業未盡落實，行政院亟應督促所屬切實檢討，俾讓國家防疫預算之編列有憑有據，並促使其發揮最大效益，確保國人健康權。

二、衛福部既自認為我國掌握「流感疫情之代表性及時效」勝於先進國家一籌，自應挾此優勢率先提前因應早於去(106)年中即已察覺之國內流感疫情「流行態

樣明顯與往年不同」、「罕見於夏初發生」及「疫苗株與流行病毒株不完全吻合」等警訊，詎該部卻未採取更勝以往之相應防疫策略與教育宣導措施，確有欠周妥。

- (一)按衛福部除應訂定包括流感預防接種、預防等傳染病防治之政策及計畫，以及實施各項調查及有效預防措施，並督促疾管署規劃與執行傳染病預防事項之外，更應適時發布流感疫情相關警示。此分別於傳染病防治法第5條第1項第1款、第7條、第8條第2項及衛福部組織法第5條第1項，規定甚明。
- (二)據衛福部表示略以：「由於我國已建立涵蓋率達99.9%之全民健康保險(下稱健保)體系及先進資訊系統，在掌握疫情之代表性及時效上較許多先進國家更勝一籌……且近年發展利用醫院實驗室自動通報檢驗，提升以監測病毒活動敏感性，醫院實驗室的檢驗量約已涵蓋全國檢驗量的6成，相較於美國及加拿大的每週回報週期，更具時效性……。是以，我國無論於敏感性、時效性及代表性，均較為完整……。」顯見衛福部自認為我國掌握流感疫情之代表性、敏感性及時效，均勝於先進國家一籌，自應善用此優勢即時因應疫情可能之變化及警示訊息。
- (三)經查，衛福部傳染病防治諮詢會流感防治組106年5月31日第37次會議及同年6月16日第38次會議相關指裁事項分別載明略以：「流感疫苗株與流行病毒株如不完全吻合仍具部分保護力，故建議以『吻合性稍差』、『稍不吻合』等文字與媒體或民眾溝通。另建議疾管署應嚴密監測流感病毒流行與變異情形，適時對外溝通說明，降低大眾對接種疫苗之疑慮」、「國內流感疫情流行態樣明顯與往年不同，請

疾管署考量調整資料分析區間，俾呈現實際疫情流行狀況」，以及地方衛生主管機關表示：「106至107年流感季較往年不同處為在季初(106年中)呈現一波疫情，疫情於夏季發生較往年少見」等語，足見衛福部早於去(106)年中即已分別對國內流感疫情「流行態樣明顯與往年不同」、「罕見於夏初發生」及「流感疫苗株與流行病毒株不完全吻合」等警訊，知悉甚詳。

- (四) 詎衛福部明知上揭警訊，卻未督促疾管署於106年流感季來臨之前，研定具體因應對策及示警宣導措施，只一味以提高疫苗施打率為主要防疫策略。雖據該部分別表示略以：「本(106至107)年流感季與歷年比較及精進之處如下：1、106年恢復定點醫師監測網絡，蒐集各區基層醫師回饋意見，以補強民情、輿情等非結構化疫情資訊。2、106年12月初疫情開始緩升時，持續每週於例行記者會說明疫情，並發布新聞稿，另因應國際間流感疫情持續升溫，於本年1月初提升各港埠衛教宣導之強度……。3、因應疫情發展彈性延長擴大公費抗病毒藥物使用期限……擴大合約藥劑配置點至4,214家，提升民眾取得公費藥劑之可近性。4、本部醫事司於本(107)年1月29日公告『107年度因應流感疫情基層診所例假日開診獎勵計畫』，鼓勵提供公費流感抗病毒藥劑合約診所，於流感疫情高峰期間之例假日及春節期間提供醫療服務，以落實分級醫療與轉診制度……。5、疾管署於本(107)年1月9日成立「疾病管制署流感疫情因應小組」，每週定期召開因應會議，盤點署內各單位防治作為執行情形。6、督導各地方主管機關辦理：……」 「……疾管署於每週疫情記者會或以新聞稿說明當下流感病毒流行

型別及狀況，如有發生不吻合之情況，則立即向媒體說明……。以107年1月流行之B型流感與疫苗株不吻合狀況為例，皆有……多家媒體報導」云云。然查，衛福部所稱上揭精進措施除屬一般例行性之加強措施外，餘均屬沿用舊有措施、被動回應及法定督導事項，洵未針對國內流感疫情「流行態樣明顯與往年不同」、「流感疫苗株與流行病毒株不完全吻合」等警訊，「主動」及時因應、宣導，更未見該部在本(107)年夏季將至之前，就去(106)年夏初罕見疫情之防疫經驗，因應採取相關示警及宣導措施，凡此益證衛福部未採取更勝以往之相應防疫策略與教育宣導措施，至為明顯。

(五)綜上，衛福部既自認為我國掌握「流感疫情之代表性及時效」勝於先進國家一籌，自應挾此優勢率先提前因應早於去(106)年中即已察覺之國內流感疫情「流行態樣明顯與往年不同」、「罕見於夏初發生」及「疫苗株與流行病毒株不完全吻合」等警訊，詎該部卻未採取更勝以往之相應防疫策略與教育宣導措施，確有欠周妥。

三、衛福部傳染病防治諮詢會負有國家流感疫苗採購項目及優先順序之建議權，既事涉全民生存權與健康權之保障，且攸關國家防疫成效至鉅，允屬涉及公共利益之重大事項，其組織設置、運作卻僅以非直接對外發生法規範效力之要點定之，難謂周延與完備，相關成員適任資格及利益迴避事項之勾稽查核機制更未臻健全，均欠周妥。

(一)按政府之行政措施雖未直接限制人民之自由權利，但如屬涉及公共利益之重大事項者，仍應由法律加以規定，如以法律授權主管機關發布命令為補充規定時，其授權應符合具體明確之原則。至授權是否

具體明確，應就該授權法律整體所表現之關聯意義為判斷，非拘泥於特定法條之文字，此分別有司法院釋字第394號、第426號、第443號、第612號、第734號、第743號等解釋，足資參照。

- (二)據衛福部查復，原行政院衛生署(下稱原衛生署)為促進全國預防接種工作順利推行，於89年將原衛生署「預防接種諮詢小組設置要點」修正為「預防接種諮詢委員會設置要點」，嗣為整併傳染病各防治任務編組，爰於95年間停止適用前開要點，並依據傳染病防治法第27條之授權，訂定原衛生署傳染病防治諮詢委員會設置要點。復依中央行政機關組織基準法第6條規定：「行政機關名稱定名如下：……。三、委員會：二級機關或獨立機關用之。……」遂於100年間將前開「傳染病防治諮詢委員會設置要點」修正更名為「傳染病防治諮詢會設置要點」。該部爰依前開要點第2點規定，於該諮詢會下設結核病防治組、流感防治組、預防接種組、生物安全組及感染控制組等5組，委員任期為2年，由該部部長就有關機關(構)代表及各該領域之學者、專家或民間公正人士聘兼之。
- (三)經查，衛福部上揭傳染病防治諮詢會依傳染病防治法第27條第3項規定：「疫苗基金運用於新增疫苗採購時，應依據中央主管機關傳染病防治諮詢會建議之項目，依成本效益排列優先次序，並於次年開始編列經費採購。其相關會議應錄音，並公開其會議詳細紀錄。成員應揭露以下之資訊：一、本人接受非政府補助之研究計畫及金額。二、本人所屬團體接受非政府補助之疫苗相關研究計畫及金額。三、所擔任與疫苗相關之事業機構或財團法人董、監事或顧問職務。……」，既負有國家流感疫苗採購項

目及優先順序等建議權，明顯涉及全民生存權與健康權之保障，且攸關國家防疫成效至鉅，難謂未對外發生效力，其相關成員適任資格及利益迴避事項，悉屬涉及公共利益之重大事項，其組織設置、運作卻僅以非直接對外發生法規範效力之要點⁷定之，自難謂周妥。且上開條文縱規定其成員應揭露相關資訊，然其揭露之資訊有無充分、完整與確實，更未見衛福部健全相關勾稽查核機制，足以確信其真實性。又，該諮詢會「流感防治組」依前開設置要點，係對流感大流行準備與防治，負有諮詢或研議之責，相關成員理應具有傳染病防治等醫藥、檢驗、公衛、流行病學、生物統計……等相關領域專業背景，惟查該組目前少部分成員之相關學經歷與前揭流感防治組所需專業，難謂完全契合，是否足以勝任，不無疑慮。為杜絕訾議，並獲取民眾正面觀感，衛福部亟應積極研謀改進。

(四) 綜上，衛福部傳染病防治諮詢會負有國家流感疫苗採購項目及優先順序之建議權，既事涉全民生存權與健康權之保障，且攸關國家防疫成效至鉅，允屬涉及公共利益之重大事項，其組織設置、運作卻僅以非直接對外發生法規範效力之要點定之，難謂周延與完備，相關成員適任資格及利益迴避事項之勾稽查核機制更未臻健全，均欠周妥。

四、施打疫苗既為衛福部宣稱全球公認預防流感最有效之方法，相關文宣與教材內容自應以具體量化數據，足讓各高風險族群與其照顧者深刻有感於疫苗之有效性及保護效果，然疾管署迄未能有效提升民眾主動

⁷ 按行政程序法第 159 條及中央行政機關法制作業應注意事項等規定略以，稱「要點」者，係屬行政規則，係指上級機關對下級機關，或長官對屬官，依其權限或職權為規範機關內部秩序及運作，所為非直接對外發生法規範效力之一般、抽象之規定。

接種意願，進而大幅增益國內疫苗施打率及防疫成效，確應具體改善。

- (一)按施打疫苗係全球公認預防流感之最有效方法，衛福部分別於其網站、相關防治工作及教學手冊一再強調、宣稱其於流感防疫工作之有效性及重要性⁸。是國內流感防疫相關教育宣導教材，衛福部允應以具體量化數據充分說明施打疫苗對民眾保護效果及防疫成效，俾讓各高風險族群皆易懂明瞭而深刻有感，以有效提升接種疫苗意願。
- (二)據衛福部分別於本院詢問前、詢問後查復，依國內105年至106年流感季統計資料顯示，流感疫苗對流感併發重症之保護效力約43%(95% CI⁹：33%~52%)，未接種流感疫苗者感染流感後併發重症之風險為有接種疫苗者之1.76倍；流感疫苗對流感併發重症死亡之疫苗保護效力約45%(95% CI：15%~65%)，未接種流感疫苗者感染流感後因併發重症死亡之風險為有接種疫苗者之1.83倍；106年至107年流感季統計資料則指出，流感疫苗對流感併發重症之保護效力約37.5%(95% CI：24%~48%)，即未接種流感疫苗者感染流感後併發重症之風險乃有接種疫苗者之1.6倍；流感疫苗對流感併發重症死亡之疫苗保護效力約45%(95% CI：9%~67%)，即未接種流感疫苗者感染流感後因併發重症死亡的風險是有接種疫苗者的1.82倍。復據衛福部、審計部分別表示略以：「我國過去研究顯示，65歲長者接種疫苗每花

⁸ 資料參考來源：WHO 相關網站(<http://www.who.int/>)；疾管署修訂發布之季節性流感防治工作手冊，106年12月；疾管署編印之流感疫苗接種手冊，106年9月；黃惠珣等，西元2013-2014年流感季流感疫苗保護效力評估初探，疫情報導，第30卷第21期，103年11月；宋季純、邱南昌，流感疫苗的發展趨勢，感染控制雜誌，第22卷第2期，101年4月；原行政院衛生署疾病管制局(下稱原疾管局)、臺灣兒科醫學會、臺灣感染症醫學會共同編著，由原疾管局出版之認識流感疫苗教學手冊，100年4月。

⁹ 英文全名為 Confidence Interval，中譯為信賴保護區間。

費1元成本，可以節省後續16元醫療費用，又在慢性病患如氣喘病人接種疫苗，可以節省病人因肺炎/流感之平均門診費約2,125元/人、急診費約13,153元/人。……」¹⁰⁴至105年流感季計採購疫苗316萬餘劑，……確診及死亡個案中，未接種流感疫苗者約占9成5……」。疾管署訂定發布之「流感防治工作手冊」尤載明略以：「在流行病毒株與疫苗病毒株相符的情形下，流感疫苗在65歲以下的成人，保護力可達70-90%，對一般65歲以上老年人的保護力……約可減少30~70%流感及肺炎(pneumonia and influenza, P&I)住院率，對身體虛弱的老人，則降低30~40%的流感罹患率，並可減少50~60%住院率、防止80%之死亡。老年人雖然免疫力較低，但疫苗仍可以幫助老年人預防嚴重的併發症及減緩病情，考量住院的成本遠大於疫苗的價格，依然符合成本效益。在幼兒的研究發現完整施打流感疫苗可降低嬰幼兒因流感引起的住院率達7成，對於抵抗力最差的6至12個月嬰兒之預防感染流感的效果也有8成，顯示嬰幼兒接種流感疫苗的效益顯著。……」足見在國內各高風險族群，「未施打流感疫苗者」皆較「施打流感疫苗者」，明顯存在較高之流感罹病、併發重症及死亡風險，亦即施打流感疫苗有效降低相關醫療成本，為最具效益之流感防治策略。衛福部爰應將上述量化數據採簡單易懂之圖案、影片等方式納入教育宣導教材，足讓各高風險族群及其照顧者一望即知而深刻有感於流感疫苗之有效性及保護效果。

(三)惟查，衛福部及疾管署迄今所製作發布之相關流感宣導素材，計有多媒體、海報、單張、手冊、廣播布條等種類，縱可謂包羅萬象、聲光影音效果兼

具，且不斷推陳出新，然除「流感疫苗大哉問」等文宣內容僅少許頁面提及上述部分量化數據之外，絕大部分內容均僅侷限於民眾多已耳熟能詳之勤洗手、戴口罩等固有制式預防措施、染病後之居家隔離措施，以及疫苗相關副作用及施打禁忌，顯不足以讓各高風險族群及其照顧者深刻有感於疫苗之有效性及保護效果，不無審酌精進空間。

(四)綜上，施打疫苗既為衛福部宣稱全球公認預防流感疫情最有效之方法，相關文宣與教材內容自應以具體量化數據，足讓各高風險族群與其照顧者深刻有感於流感疫苗之有效性及保護效果，然疾管署迄未能有效提升民眾主動接種意願，進而大幅增益國內疫苗施打率及防疫成效，確應具體改善。

五、衛福部疏未針對居住於社區之65歲以上長者、入學前之幼童及其照顧者等易受感染之高風險族群加強宣導，致該等族群流感疫苗接種率長期明顯偏低，難以發揮保護效果，凸顯該部現階段所稱「分眾」重點宣導方式缺乏實質策略，核欠周妥。

(一)按健康乃行使其他人權不可或缺之基本人權，人人均有權享有足以達成、有益於尊嚴生活之健康最高標準。政府爰應善用各種政策、計畫、資源，普及衛生教育宣導措施、加強預防接種計畫及傳染病控制策略，俾讓每個國民不分性別、年齡、收入及族群皆有平等機會接收、享受、傳播各種衛生保健服務、衛生知識及資訊，以預防、治療及撲滅各種傳染病。此分別於「世界人權宣言」第25條第1項、「經濟社會文化權利國際公約」第12條及其一般性意見，定有明文。爰此，衛福部基於中央衛生主管機關之責，自應善用各種管道、資源，依國內各種高

風險族群¹⁰之生活習性、活動範圍，普及流感防疫及其疫苗接種之衛生教育宣導措施，足讓民眾皆易取得相關防疫知識、資訊及預防接種服務，以預防流感，增益健康。

(二)據衛福部查復，為擴大保護國內易受感染之風險族群，該部逐年擴大公費流感疫苗接種對象，爰於106年接種計畫將下列族群列為施打對象：滿6個月以上至國小入學前幼兒、國小、國中、高中、高職、五專一至三年級學生、少年矯正學校及輔育院學生、50歲以上成人、具有潛在疾病者(包括高風險慢性病人【含BMI¹¹≥30】、罕見疾病患者及重大傷病患者)、孕婦、6個月內嬰兒之父母、幼兒園托育人員及托育機構專業人員、機構對象、醫事及衛生防疫相關人員、禽畜業及動物防疫相關人員等。查前述公費流感疫苗接種對象之接種率，其中65歲以上長者自102年至106年歷年分別為42.2、41.4、40.8、49.2及48.8%。雖可見近2年該族群長者接種率，經實施上述倍增預算採購疫苗策略後，微幅提升，惟該接種率之提升，係居住於照護機構(含工作人員)及社區等長者接種率平均後之數值，其中照護機構長者之疫苗接種率歷年皆可達9成以上，社區長者各年度接種率卻均遠不及4成5，僅為照護機構長者接種率之一半，以入住於照護機構之65歲以上長者，僅屬國內小部分，多數長者仍長住社區，絕大部分仍具行動及社交活動能力觀之，社區長者疫苗接種率偏低，不無形成國內流感防疫之缺

¹⁰ 高風險族群：疾管署稱之高危險族群，係因自身免疫力關係，比平常人有較多機會感染流感及出現嚴重併發症，包括有老年人、嬰幼兒、孕婦、免疫功能不全者，以及罹患氣喘、糖尿病、心血管、肺臟、肝臟、腎臟等疾病或 BMI≥30 者等。資料參考來源：疾管署修訂發布之季節性流感防治工作手冊，106 年 12 月。

¹¹ 係身體質量指數，英文全名為 Body-Mass Index。

口。以上復觀衛福部於本院詢問前查復資料及該署防治工作手冊分別自承：「……65歲以上老人的接種率不僅不及經濟合作與發展組織國家之平均水平，更僅約韓國的一半……」及「依據本署傳染病監視統計資料顯示，我國流感併發重症之發生率及死亡率以年齡超過65歲之老年人為最高，且我國65歲以上老年人口占總人口數比率，自85年至104年間由7.7%上升至12.5%；此一情形，對於步入高齡化社會的我國而言，將對醫療及社會經濟造成衝擊」等語，益證國內65歲以上長者接種率偏低對於我國高齡化社會之負面影響衝擊甚明。又，衛福部既表示初次接種疫苗之幼童應完成2劑疫苗，始能獲得較高之保護力¹²。然而，102年至106年歷年「6個月以上至3歲以下」初次接種幼兒之第一劑接種率分別為22.9、26.5、30.3、45.7及50.1%，除近2年約略提升至5成左右，102年及103年均不及3成。第二劑接種率則分別為15.4%、18.7%、21.0%、30.4及37.6%，雖近2年接種率略升，然實際完成第二劑接種者僅約3成；至於「3歲以上至入學前」之初次接種幼童，第一劑接種率分別為8.1、9.2、9.4、19.5及14.3%，第二劑接種率分別為3.8、4.4、4.6、9.8及7.1%，可見第二劑接種率僅約為第一劑接種率之二分之一，亦即國內約有半數之幼童於初次接種後，尚未完成第二劑之接種，致難以形成較佳之保護效果而影響防疫成效。凡此亟賴衛福部研訂誘

¹² 據免疫研究顯示，6至35個月幼童接種A(H1N1)pdm09單價疫苗，如接種1劑疫苗，僅約50%可產生足夠保護性抗體反應，接種2劑疫苗後約80至95%接種者對A(H1N1)pdm09流感病毒可產生足夠保護性抗體反應，對於6個月至8歲完成接種2劑疫苗的幼童，針對預防類流感及肺炎/流感的疫苗效益分別為23%和51%；對於僅接種1劑疫苗者，疫苗僅對預防肺炎及流感有效益（VE=23%）等語。資料來源：衛福部107年4月19日衛授疾字第1070002096號函。

因並加強教育宣導相關策略與措施，以有效提升該等高風險族群之疫苗接種率。

- (三)雖據衛福部表示略以¹³：「為提升流感疫苗接種率，疾管署業採分眾重點方式進行宣導，包括：製作流感防治及公費流感疫苗接種海報、單張、短片等文宣，並置於疾管署全球資訊網供地方政府及相關單位自行下載使用；另透過多元管道策略，運用新媒體與傳統媒體平台，如：105年辦理流感相關記者會20場、電視播出3,091檔次、臉書『1922防疫達人』平面素材發布25則，最高觸及33,937人次、影片類素材發布17部，最高觸及237,045人次，疾管署『1922防疫專線』服務4,962通；106年辦理流感相關記者會14場、電視播出1,677檔次、疾管署『1922防疫專線』服務5,007通、臉書『1922防疫達人』、Line@疾管家及IG平台等發布132則……」云云。惟查，疾管署上述宣導措施絕大部分係適用於一般成人、學生，迄未依據各風險族群與其照顧者之生活習性及其日常活動範圍、場所據以擬定相對應之專屬衛教宣導措施，致該署上揭所稱「分眾」重點宣導方式之實質策略闕如，顯難以有效廣泛觸及居住於社區之65歲長者、入學前之幼童等族群及其照顧者，可親性及可近性均洵有不足，至為明顯，亟應研謀改進。又，近2年「3歲以上至入學前」幼童之流感疫苗接種率約6成，明顯低於「6個月以上至3歲以下」幼兒之8成接種率，經進一步分析發現，乃肇因於3歲以下幼兒必須接種其他常規疫苗，故一併施打流感疫苗之機率較高，學齡前幼童因欠缺此施打機會，致其102年至105年之接種率皆低

¹³ 衛福部 107 年 2 月 22 日衛授疾字第 1070000822 號函。

於5成。至國小學童則因採集中接種方式，自然產生較高之接種率。以上復觀疾管署及地方主管機關分別表示：「我們也很想進入幼兒園去施打，但幼兒常因施打疼痛致哭鬧問題，可能會造成老師的困擾……」、「由於流感好發於年齡層廣泛，且各場域對象特性不一，尚須中央機關橫向溝通以利宣導」等語，衛福部亟應併同前述分眾宣導策略，偕同教育部依其組織法第2條第1項第7款、第8款、學校衛生法第5條、第14條及傳染病防治法第6條、第19條分別明定：「學校衛生教育政策之規劃、輔導及行政監督」、「中小學與學前教育……之規劃、輔導及行政監督」、「組成學校衛生委員會提供學校衛生教育與活動、健康保健服務之規劃及研發事項之諮詢指導意見」、「學校應配合衛生主管機關，辦理學生入學後之預防接種工作。……」、「中央各目的事業主管機關應配合及協助辦理傳染病防治事項如下：……四、教育主管機關：學生及教職員工之宣導教育及傳染病監控防治等事項」、「各級政府機關(構)及學校平時應加強辦理有關防疫之教育及宣導，並得商請相關專業團體協助；主管機關及醫療機構應定期實施防疫訓練及演習」等法定職掌事項，研議改善方案，以有效提升幼童流感疫苗接種率。

(四)綜上，衛福部疏未針對居住於社區之65歲以上長者、入學前之幼童及其照顧者等易受感染之高風險族群加強宣導，致該等族群流感疫苗接種率長期明顯偏低，難以發揮保護效果，凸顯該部現階段所稱「分眾」重點宣導方式缺乏實質策略，核欠周妥。

六、衛福部明知校園流感群聚件數占國內流感群聚總件數之比率居高不下，105年發生件數尤有驟增現象，

卻迄未因應採取相關防疫加強措施，致無以減緩106年校園群聚感染事件之發生，猶見校園群聚感染事件仍占總數之6成，行事不無消極因循，確有欠當。

- (一)按流感群聚¹⁴事件係凡指符合疾管署訂定發布「症狀監視及預警系統作業說明」所規範之類流感、上呼吸道感染或不明原因發燒等聚集、群聚事件，皆可稱之。其定義如下：(一)類流感聚集：個案出現類流感症狀，有人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞。其通報之病例需同時符合下列三項條件：1. 突然發病、有發燒(耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$)及呼吸道症狀。2. 具有肌肉酸痛、頭痛、極度倦怠感其中一項症狀者。3. 需排除單純性流鼻水、扁桃腺炎與支氣管炎。(二)上呼吸道感染群聚：個案出現上呼吸道症狀，有人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞。(三)不明原因發燒群聚：個案出現不明原因發燒(耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$)，有人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞。是流感群聚事件往往加快疫情之散播與蔓延，衛福部自應針對上揭三類流感群聚事件易發生之途徑、條件、時機、地點及相關高風險場所，偕同相關目的事業主管機關研擬有效預防、管制及查處策略，並廣為充分宣導，以減少其任何可能發生之機會。
- (二)據衛福部查復，疾管署已於94年將類流感群聚事件納入「症狀監視通報系統」監測，全國各醫療院所、學校、機構應主動向地方衛生局通報疑似類流感或上呼吸道感染群聚，並送驗呼吸道病原體，由疾管署檢驗中心進行病原體鑑定。嗣於96年底將類流感

¹⁴ 群聚(Cluster)：出現類流感症狀之個案，或經實驗室檢驗為流感病毒陽性者，具有人、時、地關聯性，且判定為疑似聚集感染有擴散之虞。資料參考來源：疾管署修訂發布之季節性流感防治工作手冊，106年12月。

監測納入「人口密集機構傳染病監視系統」，針對安養機構、養護機構、長照機構、安置(教養)機構、矯正機關或其他類似場所進行監測，如該場所之收容者或工作人員(含流動工作人員)出現符合上揭通報條件之症狀或發生群聚疫情時，即應進行通報。疾管署並逐日彙整群聚案件資訊後，每週進行群聚疫情趨勢與感染病毒之分析，提供疫情研判之參考。經統計發現，102年至105年各年度校園流感群聚累計件數依序為74、67、51及233件，其中105年校園群聚件數較往年大幅增加之原因，據衛福部表示¹⁵，係該流感季疫情較往年提早發生所致，且106年5至8月出現夏季流行疫情並於第26週(6月26日至7月2日)達高峰，仍值各級學校在學期間，致校園群聚事件增加等語。復據疾管署於107年1月23日發布之新聞資料，自106年12月17日至107年1月13日等4週期間，國內累計發生57起流感群聚事件，其中44起發生於校園，亦即國內流感群聚事件發生於校園之比率高達77%。再據衛福部查復¹⁶，自106年流感季迄今(106年10月1日至107年4月15日)，群聚事件累計189件，其中校園群聚事件計125件(以上校園群聚事件以國小、國中居多，合計約占7成以上)，占率超過6成。足見105年校園流感群聚感染驟增為233件，幾為104年之4.6倍，且106年流感季(106年10月起)迄107年4月15日，雖至流感季相關統計資料截止週期(6月30日)尚有2個半月，然校園流感群聚累計已達125件，占全國總件數之比率逾6成，除為104年流感季總件數之2.5倍，恐與105年同期間(9個半月)之群聚件數已不相上下。凸顯

¹⁵ 衛福部 107 年 2 月 22 日衛授疾字第 1070000822 號函。

¹⁶ 衛福部 107 年 4 月 19 日衛授疾字第 1070002096 號函。

居高不下且驟增之校園流感群聚事件，各級衛生及教育主管機關自有檢討加強相關防疫策略與措施之必要。

(三)雖據衛福部分別表示略以，疾管署每年於流感高峰期前皆函送季節性流感防治工作手冊予教育部參考應用，並請教育部及地方政府督導與轉知轄區學校、補習班、安親班確實落實流感個案管理、群聚事件通報及感染管制措施。至該署就105年校園群聚感染事件激增等情之相關檢討防疫作為，除已於106年12月29日函請教育部落實流感個案管理、群聚事件通報、感染管制措施及督導各級學校、托育機構加強流感防治衛教宣導之外，並分別於107年1月15日及29日函請地方政府轉知轄內學校、安親班及補習班等進行自我檢查，以及函送「機關(構)流感群聚事件常見感染管制措施缺失態樣」予教育部等相關單位轉知並督導、提醒所轄(屬)機關(構)加強注意並提醒改善等。惟查，疾管署所採前揭措施皆僅為例行性之「公文提醒」作為，迄未因105年校園群聚感染案件驟增等情偕同教育部、地方政府及相關目的事業主管機關切實檢討因應，據以採取相關防疫加強措施，猶任由各級學校、安親班等易生流感群聚場所自主管理，毫未見相關積極查處、獎懲及具體有效之儆示作為，肇致106年校園群聚感染事件仍居高不下，行事不無消極因循，殊非妥適。

(四)綜上，衛福部明知校園流感群聚件數占國內流感群聚總件數之比率居高不下，105年發生件數尤有驟增現象，卻迄未因應採取相關防疫加強措施，致無以減緩106年校園群聚感染事件之發生，猶見校園群聚感染事件仍占總數之6成，行事不無消極因

循，確有欠當。

七、流感疫苗施打量、銷毀量攸關國家預算之龐大支出及防疫成效，相關數據之正確性至為重要，疾管署卻怠未健全勾稽查核機制，僅以粗淺方式查核基層人員登載於IVIS系統數據，即率作為全國疫苗接種率之計算依據，致難以有效避免地方政府為爭取獎勵、衝高績效而虛報疫苗施打量，甚至違法銷毀情事，我國逐年攀升之疫苗接種率尤不無令人質疑，行事敷衍草率，洵有欠當。

- (一)按流感疫苗施打量及其接種率等相關數據，既攸關國家預算之執行效益及防疫成效，衛福部自應依該部組織法第2條第1項第1款：「本部掌理下列事項：一、衛生福利政策、法令、資源之規劃、管理、監督與相關事務之調查研究、管制考核、政策宣導、科技發展及國際合作。……」、該部處務規程第2條：「部長綜理部務，並指揮、監督所屬機關（構）及人員……」及傳染病防治法第5條第1項第1款第2目：「監督、指揮、輔導及考核地方主管機關執行傳染病防治工作有關事項」所明定之中央主管機關職責，分別督促所屬及各地方衛生主管機關健全勾稽查核機制，以杜絕任何造假而浪擲公帑情事。
- (二)據衛福部查復，流感疫苗係依該部傳染病防治諮詢會預防接種組(Advisory Committee on Immunization Practices，下稱ACIP)建議之種類及實施對象，由各地方衛生主管機關參照過去接種情形據以估算年度欲採購數量後，報請疾管署彙整，俟WHO公布當年度北半球流感疫苗組成之建議後，該署即進行採購。其參與採購之疫苗廠商均須符合該部食品藥物管理署查驗登記規定，經檢驗合格後，所生產、進口之疫苗始准予上市使用。該署

嗣採購驗收後，該署及臺北、北、中、南、東、高屏等各區管制中心分別於「流感疫苗資訊系統(Influenza Vaccine Information System，下稱IVIS)」登載疫苗劑型、劑量、批號等資料及轄區各地方政府疫苗分配量，陸續實施配額作業。經完成配額後，各地方衛生局(所)及合約醫療院所對於所分配疫苗之主要管理事項，疾管署分別規範如下：1、衛生局(所)：(1)衛生局依疾管署配額量，進行轄區合約院所第1次配額量分配後，疫苗再下貨至各合約醫療院所。(2)衛生局(所)：於IVIS中接收合約院所各項申請單訊息時(例如：疫苗申請及疫苗繳回……等)，應於申請提出後儘速完成審核作業。(3)依規定時效督導所轄合約醫療院所之接種成果回報狀況及正確操作IVIS。(4)接收所轄合約醫療院所通報疫苗毀損時，應立即展開調查，俟調查後再於IVIS中核對其毀損原因並進行毀損審核作業。(5)定期執行各項報表確認轄區疫苗進銷存量之正確性。2、合約醫療院所：(1)接收轄區衛生局配送之疫苗量經點收完成後，應立即於IVIS中點選完成驗收作業，使疫苗量進入庫存後，始能開始進行接種作業。(2)應按轄區衛生局規定之頻率及時效內，於IVIS中進行各接種對象接種成效之回報作業，以維持院(所)正確疫苗庫存。(3)若有疫苗毀損之情事發生，應立即於IVIS中進行毀損通報。(4)定期確認各項報表疫苗銷存量之正確性。由上可悉，有關疫苗撥發、使用及銷毀數量，各地方衛生局(所)皆登載於IVIS，該署則藉由該系統登載資料查察各縣市疫苗施打及使用情形。

(三)針對上述流感疫苗實際銷毀及查核情形，據衛福部

分別表示¹⁷，102年至104年各年度銷毀疫苗數(含毀損、瑕疵與屆期)分別為83,448、74,964及34,655劑，105年疫苗則因全數用罄，故無銷毀數量。疾管署俟所有撥發地方之疫苗屆期後，關閉IVIS回報功能以查核各地方回報之銷毀及施打數量，據此作為全國流感疫苗接種率之計算依據，其「查核」方式係核對各縣市疫苗之「分配量」、「施打量」及「毀損/銷毀量」，亦即加總各縣市登載於IVIS中之「分配量」是否等同「施打量」加上「毀損/銷毀量」。足見疾管署僅以簡陋加減方式查核各地方基層人員登載於IVIS系統數據，竟未輔以接種民眾名冊及其健保過卡資料加以抽查、比對等勾稽查核方式，即信以為真、賴以為憑而率作為全國疫苗接種率之計算依據，就每年耗費國家龐大預算支應之流感疫苗施打作業以觀，核該署前揭敷衍舉措明顯失之草率，顯難以有效避免地方政府為爭取獎勵、衝高績效而虛報疫苗施打量甚至違法銷毀情事，且我國逐年攀升之疫苗接種率，更令人質疑。雖據該署表示：「疾管署及衛生局(所)於實地查核時均會檢視其(指合約醫療院所)回報量與剩餘量之正確性」云云，然疾管署及各衛生局(所)究係如何檢視且檢視結果為何，衛福部迄未能具體查復，益證疾管署怠未健全疫苗數量之勾稽查核機制，至為灼然。

(四)綜上，流感疫苗施打量、銷毀量攸關國家預算之龐大支出及防疫成效，相關數據之正確性至為重要，疾管署卻怠未健全勾稽查核機制，僅以粗淺方式查核基層人員登載於IVIS系統數據，即率作為全國疫苗接種率之計算依據，致難以有效避免地方政府為

¹⁷ 衛福部 107 年 2 月 22 日衛授疾字第 1070000822 號及同年 4 月 19 日同字第 1070002096 號等函。

爭取獎勵、衝高績效而虛報疫苗施打量，甚至違法銷毀情事，我國逐年攀升之疫苗接種率尤不無令人質疑，行事敷衍草率，洵有欠當。

八、類流感特別門診雖經統計平均可紓解急診類流感就診人次約23.8至30.6%，具有分流急診患者及降低院內流感散播風險之實質效益，惟經疾管署計算其每診開設所需約1萬9,000元之成本，高於約1萬7,000元之平均收入，明顯入不敷出，倘經重複驗證後確屬實情，應由衛福部積極研議相關獎勵誘因及補助措施，以鼓勵國內各醫療機構適時開設，俾持續提升防疫效益。

(一)按中央主管機關基於防疫需要，得指定醫療機構設傳染病隔離病房，或於中央流行疫情指揮中心成立期間，得指定或徵用公、私立醫療機構或公共場所，設立檢疫或隔離場所，並得徵調相關人員協助防治工作，以及徵用或調用民間防疫器具、設備、藥品、醫療器材；對於前揭醫療機構及民間團體、機構之相關損失，得分別酌予補助或補償，此分別於傳染病防治法第14條、第53條及第54條，規定甚明。是國內醫療機構倘因實施有助於流感防疫之相關措施而受有損失者，衛福部允宜參照前開各條文與相關法令規定之意旨及精神，審慎酌予適足合理之獎勵或補助、補償，以增益國內防疫成效。

(二)據衛福部查復，經統計近3年國內各醫療機構開設之類流感特別門診，平均可紓解急診類流感就診人次約23.8至30.6%，明顯具有分流急診患者及降低院內流感傳播風險之實質效益。惟據該部表示略以：「有關類流感特別門診之預算編列，該部除於103年曾以醫療發展基金獎勵醫療機構開設類流感特別門診外，係均以地方政府衛生局督導轄區醫療機

構開設類流感特別門診模式進行，未編列相關預算。此外，疾管署曾於該獎勵期間選取公、私立醫學中心及公、私立區域醫院共4家醫療機構，據分析類流感特別門診開設需要之硬體、耗材、人員教育訓練、人事及收支出相關之各項費用結果，醫療機構類流感特別門診開設前之整備工作與開設之成本，各醫院別間差異不大，每診開設所需成本約1萬9,000元，收入平均約1萬7,000元」等語。足見國內醫療機構開設類流感門診，雖具有上述實質效益，對國內流感防疫確有貢獻，然絕大部分係因各級衛生主管機關督導、所託而開設，明顯入不敷出。倘衛福部重複精算驗證後，前揭入不敷出窘境確屬實情，爰為鼓勵國內醫療機構適時開設，以持續提升其分流急診患者及降低傳播風險之防疫效益，衛福部自有參照上開相關法令規定之精神，研議相關獎勵措施及誘因之必要。

(三)綜上，類流感特別門診雖經統計平均可紓解急診類流感就診人次約23.8至30.6%，具有分流急診患者及降低院內流感散播風險之實質效益，惟經疾管署計算其每診開設所需約1萬9,000元之成本高於約1萬7,000元之平均收入，明顯入不敷出，倘經重複驗證後確屬實情，應由衛福部積極研議相關獎勵誘因及補助措施，以鼓勵國內各醫療機構適時開設，俾持續提升其分流及降低傳播風險之實質效益。

九、鑑於流感大流行時期恐無法及時取得疫苗之風險，衛福部縱已參採先進國家作法研議建立疫苗預購協議採購機制，卻分別囿於經費不足及乏廠商投標而暫緩辦理；惟防疫視同作戰，國人生命健康尤屬無價，任何理由恐皆不足以暫緩防疫整備措施之遂行，亟應料敵從寬，禦敵從嚴，儘早研謀對策妥善因應，以完備

我國防疫戰備能量。

- (一)按WHO定義，流感疫苗分為「流感大流行疫苗」、「流感大流行前疫苗」及「季節性流感疫苗」等3類。其中「流感大流行疫苗」係指未來發生新型流感大流行時，屆時依WHO建議之流感病毒株產製，目前尚無實體疫苗可供採購。基此，自98年全球爆發H1N1新型流感¹⁸大流行後，為因應流感大流行期間，國際間流感疫苗廠商稀有、產製排程及各國搶購等因素，恐無法及時購得所需疫苗，先進國家中，除美國已投資擴充流感疫苗產能之外，加拿大、澳洲、德國、英國、愛爾蘭、瑞士等國家，爰透過與疫苗廠商簽訂疫苗預購協議(Advanced Purchase Agreement，下稱APA)方式，以取得大流行發生時，疫苗之優先供應權。
- (二)據審計部及衛福部分別查復，疾管署參採上述先進國家作法，將流感大流行疫苗APA機制之建立，納為「我國因應流感大流行準備第二期計畫」及100年8月出版「因應流感大流行執行策略計畫」之執行方法或策略之一，期藉由APA之簽訂¹⁹，確保疫情大流行時，及早取得疫苗，優先提供第一線醫療防疫人員及高危險族群接種，以取得防疫先機。然因我國尚乏APA採購先例，行政院基於國家整體防疫所需，曾分別於102年2月5日、6月5日召開之「國家人用疫苗政策指導會報」第1次、第2次會議，囑衛福部與行政院公共工程委員會研商符合政府採

¹⁸ 美國疾病管制中心一開始稱為豬源性 H1N1 A 型流感 (swine-origin influenza A 【H1N1】 virus)，後來亦以新型流感稱呼之 (novel influenza A 【H1N1】)。WHO 在經過 1 週左右，始將之改名為 H1N1 A 型流感。資料來源：臺灣感染症醫學會。

¹⁹ 一旦 APA 簽訂後，因疫苗廠商需保留部分疫苗生產線予簽約國，將損失部分製造其他疫苗之產能，爰國際間多以保險給付概念，支付 APA 權利金取得優先供貨權利。資料來源：審計部。

購法且具APA精神之採購機制。該署嗣依前揭指示，偕同有關機關召開多次會議研議APA採購規劃作業事宜，並於102年7月3日召開之「103年度流感大流行疫苗預購協議採購案會前會」決議，雖以疫苗基金作為APA採購案之預算來源，惟囿於疫苗基金財源不足，爰APA採購規劃事宜暫緩辦理。復經疾管署持續蒐集國際最新流感大流行疫苗儲備方式並檢討修訂我國疫苗儲備策略，提經106年5月31日衛福部傳染病防治諮詢會流感防治組會議討論後決議略以：「將流感大流行(前)疫苗儲備策略調整為：以簽訂APA為原則」。疾管署雖據此持續規劃107至108年度流感APA採購案，然分別於107年1月17日及2月26日辦理公開招標後，囿乏廠商投標而流標，該署刻正蒐集廠商未投標之原因、意見，據以研析策進中。顯見我國疫苗預購協議採購機制分別囿於經費不足及乏廠商投標而暫緩辦理，惟防疫視同作戰，國人生命健康尤屬無價，任何理由恐皆不足以暫緩防疫整備措施之遂行，尤以衛福部既深悉「流感疫苗製程約需4至6個月期間，若有額外需求，廠商重新製造恐緩不濟急」等情²⁰，亟應未雨綢繆，儘早研謀對策妥善因應。

(三)綜上，鑑於流感大流行時期恐無法及時取得疫苗之風險，衛福部縱已參採先進國家作法研議建立疫苗預購協議採購機制，卻分別囿於經費不足及乏廠商投標而暫緩辦理；惟防疫視同作戰，國人生命健康尤屬無價，任何理由恐皆不足以暫緩防疫整備措施之遂行，亟應料敵從寬，禦敵從嚴，儘早研謀對策妥善因應，以完備我國防疫戰備能量。

²⁰ 衛福部依據本院函詢事項之書面說明。

十、衛福部自102年迄107年間陸續召開、辦理之相關會議及委託研究案，早已認為導入「四價流感疫苗」為國際趨勢，「全面使用」尤具成本效益，該部更於本(107)年初即對外宣示國內將自同年10月開始全面施打，詎該政策宣示不及2個月，猶未見全球與國內疫情及環境顯著變異，該部竟於同年3月即推翻前揭宣示及相關會議決議事項而改採「三價流感疫苗」，不無招致政策草率反覆之訾議，殊有欠當。

- (一)按現代化民主政府之任何決策，除涉及國家安全、利益等確有必要保密之事項外，不僅應資訊公開透明，更應具可預測性、一致性及可靠性，俾讓人民有所依循，尤讓相關利害關係人從中足以選擇最符合其個人需求或利益之選項，或及時採取必要之避險行為²¹，以促進政府之可信賴感。是衛福部針對流感疫苗採購項目之相關決策，攸關民眾健康及疫苗相關事業權益甚鉅，自應具一致性及可預測性。
- (二)據衛福部相繼於本院函詢時、詢問前查復略以：「疾管署已依據107年2月5日召開之四價流感疫苗全面接種策略經濟效益評估審查會會議結論：『經委員審查一致同意，相較於三價流感疫苗，接種四價流感疫苗具有成本效益』，簽請行政院同意動支第二預備金，於本(107)年採購流感四價疫苗。」、「依據國際文獻顯示，疫苗成分含有2個A型及2個B型之四價流感疫苗，不僅保護效力高於三價疫苗，且具有成本效益，又目前使用四價流感疫苗已為世界趨

²¹ 資料參考來源：莊文忠，公民導向的績效衡量與課責模式—以透明治理與開放政府為基礎，國土及公共治理季刊，第3卷第3期，104年9月；蕭乃沂、陳敦源、廖洲棚等，政府應用巨量資料精進公共服務與政策分析之可行性研究，國家發展委員會委託研究報告，NDC-MIS-103-003，104年3月；陳文璣，芬蘭政府計畫管理制度介述，T&D飛訊管理第78期，98年2月；吳重禮，美國「分立政府」運作的爭議：以公共行政與政策為例，歐美研究，第32卷第2期，91年6月。

勢……。」「疾管署已於103年間委託醫藥品查驗中心完成四價流感疫苗之效益評估，並將評估結果提報ACIP會議之決議略以：『於政府預算充足情形下，建議考慮優先提供四價流感疫苗給感染風險較高之醫護人員接種，其次依序為長者及學童』」、「依據本部106年委請醫藥品查驗中心進行之「四價流感疫苗全面接種策略之經濟效益評估」報告指出，以健康照護者觀點來看，以四價流感疫苗取代三價流感疫苗，所需遞增成本效果比，每個生命年為78,880元及每個經健康生活品質校正生命年為112,127元；另依WHO之建議，遞增成本效果比低於國內一倍的GDP閾值設定者，即具有成本效益。因此，依據國內研究資料顯示，全面使用四價流感疫苗具有成本效益」。衛福部內部相關會議針對四價流感疫苗之相關決議及對外發言重點復分別如下，102年12月26日ACIP第2次會議略以：「有關四價流感疫苗之接種對象，如政府預算充足情形下，建議考慮優先提供感染風險較高之醫護人員接種，其次依序為長者及學童」、104年3月18日同年第11次高階主管會議決議略以：「有關流感疫苗接種計畫導入四價流感疫苗差額負擔之進度報告案，請疾管署就導入四價流感疫苗採差額負擔之可行做法，積極與健康保險署溝通、協調……應避免造成國人對於不同效價之流感疫苗品質落差之觀感」、同年11月27日同年第53次高階主管會議決議略以：「導入四價流感疫苗為國際之趨勢，依據ACIP之建議，第一順位施打對象為醫護人員……請疾管署於105年先規劃以醫護人員為導入四價流感疫苗差額負擔之實施對象……」、「106年2月8日傳染病防治諮詢會流感防治組、ACIP聯席會議決議略以：

「……建議疾管署針對107年度之流感疫苗接種計畫以採購600萬劑四價流感疫苗進行相關預算之編列與爭取」，衛福部陳時中部長於107年1月17日受訪時尤宣布略以：「未來公費流感疫苗將全面從現行三價改為四價疫苗，預計本(107)年10月就會開打」²²。

- (三)俱上顯見，衛福部自102年迄107年間陸續召開、辦理之相關會議及委託研究案，早已認為導入「四價流感疫苗」為國際趨勢，「全面使用」尤具成本效益，該部陳時中部長更於本(107)年初即對外明確宣示國內將自同年10月全面施打，從而國內自各級衛生主管機關、疫苗相關事業、流感高風險族群至普羅大眾，無一不對民眾有較高保護力之前揭疫苗政策宣示有所期待，自可預見。然而，該政策宣示不及2個月，毫未見全球與國內疫情及環境發生顯著變異，該部竟於同年3月即推翻前揭宣示及相關會議決議事項，而改採「三價流感疫苗」。雖據該部分別表示：「考量目前蒐集之訊息，尤其本流行季之國內外資料尚未完整……疫苗供應穩定性及整體財務規劃等因素」、「係依本部傳染病防治諮詢會流感防治組、預防接種組聯席會議專家意見，採購三價流感疫苗」云云。惟該部指稱「3月之決策」係基於專業，則「1月政策宣示及其先前會議決議」之專業何在？又，該部「3月之決策」必須「蒐集訊息」並考量「疫苗供應穩定性」、「整體財務規劃」……等因素，是否反指「1月及其先前之政策宣示及會議決議」毫無依據可言？核該部陳詞，明

²² 資料參考來源：立法院第9屆第5會期社會福利及衛生環境委員會第6次全體委員會議紀錄，107年3月22日；中央社生活新聞，網址：<http://www.cna.com.tw/news/ahel/201801170113-1.aspx>，107年1月17日。

顯矛盾，委不足採，凡此在在凸顯該部政策草率反覆，至為灼然。

- (四)衛福部自102年迄107年間陸續召開、辦理之相關會議及委託研究案，早已認為導入「四價流感疫苗」為國際趨勢，「全面使用」尤具成本效益，該部更於本(107)年初即對外宣示國內將自同年10月開始全面施打，詎該政策宣示不及2個月，猶未見全球與國內疫情及環境顯著變異，該部竟於同年3月即推翻前揭宣示及相關會議決議事項而改採「三價流感疫苗」，不無招致政策草率反覆之訾議，殊有欠當。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一、三、十，函請行政院督同衛生福利部切實檢討改進見復。
- 二、調查意見五、六，函請行政院督同衛生福利部、教育部切實檢討改進見復。
- 三、調查意見二、四、七、八、九，函請衛生福利部督同所屬疾病管制署及相關地方衛生主管機關切實檢討改進見復。
- 四、調查意見，函復審計部。
- 五、調查意見，送請本院人權保障委員會參考。
- 六、檢附派查函及相關附件，送請內政及少數民族、教育及文化委員會聯席會議處理。

調查委員：張武修

王幼玲