

國立政治大學法學院碩士在職專班

碩士學位論文

傳染病防治法之刑事責任研究

**Study on the Criminal Liabilities of the Communicable
Disease Control Act.**

指導教授：許 恒 達 博 士

研究生：趙 偉 翔 撰

中 華 民 國 109 年 7 月

謝辭

終於到了論文最後寫謝辭的階段，論文最後可以完成，最感謝的就是指導教授許恒達老師，謝謝恒達老師對我的鼓勵與指導，每每總是在繁忙的行程中，擠出寶貴的時間給我指導，指引迷途的我正確的方向，教導貧乏的我寶貴的參考資料。很感謝自己當年選修恒達老師的第一堂刑法課後，立即決定追隨恒達老師，這是我在政大最精準、最正確的決定，真的很謝謝恒達老師。

另外，要感謝慷慨地答應擔任口試委員的王皇玉老師與李聖傑老師，謝謝兩位老師百忙之中幫忙審視論文，在口試時提出許多論文的疏漏，並給了許多寶貴的建議，令我銘感在心。

感謝一路上老師與長官的支持。謝謝陽明大學的論文指導教授李丞華老師與黃文鴻老師，畢業多年後還勞煩老師幫我寫推薦函，每次見面更是給我滿滿的正能量。謝謝前疾病管制署郭旭崧署長、劉士豪主任與王震峰主任，感謝你們鼓勵與包容我的在職進修。

最後，要謝謝老爸老媽老姊老妹，從小到大對我未曾保留的支持，謝謝老婆兒子女兒對我的體諒與體貼，你們永遠是我最愛的家人。

摘要

高度經濟發展的現代社會面臨諸多不確定的危險，其中傳染病一直是重要的風險來源，實有探討刑法介入的必要性。刑法第 11 章的公共危險罪章即包括「違背傳染病法令及散布之罪」。

我國傳染病之專責法規為傳染病防治法，並曾發布「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」與「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」，疫情期間，特殊條例採取增加刑事處分、放寬刑事處分構成要件、提高罰金上限、提高行政處分上限等內容，也曾影情傳染病防治法之修法。

目前實務上刑法 192 條第 1 項難以成立，刑法 192 條第 2 項之行為是否足生具體之公共危險、有無散布行為之要件，實務上均難以認定與證明。

以「傳染病防治刑責類型一：傳染行為」法規分析為例，建議未來「傳染病防治法」第 62 條刪除「致傳染於人者」之文字，回歸抽象危險犯之犯罪類型。以「傳染病防治刑責類型二：周邊配套」法規分析為例，在囤積居奇罪的部分，目前傳染病防治法第 61 條與刑法 251 條功能混淆，混淆不同法益，建議應調高刑法 251 條之刑度，讓兩罪刑度相當，甚至應相互整合為單一規範。至於散布謠言罪，建議我國於尊重言論自由的前提，將謠言納入社會秩序維護法之行政罰為宜。

關鍵字：傳染病防治法、刑事責任、抽象危險犯

Abstract

A modern society with highly developed economics may face various uncertain dangers. Among them, infectious diseases have always been an important source of risks. It is necessary to explore the necessity of criminal act intervention. In chapter 11 of the Criminal Act - the Public Dangerous Crimes includes "the crime of violating the communicable disease control act and spreading rumors."

In our country, the law regulating infectious diseases is the Communicable Disease Control Act, and the "Interim Regulations for Prevention and Relief for Severe Acute Respiratory Syndrome " and "Special Act for Prevention, Relief and Revitalization Measures for Severe Pneumonia with Novel Pathogens " have been issued. During the epidemic, those special acts increased criminal sanctions, relaxed the constitutional elements of criminal sanctions, raised the ceiling of fines, loosened the upper limit of administrative sanctions, and have influenced the amendment of the Communicable Disease Control Act.

However, it is difficult to constitute paragraph 1 of article 192 of the Criminal Code of the Republic of China in practice. It is also difficult to identify and prove the existence of the behavior that resulted in public dangers or spreading rumors as stated in paragraph 2 of article 192 of the Criminal Code of the Republic of China.

Taking the "criminal liability type one for communicable disease control: contagious behaviors" as an example, it is recommended that in the future, "resulted in infecting human beings" in the article 62 of the "Communicable Disease Control Act" to be deleted and goes back to the

crime type of abstract danger offenses. Another example is the “criminal liability type two for communicable disease control: peripheral supporting measures.” In terms of the crime of hoarding, currently the function of article 61 of the Communicable Disease Control Act is confused with that of article 251 of the Criminal Code of the Republic of China with different legal interests. It is recommended that the penalties in article 251 should be raised so that the penalties in the two Acts are equal, or they should even be integrated into a single norm. As for the crime of spreading rumors, it is recommended that our country, on the premise of respecting the freedom of speech, should incorporate rumors into the administrative penalties of the laws regulating the maintenance of social orders.

Keywords: Communicable Disease Control Act, Criminal Liability, Offender of Abstract Danger

目次

謝辭.....	i
摘要.....	ii
第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究範圍與重點.....	2
第三節 研究方法.....	3
第四節 論文架構.....	3
第二章 風險社會與傳染病防治.....	5
第一節 風險社會與刑事立法.....	5
第二節 傳染病的種類與傳播方式.....	9
第三節 傳染病的歷史.....	12
第四節 臺灣的傳染病史.....	17
第五節 21 世紀的傳染病大流行.....	20
第六節 小結.....	27
第三章 傳染病防治法之立法與規範內容.....	29
第一節 歷史沿革.....	29
第二節 防治體系.....	33
第三節 傳染病預防.....	35
第四節 特別條例.....	39
第五節 相關重要判決.....	46
第六節 小結.....	52
第四章 防治傳染病刑法規範之探討.....	54
第一節 法益的概念.....	54
第二節 抽象危險犯的設計取向.....	58
第三節 刑法典規範.....	61
第四節 傳染病防治刑責類型一：傳染行為.....	66
第五節 傳染病防治刑責類型二：周邊配套.....	68
第六節 小結.....	73
第五章 結論.....	75
參考文獻.....	79

第一章 緒論

第一節 研究動機

自 2019 年 12 月以來，新型的冠狀病毒性肺炎(日後命名為 COVID-19)在中國湖北省武漢市開始流行，並迅速在全球蔓延¹，很快在 2020 年 3 月 11 日由世界衛生組織(World health Organization, WHO)宣布為國際傳染病大流行(Pandemic)²。截至 2020 年 7 月 15 日，COVID-19 橫行全球超過 188 國，罹病人數超過 1,350 萬人，將近 58 萬人死亡³。臺灣由於防疫應變得當，罹病人數僅 452 人，死亡人數 7 人⁴。

但受疫情影響，人心浮動，陸續發生口罩缺貨⁵、疫情謠言⁶、疑似病患不願意遵守防疫隔離措施⁷等現象。導致衛生福利部、法務部等主管機關，均宣示將依傳染病防治法、社會秩序維護法等法令究責，或以行政罰裁處。

民眾對於防疫物資囤積居奇、不遵守防疫指令或散布謠言之違法行為容易引起民情譁然與激憤，歷年來無論傳染病防治法與刑法之修法、或疫情期間所頒布之特別條例，均有提高刑度或罰金上限之趨勢。

有鑑於此，本文擬探討傳染病防治法第 61 條囤積居奇罪⁸、第 62 條不遵守

¹Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it, World Health Organization(WHO), Retrieved June 1 2020, from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it.html](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it.html)

²WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020, World Health Organization(WHO), Retrieved June 1 2020, from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020.html>

³WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, World Health Organization(WHO), Retrieved July 15 2020, from: [https://www.who.int/redirect-pages/page/novel-coronavirus-\(covid-19\)-situation-dashboard.html](https://www.who.int/redirect-pages/page/novel-coronavirus-(covid-19)-situation-dashboard.html)

⁴WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, World Health Organization(WHO), Retrieved July 15 2020, from: [https://www.who.int/redirect-pages/page/novel-coronavirus-\(covid-19\)-situation-dashboard.html](https://www.who.int/redirect-pages/page/novel-coronavirus-(covid-19)-situation-dashboard.html)

⁵法務部 2020 年 2 月 8 日新聞稿，恣意造謠衛生紙與口罩原料相同即將缺貨，法務部將速查嚴辦！，上網日期 2020 年 6 月 20 日，檢自 <https://www.moj.gov.tw/fp-791-126693-ffaf4-001.html>

⁶衛生福利部 2020 年 1 月 21 日新聞稿，中央流行疫情指揮中心澄清，目前國內無確診個案，請民眾對於未經證實之疫情資訊，切勿隨意散播、轉傳，避免觸法，上網日期 2020 年 6 月 20 日，檢自：<https://www.mohw.gov.tw/cp-4636-51183-1.html>

⁷衛生福利部 2020 年 4 月 1 日新聞稿，居家隔離、檢疫者務必守法，違者加重裁罰，上網日期 2020 年 6 月 20 日，檢自：<https://www.mohw.gov.tw/cp-4633-52558-1.html>

⁸傳染病防治法第 61 條：中央流行疫情指揮中心成立期間，對主管機關已開始徵用之防疫物資，有囤積居奇或哄抬物價之行為且情節重大者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺

防疫指令罪⁹與第 63 條散布謠言罪¹⁰，與刑法相關條文之適用時機與適用範圍是否得宜。

第二節 研究範圍與重點

受到刑法所保護的利益，也稱為「法益」，而刑法的任務，就在於「法益保護」，至於傳染病防治相關的法益係為保障個人法益(如：身命、財產等)、抑或是國家社會法益(如公共衛生、公共安全等)?犯罪類型應屬實害犯或危險犯?危險犯應採用具體危險犯或抽象危險犯為宜?均為本文探討之重點。

另，有關傳染病防治相關的囤積居奇罪，除可依據傳染病防治法第 61 條處一年以上七年以下有期徒刑、亦可依刑法 251 條處三年以下有期徒刑¹¹；不遵守防疫指令罪除可依據傳染病防治法第 62 條處以三年以下有期徒刑、亦可依刑法 192 條處二年以下有期徒刑¹²；散布謠言罪得依據傳染病防治法第 63 條科新臺幣 300 萬元以下罰金、亦可依我國刑法 251 條處二年以下有期徒刑。有關傳染病防治法與刑法等法條之間的競合，與以傳染病防治法特別處分超越刑法之必要性、刑法規範的合理性，亦為本文研究重點。

幣五百萬元以下罰金。

⁹傳染病防治法第 62 條：明知自己罹患第一類傳染病、第五類傳染病或第二類多重抗藥性傳染病，不遵行各級主管機關指示，致傳染於人者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣五十萬元以下罰金。

¹⁰傳染病防治法第 63 條：散播有關傳染病流行疫情之謠言或不實訊息，足生損害於公眾或他人者，科新臺幣三百萬元以下罰金。

¹¹刑法 251 條：意圖抬高交易價格，囤積下列物品之一，無正當理由不應市銷售者，處三年以下有期徒刑、拘役或科或併科三十萬元以下罰金：

- 一、糧食、農產品或其他民生必需之飲食物品。
- 二、種苗、肥料、原料或其他農業、工業必需之物品。
- 三、前二款以外，經行政院公告之生活必需用品。

以強暴、脅迫妨害前項物品之販運者，處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科五十萬元以下罰金。

意圖影響第一項物品之交易價格，而散布不實資訊者，處二年以下有期徒刑、拘役或科或併科二十萬元以下罰金。

以廣播電視、電子通訊、網際網路或其他傳播工具犯前項之罪者，得加重其刑至二分之一。第二項之未遂犯罰之。

¹²刑法 192 條：違背關於預防傳染病所公布之檢查或進口之法令者，處二年以下有期徒刑、拘役或三萬元以下罰金。

暴露有傳染病菌之屍體，或以他法散布病菌，致生公共危險者，亦同。

第三節 研究方法

我國自 1944 年公布傳染病防治條例後，歷經 1999 年修正為傳染病防治法、2004 年因應 SARS 疫情後大幅修正傳染病防治法後，陸續新增囤積居奇罪、不遵守防疫指令罪與散布謠言罪等，與刑法 192 條「違背傳染病法令及散布之罪」、刑法 251 條「哄抬、囤積商品牟利罪」之具體適用情形、構成要件與刑度等差異，即為本研究重點。

本研究將以文獻分析法為研究基礎，透過調查相關法學文獻與個案司法判決資料的方式，進行分析與探討。

本文僅於此提出空白授權導致刑法 192 條「違背傳染病法令及散布之罪」遭傳染病防治法架空後缺乏實際應用判決之現況、刑法與傳染病防治法對於囤積居奇罪適用之刑度差異與建議、傳染病防治法與社會秩序維護法對散布謠言罪之差異，雖討論上述罪名以刑法規範的合理性與修正方向建議，但不觸及刑度之建議。

第四節 論文架構

本論文共分為五個章節，第一章是緒論，簡介本文的研究動機，並概略闡述本文所欲討論的論文題目核心。

第二章為風險社會與傳染病防治，說明風險社會與刑事立法之概念後，介紹傳染病的種類與傳播方式，並透過 21 世紀全球流行病的回顧與臺灣傳染病流行史，概略性的描繪傳染病對於現代社會所造成的風險與刑法介入的必要性。

第三章透過爬梳傳染病防治法的歷史沿革、防治體系、防疫措施與檢疫措施，介紹傳染病防治法的立法與規範內容，並於第四章針對傳染病防治所保障的法益分析、具體危險犯與抽象危險犯之探討，搭配囤積居奇罪、不遵守防疫指令罪、散布謠言罪於各法條之適用與差異比較，重新思考刑法與特別法存在的必要性與修正建議。

最後，本文將於第五章簡要歸納本論文的見解，並指出有待解決的問題，
作為本文的結論。



第二章 風險社會與傳染病防治

第一節 風險社會與刑事立法

風險社會的概念源自德國社會學家 Ulrich Beck¹³，在 20 年前被德國刑法學所沿用¹⁴，直至今日都具有極重要的地位。Beck 認為，高度經濟發展的現代社會面臨諸多不確定的危險，原子能的使用可能帶來人類毀滅，人類破壞了自然生活基礎可能帶來危險，甚至後來出現的國際經濟危機與恐怖主義都屬於這種不確定的危險。這些新興風險極多，也形成了所謂的「風險言說」(Risikodiskurs)，社會中對於如何規避及降低風險的討論也成為重要核心課題。由於風險並非源於自然，而是人類所創造，法律——尤其是刑法作為一種人類行為的調控手段，那些看到現代風險威脅的人當然視其為解決希望所在。

相對於政治場域，刑法學也繼受了風險社會理論。其中最大支持者即所謂刑法學的法蘭克福學派(Frankfurter Schule)，他們把風險社會理論拿來批評刑法在風險社會中的功能。他們認為，面臨著不確定風險的挑戰，刑法逐漸演化成一種「風險刑法」，在風險刑法中發展出「風險釋義學」，其中尤以激增的抽象危險犯為最。相對於此，另有一派見解贊同以刑法應對現代風險，其因而主張，若不改變刑法釋義學，根本無從應對風險，抽象危險犯的新增自然有其合理性¹⁵。

為因應風險社會，風險刑法引進公共危險罪的概念，公共危險罪係指可造成特定或詞特定多數人的死亡，或是讓身體健康受到傷害，以及嚴重財物受損的具有公共危險性質的犯罪行為。原僅包含放火罪、失火罪(與放火罪相關之罪)、決水罪、危害交通安全罪(與交通犯罪相關之罪)、爆裂物

¹³Ulrich Beck(1986), Risikogesellschaft- Auf dem Weg in eine andere; Beck, Ulrich Beck, Gegengifte(1988), Die organisierte Unverantwortlichkeit. 轉引於：Lothar Kuhlen 著，許恒達譯(2015 年)。全球風險社會中的食品安全刑法。高大法學論叢。第 11 卷第 3 期，頁 175-176。

¹⁴Katharina Reus (2010), Das Recht in der Risikogesellschaft: Der Beitrag des Strafrechts zum Schutz vor modernen Produktgefahren. 轉引於：許恒達，同註 13，頁 177。

¹⁵Hilgendorf, Eric(1993), Strafrechtliche Produzentenhaftung in der Risikogesellschaft. 轉引於：許恒達，同註 13，頁 177。

罪、妨礙公共衛生罪(與公眾健康相關之罪)以及其他公共危險罪。依據犯罪行為對於法益的影響程度，公共危險罪章規定處罰之罪又可分為抽象危險犯與具體公共危險罪，以及實害犯等三個類型¹⁶。

一、抽象危險犯：係指違反以行為對特定法益的抽象危險或一般危險性架構而成的公共危險罪。此類公共危險罪，於構成要件要素中並未出現「公共危險」的字句。因此，在刑法實務上對於行為人主觀上是否對其行為的公共危險性有其認識，亦無需特別加以查證。立法者在架構這類公共危險罪的不法構成要件時，即已構成要件要素的關聯性，而已預先認定該行為已具有一般的抽象危險，並不以事實上已發生之危險，方具有應刑罰性。

二、具體危險犯：具體公共危險罪乃指構成要件要素中出現「致生公共危險」的公共危險罪。在刑法實務上，對於此類的公共危險罪，必須就案件的實際情狀，逐一判斷是否真的有具體的公共危險者，行為才能構成公共危險罪。反之，若未生公共危險者，即不致成罪。但如設有未遂犯的處罰規定者，則論以未遂犯。

三、實害犯：係指因抽象危險犯或具體危險犯的危險狀態繼續升高至實害狀態者，稱為實害犯。

配合時代變遷及社會風險之改變，刑法於 1999 年修法時，在公共危險罪章增設 17 個新罪名¹⁷，其中包括「劫持公眾交通工具之罪」(185 條之 1)、「危害飛航安全之罪」(185 條之 2)、「不能安全駕駛之罪」(185 條之 3)、「肇事逃逸之罪」(185 條之 4)、「使用危險物品之罪」(186 條之 1)、「違法製造販賣運輸持有放射物品之罪」(187 條之 1)、「放射線罪」(187 條之 2)、「使用放射線致傷之罪」(187 條之 3)、「損害保護身體生命設施致生危險於身體健康之罪」(189 條之 1)、「阻塞防生通道之罪」(189 條之

¹⁶林山田(2006)。刑法各罪論(下冊)，第五版。台北：元照出版社。頁 26。

¹⁷公布於 1999 年 4 月 21 日總統(88)華總一義字第 8800083970 號令。

2)、「投放毒物之罪」(190 條之 1)、「製造販賣陳列妨害衛生物品之罪」(191 條)、「公開陳列販售物下毒之罪」(191 條之 1)。

修法後我國刑法有關侵害公共安全的犯罪規定於第 11 章的公共危險罪章，從 173 條的放火罪至 194 條的不履行賑災契約罪，共計 34 條，其中包括：

- 一、與放火罪相關：包括「放火燒燬現供人使用住宅之罪」(173 條)、「放火燒燬現非供人使用住宅之罪」(174 條)、「放火燒燬住宅建築物等以外之罪」(175 條)、「準放火罪」(176 條)、「漏逸或間隔氣體之罪」(177 條)。
- 二、與決水罪相關：包括「決水侵害現供人使用住宅之罪」(178 條)、「決水侵害現非供人使用住宅之罪」(179 條)、「決水侵害現供人使用住宅以外物之罪」(180 條)、「破壞防水蓄水設備之罪」(181 條)、「妨礙救災之罪」(182 條)。
- 三、與交通犯罪相關：包括「傾覆或破壞現供人使用交通工具之罪」(183 條)、「破壞交通設備致生危害之罪」(184 條)、「妨礙公眾往來危險之罪」(185 條)、「劫持公眾交通工具之罪」(185 條之 1)、「危害飛航安全之罪」(185 條之 2)、「不能安全駕駛之罪」(185 條之 3)、「肇事逃逸之罪」(185 條之 4)。
- 四、與危險物品相關：「違法製造販賣運輸持有危險物品之罪」(186 條)、「使用危險物品之罪」(186 條之 1)、「加重危險物品之罪」(187 條)、「違法製造販賣運輸持有放射物品之罪」(187 條之 1)、「放射線罪」(187 條之 2)、「使用放射線致傷之罪」(187 條之 3)。
- 五、妨礙公共事業之罪(188 條)。
- 六、與保護生命設備相關：「損害保護身體生命設施致生危險於生命之罪」(189 條)、「損害保護身體生命設施致生危險於身體健康之罪」(189 條之 1)、「阻塞防生通道之罪」(189 條之 2)。

七、與公眾健康相關：「妨害公眾飲水之罪」(190 條)、「投放毒物之罪」(190 條之 1)、「製造販賣陳列妨害衛生物品之罪」(191 條)、「公開陳列販售物下毒之罪」(191 條之 1)、「違背傳染病法令及散布之罪」(192 條)。

八、違背建築常規之罪(193 條)、不履行賑災契約之罪(194 條)。

我國刑法有關侵害公共安全的犯罪中，由於公共衛生事宜，對於多數國民的健康具有重大的影響，因此若發生公共衛生事件時，受傷害的乃多數的民眾，而非如傷害罪那般係對於特定人的傷害，故刑法當然有將違反公共衛生規定的行為視為侵害公共安全的犯罪而加以規定¹⁸。

其中「違背傳染病法令及散布之罪」(192 條)共有兩項，違反第一項「違背預防傳染病檢查與進口法令之罪」者¹⁹，客觀要件只要有行為，即違背關於預防傳染病所公布的檢查或進口的法令。而本罪僅針對違背法令的行為作抽象的禁止規定，至於具體禁止內容為何，則決定於因事與因時而公布實施的預防傳染病的檢查與進口的法令，固本罪屬於空白構成要件。行為人主觀上必須具備違背法令之故意，而後為本罪之行為，始足以構成本罪，行為人對於預防傳染病所公布之檢查與進口法令有所認識，並進而決議違背的主觀心態，即具備法令故意，包括直接故意與間接故意²⁰。

違反第二項者「暴露屍體、散布病菌之罪」者²¹，客觀要件之行為係暴露或散布。暴露係指將患有傳染病而死之人或動物屍體，不加掩埋而任其暴露於外，散布係指將一切足以使傳染病菌散出之作為，不但包括積極的作為，亦包括消極的不作為。例如持附有傳染病菌的衣物四處散布；或親屬因得傳染病致死，而不報告當地衛生主管機關處理；對死者臥病的房間

¹⁸陳子平(2020)。刑法各論(下冊)，第三版，台北：元照出版社。頁 181。

¹⁹刑法第 192 條第 1 項：違背關於預防傳染病所公布之檢查或進口之法令者，處二年以下有期徒刑、拘役或三萬元以下罰金。

²⁰林山田，前揭註 16，頁 269、352。

²¹刑法第 192 條第 2 項：暴露有傳染病菌之屍體，或以他法散布病菌，致生公共危險者，亦同。

或衣物不加消毒而放任他人出入接觸。本罪之客體包括搭配暴露行為之有傳染病的屍體與搭配散布行為之病菌，行為人暴露有傳染病菌的屍體或是散布傳染病菌之行為，必須有產生公共危險之結果，故本罪屬具體危險犯。本罪之故意係指行為人主觀上對於自己所暴露之傳染病屍體或散布之病菌有事實認識，仍決意加以暴露或散布的心態，包括直接故意與間接故意²²。

第二節 傳染病的種類與傳播方式

傳染病(communicable disease)，係指一種特殊的感染原或分泌的毒性物質，從貯生窩蘊，傳送到具有感受性的健康宿主身上所引起的疾病。傳送的方式可以是直接：例如直接從病患、動物或其他動體傳送；傳送也可能是間接傳染：例如藉著中間宿主(動物或植物)、媒介物或其他無生環境傳送²³²⁴。

傳染病的病原有細菌(bacterium)、黴菌(fungi)、病毒(virus)及寄生蟲(parasite)等。每一種病原引起疾病的可能性，與病原本身潛在的致病力或毒力相關，以及宿主抑制或消除感染威脅的自我防禦措施間的相互作用相關。

病原的毒力只是相對而言，很多在原本毒力低下的微生物，能在免疫力受到損害的宿主體內引起嚴重感染。毒力因素包含影響微生物入侵宿主體內、繁殖、侵襲/傳染，以及破壞宿主組織等特性。有時組織損傷係因微生物大量積累造成宿主的侵害效應，或宿主反應過度強烈所導致²⁵。

傳染病的傳染途徑有數種分類法，若是微生物經過母體的胎盤傳染給胎兒者，則稱為垂直感染(Vertical transmission)。若是經過空氣(飛沫)、飲水、食物或接觸等機械方式，將致病原傳給其他人者，則稱為水平感染(Horizontal

²²盧映潔(2020)。刑法分則新論，第15版，台北：新學林出版社。頁292。

²³楊炳忻譯(1990)。人類傳染病防治手冊，第二版，台北：合記出版社。頁570。

²⁴BA Bannister et al(2000). Infectious disease, Oxford: Blackwell Science Ltd. p.41-47.

²⁵林榮第(2007)。傳染病防治與相關刑事法律問題之探討，東吳大學，法學院法律學系專業碩士班，台北。頁7。

transmission)²⁶。

另一種分類法是分為「直接傳染」與「間接傳染」。「直接傳染」係指細菌、病毒等致病原，可直接侵入宿主體內引發感染，不需憑藉其他媒介物。可再依入侵途徑分成「直接接觸」、「飛沫」、「垂直感染」三種方式。

一、直接接觸：係指致病原直接經由皮膚、黏膜、生殖器等，接觸後進入宿主體內之傳染病，如腸病毒、性病、鉤端螺旋體淋病等。

二、飛沫傳染：係指咳嗽、打噴嚏時，將致病原透過空氣傳播或直接噴入宿主眼口鼻等黏膜後進入宿主體內之傳染病，如流感、結核病等。

三、垂直感染：係指致病原經由母體的胎盤血液直接進入胎兒體內之傳染病，如肝炎、愛滋病等。

「間接傳染」指致病原需透過特定的媒介，才能進入宿主體內。特定媒介的種類常分為三種，包括「媒介物」、「昆蟲和動物」、「空氣中的懸浮物」。

一、媒介物傳染：透過被污染的食物、飲水而感染的傳染病，如痢疾、霍亂、傷寒、A 型肝炎等，或透過被污染的血液製劑、針筒感染的傳染病，如 AIDS、B 型肝炎、C 型肝炎等。

二、昆蟲和動物傳染：包括蚊子、跳蚤等昆蟲，或老鼠、狗等動物為媒介而感染的疾病，如登革熱、鼠疫、狂犬病。

三、空氣中的懸浮物：由於致病原可以附在氣中飄浮空的灰塵或霧而傳布，如肺結核、流感等。

目前衛生福利部疾病管制署將法定傳染病的傳染方式分為²⁷：

一、蟲媒傳染病：包括瘧疾、登革熱、鼠疫、日本腦炎、茲卡病毒感染症、屈公病、黃熱病、恙蟲病、流行性斑疹傷寒、地方性斑疹傷寒、裂谷熱、西尼羅熱、發熱伴血小板減少綜合症、萊姆病、淋巴絲蟲病等。

²⁶Fullick Ann(1998). Human health and disease, London: Heinemann Educational Publishers. p19-36.

²⁷衛生福利部疾病管制署，傳染病介紹，上網日期 2020 年 6 月 8 日，檢自：
<https://www.cdc.gov.tw/Disease/Index.html>

- 二、食物或飲水傳染病：包括霍亂、傷寒、細菌性腸胃炎、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、李斯特菌症、腸病毒感染併發重症、沙門氏菌感染症、腸道出血性大腸桿菌感染症、肉毒桿菌中毒、廣東住血線蟲感染症、庫賈氏病、肺吸蟲感染症、副傷寒、急性病毒性 E 型肝炎、小兒麻痺症/急性無力肢體麻痺、弓形蟲感染症、病毒性腸胃炎、布氏桿菌病、旋毛蟲感染症、急性病毒性 A 型肝炎、人芽囊原蟲感染、急性病毒性肝炎未定型、常見腸道寄生蟲病、第二型豬鏈球菌感染症、中華肝吸蟲感染症
- 三、空氣或飛沫傳染病：包括嚴重急性呼吸道症候群、麻疹、德國麻疹、白喉、天花、中東呼吸症候群冠狀病毒感染症、流感併發重症、結核病、新型 A 型流感、百日咳、水痘併發症、先天性德國麻疹症候群、流行性腮腺炎、侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症、侵襲性肺炎鏈球菌感染症、肺囊蟲肺炎、多重抗藥性結核病、退伍軍人病、Q 熱、隱球菌症、鸚鵡熱流行性腦脊髓膜炎、漢他病毒症候群、肺炎黴漿菌感染症
- 四、性接觸或血液傳染：包括人類免疫缺乏病毒(愛滋病毒)感染、急性病毒性 B 型肝炎、急性病毒性 C 型肝炎、急性病毒性 D 型肝炎、梅毒、先天性梅毒、淋病等
- 五、接觸傳染病：包括伊波拉病毒感染、漢生病、類鼻疽、炭疽病、鉤端螺旋體病、狂犬病、阿米巴腦膜腦炎、拉薩熱、馬堡病毒出血熱、兔熱病、疥瘡感染症、疱疹 B 病毒感染症、頭蝨感染症、破傷風、亨德拉病毒感染症、新生兒破傷風、貓抓病、立百病毒感染症
- 六、其他：包括嚴重特殊傳染性肺炎、社區型 MRSA、棘狀阿米巴、NDM-1 腸道菌感染症等

另，隨著環境開發與科技進步加速人員交流，不斷有新品種微生物出現感染人類，或是在地理分佈上有迅速擴張的情形，也有發展出新的抗藥性機制等傳染病，稱之為新興傳染病(Emerging infectious diseases)；至於過去曾經發生過，但已被醫學專家控制的傳染病又再度死灰復燃時，稱為再浮現傳染病

(Reemerging infectious diseases)²⁸。

第三節 傳染病的歷史

人類歷史上最早的傳染病記載，來自於西元前 4 世紀的古希臘，當時雅典城與斯巴達人展開了歷時 20 年的伯羅奔尼薩戰爭，在戰爭的第 2 年(西元前 429 年)，正值初夏時節，瘟疫就像噩夢一般，沒有徵兆，彷彿在霎那間就讓雅典城變成了地獄。根據歷史學家休斯提底斯的著作「伯羅奔尼薩戰爭史」形容，瘟疫像惡夢一樣，事前沒有任何徵兆，雅典城彷彿在瞬間變成地獄，連身體十分強壯的人也突然開始發燒、發炎、眼睛紅、喉嚨與舌頭出血，不久以後胸部發痛、咳嗽、嘔吐、身體抽搐²⁹。在接下來的 3 年中，大部分人口被感染，也許有多達 75,000 至 100,000 人(占城市人口的 25%)死亡，但現代學者和醫界對這種疾病的鑑定都持不同意見，目前認為可能性最大的疾病就是天花和斑疹傷寒³⁰。這場瘟疫不但讓雅典城內成年男子傷亡殆盡，也讓伯羅奔尼薩戰爭以雅典城被斯巴達人攻陷結束，導致古文明中希臘文化的終結。但是，面對令人惶恐的傳染病，卻有一個醫生自願冒著生命危險前往雅典，這位醫生發現每天與火朝夕相處的鐵匠，幾乎與這個瘟疫絕緣，這個醫生因此大膽猜測，或許大火可以阻止瘟疫的蔓延，於是這個醫生帶領著倖存的雅典居民在全城各處燃起大火，而大火也在阻隔病菌的傳染途徑後，順利的撲滅了雅典城的瘟疫，這位醫生就是被尊成為西方「醫學之父」的希波克拉底³¹，這場雅典城的大火，也成了西方醫學的起源。

公元 165 至 180 年，傷寒、天花、麻疹等多種瘟疫，幾乎同時間襲擊了安東尼統治下的羅馬帝國，後代推估可能是從近東戰役中返回的羅馬帝國部隊帶

²⁸Emerging Infectious Diseases, Johns Hopkins Medicine, Retrieved June 10 2020, from: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/emerging-infectious-diseases.html>

²⁹張劍光、陳蓉霞、王錦(2005)。流行病史話。台北，遠流出版社。頁 12。

³⁰Robert J Littman, Mt Sinai(2009), The Plague of Athens: Epidemiology and Paleopathology, J Med 76(5), p456-67.

³¹Garrison, Fielding H(1996), History of Medicine, Philadelphia: W.B. Saunders Company, p519-522.

到羅馬的疾病。據當代羅馬歷史學家卡修斯·迪奧(Cassius Dio)的紀錄，該疾病在9年後的公元189年再次爆發，在羅馬每天造成多達2,000人死亡，其中四分之一受到了影響。死亡總數估計高達500萬人，該病在某些地區殺死了多達1/3的人口，並摧毀了羅馬軍隊。羅馬帝國失去了1/3的人口，以君士坦丁堡為例，全城死了一半人，大大地削弱了羅馬的兵力³²，橫跨亞、歐、非三大洲的古羅馬帝國開始走向衰敗，羅馬帝國的黃金時代就此結束，導致西方文明邁入中世紀的黑暗時期。

世界上有完整紀錄的第一次大規模鼠疫，開始於公元541年，最先在羅馬帝國轄下的埃及爆發，接著迅速傳播到了首都君士坦丁堡及其他地區，並在地中海周圍蔓延直至544年；在北歐和阿拉伯半島，這種情況一直持續到549年。君士坦丁堡的暴發被認為是由受感染的老鼠從埃及運來的穀物船帶到城市的，君士坦丁堡40%的城市居民在此次瘟疫中死亡。這種流行一直持續到八世紀中葉。第一次鼠疫大流行是歷史上最致命的大流行之一，在兩個世紀間的反復流行，預估約導致2,500萬至1億人口死亡，死亡人數相當於當時歐洲一半的人口³³。

第二次大規模鼠疫，歐洲史上又稱為黑死病，首先在1347年於西西里群島爆發，並在20年間導致2,500萬歐洲人死亡。患者當時沒有任何治癒的可能，皮膚出現許多黑斑，死亡過程極其痛苦，故稱為黑死病。該病可能是蒙古軍隊和商人一起沿著絲綢之路傳播的，也可能是通過商船上帶著跳蚤的黑鼠到達歐洲熱亞納、義大利與君士坦丁堡。黑死病上岸後，鼠疫很快由跳蚤引起的腺鼠疫，演變為空氣傳染的肺鼠疫。這場瘟疫在全世界造成了大約7,500萬人死亡，根據估計，瘟疫爆發期間的中世紀歐洲約有佔人口總數30%-60%的人死於黑死病³⁴。黑死病對歐洲人口造成嚴重影響，造成了歐洲嚴重的社會和經濟動

³²Gilliam, J. F(1961), The Plague under Marcus Aurelius. American Journal of Philology, 82(3), p.225-251.

³³Rosen, William (2007), Justinian's Flea: Plague, Empire, and the Birth of Europe. New York City:Viking Adult. p.3

³⁴Christakos George, Olea Ricardo A., Serre Marc L, Yu Hwa-Lung, Wang Lin-Lin(2005), Interdisciplinary

盪，神職人員的大量死亡，導致原本歐洲神權至上的觀念受到嚴重的衝擊，動搖當時支配歐洲的羅馬天主教會的地位，對神權的質疑，催生了近代的宗教改革。也正是因為勞動力供不應求，人工昂貴，直接推動了工具改良和技術創新等現代科學的進展。奔放的思想，也影響了後來的文藝復興、西歐航海探險和西方帝國主義的興起，可以說黑死病對於人類歷史的進程，產生了深遠影響。

天花的起源未知，古埃及可能是天花的起源地，目前死亡超過 3,000 年的埃及法老拉美西斯五世是史上首名天花病人，考古學家在其木乃伊身上找到了明顯的膿皰痕跡。此疾病最早於第 4 世紀於中國及印度發現，16 世紀時曾肆虐全球造成 350 多萬人死亡，到 18 世紀中葉，天花已成為世界各地的嚴重傳染病，於 1970 年以前，全球每年感染人數超過 1,500 萬人以上，其中至少 200 萬人死亡。哥倫布 1492 年發現美洲新大陸時，這裡居住著約 3,000 萬原住民，隨後天花於 1509 年被到達加勒比海、1520 年登陸美洲大陸，當時西班牙殖民者拉抵達墨西哥時無意間攜帶了天花病毒。由於美洲印第安人的原住民對這種新傳染病沒有免疫力，因此傳染率與死亡率居高不下。這種破壞和人口損失是西班牙征服阿茲台克人和印加人的重要因素。同樣，1633 年英國在北美東海岸定居時，歐洲殖民者把天花患者用過的毯子送給了印第安人，隨後新大陸瘟疫肆虐，由歐洲傳來的腮腺炎、麻疹、霍亂、淋病和黃熱病等病也接踵而至，美洲原住民遭遇舊大陸傳染病的病死率高達 80-90%，100 年的時間，原住民人口下降至不到 100 萬人，甚至被史學家稱為「人類史上最大的種族屠殺」事件³⁵。直到英國醫生愛德華·詹納(Edward Jenner)於 1796 年證明了牛痘保護人類免於天花的功效，人類開始大規模接種疫苗預防天花。世界衛生組織(WHO)從 1967 年 1 月開始進行天花根除計畫，並於 1980 年正式宣佈天花病毒自地球上完全根

Public Health Reasoning and Epidemic Modelling: the Case of Black Death, Springer. Berlin, Germany. P.320

³⁵Fenner F, Henderson DA, Arita I, Ježek Z, Ladnyi ID (1988), The History of Smallpox and its Spread Around the World. Geneva :World Health Organization, p209-244

除，且不會再自然發生，天花病毒亦成為第一個人類從自然界根除的病毒³⁶。

黃熱病是由黃熱病病毒引起的，並通過被蚊子叮咬傳播，僅感染人類。黃熱病最有可能在非洲起源，由於在非洲流行，因此非洲人已對此產生了一定程度的免疫力。在殖民者居住的非洲社區發生黃熱病暴發時，大多數歐洲人死亡，但非洲土著人通常只會出現類似於流感的非致命症狀。隨著歐洲的探索和殖民化，黃熱病可能於 17 世紀被從非洲的奴隸進口到了北美洲和南美洲，到了 18 和 19 世紀，黃熱病已被認為是最危險的傳染病之一。由於黃熱病在美洲盛行，黃熱病和瘧疾導致巴拿馬運河施工工人的高發病率與高死亡率，導致法國宣佈 1881 年開始的運河計畫失敗，但美國於 1904 年接手巴拿馬運河後，通過降低蚊子數量以控制與減輕黃熱病和瘧疾的傳播，隨即成功修建了巴拿馬運河³⁷。黃熱病病毒也被威廉·高加斯(William Gorgas)醫師證明是世界上第一種可通過蚊子傳播的病毒。雖然目前已有黃熱病疫苗，但可能由於具有免疫力的人漸少、城市居住的人口增加、國際交流以及氣候變化導致蚊子的棲息地的增加，自 1980 年代以來，黃熱病病例持續增加，目前黃熱病是世界衛生組織惟一強制免疫的疾病，不論是進入或是離開黃熱病流行國家，旅客都必須出具黃熱病免疫接種證書³⁸。

霍亂最早出現在 1642 年荷蘭醫師的文獻中，最有可能在印度起源，該病於 1817 年首先通過貿易路線傳播到俄羅斯，然後傳播到歐洲其他地區，再從歐洲傳播到北美和世界其他地區。在過去的 200 年中，發生了 7 次霍亂大流行，第一次大流行始於 1817 年，隨後的 5 次爆發，均發生在 19 世紀，據估計從 19 世紀流行以來，霍亂已經殺死了數千萬人。英國的約翰·斯諾(John Snow)醫師於 1854 年率先確定了污水被污染的重要性，斯諾醫師利用點圖來描速倫敦市水源

³⁶World Health Organization , Smallpox, Retrieved June 10 2020, from:
<https://www.who.int/csr/disease/smallpox/en.html>

³⁷Michael B. A., Oldstone M.D(2009), Viruses, Plagues, and History: Past, Present and Future, Oxford:Oxford University Press. p105.

³⁸World Health Organization, Yellow fever, Retrieved June 10 2020, from:
<https://www.who.int/csr/disease/yellowfev/en.html>

的水泵周圍的霍亂病例群分布，還使用統計數據來說明水源與霍亂病例之間的聯繫，並通過拆除受污染水泵的手柄，成功降低倫敦市霍亂的病例與流行疫情。斯諾醫師的發現，導致倫敦供水和廢物處理系統的優化，並引起其他都市仿效，顯著改善了世界公共衛生，這不但是現代流行病學的開始，斯諾醫師也被認為是現代流行病學的奠基人之一³⁹。後來的研究證實霍亂是透過不潔的飲水傳染，透過建置安全的自來水供水系統與自來水消毒機制，目前在歐洲和北美等先進國家，霍亂已不再被視為健康威脅，但霍亂目前仍嚴重影響著發展中國家的人口。

西班牙流感，也被稱為 1918 年的流感大流行，從 1918 年春季持續到 1919 年夏初，持續約 15 個月的時間，估具全球感染人數約 5 億人，佔當時世界人口的 1/3。據估計，死亡人數為 1700 萬至 5000 萬(約佔全球人口的 3%)，甚至有專家估計可能高達 1 億(超過 5%)，這使西班牙流感其成為人類歷史上最致命的流行病之一⁴⁰。

瘧疾是一種蚊子傳播的傳染病，是目前全球最普遍、感染人數最多的傳染病，每年約有 3 億個感染病例發生，超過 100 萬人死亡。估計大約 10,000 年前開始盛行，可能起源於大猩猩。瘧疾在希波克拉底的文獻中亦有記載，古人大多誤認為瘧疾由瘴氣所引起，瘧疾一詞即起源於自意大利語「不良空氣」，直到 1880 年法國陸軍 Charles Louis Alphonse Laveran 醫生才提出瘧原蟲才是引起瘧疾的假說。瘧疾目前仍盛行於美洲，亞洲許多地區和非洲大部分地區，特別是赤道周圍，在非洲撒哈拉以南的瘧疾死亡人數，佔全球 85-90%。瘧疾疫苗一直是研究的目標，但過去的嘗試均大多失敗，但世界衛生組織與許多基金會仍持續投入研究，希望可以發展出有效的疫苗⁴¹。

³⁹Harris JB, LaRocque RC, Qadri F, Ryan ET, Calderwood, SB(2012). Cholera, Lancet, 30 June 379(9835), p 2466-76

⁴⁰Morens DM, Fauci AS(2007). The 1918 influenza pandemic: insights for the 21st century. The Journal of Infectious Diseases, 195(7), p1018-28.

⁴¹World Health Organization, World Malaria Report 2019, Retrieved June 12 2020 from: <https://www.who.int/publications/i/item/world-malaria-report-2019.html>

第四節 臺灣的傳染病史

由於清代以前，臺灣衛生健康歷史資料的記錄較為簡略，目前可查最早的衛生健康紀錄，大多自日據時代後，才有較完整的紀錄與統計。根據 1906 年的紀錄，臺灣男性的平均餘命為 27.67 歲、女性為 28.97 歲⁴²，十大死因依序為：瘧疾、妊娠中毒、非結核性呼吸道疾病、腹瀉腸炎、呼吸器結核、胃腸潰瘍、外傷、衰老、鼠疫⁴³，由此可知，當時臺灣地區民眾主要死因超過半數為傳染病。

但隨著公共衛生政策與醫療水準的提高，2018 年國人的平均壽命已達 80.7 歲(男性 77.5 歲、女性 84.0 歲)，十大死因亦已演變為以慢性病為主(2018 年十大死因依序為：惡性腫瘤(癌症)、心臟疾病、肺炎、腦血管疾病、糖尿病、事故傷害、慢性下呼吸道疾病、高血壓性疾病、腎炎腎病症候群及腎病變、慢性肝病及肝硬化)，這一切均有賴良好的傳染病防治公共衛生政策。

臺灣目前已經有鼠疫(plague)(1948 年)、天花(smallpox)(1955 年)、狂犬病(rabies)(1959)、瘧疾(malaria)(1965 年)、白喉(diphtheria)(1973 年)與小兒麻痺(poliomyelitis)(2000 年)等六種傳染病已經在臺灣根除，目前正在進行的是麻疹根除計畫，可望成為第七種根除傳染病。

臺灣最早發表鼠疫病例的時間為 1896 年，之後每年皆有病例發生，最嚴重的時候，1901 年患者 4,496 人、死亡 3,670 人及 1904 年患者 4,494 人、死亡 3,370 人。經過長期防疫工作，自西元 1918 年起，臺灣便不再有鼠疫。但於臺灣光復初期，因省內外交通頻繁而海港檢疫工作一時停頓，1946 年有鼠疫再度侵入(14 名病例)。但政府馬上採取積極而有效的防疫措施，故臺灣

⁴²施堯啓、張國偉、王德睦(2018)。台灣的壽命延長：平均餘命與死亡年齡眾數的比較，台灣人口學會 2018 年「人口結構的轉變與轉機：年齡、性別與族群」年會。

⁴³劉士永(2002)。日治時期臺灣地區的疾病結構演變。新史學，13 卷 4 期。頁 165-208。

地區自 1948 年起已無病例報告⁴⁴。

臺灣在根除天花的努力上，亦有相當卓越的成績。光復初期，天花曾一度嚴重流行，因此，臺灣曾於 1956 年修訂「臺灣省種痘規則」，規定人民自出生至 20 歲內，應施行種痘，並自 1945 年起進行全國民眾之種痘。由於自 1955 年起，臺灣就未曾再有天花病例發生，因此自 1979 年起即停止牛痘接種，故該年以後出生之臺灣民眾均為未接種族群⁴⁵。

狂犬病在臺灣的歷史，早在 1903 年，府城教會報就有一篇「瘡狗」的專文介紹狂犬病。日據時代，文獻上亦有記載狂犬病發生的紀錄，從西元 1900 年起至少 11 起，發生的地區包括了臺灣南部及北部，1930 年日本人於淡水獸疫血清製造所製造狂犬病不活化疫苗，提供犬預防注射之用，並嚴格執行犬籍登記及毒殺野犬等措施以控制狂犬病。人用之疫苗則在熱帶醫學研究所製造以供治療及預防注射用，此後人狂犬病的病例在臺灣愈來愈少，終至完全消失。在 1948 年前，臺灣已數十年不曾發生狂犬病。但第二次世界大戰結束後，臺灣與上海、香港及海南島等各港口交通往來頻繁，而這些地區當時皆有狂犬病疫情。1948 年 6 月 17 日，由臺大醫院林宗義醫師發現全臺灣第一個狂犬病病例，衛生署出版的 1984 年衛生統計亦記載著當時侵入臺灣之狂犬病即源自於上海。根據記載，從 1948 年至 1958 年，因當時醫院無感染科，犬咬傷多由外科醫師處理，除了咬人犬貓捕獲觀察外，病人也無暴露後的免疫球蛋白及人用狂犬病疫苗注射，而且捕捉動物之人員亦無暴露前的疫苗接種，因此全臺灣狂犬病病患死亡人數高達 782 人；其中以 1951 年發生 238 例死亡達到最高峰，其次是 1952 年有 102 例死亡病例。自 1956 年起，由農復會與臺灣省衛生處展開畜犬全面注射美國進口之疫苗，並撲殺野犬等控制動物傳染窩的措施，此政策在當時順利控制了狂犬病的疫情。臺灣最後一個人的死亡病例發生於 1958 年、

⁴⁴紀鑫，邱南昌(2013)。台灣傳染病演變史與感控措施。感染控制雜誌，第 14 卷第 2 期。

⁴⁵衛生福利部疾病管制署，天花，上網日期 2020 年 6 月 8 日，檢自：

https://www.cdc.gov.tw/Disease/SubIndex/r-efSTx60KilIEf_MlwknA.html

動於於 1961 年發生最後一例，之後不再有人類及動物病例病例報告，我國政府即正式宣佈撲滅狂犬病⁴⁶。

瘧疾原本高居本是臺灣十大死因之首，臺灣本島在 1910-1944 年之間，瘧疾盛行率維持在 1-4 %。1952 年衛生署在參考熱帶醫學研究所的研究後，全島以 DDT (dichloro-diphenyl-trichloroethane)開始為期 6 年的滅瘧運動。在 1952 年，尚有為數 120 萬的瘧疾病例(當年全島人數為 820 萬人)，到 1960 年後，每年全島瘧疾病例均低於 100 例。世界衛生組織(WHO)於 1965 年 12 月 4 日正式宣佈臺灣為無瘧區。1972-1973 年臺灣北部曾爆發瘧疾流行，除了有些是舊病復發外，懷疑有可能是越戰時美軍來台渡假，境外移入後引起的流行。爾後每年瘧疾病例雖略有起伏，但均不超過百例，且均為境外移入瘧疾⁴⁷。

白喉是一種急性呼吸道傳染病，臺灣地區 1957 年有 2,186 個病例，發生率為每千萬人口 1,260 人。1980 年病例發生率降為每千萬人口 2.3 人，自 1981 年後，僅曾於 1988 年出現 1 名報告病例。死亡人數亦從 1957 年的 220 人(死亡率為每千萬人口 265 人)，降至 1973 年的每千萬人口 4 人，且 1973 年以後就沒有再出現死亡病例。臺灣即於 1973 年宣布根除白喉⁴⁸。

登革熱，以埃及斑蚊和白線斑蚊為病媒的登革熱，也曾經在日據時代大流行。最嚴重的一次發生在 1942 年，根據臺灣地區公共衛生發展史描述，當時臺灣人口共 600 萬，就有 500 萬人被傳染。1981 年，登革熱再度在琉球出現；1987 年，南臺灣開始流行，直到現在，每年都有病例，為登革熱流行高風險地區，近年死亡率達 20~40%的「出血性登革熱」，在全球的病例亦逐年上揚⁴⁹。

在小兒麻痺疫苗發明之前，小兒麻痺症是侵犯人體神經系統最常

⁴⁶劉振軒(2013)。臺灣及大陸地區狂犬病歷史及防治回顧。疫情報導，第 29 卷第 133 期，頁 36-41。

⁴⁷同註 44

⁴⁸行政院衛生署(1995)。台灣地區公共衛生發展史，第 2 章，頁 397。

⁴⁹同註 44

見的疾病。臺灣自 1966 年推行口服小兒麻痺疫苗之後，感染發生率大幅下降，1981 年即降為 0 件。但 1982 年間，臺灣地區爆發小兒麻痺的流行，總共仍有 1,031 個病例，致病率為每十萬人口有 5.8 名，起許多個案留下肢體殘障。經全面給予小兒麻痺疫苗之後，疫情受到控制，之後臺灣的小兒麻痺症發生率大幅降低，並於 2000 年完全根除小兒麻痺⁵⁰。

第五節 21 世紀的傳染病大流行

世界衛生組織在世界衛生報告(The World Health Report 2007)⁵¹中揭櫫，「新興及再浮現傳染病」是 21 世紀全球公共衛生巨大的威脅。包括：嚴重急性呼吸道症候群(SARS)，以及其他新興傳染病(例如拉薩熱、馬保病毒出血熱等)引起國際重視⁵²。近年來層出不窮之新興傳染病、微生物污染、化學或有毒物質造成的食品污染，隨著國際食品貿易的流動，更加重了疾病爆發流行的可能性，英國的新型庫賈氏症(CJD)即為一例。過去受到控制的傳染病亦捲土重來，再次成為全球公共衛生的新威脅。例如登革熱，僅 1998 年世界衛生組織便接獲全球 56 國報告高達 120 萬例病例，並且病例數以每 10 年增加 1 倍的趨勢成長。抗藥性病株的出現，對傳染病控制的挑戰更形嚴峻，超級抗藥性肺結核(XDR-TB)目前儼然已成為一個全球性的公共衛生威脅。

許多新興或再浮現傳染病，更透過境外移入個案直接威脅臺灣公共衛生體系隨著公共衛生進步、預防接種日漸普及，國際交流、旅遊頻繁，境外移入傳染病機率大增，加上登革熱、腸病毒等本土傳染病。使得傳染病一直是臺灣公共衛生的重大挑戰。

2002 年 11 月至 2003 年 2 月中，中國廣東地區發生非典型肺炎疫情

⁵⁰同註 48，頁 409。

⁵¹World Health Organization, The World Health Report 2007, Retrieved June 10 2020, from:<https://www.who.int/whr/2007/en.html>

⁵²World Health Organization, SARS, How a global epidemic was stopped, Retrieved June 10 2020, from:<https://apps.who.int/iris/handle/10665/207501.html>

流行，並迅速蔓延至亞洲。2003 年 4 月 16 日世界衛生組織正式宣布，SARS 的致病原為新發現的冠狀病毒，並被正式命名為「SARS 病毒」。隨後 SARS 病毒席捲亞洲。根據世界衛生組織統計資料，2002 年 11 月 1 日至 2003 年 7 月 31 日間，全球共發現 8,096 例 SARS 可能病例，其中 774 例死亡，主要病例集中於中國、香港、臺灣、加拿大及新加坡等國家⁵³。

SARS 事件後，世界衛生組織購修訂 IHR(The International Health Regulation，國際衛生條例)，並建置 PHEIC(Public Health Emergency of International Concern，國際關注的突發公共衛生事件)委員會，針對國際上發生「情況嚴重、突然、不尋常或意外」、「公共衛生影響超出了受影響國家的邊界」、「可能需要立即採取國際行動」時，發布「國際關注的突發公共衛生事件」，通過疾病的國際傳播構成對其他國家的公共衛生風險，以及可能需要採取協調一致的國際應對措施的不同尋常事件，世界各國負有對「國際關注的突發公共衛生事件」作出迅速反應的法律義務⁵⁴。

世界衛生組織共計發佈 6 次國際關注的突發公共衛生事件，分別是：2009 年 H1N1 新型流感疫情、2014 年小兒麻痺病毒疫情、2014 年西非 Ebola 疫情、2015 年至 2016 年 Zika 病毒疫情、2018 年至 2019 年剛果 Ebola 疫情，以及於 2020 年 1 月 31 日宣布的 COVID-19 疫情。

6 次國際關注的突發公共衛生事件簡述如下：

一、嚴重急性呼吸道症候群(SARS)疫情：

2002 年中國出現第 1 例 SARS 病例後，各國陸續傳出疫情。2003 年 3 月 14 日，台灣首次發現一對臺商夫婦感染嚴重非典型肺炎。出現首例病例通報後，當時衛生署基於 SARS 的病因、診斷、檢驗及防治方法仍不明確，且當時

⁵³衛生福利部疾病管制署，嚴重急性呼吸道症候群，上網日期 2020 年 6 月 8 日，檢自：
<https://www.cdc.gov.tw/Disease/SubIndex/j5QtbRPVkmFMg9BwiGezZA.html>

⁵⁴World Health Organization, IHR Procedures concerning public health emergencies of international concern (PHEIC), Retrieved June 8 2020, from: <https://www.who.int/ihr/procedures/pheic/en.html>。

整體防疫尚無不妥，暫未將 SARS 列為法定傳染病。但隨著疫情迅速擴展，行政院於 2003 年 3 月 27 日宣布依「傳染病防治法」第 3 條，公告 SARS 為第四類法定傳染病，屬於新感染症，同時訂定「SARS 病例緊密接觸者居家隔離之標準處理作業流程」，公布居家隔離措施。在公告 SARS 為法定傳染病後，政府依「傳染病防治法」等相關規定，提升港埠檢疫、集中檢疫、隔離治療等防疫措施，疫情尚處控制中。

然而臺灣疫情卻在 2003 年 4 月下旬急轉直下，並爆發臺北市立和平醫院、仁濟醫院院內群聚感染 SARS 事件，並導致兩家醫院陸續封院與醫護人員死亡；臺北市華昌國宅亦爆發疑似社區群聚感染 SARS 案例。加上國內 SARS 通報、死亡案例相繼增加，引發了民眾恐慌與社會不安，醫療機構第一線醫護人員更因缺乏醫療口罩及防護衣等必備的防疫物資，醫護人員不安與恐慌。行政院於 2003 年 5 月 2 日公布「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」，全文共 19 條，明定組成委員會專責 SARS 有關的傳染途徑、檢驗、診斷與治療方法、治療藥物及開發疫苗等研究；各級政府機關得指定特定防疫區域實施管制、強制隔離、撤離居民或施行檢疫、防疫措施；徵調民間醫事人員協助防治工作、徵用或調用防疫物資等規定，主管機關得要求傳播媒體更正錯誤的防疫訊息，以補強當時傳染病防治法規定不足之處⁵⁵。

根據世界衛生組織 2002 年 11 月 1 日至 2003 年 7 月 31 日的統計資料顯示，全球共通報 8,096 例 SARS 可能病例，其中 774 例死亡。主要受感染的國家包括中國(5,327 例)、香港(1,755 例)、臺灣(346 例)、加拿大(251 例)及新加坡(238 例)等國家，臺灣直到 2003 年 7 月 5 日，世衛組織才將臺灣從 SARS 疫區中除名，宣導疫情結束⁵⁶。

⁵⁵衛生福利部疾病管制署(2013)。SARS10 年-生聚與教訓。台北：疾病管制署。頁 26-36。

⁵⁶衛生福利部疾病管制署，嚴重急性呼吸道症候群，上網日期 2020 年 6 月 8 日，檢自 https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/Kou_i6ATU8jUnmKlAORhUA.html

二、2009 年 H1N1 新型流感疫情：

自從 SARS 之後，全球衛生單位持續關注「流感大流行」的可能性。流感大流行是指某株新出現的流感病毒，可能造成全球性大流行。依過去流感傳播經驗，流感大流行具有高傳播性、高致死率，且會造成嚴重的社會經濟衝擊。因此自 1997 年香港發生禽類 H5N1 流感病毒感染人類的案件之後，流感大流行再次發生的可能性就受到世界衛生組織與各國衛生單位的重視，之後這株 H5N1 流感病毒從 2003 年起，從亞洲擴張其感染禽鳥的地理範圍，甚至陸續出現人類病例，因此全球因應流感大流行的整備工作隨之展開。

2009 年出乎意料出現了 H1N1 新型流感病毒，除了疫情發生的地點是在美洲，而不是原先所預期的亞洲之外，病毒株及嚴重度亦與之前的假定不同。

流行病學上所謂的「大流行(pandemic)」，是指疫病發生跨國、跨洲流行並造成許多人感染的狀況。「流感大流行」約數十年可能發生一次，1918-1919 年全球大流行的西班牙流感，估計造成全球 2 千萬至 5 千萬人死亡，1957-1958 年的亞洲流感及 1968-1969 年的香港流感，估計造成 100 萬至 400 萬人口喪生。

在 H1N1 新型流感大流行發生前，H5N1 流感病毒被認為最可能引發 21 世紀的第一次流感大流行。H5N1 流感病毒自 1997 年起受到重視，當年在香港導致 18 例人類病例，有 6 人死亡。世界衛生組織隨即於 1999 年公布第 1 版全球流感大流行準備計畫。H5N1 流感病毒亦逐漸開始在部分亞洲國家造成疫情，越南、泰國等國陸續發生人類感染病例，且致死率高達 50%以上，這些跡象顯示流感大流行似乎迫在眉睫。世界衛生組織隨後於 2005 年更新第 2 版全球流感大流行準備計畫因應⁵⁷。

在 2009 年之前，世界衛生組織以 H5N1 流感病毒為假想敵，對流感大流行的整備邏輯可歸納如下：

一、減少人類暴露於 H5N1 流感病毒的風險，保護高危險族群。

⁵⁷World Health Organization(2005). WHO global influenza preparedness plan, Geneva: World Health Organization. p10-41.

二、加強病情監視，迅速確認人類感染病例。

三、如發現病毒在人與之人間傳播的能力增強，應迅速在疫情爆發地點展開

「快速圍堵(rapidcontainment)」行動，對當地民眾投給抗病毒藥劑，抑止或延緩新病毒向外散播。

四、各國應訂定流感大流行準備計畫，並儲備防疫物資等因應量能。

五、增進全球流感疫苗的產能。

世界衛生組織及許多國家自 2004 年起投入流感大流行準備工作，但多年來，全球大流行狀況仍停留在第 3 級(phase3)，亦即 H5N1 流感病毒並沒有進一步演變，仍然是禽類病毒，僅造成零星的人類接觸病例，尚未突變成為可人與人與持續性社區流行的流感，一直未達到前述大流行發生的第 3 項條件⁵⁸。

未料於 2009 年 4 月，墨西哥及美國發現 H1N1 新型流感疫情，一開始被稱為「豬流感」，且病毒特性資訊不完整，當時被認為疫情在墨西哥當地造成相當多人死亡，引發全世界關注。雖然本次疫情並非全球關注已久的 H5N1 流感病毒，疫情爆發地區亦不是原本所推測的亞洲，而是發生於北美洲，但疫情進展仍十分快速。

2009 年 3 月，H1N1 新型流感首先於墨西哥開始流行，接著傳至美國、加拿大，並迅速擴散至全世界。在病毒確認後不到 2 個月，世界衛生組織便宣布全球進入「大流行」階段。6 月至 9 月間，南半球疫情持續延燒；北半球則自秋季開始第二波流行，多數地區的流感疫情曲線於年底前開始趨緩，世界衛生組織於次年 8 月宣布此次大流行結束。

我國首例 H1N1 新型流感確定病例出現於 2009 年 5 月 20 日，之後陸續於邊境發現境外移入病例。7 月 2 日發現病毒進入國內社區、7 月 17 日出現首例住院個案、7 月 30 日出現首例死亡個案，並發生多起因暑期活動而造成的聚集感染事件。國內的疫情曲線約在 2009 年 8 月開始上升，11 月下旬達到高峰，

⁵⁸World Health Organization, Pandemic Influenza Preparedness And Response- A WHO guidance document, Geneva: World Health Organization. p31-35 (2005).

隨後開始顯著下降，即便歷經 2010 年春節長假期的人潮的聚集及移動，各項疫情監視指標仍然平穩，疫情遂於 2010 年 2 月底宣告平息。

為控制 H1N1 新型流感疫情，衛生署共採購 1,500 萬劑疫苗，自 2009 年 11 月 1 日起開始接種，以醫療防疫人員、孕婦、嬰幼兒、重大傷病患者與莫拉克災區安置場所住民為優先接種對象；11 月 16 日起，開始在高中以下學校內集中接種；12 月 12 日起開放全民接種。當年度疫苗接種共施打近全國 25% 人口數，在全球排行第五，而且醫師接種率達 76%，為全球最高。學生接種率 75%，也與韓國並列第一。

自 2009 年 4 月至 2010 年 8 月的疫情期間，我國 H1N1 流感的死亡率僅為 OECD 會員國平均值的三分之一、美國的五分之一，低於所有 30 個 OECD 國家中的 28 國。

三、伊波拉疫情

2013 年到 16 年西非的伊波拉大爆發，世界衛生組織於 2014 年 8 月 8 日宣布國際關注的突發公共衛生事件，2016 年 3 月 29 日終止疫情的國際關注的突發公共衛生事件，截至 2016 年 5 月 8 日，共有 28,646 人罹病，11,323 例死亡，致死率高達 40%，且世界衛生組織認為疫情的嚴重程度遭到低估。最後一個病例於 2016 年 6 月 9 日通報。

2018 年 8 月剛果民主共和國和烏干達爆發伊波拉疫情，因當地持續發生軍事衝突，導致疫情嚴峻，世界衛生組織於 2019 年 7 月 17 日宣布了國際公共衛生緊急情況，統計至 2020 年 5 月 15 日，3850 人罹病，2272 人死亡⁵⁹。

四、MERS 疫情：

2012 年 9 月初，沙烏地阿拉伯出現人類感染新型冠狀病毒(novel corona

⁵⁹World Health Organization, Ebola virus disease, Retrieved June 10 2020, from: https://www.who.int/health-topics/ebola/#tab=tab_1.html

virus)(後經世界衛生組織正名為中東呼吸症候群冠狀病毒，Middle East respiratory syndrome coronavirus，MERS-CoV)個案，依 WHO 公布資料顯示，迄 102 年 7 月 15 日止，中東呼吸症候群冠狀病毒感染症確診病例全球累計有 82 例，包括沙烏地阿拉伯 66 例、約旦 2 例、德國 2 例、英國 4 例、法國 2 例、突尼西亞 2 例、義大利 3 例、阿拉伯聯合大公國 1 例，其中 45 例死亡⁶⁰。臺灣於 101 年 10 月 3 日公告新增新型冠狀病毒呼吸道重症(後於 102 年 6 月 7 日公告修正為「中東呼吸症候群冠狀病毒感染症」)為第五類法定傳染病，以及相對應之防治措施，但臺灣並無本土或境外移入個案。

五、COVID-19 疫情：

2019 年 12 月起中國湖北武漢市發現不明原因肺炎群聚，中國於 2020 年 1 月 9 日公布其病原體為新型冠狀病毒。疫情迅速在中國其他省市與擴散至其他國家，並經證實病原體可有效人傳人。世界衛生組織於 2020 年 1 月 30 日公布此事件為公共衛生緊急事件，2 月 11 日將此新型冠狀病毒所造成的疾病稱為 COVID-19(Coronavirus Disease-2019)，國際病毒學分類學會則將此病毒學名定為 SARS-CoV-2(Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2)。

臺灣於 2020 年 1 月 15 日起公告「嚴重特殊傳染性肺炎」(COVID-19)為第五類法定傳染病，2020 年 1 月 21 日確診第一起境外移入確診個案、1 月 28 日確診第 1 例本土個案，為境外移入造成之家庭群聚感染。統計至 2020 年 6 月 9 日，全球已有 187 國 7,103,682 病例數，405,805 死亡，致死率 5.71%。臺灣確診人數 443 人，死亡 7 人，致死率 1.58%。

衛生福利部於 2020 年 1 月 20 日成立「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情

⁶⁰World Health Organization, Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV), Retrieved June 12 2020, from:<https://www.who.int/emergencies/mers-cov/en.html>

指揮中心」，1 月 23 日提升為二級開設，2 月 27 日提升至最高等級一級開設。對於邊境檢疫，2019 年 12 月 31 日起對武漢直航入境班機進行登機檢疫、2020 年 1 月 26 日禁止湖北陸人入境，及陸續禁止廣東陸人、溫州陸人入境、2 月 11 日全面禁止中港澳人士入境、3 月 19 日起禁止外籍旅客來臺(持居留證及特殊許可者除外)、3 月 24 日禁止外籍旅客來臺轉機，至此，對外籍人士採取全面入境管制⁶¹。

第六節 小結

觀諸歷史，無論是滅亡希臘文化的瘟疫、滅亡羅馬帝國的天花、麻疹等多種瘟疫，還是促成歐洲文藝復興運動的鼠疫、全球大流行的 1918 年西班牙流感，傳染病對國家社會造成的風險在人類歷史上屢見不鮮，瘧疾、腹瀉腸炎、鼠疫等傳染病，更是過去臺灣歷史上國人的主要死因。雖然隨著醫藥技術進步與公共衛生的發展，傳統傳染病目前已非國人主要死因，但隨著 2003 年 SARS、2009 年 H1N1 新型流感、2020 年 COVID-19 疫情流行，近年即有數次國際關注的突發公共衛生事件影響臺灣的社會安寧，顯示新興傳染病與再浮現傳染病仍為臺灣社會之重大風險。

由上述文獻顯示，傳染病流行所造成的國家社會損害嚴重，因此為保護民眾之生命需求，有必要由國家進行高度疫情管制之需求，因此包含台灣在內的許多國家，均設有傳染病防治專法，並有刑法介入的高度必要性。目前臺灣刑法針對傳染病防治，已引進公共危險罪的概念，刑法第 11 章的公共危險罪章即包括「違背傳染病法令及散布之罪」(192 條)。

但依據我國 2003 年 SARS、2009 年新型 H1N1 流感與 2019 年 COVID-19 疫情之防疫經驗，隨著民眾對疫情的恐慌程度，民眾對於防疫物資囤積居奇、不遵守防疫指令或散布謠言之違法行為容易引起民情譁然與激憤。

⁶¹衛生福利部疾病管制署，嚴重特殊傳染性肺炎，上網日期 2020 年 6 月 8 日，檢自 <https://www.cdc.gov.tw/Disease/SubIndex/N6XvFa1YP9CXYdB0kNSA9A.html>

因此下一章節將介紹傳染病防治法之法條與規範內容，並針對傳染病防治法相關之重要判決進行描述與分析。



第三章 傳染病防治法之立法與規範內容

傳染病防治法共有 77 條，全文分為總則(第 1 條至第 13 條)、防治體系(第 14 條至第 18 條)、傳染病預防(第 19 條至第 34 條)、防疫措施(第 35 條至第 57 條)、檢疫措施(第 58 條至第 60 條)、罰則(第 61 條至第 71 條)、附則(第 72 條至第 77 條)等 7 章節。

第一節 歷史沿革

我國傳染病之中央主管機關為衛生福利部疾病管制署、在直轄市為直轄市政府、在縣(市)為縣(市)政府主管⁶²，專責法規為傳染病防治法，凡被列入傳染病防治法之傳染病稱為法定傳染病。如醫師診治病人或醫師、法醫師檢驗、解剖屍體，發現法定傳染病或疑似法定傳染病時，均負有通報當地衛生主管機關之義務⁶³；醫師以外醫事人員⁶⁴、村(里)長、鄰長、村(里)幹事、警察或消防人員⁶⁵與其他義務相對人⁶⁶執行業務，發現傳染病或疑似傳染病病人或其屍體時，亦有報告醫師或當地衛生主管機關之責。

我國最早於 1944 年公布傳染病防治條例，當時法定傳染病僅包括霍亂、桿菌性及阿米巴性痢疾、傷寒及副傷寒、天花、流行性腦脊髓膜炎、白喉、猩紅

⁶²傳染病防治法第 2 條：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。

⁶³傳染病防治法第 39 條第 1 項：醫師診治病人或醫師、法醫師檢驗、解剖屍體，發現傳染病或疑似傳染病時，應立即採行必要之感染管制措施，並報告當地主管機關。

⁶⁴傳染病防治法第 40 條第 1 項：醫師以外醫事人員執行業務，發現傳染病或疑似傳染病病人或其屍體時，應即報告醫師或依前條第二項規定報告當地主管機關。

⁶⁵傳染病防治法第 41 條：村（里）長、鄰長、村（里）幹事、警察或消防人員發現疑似傳染病病人或其屍體時，應於二十四小時內通知當地主管機關。

⁶⁶傳染病防治法第 42 條：下列人員發現疑似傳染病病人或其屍體，未經醫師診斷或檢驗者，應於二十四小時內通知當地主管機關：

- 一、病人或死者之親屬或同居人。
- 二、旅館或店鋪之負責人。
- 三、運輸工具之所有人、管理人或駕駛人。
- 四、機關、學校、學前教（托）育機構、事業、工廠、礦場、寺院、教堂、殯葬服務業或其他公共場所之負責人或管理人。
- 五、安養機構、養護機構、長期照顧機構、安置（教養）機構、矯正機關及其他類似場所之負責人或管理人。
- 六、旅行業代表人、導遊或領隊人員。

熱、鼠疫、斑疹傷寒、回歸熱等 12 種主要傳染病⁶⁷。

由於科技的進步與公共衛生的改善，過去嚴重影響國人健康的霍亂、瘧疾等傳染病，已獲得極成功的控制，臺灣甚至已根除六種傳染病，分別是 1948 年根除的鼠疫(plague)、1955 年根除的天花(smallpox)、1959 年根除的狂犬病(rabies)、1965 年根除的瘧疾(malaria)、1973 年根除的白喉(diphtheria)及 2000 年根除的小兒麻痺(poliomyelitis)。

隨著國際交流、旅遊頻繁，境外移入傳染病機率大增，加上本土季節性傳染病流行，傳染病的威脅日趨複雜。故 1983 年傳染病防治條例修法⁶⁸，刪除天花、增加狂犬病與黃熱病為法定傳染病，法定傳染病增為 13 種。1999 年更提升法律位階⁶⁹，修正為「傳染病防治法」，並依據疾病致死率、發生率及傳播速度等危害風險程度高低，配合通報時限，將法定傳染病分為四類⁷⁰：

一、第一類傳染病(立即報告並強制隔離治療)：鼠疫、霍亂、狂犬病、伊波拉病毒出血熱、黃熱病。

二、第二類傳染病：

(一)甲種(24 小時內報告並強制隔離治療)：傷寒、副傷寒、流行性斑疹傷寒、白喉、流行性腦脊髓膜炎、炭疽病。

(二)乙種(應勸導住院，除開放性肺結核得於一週內報告外，應於二十四小時內報告)：小兒麻痺症、開放性肺結核、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾。

三、第三類傳染病：

(一)、甲種(無須強制收容於醫療院所，應於 24 小時內報告)：瘧疾、麻疹、急性病毒性 A 型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、腸病毒感染併發重症、登革熱。

⁶⁷傳染病防治條例第 1 條，1944 年 11 月 18 日公布。

⁶⁸傳染病防治條例第 2 條，1983 年 1 月 11 日公布。

⁶⁹吳庚(2003)。行政法之理論與實用-法源位階與適用順序，第 11 版。台北：三民書局。頁 73-81。

⁷⁰公布於 1999 年 6 月 23 日總統（88）華總（一）義字第 8800142740 號令。

(二)、乙種(無須強制收容於醫療院所，應於一週內報告)：結核病(除開放性肺結核外、急性病毒性肝炎(除 A 型外))、日本腦炎、癩病、破傷風、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、百日咳、梅毒、淋病、猩紅熱、恙蟲病、腮腺炎、水痘、退伍軍人病、侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症、流行性感冒。

四、第四類傳染病(報告時限及防治措施由中央主管機關指定之)：其他傳染病或新感染症。

但隨著環境的過度開發與汙染惡化，開始出現前所未有的新興傳染病，2003 年爆發威脅全台的嚴重急性呼吸道症候群(SARS)後，傳染病防治法 2004 年再次修法，將法定傳染病分為 5 類⁷¹：

- 一、第一類傳染病(24 小時內報告並強制隔離治療)：鼠疫、嚴重急性呼吸道症候群、霍亂、狂犬病、伊波拉病毒出血熱、炭疽病、黃熱病。
- 二、第二類傳染病(24 小時內報告，必要時，得於指定隔離治療機構施行隔離治療)：瘧疾、漢他病毒症候群、傷寒、副傷寒、流行性斑疹傷寒、白喉、流行性腦脊髓膜炎、小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、急性病毒性 A 型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、腸病毒感染併發重症、登革熱、麻疹。
- 三、第三類傳染病(一週內通報，必要時，得於指定隔離治療機構施行隔離治療)：癩病、結核病、梅毒、淋病、破傷風、日本腦炎、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、百日咳、水痘、猩紅熱、恙蟲病、急性病毒性肝炎(除 A 型外)、腮腺炎、退伍軍人病、侵襲性 B 型嗜血桿菌感染症、流行性感冒併發重症。
- 四、指定傳染病(報告時限及防治措施由中央主管機關指定之)：指前三款以外已知之傳染病或症候群，經中央主管機關認有依本法施行防治之必要而予以公告者。

⁷¹公布於 2004 年 1 月 20 日總統華總一義字第 09300010081 號令。

五、新感染症(報告時限及防治措施由中央主管機關指定之)：指未知之新興傳染病或症候群。

隨後，我國為因應世界衛生組織(WHO)於 2007 年 6 月 15 日生效的新修訂「國際衛生條例」(International Health Regulations, IHR)⁷²，2007 年再次修法，依據「國際衛生條例」規範，將傳染病改列為附件，以增加傳染病通報之彈性，將法定傳染病分為 5 類⁷³：

- 一、第一類傳染病(24 小時內報告，應於指定隔離治療機構施行隔離治療)：指天花、鼠疫、嚴重急性呼吸道症候群等。目前包括鼠疫、嚴重急性呼吸道症候群(SARS)、天花、狂犬病，共 4 種⁷⁴。
- 二、第二類傳染病(24 小時內報告，必要時，得於指定隔離治療機構施行隔離治療)：目前包括瘧疾、茲卡病毒感染症、小兒麻痺症/急性無力肢體麻痺、炭疽病、多重抗藥性結核病、西尼羅熱、流行性斑疹傷寒、傷寒、副傷寒、腸道出血性大腸桿菌感染症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、霍亂、急性病毒性 A 型肝炎、麻疹、德國麻疹、白喉、流行性腦脊髓膜炎、漢他病毒症候群、登革熱、屈公病，共 27 種。
- 三、第三類傳染病(一週內通報，必要時，得於指定隔離治療機構施行隔離治療)：目前包括急性病毒性 B 型肝炎、急性病毒性 C 型肝炎、急性病毒性 D 型肝炎、急性病毒性 E 型肝炎、急性病毒性肝炎未定型、人類免疫缺乏病毒感染、梅毒、先天性梅毒、淋病、日本腦炎、結核病、先天性德國麻疹症候群、流行性腮腺炎、百日咳、侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症、退伍軍人病破傷風、新生兒破傷風、漢生病、腸病毒感染併發重症，共 20 種。

⁷²World Health Organization, International Health Regulations(2005), Retrieved June 15 2020, from:<https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en.html>

⁷³公布於 2007 年 7 月 18 日總統華總一義字第 09600091011 號令

⁷⁴衛生福利部疾病管制署，傳染病介紹，上網日期 2020 年 6 月 15 日，檢自：<https://www.cdc.gov.tw/Disease/Index.html>

四、第四類傳染病(依中央主管機關公告之期限及規定方式為之)：指前三款以外，經中央主管機關認有監視疫情發生或施行防治必要之已知傳染病或症候群。目前包括庫賈氏病、肉毒桿菌中毒、地方性斑疹傷寒、流感併發重症、水痘併發症、弓形蟲感染症、李斯特菌症、布氏桿菌病、侵襲性肺炎鏈球菌感染症、恙蟲病、萊姆病、Q 熱、類鼻疽、鉤端螺旋體病、兔熱病、疱疹 B 病毒感染症，共 16 種。

五、第五類傳染病(依中央主管機關公告之期限及規定方式為之)：指前四款以外，經中央主管機關認定其傳染流行可能對國民健康造成影響，有依本法建立防治對策或準備計畫必要之新興傳染病或症候群。目前包括中東呼吸症候群冠狀病毒感染症、拉薩熱、馬堡病毒出血熱、伊波拉病毒感染、新型 A 型流感、黃熱病、裂谷熱，共 7 種。

第二節 防治體系

我國傳染病之中央主管機關為衛生福利部疾病管制署，業務單位包含企劃組、急性傳染病組、慢性傳染病組、新興傳染病整備組、感染管制及生物安全組、檢疫組、檢驗及疫苗研製中心、疫情中心，全臺設有 6 個管制中心，包含台北區管制中心(轄區為臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣與連江縣)、北區管制中心(轄區為桃園縣、新竹縣、新竹市、苗栗縣)、中區管制中心(轄區為臺中市、彰化縣、南投縣)、南區管制中心(轄區為雲林縣、嘉義縣、嘉義市、南投縣)、高屏區管制中心(轄區為高雄市、屏東縣、澎湖縣)、東區管制中心(轄區為花蓮縣、台東縣)⁷⁵。

2003 年的嚴重呼吸道症候群(SARS)疫情，嚴重衝擊醫療體系，故疾病管制署建構全臺感染症防治醫療網並指定專責醫院，專責集中收治高傳染性或致

⁷⁵衛生福利部疾病管制署，組織與職掌，上網日期 2020 年 6 月 10 日，檢自：
<https://www.cdc.gov.tw/CdcOrganization/Index/cBX61rWwT5TKpS7BbMzKag.html>

死性新興傳染病病患，以保全醫療體系。傳染病防治醫療網以區域聯防概念，依據當地醫療資源及社會特性，將全國區分成 6 個醫療網區。每區設置指揮官及副指揮官，負責整合網區各項資源，並由指定傳染病專責醫院隔離收治傳染病病患，以保障一般病患就醫權利，保全醫療體系正常運作。

醫療網架構包含指揮體系、應變體系及支援合作體系三部分。其中指揮體系是於每一醫療網區指定具感染症、臨床醫療服務及行政管理能力之醫學專家 2 人擔任指揮官及副指揮官。平時依中央主管機關指示，審查醫療網傳染病相關計畫，並邀集醫療、感染控制、公共衛生等專家學者及相關地方主管機關代表組成諮詢委員會，建立公共衛生與臨床醫療溝通平臺；變時則依中央流行疫情指揮中心指示，辦理轄區病例之確診研判、疫情調查、醫療機構感染管制、轄區醫院與病床物資與人力之指定、徵用、徵調及調度，並適時啟動醫療機構作為隔離治療傳染病病人之用。

應變體系則是每一醫療網區指定若干隔離醫院收治傳染病病人，並從其中擇優指定一家區域級以上醫院為應變醫院，其負壓隔離病房在疫情初期專責收治第一類與第五類法定傳染病及新興重大傳染病病患。至 2016 年止，全國共計指定 134 家隔離醫院、6 家網區應變醫院及 104 間負壓隔離病房。另考量離島縣市醫療資源及交通等因素，於離島地區指定 3 家離島縣市應變醫院 10 間負壓隔離病房。

支援合作體系係指每一醫療網區指定一家醫學中心作為醫療網區應變醫院之支援合作醫院。平時醫學中心提供應變醫院專業醫療諮詢，變時則提供專業醫療支援。並由各地方政府衛生主管機關依網區應變醫院平時運作所需人力之 30% 為基準，提報與儲備支援人力，並建置大型隔離收治場所名冊，儲備疫病大流行時，收治大量病患之量能。

此外，臺灣亦比照香港傳染病防治訓練中心(Infectious Disease Control Training Centre, IDCTC)，及美國公共衛生、健康與醫療照護人員實體訓練的場所(Noble Training Facility, NTF)，於臺南市設置感染症防治中心，做為傳染病防

治訓練及演練辦理場所，提供專業人員實務操作之訓練⁷⁶。

第三節 傳染病預防

傳染病防治法第 1 條規定：「為杜絕傳染病之發生、傳染及蔓延，特制定本法。」直接敘明本法之立法目的是在於全力杜絕傳染病疫情。因此傳染病防治法賦予主管機關很大的權力⁷⁷。

傳染病防治法將主管機關的權力依照比例原則分成三個階段：

(一)傳染病發生或有發生之虞：此時傳染病對社會的危害較小，應採行對人民基本權限制與侵害較小之手段。

(二)發生流行疫情時：此時傳染病對社會的危害較大，應採行之防治手段措施，對人民基本權之限制與侵害亦較大。

(三)成立中央流行疫情指揮中心期間：此時疫情嚴重，傳染病對社會的危害最大、主管機關可採行對人民基本權限制與侵害更大的強制防治措施。

但主管機關執行公權力杜絕或防治傳染病時，也應遵守行政程序法第 7 條的比例原則：

(一)採取之方法應有助於目的之達成。

(二)有多種同樣能達成目的之方法時，應選擇對人民權益損害最少者。

(三)採取之方法所造成之損害不得與欲達成目的之利益顯失均衡。

傳染病防治法管制範圍，依照比例原則可分成三個階段：

(一)傳染病發生或有發生之虞時，傳染病防治法管制範圍包括：

(1)限制人身自由：地方主管機關於傳染病發生或有發生之虞時，應視實際需要，會同有關機關，採行下列措施(第 37 條)：

1.管制上課、集會、宴會或其他團體活動。

⁷⁶柯海韻、郭芃、池宜倩、周淑玫、陳昶勳(2017)。傳染病防治醫療網之建置與維運簡介。疫情報導，第 33 卷第 11 期，頁 198-204。

⁷⁷李壽星(2012)。醫師與傳染病防治法，台北市醫師公會會刊，第 56 卷第 6 期，頁 26-31。

- 2.管制特定場所之出入及容納人數。
 - 3.管制特定區域之交通。
 - 4.撤離特定場所或區域之人員。
 - 5.限制或禁止傳染病或疑似傳染病病人搭乘大眾運輸工具或出入特定場所。
 - 6.其他經各級政府機關公告之防疫措施。
- (2)強制進入公私場所：傳染病發生時，有進入公、私場所或運輸工具從事防疫工作之必要者，應由地方主管機關人員會同警察等有關機關人員為之(第 38 條)。
- (3)強制留驗接觸者：主管機關對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置(第 48 條)。
- (4)強制隔離治療：主管機關對於傳染病病人之處置措施，依據傳染病嚴重程度，可分為：
- 1.第一類傳染病病人，應於指定隔離治療機構施行隔離治療。
 - 2.第二類、第三類傳染病病人，必要時，得於指定隔離治療機構施行隔離治療。
 - 3.第四類、第五類傳染病病人，依中央主管機關公告之防治措施處置。
 - 4.主管機關對傳染病病人施行隔離治療時，應於強制隔離治療之次日起三日內作成隔離治療通知書，送達本人或其家屬，並副知隔離治療機構(第 44 條)。
 - 5.地方主管機關於隔離治療期間超過三十日者，應至遲每隔三十日另請二位以上專科醫師重新鑑定有無繼續隔離治療之必要(第 45 條)。
- (5)強制採檢：傳染病病人檢體，由醫師採檢為原則；接觸者檢體，由醫師或其他醫事人員採檢；環境等檢體，由醫事人員或經採檢相關訓練之人員採檢。採檢之實施，醫事機構負責人應負督導之責；病人及有關人員

不得拒絕、規避或妨礙(第 46 條)。

(6)強制解剖屍體：主管機關認為非實施病理解剖不足以瞭解傳染病病因或控制流行疫情者，得施行病理解剖檢驗；死者家屬不得拒絕(第 50 條)。

(7)強制調查病源：地方主管機關接獲傳染病或疑似傳染病之報告或通知時，應迅速檢驗診斷，調查傳染病來源或採行其他必要之措施，並報告中央主管機關。傳染病或疑似傳染病病人及相關人員對於前項之檢驗診斷、調查及處置，不得拒絕、規避或妨礙(第 43 條)。

(8)強制預防接種：民眾於傳染病發生或有發生之虞時，應配合接受主管機關之檢查、治療、預防接種或其他防疫、檢疫措施(第 36 條)。

(9)強制人員檢疫：主管機關對入、出境之人員，得施行下列檢疫或措施，並得徵收費用(第 58 條)。

- 1.對前往疫區之人員提供檢疫資訊、防疫藥物、預防接種或提出警示等措施。
- 2.命依中央主管機關規定詳實申報傳染病書表，並視需要提出健康證明或其他有關證件。
- 3.施行健康評估或其他檢疫措施。
- 4.對自感染區入境、接觸或疑似接觸之人員、傳染病或疑似傳染病病人，採行居家檢疫、集中檢疫、隔離治療或其他必要措施。
- 5.對未治癒且顯有傳染他人之虞之傳染病病人，通知入出國管理機關，限制其出境。
- 6.商請相關機關停止發給特定國家或地區人員之入境許可或提供其他協助。

(10)強制物品檢疫之權力：主管機關對於入、出境之運輸工具及其所載物品，有傳染病發生或有發生之虞者，應採行下列措施(第 60 條)：

- 1.對運輸工具採行必要管制及防疫措施，所受損失並不予補償。
- 2.對輸入或旅客攜帶入境之物品，令輸入者、旅客退運或銷毀，並不予補

償。

(11)管制用水：地方主管機關於傳染病發生或有發生之虞時，對轄區一定地域之農漁、畜牧、游泳或飲用水，得予以限制、禁止或為其他適當之措施(第 35 條)；主管機關於必要時，得暫行封閉可能散布傳染病之水源(第 21 條)。

(二)發生流行疫情時(指傳染病在特定地區及特定時間內，發生之病例數超過預期值或出現集體聚集之現象【第 4 條】。傳染病流行疫情、疫區之認定、發布及解除，由中央或地方主管機關為之【第 8 條】)，傳染病防治法管制範圍包括：

(1)強制銷毀傳染媒介：國內發生流行疫情時，地方主管機關對於各種已經證實媒介傳染病之飲食物品、動物或動物屍體，於傳染病防治之必要下，應切實禁止從事飼養、宰殺、販賣、贈與、棄置，並予以撲殺、銷毀、掩埋、化製或其他必要之處置(第 23 條)。

(2)統籌指揮：流行疫情之處理，地方主管機關認有統籌指揮、調集所屬相關機關(構)人員及設備，採行防治措施之必要時，得成立流行疫情指揮中心(第 16 條)。

(三)成立中央流行疫情指揮中心期間(中央主管機關經考量國內、外流行疫情嚴重程度，認有統籌各種資源、設備及整合相關機關人員之必要時，得報請行政院同意成立中央流行疫情指揮中心【第 17 條】)，傳染病防治法管制範圍包括：。

(1)徵調機構場所及人員：各級政府機關得依指揮官之指示，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(第 53 條)。

(2)徵調民間資源：中央流行疫情指揮中心成立期間，各級政府機關得依指揮官之指示，徵用或調用民間土地、工作物、建築物、防疫器具、設

備、藥品、醫療器材、污染處理設施、運輸工具及其他經中央主管機關公告指定之防疫物資，並給予適當之補償(第 54 條)。

(3)徵調媒體及通訊：中央流行疫情指揮中心成立期間，各級政府機關得依指揮官之指示，優先使用傳播媒體與通訊設備，報導流行疫情及緊急應變相關資訊(第 52 條)。

(4)凍結法律：中央流行疫情指揮中心成立期間，各級政府機關依指揮官之指示，對於事業徵用及配銷防疫物資之行為，得不受公平交易法第 14 條、商品標示法有關商品標示文字、標示方法及標示事項等規定之限制。代售徵用或配銷之防疫物資，免課徵營業稅(第 55 條)。中央流行疫情指揮中心成立期間，各級政府機關得依指揮官之指示，借用公有財產，不受國有財產法第 40 條及地方公產管理法規有關規定之限制(第 56 條)。

(5)變更法律：中央流行疫情指揮中心成立期間，指揮官基於防疫之必要，得指示中央主管機關彈性調整第 39 條、第 44 條及第 50 條之處置措施(第 53 條)。

第四節 特別條例

針對傳染病疫情對醫療體系、經濟運作及民眾生活之衝擊，在不適合發布緊急命令的情況下，我國曾發布兩次特別條例，分別為 2003 年的「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」⁷⁸與 2020 年的「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」⁷⁹，特別條例與傳染病防治法刑度的差異說明如下：

一、嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例

由於 2003 年 SARS 疫情發生時，當時傳染病防治法架構與內容無法及時因

⁷⁸公布於 2003 年 5 月 2 日總統華總一義字第 09200081120 號令；廢止於 2005 年 3 月 29 日政院院臺衛字第 0940009753 號公告。

⁷⁹公布於 2020 年 2 月 25 日總統華總一義字第 10900021291 號令公布實施，施行期間自 2020 年 1 月 15 日起至 2021 年 6 月 30 日止。

應嚴峻多變的疫情，為有效防治嚴重急性呼吸道症候群(SARS)，維護人民健康，並因應其對國內經濟、社會之衝擊，特別制定「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」，針對防疫期間的不當行為，特別規定刑罰，施行日期為2003年3月1日，2004年12月31日屆滿廢止。重要內容如下：

(一)設置防治及紓困委員會統籌規劃與指揮：為統一防疫指揮與調度，特別設立委員會統籌規畫與辦理，委員會召集人為行政院院長，委員包括中央、地方政府相關機關首長及學者、專家。中央、地方各機關(構)、學校、團體執行防疫工作均受委員會指揮(第2條⁸⁰)。

(二)建立疫情監視、預警與醫療通報制度：統合全國防疫醫療資源，劃分防疫區域，建立醫療通報制度，整合各研究機構及專家學者組成專案研究小組，研究檢驗、診斷與治療方法、治療藥物及開發疫苗等防疫措施(第3條⁸¹)。

(三)強制檢疫、治療與隔離：對指定場所、建築物或運輸工具及其人員、物品，施行檢疫或各項防疫措施，得指定特定防疫區域實施管制；必要時，並得強制隔離、撤離居民或實施各項防疫措施。且應接受檢疫之人員、運輸工具及其所載物品之所有人、使用人或管理人，均不得拒絕、規避或妨礙(第5條⁸²)。經各級衛生主管機關認定應強制接受居家隔离、

⁸⁰第2條:行政院為因應嚴重急性呼吸道症候群之疫情，應設嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會；其組織，由行政院定之。

前項委員會召集人為行政院院長，其委員應包括中央、地方政府相關機關首長及學者、專家。中央、地方各機關(構)、學校、團體執行本條例防治及紓困工作，應受第一項委員會之指揮。

第一項委員會應按月向立法院相關委員會報告防治及紓困之工作成果。

直轄市、縣(市)政府執行本條例所定事項，應遵行中央政府機關之指示。直轄市、縣(市)政府應指示鄉(鎮、市、區)公所於各村、里組成抗 疫小組，採取迅速必要之防疫措施。

中央衛生主管機關於必要時，得結合全民防衛動員準備體系，實施相關防疫措施。

⁸¹第3條:中央衛生主管機關為有效統合全國防疫醫療資源，除應依傳染病防治法第九條及傳染病疫情監視及預警系統實施辦法相關規定，建立嚴重急性呼吸道症候群疫情監視及預警體系外，並劃分防疫區域，建立醫療通報制度。

為早日控制疫情，行政院應整合各研究機構及專家學者組成專案研究小組，落實辦理與嚴重急性呼吸道症候群有關之傳染途徑、檢驗、診斷與治療方法、治療藥物及開發疫苗等各項之研究。

⁸²第5條:各級政府機關為防疫工作之迅速有效執行，得指定特定防疫區域實施管制；必要時，並得強制隔離、撤離居民或實施各項防疫措施。

集中隔離或隔離治療者，不得拒絕、規避或妨礙(第 8 條⁸³)。違反者可處新臺幣 6 萬元以上 30 萬元以下罰鍰。

(四)徵用：

1.公有非公用財產：為安置病人或與病人接觸者需要，得借用公有非公用財產；公有公用財產應即變更為公有非公用財產(第 6 條)。

3.民間財產：為執行救人、安置及防疫工作，得向民間徵用空屋、防疫器具、設備及車、船、航空器，但徵用並非無償，應給予適當之補償(第 7 條)。

4.防疫物資：包含防疫器具、設備、藥品、醫療器材等公告防疫物資，均由衛生主管機關統籌協調、徵用及配銷(第 7-1 條⁸⁴與 7-2 條⁸⁵)。

5.傳播媒體：防治應變之必要範圍內，得優先使用傳播媒體及通訊設備，報導疫情及緊急應變相關資訊，各公、私立機關(構)、學校、團體及大眾應配合協助(第 11 條)。

(五) 配合防疫措施之義務：民眾至醫療機構就診時，醫療機構應詢問病史、就醫紀錄、接觸史、旅遊史等事項(第 17-1 條)，病人本人或其家屬應據實陳述，不得故意隱匿，違反者處新臺幣 1 萬元以上 15 萬元以下罰鍰(第

各級政府機關得對指定場所、建築物或運輸工具及其人員、物品，施行檢疫或各項防疫措施。對前二項強制隔離、撤離、防疫措施及檢疫之指示，不得拒絕、規避或妨礙。

⁸³第 8 條:經各級衛生主管機關認定應強制接受居家隔離、集中隔離或隔離治療者，不得拒絕、規避或妨礙；其受隔離期間，應遵行各級衛生主管機關之指示。

前項受隔離者於隔離期間，其任職之公、私立機關(構)、學校、團體應給予公假，不受相關法令規定之限制。

接受強制隔離者，經診斷證實未感染嚴重急性呼吸道症候群，政府得給予合理補償。

感染嚴重急性呼吸道症候群之病人，因強制隔離治療致影響其家計者，政府得予扶助。

第一項之強制居家隔離，經各級政府機關指定負責執行者，或同意具結保證之雇主、其他相關人員，應確實遵行各級衛生主管機關所為隔離或其他防疫措施之指示，並接受各級政府機關之檢查及處置，不得拒絕、規避或妨礙。

⁸⁴第 7-1 條:自國外進口之防疫器具、設備、藥品、醫療器材，由海關設置單一窗口，受理其通關手續。捐贈各級政府機關、醫療機構供防疫使用之物資，得由受贈之政府機關、醫療機構直接提領之；其未指明贈與對象者，由中央衛生主管機關提領之。

⁸⁵第 7-2 條:事業應各級政府機關所為協調、徵用及配銷防疫物資之行為，得不受公平交易法第十四條、商品標示法第六條、第八條及第九條規定之限制；各該事業受各級政府機關委託依政府機關規定價格代售徵用之防疫物資，且出售收入全數交該委託機關解繳公庫者，不課徵營業稅。

18-1 條)。但亦規定病人、照護之醫事人員、強制隔離者及其家屬，其人格及合法權益，應予尊重及保障，不得予以歧視，無傳染之虞者，並不得拒絕其就學、就業或予其他不公平之待遇(第 15 條)。

(六) 囤積居奇或哄抬物價：對於防疫器具、設備、藥品、醫療器材，有囤積居奇或哄抬物價之行為者，處一年以上 7 年以下有期徒刑，得併科 500 萬元以下罰金。前項之未遂犯罰之(第 18-3 條⁸⁶)。

(七) 不遵行指示，而有傳染之虞：明知自己感染或疑似感染嚴重急性呼吸道症候群，未遵行各級衛生主管機關之指示，而有傳染於第三人之虞者，處三年以下有期徒刑、拘役或 50 萬元以下罰金(第 18 條⁸⁷)。

(八) 散布疫情謠言或不實資訊：散布有關嚴重急性呼吸道症候群疫情之謠言或傳播不實之消息，足以生損害於公眾或他人者，處 50 萬元以下罰金(第 18-3 條⁸⁸)。另，新聞媒體未經查證報導錯誤經主管機關通知其更正者，應立即更正(第 17 條⁸⁹)。新聞媒體謹設「訓示條款」，僅要求經主管機關通知後應立即更正。

(九) 國家補償、補貼機制：

1. 受隔離者，隔離期間其任職之公、私立機關(構)、學校、團體應給予公假；接受強制隔離者，經診斷證實未感染嚴重急性呼吸道症候群，政府得給予合理補償；感染嚴重急性呼吸道症候群之病人，因強制隔離

⁸⁶第 18-3 條:對於防疫器具、設備、藥品、醫療器材，有囤積居奇或哄抬物價之行為者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣五百萬元以下罰金。前項之未遂犯罰之。

⁸⁷第 18 條: 明知自己感染或疑似感染嚴重急性呼吸道症候群，未遵行各級衛生主管機關之指示，而有傳染於第三人之虞者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣五十萬元以下罰金。有下列各款情形之一者，除得逕行強制處分外，由各級衛生主管機關處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰：

一、除第四項規定外，違反第五條、第八條第一項或第五項規定。

二、醫療機構未遵行各級衛生機關之指示，實施防疫措施。

違反各級政府機關依第七條之徵用者，處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰。

違反各級政府機關依第五條或第八條規定所為測量體溫或戴口罩等之防疫措施者，處新臺幣一千五百元以上七千五百元以下罰鍰。

⁸⁸第 18-3 條:對於防疫器具、設備、藥品、醫療器材，有囤積居奇或哄抬物價之行為者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣五百萬元以下罰金。前項之未遂犯罰之。

⁸⁹第 17 條:新聞媒體未經查證報導錯誤經主管機關通知其更正者，應立即更正。

治療致影響其家計者，政府得予扶助(第 8 條)。

2.公、私立醫療 (事) 機構執行醫療、照護之醫事人員及其相關工作人員應酌予補助或發給津貼(第 12 條)、因執行本條例防治工作，致傷病、身心障礙或死亡者，其各項給付之請領準用災害防救法第 47 條之規定(第 13 條)。

3.受嚴重急性呼吸道症候群影響而發生營運困難之產業、醫療 (事) 機構，得予以紓困、補貼稅費(第 14 條)。

4.民間設立嚴重急性呼吸道症候群專責醫院，補償標準另定之(第 14-1 條)。

SARS 疫情結束後，衛生署疾病管制局(現為衛生福利部疾病管制署)根據疫情防治經驗，於 2004 年大幅度修正傳染病防治法，並將「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」內許多條文修訂入傳染病防治法，如設立「中央流行疫情指揮中心」統一防疫指揮與調度(第 17 條)，並大幅度修正原有的防治體系與權責畫分(第 14 條至第 18 條)、明訂傳染病預防政策內容(第 19 條至第 34 條)、精進防疫措施(第 35 條至第 57 條)與檢疫措施(第 58 條至第 60 條)，才建立目前傳染病防治法之健全架構。

二、嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例

為因應 COVID-19 疫情，2020 年我國再次公告實施「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」，全文共 20 條⁹⁰，針對防疫期間的不當行為，特別條例內容與傳染病防治法刑罰與行政罰的差異說明如下：

(一)哄抬防疫物資之價格或無正當理由囤積不應市銷售：對於經中央衛生主管機關公告之防疫器具、設備、藥品、醫療器材或其他防疫物資，哄抬價格或無正當理由囤積而不應市銷售者，處 5 年以下有期徒刑，得併科

⁹⁰公布於 2020 年 4 月 21 日總統華總一義字第 10900042411 號令，修正第 11 條條文、增訂第 9-1 條條文。

新臺幣 500 萬元以下罰金 (第 12 條⁹¹)。原本傳染病防治法的處罰僅針對「囤積居奇或哄抬物價之行為且情節重大者」處一年以上 7 年以下有期徒刑，特別條例提高到「哄抬價格或無正當理由囤積而不應市銷售者」，即可處 5 年以下有期徒刑。罰金上限則維持新臺幣 500 萬元以下。

(二)不遵行指示，而有傳染之虞：罹患或疑似罹患嚴重特殊傳染性肺炎，不遵行各級衛生主管機關指示，而有傳染於他人之虞者，處二年以下有期徒刑、拘役或新臺幣 20 萬元以上 200 萬元以下罰金(第 13 條⁹²)。原本傳染病防治法的處罰僅針對「明知自己罹患第一類傳染病、第五類傳染病或第二類多重抗藥性傳染病，不遵行各級主管機關指示，『致傳染於人者』」處處 3 年以下有期徒刑、拘役或新臺幣 50 萬元以下罰金(第 62 條)，特別條例條件放寬到「有傳染於他人之虞者」，即可處二年以下有期徒刑，罰金上限亦提高至 20 萬元以上 200 萬元以下。

(三)散布疫情謠言或不實資訊：散播有關嚴重特殊傳染性肺炎流行疫情之謠言或不實訊息，足生損害於公眾或他人者，處 3 年以下有期徒刑、拘役或科或併科 300 萬元以下罰金(第 14 條⁹³)。原本傳染病防治法的處罰僅 300 萬元以下罰金(第 63 條)，特別條例增加了年以下有期徒刑、拘役之刑事處分。

(四)違反隔離、檢疫措施：

1.隔離措施：違反各級衛生主管機關依傳染病防治法第 48 條第 1 項規定所為之隔離措施者，處新臺幣 20 萬元以上 100 萬元以下罰鍰(第 15 條第 1

⁹¹第 12 條:對於經中央衛生主管機關公告之防疫器具、設備、藥品、醫療器材或其他防疫物資，哄抬價格或無正當理由囤積而不應市銷售者，處五年以下有期徒刑，得併科新臺幣五百萬元以下罰金。前項之未遂犯罰之。

⁹²第 13 條:罹患或疑似罹患嚴重特殊傳染性肺炎，不遵行各級衛生主管機關指示，而有傳染於他人之虞者，處二年以下有期徒刑、拘役或新臺幣二十萬元以上二百萬元以下罰金。

⁹³第 14 條:散播有關嚴重特殊傳染性肺炎流行疫情之謠言或不實訊息，足生損害於公眾或他人者，處三年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣三百萬元以下罰金。

項⁹⁴)。原本傳染病防治法的處罰僅有 6 萬元以上 30 萬元以下罰鍰(第 67 條)，特別條例提高到 20 萬元以上 100 萬元以下。

2.檢疫措施：違反各級衛生主管機關依傳染病防治法第 58 條第 1 項第 4 款規定所為之檢疫措施者，處新臺幣 10 萬元以上 100 萬元以下罰鍰(第 15 條第 2 項)。原本傳染病防治法的處罰僅有 6 萬元以上 30 萬元以下罰鍰(第 67 條)，特別條例提高到 10 萬元以上 100 萬元以下。

(五)違反徵用或調用處分、指揮官的應變處置：拒絕、規避或妨礙各級政府機關依特別條例之徵用或調用，可以裁罰 5 萬元以上、100 萬元以下罰鍰(第 7 條⁹⁵)。原本傳染病防治法的處罰為新臺幣 6 萬元以上 30 萬元以下罰鍰(第 67 條)，特別條例條件罰鍰上限提高至 100 萬元以下。

(六)必要措施：中央流行疫情指揮中心指揮官為防治控制疫情需要，得實施必要之應變處置或措施。違背指揮官的必要應別處置或措施，可以裁罰 5 萬元以上、100 萬元以下罰鍰(第 7 條)。原本傳染病防治法的處罰為新臺幣 6 萬元以上 30 萬元以下罰鍰(第 67 條)，特別條例條件罰鍰上限提高至 100 萬元以下。

(七)雇主的不當行為：「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」增加接受居家隔離、居家檢疫、集中隔離或集中檢疫者，於隔離、檢疫期間，其任職之機關(構)、事業單位、學校、法人、團體應給予防疫隔離假，且不得視為曠職、強迫以事假或其他假別處理，亦不得扣發全勤獎金、解僱或為其他不利之處分。家屬為照顧生活不能自理之受隔離者、檢疫者而請假者，亦同(第 3 條第 3 項)。違反上開規定，可以裁罰 5 萬元以上、100 萬元以下罰鍰。

⁹⁴第 15 條: 違反各級衛生主管機關依傳染病防治法第四十八條第一項規定所為之隔離措施者，處新臺幣二十萬元以上一百萬元以下罰鍰。

違反各級衛生主管機關依傳染病防治法第五十八條第一項第四款規定所為之檢疫措施者，處新臺幣十萬元以上一百萬元以下罰鍰。

⁹⁵第 7 條:中央流行疫情指揮中心指揮官為防治控制疫情需要，得實施必要之應變處置或措施。

(八)可公布違反隔離、檢疫及確診病患個資：於防疫期間，受隔離或檢疫而有違反隔離或檢疫命令或有違反之虞者，中央流行疫情指揮中心指揮官得指示對其實施錄影、攝影、公布其個人資料或為其他必要之防治控制措施或處置，對確診罹患嚴重特殊傳染性肺炎病人，亦同（第 8 條）。

本次「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」與傳染病防治法原規定相比，可發現特殊條例無論是採取增加刑事處分（第 14 條）、放寬刑事處分構成要件（第 12 條、第 13 條）、提高罰金上限（第 13 條）、提高行政處分上限（第 7 條、第 15 條），亦增加了雇主的不當行為（第 3 條）與可公布違反隔離、檢疫及確診病患個資（第 8 條）之處分。

第五節 相關重要判決

有關歷年與傳染病防治相關之案件，案件最多的是疫苗接種不良反應的民法損害賠償⁹⁶、國家賠償⁹⁷與行政法院判決⁹⁸，與刑法相關之重要判決，主要涉及疫情控管不利所生案件，如公務員釀成災害罪、違背傳染病法令及散布之罪業務過失致死罪，以下分別介紹重要判決內容如下：

一、公務員釀成災害罪：

2003 年和平醫院因 SARS 封院，導致 57 人感染、7 人死亡；院內民眾 97 人感染、24 人死亡。和平醫院院長吳康文和感染科主任吳榮第，由檢察官以刑法公務員釀成災害罪⁹⁹起訴。

檢察官考量醫療(事)機構對於傳染病之預防、治療及防範於醫療(事)機構內感染發生等法定義務之執行，乃屬於國家機關之地位，負責提供給付、服務、

⁹⁶臺灣高等法院 107 年度上字第 1 號判決。

⁹⁷臺灣高等法院高雄分院 101 年度上國易字第 3 號判決。

⁹⁸最高行政法院 106 年度判字第 355 號判決。

⁹⁹刑法第 130 條：公務員廢弛職務釀成災害者，處三年以上十年以下有期徒刑。

救濟、照顧等方法，增進公共及社會成員之利益，以達成國家任務之行政行為。

另參照最高法院 92 年度臺上字第 69 號裁判意旨：「國家賠償法第 2 條第 2 項後段所稱之公務員怠於執行職務之消極不作為國家賠償責任，自保護規範理論擴大對人民保障而言，凡國家制定法律之規範，不啻授與推行公共政策之權限，而係為保障人民生命、身體及財產等法益，且該法律對主管機關應執行職務之作為義務有明確規定，並未賦予作為或不作為之裁量餘地，如該管機關公務員怠於執行職務行使公權力，復因具有違法性、歸責性及相當因果關係，致特定人之自由或權利遭受損害者，即應負上開消極不作為之國家賠償責任」。和平醫院吳姓前院長及林姓前感染科主任負有從事 SARS 防治及避免其於和平醫院院內發生群聚感染之職責，依傳染病防治法第 5 條第 3 款規定，該 2 人均屬於執行該條款規定防範 SARS 疾病在和平醫院院內發生群聚感染法定職務之公務人員。然吳、林二人，未盡其執行職務時應盡之注意義務，採取有效之院內管控措施，致使和平醫院院內之醫護人員，均未能精確瞭解在面對 SARS 病患時所應採取之必要防護措施，終而造成和平醫院院內 SARS 群聚感染情事之發生，則吳、林二人於執行傳染病防治法第 5 條第 3 款之職責時，顯有「違背職務之行為」，即違背對於第三人應執行之職務而使第三人受害，自屬國家賠償法第 2 條前段所定「公務員於執行職務行使公權利時，因故意或過失不法侵害人民或自由權利者」之情形。

和平醫院院長吳康文和感染科主任吳榮第最終獲判無罪¹⁰⁰，法院判決書載明：「被告們係行為後，刑法於 2005 年 2 月 2 日修正公布，於 2006 年 7 月 1 日施行。修正前刑法第 10 條第 2 項規定：「稱公務員者，謂依法從事於公務之人員。」；修正後刑法第 10 條第 2 項規定：「稱公務員者，謂下列人員：一依法令服務於國家、地方自治團體所屬機關而具有法定職務權限，以及其他依法令從

¹⁰⁰臺灣高等法院 94 年度重上國字第 10 號判決。

事於公共事務，而具有法定職務權限者。二受國家、地方自治團體所屬機關依法委託，從事與委託機關權限有關之公共事務者。」。其立法理由為：「(二)本條第二項有關公務員之定義，其規定極為抽象、模糊，於具體適用上，經常造成不合理現象，例如，依司法院釋字第 8 號、第 73 號解釋，政府股權佔百分之 50 以上之股份有限公司(如銀行)，即屬公營事業機構，其從事於該公司職務之人員，應認為係刑法上之公務員。然何以同屬股份有限公司，而卻因政府股權佔百分之 50 以上或未滿之不同，使其從事於公司職務之人員，有刑法上公務員與非刑法上公務員之別？實難以理解。究其根源，實為公務員定義之立法不當結果，應予以修正。(二)公務員在刑法所扮演之角色，有時為犯罪之主體，有時為犯罪之客體，為避免因具有公務員身分，未區別其從事職務之種類，即課予刑事責任，而有不當擴大刑罰權之情形，故宜針對公務性質檢討修正。(三)第一款前段所謂「依法令服務於國家、地方自治團體所屬機關」係指國家或地方自治團體所屬機關中依法令任用之成員。故其依法代表、代理國家或地方自治團體處理公共事務者，即應負有特別保護義務及服從義務。至於無法令執掌權限者，縱服務於國家或地方自治團體所屬機關，例如僱用之保全或清潔人員，並未負有前開特別保護義務及服從義務，即不應認其為刑法上公務員。(四)如非服務於國家或地方自治團體所屬機關，而具有依『其他依法令從事於公共事務而具有法定權限者』，因其從事法定之公共事項，應視為刑法上的公務員，故於第一款後段併規定之。此類之公務員，例如依水利法及農田水利會組織通則相關規定而設置之農田水利會會長及其專任職員屬之。其他尚有依政府採購法規定之各公立學校、公營事業之承辦、監辦採購等人員，均屬本款後段之其他依法令從事於公共事務而具有法定職務權限之人員。」被告等於案發時任職之台北市立和平醫院係依據台北市政府衛生局組織規程第 9 條設立(該組織規程於 2003 年 4 月 24 日廢止，另又同時依台北市政府組織自治條例訂定台北市政府衛生局組織規程)，固屬於地方自治團體所屬機關，而被告身為該院院長，與內科主治醫師兼任感染科主任，依當時之台北市立和平醫院組織規程(於

2004 年 8 月 4 日廢止)亦各有其職掌事項，然而和平醫院僅屬於醫療法第三條所稱之公立醫療機構，實際從事者亦係供醫師及所屬醫事人員執行醫療業務、提供醫療服務，性質上仍屬於與病患成立醫療契約、提供醫療服務之私經濟行為，與一般民眾因病前往私立醫療院所就診之情形無異，並非本於國家公權力之作用而行使與公權力有關之公共事務，故依據修正後刑法第 10 條第 2 項之規定，被告二人均非刑法所指之公務員犯罪後之法律已廢止其刑罰者，應諭知免訴之判決」。

故公務員廢弛職務釀成災害罪，係因特定身份關係而成立之犯罪，其犯罪主體以刑法上所指之公務員為限。若不具備刑法上公務員之身分，即非該罪所定之犯罪主體，自不能成立該罪¹⁰¹。

二、違背傳染病法令及散布之罪：

和平醫院因 SARS 封院，4 月 24 日公布「臺北市政府 SARS 緊急應變處理措施」，召回和平醫院員工返院集中隔離。和平醫院一位周姓醫師沒有依照時限返院，被檢察官依刑法第 192 條第 1 項起訴。

法院最終判決無罪，法院判決書載明：「罪刑法定原則係現代刑法之基本原則，在此原則之下，刑法所規定之犯罪與刑罰，即其構成要件及法律效果均須具體明確；尤禁止以比附援引之類推適用方式，來科處法條未明確規定之行為。而空白刑法係將構成要件中之禁止內容，委之於其他法律或法規命令，此際，該其他法律或法規命令之規範既屬構成要件之內容，自仍應符合罪刑法定原則。然 2004 年 1 月 20 日修正前之傳染病防治法第 37 條第 1 項係規定：予以留驗；必要時，得令遷入指定之處所檢查，或施行預防接種等必要之處置。」主管機關所得為之處置為「留驗」、「檢查」及「施行預防接種等必要之處置」，並未明文包括「集中隔離」。至所謂「留驗」或「施行預防接種等必要

¹⁰¹臺灣高等法院 94 年度囑上訴字第 4 號判決。

之處置」，參照前、後文，應係指與檢查或預防接種相類之處置。本案臺北市政府衛生局召回和平醫院員工之目的，在於觀察渠等有無發病，其性質係屬檢疫或隔離，非單純之檢查¹⁰²。

本案之集中隔離處分，係屬對被告等之生命、身體、自由等基本人權有重大侵害之行為，顯非單純之檢查、留驗、施行預防接種等必要之處置所得比擬，自須有法律明確依據始得為之。而科處刑罰，涉及人民權利之限制，其構成要件應具體明確，已如上述。修正前傳染病防治法第 37 條第 1 項既未授權行政主管機關得發佈集中隔離之處分，自不容任意比附援引，擅將該法條適用範圍擴大解釋包括隔離處置，致違罪刑法定原則。故就本案之情形，修正前傳染病防治法第 37 條第 1 項之規定，亦不該當刑法第 192 條第 1 項所指之檢查或進口之法令」¹⁰³。

傳染病防治法於本案發生後之 93 年 1 月 20 日修正，原第 37 條第 1 項移置為第 46 條第 1 項，條文修正為：「曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得由該管主管機關予以留驗；必要時，得令遷入指定之處所檢查，施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制、強制隔離或撤離居民等必要之處置。」將隔離與檢查、留驗、施行預防接種等必要之處置並列，已修正空白刑法之漏洞。

三、業務過失致死

2003 年仁濟醫院因 SARS 封院，仁濟醫院院長及該醫院感染管制委員會主任委員(負責醫療及醫院感染管制業務之人)，因未即時通報疫情，造成護士、醫檢師、放射師與病患共 5 人死亡，致使 SARS 疫情在該醫院內擴大蔓延，造成該醫院罹病與死亡，負業務過失致死罪責，各判刑 6 月、5 月¹⁰⁴。

法院敘明被告二人之過失行為：「上訴人二人竟疏未注意，對於前揭發燒或

¹⁰²臺灣臺北地方法院 95 年度易字第 1375 號判決。

¹⁰³臺灣高等法院 94 年度矚上訴字第 4 號判決。

¹⁰⁴最高法院 99 年度台上字第 4786 號判決。

疑似感染 SARS 病毒之人員未立即向衛生主管機關通報，且未於院內為任何具體感控措施與規劃，亦未舉辦全院 SARS 防疫課程講授，使全體醫護人員得以透過在職訓練之課程能確切了解在面對 SARS 病患時所應採取之必要防護措施，而不致陷於隨時可能有遭受 SARS 病毒感染之高度危險中等情於原審審理中證述明確」。

過失行為係屬競合關係，另按刑法上之過失，其過失行為與結果間，在客觀上有相當因果關係始得成立。而所謂相當因果關係，係指依經驗法則，綜合行為當時所存在之一切事實，為客觀之事後審查，認為在一般情形下，有此環境、有此行為之同一條件，均可發生同一之結果者，則該條件即為發生結果之相當條件，行為與結果即有相當之因果關係。反之，若在一般情形下，有此同一條件存在，而依客觀之審查，認為不必皆發生此結果者，則該條件與結果不相當，不過為偶然之事實而已，其行為與結果間即無相當因果關係¹⁰⁵」。

四、大法官解釋

和平醫院因 SARS 封院期間未返院集中隔離之周姓醫師雖刑法上獲判無罪，但周醫師對於衛生局後續罰鍰、懲戒及停業處分不服，提起行政訴訟，並另外提起國家賠償，在行政跟民事訴訟都遭到駁回確定後，認為命令員工返院集中隔離，剝奪人身自由，相關規定也違反法律明確性、比例原則跟正當法律程序，聲請憲法解釋。

2011 年 9 月 30 日，大法官作成釋字 690 號解釋¹⁰⁶：「中華民國 91 年 1 月 30 日修正公布之傳染病防治法第 37 條第 1 項規定：『曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得由該管主管機關予以留驗；必要時，得令遷入指定之處所檢查，或施行預防接種等必要之處置。』關於必要之處置應包含強制隔離在內之部分，對人身自由之限制，尚不違反法律明確性原則，亦未牴觸憲法第 23 條之

¹⁰⁵臺灣高等法院 93 年度醫上訴字第 6 號判決。

¹⁰⁶司法院大法官釋字第 690 號解釋。

比例原則，與憲法第 8 條依正當法律程序之意旨尚無違背。曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，於受強制隔離處置時，人身自由即遭受剝奪，為使其受隔離之期間能合理而不過長，仍宜明確規範強制隔離應有合理之最長期限，及決定施行強制隔離處置相關之組織、程序等辦法以資依循，並建立受隔離者或其親屬不服得及時請求法院救濟，暨對前述受強制隔離者予以合理補償之機制，相關機關宜儘速通盤檢討傳染病防治法制」。

人身自由為重要之基本人權，應受充分之保護，對人身自由之剝奪或限制尤應遵循正當法律程序之意旨，惟相關程序規範是否正當、合理，除考量憲法有無特別規定及所涉基本權之種類外，尚須視案件涉及之事物領域、侵害基本權之強度與範圍、所欲追求之公共利益、有無替代程序及各項可能程序之成本等因素，綜合判斷而為認定¹⁰⁷。

釋字 690 號內容顯示，雖然大法官同意強制隔離是剝奪人身自由的強制處分，但因為傳染病防治法的強制隔離目的是為了防疫，所以在法律明確性的審查可採一般標準，不必像刑法拘束人身自由時採嚴格審查標準，且傳染病防治法已敘明強制隔離為防疫必要措施的手段之一，因此防疫的強制隔離並沒有違反憲法第 8 條正當法律程序與憲法第 23 條之比例原則。

第六節 小結

我國傳染病之專責法規為傳染病防治法，凡被列入傳染病防治法之傳染病稱為法定傳染病。傳染病防治條例最早於 1944 年公布、1999 年提升為「傳染病防治法」，2004 年因應 SARS 教訓大幅修正「傳染病防治法」，2007 年因應「國際衛生條例」(IHR)大幅修訂。

傳染病防治法共有 7 章節(總則、防治體系、傳染病預防、防疫措施、檢疫措施、罰則、附則)，77 條條文包括限制人身自由(第 37 條)、強制進入公私場

¹⁰⁷司法院大法官釋字第 639 號解釋。

所(第 38 條)、強制留驗接觸者(第 48 條)、強制隔離治療(第 44 條、第 45 條)、強制採檢(第 46 條)、強制解剖屍體(第 50 條)、強制調查病源(第 43 條)、強制預防接種(第 36 條)、強制人員檢疫(第 58 條)、強制物品檢疫(第 60 條)、強制銷毀傳染媒介(第 23 條)、統籌指揮(第 16 條、第 17 條)、徵調機構場所及人員(第 52 條、第 53 條、第 54 條)等主要條文。

我國曾於疫情期間發布兩次傳染病特別條例，首次為 2003 年的「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」，2004 年大幅度修正傳染病防治法，並將「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」內許多條文與重要精神，修訂入傳染病防治法。

第兩次發布傳染病特別條例為 2020 年的「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」，與傳染病防治法原規定相比，可發現特殊條例無論是採取增加刑事處分(第 14 條)、放寬刑事處分構成要件(第 12 條、第 13 條)、提高罰金上限(第 13 條)、提高行政處分上限(第 7 條、第 15 條)，亦增加了雇主的不當行為(第 3 條)與可公布違反隔離、檢疫及確診病患個資(第 8 條)之處分。

歷年來無論傳染病防治法與刑法之修法、或疫情期間所頒布之特別條例，均有提高刑度或罰金上限之趨勢。

另依大法官釋字 690 號之內容，大法官雖然同意強制隔離是剝奪人身自由的強制處分，但有關防疫的強制隔離措施，認為並沒有違反憲法第 8 條正當法律程序與憲法第 23 條之比例原則。

第四章 防治傳染病刑法規範之探討

第一節 法益的概念

法益的概念刑法乃根源於保護人類社會共同生活中的基本倫理價值而來，例如個人的生命、身體、健康、自由、名譽、財產等生存與生活利益，以及這些基本價值與利益賴以運作的總體利益，例如社會組織與國家制度的順暢運作。這些受到刑法所保護的利益，也稱為「法益」。刑法的任務，就在於「法益保護」，刑法就是一部「法益保護法」，如果沒有法益保護的必要性，就沒有刑罰的需求可言¹⁰⁸。

法益這個用語，乃德國學者比爾包於 1834 年在一篇名為「論犯罪概念中權利侵害之必要性」¹⁰⁹的文章中所創設，他在文中提及犯罪概念之形成，必須以「權利侵害」為必要，整合「個人應受的保護的利益」與「社會價值觀念」，認為兩者均屬應受保護的「法律上的利益」¹¹⁰。

刑法中所出現之各種犯罪類型與行為態樣的規定，其背後均有相對應的特定法益。刑法中不允許存在一種處罰條文，是不需保護的。因此法益這個概念在刑法領域中的作用有三：一、作為不法構成要件目的解釋的依歸；二、侵害法益乃實質犯罪概念的核心；三、法益具有評判刑事立法的作用¹¹¹。

法益作為不法構成要件目的解釋的依歸，此一作用主要著眼於法益概念在刑法解釋上的功能。由於法益保護是每一條刑法處罰條文背後的規範目的所在，因此必須以法益作為不法構成要件目的解釋之指引與依歸，在解釋不法構成要件時，必須時時刻刻考慮所要保護的法益為何。

犯罪概念可以區分為「形式犯罪概念」與「實質犯罪概念」。形式的犯罪概

¹⁰⁸蘇俊雄(1995)。刑法總論 I。台北，元照出版社。頁 6。

¹⁰⁹Birnbaum(1834), Über das Erfordernis einer Rechtsverletzung zum Begriff des Verbrechens usw. in: Archiv des Criminalrechts, Neue Folge, Bd. 15, 149 ff. 轉引於：許恒達，同註 13，頁 177。

¹¹⁰許恒達(2011)。專題講座／刑法基礎學理專題研究系列-刑法法益概念的茁生與流變，月旦法學雜誌，第 197 期，頁 134。

¹¹¹王皇玉(2019)。刑法總則。台北：新學林出版社。頁 23。

念，只要行為違反法律規範，該行為就具有形式的違法性；實質的犯罪概念乃指一個行為除了形式上違反法律規範之外，實質上也必須損害或危害到法律規範所要保護的利益，也就是具有侵害法益的特性或具有實質的社會損害性，才具有實質違法性，而一個具有實質違法性之行為，始有刑罰的正當性。法益概念正是犯罪行為的實質不法內涵所在，也是行為之所以被定義為犯罪且需受到處罰的實質理由。刑法條文不以法益保護為依歸的話，則這樣的刑法將不具有正當性，故法益保護具有補充實質犯罪概念的作用。

法益概念具有限制國家與刑事立法者恣意制定刑法規定，或隨意擴大刑罰權範圍的作用，亦即具有系統批判功能。法益的實質內容，必須是直接保護個人的核心利益或是可以回歸到個人核心利益之保護者，才具有法益的資格。此外，國家刑罰權的發動，也必須以保護人民利益為出發點。

法益概念的核心價值，是以「個人法益」為出發點，包含個人賴以生存或生活的核心價值與利益，例如生命(殺人罪)、身體完整性與健康(傷害罪、重傷害罪)、意志決定自由(強制罪)、行動自由(私行拘禁罪)、性自主決定權(強制性交罪、強制猥褻罪)、名譽(公然侮辱罪、誹謗罪)、隱私(妨礙書信秘密罪、竊聽偷拍罪)、秘密(洩漏業務機密罪)、財產(竊盜罪、搶奪罪、強盜罪、詐欺罪、背信罪、毀損罪)等。

刑法所要保護的法益，還包含了獨立於個人之外，但是與個人的人格發展與權利保障或實現有密切關係的「超個人法益」¹¹²。刑法中所保護的超個人法益，有稱為「國家法益」與「社會法益」；也有稱為「整體利益」，包括國家主權安全(內亂罪、外患罪、妨害國交罪、洩漏國防秘密罪)、公權力運作的純粹性與不可收買性(瀆職罪)、國家公權力機關與司法審判追訴機關的順暢運作與實踐(妨害公務罪、藏匿人犯罪、湮滅證據罪、偽證罪、誣告罪)、社會治安與公共秩序(聚眾不散罪、參與犯罪結社罪、妨害集會罪)、公共安全與交通往

¹¹²王皇玉(2011)。德國法上關於愛滋病傳染問題之刑法評價，月旦法學雜誌，第73期。頁177。

來安全(放火罪、妨害公眾飲水罪、醉態駕駛罪)、文書在法律交往中的安全陸與可靠性(偽造文書罪),經濟與交易安全制度(偽造貨幣罪、偽造有價證券罪)、婚姻與家庭制度(重婚罪、通姦罪、略誘未成年人罪)等。

刑法保護法益的分類法,依學界常分類方式說明如下:

一、二分法:最早的分類法是二分法,係將法益區分為私法益與公法益。晚近另有區分為個人法益與群體法益(或稱整體法益),亦有區分為個人法益與超個人法益¹¹³。二分法中亦有區分為個人的法益與社會的法益。前者又可區分為人之人身法益(例如生命、自由、名譽等)與人之物的法益(例如財產、所有權等)。如此的分類,亦可看成為人身法益、物的法益、社會的法益等三分法。二分法中另有區分為個人法益與國家與社會的公共法益。前者即為私法益,包括:生命、身體、自由、名譽、信用、秘密、財產等;後者則為公法益,包括國家與政府的榮護、司法、行政、公共秩序、公共安全或公共衛生、環境保護等。私法益與公法益有時會重疊、交雜而難以分隔。例如防制公害、空氣污染而保護環境的刑法條款,固然是用以保護個人的健康(私法益);惟空氣污染並非針對特定的被害人,而是對於特定地區之人形成健康的危害,故防制空氣污染的刑法條款所要保護的法益,亦屬公共法益。又例如酒醉駕車雖未生車禍,但危及所有交通參與者的交通安全,故不能安全駕駛罪(刑法 185-3)所要保護的法益乃是公共利益,而非針對特定人的健康或生命等私法益。

二、三分法:三分法將法益區分為個人法益、社會法益、國家法益。對於三分法雖有學者認為社會法益與國家法益兩者難以區分清楚,但國家與社會係可區分的,前者係就政治權力結構而言,後者則係就平民組成的群體,而且亦可視為一種法律主體。兩者各有不同的角色與功能,自然各有其加以保護的法益。三分法亦有區分為個人的人身法益(例如生命、自由等)、個人的財產

¹¹³陳志龍(1990)。法益與刑事立法。台北:國立臺灣大學法學叢書。頁 114。

法益(例如所有權、財產權)與公共法益。例如詐欺罪固然係對人而為侵犯，但其所侵犯者則為財產。殺人罪或傷害罪亦係對人而為侵犯，其所侵犯者亦為人。惟如恐嚇取財罪或擄人勒贖罪，則同時侵害自由法益與財產法益。

三、四分法：在個人法益與群體法益之下，將前者再區分為人身法益與財物法益，後者再區分為社會法益與國家法益。如此即成為人身法益、財物法益、社會法益、國家法益等四分法¹¹⁴。

對於傳染病防治所保護法益之定位，有以下兩種見解：

(一)將傳染病防治所要保護的法益，定位為對個人身體、健康法益之保護。

之所以會有這樣的定位，乃是從法益一元理論的立場出發。法益一元理論的基本看法認為，刑法上的法益保護，應以個人法益保護為依歸。至於國家制度的機能與運作，乃至公共利益、社會秩序的維護(即超個人法益)，不過是個人自我實現的保證者。簡言之，超個人法益乃是為了確保個人利益的實現有所可能而存在，若非如此，則超個人利益將會失去其存在的正當性。從此觀點出發，在探討傳染病防治的保護法益時，即不應該首先訴諸於過於抽象的超個人法益之保護，而應該從保護個人的法益出發，除了傳染病對人體所造成的生命、身體、健康、自由等危害外，再討論傳染病的外溢性，干擾或危害到整體社會秩序與國家安全法益¹¹⁵。

(二)第二種法益定位的方式，則是將傳染病防治所要保護的法益，定位為保護不特定多數人生命、健康法益。亦即認為，需要防治傳染病的原因，在於傳染病會造成不特定多數人身體健康的損害。事實上，以這樣的法益定位來立論散布傳染病的處罰依據，才是較為妥當的方式。因為如果將傳染病防治所要保護的法益定位在保護特定個人的健康法益上，而忽略了傳染病有一傳十，十傳眾的感染特性。因此，當我們檢視刑法典上的規定，將會發現，刑法典自制訂以來，就不乏這種處罰對不特定多數人生命、健康

¹¹⁴林山田(2006)。刑法各罪論(上冊)。台北，元照出版社。頁 41。

¹¹⁵王皇玉(2005)。論販賣毒品罪。政大法學評論，第 84 期，頁 250。

法益侵害的犯罪類型。例如刑法第 190 條妨害公眾飲水罪，第 191 條製造販賣陳列妨害衛生物品罪，第 192 條違背傳染病法令及散布之罪。這樣的行為同時也帶給行為人自己也無法確定的其他不特定多數人潛在的生命、身體之危害¹¹⁶。傳染病防治所要保護的法益，原則上應該優先定位在對於不特定多數人生命、身體、健康之保護，此外還涉及到危害社會秩序、經濟秩序與國家安全等利益，因此，這些利益也可以包含在傳染病防治所要保護的法益範圍之中。然而，後者無論如何只是一種間接的利益保護，社會秩序、經濟秩序與國家安全均是一種制度上的利益。這種利益之所以應該受到保護，在於肯認社會各種制度的功能與運轉¹¹⁷。

公共危險罪章期待能夠將刑法保護法益的期待，落實到人類偏差行動的風險控制，則必然更能強化刑法保護法益的能力。因此，刑法必然發展出所謂內化取向的法益論述，只要屬於社會成員，就有義務要尊重法益，節制自己的私欲，並且不可實施足以威脅他人的行動，這種內化至個人行動義務的法益論點，即是刑法規範論的主軸¹¹⁸。

第二節 抽象危險犯的設計取向

依據不法構成要件規定的行為結果，犯罪類型可區分為實害犯與危險犯，實害犯係指行為必須對於不法構成要件所保護的客體造成實害的結果，始能既遂的犯罪。

危險犯則是行為只需對於不法構成要件所要保護的客體造成危險結果，即可成立的犯罪¹¹⁹。依照危險犯之危險狀態，可以分為具體危險犯與抽象危險犯，具體危險犯是指以(對生命、身體、財產或其他的法益)發生一定的具體危險狀態為「構成要件要素」之犯罪。此時，由於型為對於法益客體造成了實害

¹¹⁶黃榮堅(1999)。論行為犯，刑罰的極限。台北：元照出版社。頁 228。

¹¹⁷同註 99，頁 225。

¹¹⁸同註 94，頁 134。

¹¹⁹林山田(2008)。刑法通論(上冊)。台北：元照出版社。頁 252。

的密接可能性，因此具有可罰性。由於發生特定的危險狀態屬於具體危險犯的構成要件要素，因此，行為人也必須認識該特定的具體危險狀態，使得成立故意犯。反之，抽象危險犯所處罰者是對於法益客體帶有典型危險的行為方式，有鑑於特定行為的典型危險，直接由立法方式推定「只要從事該行為即具危險性」¹²⁰，該行為的「典型危險性」只是入罪化的理由，並非構成要件，故只要行為符合構成要件之描述，即可成立抽象危險犯，不須證明實際上是否引起實害或具體危險，歸類上屬於行為犯¹²¹。

具體危險犯的成立，只要行為客體或所要保護的法益，事實上存在著客觀危險即可，不要求如同實害犯般必須真實存在危險結果，其通常在法條中以「致生危險於」的表述方式呈現，理由在於這些行為本身不一定對所要保護的客體或法益具有典型危險性，必須要附加「致生危險」之要件，並在具體個案判斷是否有實質違法性以追究該行為責任，而這樣的要件屬於構成要件要素。實務上以最高法院 97 年台上字第 731 號判決為例，具體危險是否存在需要加以證明與確認，不能以某種程度的假定或抽象為限，對具體危險之證明和判斷，應以行為當時之各種具體情況以及已經判明的因果關係為根據，用以認定行為是否具有發生侵害法益的可能性，因此行為雖然尚未製造一個實害結果，但仍雜可能性及因果關係，需要相關事實證明行兇的形成實害風險的從上述對於具體造險犯的描述。具體危險犯與實害犯的差別，僅在於對於構成要件中結果的要求，其他部分與實害犯無異。且其對於危險的判斷上是以行為時與行為後所盼明知所有客觀情勢為判斷，即包含到結果的部分，需要事後判斷¹²²。

抽象危險犯相對於具體危險犯，其條文中並不會特別表示出何種危險，因此危險並非不法構成要件要素，無需於個案中認定行為是否真的對法益造成危險，且危險是依據立法者預設的想像，這樣的想像是透過對生活經驗的觀察，

¹²⁰林鈺雄(2011)。刑法總則。台北：元照出版社。頁 101。

¹²¹同註 103，頁 253-254。

¹²²邱敏婷(2019)，危險概念與刑法的流變—以食品安全與環境犯罪為中心，國立臺北大學，法律學系一般生組，台北。頁 15。

汲取出普遍認為對法益具有典型危險性之行為，學理上將之稱為「普遍危險理論」。

然而綜合這些抽象危險的觀察，若說刑法是以結果犯為主要架構下探討，可以發現「危險結果」在抽象危險犯中影響甚微，幾乎可以用行為危險性描述將危險結果加以取代，然而仍有學者認為屬於結果犯，另有提到其仍存在一個抽象的「危險結果」表象，歸類於結果犯的範圍內並無不妥。亦即抽象危險犯的結果乃是一種「推定具體危險結果」的存在，只要行為人從事抽象危險犯所描述的行為模式，就直接推定有具體結果存在，由於是推定自然地也容許以反證推翻，卻遭受部分批評認為，該學說的出發點雖然是為了解決具體結果證明的困難而採用推定的方式為之，然而證明困難問題屬於抽象危險犯設置必要性確認後，才應該由程序法來處理的問題。

由於抽象危險犯有前述違反罪責原則與傳統刑法歸責結構之嫌，更有刑法工具化傾向的批判，為了合理節制抽象危險犯的濫用，學說與立法方式也發展出一些緩和與修正措施，對於抽象危險犯的推定入罪批判，已逐漸發展出允許舉證證明不危險而予以減輕其刑，或是以量化方式作為入罪或處罰門檻的立法模式¹²³。

但有關傳染病防治之應用，應採用抽象危險犯之概念，構成要件始得成立，以傳染病防治法規所規範的行為，其採用抽象危險犯之理由，分述如下：

一、避免不遵守防疫指令罪之傳染病傳染行為：刑法 192 條第 2 項處罰對象為

「暴露有傳染病菌之屍體，或以他法散布病菌，『致生公共危險者』」、傳染病防治法 62 條處罰對象為「明知自己罹患第一類傳染病、第五類傳染病或第二類多重抗藥性傳染病，不遵行各級主管機關指示，『致傳染於人者』」，犯罪類型如採具體危險犯，則其「致生公共危險者」或「致傳染於人者」之構成要件，均有對於法益侵害(無論是個人法益的生命、財產，或是國家社

¹²³王皇玉(2008)。專題講座／刑法總則專題研究系列-論危險犯。月旦法學雜誌，159 期。頁 235。

會法益的公共衛生、公共安全)認定困難的實務問題，因此，對於避免不遵守防疫指令罪之傳染病傳染行為，應採用抽象危險犯之犯罪類型為宜。

二、其他有關傳染病防治的周邊配套行為：無論是刑法 251 條與傳染病防治法第 61 條之「囤積居奇罪」、或是刑法 251 條與傳染病防治法第 63 條之「散布謠言罪」，犯罪類型如採具體危險犯，則其「囤積居奇或哄抬物價之行為且情節重大者」或「散布有關傳染病流行疫情之謠言或不實訊息，足生損害於公眾或他人者」之構成要件，對於法益侵害(無論是個人法益的身命、財產，或是國家社會法益的公共衛生、公共安全)的認定更為困難，實務上很難將囤積居奇或散布謠言連結至足生損害他人，因此，更應採用抽象危險犯之犯罪類型，只要有囤積居奇或散布謠言之行為，即成立犯罪，本罪始具有可罰危險性。

第三節 刑法典規範

公共危險罪乃指足以造成特定或不特定多數人死亡，或身體健康受到傷害，以及財物受損等嚴重後果的具有公共危險性的犯罪行為。刑法規定的公共危險罪，計可分為：放火罪、失火罪、決水罪、危害交通安全罪、爆裂物罪、妨害公共衛生罪，以及其他公共危險罪等七大類。依據犯罪行為對於法益的影響程度，公共危險罪章規定處罰之罪又可分成抽象公共危險罪與具體公共危險罪，以及實害罪等三種類型，與傳染病防治相關之公共危險罪，則是採用抽象危險犯之犯罪類型，構成要件分析如下：

一、依據刑法第 192 條違背傳染病法令及散布之罪，違背關於預防傳染病所公布之檢查或進口的法令者，構成違背預防傳染病法令罪，處 2 年以下有期徒刑、拘役或 1,000 元以下罰金，分析如下：

(一)違背預防傳染病法令罪

1、客觀不法構成要件：

(1)須有違背法令之行為：所謂「違背」，即違反不予遵守之意。「法令」，乃指法律與命令，凡立法機關通過總統所公布，或行政機關根據其權責所發布之有關預防傳染病之檢查或進口之法律或命令，均屬之。本罪之構造，乃抽象危險犯之構成要件，祇要行為人一有違背關於預防傳染病所公布之進口法令者，即足構成，不以發生足以妨害公共衛生，形成公共危險之必要。亦即本罪之處罰，祇須有違背法令行，即足構成，不以發生公共危險為必要，乃採抽象危險之立法例。

(2)所違背者，須為關於預防傳染病所公布之檢查或進口之法令。「預防」乃謂預先防備之意。本條所稱之「傳染病」乃指法定傳染病。如非傳染病防治法指定之傳染病，則非屬本罪之傳染病，縱有違背有關之檢查或進口之法令，亦不足成立本罪。

關於「所公布之檢查或進口之法令」，包括法律與命令，如傳染病防治法、嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例(已廢止)、嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例或人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例均屬之。凡違背此等有關之檢查或進口之法令，即可構成本罪。

行政命令者，並不以中央政府所公布者為限，地方政府基於事實之需要，亦得公布檢查法令，以防範傳染病之傳播。此外，基於傳染病防治法、嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例(已廢止)、嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例或人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例之法規命令，亦屬此處之法令，但行政處分則不屬之。因法規命令效力等同於法律，但行政處分並不含。以 SARS 疫情為例，臺北市政府針對和平醫院所發佈禁止人員出入之封院命令，應屬行政處分，即非本條所指之法令。此處之法令，必須是為「檢查」或「進口」而頒佈之法令。傳染病防治法、嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例等均非為「檢查」或「進口」而頒佈之法令，因而並非違反

該等法律之行為，當然即屬本條之犯罪。

本條係屬空白刑法，其客觀構成要件為空白構成要件，必待政府因時或因事而公布施行的預防傳染病之檢查或進口之法令，以為補充，方能成為一完整之刑罰規範，否則無從認定其犯罪事實，亦即犯罪構成有欠完備，必待補充法規填入，方能成為完整之刑罰法規，可資適用。政府公布之檢查或進口之法令，乃為補充法規。

- 2、主觀不法構成要件：行為人主觀上必須具備違背法令故意，而為本罪的行為，始足以構成本罪。行為人對於預防傳染病所公布的檢查或進口的法令有所認識，並且進而決意違背的主觀心態，即具違背法令故意，包括直接故意與間接故意¹²⁴。
- 3、罪責：填補規範乃空白構成要件不可或缺之部分，倘若欠缺填補規範之禁止內容，則空白刑法根本無法運作，而失卻其存在價值，故行為人對於填補規範之不了解而形成之錯誤，即有如對於具有描述行為之客觀不法構成要件之錯誤。因此，刑法對於此等錯誤行為即可適用一般之錯誤規則加以評價，亦即：行為人對填補規範之客觀不法構成要件要素之錯誤，即適用構成要件錯誤之評價規則，而對於行為人因錯誤致不知有填補規範之存在，或誤認其行為係填補規範所不禁止者，則適用禁止錯誤之評價規則。行為人對於違法性錯誤(包含直接禁止錯誤)，應依刑法第 16 條加以評價，亦即有正當理由而屬無法避免者，應免除其刑事責任，而阻卻其犯罪之成立；如行為人對於違法性錯誤，非屬無法避免者，不阻卻其犯罪之成立，但得視具體情節，減輕其刑。

對於違反空白刑法，可能常常會發生違法者並無不法意識之情形，例如被居家隔離者，違反隔離命令而四處趴趴走，行為人通常只

¹²⁴同註 22，頁 294。

會認為其並未違背法律規範與社會共同生活秩序的要求，此種欠缺不法意識情形，於空白刑法規定特別容易發生。原則上，行為人縱然知道其行為違反衛生機關之規定(例如違法居家隔離命令)，但不知如此行為違反法律規範與社會共同生活秩序的要求，即應認為行為人欠缺不法意識，但此種禁止錯誤，應依刑法第 16 條加以評價，亦即如果可以避免，則行為人只能減輕罪責而非完全不處罰¹²⁵。

(二)評析：刑法 192 條第 1 項實務上難以成立，相關構成要件成立時，亦符合傳染病防治法之相關檢疫(第 58 條、60 條)等特別規定，依據特別法優先於普通法原則，實務上均以傳染病防治法裁罰為主。

二、暴露屍體、散布病菌罪：暴露有傳染病菌之屍體，或以他法散布病菌致生公共危險者，構成散布傳染病菌罪，處 2 年以下有期徒刑、拘役或 1,000 元以下罰金。

(一)本條犯罪立成立要件如下：

1、客觀不法構成要件：

(1)本罪的行為係暴露或散布。稱暴露係指對於本罪客體，即患有傳染病而死之人或動物的屍體，不加掩埋而任其暴露於外。稱散布係一切足以使本罪客體即傳染病菌傳送出去的行為。須有暴露有傳染病菌之屍體，或以他法散布病菌之行為：「暴露」乃指置於眾人得以共見之處所，不加掩蔽之意。「屍體」乃指自然人死亡後之軀體，動物之屍體應不屬之。「有傳染病菌之屍體」乃指生前患有依傳染病防治法所列之傳染病而死亡之屍體而言。至「以他法散布病菌」乃為概括之規定。因散布病菌，暴露屍體不過為其例示之一，凡以其他之方法，足使病菌散布，傳染於人者，均可構成本罪。所謂「散布」，係指一切足以散布

¹²⁵ 褚劍鴻(1995)。刑法總則論。台北：三民書局。頁 485。

傳染病菌之作為或不作為，例如，暴露屍體、衣物不消毒交給他人、不消毒處所任由他人進出等。本條之「他法」是否包括被隔離者在外面之行為？如被隔離者已經發燒、咳嗽，明知自己染上 SARS 而故意要傳染給他人，因而到處傳播，即可能構成本罪。

本罪的行為係暴露或散布。稱暴露係指對於本罪客體，即患有傳染病而死之人或動物的屍體，不加掩埋而任其暴露於外。稱散布係一切足以使本罪客體即傳染病菌傳送出去的行為，包括積極的作為與消極的不作為，例如持附有傳染病菌的衣物四處散布；或親屬因得傳染病致死，而不報告當地衛生主管機關處理；對死者臥病的房間或衣物不加消毒，而放任他人出入接觸。

本罪之客體有兩種，一是搭配暴露行為之有傳染病菌的屍體，另一是搭配散布行為之病菌。

行為人暴露有傳染病菌的屍體或是散布傳染病菌之行為，必須有產生公共危險之結果，故本罪屬具體危險犯。

本罪之故意係行為人主觀上對於自己所暴露者乃傳染病菌的屍體，或是所散布者乃傳染病菌之事實有所認識，仍決意加以暴露或是散布的權態，包括直接故意與間接故意¹²⁶。

(2)須致生公共危險：本罪係屬公共危險罪，且為具體危險犯，因而仍須法官具體判斷如此行為是否足生具體之公共危險。此處之公共危險，乃謂危害及於公眾之生命、身體。致生公共危險，係指有具體之公共危險之情事發生，但不必達於發生實害之程度，然亦非僅指有損害之虞者，如僅有損害之虞，乃屬抽象之危險也，本罪係採具體危險例。

2.主觀不法構成要件：行為人主觀上必須具備散布傳染病菌故意，而為本罪的行為，方能構成本罪；否則，行為人若欠缺本罪的構成要件故意，

¹²⁶同註 22，頁 293。

則不構成本罪。行為人對其行為足以散布傳染病菌而生公共危險有所認識並且進而決意使病菌傳染的主觀心態，即具本罪構成要件故意，包括直接故意與間接故意。

(二)評析：

刑法 192 條第 2 項之行為是否足生具體之公共危險、有無散布行為之要件，實務上均難以認定與證明。例如罹病時未戴口罩在大庭廣眾之下咳嗽，難以認定為公共危險，亦難以認定是否有散布之行為，本條犯罪之主觀構成要件為故意，其並不處罰過失，因一般人若不知其患有傳染病，實難以責難其散播病原。

實務上行為人如違反防疫規定而有散布病菌之虞時，亦符合傳染病防治法之相關檢疫(第 37 條、38 條、44 條、48 條等)規定，依據特別法優先於普通法原則，實務上均以傳染病防治法裁罰為主。

第四節 傳染病防治刑責類型一：傳染行為

依據傳染病防治法第 62 條：明知自己罹患第一類傳染病、第五類傳染病或第二類多重抗藥性傳染病，不遵行各級主管機關指示，致傳染於人者，處 3 年以下有期徒刑、拘役或新臺幣 50 萬元以下罰金。

本條文依據傳染病防治法定傳染類型之修正，於 2007 年修法時，將原「第一類傳染病或新感染症」修正為「第一類傳染病或第五類傳染病」，2013 年修法時，鑒於多重抗藥性結核病為第二類傳染病，但罹患該傳染病之病人時有違反主管機關隔離命令，導致社區感染、民眾恐慌等情形，為有效控制疫情並避免醫療資源之浪費，爰予增列。

對於法定傳染病病人，故意與他人接觸，導致傳染他人，即可依刑法 277 條傷害罪科處 5 年徒刑；如屬過失，仍成立第 284 條過失傷害罪。但目前刑法傷害罪不罰未遂，只要接觸之人未被傳染法定傳染病，檢察官就無法起訴傷

害。但目前德國法對傷害未遂亦有進行處罰¹²⁷。

目前作為主要執法依據的「傳染病防治法」第 62 條「明知自己罹患第一類傳染病、第五類傳染病或第二類多重抗藥性傳染病，不遵行各級主管機關指示，致傳染於人者，處 3 年以下有期徒刑、拘役或新台幣 50 萬元以下罰金」，其法律要件過於嚴格，要求行為人主觀上明知自己罹患傳染病，刑度卻反而輕於只要求未必故意的傷害罪。尤其實務操作上極可能認為第 62 條是優先適用的特別法，縱使該當傷害罪，但因行為人欠缺明知而不罰；或縱使該當過失傷害罪，卻因「傳染病防治法」未罰過失，而無法論罪；或縱使同時該當傷害罪與第 62 條，卻仍選擇處罰較輕的後者。

第 62 條的立法原意，理應是要發揮傷害罪的不足之處，而非在限制傷害罪的適用。亦即第 62 條理應針對傳染病往往存在潛伏期、因果關係不易掌握的特性，捨棄「致傳染於人」的實害犯，借鏡奧地利的危險犯設計，才能有效保護不特定多數人的健康。

奧地利刑法第 178 條規定任何人「實施足以引發(依其種類應舉發或報告)人際傳染病之散布危險之行為者，處 3 年以下有期徒刑」；第 179 條規定任何人「過失實施第 178 條之可罰行為，處一年以下有期徒刑或科處 720 日以下日額罰金」。亦即，重點在於行為人實施足以引發散布危險之行為(如感染病毒者未戴口罩搭乘大眾捷運)，不須考慮個案的傳染風險，更遑論出現傳染結果，並依法處罰故意犯的未遂¹²⁸。

然而，傳染病防治法第 2 條：「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」，係指防治工作的執行由具有專業的衛生機關主管，該法第 61 條以下的刑罰，自非衛生機關所能置喙，仍應由檢察官追訴與法院審理為宜。

¹²⁷許澤天，蘋果日報 2020 年 1 月 30 日：【台防疫加把勁】請蘇院長帶領修法防疫情散布，上網日期 2020 年 6 月 5 日，檢自：

<https://tw.appledaily.com/headline/20200130/VXYKOK64TW5ZTYDOWICDRDYN6Y.html>。

¹²⁸同 111

建議未來「傳染病防治法」第 62 條刪除「致傳染於人者」之文字，回歸抽象危險犯之犯罪類型。

至於「傳染病防治法」第 62 條如回歸刑法傷害罪，建議未來可在「刑法」保留實害犯，而將危險犯納入「傳染病防治法」行政罰。

第五節 傳染病防治刑責類型二：周邊配套

一、囤積居奇罪：刑法第 251 條主要的構成要件，是處罰意圖抬高交易價格而

囤積民生必需物品，並且無正當理由不應市銷售的行為。2019 年底該條修正，另行擴張囤積物品至「前二款以外，經行政院公告之生活必需用品」，立法者採取空白構成要件的立法模式，但必須以經過行政院公告為其前提，而該條另外處罰散布假訊息而可能達成影響社會秩序的行為，故同條第 3 項另行規定：「意圖影響第一項物品之交易價格，而散布不實資訊者，處二年以下有期徒刑、拘役或科或併科二十萬元以下罰金」，2019 年底則再進一步附加新的第 4 項：「以廣播電視、電子通訊、網際網路或其他傳播工具犯前項之罪者，得加重其刑至二分之一」。

依據傳染病防治法第 61 條規定，中央流行疫情指揮中心成立期間，對主管機關已開始徵用之防疫物資，有囤積居奇或哄抬物價之行為且情節重大者，處一年以上 7 年以下有期徒刑，得併科新臺幣 500 萬元以下罰金。本條文為 2004 年傳染病防治法修正時新增，立法理由為中央流行疫情指揮中心成立期間，主管機關執行防疫物資徵用時，廠商有囤積居奇或哄抬物價之行為且情節重大者，對社會經濟之影響甚鉅，爰參照暫行條例第 18 條之 3 規定，增訂刑罰規定。

但為防治 COVID-19，有鑑於口罩為防疫期間重要之民生物資，攸關

防疫成效與國民健康甚鉅，行政院遂於今年 1 月公告¹²⁹，將「一般醫用口罩及外科手術口罩」列為刑法第 251 條所定之生活必需用品¹³⁰，

如有業者藉其經濟優勢、資訊掌握而意圖抬高交易價格、囤積口罩，無正當理由不應市銷售者，或影響口罩市場交易價格者，將由主則機關

「行政院公平會」依刑法第 251 條移送檢調機關偵辦。如業者為合意調漲或共同約束價格之行為，則可另依公平交易法第 40 條¹³¹規定，最高可處新臺幣 5,000 萬元罰鍰，若情節重大，還可依同條文第 2 項規定處上一會計年度銷售金額 10% 以下罰鍰。如經公平會限期令停止、改正其行為或採取必要更正措施，而屆期未停止、改正其行為或未採取必要更正措施，或停止後再為相同違反行為者，處行為人 3 年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣 1 億元以下罰金。

本條在實務上似乎尚無成罪案例，惟本條保護的法益是民生必需品供應安全，立法者在此對於透過假訊息而干擾此種安全的行為，只透過主觀要件「意圖影響交易價格」予以限制，倘若行為人並非出於影響價格目

¹²⁹行政院院臺經字第 1090162918 號公告，2020 年 1 月 31 日，公告「一般醫用口罩及外科手術口罩」為「中華民國刑法」第 251 條第 1 項第 3 款所定生活必需用品，並自中華民國 109 年 1 月 31 日生效。

¹³⁰刑法 251 條:意圖抬高交易價格，囤積下列物品之一，無正當理由不應市銷售者，處三年以下有期徒刑、拘役或科或併科三十萬元以下罰金：

一、糧食、農產品或其他民生必需之飲食物品。
二、種苗、肥料、原料或其他農業、工業必需之物品。
三、前二款以外，經行政院公告之生活必需用品。

以強暴、脅迫妨害前項物品之販運者，處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科五十萬元以下罰金。

意圖影響第一項物品之交易價格，而散布不實資訊者，處二年以下有期徒刑、拘役或科或併科二十萬元以下罰金。

以廣播電視、電子通訊、網際網路或其他傳播工具犯前項之罪者，得加重其刑至二分之一。
第二項之未遂犯罰之。

¹³¹公平交易法第 40 條:主管機關對於違反第九條、第十五條、第十九條及第二十條規定之事業，得限期令停止、改正其行為或採取必要更正措施，並得處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰；屆期仍不停止、改正其行為或未採取必要更正措施者，得繼續限期令停止、改正其行為或採取必要更正措施，並按次處新臺幣二十萬元以上一億元以下罰鍰，至停止、改正其行為或採取必要更正措施為止。

事業違反第九條、第十五條，經主管機關認定有情節重大者，得處該事業上一會計年度銷售金額百分之十以下罰鍰，不受前項罰鍰金額限制。

前項事業上一會計年度銷售金額之計算、情節重大之認定、罰鍰計算之辦法，由主管機關定之。

的，而是純粹造成社會不安而散布同內容的假訊息，則不在處罰範圍之內
132。

目前傳染病防治法第 61 條與刑法 251 條功能混淆，混淆不同法益，實務上無論行政院或公平會之公告，亦以刑法 251 條為主要依據，實務上主要問題為傳染病防治法第 61 條與刑法 251 條的刑度差異過大。刑法 251 條的刑度為三年以下有期徒刑、拘役或科或併科 30 萬元以下罰金；傳染病防治法第 61 條刑度為一年以上 7 年以下有期徒刑，得併科新臺幣 500 萬元以下罰金，傳染病防治法之刑度有過重之嫌，建議應調高刑法 251 條之刑度，讓兩罪刑度相當，甚至應相互整合為單一規範。

二、 散布謠言罪

依據傳染病防治法第 63 條規定，散布有關傳染病流行疫情之謠言或傳播不實之流行疫情消息，足以生損害於公眾或他人者，科新臺幣 50 萬元以下罰金。

本條文於 2004 年修法時，考量所定利用傳播媒體發表傳染病流行疫情或中心流行疫情指揮中心成立期間防治措施之相關訊息，有錯誤、不實，致嚴重影響整體防疫利益或有影響之虞，經主管機關通知其更正，而拒不更正者，考量其影響防疫情節重大，故參照暫行條例第十八條之二規定「散布不實疫情消息足生損害於公眾或他人者，應負刑責」之精神，新增本條。

本條文於 2019 年 3 月修正，修正主因為散播係指散布、傳播於眾之意，而所謂「謠言」或「不實訊息」，係指該「捏造之語」或「虛構之事」，其內容出於故意虛捏者而言，倘有合理之懷疑，致誤認有此事實而為傳播或散布時，即欠缺違法之故意(參照最高法院 97 年度台上字第 6727

¹³²許恒達(2020)。論假訊息的刑法規制，月旦法學雜誌，303 期。頁 226-246。

號刑事判決)。因此，關於「散播謠言或不實訊息」，係以散布、傳播「捏造或虛構事實」為其構成要件(參照最高法院 106 年度台上字第 96 號刑事判決)，行為人將自己或他人捏造、扭曲、篡改或虛構全部或部分可證明為不實之訊息(包括資訊、消息、資料、數據、廣告、報導、民調、事件等各種媒介形式或內容)，故意甚至是惡意地藉由媒體、網路或以其他使公眾得知之方法，以口語、文字或影音之形式傳播或散布於眾，引入陷入錯誤，甚至因而造成公眾或損害個人，即具有法律問責的必要性，爰本條酌作文字修正。並考量散播不實訊息者，有時可能是集團或團體，爰此過低的金額恐無法達到嚇阻效果，爰此訂定 300 萬元。

惟依刑法 251 條規定，如有業者散布不實資訊以影響口罩市場交易價格者，公平會將依刑法第 251 條，移送檢調機關偵辦。可處二年以下有期徒刑、拘役或科或併科二十萬元以下罰金。以廣播電視、電子通訊、網際網路或其他傳播工具犯前項之罪者，得加重其刑至二分之一。

目前謠言的處分，法院多以社會秩序維護法 63 條¹³³進行裁罰，該法規定禁止散佈謠言，以維持公共安寧。目前實務見解，謠言，乃無事實根據憑空捏造，無的放矢之謂。散佈之方式，不問出於口頭或文字，且不以發生實害為必要。

近期因為疫情關係而廣受重視的傳染病防治法第 63 條，則是假訊息在傳染病防治領域的刑事責任規範，立法者宣示：「散播有關傳染病流行疫情之謠言或不實訊息，足生損害於公眾或他人者，科新臺幣 300 萬元以

¹³³社會秩序維護法第 63 條：有左列各款行為之一者，處三日以下拘留或新臺幣三萬元以下罰鍰：

- 一、無正當理由攜帶具有殺傷力之器械、化學製劑或其他危險物品者。
- 二、無正當理由鳴槍者。
- 三、無正當理由，攜帶用於開啟或破壞門、窗、鎖或其他安全設備之工具者。
- 四、放置、投擲或發射有殺傷力之物品而有危害他人身體或財物之虞者。
- 五、散佈謠言，足以影響公共之安寧者。
- 六、蒙面偽裝或以其他方法驚嚇他人有危害安全之虞者。
- 七、關於製造、運輸、販賣、貯存易燃、易爆或其他危險物品之營業，未經主管機關許可；或其營業設備及方法，違反法令規定者。
- 八、製造、運輸、販賣、攜帶或公然陳列經主管機關公告查禁之器械者。

前項第七款、第八款，其情節重大或再次違反者，處或併處停止營業或勒令歇業。

下罰金」。依其規定，只要任何人散布有關於疫情的假訊息，該訊息內容使得公眾或他人足生損害，就可以成立犯罪，不過最終的效果只能科處罰金。

雖然本罪似乎對於疫情控管極度重要，但我國刑事法院似乎罕有任何適用案例，但近期因為病毒疫情極為嚴峻，曾有報導指出，檢察官已經針對散布肺炎疫情之人科處緩起訴或起訴，此點可供參考¹³⁴。

而因近期新型冠狀病毒疫情嚴重，總統在 2020 年 2 月 25 日公布「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」(以下簡稱特別條例)，在特別條例第 14 條，立法者又另行規定有關該次疫情的假訊息散布刑責：

「散播有關嚴重特殊傳染性肺炎流行疫情之謠言或不實訊息，足生損害於公眾或他人者，處三年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣三百萬元以下罰金」，其構成要件幾與傳染病防治法的內容相同，只不過刑責上調高至 3 年以下有期徒刑，可說是立法上特別加重的範例。

但言論自由為憲法第 11 條保障之人民基本權利¹³⁵，大法官 590 號釋字亦一再強調國家應給予最大限度之維護，俾其實現自我、溝通意見、追求真理及監督各種政治或社會活動之功能得以發揮。惟為兼顧對個人名譽、隱私及公共利益之保護，法律尚非不得對言論自由依其傳播方式為合理之限制¹³⁶。根據監察委員仇桂美委員、劉德勳委員及包宗和委員之調查發現，警察機關於 2017 年至 2019 年依社維法移送散布謠言之案件逐年增加，108 年間移送案件量與過去 2 年相比亦成長數倍之多(2017 年移送之件數為 12 件、2018 年 21 件、2019 年 151 件)，但法院裁定不罰之比率偏高，2019 年度甚至高達 7 成以上裁定不罰(2017 年裁定不罰 8 件，比率為

¹³⁴公視新聞網 2020 年 2 月 4 日報導，散布武漢肺炎假訊息 竹檢 2 天偵結 3 件 3 人，上網日期：2020 年 5 月 21 日，檢自 https://news.pts.org.tw/article/465032?fbclid=IwAR0_F5_ATiWKIfVZhd-W_aSgRZxHyM1s9xCwNm_PhUhm3mHG08sh6VG5k.html。

¹³⁵憲法第 11 條：人民有言論、講學、著作及出版之自由。

¹³⁶大法官釋字第 509 號。

66.7%、2018 年裁定不罰者 10 件，47.6%、2019 年裁定不罰 109 件，72.2%)¹³⁷。

除法院實務已鮮明的表達尊重言論自由的立場，考量過去亦曾發生被認定為謠言的傳言，後來卻被證實為真¹³⁸，以「傳染病防治法」第 63 條過重的處分，似有侵害言論自由之虞，建議我國於尊重言論自由的前提，將謠言納入社會秩序維護法之行政罰為宜。

第六節 小結

刑法中所出現之各種犯罪類型與行為態樣的規定，其背後均有相對應的特定法益。對於傳染病防治所保護之法益，為保護不特定多數人生命、健康法益。依據不法構成要件規定的行為結果，犯罪類型可區分為實害犯與危險犯，危險犯之危險狀態，可以分為具體危險與抽象危險犯。

對於與「傳染病相關的刑法條文」分析為例，目前實務刑法 192 條第 1 項難以成立，相關構成要件成立時，亦符合傳染病防治法之相關檢疫(第 58 條、60 條)等特別規定，依據特別法優先於普通法原則，實務上均以傳染病防治法裁罰為主。刑法 192 條第 2 項之行為是否足生具體之公共危險、有無散布行為之要件，實務上均難以認定與證明，本條犯罪之主觀構成要件為故意，其並不處罰過失，因一般人若不知其患有傳染病，實難以責難其散播病原。

以「傳染病防治刑責類型一：傳染行為」法規分析為例，建議未來「傳染病防治法」第 62 條刪除「致傳染於人者」之文字，回歸抽象危險犯之犯罪類型。至於「傳染病防治法」第 62 條如回歸刑法傷害罪，建議未來可在「刑法」保留實害犯，而將危險犯納入「傳染病防治法」行政罰。

以「傳染病防治刑責類型二：周邊配套」法規分析為例，在囤積居奇罪的

¹³⁷ 仇桂美、劉德勳、包宗和(2020)。《109 內調 0078 調查報告》。台北：監察院。頁 25。

¹³⁸ 高源流，中國時報 2020 年 3 月 28 日報導：算哪門子的疫情謠言，上網日期：2020 年 5 月 21 日，檢自：<https://www.chinatimes.com/opinion/20200327005261-262105?chdtv.html>

部分，目前傳染病防治法第 61 條與刑法 251 條功能混淆，混淆不同法益，實務上無論行政院或公平會之公告，亦以刑法 251 條為主要依據，實務上主要問題為傳染病防治法第 61 條與刑法 251 條的刑度差異過大。刑法 251 條的刑度為 3 年以下有期徒刑、拘役或科或併科 30 萬元以下罰金；傳染病防治法第 61 條刑度為一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣 500 萬元以下罰金，傳染病防治法之刑度有過重之嫌，建議應調高刑法 251 條之刑度，讓兩罪刑度相當，甚至應相互整合為單一規範。至於散布謠言罪，過去亦曾發生被認定為謠言的傳言，後來卻被證實為真，考量「傳染病防治法」第 63 條過重的處分，似有侵害言論自由之虞，建議我國於尊重言論自由的前提，將謠言納入社會秩序維護法之行政罰為宜。



第五章 結論

高度經濟發展的現代社會面臨諸多不確定的危險，其中傳染病一直是重要的風險來源。為因應風險社會，刑法引進公共危險罪的概念，刑法第 11 章的公共危險罪章即包括「違背傳染病法令及散布之罪」(192 條)。

觀諸歷史，無論是滅亡希臘文化的瘟疫、滅亡羅馬帝國的天花、麻疹等多種瘟疫，還是促成歐洲文藝復興運動的鼠疫、全球大流行的 1918 年西班牙流感，傳染病對國家社會造成的風險在人類歷史上屢見不鮮，瘧疾、腹瀉腸炎、鼠疫等傳染病，更是過去臺灣歷史上國人的主要死因。雖然隨著醫藥技術進步與公共衛生的發展，傳統傳染病目前已非國人主要死因，但隨著 2003 年 SARS、2009 年 H1N1 新型流感、2020 年 COVID-19 疫情等陸續發生的國際關注的突發公共衛生事件，顯示新興傳染病與再浮現傳染病仍為現代社會之重大風險，實有探討刑法介入的必要性。

我國傳染病之專責法規為傳染病防治法，凡被列入傳染病防治法之傳染病稱為法定傳染病。傳染病防治條例最早於 1944 年公布、1999 年提升為「傳染病防治法」，2004 年因應 SARS 教訓大幅修正「傳染病防治法」，2007 年因應「國際衛生條例」(International Health Regulations, IHR)大幅修訂。

傳染病防治法共有 7 章節(總則、防治體系、傳染病預防、防疫措施、檢疫措施、罰則、附則)，77 條條文包括限制人身自由(第 37 條)、強制進入公私場所(第 38 條)、強制留驗接觸者(第 48 條)、強制隔離治療(第 44 條、第 45 條)、強制採檢(第 46 條)、強制解剖屍體(第 50 條)、強制調查病源(第 43 條)、強制預防接種(第 36 條)、強制人員檢疫(第 58 條)、強制物品檢疫(第 60 條)、強制銷毀傳染媒介(第 23 條)、統籌指揮(第 16 條、第 17 條)、徵調機構場所及人員(第 52 條、第 53 條、第 54 條)等主要條文。

我國曾於疫情期間發布兩次傳染病特別條例，首次為 2003 年的「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」，2004 年大幅度修正傳染病防治法即將

「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」內許多條文修訂入傳染病防治法。

其次為 2020 年的「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」，與傳染病防治法原規定相比，可發現特殊條例無論是採取增加刑事處分(第 14 條)、放寬刑事處分構成要件(第 12 條、第 13 條)、提高罰金上限(第 13 條)、提高行政處分上限(第 7 條、第 15 條)，亦增加了雇主的不當行為(第 3 條)與可公布違反隔離、檢疫及確診病患個資(第 8 條)之處分。

目前法院重要判決，對於 SARS 期間傳染病防疫之故意或過失，不成立刑法 130 條公務員釀成災害罪，亦未成立刑法 192 條「違背傳染病法令及散布之罪」。但未即時通報疫情與接種疫苗錯誤則成立業務過失致死罪(未來回歸過失致死罪)。另依釋字 690 號之內容，大法官同意防疫的強制隔離措施，並沒有違反憲法第 8 條正當法律程序與憲法第 23 條之比例原則。

刑法中所出現之各種犯罪類型與行為態樣的規定，其背後均有相對應的特定法益。對於傳染病防治所保護之法益，為保護不特定多數人生命、健康法益。依據不法構成要件規定的行為結果，犯罪類型可區分為實害犯與危險犯，危險犯之危險狀態，可以分為具體危險與抽象危險犯。

以「傳染病防治刑責類型一：傳染行為」法規分析為例，建議未來「傳染病防治法」第 62 條刪除「致傳染於人者」之文字，回歸抽象危險犯之犯罪類型。至於「傳染病防治法」第 62 條如回歸刑法傷害罪，建議未來可在「刑法」保留實害犯，而將危險犯納入「傳染病防治法」行政罰。

以「傳染病防治刑責類型二：周邊配套」法規分析為例，在囤積居奇罪的部分，目前傳染病防治法第 61 條與刑法 251 條功能混淆，混淆不同法益，實務上無論行政院或公平會之公告，亦以刑法 251 條為主要依據，實務上主要問題為傳染病防治法第 61 條與刑法 251 條的刑度差異過大。刑法 251 條的刑度為 3 年以下有期徒刑、拘役或科或併科 30 萬元以下罰金；傳染病防治法第 61 條刑度為一以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣 500 萬元以下罰金，傳染病防治

法之刑度有過重之嫌，建議應調高刑法 251 條之刑度，讓兩罪刑度相當，甚至應相互整合為單一規範。至於散布謠言罪，過去亦曾發生被認定為謠言的傳言，後來卻被證實為真，考量「傳染病防治法」第 63 條過重的處分，似有侵害言論自由之虞，建議我國於尊重言論自由的前提，將謠言納入社會秩序維護法之行政罰為宜。

總結本文討論如下：傳染病防治牽涉範圍複雜，實務上防疫作為面臨諸多問題，根據 SARS 與 H1N1 新流感防治經驗，無論是面臨口罩搶購所面臨的囤積居奇罪、不遵收居家隔離、居家檢疫或強制隔離的不遵守防疫指令罪，或為了反制假訊息的散布謠言罪，目前都納入傳染病防治法作為管制的對象。

依本文所見，以刑法處罰必須符合三個條件，才能夠具備相應的正當性：(1)保護利益與超個人法益有關；(2)公眾對於法益損害具備真實請求權；(3)動用刑法制裁行為符合比例原則。

以傳染病防治法特別處分超越刑法是否有所比要，建議可回歸《刑法》保留實害犯之處分，而將危險犯納入傳染病防治法之行政罰為宜。但如上述囤積居奇、不遵守防疫指令、散布謠言罪罪名，若能建立適足保護相關利益的行政罰、民事賠償或事實澄清制度時¹³⁹，可審慎考慮除罪化。

針對我國傳染病防治法的空白構成要件，不在刑法規定中創設明確的行為規範，而以指向其他法規的方式處理問題，其中也包括許多非立法屬性的法規命令。雖然違反自 18 及第 19 世紀以來的啟蒙傳統，但特別考量現代社會新興與再浮現傳染病的公共衛生威脅，根本難以放棄類似規定的作法¹⁴⁰。對於抽象危險犯而言，立法者在保護法益的思考上，已經介入因果關係的判斷，所謂抽象危險犯只處罰行為人的行為，事實上不過是對現象的表面認識。相對於抽象危險犯，立法者對於具體危險犯的類型規定，則顯然是將因果關係的判斷，

¹³⁹吳秦雯(2019)。假新聞之控制。月旦法學雜誌，292 期。頁 37。

¹⁴⁰同註 13。

留置於法官在具體個案的判斷¹⁴¹。

最後，認定是否滿足「致生損害於公眾或他人」，應參考：1.客體的健康安全重要性：在傳染病領域，行為客體是用公共衛生安全； 2.行為的外在效果：已經有人感染傳染病；3.是否足以影響公共衛生社會信賴¹⁴²。



¹⁴¹李聖傑(2006)。黑心食品所涉及的刑法思考—評析金華市金東區人民法院(2004)金東刑再初字第一號判決。月旦民商法雜誌，第 13 期。頁 167。

¹⁴²許恒達(2011)。資訊安全的社會信賴與利法第三五九條的保護法益—評士林地方法院九十九無度訴字第一二二號判決。月旦法學雜誌，第 198 期。頁 233-249。

參考文獻

一、 中文文獻

(一) 專書(依著者之姓名筆劃排列)

1. 王皇玉(2019)。刑法總則。台北：新學林出版社。頁 23。
2. 行政院衛生署(1995)。台灣地區公共衛生發展史，第 2 章，頁 397。
3. 吳庚(2003)。行政法之理論與實用-法源位階與適用順序，第 11 版。台北：三民書局。頁 73-81。
4. 林山田(2006)。刑法各罪論(下冊)，第五版。台北：元照出版社。頁 26。
5. 林山田(2006)。刑法各罪論(上冊)，第五版。台北，元照出版社。頁 41。
6. 林山田(2008)。刑法通論(上冊)。台北：元照出版社。頁 252。
7. 林山田(2006)。刑法各罪論(下冊)，第五版。台北：元照出版社。頁 269、352。
8. 林鈺雄(2011)。刑法總則。台北：元照出版社。頁 101。
9. 施堯啓、張國偉、王德睦(2018)。台灣的壽命延長：平均餘命與死亡年齡眾數的比較，台灣人口學會 2018 年「人口結構的轉變與轉機：年齡、性別與族群」年會。
10. 張劍光、陳蓉霞、王錦(2005)。流行病史話。台北，遠流出版社。頁 12。
11. 陳子平(2020)。刑法各論(下冊)，第三版，台北：元照出版社。頁 181。
12. 陳志龍(1990)。法益與刑事立法。台北：國立臺灣大學法學叢書。頁 114。
13. 黃榮堅(1999)。論行為犯，刑罰的極限。台北：元照出版社。頁 228。
14. 褚劍鴻(1995)。刑法總則論。台北：三民書局。頁 485。
15. 楊炳炘譯(1990)。人類傳染病防治手冊，第二版，台北：合記出版社。頁 570。
16. 盧映潔(2020)。刑法分則新論，第 15 版，台北：新學林出版社。頁 292。
17. 衛生福利部疾病管制署(2013)。SARS10 年-生聚與教訓。台北：疾病管制署。頁 26-36。

18. 蘇俊雄(1995)。刑法總論 I。台北，元照出版社。頁 6。

(二) 期刊文獻

1. 王皇玉(2005)。論販賣毒品罪。政大法學評論，第 84 期。頁 250。
2. 王皇玉(2008)。專題講座／刑法總則專題研究系列-論危險犯。月旦法學雜誌，159 期。頁 235。
3. 王皇玉(2011)。德國法上關於愛滋病傳染問題之刑法評價。月旦法學雜誌，第 73 期。頁 177。
4. 吳秦雯(2019)。假新聞之控制。月旦法學雜誌，292 期。頁 37。
5. 李聖傑(2006)。黑心食品所涉及的刑法思考—評析金華市金東區人民法院(2004)金東刑再初字第第一號判決。月旦民商法雜誌，第 13 期。頁 167。
6. 李壽星(2012)。醫師與傳染病防治法，台北市醫師公會會刊，第 56 卷第 6 期。頁 26-31。
7. 紀鑫，邱南昌(2013)。台灣傳染病演變史與感控措施。感染控制雜誌，第 14 卷第 2 期。
8. 柯海韻、郭芃、池宜倩、周淑玫、陳昶勳(2017)。傳染病防治醫療網之建置與維運簡介。疫情報導，第 33 卷第 11 期。頁 198-204。
9. 許恒達(2015 年)。全球風險社會中的食品安全刑法。高大法學論叢。第 11 卷第 3 期。頁 175-205。
10. 許恒達(2011)。專題講座／刑法基礎學理專題研究系列-刑法法益概念的茁生與流變。月旦法學雜誌，第 197 期。頁 134。
11. 許恒達(2020)。論假訊息的刑法規制。月旦法學雜誌，303 期。頁 226-246。
12. 許恒達(2011)。資訊安全的社會信賴與利法第三五九條的保護法益—評士林地方法院九十九無度訴字第一二二號判決。月旦法學雜誌，第 198 期。頁 233-249。
13. 劉士永(2002)。日治時期臺灣地區的疾病結構演變。新史學，13 卷 4 期。頁 165-208。
14. 劉振軒(2013)。臺灣及大陸地區狂犬病歷史及防治回顧。疫情報導，第 29 卷第 133 期。頁 36-41。
15. Birnbaum(1834), Über das Erfordernis einer Rechtsverletzung zum Begriff des Verbrechens usw. in: Archiv des Criminalrechts,

- Neue Folge, Bd. 15, 149 ff.轉引於：許恒達，同註 9，頁 177。
16. Katharina Reus(2010), Das Recht in der Risikogesellschaft: Der Beitrag des Strafrechts zum Schutz vor modernen Produktgefahren.轉引於：許恒達，同註 9，頁 177。
 17. Hilgendorf, Eric(1993), Strafrechtliche Produzentenhaftung in der Risikogesellschaft.轉引於：許恒達，同註 9，頁 177。
 18. Ulrich Beck(1986), Risikogesellschaft- Auf dem Weg in eine andere; Beck, Ulrich Beck, Gegengifte(1988), Die organisierte Unverantwortlichkeit.轉引於：許恒達，同註 9，頁 177。

(三) 研究計畫

1. 仇桂美、劉德勳、包宗和(2020)。《109 內調 0078 調查報告》。台北：監察院。頁 25。

(四) 學位論文

1. 林榮第(2007)。傳染病防治與相關刑事法律問題之探討，東吳大學，法學院法律學系專業碩士班，台北。頁 7。
2. 邱敏婷(2019)，危險概念與刑法的流變——以食品安全與環境犯罪為中心，國立臺北大學，法律學系一般生組，台北。頁 15。

(五) 網路資訊

1. 公視新聞網 2020 年 2 月 4 日報導，散布武漢肺炎假訊息 竹檢 2 天偵結 3 件 3 人，上網日期：2020 年 5 月 21 日，檢自 https://news.pts.org.tw/article/465032?fbclid=IwAR0_F5_ATiWKlftVZhd-W_aSgRZxHyM1s9xCwNm_PhUhm3mHG08sh6VG5k.html。
2. 法務部 2020 年 2 月 8 日新聞稿，恣意造謠衛生紙與口罩原料相同即將缺貨，法務部將速查嚴辦!，上網日期 2020 年 6 月 20 日，檢自 <https://www.moj.gov.tw/fp-791-126693-ffaf4-001.html>
3. 高源流，中國時報 2020 年 3 月 28 日報導：算哪門子的疫情謠言，上網日期：2020 年 5 月 21 日，檢自：<https://www.chinatimes.com/opinion/20200327005261-262105?chdtv.html>
4. 許澤天，蘋果日報 2020 年 1 月 30 日：【台防疫加把勁】請蘇

院長帶領修法防疫情散布，上網日期 2020 年 6 月 5 日，檢自：

<https://tw.appledaily.com/headline/20200130/VXYKOK64TW5ZTYDOWICDRDYN6Y.html>

5. 衛生福利部 2020 年 1 月 21 日新聞稿，中央流行疫情指揮中心澄清，目前國內無確診個案，請民眾對於未經證實之疫情資訊，切勿隨意散播、轉傳，避免觸法，上網日期 2020 年 6 月 20 日，檢自：<https://www.mohw.gov.tw/cp-4636-51183-1.html>
6. 衛生福利部 2020 年 4 月 1 日新聞稿，居家隔離、檢疫者務必守法，違者加重裁罰，上網日期 2020 年 6 月 20 日，檢自：<https://www.mohw.gov.tw/cp-4633-52558-1.html>
7. 衛生福利部疾病管制署，傳染病介紹，上網日期 2020 年 6 月 8 日，檢自：<https://www.cdc.gov.tw/Disease/Index.html>
8. 衛生福利部疾病管制署，天花，上網日期 2020 年 6 月 8 日，檢自：https://www.cdc.gov.tw/Disease/SubIndex/r-efSTx60KiIEf_MlwknA.html
9. 衛生福利部疾病管制署，傳染病介紹，上網日期 2020 年 6 月 15 日，檢自：<https://www.cdc.gov.tw/Disease/Index.html>
10. 衛生福利部疾病管制署，組織與職掌，上網日期 2020 年 6 月 10 日，檢自：<https://www.cdc.gov.tw/CdcOrganization/Index/cBX61rWwT5TKpS7BbMzKag.html>
11. 衛生福利部疾病管制署，嚴重急性呼吸道症候群，上網日期 2020 年 6 月 8 日，檢自：<https://www.cdc.gov.tw/Disease/SubIndex/j5QtbRPVkmFMg9BwiGezZA.html>
12. 衛生福利部疾病管制署，嚴重急性呼吸道症候群，上網日期 2020 年 6 月 8 日，檢自：https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/Kou_i6ATU8jUnmKlAO RhUA.html
13. 衛生福利部疾病管制署，嚴重特殊傳染性肺炎，上網日期 2020 年 6 月 8 日，檢自：<https://www.cdc.gov.tw/Disease/SubIndex/N6XvFa1YP9CXYdB0kNSA9A.html>

二、英文文獻

(一) 英文專書

1. BA Bannister et al(2000), Infectious disease, Oxford: Blackwell Science Ltd. P.41-47.
2. Christakos George, Olea Ricardo A., Serre Marc L, Yu Hwa-Lung, Wang Lin-Lin(2005), Interdisciplinary Public Health Reasoning and Epidemic Modelling: the Case of Black Death, Springer. Berlin, Germany. P.320.
3. Fenner F, Henderson DA, Arita I, Ježek Z, Ladnyi ID (1988), The History of Smallpox and its Spread Around the World. Geneva :World Health Organization, P.209-244.
4. Fullick Ann(1998). Human health and disease, London: Heinemann Educational Publishers. P.19-36.
5. Garrison, Fielding H(1996), History of Medicine, Philadelphia: W.B. Saunders Company, P.519-522.
6. Michael B. A., Oldstone M.D(2009), Viruses, Plagues, and History: Past, Present and Future, Oxford:Oxford University Press. P.105.
7. Rosen, William (2007), Justinian's Flea: Plague, Empire, and the Birth of Europe. New York City: Viking Adult. P.3.
8. World Health Organization (2005), Pandemic Influenza Preparedness And Response- A WHO guidance document, Geneva: World Health Organization. P.31-35.

(二) 英文期刊

1. Gilliam, J. F(1961), The Plague under Marcus Aurelius. American Journal of Philology , 82(3), P.225-251.
2. Harris JB, LaRocque RC, Qadri F, Ryan ET, Calderwood, SB(2012). Cholera, Lancet, 30 June 379 (9835), P.2466-76.
3. Morens DM, Fauci AS(2007). The 1918 influenza pandemic: insights for the 21st century. The Journal of Infectious Diseases , 195 (7), P.1018-28.
4. Robert J Littman, Mt Sinai(2009), The Plague of Athens: Epidemiology and Paleopathology, J Med 76(5), P.456-67.

(三) 網路資訊

1. Emerging Infectious Diseases, Johns Hopkins Medicine, Retrieved June 10 2020, from:

- <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/emerging-infectious-diseases.html>
2. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it, World Health Organization (WHO), Retrieved June 1 2020, from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it.html](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it.html)
 3. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020, World Health Organization (WHO), Retrieved June 1 2020, from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020.html>
 4. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, World Health Organization (WHO), Retrieved July 15 2020, from: [https://www.who.int/redirect-pages/page/novel-coronavirus-\(covid-19\)-situation-dashboard.html](https://www.who.int/redirect-pages/page/novel-coronavirus-(covid-19)-situation-dashboard.html)
 5. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, World Health Organization (WHO), Retrieved July 15 2020, from: [https://www.who.int/redirect-pages/page/novel-coronavirus-\(covid-19\)-situation-dashboard.html](https://www.who.int/redirect-pages/page/novel-coronavirus-(covid-19)-situation-dashboard.html)
 6. World Health Organization, Ebola virus disease, Retrieved June 10 2020, from: https://www.who.int/health-topics/ebola/#tab=tab_1.html
 7. World Health Organization, IHR Procedures concerning public health emergencies of international concern (PHEIC), Retrieved June 8 2020, from: <https://www.who.int/ihr/procedures/pheic/en.html> .
 8. World Health Organization, International Health Regulations(2005), Retrieved June 15 2020, from:<https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en.html>
 9. World Health Organization, Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV), Retrieved June 12 2020, from:<https://www.who.int/emergencies/mers-cov/en.html>
 10. World Health Organization, SARS, How a global epidemic was stopped, Retrieved June 10 2020, from:<https://apps.who.int/iris/handle/10665/207501.html>
 11. World Health Organization , Smallpox, Retrieved June 10 2020, from: <https://www.who.int/csr/disease/smallpox/en.html>
 12. World Health Organization, The World Health Report 2007, Retrieved June 10 2020, from:<https://www.who.int/whr/2007/en.html>

13. World Health Organization(2005). WHO global influenza preparedness plan, Geneva: World Health Organization. p10-41.
14. World Health Organization, World Malaria Report 2019,Retrieved June 12 2020
from:<https://www.who.int/publications/i/item/world-malaria-report-2019.html>
15. World Health Organization, Yellow fever, Retrieved June 10 2020, from: <https://www.who.int/csr/disease/yellowfev/en.html>

