

疫苗治理與臺灣因應 COVAX 之援外策略探討

陳宗文

國立政治大學社會學系教授

摘要

COVAX 是超越貧富國家，致力全球新冠疫苗分配正義的整合平台。臺灣也在此平台中獲配疫苗。然而 COVAX 畢竟受限於機構的制度慣性，且在資源及服務範疇等方面相當不足。有鑑於臺灣在疫苗實質生產上之缺乏，亦非世界衛生組織（World Health Organization, WHO）或 COVAX 承認的成員，要藉由 COVAX 平台提供援外事業幾無可能。唯超越 COVAX 運作邏輯，並汲取臺灣半世紀以來圍繞在疫苗運用的治理經驗，才有機會找到適切的援外策略選擇，包括在疫苗的實施、配套環境制度、監測分析、以及包括接種在內的整合防疫施為等。

關鍵詞：新冠疫苗、疫苗市場、疫苗治理、疫苗正義、COVAX

一、前言

為了有效分配疫苗，實現疫苗正義，以盡速消解全球疫情，世界衛生組織（World Health Organization, WHO）、全球疫苗免疫聯盟（Gavi, the Vaccine Alliance）和流行病預備創新聯盟（Coalition for Epidemic Preparedness Innovations, CEPI）等機構，在 2020 年 4 月 24 日共同成立「新冠疫苗全球取得」（COVID-19 Vaccines Global Access）平台，簡稱 COVAX。臺灣也透過此一平台分配到疫苗。然而臺灣畢竟不是世界衛生組織承認的會員，能夠借 COVAX 之力來實現國際公民義務的空間非常有限。

基於上述的背景，本文藉由說明疫苗的技術與產業特徵、疫苗治理的行動邏輯，繼而理解 COVAX 平台實現疫苗正義的運作邏輯與限制，並透過臺灣和韓國在疫苗事業上的差異，凸顯臺灣在疫苗防疫方面的獨特優勢，以茲後續對外援助政策之參考。

二、疫苗的世代變遷

（一）傳統疫苗的三个世代

疫苗的研發與生產在過去一個世紀有非常激烈的變遷，在技術與產業型態之間的關聯性，是造成變遷的核心因素。而新冠病毒（SARS-CoV-2）疫苗的開發，則更激進地將這關聯性打破，使許多長此以往的規則有必要重新檢視。

根據先前的研究¹，疫苗技術平台的特徵，一方面決定了生產的形貌，另一方面也因生產的規模與標準，回過頭來改變了平台特徵。這是個共同變遷或相互建構的過程。也因為這樣的變遷效果，使得疫苗生產方式同技術平台特徵，呈現出明顯的世代階段性，帶著典範移轉的意味。

疫苗的第一個世代是以小型作所為特徵的巴斯德典範。通常這類的生產基地也擁有小規模的科研能力，並且提供醫療服務，而以「研究院」、「研究中心」等為名。最早的生产型態當以巴黎的巴斯德研究院（Institut Pasteur）為代表，是做為狂犬病疫苗的生产與接種中心，並且持續發展新疫苗。

第二個世代是地方型的集中生產基地，有專門投入疫苗製造的廠房，具有產業化的基本型態。因專注於生產事業，可以將疫苗產量規模化，並且結合後端的運送分配體系。這是專業疫苗廠，一方面不再有醫療業務，另外也多由財團或官股支持，利於大規模的產業活動，像是 1970 年代，由巴斯德研究院衍生的巴斯德研究院製造公司（Institut Pasteur Production, IPP），以及後來從 IPP 引進 B 型肝炎疫苗技術的臺灣保生製藥公司等，都是這一類的在地疫苗生產基地。

¹ 陳宗文，〈後基因體時代的免疫臺灣：疫苗的迷思與反思〉，《臺灣的後基因體時代：新科技的典範轉移與挑戰》（交通大學出版社，2019），第 5 章，頁 128-150。

第三個世代則是跨國藥（疫苗）廠壟斷時期。在 1990 年代以後，隨著傳統製藥業搶進疫苗事業，許多地方型的疫苗廠紛紛被藥廠收購整併，形成全球疫苗競爭的集中市場。全球疫苗龍頭廠，像是葛蘭素史克（GlaxoSmithKline, GSK）、賽諾菲（Sanofi Pasteur）、默克（Merck）和輝瑞（Pfizer）等，瓜分了全球疫苗生產事業，迫使各國原本的小型作所和方型的疫苗廠退出疫苗市場。臺灣原本想要在 1980 年代透過設置疫苗生產基地，進軍疫苗產業，也在這一波全球規模化與集中化的浪潮下，美夢破滅。

表 1：疫苗三代技術與三階段生產組織特徵

年代	技術典範	疫苗技術平台	技術特徵	生產組織型態
1960s 以前	巴斯德	全細菌或全病毒	線性	小型作所
1970 - 2000	基因	次單元	局部	地方性大型組織
2000 以後	後基因體	免疫體	演算法	跨國企業

資料來源：陳宗文，〈後基因體時代的免疫臺灣：疫苗的迷思與反思〉，《臺灣的後基因體時代：新科技的典範轉移與挑戰》（交通大學出版社，2019），第 5 章，頁 128-150。

（二）COVID-19 疫苗的世代混合

COVID-19 疫苗因緊急需要而傾全力投入發展，而有三個世代的技術與生產事業高度重疊的特殊現象。如表 2 所列，三個世代的技術平台同時出現，其中有跨國藥廠、地方性的生產基地成功製造出疫苗產品，也有小型作所持續投入疫苗的研發。

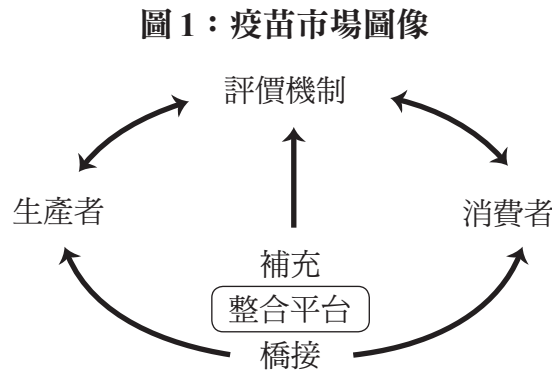
表 2：世界衛生組織列入緊急使用清單（EUL）的疫苗（截至 2021 年 6 月）

品名	技術平台	疫苗商	製造商	通過日期
BNT162b2	mRNA	輝瑞	輝瑞	2020.12.31
AZD1222	次單元	阿斯特捷利康	阿斯特捷利康	2021.4.16
AZD1222	次單元	阿斯特捷利康	SK Bioscience (韓國)	2021.2.15
Covishield (AZD 代工品)	次單元	阿斯特捷利康	Serum Institute India (印度)	2021.2.15
Ad26.COV2.5	次單元	嬌生	嬌生	2021.3.12
mRNA-1273	mRNA	莫德納	莫德納	2021.4.30
新冠疫苗	去活化	中國國藥	中國國藥	2021.5.7
新冠疫苗	去活化	北京科興	北京科興	2021.6.1

資料來源：世界衛生組織，<https://extranet.who.int/pqweb/key-resources/documents/status-covid-19-vaccines-within-who-eulpq-evaluation-process>。

三、疫苗的事業形貌

在疫苗事業版圖中，生產雖然重要，卻必須有市場的保障，否則疫苗昂貴的研發與臨床試驗之投入，將血本無歸。因此，一項疫苗事業應該在生產者之外，納入消費者和評價機制，甚至需要有整合平台，是個多方介入的互動圖像，如圖 1 所示。



資料來源：作者繪製

疫苗的消費者並非第一線的接種接受者，而是指向疫苗採購者。以臺灣為例，主要的消費者就是負責防疫的疾病管制署。疾管署在執行防疫政策時，透過各種可能的機制取得疫苗，繼而推動大規模或例行性的接種。

評價機制是為賦予疫苗合法地位，行動者包括藥證部門，以及提供專業接種建議的疫苗專業諮詢委員會或團體。由這些部門或團體，代表國家或整個社會，承認疫苗有接種在人民身上的合法性，並提供接種的合理方式。

當然，疫苗生產者、消費者和評價機制這三造必須緊密地互動，否則就難以讓疫苗普遍施用。²表 3 是各類行動者的描述說明。

表 3：疫苗事業參與者群像

行動類別	功能	代表性機構	可能的問題
生產者	提供疫苗	疫苗廠	考量獲利，選擇性地生產疫苗
消費者	採購疫苗	中央衛政、疾病管制部門或地方衛政部門	受限於資源，無法採購迫切需要或足量的疫苗
評價機制	建立疫苗使用的合法與正當性	藥證管制部門、疫苗專家諮詢會議	受限於資訊或專業能力，無法準確評價疫苗效用

資料來源：作者自行整理

² 應該有更多元的行動者參與，可參考陳宗文 (2014)，〈展演健康、建構市場：法國肺炎鏈球菌疫苗市場的展演性分析〉，《臺灣社會研究季刊》95：1-55。

在一些情況下，生產者、消費者和評價機制難以發生功能，例如生產者基於利潤考量，並不提供消費者需要的疫苗；或評價機制失能，無法為生產者提供有力的支持，就使得疫苗供給與需求無法相互滿足。這時候就需要有整合平台。整合平台有許多種類型。有些在於扮演評價者的角色，使失能的藥證部門問題得以解決；有些則以提供資源協助，解決消費者和生產者之間的財務落差問題。世界衛生組織通常扮演前一種角色，民間捐助的基金會則常發揮後一種功能。即如圖 1 所示，為使疫苗發揮全面防疫的效果，各類整合平台有著不可忽視的關鍵地位。

因為疫苗研發與推廣是相當漫長的持續工作，前揭機制與參與者都有相對長期穩定的關係存在。若有新的關係要建立，多半也要花時間在既有基礎上逐漸生成。

四、COVAX 關聯的疫苗事業

（一）COVAX 的組成與運作

在新冠肺炎爆發之後，全球性的危機下，既有的疫苗事業部門都即刻轉向新疫苗的研發。然而從表 2 和表 3 的現象看來，傳統疫苗大廠的應變能力明顯不足，反而是新興的藥廠，結合跨國團隊，快速地將原本實驗中的疫苗付諸實現。

另一方面，各國評價機制多迅速回應。但對於全球各地發展不均的情況，仍有待超越國家層級的統合。因此在世界衛生組織的主導下，針對全球疫情提出了「新冠病毒工具取得加速器」（Access to COVID-19 Tools Accelerator），簡稱 ACT-Accelerator，涵蓋 4 大支柱：疫苗、診斷、治療和衛生系統。而 COVAX 就是當中的第一根支柱，目的在推動疫苗分配正義。

COVAX 的運作，除了仰賴有經驗的平台管理人，更需要疫苗和資金。資金的主要來源是捐贈。截至 2021 年 4 月，前 7 大資金贊助體依序為美國、德國、英國、歐盟、日本、加拿大和 Gavi。除了政治實體和基金會，另有企業體與個人參與捐助 COVAX，例如網飛（Netflix）的創辦人 Reed Hastings 和殼牌（Shell）公司等。

COVAX 的主要任務，一開始是在規劃一旦疫苗出現後，該有的分配方式，並將既有的整合平台重組為全球性的分配平台。但如前所述，COVAX 的運作仍有過往整合平台的慣性，並非全新的機制。反而在這全球平台之外，有著更複雜的疫苗交易市場，是透過資金、臨床試驗保證、製造能力和外交利益等，其操作並非基於社會正義。例如韓國以其強大的代工能力，可以確保疫苗的供應無虞。相對於此，以色列並沒有疫苗產業，卻能跳過 COVAX 機制，甚早就取得大量疫苗，這些無非也反映了國際政治的現實面。

（二）韓國的疫苗代工

韓國的疫苗廠 SK Bioscience 在 2020 年 7 月就與阿斯特捷利康簽約，為其尚未獲證的疫苗代工生產。這一方面是阿斯特捷利康為了擴展其世界市場版圖的策略；另一方面也是韓國廠商在疫苗生產技術與能量上的優勢所致。事實上，韓國在疫苗產業的發展，較臺灣發達許多。而

其背後有著重要的因素，有賴從歷史和社會政治面來理解。

生產 COVAX 疫苗的 SK Bioscience，是在 2018 年從 SK Chemicals 獨立出來的公司。而 SK Chemicals 甚早就投入生醫領域產品，除了 SK Chemicals 之外，韓國尚有多家具有高階疫苗生產能力的廠商。

（三）以色列的疫苗外交

以色列跳過 COVAX 機制，在 2020 年 12 月中就取得足量的新冠疫苗，並開始對民眾施打。直到 2021 年 3 月底，已經有超過半數的人口接種完 2 劑疫苗。這種高效率的接種模式，或有稱之為軍事化的模式，是總理納坦雅胡（Benjamin Netanyahu）自認的重大政績，是他尋求國會大選勝利的法寶，並用以洗刷貪污醜聞。

然而以色列的做法有許多可議之處。首先，以色列採購疫苗的成本非常高，是以超過一般行情數倍的單價搶得首批疫苗。這種不計代價搶奪疫苗的策略不值得仿效。

其次，以色列的疫苗治理原則有悖於個人意志。因推動疫苗接種、提高接種率遭逢瓶頸，以色列通過授權衛生部把疫苗接種資料移轉到教育部，要尋求更強制的方式增高接種率。此舉引發人權團體抗議，因有悖於個人的身體權。

再者，以色列意欲以其高接種率來推動疫苗外交，尋求以接種的效果做為移動和交易的籌碼，但這又將造成國際社會的區隔和排除效應。故以色列的模式並不能稱為典範。

五、臺灣與韓國的疫苗

（一）臺灣的疫苗使用

臺灣的疫苗生產事業曾在 1980 年代中後期曇花一現。為了複製半導體產業的成功經驗，政府投入資源建立疫苗生產的「示範工廠」，即後來的保生製藥公司。但疫苗產品畢竟不同於半導體元件，前者仰賴大規模接種以維持工廠生存，而大規模接種又涉及對疫苗的認同與接受度，是複雜的社會機制。半導體元件則純粹是規格與價格的因素來決定。因此，倘無適度的政策支持，亦缺乏足夠有力的發言或安全證據保障，疫苗甚難成功被接受。³

在失去保生製藥之後，臺灣只有在 H1N1 新型流感發生的 2009 年附近，亦即差不多有 20 年的時間差，才因國光疫苗的投入，似有重啟現代疫苗事業的影子。但國光疫苗打從開始投入流感疫苗生產，就在社會中多有異音，並未被完全認同。加以臺灣當局亦以市場機制公開採購疫苗，並未特別厚愛國產疫苗，諸多因素使得本地疫苗仍主要仰賴進口。

然而臺灣雖然沒有疫苗自產的能力，卻在過去半個世紀累積起接種疫苗的穩定制度，1990 年代以後的 B 型肝炎疫苗接種經驗，也成為世界級的公衛與醫療成果。包括 SARS 經驗和持續

³ 相關歷程可參考陳宗文（2013），〈權力的技術與技術的權力：臺灣疫苗採用的歷程分析〉，《臺灣社會學》25：45-87。

的疫苗接種事務，都為臺灣的防疫施為建立起一套與時俱進，得以符合實際需求的治理實踐技術與知識體系。

（二）韓國的疫苗生產

韓國的疫苗產業奠基於 B 型肝炎疫苗的生產。在 1980 年代，同臺灣發展疫苗產業相近的時期，有從海外歸國的專家，也有本地藥廠轉型投入，在有效的技術引進及世界衛生組織的協助下，順利推出 B 型肝炎血清疫苗，後來亦成功升級為基因工程疫苗。⁴

韓國的疫苗廠型態不同於西方大型疫苗廠，這也反映出疫苗市場的區隔現象。世界衛生組織協助韓國疫苗廠的主要原因，在於第三世界國家無法付出昂貴代價取得先進技術製造的疫苗，而這些利用先進技術生產的疫苗也多半針對社會生活品質較佳的社會。在經濟與社會發展較不足的國家，其所需用的疫苗亦不被技術領先的疫苗廠看重，為補上這個供需失靈的缺口，韓國疫苗廠取得了生存與發展的機會。

在保障 B 型肝炎疫苗的世界市場之後，韓國疫苗廠持續發展新的疫苗生產技術，並在與國際大廠有清楚的市場區隔後，亦成為後者的代工廠。在這種條件下，SK Bioscience 因而有機會代工生產新冠疫苗。

六、COVAX 的不足與限制

COVAX 做為整合平台，只管疫苗事務，甚至只處理疫苗的分配；其餘事務皆由專責機構處理。就因為 COVAX 只處理疫苗，使得疫苗的治理更加顯著，掩去其他治理方式的重要性。而此同時，COVAX 也沒有能力主張其他治理方式的重要性，畢竟 COVAX 無涉於疫苗之外的治理方式。即便是以疫苗防疫，疫苗治理的其他配套技術與設備，亦非 COVAX 能夠介入，也不可能隨時瞬間設立。即如臺灣和韓國不同的治理經驗所見。

COVAX 的核心機制在推動整合疫苗的研發、採購和接種事務，使預設的強弱或富貧二極的不正義分配可以得到緩解。為達此目的，COVAX 必須優先配給低收入國家 20% 人口的疫苗總數，但這目標的設定是基於數量正義的分配原則，實則每一個社會對疫苗的承受度與需求程度並非僅賴數量決定，甚至數量只是假象。雖說病毒面前人人平等，但並非人人都有平等的機會面對病毒，如果把疫苗的取得視為最重要的防疫手段，並因此界定出強富和弱貧兩極的國際社會集團，這也就落入了過度簡化的邏輯，並不利於全球防疫行動之推行。換言之，去脈絡化、欠缺配套的數量分配恐怕使疫苗治理效果大打折扣。

再者，COVAX 本身沒有資源，完全仰賴捐助，也因此恐受捐助方的作用。而且在疫苗分配上，難免會有機構慣性和整合效率的問題。例如要送到臺灣的疫苗，必須從韓國先送到荷蘭，再運抵臺灣，而致疫苗效期短縮，這些都有損 COVAX 的運作績效。

⁴ 這段歷程可參考 Chen, T. W. (2013). "Paths toward hepatitis B immunization in South Korea and Taiwan." *Clinical and Experimental Vaccine Research*, Vol. 2, No. 2, pp.76-82.

最終，疫苗是多重利益複合的科技物。⁵ 疫苗除了是門生意，更重要的是用來保護個人和群體免於感染性疾病威脅的工具。疫苗治理之有效，不在於有無疫苗，而在於疫苗是否被適當使用。但 COVAX 畢竟只是個平台，仍扮演市場整合者的角色，是以消費者思考，而未必以使用者思考。這是疫苗治理根本上的盲點。

七、政策建議

把上述所有討論放在一起，可看到在各方面，臺灣在取得疫苗上是處於相對劣勢。而臺灣自產自製的疫苗要能使用，也有評價機制和整合平台缺乏之虞。亦即在疫苗實體的供應與使用上，都相當不利。

莫忘 COVAX 只是 ACT-Accelerator 的一支柱而已。防疫不能只靠疫苗；疫苗接種也不能是獨自運作的工具，必須有其他三支柱的共同協力。更具體而言，預防、診斷、治療和使這些作為得在人權受保障的前提下，穩定維持的制度，才是治理疫病的王道。

若依此原則來看治理策略，如表 4 所列，可以區分出疫苗 / 非疫苗兩種治理類別，以及其各自對應的物質性 / 非物質性治理工具，總共 4 種策略範疇。其中，對臺灣而言，除了左上格裡面的疫苗生產之外，其他三格都有許多值得推展的經驗。

表 4：防疫治理類別與工具

		治理類別	
		疫苗	非疫苗
治理工具	物質性	疫苗生產（採購）、運送、保存、接種等相關工具、設施與場所	病毒篩檢、人員隔離、照護、治療等相關工具、設施與場所
	非物質性	接種制度、接種人力配置、疫苗傷害救濟、接種效果追蹤等實施方法	醫療、照護、衛教、社會支持與安全維護之相關人員、措施與制度

資料來源：作者自行整理

臺灣必須在超越 COVAX 運作邏輯，也就是完整考量表 4 的所有治理範疇，以更高層次的視野來看疫苗的治理，才得擺脫 COVAX 給予的限制。以下即以三方面討論臺灣可能的援外策略方向。

⁵ 陳宗文 (2018)。〈疫苗的三種隱喻〉，收於林文源、林宗德、楊谷洋主編，《科技 / 社會 / 人 3：跨領域新驛路》，頁 226-235。新竹：國立陽明交通大學出版社。

（一）疫苗實施的專業知識、設備與監測系統

韓國的疫苗代工有其歷史制度條件，非臺灣可以仿效。既然無法在實質的供應面上提供對外援助，臺灣仍有具重大價值的治理經驗。實則疫苗從生產到接種完成，涉及相當複雜的社會過程。無論在運送、保存、分裝、或甚至在最終的注射，都仰賴合宜的設施、人員和制度相互配合運作。光是取得疫苗，並不保證可以用在需要的人身上。疫苗的消費者和使用者之間仍有一道社會機制在運作。

首先，在非物質性的工具方面，臺灣已有從 1970 年代以來長期累積下來的疫苗防疫經驗，配合其他體制性的優勢，過往疫苗的運用非常有效率。然而這方面的經驗甚少被整理、萃取成為有架構、可操作的知識資產或專業，有待進一步結合相關領域專業，發展成一套實作的知識。

其次，臺灣在過往跌跌撞撞的過程中，也已經建立起疫苗接種效果與反應的監測系統，以及相應的傷害救濟制度，可以即時掌握疫苗在人群中的正面與負面效應。如何將這套系統的理念與實務轉化成可操作的原則，亦有助於經驗共享。

再者，當人們將焦點集中在疫苗本身時，往往也忽略了前述疫苗接種施行所需之相關器材設備。這些雖非疫苗本身，卻仍是疫苗接種所賴之物質性工具，是臺灣可以支援的技術。像是口罩國家隊這種製造領域的快速應變能力，亦應可運用在發展疫苗運送、保存或實施等方面所需的設備環境上，並將技術與產品分享予國際社會。

（二）非疫苗手段之治理實踐

2021 年 5 月是臺灣在非疫苗手段治理方面的一個分水嶺：在此之前是以阻絕病毒於境外，保持境內整體陰性反應為目標。此後則轉向在疫苗普遍接種之前，維持群體與病毒安全共存，以建立社會免疫力為目標。至此，臺灣至少有三個階段的治理模式：前感染階段（2021 年 5 月以前）、感染階段（2021 年 5 月以後）以及免疫階段（疫苗全面接種，達到群體免疫以後）。⁶

相較於大規模的疫苗接種，非疫苗治理階段需要更多細緻的操作，更能反映出社會治理的效能。在前感染階段，相較於疫情非常嚴重，死亡人數顯著的國家，臺灣有非常漂亮的安全數據。或有說是運氣所致，但仍少不了治理的工夫。其中如口罩生產分配與使用、場所體溫監控、社會距離維持等實踐原則，在疫苗欠缺的情境下仍能保有「陰性社會模式」，畢竟還是有啟發性。

只是特屬於前感染階段的治理操作確實緩不濟急。在新冠疫情下，全球幾已無可維持「陰性社會」的地區。這也凸顯非疫苗治理模式的高度情境依賴性。在國際與政治現實下，各國政府需要的是立即有效的解決方案，而不是有遠見的、從根本解決問題的做法。

⁶ 這篇文章寫成於 2021 年 5 月，正處於感染階段的高峰期，三階段的劃分以及感染期的相關施為，只能有限度地討論與預期，確切的操作與後續走向仍有待時間驗證。

臺灣在2021年5月以後的感染階段裡，必須在有限的時間內，解決病毒快速擴散造成的傷害。雖中央與地方基於不同的政治立場，在治理操作上有高度的競合關係，且多有衝突，但各自努力多是為了拼出治理績效，以取得民心，維持治理正當性，並非壞事。實則在這階段裡，許多做法是融合了過去一年多在地與外國經驗，加以饒富創意的應變施為，相當值得持續追蹤與檢討。待臺灣順利進入免疫階段，當可從感染階段的治理經驗，發展出有效的非疫苗治理策略與操作方法，俾利分享予國際。畢竟新興感染疾病不僅限於新冠病毒，未來仍有許多需要借助非疫苗手段來治理社會的機會。

（三）從疫苗消費者轉為疫苗使用者

臺灣長期以來的疫苗接種制度，已經逐漸受疫苗的消費邏輯支配，愈深落到對外疫苗依賴的弱勢地位。而在此番疫情中，全球各地因疫情嚴峻，莫不急於取得疫苗接種，使臺灣相對更加弱勢。

然其實為一良機，畢竟新冠疫苗倉促推出，長期效應尚不得而知。臺灣雖然較晚進入免疫期，但從對疫苗抱持懷疑態度，到緊急爭取疫苗進口，其中社會輿論聲量的轉變，從懷疑到接受疫苗的社會心理過程，仍是值得做為往後防疫策略之借鏡。同時，這過程亦有利於臺灣重建疫苗使用意識，而重回疫苗第一個世代的社會價值本位，是基於使用而非消費的疫苗觀。未來新冠疫苗或有可能成為如同流感疫苗一般，是否必須週期性地接種，若是必須，該如何有效治理，都有待有共識社會價值觀來判斷。

最後，就疫苗政策的永續性來看，臺灣維持一定程度的自產疫苗能力仍是必要的。但觀諸現實條件，要發展出如半導體等級的世界級疫苗產業，幾乎不可能。主要原因仍在於需要長期經營累積的生產基礎尚未建立，加以欠缺被承認的評價機制和整合平台：臺灣畢竟非聯合國或世界衛生組織承認的政治實體，無法在由這些國際機構主導的各級藥證和中介平台上，獲得平等的對待，進而取得進入世界疫苗市場的正當性。

故而在有限度的政策保護下，維持一定程度的疫苗自製力，且同時積極擴展純就疫苗使用上的經驗知識，透過疫苗治理制度的優勢條件，來實現對外的聯盟關係（畢竟世界上有能力產銷疫苗的國家也不多），方為爭取疫苗市場上更大自主性的可行之道。此亦為使用者邏輯下務實的永續疫苗政策。