

# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機與目的

### 壹、研究動機

自歷史發軔以來，全球化(Globalization)就一直在進行當中，並逐漸增強其影響力，且最近一直加速進行。從一九九〇年代開始成為主流概念，也將人類社會帶往第三個千禧年。同時，地域性—社會與文化生活的組織原則—將會消失，未來會是個沒有國界和空間分界的社會。在全球化世界中，我們無法依據地理位置來預測社會慣例與偏好，相同的，能預期身處兩地的人際關係形成將和身處同地的人際關係形成一樣容易。

全球化概念似乎和現代化概念一樣，成為意識型態質疑的對象，因為它似乎正當化了西方文化和資本主義社會的擴散，其隱藏著一股遠非人類所能控制的力量正在改變世界。羅伯森指出：「全球化是歐洲文化經由移民、殖民與文化模仿而擴張到世界各地的直接結果。」<sup>1</sup>是故，全球化也是高度歐化的結果、現象，社會甚或政治安排的去領土化，在西歐進行得相當快速—人們不再強調國界，而各種超國家主義和次國家主義也在激增中。這意謂正在經歷全球化的全球化模式本身是一種歐洲模式。

二十一世紀初新興傳染病—嚴重性呼吸道症候群(SARS)以迅

---

<sup>1</sup> 徐偉傑譯，Malcolm Waters 著，《全球化》。台北：弘智文化出版社，民 89，頁 5。

雷不及掩耳之勢席捲全球，台灣亦無法倖免於難，對醫療、社會、經濟等方面都造成莫大的衝擊。面對此一未知的敵人，各國防疫體系都面臨了前所未有的考驗。而這一場防疫的攻防戰，提醒我們正視微生物的威力不容忽視，新興傳染病已虎視眈眈的準備向我們進軍。今（二〇〇三）年的四、五月間我們面對 SARS 冠狀病毒、披衣菌、黴漿菌的混合感染，造成個案鑑別診斷的挑戰，也面臨負壓隔離病房被非 SARS 個案佔滿的情形。<sup>2</sup>

另外，糖尿病、癌症病患、免疫抑制病患等發燒不顯著的病患，讓安養機構、榮民之家隨時有成為擴散源的隱憂。歷經 SARS 風暴，門戶再度開放，兩岸往來頻繁，再加上入冬之後流行性感  
冒流行期與 SARS 流行期接近，大量的流感病患會不會成為 SARS 防治的絆腳石。如何在不影響經濟發展的前提下，做到有效的邊境管制；如何在最短的時間內啟動跨部會的防疫工作，都將是我們再度面臨的課題。

## 貳、研究目的

在抗 SARS 的最前線，有不幸被感染的病患及家屬，承受著身體與心靈上的煎熬；有徹夜不眠悉心照顧病患的醫療人員；有在實驗室中與病原或檢體常相左右的醫事檢驗人員或研究人員；有廿四小時輪值在機場、港口堅守崗位的檢疫人員；以及為了做好居家隔離、境外管制措施、專責醫院規劃、感染控制措施、衛材補給等等工作人員；還有來自美國 CDC、世界衛生組織的感染症、流行病學專家，甚至有第一線工作的醫師、護理人員、其他工作人員因而捐軀，這許許多多戮力奉獻的人，皆為抗疫防 SARS

---

<sup>2</sup> 行政院衛生署疾病管制局編，《台灣嚴重性呼吸道症候群 SARS 防疫專刊》。台北：衛生署疾病管制局，民 92。

的英雄。<sup>3</sup>

SARS 突然來襲，擾亂了國人的生活，更考驗了國內衛生醫療體系的應變及動員能力。同時，隨著 SARS 疫情蔓延，亦考驗全球人類抵抗病毒的能力。我國近年來對於防疫有著豐富的經驗，如：天花、霍亂、瘧疾、登革熱、腸病毒等實施各項政策，方案或措施，但今（二〇〇三）年在面對 SARS 的突如其來就顯得經驗欠缺和手忙腳亂。

是以，本文擬由以下問題進行研究：第一，全球化下防疫的新觀念應為何？結構層面如何改變？認知層面如何澄清？執行層面如何調整？心理層面如何突破？第二，後 SARS 防疫政策執行之策略為何？我國對 SARS 防治各項政策，方案或措施的重新調整、加強與因應檢討？第三，如何面對未來突如其來的新興疫病？期盼根據上述研究動機及問題，達成下列之目的：

- 一、透過相關文獻理論探討及相關研究結果，針對全球 SARS 疫情的衝擊，重新建立防疫的新觀念與政策；由消極治療轉為積極預防、由被動配合轉為主動參與及擬定方案，以作為政府在制定防治策略之參考。
- 二、透過理論與實務的整合研究，讓吾人瞭解；提倡全球性的防疫措施：從局部防疫到整體防疫、從單打獨鬥到團隊合作的重要性。
- 三、比較我國與世界各國在防疫上所採行之策略，採擷他國在制度與作法上之優點，作為我國未來面對突如其來的新興疫病抗治之參考與借鏡。

---

<sup>3</sup> 行政院衛生署編，〈別再因政治考量而犧牲全世界人民的健康〉，《衛生報導》，第 114 期，民 92.6，頁 2-3。

## 第二節 研究方法與架構

### 壹、研究方法

「健康人人愛，疫病無國界，醫療無國界」是此時此刻我國民眾體認最深刻的話題，<sup>4</sup>全體同胞經過這次 SARS 突然來襲，帶給國人的生活、心理及經濟極大的擾亂和損傷，為使本研究論述週延避免偏頗，採取「文獻分析法」、「個案分析研究法」與「比較研究法」作較細密周詳研究比較，冀望獲得臻於事實之判斷，以利政策真確之制定與執行之順遂。

#### 一、文獻分析法

文獻分析是將前人的研究，分析其研究之結果與精華，指出需要驗證的假設，然後對照現今事實，是否具有應用之價值，它可作為研究者立論基礎，亦能彌補研究者主觀論斷上的不足。<sup>5</sup>文獻分析法是屬靜態的研究方法，即蒐集與研究問題有關之文獻，作有系統的分析、鑑定，再予以探討和評析。本研究亦採取文獻整理與分析方法，蒐集國內外相關書籍、學位論文、定期學術刊物、研究報告、期刊、政府出版品、報刊雜誌及相關科學之學說與理論等，作為建構本研究之理論基礎，凡與全球化問題、SARS 防治各項政策，方案或措施、防疫新觀念的釐清與建立以及各國防疫作法、制度、法律及政治、經濟、社會、文化之影響因素等有關文獻尤為重視，期能從中發掘問題，裨益更客觀、更有效益的探討本文。

---

<sup>4</sup> 涂醒哲，〈來自台灣衛生署長的沉痛呼籲〉，《衛生報導》。第 113 期，民 92，頁 2。

<sup>5</sup> 楊國樞，《社會及行為科學研究法》。台北：東華書局，民 82，頁 51。

## 二、個案分析研究法

個案分析研究法是探討現實環境中當代現象之實證性研究方法。其寶貴在於運用個案的詳細描述與分析中，發見問題癥結及其作用，並找出群集或類型的詳細資料，其優點是對個案的社會脈絡作全面、深入的探究。<sup>6</sup>疫病問題是一個複雜且涉及多項相互關聯因素與多重面向（如政治、社會、經濟、文化、行政等）的問題，每項因素、面向間均有連帶關係，且錯綜複雜、互為因果，故而，本文預欲藉由此次我國及各國 SARS 疫病案例，加以分析，並從案例中，分析出疫病的成因、共同性、抗制的最佳時效。同時，以彰化縣在此次 SARS 衝擊的防疫工作為例，探求缺失，提供未來類似新興傳染病發生，地方政府因應之道與執行方針。

## 三、比較研究法

制度與政策、方案與措施等的優劣利弊，需經由比較分析才能知道它的良窳。<sup>7</sup>由制度沿革的比較可知制定的背景及當時問題之所在，將國與國間的制度拿來作比較，透過相互學習的過程，可呈現出每個政策、制度或解決問題方案的利弊得失，從而探尋出適合該事件的最佳解決問題的方案。「疫病既是無國界，醫療既是無國界」，那麼，防疫工作當然更是全球性的任務與課題，世界先進國家具有前瞻性的防疫作為，藉由比較分析辨明異同，摘取他國成功的經驗，記取自己慘痛的失敗教訓，避免重蹈覆轍，確實防制新興或老舊疫病之再度發生及擴大。

---

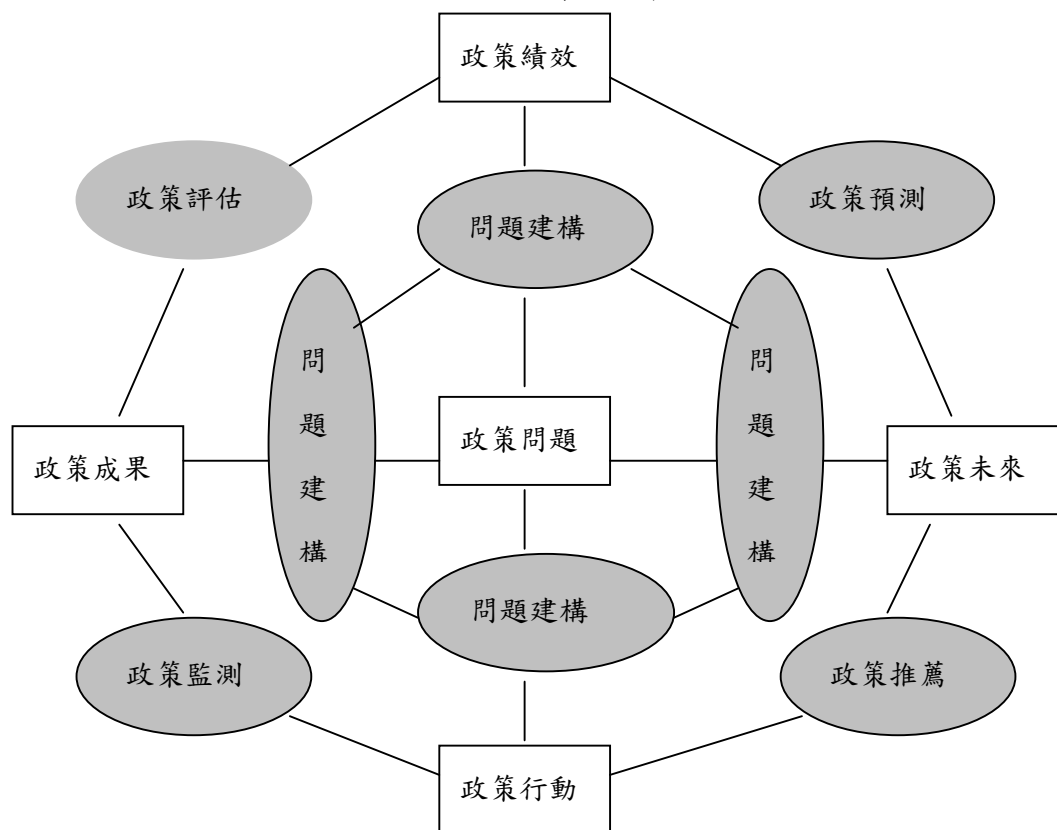
<sup>6</sup> 王雲五編，《雲五社會科學大辭典》。台北：台灣商務印書館，民 85，頁 142。

<sup>7</sup> 易君博，《政治理論研究方法》。台北：三民書局，民 80，頁 98。

## 貳、研究架構

公共政策係指政府機關為解決公共問題或滿足公眾需求，決定作為或不作為，以及如何作為的相關活動，藉以達到科學專業或政治行政等目的。<sup>8</sup>而政策相關資訊的產出與轉換，有其一定的分析程序。舉如唐恩(W. N. Dunn)所建構的「以問題為中心的政策分析模式」。從政策的問題建構，經由政策未來的預測、政策方案的推薦、政策行動的監測，到政策的成效評估，涵蓋了公共政策的多數內容(如圖 1-1)。經由上述的分析過程後，各項政策問題、政策備選方案、政策執行、政策績效等資訊相繼呈現，再經由評估、論證，以總結產生可以解決問題的答案。

圖 1-1：唐恩五種政策分析方法

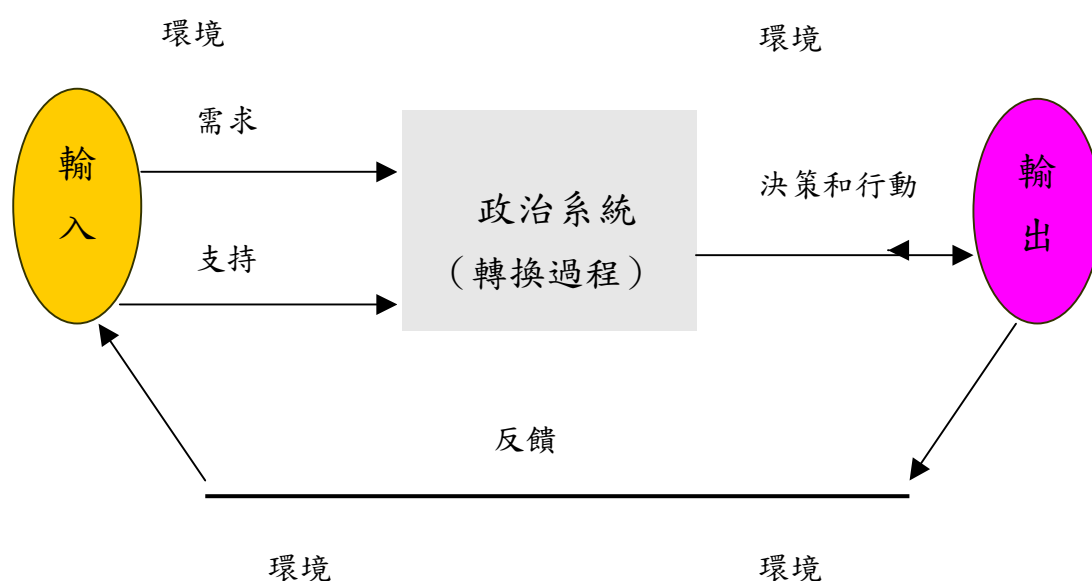


資料來源：W. N. Dunn, *Public Policy Analysis: An Introduction*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1994, p. 72.

<sup>8</sup> 翁興利等編著，《公共政策》。台北：國立空中大學印行，民 87，頁 12。

本文研究「從全球 SARS 疫情的衝擊論我國防疫觀念與政策的改變」係以政治學者伊士頓(David Easton)所提出的政治系統模式(如圖 1-2)為藍本,其所強調的觀點,即系統無法獨立於環境而生存,必須依靠環境產生的各種「輸入」(Inputs)(包括需求與支持),經由系統內部的轉換過程,從而成為公共政策,亦即是「輸出」(Outputs),此對系統本身和環境均會產生影響,進而透過「反饋」(Feedback)的機制,形成修正或新的輸入,再次進入政治系統,如此循環回饋不已,形成輸入、轉換、輸出的互動關係。<sup>9</sup>

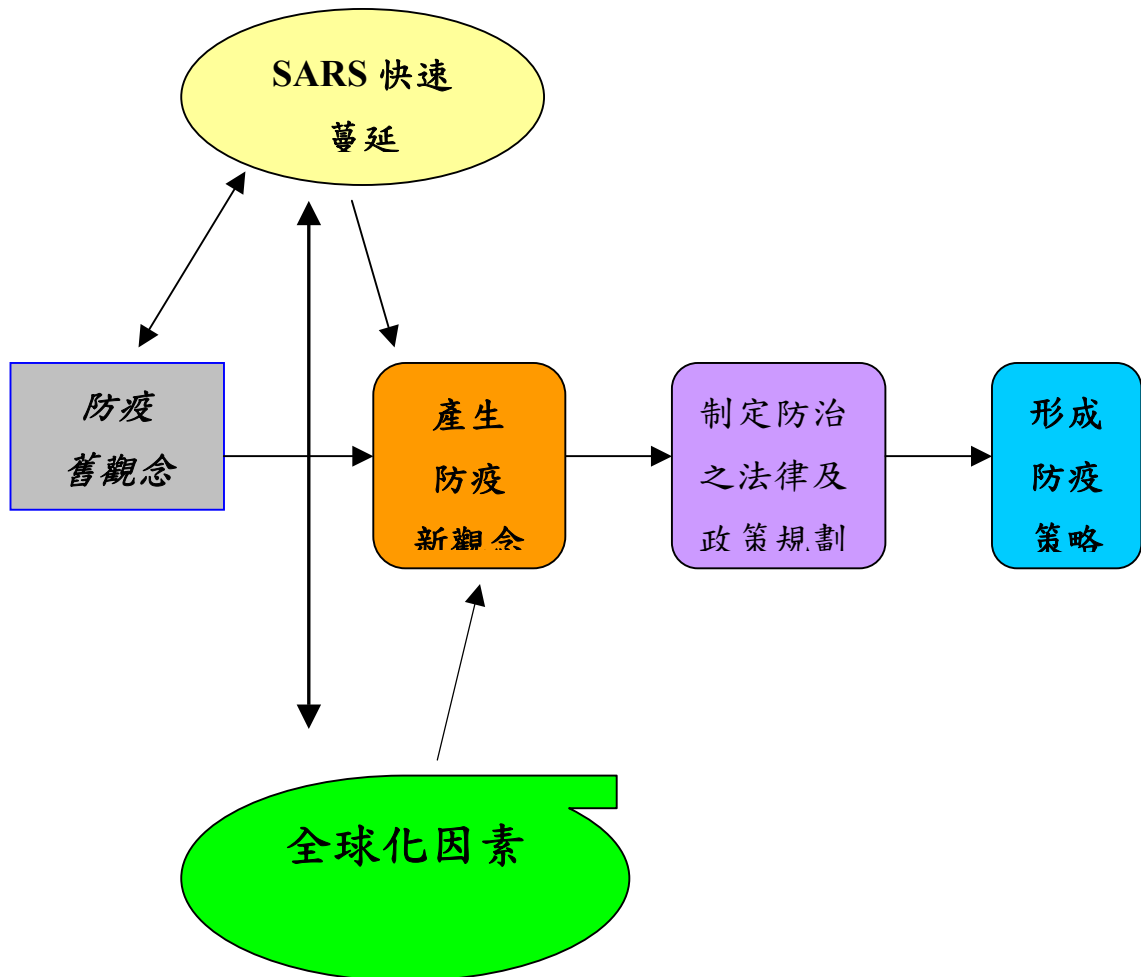
圖 1-2：伊士頓系統模式圖



資料來源：David Easton, *A Systems Analysis of Political Life*. New York:Wiley, 1965, p. 32.

<sup>9</sup> 同上註，頁 14-15。

圖 1-3：研究架構圖



綜合政策分析架構，以「系統理論」(Systems Theory)觀點推演出本研究的架構（如圖 1-3），在此系統中防疫可視為環境之依變項，但疫病卻是影響環境之自變項。美國社會學家帕深思(T. Parsons)強調「系統乃是一種概念，它是指涉部分與部分之間以及規律化過程之間的相互依賴性所形成的一種集合體，同時也指涉此一集合體與外在環境的相互依存性。」<sup>10</sup>由上述定義可看出系

<sup>10</sup> 張潤書，《行政學》。台北：三民書局，民 79，頁 103。



統是由固定之行為關係所構成，其成員在系統內的行為常重覆，且有一定的規律或模式，稱之為角色(Role)。因此，系統是以角色為基本分析單位，防疫工作需要各種角色、各個機關部門通力合作，深受政治、行政系統所左右，影響的層面跨越上述及社會經濟文化等，具有緊密互聯之變項，故而由系統概念研究全球 SARS 疫情的衝擊論我國防疫觀念與政策的改變，可以包括所有與防疫工作有關的活動。

### 第三節 名詞界定

為了使本研究相關的問題及主要概念更清楚的呈現，必須將主要概念加以界定，本研究相關名詞之概念界定如下：

#### 壹、全球化與地球村

所謂全球化(Globalization)，係指在科技不斷進步發展之下，由於傳播、通訊、運輸、交通技術之媒介，人類之需求與品味趨於同質化，世界各國之經濟愈來愈緊密，透過多邊談判及國際潮流的壓力，各國紛紛降低或解除貿易、投資、企業股權移動之障礙，創造出更開放、夠自由的國際經濟環境，逐漸形成關係緊密似地球村之過往頻繁的現象與狀態。<sup>11</sup>

全球化是不爭的事實、不可逆轉的趨勢，同時亦是一個不斷變化、深化的過程。<sup>12</sup>全球化的後果而形成的許多面向的世界社

---

<sup>11</sup> 夏鑄九、王志弘等校譯，Manuel Castells 原著，《資訊時代：經濟，社會與文化，第一卷》。台北：唐山出版社，2000，頁 85-86。

<sup>12</sup> 王柏鴻譯，杭廷頓、柏格主編，《杭廷頓&柏格看全球化大趨勢》。台北：時報文化出版社，2003，

會，攻擊、限制民族國家。因為一個多元的，不受地方限制的多樣性穿透了民族國家的邊界，國家邊界與過去相比，正在不斷的變得模糊。<sup>13</sup> 涉及全球性之疫病議題及防疫工程，已非單一民族國家所能解決。況且，如果受到國家主權框架之限制，無法擺脫以政府為主體的思維，將無法有效對抗跨國之疫病發生。

全球化也使傳統以政府為主體的統治思維轉變成為治理的概念。是以，提出超國家防護衛生、醫療網絡之合作模式，來共同對抗疫情發生，戮力研發疫苗，提昇防禦能力，此超國家防護合作模式絕不是「非此即彼」的否定其他模式之作用，而是「亦此亦彼」的提出另一種的策略。防疫體系必須以更多形式的國際合作彌補現今各種作法的局限與不足。<sup>14</sup>

「地球村」(Global Village)一詞麥克魯漢(M. McLuhan)的定義係指：「電子媒體會把世界縮小成一個村莊或部落，在這個村莊或部落中，事情會同時發生在每個人身上，而每一個人都知道並參與當下發生的所有事項。電視將這種同時性賦予地球村當中的各個事件」。<sup>15</sup> 該詞後來廣為流傳，它在牛津英文大辭典第二版當中占據的篇幅比「全球化」還要多。

它源自於麥克魯漢的時空觀點，他指出空間經過時間的推移出現的重整伴隨其他兩項重要的普遍化發明而來，第一項是機械鐘，瓦解了時間的規律和季節的概念，取而代之的是一個恆久的

---

頁 59-60。

<sup>13</sup> 夏鑄九、黃麗玲等校譯，Manuel Castells 原著，《資訊時代：經濟，社會與文化，第二卷》。台北：唐山出版社，2002，頁 294-295。

<sup>14</sup> 行政院衛生署疾病管制局編，《新世紀防疫；挑戰極限，衝破現實》。台北：衛生署疾病管制局，民 91，頁 16-18。

<sup>15</sup> E. Carpenter and M. McLuhan, eds., *Explorations in Communication*. London: Cape, 1970.

概念；第二項是貨幣（亦即紀登斯所稱的「象徵標誌」），增加了關係產生的速度與數量。與聯合國所提倡的「世界鄰居」，都是在形容一個發展中的全球政治脈絡。

由於網路推翻了「時間」和「空間」的觀念，也讓我們得以立即且持續地知悉公共的事務。<sup>16</sup>而電子傳播和快捷的運輸是這些跨國實踐發現的主要技術，它們的「立即」特性已提高普遍文化在全球化當中進行轉變的可能性。<sup>17</sup>全球化時代，地球村形成的影響，使 SARS 衝擊與往常傳染性疾病有截然不同的形貌。

## 貳、傳染病的概念

「傳染」此當今我們習以為常的概念，在十六世紀前並非一個清楚或被普遍接受的概念。拉丁文 *contagio*，梵文 *upasarga*，古希臘文 *epaphe*, *synanachronsis*，阿拉伯文 *adwa* 或漢文的傳染，相染、漸染等名詞與之有語源關係。<sup>18</sup>

凡因病原體侵入人體所引起的疾病，由一人以直接或間接的方式傳染給別人，或由動物傳染至人體的疾病，即稱為傳染病。亦即是：一、經飲食傳染的疾病；二、經昆蟲或動物傳染的疾病；三、經呼吸道傳染的疾病；四、經接觸傳染的疾病；五、經皮膚傷口傳染的疾病；六、經體液傳染的疾病。<sup>19</sup>

我國為杜絕傳染病之發生、傳染及蔓延，特別制定了「傳染

---

<sup>16</sup> M. McLuhan and Q. Fiore, *The Medium is the Massage*. London: Allen Lane, 1976, p. 16.

<sup>17</sup> 徐偉傑譯，Malcolm Waters 原著，《全球化》。台北：弘智文化出版社，民 89，頁 58。

<sup>18</sup> 梁其姿，〈中西傳統公衛與疫疾的防預〉，《春之煞》。台北：聯經出版公司，民 92，頁 67。

<sup>19</sup> 行政院衛生署編，《國民健康手冊》。台北：華視文化公司，民 84，頁 118-129。

病防治法。」<sup>20</sup>來定義及規範各類傳染病的處置與違失罰則，以為所有公私立醫療院所、衛生機關和公司行號、全體人民遵循之準則，裨益作好疫病防治之工作，增進國民健康和保障其生命財產。

目前行政院衛生署將傳染病分為四類，分別敘述於下：

第一類：霍亂、鼠疫、黃熱病、狂犬病、伊波拉病毒出血熱。

第二類：(甲種)：流行性斑疹傷寒、白喉、流行性腦脊髓膜炎、傷寒、副傷寒、炭疽病。(乙種)：小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、開放性肺結核。

第三類：(甲種)：登革熱、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。(乙種)：結核病(除開放性肺結核外)、日本腦炎、癩病、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、百日咳、猩紅熱、破傷風、恙蟲病、急性病毒性肝炎(除 A 型外)、腮腺炎、水痘、退伍軍人病、侵襲性 B 型嗜血桿菌感染症、梅毒、淋病、流行性感冒。

第四類：其他傳染病或新感染症，經中央主管機關認為有依本法施行防治之必要時，得適時指定之者。

同時我國傳染病防治法訂有嚴密之防治體系：規定各級機關主管事項，立即動員、分工合作、協助配合，經費預算編列、儲

---

<sup>20</sup> 行政院衛生署疾病管制局，〈傳染病防治法〉，<http://ch/dpc/ShowPublication>，民 92。

備各項防治所需之藥品、器材，及時偵測疫情，施行預防接種，以及各類防疫措施。並對於違反規定之醫療院所、醫師、醫事人員、民眾給予處罰，強制要求遵行本法，以維防治工作之順利進行。<sup>21</sup>

### 參、SARS 冠狀病毒<sup>22</sup>

引起 SARS 的病毒是屬於冠狀病毒(Coronavirus)的一種，乃因於它的形狀（如圖 1-4）像太陽的光環或皇冠(Corona)。其表面有很長的棘(Spikes)，頂端圓又大，遠看像光環圍繞著太陽，是類病毒的特出外型。幾乎所有的養畜動物（如豬、狗、牛、雞、鼠）都曾分離發現過，通常會引起呼吸道及腸胃性疾病。

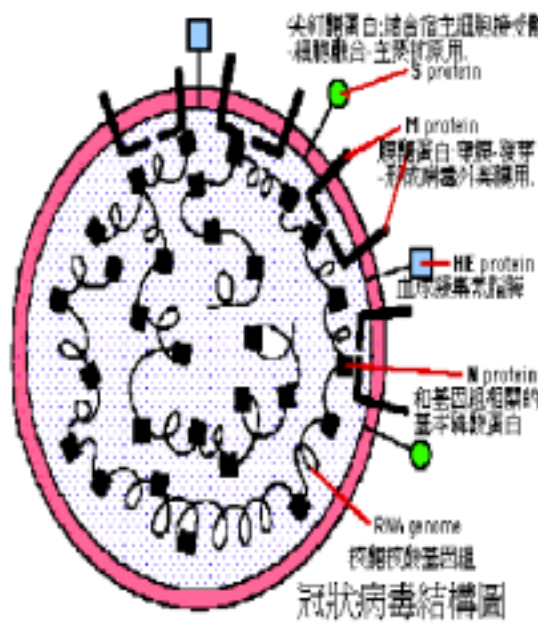
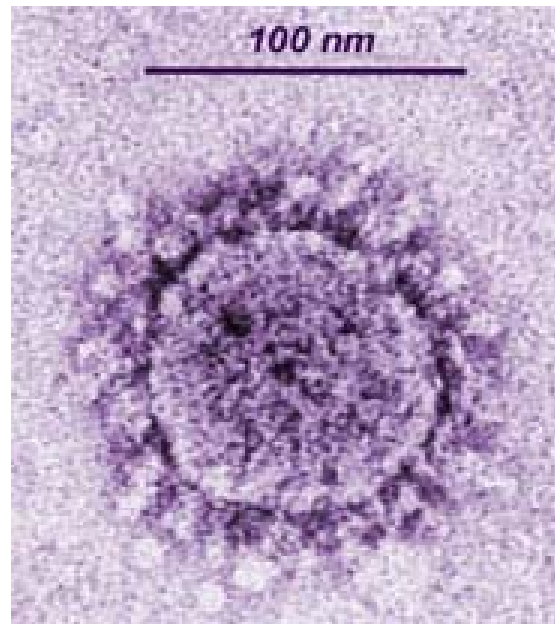
人類冠狀病毒亦相當普遍，會引起傷風感冒之類的呼吸性疾病。這種帶有 RNA 病毒，其基因體是所有病毒中最長的，有三萬個鹼基(Nucleotide)用來製造二十多個蛋白質。病毒基因是包在一層脂肪膜裡面，而附在脂肪膜的外面就是棘蛋白（如圖 1-4）。擔負和細胞第一線接觸的任務。人類冠狀病毒很難在細胞株生長，要利用很特殊的細胞培養法（Vero 細胞株）才可分離冠狀病毒。

---

<sup>21</sup> 同上註。

<sup>22</sup> 賴明詔，〈SARS 的病毒學〉，《2003，春之煞》。台北：聯經出版公司，民 92，頁 4-8。

圖 1-4：SARS 病毒在電子顯微鏡下的型態



*E.M of SARS virus*

資料來源：世界衛生組織((WHO)，[www.who.int](http://www.who.int).)

## 肆、SARS 負壓隔離病房

負壓之目的在使室內之空氣及微粒不要向外流動，空氣向內

流動，如有流出，則用高效 HEPA filter 把髒空氣過濾。負壓隔離之目的在於將非感染區與感染區分開，空氣的流動是由非感染區之空氣流入感染區，而感染區流出之氣體再以高效率濾網過濾。負壓隔離病房(Negative Pressure Isolation Room)具有負壓空調系統的病房內，利用負壓使空氣只能進不能出，一個小時至少抽 6~12 次，雙層門的設計、使用高效率濾網過濾濾材處理隔離病房排出的空氣，並加裝紫外線滅菌設備。若懷疑病原體是利用空氣傳播時，就必須用這種負壓隔離病房隔離病人，以防疫情之擴散。

23

## 伍、政策的意涵

「政策」一詞來自於希臘文、梵文及拉丁文，是希臘文及梵文的語根 *polis*（城、邦之意）合併 *polis*（城），演變成為拉丁字 *policia*，此字具有公共事務的管理或政府的管理之意，最後演變成今日常用之 *policy*。<sup>24</sup> 范待克(Vernon Van Dyke)以為：政策應包括三個要件：目標、達成該目標所作的計劃及相關行動的規範與步驟、和實際的行動。<sup>25</sup>

而思塔林(Grover Starling)提出「政策是目標或目的之一般性陳述，而計劃則是達成政策目標的一種特定的方法」<sup>26</sup>；夏克士基(Ira Sharkansky)則指出「政策涉及大量人力、資源之政府決策，或關係到許多人利益的政府決策，制定過程包括規劃、贊同和執

---

<sup>23</sup> 國家衛生研究院彙編，〈國家衛生研究院 SARS 資訊網〉，  
<http://sars.nhri.org.tw/taskforce>，民 92。

<sup>24</sup> William N. Dunn, *Public Policy Analysis: An Introduction*. NJ: Prentice-Hall, 1994, p. 33.

<sup>25</sup> Vernon Van Dyke, "Process and Policy as Focal Concepts in Political Research," in Austin Ranney, *Political Science and Public Policy*. Chicago: Markam Pub. Co, 1968, pp. 27-28.

<sup>26</sup> Grover Starling, *Strategies for Policy-Making*. Chicago, IL: Dorsey Press, 1988, pp. 1-2.

行。」<sup>27</sup>

綜合上述所論，政策乃是泛指公部門或私部門，處理或解決問題的方針、原則、策略或措施，而公共政策即是處理公眾事務的策略，其內容包括：目標、計劃、行動等。

## 陸、防疫策略

「策略」一詞源自古希臘字 Strategos，其意是指「統率的藝術」。而它的涵義各個學者觀點不一，葛魯客(William F. Gluck)認為「策略是組織為達基本目標所設計的一系列，包含廣泛的以及整合性的計劃。」<sup>28</sup>

藍尼(Austin Ranney)指出「策略的意義含括特定的目標、擬定的方針、行動之路線、意旨的宣告與執行」；<sup>29</sup>司徒達賢對策略看法：經營策略乃是達到組織目標的主要手段，對上層與外界環境密切配合，對下則指導企業內各種功能政策或策略取向。<sup>30</sup>

綜合上述所論，策略乃是組織追求目標時，與環境互動所採取之反應，包括一套協調性的、廣泛性的、整合性的行動計劃。而防疫策略是政府充分運用、協調、整合所有資源與途徑，透過防治措施、法令制定、大眾傳媒宣導、衛生教育、處罰違失、獎勵有功績者等手段，來防止控制疫病發生，穩定國家經濟、維護社會秩序、保障人民健康生命的一連串作法。

---

<sup>27</sup> Ira Sharkansky, *Public Administration: Policy-making in Government Agencies*. Chicago: Markham, 1972, p. 3.

<sup>28</sup> William F. Gluck, *Management*. Hinsdale, IL: Dryden Press, 1977, p. 256.

<sup>29</sup> Austin Ranney, *The Study of Policy Content: A Framework for Choice*. in Austin Ranney, ed., *Political Science and Public Policy*. Chicago: Markham Pub. Co, 1968, pp. 3-22.

<sup>30</sup> 司徒達賢，《策略管理》。台北：遠流出版社，民 84，頁 10。



## 柒、家庭醫師制度的定義

所謂家庭醫師(Family Physician)，有兩個比較有代表性的定義。澳洲全科醫師學院(The Royal Australian College of General Practitioners)定義為「提供第一線的、連續性的及完整性的醫療照護給個人、家庭及社區。」<sup>31</sup>新加坡家庭醫師學院(College of Family Physician Singapore)更具體的描述家庭醫師為「提供病人連續性基層照護的全科醫師，為處理和治療不同醫療問題的專家。」<sup>32</sup>

以家庭的成員為單位，民眾若生病需先至自己的家庭醫師處就診，有進一步的醫療需要，再由家庭醫師轉診至合適的醫療機構處就醫，民眾的就診場所都在衛生當局的掌控中。除了醫療資源不至浪費，民眾免於奔波勞頓，疫情亦不會擴散到其他區域。因此，加拿大家庭醫師學院(The College of Family Physicians of Canada)提出實施家庭醫師制度的四個基本原則：(1) 家庭醫師為具有技術的臨床人員；(2) 家庭醫師制度需以社區為基礎；(3) 家庭醫師需維護特定人口的醫療照護及(4) 醫病關係是家庭醫師角色是否成功的最關鍵點。<sup>33</sup>

從此次 SARS 疫情在台灣傳播之快速，幾乎到達了失控的局面，探究其原因，除了醫療院所對疫情認知不足、醫護人員經驗少、民眾對疾病之傳播方式不清楚及隱匿就醫史外，缺乏家庭醫師制度對民眾就診場所把關，也是造成疫情傳播迅速的主要原因

---

<sup>31</sup> The Royal Australian College of General Practitioners, *Common Questions*, 2003, pp. 1-5.

<sup>32</sup> College of Family Physician Singapore, *Family Medicine Teaching Programme. Overview*, 2003, p. 1.

<sup>33</sup> The College of Family Physicians of Canada, *Four Principles of Family Medicine*, 2003, pp. 1-2.

之一。實施家庭醫師制度實在有其必要性和迫切性。<sup>34</sup>

## 捌、公醫制度的定義

憲法第一五七條規定：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」<sup>35</sup>由民間健保改革聯盟發出的「反九一健保雙漲」說帖，造成三萬民眾走上台北街頭遊行抗議，更招來全國勞工秋鬥以「病不起」為抗爭主題之一。<sup>36</sup>對於衛生署敲定實施的「保費雙漲，搶救健保」打了一記悶棍。

其實施行全民健保，並不同推行「公醫制度」，其與設立公立醫療院所、建立公費醫師制度、編列支應醫療院所人事藥材費用，只是該制之一環。最終目的乃人民有了疾病或殘廢，國家當「設公共病院以醫治，且不說醫治之費」；即國家應提供免費醫療予以人民。

憲法真意的「公醫制度」，類同於英國之公醫制度。性質上屬於歐洲健康照護體系中的「Beveridge」模式<sup>37</sup>，由國家透過稅收支應人民的健康照護需求，使民眾有免費之醫療，不僅包括醫院的門診、住院服務外，還提供社區保健與家庭醫師服務。並且醫院的硬體建造與維修、醫師和其他醫療人員的聘雇和支薪、診療儀器與藥品的購置、行政管理等支出都是由政府統籌經營與管理。<sup>38</sup>

---

<sup>34</sup> 林恆慶、石賢彥，〈SARS 疫情之省思—台灣實施家庭醫師制度的必要性〉，《台灣醫界》，第 46 期，民 92，頁 57-59。

<sup>35</sup> 全國法規資料庫，〈中華民國憲法〉，<http://law.moi.gov.tw>，民 92。

<sup>36</sup> 《聯合報》，民 92.9.1，版 A2。

<sup>37</sup> 貝佛里奇 (Beveridge)，〈社會保險及其相關福利服務〉，1942,12。

<sup>38</sup> 范國棟，〈絕緣的公醫制度—一個政治經濟學的分析〉，《台灣醫界》，第 46 期，民 92，頁 61-64。

結合健保破產危機、SARS 疫情的蔓延、醫療院所的管理、公共衛生的推展，減少勞工及低收入者經濟負擔，落實憲法的「公醫制度」，汰除全民齊頭式收費，改由稅負增加的方式，讓資本家及高所得者負擔多一點的醫療費用，或可解決上述窘況。

## 第四節 研究範圍與章節安排

### 壹、研究範圍

疫病產生有三條件：宿主、致病原和傳染途徑，缺一不可，如何抗治其偶遇而造成疫情，需要針對舊有作法予以調整始能迎接新興的疫病之挑戰。

防疫首要是作法的改變及觀念的革新。而新觀念的建立需要在全球化架構下逐步、廣泛、細緻、協調環境中，結合各個部門與公私機構通力合作、資源整合和有效利用，同步發展預防與治療的方法及措施，快速將公私立衛生醫療院所統合，並密切跟世界各國聯繫合作，以達「防疫無國界」之境地。

本文研究係針對全球化性質的疫病發生，衍生防疫作法的如何改變及觀念的如何革新，而進一步給予結構層面改變、認知層面澄清、執行層面調整和心理層面突破等，應該如何作法，提出深入探究及分析，最後導入後 SARS 防疫政策之制定、方案之擬定、措施之調整等策略、執行面的臻於有效率與高效能。

同時，藉以檢討此次 SARS 事件，何以造成事態如此嚴重，

所突顯我國政府機關府際關係協調與默契的欠缺，和民眾對疫病的認知有限，政府危機處理的生疏，兩岸三通的適宜性等等問題。無一不是本文研究之範圍。並進一步以彰化縣為實例來檢討其在 SARS 事件中的策略有何優缺點，以及執行的成果績效如何。在文中佔著章節闡明 SARS 的意涵，無非預欲從其嚴重性來彰顯本文主軸之意義和價值。

## 貳、章節安排

本研究共分六章，章節安排如下：

在第一章緒論中說明研究動機與目的、研究方法與架構、名詞界定、研究範圍與章節安排及國內相關文獻探討。

第二章指出防疫相關概念的定義與防疫工作的施行探討，並以全球化局勢使得防疫工作性質亦改變作為主要論述，細從 SARS 在臺灣發展變化與各國關係加以分析。

第三章從我國 SARS 防治之探討，闡明 SARS 的疑似病例及可能病例的定義，並探析說明各國及我國受感染之情況，以及我國處置之情況及優缺點，還有評述彰化縣執行之概況與成果績效。

接著在第四章為全球化下防疫的新觀念，藉由研究分析疫病之改變及防疫工作的現況並結合全球化局勢的改變，探究「結構層面的改變、認知層面的澄清、執行層面的調整以及心理層面的突破」等作法與措施應如何，作為未來防治 SARS 與防治其他疫病的因應之道。

第五章討論後 SARS 防疫政策執行之策略，繼前一章全球化下防疫的新觀念所討論研究的各個層面；「結構層面、認知層面、執行層面、心理層面等」所發現的問題癥結，還有各國及我國受感染之情況，及我國處置之情況及優缺點加以歸納整理，去蕪存菁的擷取成功經驗，作為我國未來防治疫病政策之擬定以及執行與評估之參考。

最後在第六章指出研究結論與建議，針對第三、四、五章的研究所發現，從政策與執行實務面加以分析、探究，並就我國與世界各國防治工作相關缺失加以討論，提出改善之道及建議。

## 第五節 因 SARS 事件所引發問題之探討

### 壹、學者各界認為我國對 SARS 政策因應的批判

台大醫院急診醫學部主治醫師石富元教授指出：「從災難應變的觀點，這整個事件的處理，大家都還沒有意識到這是一場災難，一個浩劫。」<sup>39</sup>整個處置，大多集中在「感染症」的技術層面，而應變處置應該有的廣度與深度都不足。台北市衛生局邱淑媿局長曾於疫情發生前期，大力呼籲國家應盡速將此疫病提升為第一類的傳染病納入管理。(也就是說把該類的傳染病於廿四小時內通報主管衛生機關，並於主動連線作系列處理，具有優先和排除性)，納入第一類可以有效快速的掌握疫情，協調各部門配合擬定策略、制定政策、法律，執行方案。<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> 石富元，〈從非典型肺炎看台灣災難應變學術的發展方向〉，《國家衛生研究院簡訊》，第八卷，第四期，民 92.8，頁 5。

<sup>40</sup> 《中國時報》，民 92.4，版 A2。

由於制度的僵化，邱局長的呼籲未得到立即的回應。後來證明邱淑媿局長的警覺性較高和其看法是對的（因衛生署後來亦將 SARS 提升為第一類的傳染病，甚至於預請總統頒布「緊急命令」動用一切資源以撲滅失控的疫火）。儘管後來暴發的「和平醫院疫情」是台北市政府管轄，但卻屬整體政府與國民對疫病不瞭解或遲緩反應，以及該院當局隱匿疫情及執行面經驗的不足所導致。

已退休的衛生署防疫前輩朱復良教授回憶起四十年前的一場疫戰，也曾是劍及履及，萬眾一心的殲疫場面，現仍歷歷在目：比起這場來勢洶洶「煞死」（SARS），讓他想起民國五十一年秋天，霍亂(Cholera)的病菌，從境外入侵本島，迅速蔓延、流竄全台，導致 383 人感染，雖然經過撲滅，但已奪走 24 條寶貴的生命。<sup>41</sup>受害最嚴重的，算是經濟的損失，竟然高達 60 億，這在當時而言，可以說是天文數字。因為，民國五十一年台灣省（包括北、高二市）全年度的總預算，只不過 50 億左右而已。

過去台灣所遭遇的災難，都是以「急性災難」為主，例如地震、颱風、空難、重大交通意外等，其「災難衝擊期」也許在短短的幾分鐘到幾個小時間就結束了，緊接著是關鍵的「緊急應變期」，也在很緊急的時間內結束，而政府及社會大眾所注意到的，都是後續的「恢復期」。這對全球化下將來若再遇到新興疫病時，似乎難以提出有效率的政策及型塑政府與國民正確的防疫觀念。

## 貳、中國對 SARS 刻意隱瞞導致全世界受其波及

---

<sup>41</sup> 朱復良，〈四十年前的一場疫戰〉，《衛生報導》，第 113 期，民 92，頁 50-51。

衛生署疾病管制局研究員邱乾順博士指出：去（九十一）年十一月中國廣東省即開始流行「非典」<sup>42</sup>疫情，但中國政府刻意封鎖疫情（如圖 1-5、1-6），世人無從得知疫情，今年二月初媒大肆報導中國廣東省民眾因不明肺炎蔓延，而搶購抗病毒藥物板藍根及白醋與鹽米，廣東省衛生廳官員為平息風波，承認已發現 305 例 SARS 病例，有 5 人死亡，並宣稱疫情已受到控制。

圖 1-5：台灣病例傳染來源-中國大陸(4/18)



資料來源：世界衛生組織(WHO)，[www.who.int](http://www.who.int).

<sup>42</sup> 中共稱 SARS 為非典型肺炎，簡稱「非典」。

圖 1-6：台灣病例傳染來源-廣州、香港(4/18)



資料來源：同上

於二〇〇三年三月十二日 WHO 發佈 SARS 警訊後，世界各地如越南、新加坡、加拿大、香港的 SARS 病例，不斷激增（至少三十個國家受到波及，台灣、香港、加拿大、新加坡、越南受創特別嚴重）。<sup>43</sup> 中國不但繼續掩蓋疫情，其境內病例始終維持「零」成長，同時阻撓 WHO 派員到北京和廣東進行調查，在面對全球的壓力下，直到三月二十六日中國才再公佈疫情，病例數一下子跳到 792 名，有 31 人死亡。當 SARS 傳播到中國首都北京時，中國也宣稱北京沒有 SARS 疫情，然而許多外籍人士紛紛在北京感染 SARS 或因而死亡。例如台灣中鼎工程公司 6 名員工於三月十五日至北京出差時遭感染 SARS，國際勞工組織技能開發司司長派克 阿羅(Pekka Aro)也在北京出差期間遭到感染，而客死異鄉。

當世人紛紛將 SARS 源頭指向中國廣東時，中國卻加以否

---

<sup>43</sup> 邱乾順，〈欺瞞的中國文化—是造成台灣與全球 SARS 大流行的主因〉，《共和國》，第 32 期，2003.7，頁 22。



認，並將疾病的源頭指向香港。香港被中國收回後，經濟景氣已一洩千里，如今不但受到 SARS 嚴重侵襲，又得替中央背黑鍋，承擔散佈 SARS 的罪名。中國在全球的壓力下，公佈 SARS 的疫情，但仍不改其欺瞞的本性，在全世界 8 千多名病例中，雖然中國內地（不包括香港）病例數佔了全世界病例數的 63%，但其公佈的數據一樣疑點重重，以死亡率而言，醫療水準高出中國許多的我國、加拿大、新加坡與香港等地，死亡率皆超過 12%，是中國死亡率的 2 倍以上（參看表 1-1），醫療水準低又有大量病患的國家，竟然死亡率只有先進國家的一半，除了欺騙造假外，完全無法解釋。

表 1-1：全球各地 SARS 病例統計表（截至 2003 年 6 月 7 日止）

國家	累計病例數	死亡人數	死亡率（%）
中國	5329	338	6.3
香港	1750	286	16.3
台灣	677	81	12.0
加拿大	219	31	14.2
新加坡	206	31	15.0
美國	68	0	0.0
越南	63	5	7.9
菲律賓	12	2	16.7
德國	10	0	0.0
其他 22 國	71	5	7.0
<b>總計</b>	<b>8405</b>	<b>779</b>	<b>9.3</b>

資料來源：衛生署疾病管制局

台灣為了防治 SARS，政府與全民總動員，花費數百億，疫

情仍難以控制。中國 SARS 傳播如此深且廣，但疫情說停就停，當 5 月底疫情受到控制，中國 SARS 病例增長曲線也隨著降低，台灣病例開始零成長時，中國的病例也開始零成長，一個擁有 5 千多病例的落後地區，能如此有效率地控制疫情，其數據除了欺騙造假外，完全無法理解。

### 參、世界衛生組織的處理方式不佳

「健康非政治議題，醫病無國界」是台灣多年申請加入世界衛生組織(WHO)的重要訴求，大家已耳熟能詳了無新意，但是對台灣人民而言，卻是深痛的血淚經驗。<sup>44</sup>

一九九八年台灣發生腸病毒疫情，由於當時台灣對於這種新興疾病毫無防治經驗。面對台灣罹病的兒童相繼死亡，急迫之下向世界衛生組織請求援助，卻因台灣不是會員國而被拒絕。導致台灣在關鍵時刻，因病毒檢驗的資源不足而影響疫情的控制，若是當時有世界衛生組織的即時協助，台灣 78 名兒童的死亡人數應可減少。

二〇〇三年三月十四日台灣發生首例的 SARS 病例，當時亦立即通報世界衛生組織，並請求技術援助卻沒有獲得回應。世界衛生組織還誤將台灣列於中國的一省，因而世界衛生組織會員該有的權利和該得到的幫助與資訊，台灣卻無法得到。面對全球 SARS 風暴，台灣依舊被孤立於國際之外。這其中的幕後操控阻撓者—中國扮演了即重大角色。

---

<sup>44</sup> 涂醒哲，〈別再因政治考量而犧牲全世界人民的健康〉，《衛生報導》，第 113 期，民 92，頁 3。

中國多年來拒絕台灣進入世界衛生組織，這次還延遲幾個月才對外公佈 SARS 的疫情，依據 WHO 的統計，至四月二十二日止，造成全世界 25 個國家 3947 個病例，229 人死亡的大流行。而中國自己本身的疫情更是幾乎蔓延全國各地，SARS 病例已超過二千人。後來雖力圖亡羊補牢，為此撤換防疫不力的衛生官員，但為時已晚。

許多國際媒體對於中國的隱瞞疫情都表示不滿，<sup>45</sup>例如美國紐約時報曾經報導：大陸自去年十一月即發生疫情，中國直到二月才公開此事。並表示一切都在控制中，世界衛生組織以極罕見的口吻表達對中國隱瞞疫情的不悅。英國泰晤士報亦曾經報導：SARS 給我們的教訓是，各國必須立即通報可疑病症，讓外國專家前往調查病因，但是中國政府封閉而不願合作的態度，令人感到氣餒。亞洲華爾街日報則曾經報導：譴責中國的緩慢回應不僅坐失早期防治的良機，更讓許多人枉送性命。泰國曼谷郵報也曾經報導：世界衛生組織針對北京醫院未盡責提供每日疫情報告，及未對曝露在感染環境下的民眾進行追蹤發出警告。

上述這些報導顯見中國根本沒有善盡世界衛生組織會員的責任，非但拒絕透露疫情，也拒絕別人的幫忙。結果疫情由中國波及香港，甚至全世界。種種的作為，顯現中國是以政治在干預國民的健康，不僅危及自己國內的人民，甚至造成全世界的損害。

對照於台灣，從世界衛生組織三月十二日宣佈 SARS 為新興傳染病並要求全世界通報，台灣立即於三月十四日起每天將台灣的疫情資料通報世界衛生組織。台灣與新加坡、香港、加拿大、

---

<sup>45</sup> 轉引自國家衛生研究院 SARS 資訊網，<http://sars.nhri.org.tw/taskforce>，民 92.7。

德國、美國等國家共同合作之下，在三個星期內就發現病毒。可見世界衛生組織的確有其存在的價值。全世界人民的健康，需要大家共同的合作，共同分擔責任，也同享權利。台灣目前雖然不是世界衛生組織的一員，在 SARS 的防疫上，卻是一一遵照世界衛生組織的規範，疫情完全透明化。

因此，倘若各國要以台灣能自己獨立對抗傳染病為理由，而拒絕了台灣人民享有最基本的健康人權，或是繼續告訴全世界的人，中國會好好「照顧」台灣人民的健康，所以台灣不需要加入世界衛生組織，都是很不公平的也很不合理的，更讓大家質疑世界衛生組織公平正義何在？

更有甚者，七月四日以前世界各國紛紛被世界衛生組織宣佈疫情解除，而眼見台灣的最後病患痊癒也無新增病例，卻仍得不到立即宣佈解除感染區，原因是中國尚未被宣佈解除，台灣不應該早先中國，這又是一件典型的政治化運作，更是世界衛生組織違反公平正義的舉動。

## 肆、台灣的孤軍奮戰，對抗 SARS 的經過

台灣初期的防疫成效良好；從病例流行曲線可知，然因北市和平醫院刻意隱瞞疫情，致使 SARS 病毒衝破防疫網，在台灣南北竄燒，造成社會動盪不安，重創產業經濟、擾亂人民心理、損傷台灣國際形象。邱乾順博士認為，SARS 在台灣與世界各地造成大流行的原因，皆導因於人為的「欺瞞」行為<sup>46</sup>。由於台商大舉西進中國投資，每日有上萬人往返兩國間，使得 SARS 病毒不

---

<sup>46</sup> 邱乾順，〈欺瞞的中國文化—是造成台灣與全球 SARS 大流行的主因〉，《共和國》，第 32 期，2003.7，頁 20。

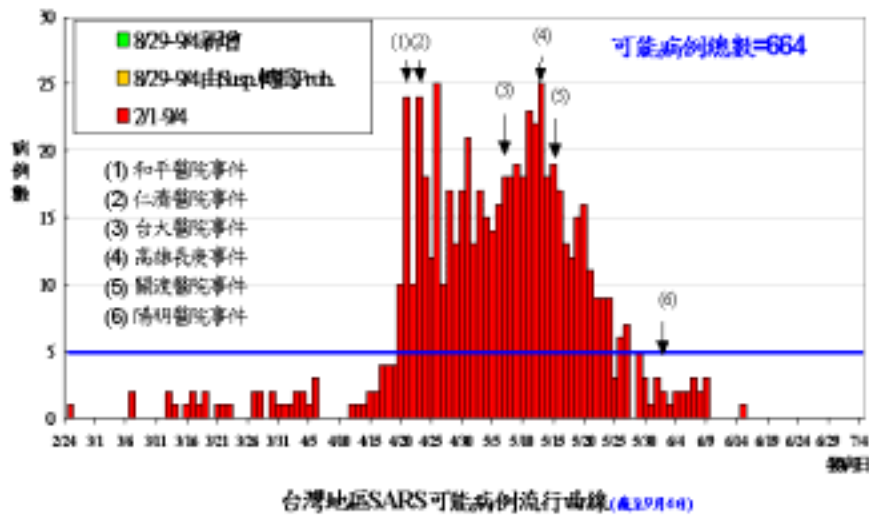
斷侵襲台灣。首先被發現的台灣 SARS 病例是一名勤姓台商，他在中國遭受感染，回台後，在三月七日發病，並傳染給太太、兒子與一名台大醫師。爾後不斷有自中國返台的國人遭受感染的零星病例，因為衛生與醫療單位防疫得宜，疫情一直受到控制。

由於和平醫院的隱匿掩蓋院內感染之事實，當四月二十二日疾病管制局前往突擊調查時，疫情已進入第三波之感染階段，造成許多和平醫院的醫護、員工、患者與家屬被傳染。病毒此時也已衝出防疫網，引發社區感染和其它醫院的院內感染。病毒隨後流竄至台灣南部，引發南台灣如高雄長庚醫院等數家醫院之院內感染與社區感染。此波疫情自四月下旬延燒到五月底，超過 6 百人遭受感染，有 80 餘人死亡。SARS 的流行重創台灣，造成人民驚慌失措，商人屯積醫療物資發國難財，百業受到波及，經濟嚴重受創，台灣更被 WHO 列為旅遊警告的感染區，國人出國受到限制，外人停步，百業蕭條。

SARS 病毒感染力很強，一個超級傳播者即足以引發數十人的感染，第一波被感染者大多是患者之家屬、醫護人員，受感染者平均經 4~5 天會發病成為感染源，可引發第二波感染。當未受到控制時，第二波感染範圍會比第一波更強大，感染範圍擴及第一波被感染者之家人、朋友、同事，也可能開始出現社區感染。再經 4~5 天，第二波被感染者開始發病再成為感染源，引發第三波感染，此時的感染範圍再次擴大，社區可能處處是感染源，人人時時可能遭到感染，因第二波被感染者可能到其它醫院就醫，因而引發其它醫院的院內感染。由統計的流行曲線（如圖 1-7）與當時流行狀況推估，和平醫院四月二十四日封院時，已至少進入了第三波感染，除了許多和平醫院醫護人員、病患與家屬被感染外，也出現萬華社區不明來源之感染和仁濟醫院的院內感染，

並隨著病人的南移，引發南台灣的流行。造成南北一連串的疫情，實是國人最刻骨銘心的事件。

圖 1-7：台灣地區 SARS 可能病例流行曲線



資料來源：衛生署疾病管制局 SARS 專區網站，[www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw)。

## 伍、台灣加入世界衛生組織(WHO)的必要性

新興的 SARS 傳染病已成為全球防疫焦點，這波疫情不僅嚴重危害人類健康，也衝破到全球經濟成長。自助尚需人助，台灣不希望一九九八年腸病毒的類似悲劇再度發生。但是面對全球 SARS 疫情的不斷擴大，尤其是隔鄰的中國與香港，台灣無法獨善其身，需要與國際共同合作。不然，台灣很可能因為不是世界衛生組織的會員而成為全球防疫的漏洞。

WHO 應該拋棄政治，以衛生專業的角度，坦然接受台灣成為 WHO 的觀察員之最低訴求。如此既可協助台灣及早偵測新興

傳染病，保障二千三百萬人民的健康，也因台灣是 WHO 的一員，且與中國大陸有共通的語言、文化，可以名正言順地隨同 WHO 專業團，前往中國大陸協助疫情調查，釐清傳染病源，確保全球人類免於新興傳染病的威脅。<sup>47</sup>

台灣需要大家的協助，很希望加入世界衛生組織，跟大家一起努力讓全球早日脫離 SARS 的威脅並且以公共衛生的專業與人道醫療援助回饋全世界，期望大家給台灣善盡世界公民的機會。同時進入世界衛生組織可以提升台灣國際政治地位，在衛生上，藉由參與國際會議及訓練計畫，更有助於衛生資訊之取得及台灣衛生經驗之輸出和實質合作計畫之推動，以應付全球化之下新興傳染病的威脅。<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> 同註 SARS 專區網站。

<sup>48</sup> 涂醒哲，〈挑戰極限，衝破現實〉，《新世紀防疫》，疾病管制局局慶專刊，民 92.6，頁 141。





## 第二章 全球化下的防疫工作

### 第一節 中西傳統的衛生與防疫工作

#### 壹、流行病與防疫史

疫病的歷史與人類的歷史同樣長久，但是人類對疫疾的理解卻隨著時空的不同而有重大的差異。因此，歷史中社會對疫疾的預防與治療方式亦各有特色。在各種流行病中，最令人產生恐懼感的是具有傳染力的疫病。

現代所說的「流行病」(Epidemic)，傳統中國文獻一般泛指稱為疫、癘、疫癘、瘟、瘟疫、溫病、傷寒等，其中以「疫」最為常見<sup>49</sup>。在秦始皇統一中國(221BC)以前，具體的疫情很少記載。秦至西漢時期(221BC-25AD)可考的疾疫流行紀錄大致有 10 次。東漢時期(25-220AD)進入一個新的階段；不僅瘟疫流行次數快速增加，間隔也愈來愈短，幾乎都在春天爆發。

從東漢中晚期到南北朝時期，中國社會一直飽受瘟疫之危害。此時期的瘟疫，對於中國社會造成了鉅大的衝擊和深遠的影響。文獻記載「千戶滅門」、「死者萬數」、「棺價騰貴」、「白骨不覆、疫癘流行」。曹植〈說疫氣〉一文：「家家有僵尸之痛、室室有號泣之哀，或闔門而殪，或覆族而喪」，不僅是西元二一七年流行之時的景象，也是中國多次瘟疫來時的寫實。<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> 梁其姿，《中國近代的衛生與疾病史》。台北：聯經出版公司，民 90，頁 56。

<sup>50</sup> 林富士，〈中國中古時期的瘟疫與社會〉，《春之煞》。台北：聯經出版公司，民 92，頁 86。

人口的喪亡和傷殘，意味著社會生產力下降。瘟疫之後，面臨糧食不足，經濟蕭條、物價騰貴的困境。將造成政府正常運作、維護治安、保衛國土的難題和帶來「社會恐慌」，而導致疫區的民眾流亡，四處逃散。若所流行的是傳染病，便會使疫情擴散。流離失所之際，為了生計，未獲政府妥善安置，淪為盜賊，造成治安問題。

瘟疫所引發的動亂和不安，若不能在短時間內消除，往往會引發更大規模的武裝叛亂和戰爭，而且常常是內亂和外患同時爆發。由於瘟疫會對整體社會造成重大的影響，甚至促使政權移易，傳統中國統治者面對瘟疫莫不戒慎恐懼，也會採取一些因應措施。

由於瘟疫被視為上天所降的「災異」，是給君王的一種警告，因此，針對君王及統治集團的「德」和「行」來進行檢討。通常，皇帝會先下詔「罪己」，承認自己有「敗德」之行，或是反省自己的施政有何缺失。同時，會「切責」百官，要他們反省是否虧於職守。丞相會因而引咎辭職或被迫下台。皇帝也會廣開言論之門，徵求直言敢諫、賢良方正之士，以獲利官員和有識之士的回應。並採取改革措施，以止息「災異」、派遣大官或使者帶領「太醫」、「醫藥」，前往疫區治療病者。有時採取一些「隔離」措施。在具體的政治、救濟及醫療措施之外，政府有時候也會採取（贊助）一些巫術性或宗教性的行動，以讓人民獲得身心上的醫療和慰藉。<sup>51</sup>

探詢古代中國對抗瘟疫歷史和現代的「流行病學」，其實，是有類似的論點與作法。促成疾病流行的因素，是由病原、宿主和

---

<sup>51</sup> 林富士，《漢代的巫者》。台北：聯經出版公司，民90，頁44。

環境所構成，因此，人類的生活習慣、居住環境、社會情境都可能是致病之因。另外，當時「大疫」流行的區域，大都包括首都在內，或已都城為主。由此觀之，「城居」生活，以及作為政治、文化、經濟中心所帶來的人口移動和頻密接觸，也使首都的居民更容易遭受瘟疫的襲擊。總之，無論從傳統中國的觀點還是現代的流行病學理論來看，瘟疫可以說既是「天災」也是「人禍」。

## 貳、中西傳統的衛生與防疫工作

「健康勝於財富」，此話道出健康之可貴與生命之無價；「預防重於治療」，更是簡潔地指出維護健康之起步所在。不過，預防之道當然不單指國家規模的公共衛生制度。在近代以前，預防疾病最主要的方式是個人衛生，而一些類似公共衛生的措施，亦多限於社區或地方內，並沒有國家級的制度。「衛生」被冠上「公共」之形容詞，並含有「國家政策」的意思，是晚近的發展。

中國有極優良的個人衛生傳統，地方士紳或官員也在平時或有疫情時實施施粥、施藥、施棺措施。除了體恤貧民外，亦考慮了防疫的問題。例如清乾隆十四年（一七四九）江蘇荊溪饑荒時，有能力者在公所施粥濟餓，醫者說：「恐其染疫也，煮姜湯於衢，使飲之。」<sup>52</sup>當時的有識之士已深知疫疾往往繼饑荒而來，讓饑民吃飽，有較好的抗病能力，確能減低他們染病的機率，是很合理的防疫措施。當疫災真的發生時，地方富民或積極的官員通常也施藥、施醫，以防止疫情進一步惡化。例如明萬曆四十四年（一六一六）餘杭疫災時，知縣在城內分四處開局施藥，並請醫生進

---

<sup>52</sup> 梁其姿，《中國近代的衛生與疾病史》。台北：聯經出版公司，民90，頁69。

駐施醫製藥。<sup>53</sup>

我們可以想像在明清期間各種疫疾大概非當時的醫藥所能充分治療的。疫災的高死亡率，使埋葬死者成為極為重要的工作。例如明末一六四二年桐鄉大疫，死者數量增加驚人：「故始則以棺殮、繼則以考殮、又繼則棄之床褥，屍蟲出戶外……掘泥窖為葬埋，計或五十一壑，或六十、七十一壑，不三月而五、六十窖俱滿」的慘狀即知。<sup>54</sup>的確，每逢大疫，施棺助葬成為極重要的防疫措施。

傳統醫生亦很早即認為髒水或死水會帶來疫病，如宋代名醫陳言就提出「疫之所興，或溝渠不泄，畜其穢惡，薰蒸而成者。」<sup>55</sup>此想法亦促使宋以來皆會立法規管理坵、糞便、污水等棄置問題。政府也會注意定期疏濬渠道的工作。

此外，中國亦有一悠久的「病坊」傳統，許多學者認為這些病坊等同於醫院。宋代地方的「安濟坊」在設計上，考慮到「隔離的問題」，明末在南方的「癩子營」、「存恤院」、「癩民所」、「養濟院」類收容機構以隔離麻瘋病患。十七世紀入主中原的滿人欠缺對天花的免疫力，設立「避痘所」，禁止未出痘的「生身」入關，只准已出過痘的「熟身」進入中原。<sup>56</sup>

傳統中國社會的種種防疫與衛生措施，主要的動力多出自地方社會本身，特點是靈活而機動。許多措施是在疫情發生以後的

---

<sup>53</sup> 同上註，頁 70。

<sup>54</sup> 同註 52，頁 70-71。

<sup>55</sup> 同註 52，頁 71。

<sup>56</sup> 同註 52，頁 72-73。

被動應變，但亦有其成效。然而，需要長期性、跨越部門策畫、強力貫徹的政策，則很少見於公共衛生領域中。如都市的污水問題、病坊、藥局的專業化即是明例。清末以前，全國性的防疫與衛生體系非常欠缺，此類型的公共衛生概念與做法，純粹從西方引進的。

直到十八世紀初，東西方的防疫概念與措施，差距才逐漸縮小，西方先的公共衛生概念與策略漸趨成熟，先從都市或城邦的管理開始，到後來由國家中央主導跨部門的全國性策略，一方面汲取新興的科學知識，一方面依靠茁壯中的主權國族的政治與經濟強勢，這些都是西歐社會的獨特歷史經驗。

到了十九世紀初，都市貧窮與疾病的關係更受到公衛專家的重視。這與當時新的疫疾有關。十九世紀的歐洲已脫離傳統疫疾，如癩瘋、鼠疫的威脅，而面對的是工業革命、長程貿易息息相關的新疾：霍亂與肺結核，而這些高死亡率的疾病特別影響都市貧民。

相對於歐洲自十八世紀以來的公共衛生運動，中國近代公衛與防疫的發展無疑是被動的舉步維艱的。其公共衛生制度的主要推動力量，並非來自對改善衛生環境的要求，而是在帝國主義列強虎視眈眈之際，對維護國家主權的堅持。

今天大家對 SARS 的防治有一普遍的批評，就是重治療，輕衛生、預防。治療是面對疾病最直接了當的解決方式，中國醫學傳統也有一強壯的傳統，從不需要其他方面的支援，對一些疾病的療法，傳統中醫也有極輝煌的歷史。然而健全的預防、衛生制度的必要條件就複雜得多，需要跨專業、部門的精密合作，以及

自律性極高的人民，缺一不可。它需要高度發展的行政科學、行為科學及自然科學的配合，近代西方公衛制度是個特殊時空下的產品；主權國族體制的建立、各種現代科學專業的形成、現代工業化的茁壯所帶來的財富、啟蒙思想下的開明專制理想。這些條文的巧妙配合讓一項極其艱巨的工程得以實現。

## 第二節 全球化下使得防疫工作性質改變

### 壹、全球化防疫之特性

湯利森(J. Tomlinson)將全球化定義為：「一種隨時影響現代社會生活、發展快速且日趨緊密，在各個層面相互依存並彼此關聯的現象。」<sup>57</sup>麥克格魯(A. McGrew)認為全球化是「全球相依程度的強化」，並強調此種連結的多元性：「使得財貨、資本、人員、知識、影像、犯罪、污染、毒品、流行時尚及信仰，無一不跨越地域版圖的限制。」<sup>58</sup>

全球意識的提升伴隨物質互賴程度的增加，提升了世界將被再生產為一個單一體系的可能性，因此羅伯森宣稱，世界會變得愈來愈成為一體和整合。全球化得在四個要素之間建立文化的、社會的以及現象學的連結(Robertson 1992:25-31)：個體本身；國家社會；各社會組成的國際體系；以及對人(Humanity)的一般觀念。此四個要素構成「全球場域」(Global Field)，在裡面產生持續的發展，意即：個人化；國際化；社會化和人的普同化。的確，

---

<sup>57</sup> J. Tomlinson, *Cultural Imperialism: A critical introduction*. London: Pinter, 1991.

<sup>58</sup> A. McGrew, "A Global Society?" In S. Hall, D. Held and A. McGrew, eds., *Modernity and its Futures*. Cambridge: Polity Press, 1992, pp. 65-67.

全球化有其自身「不可改變的」邏輯，將不可避免地影響這些內在動力。

羅伯森堅稱全球化過程不是新的現象，它在現代性與資本主義的興起之前早已存在，不過現代化傾向加速全球化發展。杭亭頓(Samuel P. Huntington)提出文明衝突，為冷戰後無以為繼的世界提出一個新視野。<sup>59</sup>

依此，我們可以探討和瞭解全球化防疫有其特性：它正穿透民族國家的疆界；亦即超國家性的、它跨越政治經濟文化的範疇；亦即跨國性的、它否定了「非此即彼」，改為「亦此亦彼」的合作模式；亦即同載共存性的、以及徹底理解「非請自來」、「防不勝防」的冥頑性。<sup>60</sup>

是以，在當下全球化整併的過程內，群體與個體間各別的意識相互激盪中已經非那方犧牲自我特性與自我發展的問題，而是如何在反思的過程中謀求雙贏的平衡狀態。

## 貳、SARS 經過，造成區域連坐效應

全球化為政治科學帶來許多問題，而政治科學分析把焦點擺在民族國家(Nation-State)的程度遠甚於社會學。乃肇因於全球化後，民族國家將是主要受害者。運用國際關係經常採用政治的全球觀來分析全球趨勢，特別關注外交、帝國主義和戰爭。

---

<sup>59</sup> Samuel P. Huntington, *The Clash of Civilizations and The Remaking of World Order*. New York: Simon & Schuster, 1996.

<sup>60</sup> 水秉和，〈全球化與全球化現象〉，《當代雜誌》，第 133 期，民 87.09，頁 4-12。

傳統國際關係觀點援用波頓(J. Burton)所稱的「撞球模式」(Snooker-Ball Model)來看待這些過程。<sup>61</sup>在撞球模式中，各個國家可用小球來代表，這些球的重量和顏色相異。當它們與時更迭，或者在撞球檯上移動，便會和其他球產生互動。

國際關係學門為了順應國際政治形式的轉變而歷經多次變遷，然而最近一次的轉變最為顯著，與全球化的近期加速階段同時發生。所以，波頓認為欲清楚地預想真正的全球化理論，應該以「有效距離」(Effective Distance)觀點取代過度簡化的「地理距離」觀點。

羅哲瑙(J. Rosenau)對於逐漸顯現的全球互賴所作的分析則是以二元取向看待現今轉變的另一項例證。<sup>62</sup>如對於處理世界事務的政治科學不再只是研究「國際關係」，而是「跨國關係」，涉及各政府、政府與非政府的國際機構以及非政府實體之間複雜的社會外部關係。

上述論點不約而同指出人類文明發展的一體性，在近數年來體現在對於「全球化」理想的追求，然而在跨國主義全球化的理念受到學術界重視時，理想式的國際合作、跨民族國家(Nation-States)、資本聯合分工與集團合併等構想，非但沒有如預期般的實現，反而造就出區域統合過程中對抗與不安。顯而易見的，在當下講求資本主義的現代文明中，全球化的過程已經使個體或整體的風險與不確定性增高，而這些風險又不是單一個體能夠獨立處置，若無法採取系統性的危機管理，可能造成區域連坐效應的產生。

---

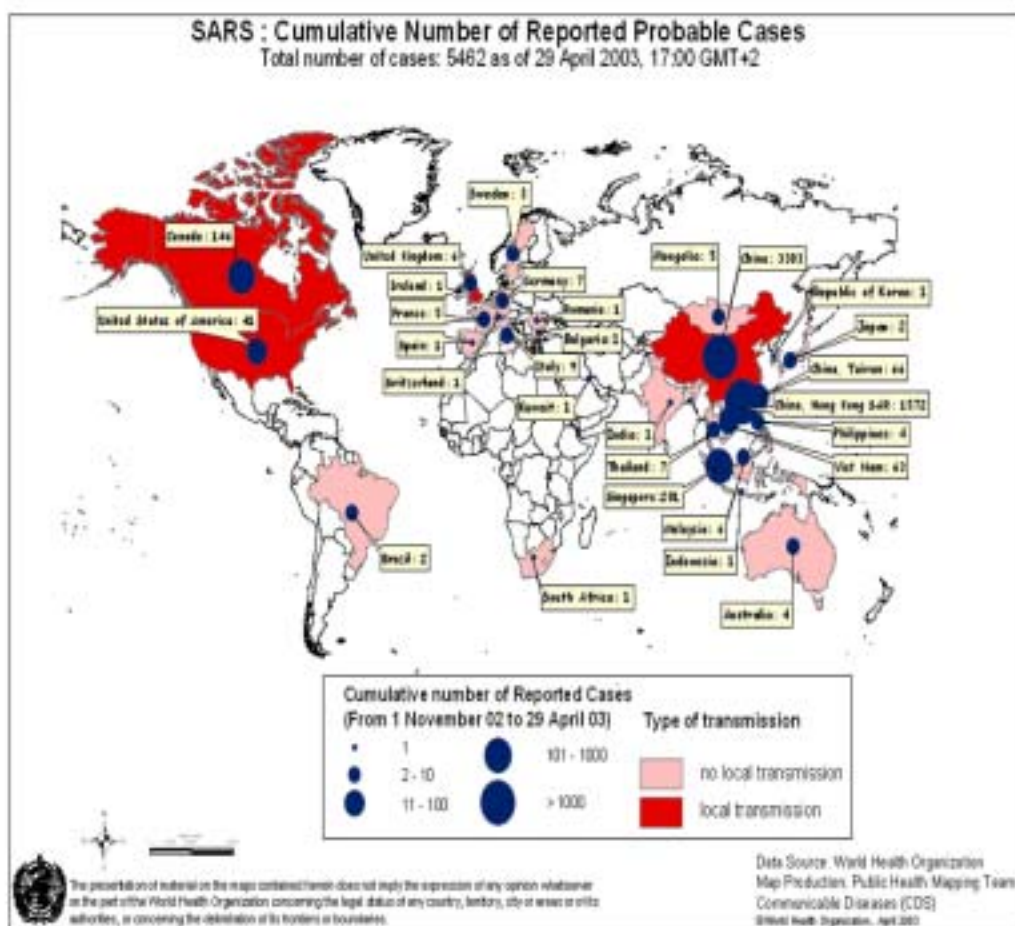
<sup>61</sup> J. Burton, *World Society*. Cambridge: Cambridge University Press, 1972, pp. 28-32.

<sup>62</sup> J. Rosenau, *The Study of Global Interdependence*. New York: Nichols, 1980, pp. 1-2.



全球化的結果已將各國或民族間連結成一網絡式的生命共同體。從此張 SARS 可能病例分佈圖來看；亞洲最嚴重，美洲、歐洲、澳洲次之，非洲極少。其中亞洲又以中國最嚴重，其他像香港、台灣、新加坡次之，越南、菲律賓、蒙古等亦受波及；美洲以加拿大最嚴重，美國亦有可能病例等。遍佈整個地球，肆無忌憚的橫掃全亞洲，尤其中國大陸，令人不寒而慄。<sup>63</sup>（如圖 2-1）

圖 2-1：世界各地 SARS 可能病例分佈圖



資料來源：衛生署疾病管制局 SARS 專區網站，[www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw)。

<sup>63</sup> 行政院衛生署疾病管制局 SARS 專區網站，<http://www.cdc.gov.tw>。

## 參、後 SARS 防疫之社會反思

科學的成果是人類開創生活的具體累積，而哲學則是一切科學的根基。因此，思維模式將影響行動方案及所獲致之結果。<sup>64</sup>在後 SARS 疫情以科學的方便集合眾人之力而得以控制，政治化的檢討聲浪也此起彼落的瀰漫在台灣輿論之際，唯有正確的思考與痛的反思，才能避免倒果為因，享有科學帶來的善果。<sup>65</sup>所有人的反應都是建立在自己與他人行動結果的基礎上，並可能根據新的訊息不斷改變自己的行為，這是進化的表徵亦為一種「反思」。李維(M. Levy)連結現代化與各社會之間(Inter-Societal)的體系，指出晚近社會的現代化基本上具有「反思性」(reflexivity)，而這種反思性在各社會之間建立起一個人關係的系統模式。<sup>66</sup>

所以羅伯森(R. Robertson)保留的主張，他宣稱全球化不必然是件好事或壞事——它的倫理特性將得靠地球上的住民來貫徹。<sup>67</sup>其後果未必讓世界更為整合或和諧，而只是指稱它是個更加單一化的(Unified)或更有系統的地方。

世界某處發生的事件將會影響遠處其他地方發生的事件，或者兩者間會產生參照關係，不過這種相對化並不總是正向的。因為世界作為一個體系，可能會被一些衝突撕裂，而這些衝突比起以往國家之間的紛爭更難處理<sup>68</sup>。然羅伯森仍認為：「這個世界正

---

<sup>64</sup> 曾玉明，〈全球化的挑戰〉，《能力雜誌》，第 512 期，民 87.10，頁 5-6。

<sup>65</sup> 施淑芳 石曜堂，〈自全球化看世紀生命共同體的反思〉，《國家衛生研究院簡訊》，第八卷，第四期，民 92.8，頁 13。

<sup>66</sup> M. Levy, *Modernization and the Structure of Societies*. Princeton: Princeton University Press, 1966, p. 52.

<sup>67</sup> R. Robertson and W. Garrett, eds., *Religion and Global Order*. New York: Paragon, 1991, p. 33.

<sup>68</sup> 徐偉傑譯，Malcolm Waters 原著，〈全球化〉。台北：弘智文化出版社，民 89，頁 72。

經歷全球化加速，到達近幾完成的程度，而我們需要新的概念來分析此過程；該過程具有文化和反思的基本特性；全球化遵循其自身不可改變的邏輯」<sup>69</sup>。因此，自我意識與自我認知的特性，猶如對社會行動的動機與意圖有著相同的模式，面對不斷累積的知識與影響，當今社會的風險反思性也隨著社會生活的各個層面不停的修正而得以強化。<sup>70</sup>

十八世紀機械鐘的發明與普及，導致了時間的普遍化，使時間不再隸屬於各個特定地點，進而組成全球時區系統。同樣的，空間如同地圖所呈現，成為一個普遍的社會向度，其實體獨立於任何個別的社會地點。

時空的解放是一項全然的現代化發展，因為它允許人類活動的穩定組織得以跨越廣大的時空距離，而這正是全球化必然條件。紀登斯(A. Giddens)稱之為去鑲嵌(Disembedding)：「將社會關係從在地的互動脈絡中掘起，並在時空中加以重構。」<sup>71</sup>

而德國社會學家貝克(U. Beck)在研究當代社會變遷時，把風險擺在分析的核心位置。他主張：「這些風險的性質不同於過往年代所經歷的危險。當今的風險是工業化造成的直接後果，它們是隱含的且難以避免的，不是有意圖的冒險帶來的產物；我們現今經歷的風險是以毒素或放射線的形式存在，無法用感官察覺；風險不是來自於技術或財富的短絀，而是來自於過度生命；當代的風險經驗具有科學上和政治上的反思性。」<sup>72</sup>

---

<sup>69</sup> R. Robertson, *Globalization: Social Theory and Global Culture*. London: Sage, 1992, p. 58.

<sup>70</sup> 文軍等譯 R. Keohane and P. Kennedy 原著：《全球社會學》。社會科學文獻出版社，2000，53。

<sup>71</sup> A. Giddens, *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity, 1990, P. 21.

<sup>72</sup> U. Beck, *Risk Society*. London: Sage, 1992, p. 21.

全球化效應除了反應在政治與經濟層面上，由於科技縮短了區域間之距離，也便捷的提供了各種新興疾病快速漫延的管道。在「全球本土化」的概念中，社會面對全球化的過程中，將會挑選自己喜歡的部分，改變後使之嵌入和適應本土條件與需要。<sup>73</sup>

然而，或許經濟條件與政治意識能夠讓我們選擇全盤接受或改變後接受，但是傳染病與緊急災難卻不受此一選擇性的限制。譬如健康危害因子如愛滋病毒、萊姆病(Lyme disease)、狂牛症、口蹄疫症以及嚴重性呼吸道症候群(SARS)等，<sup>74</sup>又如九一一恐怖攻擊等突發性新興的災難，如此類似的災變層出不窮，當然，社會的反思性在現實環境中應該得到同等的重視。

對於此次 SARS 危機，我國部分輿論寄望於國際衛生組織 WHO 的奧援並且將之政治化用以突顯我國外交困境。但是過度的作法將有誤導以及規避我國衛生防疫漏洞的嫌疑，並且減少社會反思的力量。

## 肆、破除窠臼，建立新觀念

過去台灣很少遇到「慢性災難」，例如瘟疫、旱災、饑荒、動亂等，它們的特色是災難衝擊期非常長，緊急應變期也很長，緊急應變措施的正確與否，必立即影響及災難的衝擊程度，沒有任何僥倖；一些講究表面功夫的應變作為，在現實的考驗之下，立刻都無所遁形。

這次瘟疫的應變，香港、越南、新加坡、加拿大都展現了他

---

<sup>73</sup> R. Robertson, *Globalization: Social Theory and Global Culture*. London: Sage, 1992, pp. 173-174.

<sup>74</sup> 行政院衛生署，〈新興及再浮現傳染病〉，《民眾衛生教育宣導彙集》，民 92.1，頁 127。

們國家的物質、知識與技術的總體建設，而台灣亦然。所有的是非與對錯，事實上反映了我們國家整體知識與應用技術界的真實面，是我們的共同傑作，需要我們這塊土地上所有的人去共同承受與反思。仔細思考，我們不管是政府、民間、學術界或是工業界，面對災難，立場各異，但是災難應變哲學上，卻有驚人的相似。

石富元教授指出台灣在災難應變哲學上的特色有五，分述於下：<sup>75</sup>

一、不能體會「量變」所造成的「質變」，在群體層面，災難最大的關鍵，在於處理數量的問題。事實上從過去的經驗，災難時候資源往往是足夠甚至過剩，但資源的管理卻有大問題，無法用在刀口上，導致大量的資源閒置，真正需要的人卻得不到。台灣缺乏的，不是災難應變所需的技術，而是系統管理。

二、不相信災難的演變可以預測，從各場歷史災難的分析，我們發現災難的演變雖然有很多的面貌，但絕非無跡可循，大部分的演變都可以預期，每一項應變措施的後果也都是可以評估與預期的。在災變開始時，後續的演變其實都可以預期，但是台灣卻寧願相信這些只是偶然的，彷彿如果沒有和平醫院，今天台灣還會是「三零」（零死亡、零輸出、零社區感染）。殊不知以那時候各醫院的感染措施，不發生於和平醫院，也會發生在其他的醫院，不會有僥倖的。

三、輕忽理論與現實的差異，美國災難醫學專家認為文件書

---

<sup>75</sup> 石富元，〈從非典型肺炎看台灣災難應變學術的發展方向〉，《國家衛生研究院簡訊》，第八卷，第四期，民92.8，頁7-8。

面與實際操作的落差是災難應變的關鍵，細節是最重要的。制度面「系統」的因素才是值得探索與改善，承認此差異的存在，從制度面去改善與縮小這差距才是真正的解決之道。

四、應變規劃只及於危機管理，而沒有後果管理的深度；在快速的災難，通訊與資源的調度往往比較慢，資源到達時，災難早已結束，然面對一場長期的災難，各種大大小小的決策，例如傳染病患集中或是分散隔離、人員防護的等級、隔離或檢疫的原則與認定等，對於後續瘟疫的控制都有決定性的影響，也影響了政策的可行性與資源的需求。

五、缺乏對於個人及社會行為科學的瞭解，在災難中，很多的說明與措施，在民間造成很大的震撼與驚慌，其中不乏對於災難應變造成重大負面影響。例如隔離與檢疫的措施，使得疾病被「污名化」，使得很多人不敢誠實告知接觸史；而照顧這類病患被宣傳成為犧牲小我、捨己救人的烈士行為，而不知道其實現今的科技，在適當的防護之下，危險是微乎其微的，這導致醫院要招募人員變成非常困難，病患更得不到好的照顧。這些宣傳，出發點是好的，但顯然沒考慮到社會面群眾的認知與想法。

我國衛生署署長陳健仁指出：經過 SARS 的粹鍊之後，顯現我國防疫體系包括偵測能力、疫病監控、院內感染控制、實驗診斷能力、全國衛生醫療系統的緊急應變能力，乃至橫向聯繫等，及對民眾的防疫知識教育上都面臨前所未有的考驗<sup>76</sup>。預防新興疫病再度肆虐，全面進行防疫體系總體檢，強化新興傳染病與生物恐怖戰的防治策略，及防疫組織的改造強化，是後 SARS 時期

---

<sup>76</sup> 陳健仁，〈破除窠臼，邁步向前—健康台灣新願景〉，《衛生報導》，季刊第 115 期，民 92.9，頁 2。

必須優先面對的課題。

疾病管制局蘇益仁局長認為：過去台灣的防疫體系的思維，主要在應付像肺結核、愛滋病這類疾病上，而且我們的共衛生體系有愈來愈重醫療而輕公衛的傾向。<sup>77</sup>祛除舊制防疫觀念，建立新的防疫觀念，以因應後 SARS 時代的挑戰。政策重點將著重在整體醫療與公衛體系的重建，衛生組織效能的提升，社區動員能力與民眾健康自主管理的強化，以及國際衛生合作的增進。

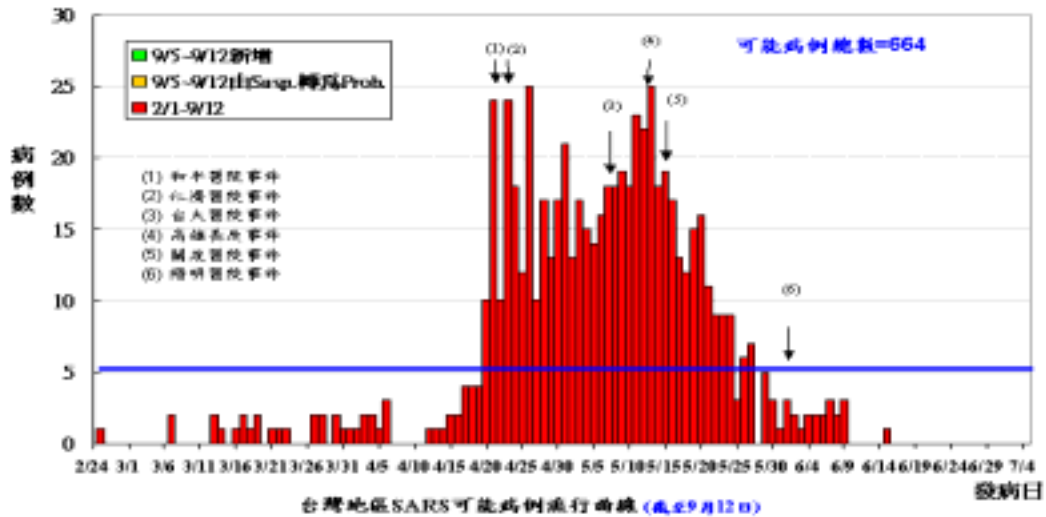
### 第三節 從 SARS 在台灣發展變化

台灣 SARS 疫情的挑戰，大約分兩波（如圖 2-2），即；第一波（三月十四日~四月二十一日）：為單純的境外移入；指標病例即早發現及隔離，一級教學醫院照護及良好感染管制。

---

<sup>77</sup> 蘇益仁，〈想到流感就睡不著覺—蘇益仁談 SARS 防疫工作〉，《衛生報導》，季刊第 115 期，民 92.9，頁 7。

圖 2-2：台灣 SARS 可能病例曲線



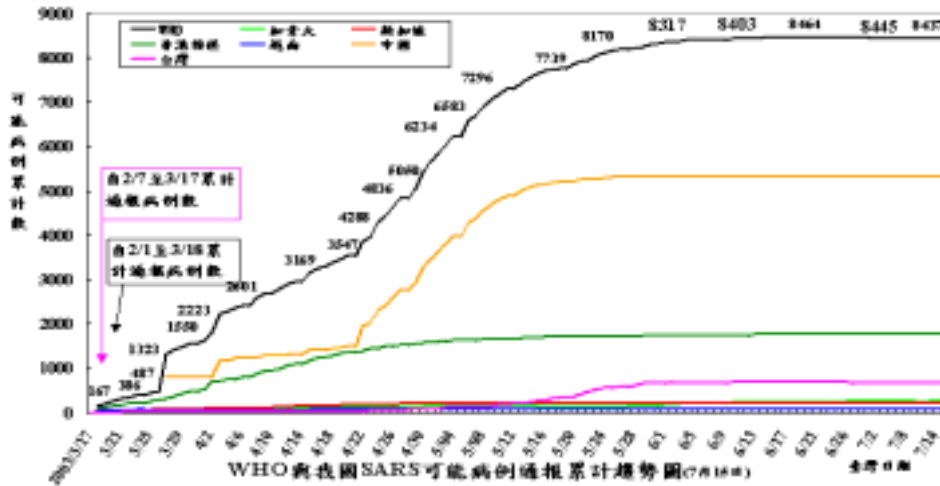
資料來源：衛生署疾病管制局 SARS 專區網站，[www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw)。

第二波（四月二十二日~七月四日）：為醫院、社區感染；又可分為四月二十二日的和平醫院感染事件階段和五月十三日的高雄長庚醫院感染事件階段。動員了全國的政府機關、企業界、民間公益團體等和人民，投入抗 SARS 的工作，也造成極大的政治不安、經濟損失、人心惶惶和生活秩序的混亂。

從圖 2-3~2-5 所示，台灣的疫情發生，皆慢於世界主要疫災國家；越南、加拿大、新加坡、香港、乃至中國大陸之後，所以世界衛生組織的高峰趨於穩定情形恰與台灣的疫情高峰趨於穩定情形相符。



圖 2-3：WHO 與我國 SARS 可能病例累計比較



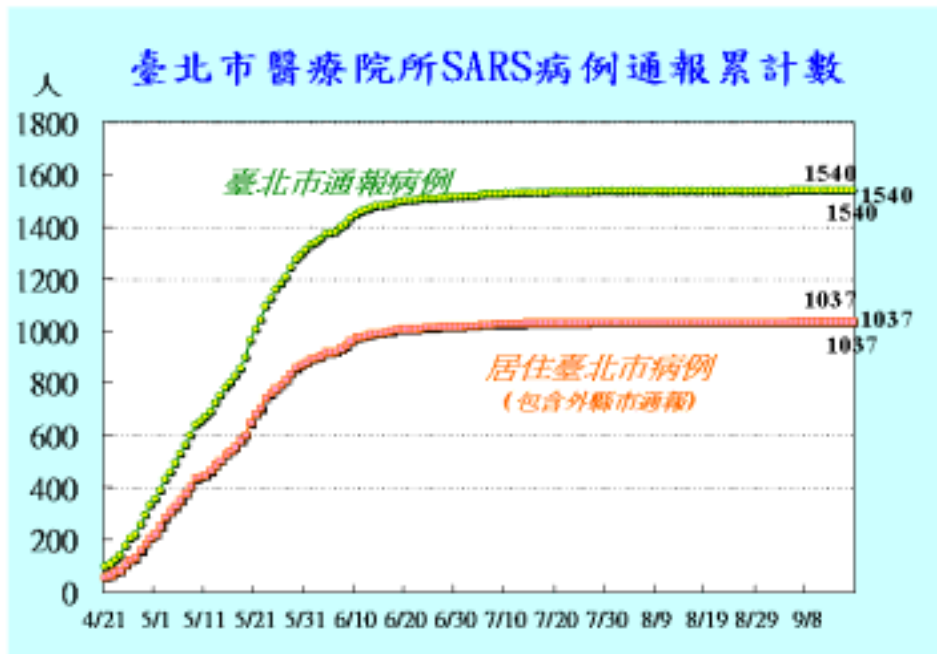
資料來源：衛生署疾病管制局 SARS 專區網站，[www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw)。

圖 2-4：台北市 SARS 可能病例



資料來源：衛生署疾病管制局 SARS 專區網站—[www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw)。

圖 2-5：台北市 SARS 病例通报



資料來源：衛生署疾病管制局 SARS 專區網站，[www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw)。

綜觀此次台灣 SARS 疫情之產生與蔓延的原因很多，但大致歸結下列五點：

- 一、無旅行或接觸史可參考，臨床診斷難。
- 二、台灣醫護感控知識不足，院內成感染源。
- 三、台灣病人求醫行為太過自由，貨比三家（此亦為醫療資源的浪費），醫療知識不足，隔離困難。
- 四、政治體制剛轉型，人民過度講究民主，執政黨為選票而未敢嚴格動用公權力，導致執行效率、效能不佳。
- 五、中國大陸疫情正烈、兩岸親情因素複雜、台商趨附往返頻繁。

## 第三章 我國 SARS 防治之探討

### 第一節 SARS 定義及其傳染途徑暨防治

#### 壹、SARS 定義的由來<sup>78</sup>

依據世界衛生組織於二〇〇三年三月十五日最新公布；SARS 是 Severe Acute Respiratory Syndrome 的簡稱，中文為「嚴重性呼吸道症候群」，在此之前稱為「非典型肺炎」；而非典型肺炎係泛指臨床上表現和典型肺炎不同的肺炎，但此次爆發的非典型肺炎，並非原來非典型肺炎常見的黴漿菌、披衣菌、禽流感病毒、退伍軍人症、流行性感冒病毒等，其傳染力和病程發展更為嚴重，故稱「SARS」，(參看表 3-1) 以為分別。

#### 貳、SARS 的傳染可能途徑<sup>79</sup>

SARS 的可能傳染途徑有四，說明如下：

一、直接接觸到 SARS 病患的分泌物及體液：如眼淚、鼻涕、口沫、痰、尿液、黏液等，或經由打噴嚏和咳嗽飛沫傳染，直接範圍通常一公尺之內。

二、病毒在人體外可存活三到二十四小時，根據 WHO 最新說法是在糞便可存活四天，因此也會透過間接傳染擴散，如摸觸被病毒污染之物體，再去碰眼睛、鼻子或嘴巴也可能會受到感染；

---

<sup>78</sup>劉培柏，《認識 SARS 實用手冊》。台北：聯合文學出版社，民 92，頁 10-12。

<sup>79</sup>同註 63。

此外，下水道或飲用水也可能會傳染。

三、SARS 的傳染，主要是人與人近距離飛沫傳染，一般民眾不會因為空氣而受到感染，反而是醫護人員的感染率較高。

四、也可能透過蟑螂、老鼠等動物散播病毒而感染。

表 3-1：典型肺炎與非典型肺炎暨 SARS 比較表

區別 型態	典型肺炎	非典型肺炎	SARS
常見症狀	<ul style="list-style-type: none"> <li>■發燒</li> <li>■畏寒</li> <li>■咳嗽帶痰</li> <li>■胸痛</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■發燒</li> <li>■但較少胸痛及畏寒</li> <li>■乾咳</li> <li>■上呼吸道感染症狀</li> <li>■頭痛</li> <li>■肌肉痛</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■一開始發燒、畏寒、頭痛、倦怠、肌肉痠痛或腹瀉；接著乾咳、氣喘、缺氧、呼吸困難。</li> </ul>
臨床檢驗	<ul style="list-style-type: none"> <li>■白血球上昇</li> <li>■痰中可找到致病菌</li> <li>■胸部 X 光呈大葉型肺炎</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■白血球不一定上昇</li> <li>■痰中通常找不到致病菌</li> <li>■胸部 X 光呈間質性浸潤</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■前期淋巴球數目通常會下降，整體白血球數目為正常或下降。</li> <li>■後期會有白血球或血小板減少，或正常但稍偏低的血小板。</li> <li>■胸部 X 光呈局部或廣泛性、間質性浸潤。</li> </ul>
常見病原體	<ul style="list-style-type: none"> <li>■肺炎雙球菌</li> <li>■嗜血桿菌</li> <li>■克雷氏菌</li> <li>■部分厭氧菌及革蘭氏陰性菌</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■肺黴漿菌</li> <li>■退伍軍人症</li> <li>■病毒</li> <li>■披衣菌</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■新型或變種冠狀病毒</li> </ul>

資料來源：行政院衛生署

## 參、SARS 的病例定義<sup>80</sup>

世界衛生組織 (WHO) 於二〇〇三年三月十五日對 SARS 的病例，分成疑似病例與可能病例兩種，其定義如下：

### 一、疑似病例 (Suspect Case)：

於二〇〇三年二月一日後出現：發高燒 (>38 度 C)。一種或一種以上的呼吸道症狀，如乾咳、呼吸急促或呼吸困難並且包括以下一種或一種以上的症狀：發病十天內曾與 SARS 病患密切接觸 (密切接觸指曾照顧 SARS 個案，或與其共同居住、或曾經直接接觸其呼吸道分泌物及體液)。

發病十天內曾到過 SARS 病例集中的地區 (據 WHO 二〇〇三年四月二十二日更新資料，這類集中地區包括中央廣東省、山西省、北京、內蒙古及香港特別行政區、越南河內、新加坡、加拿大多倫多等地)。

### 二、可能病例(Probable Case)：

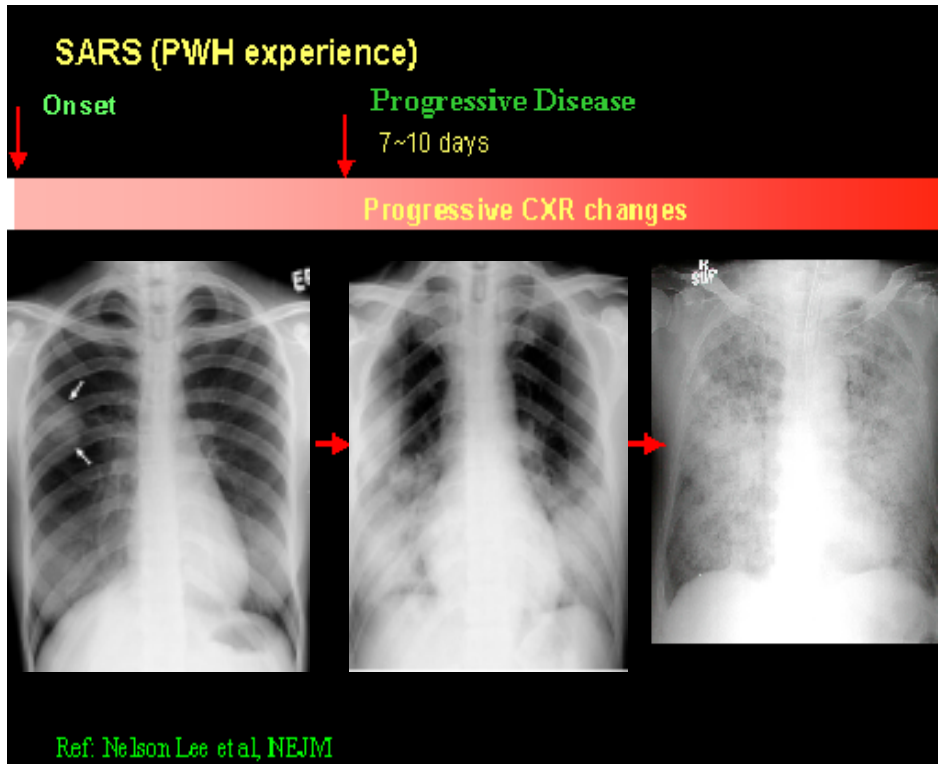
疑似病例經胸部 X 光攝影判定為肺炎 (如圖 3-1)，或有呼吸窘迫症候群 (Respiratory Distress Syndrome)。經 SARS 冠狀病毒相關檢驗有一項或一項以上分析方法檢出陽性結果【SARS 病毒 RT-PCR 二次確認陽性酵素免疫分析法 (ELISA) 或免疫螢光分析法 (IFA) 測定血清抗體陽性或病毒分離培養陽性】；或個案因無法解釋的呼吸道疾病致死亡，解剖報告顯示未知原因引起的呼吸窘

---

<sup>80</sup>行政院衛生署疾病管制局編，《新興嚴重性呼吸道症候群—因應防治計畫》。台北：衛生署疾病管制局，民 92，頁 1-2。

迫症候群病理變化。<sup>81</sup>

圖 3-1：SARS 病例胸部 X 光攝影判定比較圖



資料來源：國家衛生研究院

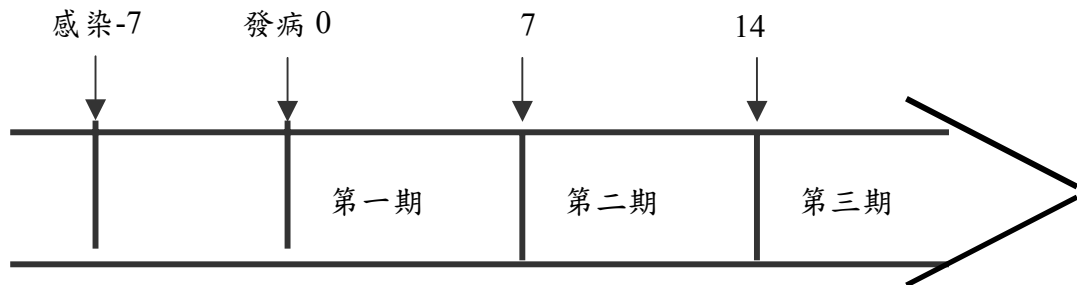
## 肆、SARS 的治療<sup>82</sup>

目前沒有特定的治癒方法。只能靠自身的免疫系統，不過一般醫院都用一些輔助方法（如圖 3-2），像是藥物治療（例如：抗病毒藥物—Ribavirin、抗生素、類固醇、免疫球蛋白）或插管等。及早治療，多數沒有其他重大疾病的人都可復原。採用康復病人血清內的抗體，已經治好一些病情最嚴重的病人。

<sup>81</sup> 中華民國醫師公會全國聯合會，《嚴重性呼吸道症候群綜論》。台北：台灣醫界，第 46 卷，第 10 期，民 92，頁 12。

<sup>82</sup> 蕭樑基，《認識 SARS 實用手冊》。台北：聯合文學出版社，民 92，頁 93。

圖 3-2：SARS 的致病機制及治療圖



1. 第一期 (1~7 天)：病毒複製期，抗病毒藥物。
2. 第二期 (7~14 天)：細胞激素風暴期 (cytokine storm)，肺部發炎、破壞，用類固醇。
3. 第三期 (14 天-)：肺纖維化 (呼吸治療)、繼發細菌／真菌感染。  
應注意藥物副作用、免疫抑制。

資料來源：國家衛生研究院

## 伍、SARS 的病毒如何傳播到各地？

世界衛生組織認為，由於國際旅遊交流，讓病例得以傳播到世界各地。感染者旅行時，會在飛機上傳給其他乘客，也會傳給旅行目的地的人。

## 陸、SARS 流行期間旅行安全嗎？<sup>83</sup>

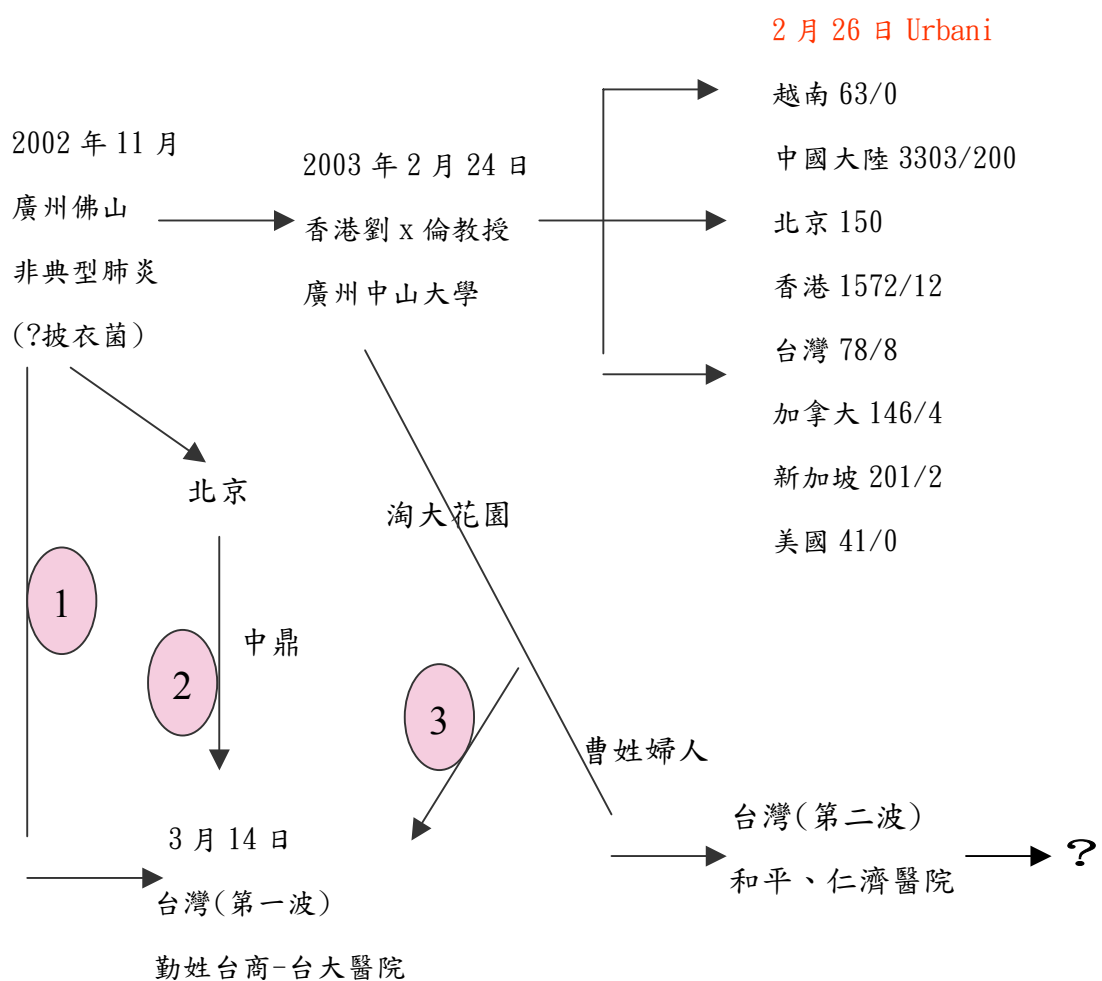
世界衛生組織於二〇〇三年四月二日發布旅遊警示，建議旅客延後所有到香港和廣東等地的非必要行程。這是世界衛生組織十多年來，首次自 SARS 疫情以來，改變「不限制到任何目的地

<sup>83</sup>認識 SARS，[www.twch.gov.tw/genetic/sars/sars-Knowledge.htm](http://www.twch.gov.tw/genetic/sars/sars-Knowledge.htm)，民 92。

旅遊(No Commendation for People to Restrict Travel to Any Destination)」的政策，希望能限制 SARS 在國際間的傳播，也是首次因對特定疾病束手無策而呼籲民眾避開某些地區。此外，到國外的旅客應注意 SARS 的症狀和跡象。如有症狀、與病患近距離接觸或最近到過感染區，應求醫並告知醫護人員。

## 第二節 世界各地(國)及我國受感染之情況

圖 3-3：SARS 發生的歷史簡圖 (4/30 止)



資料來源：國家衛生研究院



從圖 3-3 探討，可以得知 SARS 自發源地一路竄進到鄰近的香港、台灣、新加坡、越南、乃至加拿大和美國等全球各地。可以感受到此波 SARS 的威力無比。(如圖 3-4 至 3-10)

圖 3-4：亞洲可能病例分佈圖



圖 3-5：北美洲可能病例分佈圖



圖 3-6：南美洲可能病例分佈圖



圖 3-7：大洋洲可能病例分佈圖



圖 3-8：歐洲可能病例分佈圖

歐洲 Europe

臺灣日期：7月15日



圖 3-9：非洲可能病例分佈圖

非洲 Africa

臺灣日期：7月15日



圖 3-10：中東可能病例分佈圖



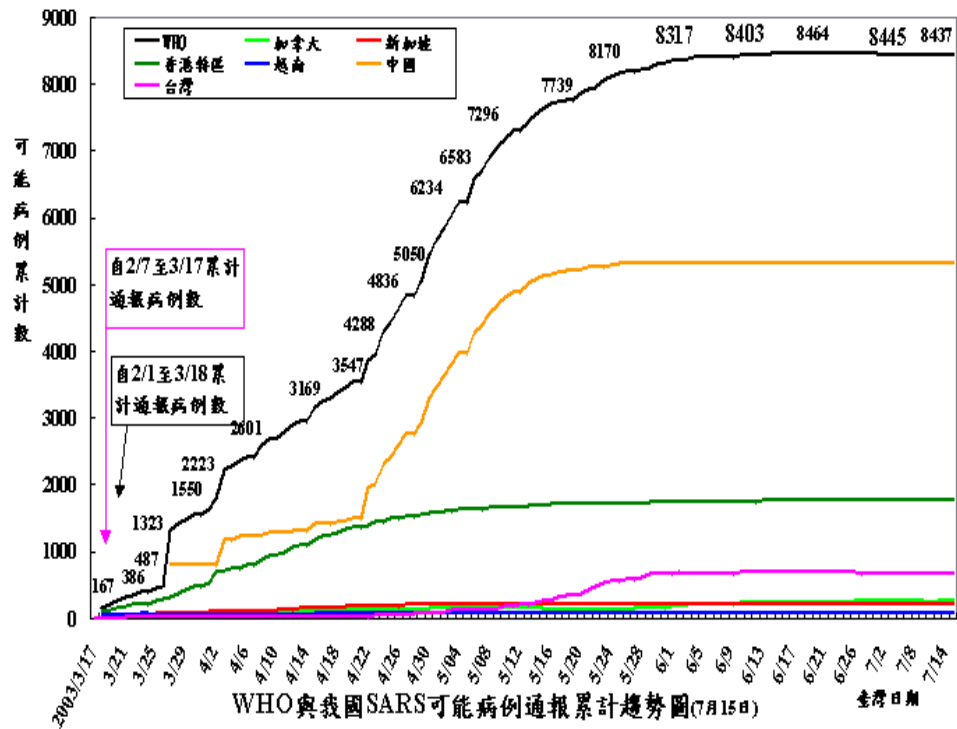
資料來源：世界衛生組織(WHO)，[www.who.int](http://www.who.int)。

## 壹、世界各地（國）受感染及處置之情況

從 WHO 與我國 SARS 可能病例通報累計趨勢圖(如圖 3-11)來分析可知；亞洲主要感染國家皆在中國迫於形勢公布病例後才逐步上升，香港、台灣、新加坡的累計趨勢圖都遠遠落後于中國，而 WHO 的累計趨勢圖確似乎是中國的放大圖。

歐洲(如圖 3-8)的法國亦有 7 名可能病例，一名死亡病例；德國有 10 名可能病例；義大利有 4 名可能病例。北美洲(如圖 3-5)的加拿大最嚴重有 250 名可能病例，38 名死亡病例；非洲(如圖 3-9)的南非有 1 名可能病例，1 名死亡病例。

圖 3-11：WHO 與我國 SARS 可能病例通報累計趨勢圖



資料來源：行政院衛生署疾病管制局

大部分發生在亞洲（如圖 3-4），中國大陸最嚴重有 5327 名可能病例，348 名死亡病例；香港次嚴重有 1755 名可能病例，298 名死亡病例；台灣第三，有 671 名可能病例，84 名死亡病例；新加坡第四有 206 名可能病例，32 名死亡病例；越南有 63 名可能病例，5 名死亡病例；菲律賓有 14 名可能病例，2 名死亡病例；泰國有 9 名可能病例，2 名死亡病例；馬來西亞有 5 名可能病例，2 名死亡病例。（參看表 3-2）

表 3-2：全球各地通報至 WHO 之 SARS 可能及死亡病例統計表

全球各地通報至WHO之SARS可能及死亡病例統計表

\*WHO資料公布時間：2003年7月14日      \*台灣資料公布時間：2003年7月15日上午9點

區域	國 家	總病例數	死亡病例數	總病例數	死亡病例數
歐洲	法國	7	1	7	1
	德國	10	0	10	0
	義大利	4	0	4	0
	愛爾蘭共和國	1	0	1	0
	俄羅斯聯邦共和國	1	0	1	0
	羅馬尼亞	1	0	1	0
	西班牙	1	0	1	0
	瑞士	1	0	1	0
	瑞典	3	0	3	0
	英國	4	0	4	0
	芬蘭	1	0	1	0
北美洲	加拿大	250	38	250	38
	美國	75	0	75	0
南美洲	巴西	1	0	1	0
	哥倫比亞	1	0	1	0
大洋洲	澳洲	5	0	5	0
	紐西蘭	1	0	1	0
非洲	南非	1	1	1	1
中東	科威特	1	0	1	0
亞洲	中國	5327	348	5327	348
	香港特別行政區	1755	298	1755	298
	澳門特別行政區	1	0	1	0
	蒙古	9	0	9	0
	馬來西亞	5	2	5	2
	新加坡	206	32	206	32
	菲律賓	14	2	14	2
	印尼	2	0	2	0
	印度	3	0	3	0
	台灣 <sup>註1</sup>	671	84	671	84
	泰國	9	2	9	2
越南	63	5	63	5	
韓國	3	0	3	0	
總 計		8437	813	8437	813

\*台灣通報資料截止時間：7月14日中午12點

註：台灣資料以專家審查小組最新資料為主

資料來源：行政院衛生署

作為一種傳染病，SARS 正對亞洲造成史無前例的衝擊。這個衝擊不僅直接影響亞洲相關諸國的經濟，以及由此而來的政治，包括考驗著政府的危機管理能力，更重要的是，這場危機將成為中國體制改變的序曲，儘管目前國際社會尚未觀察到這一點，連中國領導人與社會精英也未注意到這一點。但是，整場危

機的發展透露出，SARS 極有可能是「中國版的車諾堡核能災難事件」另類生化武器災難。<sup>84</sup>各國感染與處置之情況分別敘述如下：

## 一、中國大陸

中國大陸嚴重急性呼吸道症候群的疫情不斷翻新，中共從一開始死不承認源頭來自廣東，到後來防堵疫情，向外界說明一切已在控制中，並阻擋世界衛生組織官員訪查，再到隱瞞實際感染數字，召開中外記者會坦承上報資料錯誤，感染數字直線攀升，再再顯示中國妄顧人權的事實。

面對這波從去年底發生迄今的 SARS 重大疫情，除了使各國不相信中國防疫能力外，更質疑中共主事者的處理能力，中國國家主席胡錦濤及總理溫家寶先後跳出來走到第一線親自指揮，溫家寶更坦承這次疫情的嚴重程度，超乎想像，更甚於一九九八年特大洪澇災害。

中共宣布 SARS 疫情波及中國大陸十多個省市，共有 1482 名感染者，但衛生部發布的統計數字顯示，截至四月十九日為止，大陸的 SARS 病例最少為 1814 例，死亡 79 人，其中北京市病例已達 346 例，死亡 18 人。一夜之間，直線攀升四百多例。除了感染病例數字不斷增加外，疫情範圍日益擴散，在廣東、北京、山西之外，內蒙古、廣西、湖南、四川、福建、上海、河南、寧夏及甘肅等地也陸續傳出疫情，且不斷向大陸西部地區蔓延開來。

---

<sup>84</sup> 大紀元，<http://www.dajiyuan.com/gb/3/4/3/n295499.htm>，民 92。

中共高層坦言，當前工作的核心是防治炎魔，所有行政區域和單位都應實行最高領導負責制。當務之急是控制疫情蔓延，關鍵要做到早發現、早報告、早隔離、早治療，切斷傳播途徑。為此，中國衛生部正採取五項重要措施控制非典型肺炎疫情的發展，包括「五一」長假不放假，廣東、北京及內蒙古組成督察組，研發藥方，實施醫療補救制度以及加強與世界衛生組織合作。取消傳統「五一」長假，還是中共近來少見的措施之一，而加強與世界衛生組織(WHO)合作，更令人諷刺，當初在大陸不斷傳出疫情病例時，世衛專家原本即刻想前往廣東調查，但一度遭到中共阻擋，還阻礙台灣加入、參與世衛組織，現在又說要和世衛組織加強合作，中共前後態度丕變，令人摸不著頭緒，更質疑其誠意。

就在中國大陸疫情持續升高，官員相繼被處分時，中共官方喉舌新華社的新華時評今天更為文批評中共部分地區政府及官員緩報、漏報及瞞報疫情，腦筋只有「政績意識」，沒有人民福祉，只害怕丟烏紗帽，根本不關心民眾的生命安全。事實上，不只是隱瞞 SARS 疫情，中國大陸處理愛滋病感染人數，也有惡例可循，中共能否藉由這次 SARS 疫情教訓，學到不再欺騙民眾、隱瞞事實，仍待觀察。<sup>85</sup>

美加等國的情報部門懷疑一個可能性，亦即病源地的廣東，確實有中國人民解放軍特殊的生化武器研發單位長期在該地從事生化病菌的研發與實驗工作。這種病毒來自實驗室的說法與猜測也有一些依據，廣東當地有人民解放軍的生化病菌實驗室，再加上去年十一月病源出現而中國政府一直刻意遮掩卻暗中通知黨政高幹迴避疫區等因素，使國際情報界近日來開始流傳一種理論：

---

<sup>85</sup>黃兆平，中央社新聞，<http://tw.news.yahoo.com/2003/10/16/health/cna>，民 92。



整個災難由人民解放軍在去年十一月不慎引爆，中國政府當局知道這一點，但當時正是進行權力接班的敏感時期，人民解放軍的高層怕會影響到整個權力佈局與分配，不敢聲張，暗中通知黨政高幹避難，但對外界保守祕密，因而疫情未獲控制，持續惡化，流入香港，再通過香港密集的班機而變成全世界的災難。<sup>86</sup>

## 二、香港

香港自四月下旬以來，新增 SARS 人數開始出現下降的趨勢。五月一日新增個案為 11 例，自大規模爆發後首次接近個位數。從五月三日開始，所報新增個案下降至個位數 9，以後的幾天均穩定在這個水平。香港政府也在五月初請世界衛生組織流行病學及環境衛生兩方面的專家前來考察，希望能說服世衛解除對香港的旅遊限制建議。談及香港感染人數下降的趨勢，香港衛生署疾病控制預防部的高級醫生林文健表示，香港取得目前的成績，從政府的角度來說，主要是採取了有效的公共衛生措施，對民眾施以積極的衛生教育，同時研究好的治療方法，並和大陸、世界衛生組織及國際社會進行合作。

由於最初的感染主要發生在醫院，香港衛生署特別加強了對醫院的控制。由衛生署下屬的醫院管理局(簡稱醫管局)進行的。香港特首董建華在三月二十七日宣布，撥款 2 億港幣用於防疫，其中很大一部分就是用於醫院。醫管局負責提供設施、儀器給公立醫院使用，護目鏡、口罩、外套及長褲、一次性帽子及手套等防護設備，也由政府統籌採購，並按評估後的優先次序來應付需求。醫管局負責對醫務人員進行培訓，在公立醫院設立醫院病房

---

<sup>86</sup> 亞洲新聞網，[www.cna.tv/stories/other/view/8798/1/gb/.html](http://www.cna.tv/stories/other/view/8798/1/gb/.html) - 27k，民 92。

主任制度，建立感染控制網絡。醫管局還成立了嚴重急性呼吸系統綜合症中央工作小組，下設一支專家隊伍，處理和決定專業及技術上的問題。同時，不允許病人家屬前去醫院探望，到醫院看病的病人一律要戴口罩。

三月二十七日，香港即開始引用《檢疫及防疫條例》，強制與 SARS 病人有接觸的市民連續十天到指定診所檢查，並要求他們盡量留在家中，違規者將處以 5000 港幣或半年監禁的處罰。同時，將 SARS 列入香港法定的要求承報的傳染病之一。並對和病人有密切接觸者的兩個層次追蹤：第一個層次是發現個案後，由衛生署分區的職員找到該個案進行調查。第二個層次是在特區政府之下，成立一個和警方合作的 SARS 控制中心來實現有效地追蹤。衛生署從當日起每天對外通報本地的病情。

三月十八日，世界衛生組織的專家被邀請來提供技術支援。尋求國際合作方有兩方面的作用，一是請其他國家地區警覺，二是借助世衛專家的技術作為資源。<sup>87</sup>

香港疫情之三個高峰期：（一）威爾斯親王醫院群組感染。（二）淘大花園社區感染。（三）雅麗氏醫院院內感染。

香港 SARS 感染源：49.5%和醫院有關、41.5%和社區有關、8.8%找不到感染源。死亡情形：1441 位感染者，死亡率為 17%。接觸者感染率：26,384 為密切接觸者，279(1.1%)染上 SARS。機場檢疫：先用紅外線量測，如有大於 37.5 度者再用體溫計測量。

---

<sup>87</sup> 香港疫情，[http://www.gcc.org.hk/praysars\\_pg6.php](http://www.gcc.org.hk/praysars_pg6.php)，民 92。

香港在 SARS 之後，為改善環境衛生，於五月初由政務司長擔任主席，成立「全城清潔策劃小組」，制定和推廣一套可持續性的制度，以收環境衛生長遠改善之效。以「先行動、後收費」之觀念，改善大樓之排水系統，政府立即行動，先幫民眾整修再向民眾要錢。並採取「絕不容忍」監控，亂丟垃圾處罰港幣 1500 元或 240 小時社會服務；對於屢次違反者，終止其公屋之租用權。對於特別髒亂之巷弄，以裝閉錄電視方式由社區共同監控。執行成果為：有 80% 的香港人認為現在環境比以前清潔多了。

另外，「關懷員工、將心比心」，以關愛取代責備，安排員工居家隔離場所，全體員工齊心照顧病患。確實執行標準作業程序，抗 SARS 期間以內部網頁宣布最新訊息及標準作業程序，以使員工能確實執行。學習台灣實施動線管制，員工感染有效降低。

因為這次的抗 SARS，香港人表現出特有的價值觀，(例：犧牲奉獻、團結互助、理性應變特質)，故成立民政事務局--「弘揚抗疫精神諮詢委員會」，委員會討論足以代表香港之精神和表彰方式，以期建立共識，永誌不忘。

為了不在校園擴散蔓延，香港當局也設定停課標準，只要學校有一名疑似感染者全校停課十天，教育局本著「學生為重、學校為本、專業領導、靈活應變」原則，處理停課復課事宜，停課期間強調「停課不停校、停課不停學」的原則。大體上香港的作法比中國透明又積極，又富有人性化，是值得我國學習的抗 SARS

---

<sup>88</sup> 亞洲新聞網，<http://www.cna.tv/stories/specialreport/index/23/2/gb/.html>，民 92。

經驗。

### 三、新加坡<sup>89</sup>

新加坡衛生部指出：新加坡全國有五位超級感染者，其防治策略為：（一）SARS 病患集中在一個醫院（二）限制病患及醫護人員在不同醫院穿梭（三）嚴格執行院內感染措施（四）醫護人員強迫戴保護裝配（五）限制探病人數(病人住院超過五天不准探視)。

而其病患轉院是由醫院負責，非由 119 負責，未要求捷運及計程車戴口罩，醫護人員回家前需先洗澡，醫護人員之補助，初期沒有、目前研議中。未來之策略：為學習台灣，得預防境外移入個案、對非典型肺炎病患主動監測及隔離、加強個案之通報、嚴密調查肺炎及呼吸困難死亡個案。對台灣之防疫更具信心。

新加坡自四月二十七日以來，即無再報告新增的 SARS 病例，疫情傳播已經停止。美國疾病預防與控制中心(CDC)的專家阿里 汗(Ali Khan)亦為世界衛生組織的咨詢人員，在幫助新加坡政府應對疫情時，認為新加坡政府為抗擊 SARS 而建立的六道「防線」極其有成就；其中三個措施被阿里 汗稱作「盡一切手段消除醫院傳播」的行動。

一個至關重要的步驟是將所有的懷疑和可能的 SARS 病例集中在陳篤生(Tan Tock Seng)醫院統一治理。另兩個防止醫院傳播的步驟是「增強 SARS 醫護人員的保護措施」和「在全國所有的

---

<sup>89</sup>財經，〈SARS 號外〉，<http://finance.sina.com.cn>，民 92.5.

急症室為可能的 SARS 病人提供隔離監控」。增強保護措施包括使用口罩、服裝和手套等防護用具，以及對醫護人員進行頻繁的健康檢查。

除了限制醫院傳播之外，阿里汗指出，新加坡政府還極為重視其「社區戰略」。新加坡衛生部的六條防線中，有兩條就是防止 SARS 在社區中的傳播。這個社區預防計劃的基礎是「家庭隔離令(Home Quarantine Order)」，新加坡衛生部在 3 月 24 日調用的傳染病法的一部分。該法要求「所有被確認和 SARS 病人有過緊密接觸的人」必須在家居留 10 天。新加坡衛生部為了防止醫院外傳播的第二條防線是，為可能的 SARS 病例提供專門的救護車服務，直接將他們送到陳篤生醫院。任何一個具備 SARS 症狀的人都能免費叫一輛救護車，從而避免他們污染公共交通。除了這些正式的防線之外，為使普通大眾對 SARS 有更多了解，政府在公共衛生訊息方面也投入了大量的人力和物力。

第三類抗擊 SARS 的措施是加強邊界安檢。新加坡政府在機場出入口設置了體溫測量屏。對體溫偏高的旅客會進行全面檢查。對新加坡一系列抗擊 SARS 的具體措施表示贊賞之餘，阿里汗強調：政府在 SARS 決策上的高度統一和這些具體動作同樣重要。

#### 四、加拿大<sup>90</sup>

多倫多在二月底遭遇 SARS 疫情感染，成為中國以外最早受到 SARS 疫情影響的的國家之一。在多倫多遭受 SARS 感染的顛

---

<sup>90</sup> 中廣新聞網，<http://news.yam.com/bcc/focus/news>，民 92。

峰時期，世界衛生組織於四月二十三日對其提出旅遊警告，建議民眾除非必要應避免到多倫多市旅遊。但一星期後即取消這項旅遊警告，並於五月十四日從 SARS 感染區的名單中移除。但由於 12 天後，多倫多市再度爆發第二波 SARS 疫情，因此再度被列入世界衛生組織的 SARS 感染區名單，最後統計加拿大的 SARS 疫情，共有 252 名 SARS 病例與 38 名死亡病例被通報。根據世界衛生組織的說法，當感染 SARS 病毒的兩倍潛伏期時間（20 天）一過而未發現新增病例，這種人對人的 SARS 感染鏈就無法持續進行。

事實上加拿大聯邦衛生部是在一對居住在多倫多的香港移民母子分別在三月五日和十四日因為感染 SARS 不治死亡，以及包括溫哥華在內有八人染病之後，才驚覺 SARS 來勢洶洶。因此在十四日緊急召開記者會，向國民發出嚴重防疫警告，同時當天就派遣專業醫療人員進駐多倫多和溫哥華機場，對於入境旅客進行檢疫，並宣布各大醫院嚴格禁止民眾探病。動作雖然快又急，但在對這種已經在亞洲蔓延的流行病所知有限的情況下，兩週之內，多倫多有兩家醫院相繼爆發醫護人員受到感染，並引發院內交互感染的事件，疑似與可能病例暴增到一百多例。衛生當局立即先後封閉這兩家醫院，隨即將這兩家醫院改為 SARS 專屬醫院。這時華人經營的商圈已經受到影響，華埠經濟開始蕭條，四月初，全加拿大的疑似和可能病例突破兩百。

為擔心華裔移民遭受歧視和不公平對待，總理克里田公開呼籲國民要理性，並發起尊重華人，搶救華人經濟的活動，他除了親自到華埠視察外，並且鼓勵大家到華人區消費。於是執政黨各級民意代表紛紛到華人開的餐廳用餐購物，三名將在今年十一月角逐執政黨黨魁，也就是下一任總理的候選人更是多倫多、溫哥

華兩地唐人街穿梭往來，一場華人經濟危機因而解除。多倫多從這場災難中遭受觀光和商務損失估計達新台幣五百億元。

加拿大的 SARS 疫情在三月二十六日達到最高峰，共有 321 個疑似和可能病例, 24 人死亡，其中多倫多有 260 例，溫哥華 48 例，死亡的病例全部發生在多倫多，隨後數字就一路下滑，自四月二十日起，再沒有任何新病例的通報。加拿大的公民意識在這場抗疫行動中也充分顯現，被隔離的民眾接受媒體採訪一開始就是使用電話，或由居家隔離的民眾主動提供媒體錄影帶，這些民眾除了由公家送餐飲之外，有一些鄰居還會主動的幫忙溜狗、澆花、剪草或送水果餐點到門口以表示關切，這一點和台灣大不相同。

## 五、越南<sup>91</sup>

越南衛生官部 Ms. Pascale Bruden 認為：河內抗 SARS 成功之因素：(一) 早期發現病例 (二) 快速反應 (三) WHO 長期紮根、密切合作 (四) 越南整體特殊之社會主義背景。綜合上述之運氣，越南成功之抗 SARS 經驗，仍無法保證未來能安然渡過下一波新疫情。

河內臨床醫學熱帶病院黎登河院長表示：越南的抗 SARS 特色是：(一) 無員工感染、無病患死亡、無社區感染、為 WHO 第一個宣布除疫之地區，成為抗 SARS 典範 (二) 採專責醫院之模式，且無冷氣空調，以最傳統的開窗戶、吹電風扇抗 SARS (三) 重症患者禁止插管、未用抗病毒藥物(Ribavirin)卻全部成功存活。

---

<sup>91</sup>人民報，[www.renminbao.com/rmb/articles/2003/4/19/25892b.html](http://www.renminbao.com/rmb/articles/2003/4/19/25892b.html)，2003。

事實上，在 SARS 嚴重入侵越南境內時，河內當局曾關閉與中國的邊界，以防止疫情擴散。據法新社河內四月十九日報道，越南衛生部長陳氏忠戰已將禁止 SARS 疫區的中國、香港、新加坡、加拿大和台灣的旅客由陸路進入越南的提議，呈遞總理潘文凱審閱。官方「青年報」指出，陳氏忠戰的提議指出，SARS 危機「已嚴重影響中國和香港」。這位衛生部長建議，暫時關閉長達一千一百三十公里的中越邊界。陳部長表示，每天都有數千人來往于中越邊界，海關和警察在檢查作業上往往力有未逮。他建議被列為來自疫區的旅客經由其他入境據點—主要是機場，攜帶非 SARS 感染患者的證明入境。青年報指出，這位部長也敦促越南航空公司發口罩給所有乘客和機組員。越南上次關閉與中國的邊界是在中國鄧小平年代中越戰爭爆發前一直到結束後的一段時期。

## 六、其他國家

馬來西亞衛生部部長蔡銳明曾表示，來自 SARS 病例集中區的外籍學生及勞工在抵達馬來西亞時將被隔離 10 天。<sup>92</sup>該政策適用於 WHO 公布的病例集中區名單的所有國家。截至今年一月一日，有超過 3.6 萬名外國學子在馬來西亞求學，其中有約 1.1 萬中國學生及至少 1,200 名新加坡學生。以上兩國現均遭 SARS 肆虐。同時在馬來西亞求學的還有來自泰國、印度、印尼以及其他國家的學生。那些來自 SARS 感染國的學生將必須提供健康證明，同時並採用入境暫行隔離以作雙重防範。外籍勞工同樣適用以上措施。從菲律賓搭機抵達馬來西亞的旅客需在入境前提供健

---

<sup>92</sup> 路透社，<http://news.yam.com/reuters/international/news/200305/36877.html>，2003。

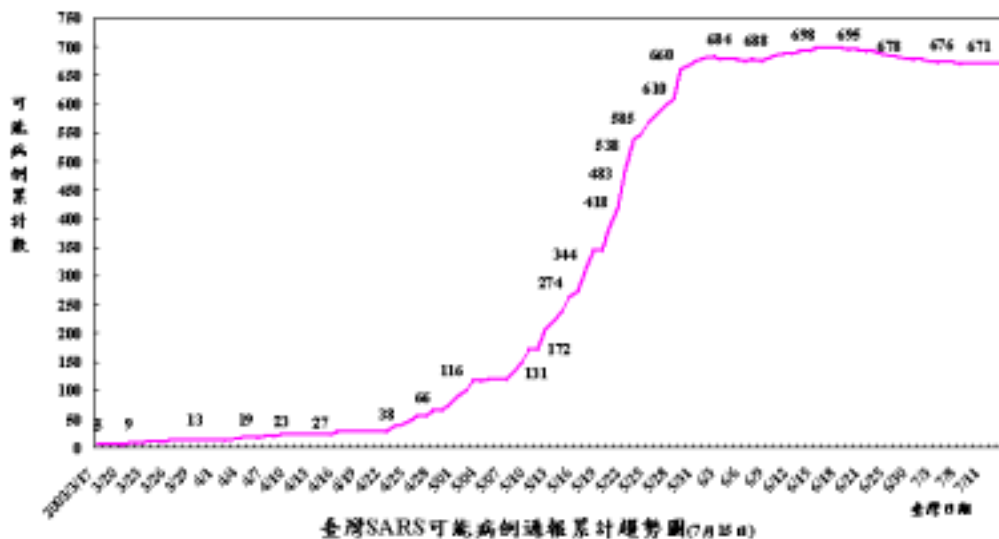


康證明。並在到達時接受篩檢。

博訊二〇〇三年四月二十一日報導：<sup>93</sup>菲律賓出現首起 SARS 疑似死亡個案，一名在多倫多安老院任職護理員的 46 歲女子，回國後于上周死亡。其衛生部長說，疑似死者是多倫多室友的母親自感染 SARS，本月三日回國，十四日在馬尼拉死亡。當局正追蹤曾與死者接觸的人，監察他們的健康情況。雖然發現首起疑似死亡病例，菲律賓政府不會限制國民來往受 SARS 感染的國家或地區，但就建議國民如有必要，延後前往疫區的行程。

## 貳、我國受感染之情況及分布（如圖 3-12~3-16）

圖 3-12：台灣 SARS 可能病例通報累計趨勢圖（7/15）



資料來源：世界衛生組織(WHO)，[www.who.int](http://www.who.int)。

<sup>93</sup> 博訊新聞網，<http://www.peacehall.com/news>，民 92。

圖 3-13：台灣 SARS 可能病例地理分布

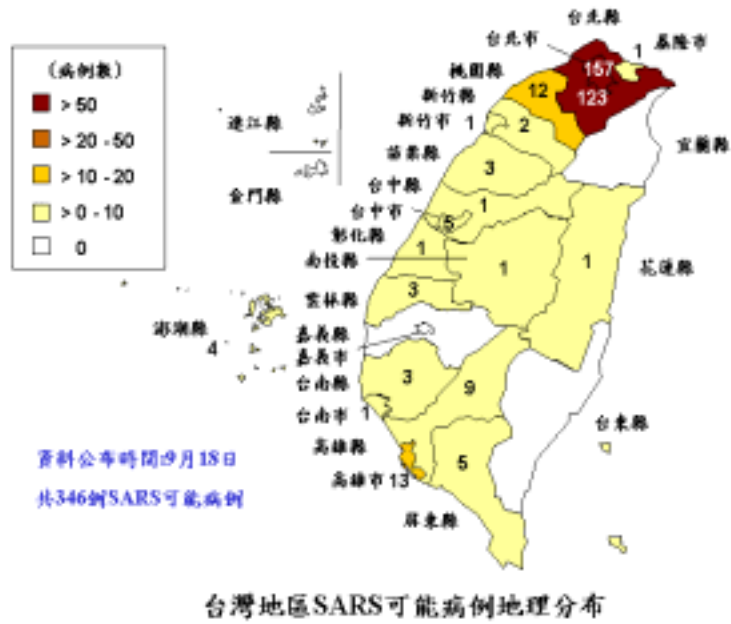


圖 3-14：台灣 SARS 死亡病例地理分布

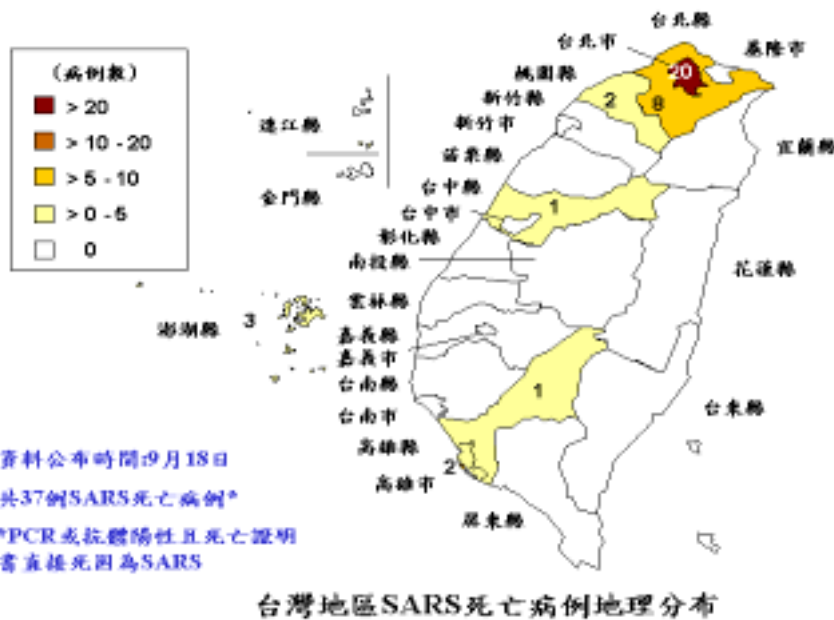


圖 3-15：台灣 SARS 疑似病例地理分布

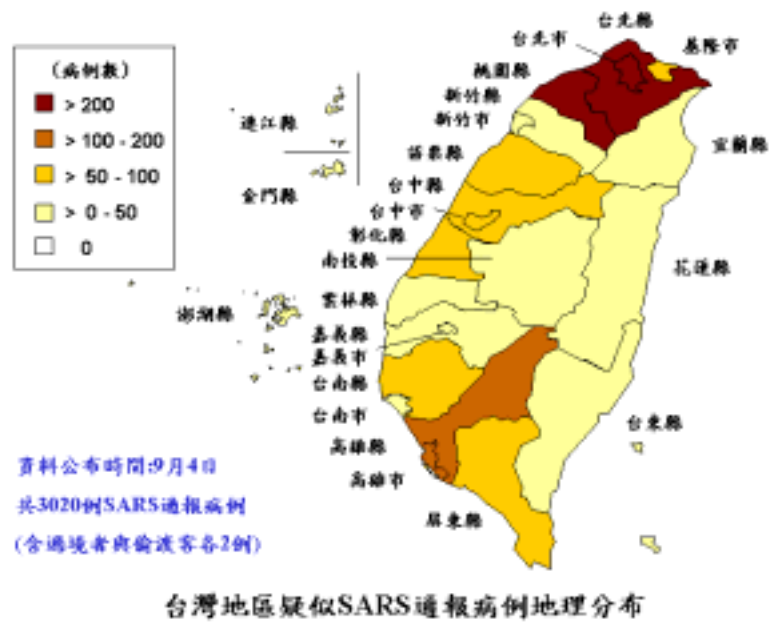


圖 3-16：台灣新增 SARS 可能病例地理分布



資料來源：衛生署疾病管制局

台灣地區自六月十六日起無確認的可能病例，今年截至九月十日止，共通報 3032 例，其中 668 例可能、1320 例疑似、1044

例排除。可能病例以北區最多 520 例（約 77.8%），其次是南區 109 例（約 16.3%）；年齡以勞動生產力高之 20-59 歲 434 例為主（約 65.0%），其次 60 歲以上 192 例（約 28.7%）。有 72 例可能病例直接死因為 SARS，分布以北區最多有 49 例（68.1%），其次是南區 20 例（27.8%）；致死率共約 10.8%，大部分死亡病例均為年長者，年齡在 60 歲以上之致死率約 20.7%。<sup>94</sup>（如表 3-3~3-4）

表 3-3：SARS 可能病例累計表（92/9/10 截止）

區別	病例總數（%）	可能病例死亡數（%）	住院病例總數
北區	520（77.8）	49（68.1）	
中區	36（5.4）	2（2.8）	
南區	109（16.3）	20（27.8）	
東區	3（0.4）	1（1.4）	
總計	668	72	

資料來源：衛生署疾病管制局

<sup>94</sup> 衛生署疾病管制局，<http://www.cdc.gov>，民 92。

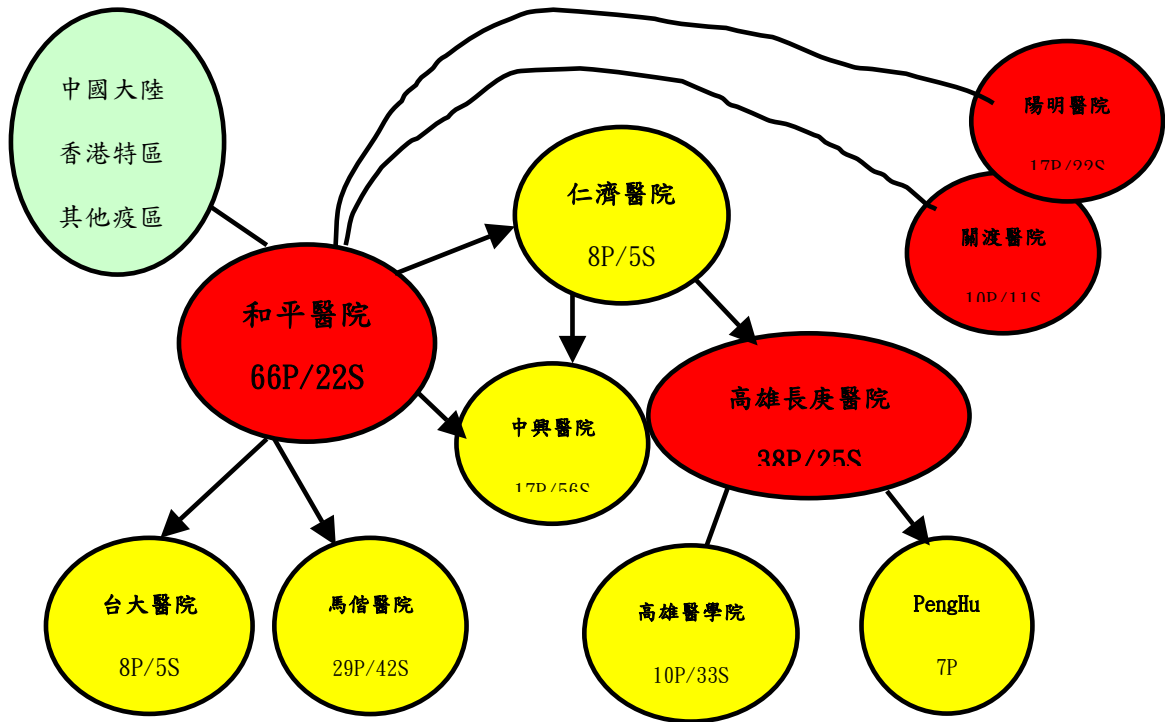
表 3-4：台灣地區 SARS 可能病例致死率累計表（92/7/24 截止）

	病例數 A	死亡數 B	致死率 B/A (%)
總共	671	72	10.8
性別			
男性	350	32	9.1
女性	319	40	12.5
年齡			
0-9 歲	14		
10-19 歲	28	1	3.6
20-29 歲	122	6	4.9
30-39 歲	107	5	4.7
40-49 歲	116	8	6.9
50-59 歲	89	12	13.5
60-69 歲	50	11	22.0
70-79 歲	93	20	21.5
>80 歲	50	9	18.0

資料來源：衛生署疾病管制局

流行高峰期介於四月二十日至五月二十七日，呈現雙峰現象均為院內感染事件引起的，第一次高峰主要是和平醫院及仁濟醫院事件，第二次高峰則是高雄長庚醫院事件。（如圖 3-17）

圖 3-17：台灣地區 SARS 連續突發流行關聯圖  
 March14-Apr.22 ↔ Apr.21 ↔ May15 ↔ May31 →



【P：表可能病例 S：表疑似病例 →：表強相關 —：表弱相關】

資料來源：衛生署疾病管制局

### 一、和平醫院 SARS 疫情調查分析

從人口特質、職業別、工作區域別與關聯分析等方式進行分析。將和平醫院院內聚集感染現象區分成潛伏期（4/9-4/16）、院內感染期（4/17-4/23）、關院期（4/24-5/8）與隔離期（5/9 之後）等四個感染分期。（如圖 1-7）

以院內聚集感染現象分期分析，和平醫院各病房在潛伏期均呈現接觸感染模式、至院內感染期則於 B8、B6 與 B9 先後出現群集感染現象，ER 在關院期出現群集感染的高峰，而 B7 在院內感染期與關院期均為接觸感染現象。

從致死率觀之，SARS 個案之致死率於院內感染期達最高，關院期後開始下降，隔離期發病之個案均存活。以職業別分析，護理人員、病患家屬、協助病患檢查的工友、清潔工與洗衣工為高危險群，侵襲率高低依次為：患者家屬、原於醫院就診的患者、護理人員、看護工與醫師。其中護理人員按照其工作區域別區分，其侵襲率由高至低依序分別為 B8、B6、B7 與 ER...等單位，B8 的 SARS 護理人員侵襲率高達 71.43%。

合併可能病例與疑似病例以工作科別進行分析，以神經內科最高、急診科次之。外包的工作人員，以洗衣房為最高、清潔人員次之，其餘均未發病。

和平醫院院內個案聚集感染現象發生的原因可歸結為：

(一) 未能在 SARS 病患抵達醫院的第一時間立即進行篩檢查驗其各項可能危險因子與接觸史，並且及第通知相關的檢驗與醫療單位進行適當生物安全防護事宜。

(二) 隱形傳播者在發病初期仍於醫院內執業，快速傳染給其他就醫患者與醫護人員。

(三) 非典型個案於病程初期難以判定，加上情緒躁動導致照護他的醫護人員遭到感染。

## 二、高雄長庚醫院 SARS 院內叢聚感染事件

高雄長庚醫院急診室於四月二十六日處理一位來自台北地區的女性病患，並將她安排於病情治療。四月二十八日，該女性病患出現呼吸困難，院方醫護人員在未弄清楚其接觸史前為其插管。在插管過程中，陳姓護士、吳姓與林姓醫師都被該女性病患的嘔吐物噴灑到。院方於四月三十日得知該女性病患曾在台北仁濟醫院就醫過，且從其症狀表現懷疑她感染到 SARS。於是，將四月二十六日在急診室與她接觸的 10 位醫護人員和四月二十六日至四月三十日在病房與她接觸的 37 位醫護人員全部隔離到病房區。

五月二日，替該病患插管的陳姓護士和吳姓醫師都開始發燒，林姓醫師則在五月三日發病並於五月十六日死亡。高雄長庚醫院的院內叢聚感染於焉開始。這一波總共有 52 位感染到 SARS，18 人死亡，死亡率 34.6%。

本次高雄長庚醫院 SARS 院內叢聚感染事件發生的原因約略可歸納為：

- (一) 醫護人員在 SARS 流行期間對其警覺性與認知不足。
- (二) 醫護人員未查驗 SARS 可疑病患之接觸史。
- (三) 醫護人員防護裝備穿著不正確。
- (四) 醫院的感染動線管制工作未確實做好。

### 三、其他醫院

其他像台北仁濟醫院因與和平醫院距離甚近，同屬萬華生活圈又極為熱鬧，人口聚集很多，而受感染，致關院處理。另外，台大醫院、馬偕醫院、中興醫院、關渡醫院、陽明醫院和高雄醫學院等，亦都是在此波 SRAS 遭院內感染的醫療單位，像乒乓球



的模式快速蔓延，隨著不知的民眾逐步散播出去，造成數名醫藥人員和民眾的犧牲。

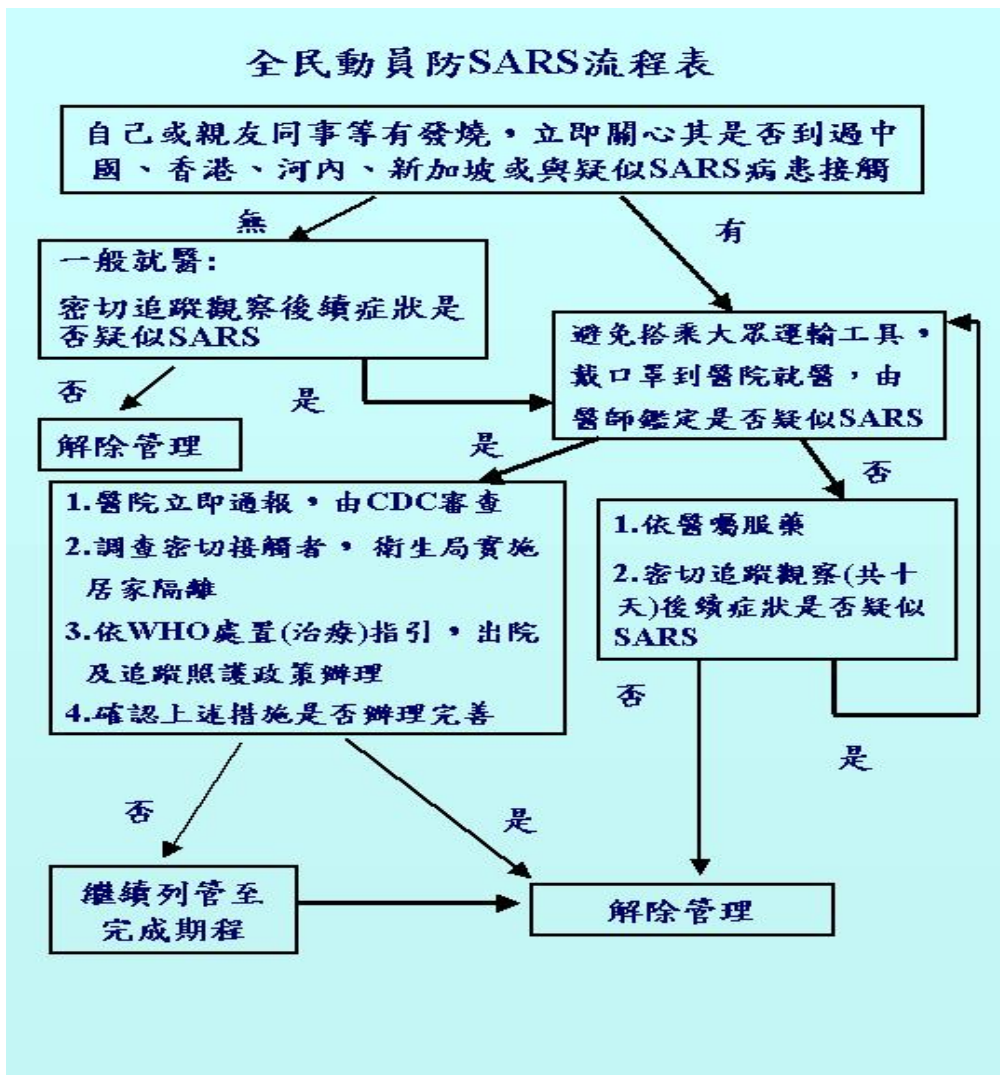
### 第三節 中央政府處置之情況及其優缺點

#### 壹、中央政府處置之情況

由表 3-5 分析得知，我國此次的防 SARS 作法亦與 WHO 規定及其他發生疫情國家大同小異；先察覺其有無發燒，再瞭解其是否曾到疫災發生的國家（地區），或與疑似 SARS 病患接觸，然後決定如何進一步處置，由醫院立即通報給 CDC 審查，按實際情況由衛生單位作調查及施行居家隔離，並依 WHO 的處置（治療）指引、出院的追蹤辦理。

A 級強制居家隔離者為醫院感染事件之接觸者，B 級強制居家隔離者為曾到過中國大陸等疫區而入境之民眾（不分國籍）。等於是預定將國外之危險因子和國內之觸媒份子全部阻絕住，另一方面積極治療感染之病患和作消毒的工作。以下是我國對各種級（類）別民眾施以隔離的成果：

表 3-5：台灣地區全民防 SARS 流程表



資料來源：衛生署疾病管制局

由表 3-6 之 A 級強制居家隔離追蹤管制統計表得知，內政部與衛生署的隔離工作是互為輔助性質，內政部得以動用警政系統的力量來協助完成，最後仍以衛生署的統計數字為主。其中發現以台北市、台北縣、高雄市、高雄縣和桃園縣等五縣市區佔最多數。

表 3-6：A 級強制居家隔離追蹤管制統計表（至 7/3 止）（92 年最新資料）

縣市別	內政部追蹤			其他（衛生署追蹤）			總計		
	應隔離 人數	解除隔 離人數	目前隔 離人數	應隔離 人數	解除隔 離人數	目前隔 離人數	應 隔 離 人 數 總 計	解除隔 離人數 總計	目前隔 離人數 總計
合計	19,408	19,408	0	50,407	50,332	75	69,815	69,740	75
台北市	10,916	10,916	0	13,927	13,886	41	24,843	24,802	41
高雄市	29	29	0	3,826	3,823	3	3,855	3,852	3
台北縣	6,788	6,788	0	6,724	6,711	13	13,512	13,499	13
宜蘭縣	14	14	0	553	553	0	567	567	0
桃園縣	397	397	0	5,128	5,127	1	5,525	5,524	1
新竹縣	28	28	0	1,160	1,159	1	1,188	1,187	1
苗栗縣	111	111	0	1,441	1,441	0	1,552	1,552	0
台中縣	87	87	0	1,539	1,539	0	1,626	1,626	0
彰化縣	160	160	0	848	848	0	1,008	1,008	0
南投縣	64	64	0	599	599	0	663	663	0
雲林縣	224	224	0	1,040	1,040	0	1,264	1,264	0
嘉義縣	111	111	0	699	699	0	810	810	0
台南縣	50	50	0	1,074	1,073	1	1,124	1,123	1
高雄縣	32	32	0	4,058	4,051	7	4,090	4,083	7
屏東縣	12	12	0	1,089	1,089	0	1,101	1,101	0
花蓮縣	61	61	0	1,526	1,526	0	1,587	1,587	0
台東縣	2	2	0	412	412	0	414	414	0
澎湖縣	11	11	0	375	375	0	386	386	0

金門縣	25	25	0	94	94	0	119	119	0
連江縣	10	10	0	155	155	0	165	165	0
基隆市	91	91	0	868	868	0	959	959	0
新竹市	48	48	0	614	614	0	662	662	0
台中市	72	72	0	1,270	1,270	0	1,342	1,342	0
嘉義市	15	15	0	582	580	2	597	595	2
台南市	50	50	0	806	800	6	856	850	6

資料來源：內政部與衛生署

備註：

- 一、有關內政部追蹤管制列管 A 級居家隔離者，因疾病管制局 5 月 27 日通知該局提供數據已包含台大、仁濟、健安、高雄長庚及高雄醫學院等醫院感染事件之接觸者隔離統計資料，與內政部原提供數據部分重複，爰配合予以修正。
- 二、台大醫院（2588 人）、高雄長庚醫院（2854 人）、高雄醫學院附設醫院（257 人）及奇美醫院（17 人）應強制居家隔離者，均已全數解除隔離。

由表 3-7 之 B 級強制居家隔離統計表得知，其應強制居家隔離人數總計 80,813，遠比 A 級強制居家隔離的總計 69,815 還要多，而目前應強制居家隔離人數計 15,562，實際掌握應居家隔離人數總計 14,092，實際追蹤掌握率 90.55%，未能全數掌握在當時之執行上的確是個很嚴重的問題和漏洞。

又從各縣市政府已開立違規處分書人數總計 318 人觀之（光台北市就佔 200 人），即知悉被強制居家隔離者的自我意識和反抗舉動之強烈以及存在僥倖、自私之心理，政府在此頑固抵抗、消極不配合政策或不遵循法令的執行困境下，亦施展了某種鐵腕的作法，獲得極大多數國民的肯定和喝采！

不過，在各縣市政府如火如荼的執行追蹤與強制居家隔離工作時，彰化縣以 51.58% 的超低實際追蹤掌握率、台南縣以 67.55%

的次低實際追蹤掌握率，是整體實際追蹤掌握率未能提高的主因，此二縣市衛生機關首長確應檢討轄區的執行不力之原因。

表 3-7：B 級居家隔離追蹤管制每日查訪情形統計表（至 7/3 止）（92 年最新資料）

縣市別	應強制居家隔離人數總計 《疾病管制局管制名單總數含境外》 (A) 累計數	已解除隔離人數總計 (B) 累計數	目前應強制居家隔離人數計 (A) - (B)	目前已實際掌握應居家隔離人數總計 (C) 累計數	實際追蹤掌握率 =C/(A-B)	強制居家隔離民眾身體狀況調查〔D〕 (有發燒或咳嗽等呼吸道症狀 人數總計) 當日數	縣市政府已開立違規處分書人數 〔E〕 累計數
小計	80813	65251	15562	14092	90.55%	0	318
台北市	14672	12280	2392	1787	74.71%	0	200
高雄市	4801	3808	993	992	99.90%	0	16
台北縣	18649	15272	3377	3336	98.79%	0	3
宜蘭縣	724	579	145	145	100.00%	0	4
桃園縣	7970	6421	1549	1498	96.71%	0	8
新竹縣	1486	1140	346	346	100.00%	0	5
苗栗縣	1339	1085	254	253	99.61%	0	0
台中縣	4821	3824	997	964	96.69%	0	2
彰化縣	3846	2646	1200	619	51.58%	0	4
南投縣	974	760	214	190	88.79%	0	0
雲林縣	1014	783	231	224	96.97%	0	9
嘉義縣	915	747	168	168	100.00%	0	3

台南縣	2262	1923	339	229	67.55%	0	9
高雄縣	2850	2282	568	566	99.65%	0	1
屏東縣	1696	1437	259	259	100.00%	0	18
花蓮縣	949	789	160	155	96.88%	0	18
台東縣	367	291	76	74	97.37%	0	0
澎湖縣	60	49	11	11	100.00%	0	0
金門縣	151	151	0	0	100.00%	0	0
連江縣	21	20	1	1	100.00%	0	0
基隆市	1538	1251	287	285	99.30%	0	4
新竹市	1584	1274	310	307	99.03%	0	0
台中市	5141	4041	1100	1100	100.00%	0	9
嘉義市	649	520	129	127	98.45%	0	1
台南市	2334	1878	456	456	100.00%	0	4

資料來源：內政部民政司

從表 3-8 強制居家隔離者服務辦理情形統計來看，除了心理層面的支持、家屬照顧服務外，物質方面像口罩、體溫計的發給、代為通知環保單位清運垃圾；經濟方面協助如：急難救助金共發出 20 件、九百四十萬元；隔離慰問金共發出 78,338 件、十億三千八百三十九萬元；死亡慰問金共發出 177 件、一億七千七百萬元等。可見動用的人力（尚有未登錄到的）之多，金額之龐大（尚未包括政府經常性支出的協助和民間的善款捐助），似乎不輸九二一震災。

表 3-8：強制居家隔離者服務辦理情形統計表（至 7/3 止）（92 年最新資料）

服務項目	服務內容	7/3		5/1~7/3 累計	
心理支持	電話關懷與諮詢(人次)	480		39,820	
家屬照顧服務	居家照顧服務 (人次)	8		6,034	
	機構臨時託顧照護服務(人次)	0		1	
經濟協助	急難救助(件數,新台幣/仟元)	3	180	17	760
	隔離慰問金(件數,新台幣/仟元)	4,240	17,318.5	74,093	321,076.5
	死亡慰問金(件數,新台幣/仟元)	0	0	177	17,700
其他生活協助	代為通知環保單位清運垃圾； 提供口罩、體溫計等	0		1,059	

資料來源：內政部社會司

備註：本表所列急難救助金係行政院中部辦公室核發。

我國亦緊急成立營區集中強制隔離區，專門供無法配合居家隔離或未能妥適居家隔離者強制集中隔離，合計楊梅弘武、苗栗大坪頂、台南埔光、高雄少康、高雄街光等五處，共計 826 人的容量。由表 3-9 統計知道；其中楊梅弘武的容量 252 人最大，使用率最高，其次是高雄少康 200 人，高雄衛光尚未曾啟用。

表 3-9：營區強制集中隔離狀況統計表（至 7/3 止）（92 年最新資料）

項目 營區	最大 容量 (人)	目前 容量 (人) (1)	現已 進住 (人) (2)	尚有 容量 (人) (3)= (1)-(2)	性別		身份別			解除隔 離累計 (人)	備 註
					男 (人)	女 (人)	台籍 (人)	大陸 來台 人士 (人)	外籍 (人)		
合計	826	817	70	747	40	28	42	28	0	1309	
楊梅 弘武	252	243	56	187	32	24	36	20	0	1019	九房 間損 壞
苗栗 大坪頂	62	62	0	62	0	0	0	0	0	94	
台南 埔光	170	170	8	162	6	2	2	6	0	30	
高雄 少康	200	200	6	194	4	2	4	2	0	166	
高雄 衛光	142	142	0	142	0	0	0	0	0	0	

資料來源：內政部警政署

遊民收容安置問題和遊民所引發的治安問題，一直是民眾及地方政府長期之困擾，在此次 SARS 災情發生時，遊民的四處遊蕩行為及其落腳處，成為防疫的死角和盲點，深怕他們會是被感染而變成帶源的一群。全國最大容量 912 人，已集中安置為 75 人，可掌握遊民人數 1,650（但現實遊民人數超過很多），僅台北縣、桃園縣、雲林縣等收容最多，而花蓮縣、新竹市則連收容處



所都未能洽商出來，可見該二縣市政府的執行力、配合度較低，參看表 3-10 遊民集中安置情形統計表即可瞭解。

表 3-10：遊民集中安置情形統計表（至 7/3 止）（92 年最新資料）

地 區	安 置 地 點	最大容 量(人)	已集中 安置 人數	可掌握 遊民 人數	備 註 (啟用時間)
合 計		912	75	1,650	
台北市	大直武崗營區	126	0	300	據了解該營區自 6/20 起不再收容遊民，未來將由市府統籌運用
高雄市	該市所屬遊民收容所	30	0	126	視實際需要再予安置
台北縣	林口鄉后坑台營區	120	32	300	5 月 16 日晚間
桃園縣	中壢崎頂營區	70	20	50	5 月 26 日晚間
宜蘭縣	懷哲復康之家等機構	8	0	5	均為簽約機構，平時已收容遊民
新竹縣	桃園仁愛之家附設等機構	15	0	9	均為簽約機構，平時已收容遊民
苗栗縣	私立海青老人養護等五機構	—	0	9	均為簽約機構，平時已收容遊民
台中縣	桃園仁愛之家等九機構	—	0	30	均為簽約機構，平時已收容遊民
彰化縣	四所機構	69	0	70	簽約機構
南投縣	南投仁愛之家等五機構	—	0	15	均為簽約機構，平時已收容遊民
雲林縣	同仁仁愛之家等四機構	70	21	28	依據該府 92.5.23 府社助字第 0920074435 號函

嘉義縣	私立心德慈化教養院	10	0	9	為簽約機構，平時已收容遊民
台南縣	心德教養院等三機構	130	0	50	該府 92.5.23 來表示，未來視需要再啟用
高雄縣	公設民營遊民收容所	50	0	134	依據該府 92.5.26 府社助字第 0920088484 號函
屏東縣	長治鄉德協營區(消防局管理)	30	0	30	5 月 19 日
台東縣	行政院衛生署台東醫院	80	1	75	為簽約機構，平時已收容遊民
花蓮縣	洽辦中	—	0	30	未定
澎湖縣	澎湖老人之家	2	0	0	為簽約機構
基隆市	基隆市臨時遊民收容中心與	24	0	40	為簽約機構，平時已收容遊民
新竹市	洽辦中	—	0	37	未定
台中市	東山路一段原組合屋	60	1	200	依實際需要再使用
嘉義市	財團法人嘉義博愛仁愛之家	10	0	5	為簽約機構，平時已收容遊民
台南市	遊民收容所	8	0	98	依實際需要再使用
金門縣	該府表示無遊民	暫無安置計畫			
連江縣	該府表示無遊民	暫無安置計畫			

資料來源：內政部社會司

備註：

一、確定安置地點者計 21 縣市（總收容量 912 人，已集中安置 75 人），未確定安置地點有 2 縣市，正由地方政府評估中。另地方政府平時已收容於簽約機構合計 406 人，目前繼續收容中。

二、對於集中隔離期滿之遊民，已請地方政府繼續輔導安置，有身分者通知其家屬領回，對於無身分、不願接受集中安置等遊民繼續成為街友者，地方政府將持續於定時定點辦理測量體溫、供應口罩等措施。

為防範可能發生 SARS 社區感染情形，進行社區疫情監控工作，再強化 SARS 防治，衛生署提出以下措施：（一）請各醫療院所對於疑有 SARS 症狀病人，應予隔離方式問診，及採取必要防護工作，並加強 SARS 疑似個案之通報，即時將相關資訊通報各地衛生局、本署疾病管制局。（二）由健保局配合各地衛生局

所，加強對出院病人之追蹤訪查工作，防範可能發生二次感染情形，造成防疫漏洞。

衛生署鑑於媒體報導 N95 醫療專用口罩因部分民眾、單位大量採購下，造成缺貨，以致於醫院第一線可能直接接觸 SARS 病人的醫護人員及相關工作人員，無法得到充分供應，而生恐慌，因此協調獲得國內外廠商陸續供貨，提供統籌調度使用，並建立安全存量制度，請第一線的醫護工作人員安心進行 SARS 醫療防治工作。此外並再次呼籲一般民眾，並未直接近距離接觸 SARS 病人，請使用一般外科用平面口罩即可，請將 N95 醫療專用口罩留給在第一線從事醫療的醫療人員與工作人員。

為有效強化 SARS 防治工作，衛生署已針對一般民眾、醫護人員、醫療機構等常見違反傳染病防治等相關法令之違法事項與其處罰：對於違反 SARS 防治作業之行為、事項，可依據違法事實，分別依據傳染病防治法、嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例、刑法予以重罰。衛生署對於民眾在居家隔離期間，居家環境衛生應注意事項：盡量保持空氣流通、保持居家環境衛生。衛生署要求各地衛生局配合警政、社政單位，加強落實居家隔離措施，對於 SARS 居家隔離者是否發生 SARS 疑似症狀應提高警覺。地方政府如基於疫情防治需要，將強制居家隔離時間延長為十四天，中央政府則表樂觀其成。

## 貳、我國處置 SARS 疫情之優點

現今整體國家的重大防疫經驗雖不足，防疫政策的制定亦屬緊急，但執行的方向是正確的，舉如：以發燒 38.5 度 C 做為強制隔離的初步分界點，並要求醫院設立發燒篩檢站，由衛生、民政、

警政、消防等系統執行監測，結合戶政的人口地址資料，迅速的掌握個案形跡，機場的測量體溫和發放居家隔離書、港口的檢疫措施，使得國家境內外皆能控制在有效的防疫工程裡。

在沒有 WHO 的直接、充足的指導協助下，又屢受中國於國際會議的蠻橫欺壓阻撓下，能夠間接搜尋有效的其他先進國家如美國、新加坡、香港、越南、加拿大等國的資訊，投注在慌亂又嚴重的疫災時空中，回顧政府的戮力執行以及大多數民眾的配合，還有宗教團體、民間公益機構、企業界的鼎力幫忙，應該是此次 SARS 災情能夠壓抑和控制下來的最大原因。

### 參、我國處置 SARS 疫情之缺點

正當疫情升高，全國兵荒馬亂之際，總有一些拒絕配合的害群之馬，除了妨礙抗災大事外，更讓政府投入許許多多不必要的人力物力和財力。另外，過度的講究民主政治，政黨政治的不成熟，政黨私心、和誤判形勢，凡事將之泛政治化，把抗疫事務當成選舉浪潮，往往是政策的論辯，卻變成無聊的口水之爭，令人民極度厭惡，也讓抗疫減損了許多寶貴的戰力。

其他像新竹市市長林正則公然的在媒體宣佈，抗拒隔離病患移往新竹市的署立醫院醫治，實在是自私過度和缺乏防疫整體觀，相對於雲林縣縣長張榮味的振臂疾呼、大力支持中央政府，並募款一百萬元，贊助台北市的救災抗疫工作，其眼光之遠和情操之偉就令人感佩。

### 肆、結語

SARS 感染的幾個地區比較，越南是最早被 WHO 認定外人可以安心旅遊的地區，新加坡則是 WHO 認為防治 SARS 最徹底和最有效果的國家。吳作棟總理去美訪問時，美國 CDC 公開讚揚，沒有新加坡政府想做而做不到的事項。香港受災慘重，但是到四月中旬以後，也逐漸走出困境。多倫多脫離了被警告不宜旅遊地區。即使在中國大陸，北京在五月中下旬之後，通報病例也快速下降。只有台灣反其道而行，變成唯一疫情越演越烈的地區。以上各地區政府型態各異，因此很難從不同體制得出結論，認定何種最有功效。

但是台灣防疫與其他各地經驗反差太大，不能不令人反省台灣民主的特殊性。自一九九〇年代初，台灣與新加坡兩地的現代化歷程，在某種意義上，成為中國未來現代化發展的兩種方向。台灣充滿自由活力，民主選舉有模有樣，但是人民法治精神欠缺，而民粹主義大行。新加坡政府主導一切，人民自由度頗受限制，可是其法治精神深入人心，不令可行。經過十多年來的競爭，台灣與新加坡兩者，何者更有吸引力，更有適應挑戰，在 SARS 的考驗下，新加坡的防疫成果較佳。台灣由於朝野事事政治掛帥，不能貫徹政府執行能力，不能提升人民守法公共精神(Public Spirit)，因此在防疫效果上不佳。

## 第四節 地方政府執行之成果評析（以彰化縣為例）

彰化縣在執行 SARS 的過程與全國其他縣市一樣的慌亂和無序，雖然縣內之醫院診所未傳出陽性疫情，但光忙這些居家隔離

與疑似個案的消毒工作，就已經人仰馬翻了，更遑論像北高二市醫院的疫災控制工作了。

縣政府結合了衛生、環保、民政、警政、消防、財政、社政、醫療和教育等單位，組成一個因應 SARS 疫情緊急應變小組，(如圖 3-16) 建立跨局處室協調與分工機制，由縣長擔任召集人、副縣長、主任秘書擔任副召集人、衛生局長擔任執行長。可分為九組分任事務：<sup>95</sup>

一、疫情監視組：(一) 執行個案處理、檢體送驗、疫情調查追蹤、協調醫院相關事項、高危險群接觸者或旅客追蹤、隔離病床監控調度等事項。(二) 對一般性居家隔離個案，轉介民政局、社會局、警政局、環保局處理。(三) 注意及督導醫院等高危險機關實施健康監測。

二、救護車組：由消防局提供救護車並統一調度，消防局配合載送到院前之個案，必要時請警察局實施強制措施。

三、施藥消毒組：(一) 由環保局及公所對社區、一般民眾或大面積之消毒 (二) 封院事件時全面消毒。

四、衛教宣導組：(一) 由各局處室規劃轄屬種子教師課程，衛生局予以授課後，再由各局處室對於轄屬進行衛教宣導 (二) 轉知所屬單位及團體，配合衛生單位實施相關疑似個案密切接觸者居家隔離措施及衛教宣導。

五、居家隔離組：(一) 由民政局、社會局與公所對居家隔離個案，提供相關設施、服務及必要時之送餐、住宿服務等，必要時由警察局實施強制管制 (二) 居家隔離所產生的傳染性廢棄物由環保局及公所處理。

六、勞資救助組：(一) 由勞工局對 SARS 個案及居家隔離個

---

<sup>95</sup> 彰化縣縣政府，〈因應 SARS 緊急應變業務分工〉，《防治 SARS 標準作業》，民 92.5，頁 5。

案，提供勞資協調等相關服務（二）由社會局對對 SARS 個案及居家隔離個案，提供社會救濟或社工等相關服務。

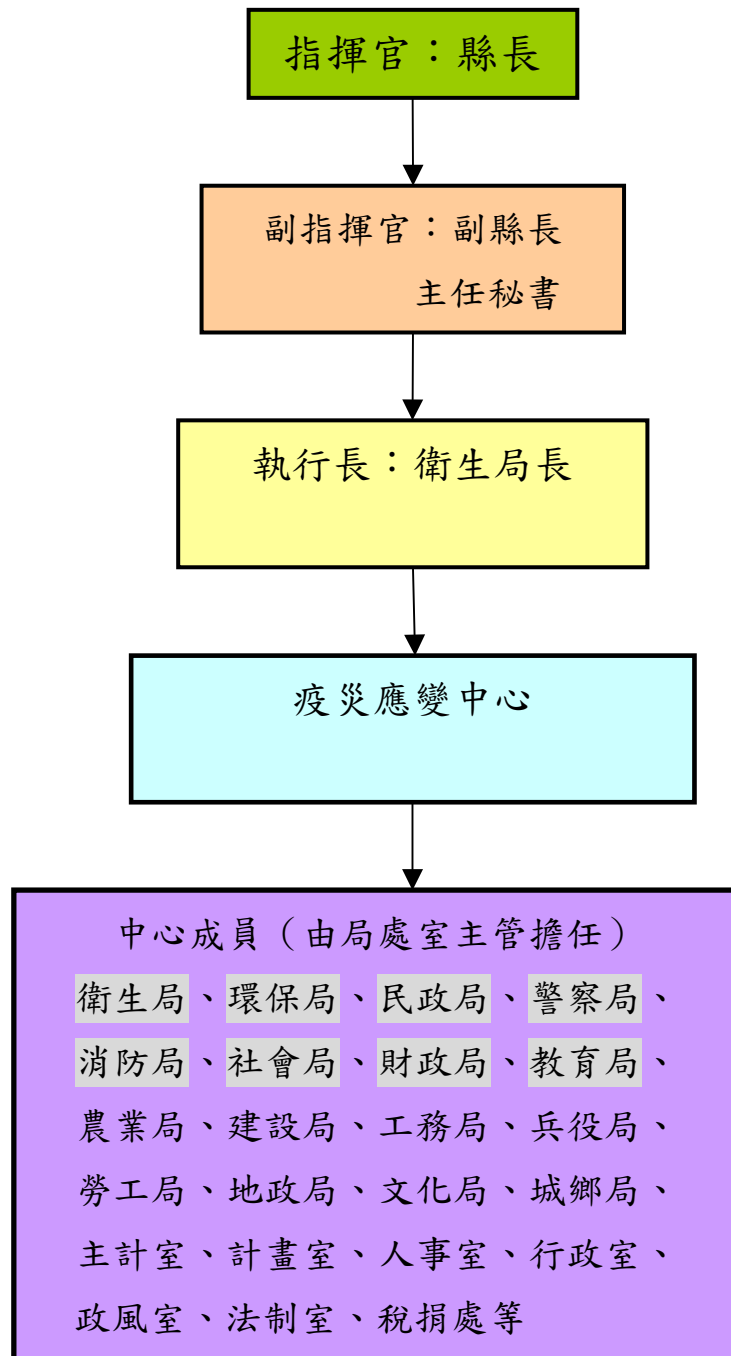
七、行政支援組：（一）配合疫情緊急經費動支（二）必要時申請國軍兵力支援疫災事宜（三）協助各單位工作人員調派及加班事宜、協助公務人員停止上班相關事宜及疫區旅遊管制等事宜（四）協助建置疫區遠距視訊設備（五）辦理疫災所虛物資採購、負責疫災應變中心及疫災現場指揮之膳食供應、規劃疫災應變中心之場所與設備（六）稅捐減免或緩繳（七）協助與疫災相關法規之解釋與處理、消費者保護及法律訴訟協助（八）災區緊急資料收集。

八、媒體公關組：（一）加強對媒體的衛教宣導與合作，使其有正確的知識，以提升民眾的認知與防治觀念（二）疫情新聞資料聯繫發布（三）媒體輿論適時反應通報。

九、遺體處理組：由民政局訂定相關計劃，達成迅速處理屍體的目的。

縣政府緊急應變小組做了一系列由行政院衛生署（疾病管制局）交辦與聯繫的縣內防疫工作，全面總動員，按照行政院衛生署所有規定和實際情況去執行。從上一節所述之各種強制居家隔離與輔導安置等數據即可洞悉期間之辛苦和充滿挑戰性。

圖 3-18：彰化縣傳染病疫災應變中心組織圖



資料來源：彰化縣政府

茲分述彰化縣政府各機關單位業務分工執行的成果與概況：



## 壹、衛生單位執行之工作

### 一、防疫工作

(一) 啟動疾病監測通報系統及制定防治機制。

(二) 採檢體送驗及病原追查工作、送病患住入負壓隔離病房及完成採檢、追蹤病患曾就診醫院及密切接觸者，對有症狀之接觸者採檢、及對於疑似個案密切接觸者親屬及醫護人員採取隔離措施。

(三) 辦理個案及接觸者之採檢工作，將醫療單位所採人體檢體及相關資料送衛生局，再填具送驗單，連同檢體送疾管局檢驗，辦理病例調查，進行疫情研判及處理。

(四) 主動監視轄區內醫療院所、學校等團體，疑似個案通報及處理，負責疫區及疫區收容所居民之衛生保健宣導工作。

(五) 動員食品衛生稽查人員，掌握疫災地區食品衛生狀況。

(六) 加強醫護及工作人員防護及民眾衛生教育宣導，編製及提供相關資訊。

### 二、緊急醫療照護

(一) 動員消防局指揮中心，提供 SARS 疑似個案專用救護車，載送醫療院所之疑似病人。

(二) 安排 SARS 疑似個案至指定治療醫院（行政院署立彰化醫院、彰化基督教醫院、彰基二林分院、秀傳醫院）住院治療。於必要時徵用私立醫院或公共場所設立臨時醫療場所，並徵調民間醫事人員協助防治工作。

(三) 負責疫災地區緊急醫療照護及心理衛生輔導，及統計病患和送醫人數，隨時通報縣府與上級相關單位。

三、舉行跨單位部門的協調溝通，召開定期協調會及不定期緊急協調會，解決其他相關防疫醫療救護支援事項。

## 貳、民政單位執行之成果

一、成立疫情緊急應變小組，通知各編組人員進駐作業，受理入境專案居家隔離個案報到、追蹤訪查業務。轉知相關單位及團體，有關疑似個案密切接觸者配合衛生單位實施居家隔離措施。

二、發動村、里、鄰長全面動員協助通報與發燒篩檢活動，督導各鄉（鎮、市）公所協助辦理村、里、鄰長組訓及辦公處張貼宣導海報，協助衛教防治事宜。

三、督導轉發寺廟、教會、古蹟張貼宣導海報，協助衛教防治事宜，並配合勿前往大陸等疫區進行宗教交流等活動。

四、因 SARS 可能病例致死之屍體，應於 24 小時內入殮並火化處理。

## 參、警察單位執行之成果

一、由警察局及所屬分局成立緊急應變小組，通知各編組人員進駐作業，統籌疫災指揮管制，協助追蹤高危險人士（航空旅客、疑似 SARS 個案）工作，提供聯絡電話，後續追蹤。支援衛生局、社會局、民政局等單位執行強制就醫隔離、強制居家隔離等工作。

二、執行拘留大陸人士或非法外勞，臨時留置人員每日統計回報和防護措施。對於查獲之偷渡客量體溫或發燒者聯繫衛生單位協同處理。

三、對於 SARS 個案及其接觸者違反傳染病法等相關法令時之強制配合，或協同衛生、民政單位給予罰款處置。協助屍體處

理及勘驗事項。

四、加強巡邏，防止宵小趁機不法與作奸犯科、於疫區實施交通管制，維持疫區良好秩序。

五、轉知所屬單位及團體，配合運送衛生單位實施疑似個案密切接觸者居家隔離措施。

## 肆、消防單位執行之成果

一、成立緊急應變小組，通知各編組人員進駐作業，消防人員二十四小時準備，消防車隊全面待命，提供器材及裝備支援衛生單位和緊急救護人員。調派救護車及救護人員協助將個案送至醫院。

二、轉知所屬單位及團體，配合運送衛生單位實施疑似個案密切接觸者居家隔離措施。

## 伍、環保單位執行之成果

一、成立緊急應變小組，通知各編組人員進駐作業，於疫災現場成立環保工作站，進行垃圾清理、轉運，辦理環境清潔及消毒工作。

二、對於居家隔離者之感染性廢棄物依規定分類處理。

三、飲用水水源水質抽驗管制，或暫時通知封閉水源與拆除有礙衛生之廢棄物及其相關設施。

四、轉知所屬單位及團體，配合運送衛生單位實施疑似個案密切接觸者居家隔離措施。

## 陸、其他單位配合執行之成果

一、戶政單位快速、正確配合公部門查察民眾資料，對人口異動的積極掌握與通報。

二、兵役局申請國軍兵力支援疫災事宜，協調聯繫軍方支援人力、器具物資之提供。

三、社會局提供救災物資、裝備及器具等，如食物、飲用水、衣物等必需品。設置捐款專戶，彙整民眾捐款及物資，並將物資分送至疫區，疫災居民之緊急收容規劃，督導各托兒所、安養機構及其他特殊機構，配合辦理疫情監視及宣導，配合衛生單位進行居家隔離家戶之生活照顧事宜，強制遊民之安置、就醫。

四、農業局加強漁撈業者健康監測。教育局督導國民中小學配合辦理校區疫情監視及宣導，遵照疫情通報及停課作業之標準辦理。

五、勞工局督導各雇主機構，於發現外勞有感染症狀者，立即聯繫當地衛生單位。對 SARS 個案及居家隔離個案，提供勞資協調等相關服務。

六、自來水公司第十一區管理處對感染或疑似感染之水源進行管制，協助對感染或疑似感染之水質予以採集送驗，並辦理飲用水之消毒措施。

七、彰化縣後備司令部協助後備軍人防治 SARS 及緊急疫情支援。

## 柒、值得探討或改進的地方

彰化縣雖然組成一個因應 SARS 疫情緊急應變小組，而建立跨局處室協調與分工機制，並由縣長擔任召集人、副縣長、主任秘書擔任副召集人、衛生局長擔任執行長，立意極佳，但在實際執行上，執行長並非醫界出身，對於傳染病之抗制純粹陌生，且凡事皆要仰賴其部屬防疫課課長（是醫師）來擔當，在該執行長

外行領導內行，及該課長職位低責任高的情況下，抗疫工作及協調溝通勢必困難重重，難怪執行效率偏低。

各局處室和衛生局其所屬 27 鄉鎮衛生所之工作人員，強烈感受到指揮系統的雜亂，指令的多元而莫衷一是，朝令夕改更是常事，醫療院所的消極配合，衛生所的部分醫師兼主任莫不關心、反應慢半拍；只顧看病領群體醫療獎金，而對於公共衛生的業務既不深入瞭解亦不關心正視，導致防疫業務主辦人員（非醫師）在得不到直屬主管的支持（其他同仁當然不會理他），又得不到上級主管的關心，執行起來勢必格外的艱難和無效益。情況極類似擔任執行長的若得不到召集人縣長的鼎力支持，則跨局處室協調與分工機制亦必定功能大打折扣。

為解決上述的兩大問題癥結，以發揮跨局處室協調與分工機制的功能，與激勵整合衛生局其所屬 27 鄉鎮衛生所之醫師兼主任及工作人員的士氣，有必要調整衛生局長（執行長）為醫界學者，確立其專才專職，以內行領軍，並實際調派有經驗有責任的醫事人員分任衛生所主管，因為大部分的醫師皆非在地人，對地方事務不熟稔、對公衛業務不投入，只顧看病賺錢，衛生行政陌生，且流動率大；而其他醫事人員剛好情形相反，稍加培植適合創造衛生所的雙贏前景—既有醫師專心看病，偏遠民眾不愁就醫問題，又可以兼顧專才領導衛生防疫工作，將醫療與公共衛生分流合進，加強其他同仁間的向心力，提高衛生團隊的工作效能，完成抗 SARS 等疫災的艱困使命，似為國家締造醫療與公衛並重的一個可行方案。



## 第四章 全球化下防疫的新觀念

### 第一節 結構層面的改變

#### 壹、疫情瞬間流竄世界各國，及在各國區域內傳播

從第三章圖 3-3 至 3-9 我們知道此次 SARS 之疫情乃由單一國家的案例到全球性的蔓延。正如世界日報社論披露，非典型肺炎始於去年十一月的廣東佛山市，不久蔓延附近各區，以廣州的災情至為嚴重，深圳市次之。

中國政府當時忽視疫情，且農曆新年將近，不想公布不吉利的訊息。到今年三月，疫症蔓延至北京，但剛好人大政協開會，政府更是瞞報疫情，害怕散布不愉快的消息。無可否認，中國大陸至今仍是一個大不開放的社會，因此這種疫情，亦不太容易開放出去。<sup>96</sup>以上給予大家的訊息正是原由單一國家的防疫工作演變到跨區域性、全球性的防疫工程。

在抗疫過程當中各國莫不卯足全力，動用所有資源與請求世界衛生組織來支援，由過去單一部門防疫即可撲滅，到此次需要跨部會的共同參與防疫始能順利完成。同時，其結構已隨著全球化的進展而大大改變了。就如同紀登斯(Giddens, 1990)認為全球化是現代性動力造成的結果一樣，<sup>97</sup>以技術知識來整合物質資源

---

<sup>96</sup> 世界日報社論，<http://www.cna.tv/stories/specialreport/index>，2003。

<sup>97</sup> 林庭瑤譯，Kate Nash 原著，《全球化、政治與權力：政治社會學的分析》。台北：韋伯文化出版公司，民 92，頁 64。

和社會環境之專家系統；像醫師、心理學家、工程師、建築師等有助於現代性的反思性，有助於監督我們所知的知識，以及能做出讓日常生活得以進行的決定。因此，防疫的結構層面確實已經完全改變，提早調整和重新佈局，才是對抗未來疫情的寶劍。

## 貳、醫病關係的瞬間轉變

一直甚受病患依仗的醫療人員，長久以來，扮演著醫病照護的角色。但隨著疫病近距離、高濃度病毒傳染之特性，醫療人員極易快速被感染，而後瞬間變成患者，除了無法再度扮演好好照護病人的角色外，亦恐怕轉為傳染源。醫療人員從控制疫病者變成傳染者，連帶著整條醫療陣線，一時之間淪陷成隔離區。從台北市和平醫院和仁濟醫院的關閉與隔離、高雄長庚醫院部分醫護人員被隔離事件，還有醫護人員不幸被感染死亡等，可以證實醫病關係的瞬間轉變令人無可奈何！

## 參、健全醫療暨轉診體系的迫切性

台灣由於實施家庭醫師制度的未見成效，導致無法作好第一線防衛工作，病患動輒逕往醫學中心，造成大型醫院的恐慌和無謂的資源浪費，今後確實實施分層級的醫療作法，才能有效改善此種亂象。

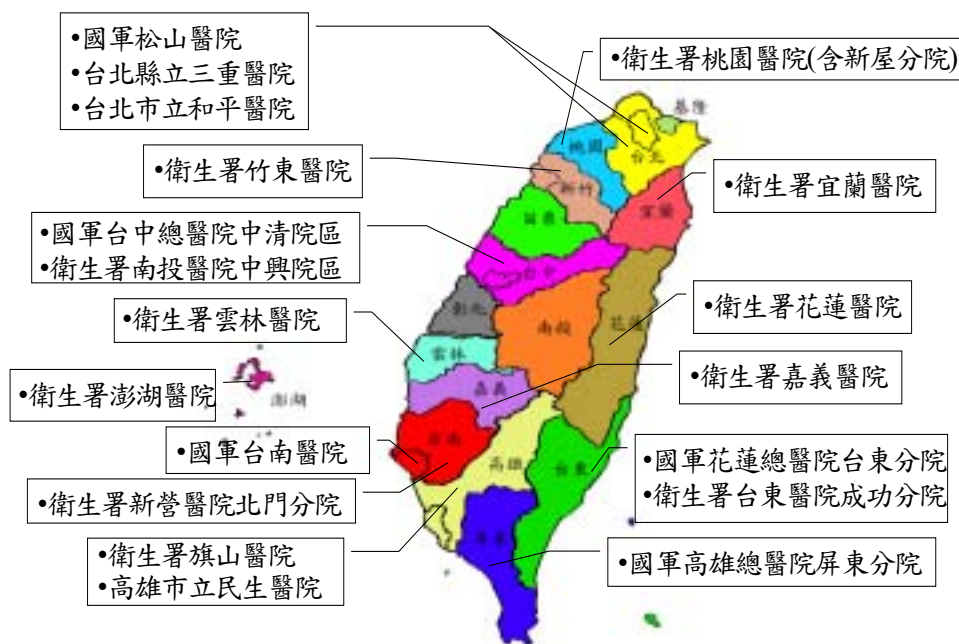
由基層醫療單位作好快速的檢視動作和轉診至適當之醫療機構和隔離專責措施（如圖 4-1 所列醫院），應會減少民眾之慌亂與不安。同時讓病患得到最妥善的照護，減輕其他醫療院所的負擔和無謂的資源浪費，在醫療體制中建立良好的專責制度，重拾社會大眾對醫療機構的信心。



由過去消極的圍堵觀察守密而使民眾不信任、拒絕配合，到現今應予積極的、公開的、參與的醫療診治，始能換取社會大眾的支持與鼓勵。十九家感染症防治醫療網一啟動，無疑像各地的「醫療土地公廟」一般，鎮定了全國人民的心，也鎮定了全國醫護人員的心。

圖 4-1：台灣感染症防治醫療網啟動醫院分布

### 19家感染症防治醫療網啟動醫院分布圖



資料來源：衛生署疾病管制局 SARS 專區，[www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw)。

## 肆、整合健保體制規劃醫療與預防保健並重

健保制度的適時調整與全力配合加入防疫工作行列，作為抗疫的後勤資源部隊，提供病患與醫療間的正確訊息，將是不可或缺的陣容。醫療區域的劃分與健保局現行的六個分局區域做整

合，規劃醫療與預防保健並重的健保制度。由健保提供財務槓桿，引導醫院朝向重症醫療和整合社區醫療發展，同時也落實家庭醫師及分級轉診制度；由基層醫師團隊與衛生所組成社區公衛群，配合衛生署於地方成立社區防疫篩檢站，結合社區醫療資源，執行社區防疫業務，強化社區公共衛生的責任，建構基層醫療照護體系。

## 伍、重新賦予公立醫院的角色與功能定位

公立醫院的角色與功能與私立綜合醫院須加以區隔；公立醫院必須執行政府衛生政策，提供弱勢族群、偏遠地區民眾、老弱殘障團體及傳染病、慢性病、精神病等特殊疾病患者適切及可近性高的醫療服務。

此次 SARS 疫情爆發流行，公立醫院適時的發揮其角色與功能，擔負起其他私立醫院不願承作之高危險任務，全力配合政府政策，始得突破困境，有效控制疫情。因此，公立醫院之任務功能應具高度公益性之考量，摒除現行部分醫療機構以營利為目的、市場為導向之風氣，落實政府政策與公共任務，均衡醫療資源分布及照顧弱勢族群。

在確保醫療品質及病人安全方面，須建構以病人安全為中心的就醫環境，積極做法上包括推行畢業後一般醫學訓練，強化全人醫療概念；推動全責護理制度，改善國人陪病文化；進行醫院評鑑制度的變革，以扭轉現行醫療體制的偏離，建構全人的、安全的醫療環境。

## 第二節 認知層面的澄清

### 壹、防疫非單一國家或單一部門所可勝任

全球化不只是強調國與國之間關係的擴展，更強調整個世界在時間與空間上的壓縮，以及一種全球意識的產生。時空的壓縮，意味的是，在世界一角發生的事對世界另一角的任產量了立即的影響。<sup>98</sup>

二十一世紀最重要的經濟發展趨勢是全球化，全球各地的資源與人力流通無礙，有助於效率提升。但是 SARS 之所以會對經濟產生這麼大的衝擊，主要也是因為全球化使得地球村的生產活動都唇齒相依。SARS 要怎麼對付呢？要隔離、減少接觸。何謂隔離？隔離其實就是一種反全球化，減抑人員與資源的流動。以往反全球化的理由，大多是比較社會主義的論點，強調競爭將不利於弱勢的生產團體。SARS 的出現卻凸顯另一種全球化危機：如果在全球各地自由流動的，不是有利的機器資金而是有害的病毒，那要如何？

全球化下，病毒比其他物原更容易貫穿每個國家疆界，且進行得無影無蹤，讓人類防不勝防。由於防疫工作不是任一國家或者任一部門所可單獨勝任，國家和部門必須革除自掃門前雪的自私觀念，重新思考主動與世界其他國家或其他機關部門通力合作的必要性。

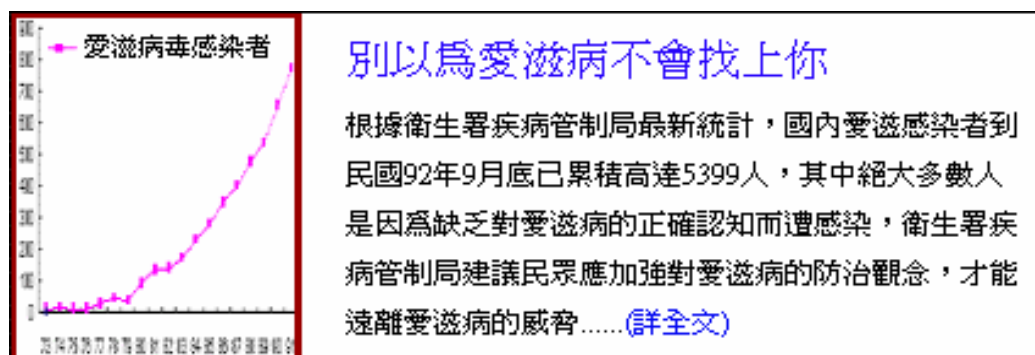
---

<sup>98</sup> 章英華編著，《社會學》。台北：國立空中大學印行，民 90。

## 貳、疫病非任一個人或族群所可倖免

如圖 4-2 所顯示，台灣在民國九十二年九月底已累積高達 5399 人感染愛滋病毒，短短幾年次幾何級數倍數，這是官方可得統計到的，另外，得病黑數尚不計其數，而全世界的感染人數亦高達九千萬人口、每年死於 AIDS 者有達三百萬人之多，<sup>99</sup>遍佈五大洲（與 SARS 一樣）與每一族群、種族、性別、年齡等，數目成長之驚人與旅遊觀光頻繁有絕對的關係；事實亦顯現全球化下另一病毒快速傳染的實證，同時亦強烈告訴人類：疫病非任何一個人或族群所可倖免，別以為下一個不會輪到自己。因此，每一個人與族群皆應遵守地球國民的義務，才能共同對抗各種疫病的威脅。

圖 4-2：台灣感染愛滋病毒曲線圖



資料來源：衛生署疾病管制局 SARS，[www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw)。

## 參、防疫工程構築了地球村

由於疫病無國界，在抗疫的過程中，防疫工程在有形、無形

<sup>99</sup> 世界衛生組織(WHO)，[www.who.int](http://www.who.int)，2003。

中已構築了一座地球村。在整個村莊地球裏，分別有一些長老（各國領袖），在頭目（世界無形領袖）的領導之下，各司所職，帶領著全村莊的人民共同對抗外敵的入侵。此次 SARS 成了這個世紀的大瘟疫，染病人數超過四千，其中絕大部分出現於華人聚居的中國大陸、香港，佔受感染人數的八成以上，小部分出現於新加坡、台灣，部分地區如加拿大、越南等。處置的態度出現兩極化，即中國大陸與香港因為愛面子而隱瞞病源，拖延邀請世衛人員來港和擬定救市方案及措施，延遲學校停課及居家隔離。反觀在新加坡，一早公布疫情，提升警覺，以果斷的態度，去宣告停課，隔離措施，並撥出一億美元的即時救市基金，將染病人數控制於百多名以內。<sup>100</sup>至於台灣，作法亦開誠佈公，全力做好停課，隔離與治療的措施，提高警覺程度，擴大預防範圍，而澳門，在兩岸四地中創造奇蹟，無一人受到感染。所以從 SARS 流行的防治得到了寶貴的經驗：認知誠實是最好的政策，欺瞞和固執只有使事情更加嚴重罷了。

#### 肆、抗疫時期，認清「生命共同體」觀念之迫切性

人類當知「全球化擴散疫情」之微生物遍布各地，它們比人類早出現於地球上，數量遠比人多，對人可能有利或有害，而均為自然環境與食物鍊的一部分，均求生存。號稱萬物之靈的人類，應謙虛地學習與他物共存。對於被隔離者或患者，需要「愛在瘟疫蔓延時」，亟需大家有「積極樂觀、守法」的心態。人對隱形的風險較害怕，SARS 病毒看不到也摸不著，恐慌是正常的；正確的了解和防範，加速診斷和判定、確認和監管隔離者遠比大規模噴灑消毒藥水重要；防範 SARS 最佳之道還是注意衛生、多洗

---

<sup>100</sup> 同註 89。

手；避凶者諸如請辭的醫護人員，或視居家隔離者如瘟神，大可不必。應該學習葉金川教授和不少醫護者—如無國界醫生組織的厄巴尼醫師犧牲生命而適時警告世界和匿名捐款億元的企業家。

行政院提出「不問責任，只問缺口」，胸襟和善意可佩，媒體應當救災優於黨派小我利益，宏觀而言，在 921 和 SARS 等的空前大災害，不論個人或社會，我們應該更加認清「生命共同體」之迫切性。從表 4-1 調查資料瞭解到民眾普遍認知的歸因；不論是台灣或者香港，歸因居第一位的都是大陸隱瞞疫情，分別為 74.8% 和 70.2%。至於與大陸交往頻繁，則都占第三位，分別是 63.1% 與 58.2%，與比率第二高的因素幾乎不相上下。可知大陸與台灣、大陸與香港、香港與台灣也已經形成區域的「生命共同體」，儘管兩岸尚有意識型態歧異，但疫病的傳播卻是不分國界和統獨之際，中國大陸當局實在應該認清此點，否則想要改善台灣與香港人民對之觀感和印象是很難做到的，更遑論其他的支持及認同。

表 4-1：SARS 形成嚴重問題的歸因（%）

	台灣	香港
與大陸交往頻繁	63.1	58.2
醫院處理不好	63.2	41.4
環境衛生不好	34.6	59.1
民眾習慣不好	51.1	53.7
政府處理不好	48.5	53.4
電視報導誇張	44.4	18.6
大陸隱瞞疫情	74.8	70.2
其他	8.3	2.3

不知道	3.2	3.8
-----	-----	-----

資料來源：瞿海源等，〈SARS 社會情勢調查報告〉

## 伍、類 SARS 傳染病必須納入「全球治理」內涵中

SARS 是一個可得預見而有傳染的疾病，其對台灣地區有立即而重大的危險性。我們衛生機關看此問題時，一直停留在病源屬大陸行政地區的封閉認知內。殊不知，全球化的結果，領域的界線逐漸模糊，行政認知的事項也變成超領域共同關切的公共議題，特別是像類 SARS 傳染病性質的課題，必須納入「全球治理」的內涵中。衛生機關因應這類課題，缺乏全球治理的觀念。兩岸通商觀光是台灣朝向全球化發展特有的現象，我們的政府官員必須在認知上將全球化下的任何相關事項納入到公共行政的考量範圍內。

面對一個全球化的世代，政府必須要作到充分掌握與有效運用資訊。如果無法與時並進，必同時形成決策遲滯，這是一個嚴重無能的象徵。因之全球化另一個特徵是地方政府也構成為公共政策制定的權力中心之一。換言之，公共政策的權力中心，中央與地方政府共享。

在這次 SARS 的事件中，台北市成為最早受到病毒侵害的地方，其應在情勢的特別需要下，有劍及履及對應之策，宣布台北市為傳染病警戒區，提高市民的警覺性與預防性，亦即地方政府在全球化的時代裡，有其自主與自治更寬廣的權限，歷經此次 SARS 的事件後，也為作好全球治理之課題，我國中央與地方的權限有重新釐清與劃分之必要性。

### 第三節 執行層面的調整

#### 壹、積極找出事情真相，提出制度性改革之建議

國內外學者根據研究分析，合理假設 SARS 很可能再復發，而患過此病者在本島亦不足千人，因之絕大多數人並無免疫力，一旦再次流行，致死率仍高，目前應保持戒慎恐懼，才是正確態度。

我們該如何做才可以消彌日後大流行？愚人從自己的痛苦經驗中學習，但聰明人採取別人的經驗。此次瘟疫襲台造成六百多人罹病，八十多人死亡，經濟受到重創，是極大教訓。應由教育部、國科會或衛生署撥經費，給予學術團隊，在較短時間內，找出各種事情之真相，並衡量其對錯，以提出制度性改革建議。

首要工作為發覺事件之真相，例如在三月初衛生署由何種資訊管道來觀察大陸和香港的非典型肺炎疫情？官員如何依據這些資訊下判斷？

其次是數次院內感染的實情，在和平、仁濟、台大、高雄長庚及台北陽明醫院內，何人傳給何人？醫護人員如何處理？行政通報是否迅速確實？傳染病患之運送路徑，隔離病房之設置地點，均得詳細調查訪問，不但釐清事實所在，而且可決定誰該負責。

再為派學者出訪大陸、香港、越南及新加坡，仔細記錄其官方作為及民間行動，以便分析初期成敗之道。在一般人想像中，



這數地文化大致相同，因之其行為似應相同，但我們觀其措施卻大有不同，這可從其細微「小傳統」查出分際，例如法治傳統在這諸地頗為不同，行政作風也可能各異，報紙傳媒之角色更可能歧異，抽絲剝繭地釐出成敗之道。以花費較少之經費，獲得大量經驗來策劃未來醫療防疫體系。

## 貳、革除被動的抵禦，改為主動的出擊，建立專職人員

趁這大疫，我們應對整個防疫制度進行整頓，全面開放醫學教育，以增進全民醫學知識，並增加醫護人力，促進家庭醫師之產生，實施醫藥分業，消除藥價黑洞，減少醫療資源浪費。

整頓疫情蒐集系統，在國內利用衛生所、署立醫院、教學醫院形成病例通報系統，用教育訓練及演習方式不斷操練，務期將各種傳染病，如登革熱、腸病毒、肺結核、猩紅熱、腦炎、流行性感冒、SARS 等，形成靈敏的神經末梢，隨時得知傳染病現狀。在國際可與大陸、香港、美、日醫療體系密切聯絡，平時互相學習觀摩，疫情時可互通詳情，以防止疫病傳出或輸入。

台灣目前以「災難應變」、「災難醫學」、「災難管理」等研究災難相關事件的研究機構非常稀少，而且很少整合各個主要相關學門的研究，也非常分散，並且無法在各學門之間整合或是結合。這對於必須要多種專業整合的「災難應變」，是一個嚴重的致命傷。

在從事的人員方面，絕大多數的人都是「兼職」，其「正職」都是其他領域的研究，幾乎沒有人長期以此為研究的重點。另外，

政府與災難應變相關的人員，很少主動參加災難應變相關的研討會、教育或是訓練課程，一切想等發生事情後再找「專家」協助。還有，台灣災難應變基礎建設不足。目前並無本土化災難醫學或災難應變的參考書籍，即使是外文書籍或是原文翻譯的書也如鳳毛麟角，所以知識的傳播非常不容易。因此建立專門機構與培育專業人員乃刻不容緩的事項。

### 參、強化疾管局及食品藥檢局功能，培養高級人才

強化疾病管制局及食品藥物檢驗局功能，使之有能力蒐集檢體，快速檢驗病原及發展試劑疫苗。台灣光復初期，公共衛生工作集中於防疫防癆、製造疫苗血清，效果頗著，近來反裁併機構，外包許多檢驗工作，這方面減少公共部門內的專業人才，降低殘餘人才之士氣，另一方面又可能將公權力執行落入私人營利機構之手，不但會濫用，也無法提升各種專業及技術水準，原因是營利機構在此地之傳統表現，尚無高瞻遠矚能力免於近利大利之誘惑。

正確之道，當是由此二局掌有教育訓練職責，培訓各級防疫人才，建立高級實驗室，有引進外國技術、重製外國產品、發現新病原、發展新試劑之能力，並可與大學內研究實驗室合作，經由此種合作管道，培養高級人才。

### 肆、建立危機應變程序，掌握個案醫治與群集的控制

美國九一一事件後，許多人赫然警覺，我們所生存的世界，竟然是危機處處，令人防不勝防。台灣九二一大地震的創痕猶新，而一年來象神、潭美、桃芝、納莉颱風，重創各地，令人聞風色變。從災變發生的頻率看來，「危機處理」已經是全國公務員與

民眾必須經常面對的課題。其實，邱強博士以為：各種危機都是可以預防的，而且預防的工作遠比事情發生後的處理更從容，也更省力。<sup>101</sup>

從個案的醫治到群集的控制，皆要建立危機應變程序，醫院、機場、車站、學校及衛生署皆各自有其一套程序，制定後常予演練，讓負責人員極為純熟，不管何時何處有疫情，皆能自動啟動，且傳報到中樞，將疫病於起始處撲滅，化敵為無形。

## 伍、對抗 SARS 病毒迅速傳播，快速研制疫苗

SARS 病毒傳播迅速，疫情流行時人人自危，故對疫苗的希求極強，疫苗研發與製造，成為最重要的防疫工程。以前金納醫生發明用牛痘接種人身上，以抗天花病，巴斯德用兔腦培養的狂犬病病毒接種在被狂犬咬傷的小孩，皆直接以人為實驗對象，待數十年後，方始先以動物為實驗對象，再用於人類，此安全考量雖合理，但非絕對必要。

在發展 SARS 疫苗時，如果是蛋白質或小片或小條 DNA 為抗原，其毒性已大大減低，可以直接用人探測這種抗原是否能誘發抗體之製造？若能，再用活病毒來挑戰，以檢驗免疫能力，既然最後各種疫苗皆需志願人士來使用，不涉及人道問題，只須小心從事即可。

---

<sup>101</sup> 邱強口述；張慧英採訪撰述，《危機處理聖經》。台北：天下遠見公司，民 91，頁 32。

## 第四節 心理層面的突破

### 壹、政府部門要勇於帶領與任事，善用公權力

自我意識與自我認知的特性，猶如對行動的動機與意圖有著相同的模式，面不斷累積的知識與影響，當今社會的反思性也隨著社會生活的各個層面不停的修正而得以強化。<sup>102</sup>

有鑒於此次 SARS 疫情擴大，並對當時的未來充滿不可預測，社會與民眾心理瀰漫著不安與不滿，政府部門卻忽略民眾心理層面的輔導。從消極面而言，應該要勇於帶領各醫療、衛生、環保、民政、社政、警政、消防等跨部門、機構，共同投入心理層面的輔導與建設工作，讓民眾能夠清楚政府的防疫政策與執行目標，減少恐慌和畏懼，並樂於遵循和配合。對於少數不配合的個案應該明確處於適當且嚴厲的處罰，避免因為這些少數存僥倖的份子，來擾亂、破壞整個防疫工作。因為這些份子影響治安、散播疫病，形成社會秩序混亂與抗疫之死角，讓國家損失更多的財力物力人力。

對於此次 SARS 危機，我國部份輿論過度寄望國際衛生組織的奧援，並將之政治化用以凸顯我國外交困境，但是如此做有時將會誤導及規避我國衛生防疫的漏洞，和減少政府及社會反思的力量。政府應主動地公佈疫情真相，減少以訛傳訛，帶領人民走出心中害怕的森林，運用公權力，確實做到量體以監測發燒病人，實施隔離措施，避免社區感染，減低民眾心理害怕，建立與灌輸

---

<sup>102</sup> 同註 70，2000，頁 70。

正確的疫病防治觀念，而非由民間社會、公益、宗教團體來扮演這項工作。

## 貳、衛生、醫療機構之間應快速配合，加強隔離與消毒

今年三月間爆發之 SARS 疫情，其所挑戰的並非單一醫療機構或醫療、公共衛生體系，或單一國際危機之應變能力，而是挑戰全球性的災難應變能力。從全國衛生、醫療機構之間默契不足，倉皇失措的表現，甚至於有拒絕接受隔離病人與任務的脫序行為，在在顯示出其之間的共識不足，使命感缺乏的表徵。

因此，政策的規劃與推動已經不能固守傳統模式，只以各自國家立場或部門考量，而必須透過全球性跨部門的警覺、分析與行動，機動性的從個人、家庭、社區、國家及全球等不同角度，找出對健康具威脅的因素。安全為品質之其中一項要素，以一個國家的角度來說國家安全並非僅限於國防安全或環境安全，傳染病對人類所帶來的影響不僅影響到全民健康（包括生活品質），亦將衝擊社會安定與國家發展。

台灣的公共衛生在這股全球化熱潮中所受到的冷落，以不單單是台灣的悲哀，更是全球環境在注重整體衛生問題的一個危險的驚爆點，這樣危及人類未來發展的危機，絕非受到政治力玩弄的國際衛生組織所能夠完全承擔的責任。然而，以生命共同體概念來詮釋，個體與全體之間有義務也有責任，在多數情況下，強化過後的個體才有能力適時的應對整體帶來的危機或利益。

有了上述的體認之後，瞭解到衛生機構乃扮演預防疾病的門

閱，而醫療機構更為疾病發生時的適時控制鈕，在兩種關卡密切配合之下，達成疫病撲滅的工程，有賴橫向快速聯結，迅速篩檢病理，加強隔離和後續之消毒，讓疫災減到最輕，不至於漫延。

專責醫院儘速成立，火速收容確定病例，接受專業醫護人員妥善照顧，減少其他醫院及家屬的恐慌，如同這次國軍松山醫院快速接受任務；成立 SARS 治療專責醫院(國內第一所專收 SARS 病人的專責醫院，由李副院長建賢兼任總指揮，執掌兵符，全權處理)，對穩定抗 SARS 軍心士氣有很大的幫助，該院李副院長說，SARS 不可怕，真正可怕的是病患的心理退化。<sup>103</sup>所謂退化性心理，就是面對困境時，產生憂鬱、沮喪、失望、悲觀等心病。

### 參、大眾傳媒應正確報導和教育民眾，以正視聽

對於 SARS 病例來說，因為對這種新型病毒的不瞭解，連帶地也對醫療產生不信任感。另一個原因是在各種媒體連續性地大肆宣染下，似乎把 SARS 與死亡畫成了等線。這種單一植入式的民眾接收外界訊息功效，往往是民間的傳播方式效果大於官方的政策宣導方式。

因此，應該統一頻道和時間播放衛生醫療教育節目，民間的傳播媒體亦應自律，或由公會甚至政府來制定一些有益國家疫病處理的常識之報導，一切聽從衛生醫療專家的說法；像此次 SARS 災情發生時，因為延續平時泛政治的氣氛，導致台北市衛生局長與中央衛生署長意見歧異，形成意識之爭，讓民眾無所適從，所幸，在有專業背景及經驗的醫界人士出現；像李明亮教授、葉金

---

<sup>103</sup> 《自由時報》，民 92.7.12，版 3。

川教授（已故病理學界泰斗—葉曙教授的公子）、陳建仁教授、蘇益仁教授、賴明詔院士、何大一博士等專家學者紛紛投入抗 SARS 行列，才消除民眾的疑懼與無謂的意識型態之爭。

表 4-2：台灣地區民眾獲得 SARS 新聞的主要來源（%）

來源	台灣	香港
看電視	95.9	94.5
看報紙	50.3	43.7
聽廣播	6.8	17.1
看網路	8.3	9.3
聽人講	9.8	3.7
其他	4.0	
沒有、不知道	0.2	
<b>相信電視報導</b>		
全部都相信	13.8	40.0
大部分相信	61.2	54.7
小部分相信	21.0	3.6
全都不相信	0.8	0.2
不知道	3.2	1.5
<b>相信報紙報導</b>		
全部都相信	8.5	19.8
大部分相信	49.3	58.9
小部分相信	22.8	12.7
全都不相信	1.3	0.5
不知道	18.1	8.1

資料來源：瞿海源等，〈SARS 社會情勢調查報告〉

所以，大眾傳播與媒體應秉持專業術養與道德良知，做正確的報導和監督政府部門暨公務員的確實執行，以及勿忘掉自己負有正確教育民眾，導正視聽的社會責任，而非凡事只求上報曝光效果，廣告生意多以賺大錢，罔顧社會正義、民眾的心理感受與國家安全，這絕不是做為一個掌有社會第四權公器的國民應有舉動。

台灣因為戒嚴時期太過長久，導致解嚴以後，人民的思潮大為湧現，高唱言論自由，加上黨禁及報禁的解除、媒體的開放報導，諸多的民主與自由，讓尚未有過民主和法治研習的國人，一下子變成「民主爆發戶」，動輒上街頭或到政府機關陳情、示威、遊行、抗議，丟雞蛋，無法真正體現民主與逾越民主的行為，做到國家真正的主人。

媒體的氾濫與偏頗報導，喜愛報導八卦新聞或與社會人民無正面影響的事件，像自殺、暴力、吸毒、虐童、弑親等畫面，造成社會不良之學習與模仿，而間接促成悲劇之發生。類此之報導極多，佔有台灣極大傳播空間的媒體企業與人員，是應該要有勇氣和良知來做好這些社會的期許。<sup>104</sup>

參看表 4-2 即知：相信電視報導和相信報紙報導的比率皆相當高，所以，印證了前面的論述，民眾依賴傳媒長期以來的確很深，相對的，傳媒更需作更客觀與正確、正面的報導，以回饋社會大眾。

---

<sup>104</sup> 瞿海源等著，〈SARS 社會情勢調查報告〉，《2003，春之煞》。台北：聯經出版公司，民 92，頁 162。



## 肆、全民淨空心靈深處，虛心接受政府領導做好防疫

從此次爆發 SARS 以觀，國人陷入未有的恐慌與不安，病房擴散的隱形威脅，不但嚴重打擊守護生命的醫護防線，更使得人與人相互排斥防衛，種種身體活動的限制已讓社會生活為之改觀。在醫療科技發達、生活繁榮富裕的新世紀，出現這種落後年代才有的「瘟疫」，在猝不及防的情況下便可奪人性命，其如巨大的陰影一般籠罩人心。

大家對這樣的危機應有所因應調整，這些調整未必是負面的，尤其對我們的心靈改革，包括人際關係與生活方式的走向，將開啟積極正面的新機。如同證嚴法師所說：「外在病毒，依附生命而生；人心煩惱，依附癡念而生。要避免病毒致病，應配合防疫，杜絕病毒蔓延；要消除人心煩惱，應摒棄癡念，回歸清淨的心。人心貪、瞋、癡三毒，堪稱『心靈 SARS』，對社會的殺傷力遠超過 SARS 病毒。期待疫情降溫，就從心做起，去貪、去瞋、去癡，戒慎、互愛、付出。」<sup>105</sup>

市景雖變冷清，但許多人下班下課便回家，不再待在外面逛街、遊樂、應酬流連忘返。「家」的感覺回來了，重拾忙碌生活中久已疏忽的家庭親情，家人相處時間較多，有助於增進家庭的溫暖和諧。另一方面，活動去處減少，減低貪求物欲滿足的機會，生活變得單純許多，民生需求回歸素樸夠用原則。又因為注意衛生與健康的飲食，人們發現從前對生命如何的不愛惜，轉而自愛自立促進自身福祉。

---

<sup>105</sup> 證嚴法師，〈心靈深處的淨空〉，《慈濟月刊》，慈濟文化出版社，438 期，民國 92 年 5 月，頁 1。

生命威脅當前，心不再外求，大家於戒慎的時刻，心思變得敏銳清楚，得以觀照反省自己由何而來？從何而去？其實 SARS 的出現並非沒來由，它對現任人是莫大的警訊：是否人自私獨大，藐視其他生靈與環境生態的習氣積累過深，導致反撲的力量生成？證嚴法師認為：這是眾生共業的結果，眾生業風追根究底只是內心的無明黑風。業風若不止，浪就停不下來，除了相信專家的指引，提高警覺配合種種防護措施外，我們要「縮小自己，謙卑自己，在身口意上清淨自己」，大家共同負起責任，才能讓疫情減輕消退。

效法慈濟發起的「齋戒運動」，提倡身心的整頓合一，以虔誠的心念自律，以共修的念力祈求災難早日遠離，此項關懷運動應當持續進行，讓全國民眾長年感受溫暖和同心。

## 伍、民間團體熱烈的響應，加入衛教民眾之行列

台灣並非 WHO 會員國，但是國際慈濟人醫會、台灣路竹會、台灣國際醫學聯盟、羅慧夫顏顏基金會等民間團體，早已跨出國界，為許多國家提供醫療協助。此次的疫災，慈濟功德會等慈善團體結合這些組織，積極投入社區，動員各界協助政府，衛教民眾，資助貧困與急難的民眾，並心靈輔導受災難的個案與家屬。在當時，全國正陷入一片恐慌氣氛之中，人民不信任政府的處理能力，而且人與人之間的信任感不在與親密度的疏離，社會普遍瀰漫著不安與緊張的景象，使得政府在推動抗疫工作時，顯得更加棘手和困難。

民間團體（非政府組織）適時的加入救災行列，不論在物資上、醫療上、心理輔導等方面，皆比政府組織來得快速和有效率，

輔助了政府機關因官僚體制的僵化所產生的病態及無能。同時亦能導正因大眾傳媒不正確資訊之以訛傳訛現象，加深民眾配合的意願及正確的衛生常識。



# 第五章 後 SARS 防疫政策執行之策略

## 第一節 結構層面改變之擘劃

### 壹、由體制、制度、運作，以至病理科學到醫療手段

自從凍省之後，加上中央與地方財政劃分法的制定，缺少省及中央的經費補助，地方政府自籌經費極為困難，於是傳染病的防治亦連帶受到影響。政府再造啟動，組織及人力精簡，產生人員快速易動現象，熟悉該項業務者，不再負責此防治業務或者退休，換上一批新手，組織間的聯繫亦出現困難，定點醫師未能確實、真實的通報，亦是造成疫情難以掌控的窘境。由上而下的政策規劃、制定、執行，缺乏較周延的通盤考慮，底下階層執行單位，基於窒礙難行的事實，只好上有政策，下有對策，敷衍了事，宣導只是例行公事，未能落實效果。

如何落實效果成了政府再造的主要方針，首應確立的是政府的體制；中央政府職掌政策與制度的制定，地方政府負責執行運作，上下分權，橫向部門聯繫，重大疫情發生時之所有預算與支出，應由中央全部負擔，中央成立一個專責機構負責採購與發配後勤供給支援工作。因為行動與結構是必須互補的；行動與結構是絕對不宜視為兩者相互分立的實體，他們是同一過程的兩面，不可加以割離。<sup>106</sup>

---

<sup>106</sup> 李允傑、丘昌泰合著，《政策執行與評估》。台北：國立空中大學印行，民 88，頁 44。

病理科學診斷和檢驗的軟體硬體設施皆需儘速達到與國際先進國家的標準，政府為了解決 SARS 所發生的窘境及因應後 SARS 可能再次造訪的危機，必須設立或加強專門診斷和檢驗的研究機構（與世界衛生組織同步），以及成立任務小組，引進優秀的專業人才，精湛的檢驗技術和投資更充裕的經費預算，傳統的組織結構和執行技術與模式已經無法因應當前社會的需要。另外，傳統醫療的手段，更在此次 SARS 事件中，徹底的被瓦解，全體醫師不但束手無策，更有資深醫師逃之夭夭，拒絕返回崗位，執行其救人濟世的神聖使命，相對的，一些年輕盡責的醫師卻堅守職務，在第一線衝鋒陷陣，而遭遇病毒感染，為國家社會來犧牲，顯示，故舊的醫療知識與方法已經面臨了無情的挑戰，國家健保與醫療體系確應重新架構新的醫療方式，引進新的科學技術和調整給付費用標準，才能幫助後 SARS 所產生的醫療問題。

## 貳、政策執行過程的模式與演進之參照

政策執行可從三個角度論之：第一、政策執行為科層體制的控制過程—由上至下模式；第二、政策執行為上下階層的互動過程—由下至上模式；第三、政策執行為政策與行動相互演進的過程—政策與行動的連續性。<sup>107</sup>

首先瞭解，政策與執行是相互獨立、上下從屬的關係，上階層者為負責設計與規劃決策的政策制定者，下階層者為負責實現政策目標與貫徹政策意圖的執行者，一項政策執行能否成功完全繫於政策制定者所設計的目標是否清晰、執行計畫是否確實、能否妥善控制執行者的誘因與紀律。其次，作為一個實際的執行模

---

<sup>107</sup> 同上註，頁 11。

式應該協助基層官員找出執行的缺失，中央政府賦予相當的自主權與政策資源，使他們有能力改進缺失，提高政策執行的能力。在現實的複雜環境中，政策執行必須採用後理性主義的模式，不能太過理想，必須考量基層官員所處環境的複雜性。

因之，政策執行成敗因素有著：一、法律本身清楚、簡潔與研究的相當完整；二、於政策規劃初階，必須取得民眾積極與強烈的參與和支持；三、新的幕僚必須提供資源，以作為追蹤和特定的協助；四、須成立追蹤的機制，增加政策執行成功率。

從此次 SARS 的發生，我國機構與機構間，單位與單位間，是缺少緊密與有效的聯繫、溝通，各行其是，更不用談密切的宣導與配合。防治宣導，常洗手與帶口罩，竟成了衛生單位的口號而已，未見真正的教導民眾好好洗手與帶口罩。一件個案的防治或一場活動的辦理，皆需要地方政府所屬之機關或團體，共同結合來辦理，但經常遇到機關之間的漠不關心或推託，以及其所屬之下級單位未便充分參加及配合，此時，若能組成聯合小組，由各機關選派專責人員與會研擬策略與分工，並共同行文下級單位要求全力配合，則在效率與效能上將更易達到成果。

### 參、由政治、社會、文化、經濟等面向制定著手

自解嚴以來，國內因為特殊的族群人口結構，加上長久的兩岸緊急關係存在，使得在政治方面有著複雜的意識紛爭，連帶也影響到法案與預算的通過和政策制定、政府執行的制肘。實際上，人類的生活就是政治生活，執行活動當然也就是政治活動。柏羅金(Evelyn Z. Brodtkin)曾提出「政策執行即是政策政治」，希望能

將政策政治從邊陲轉變為核心的地位。<sup>108</sup>兩者關係為：一、官僚裁量與政策生產的關係；政策層級體系並不能決定政策的生產與否，端賴行政官僚本身所擁有的裁量權而定。二、政治能力與政策制定的關係；政策執行的政治面向可能受到政策體系治理社會的能力與弱點之影響，凡政治能力較差、政策制定功能不彰的國家，政策政治就容易出現。三、制度結構與政策政治的關係；兩者互賴是政策執行中極熱門的，政策執行機構的分權化設計容易使得政治因素更有機會滲入制度結構中。能夠善加運用官僚機構的活絡意志，積極制定一套屬於我國實際現況的防治政策，在改革後之制度結構中展現其政治執行能力，將是最佳的政策政治。

社會對於政策的需求，諸如意識型態、文化、民意走向、利益團體、傳播媒介、政黨、社區菁英等皆是關鍵所在。結合社區的特色，祛除不必要的意識歧異，融入本國文化，借重社區菁英份子，協調各政黨及各利益團體的支持，和督促傳播媒介的正面報導與協助政策、防治宣導。

再由經濟面向調整政策；經濟全球化是一九七〇年代以來更緊密的國際間的經濟互動現象，因為整個世界在時間空間上的壓縮，意味著在世界一角發生的事對世界另外一角的人產生立即的影響。<sup>109</sup>譬如一個國家產業的發展對其鄰近國家的環境與生態都造成影響，紐約十二小時前的股市交易，可以影響到日本和台灣的股市。世界各地的政治緊張或風暴，很快就透過電傳視訊，傳送其他國家，也影響各國的金融市場。時空壓縮進而增加全球意識，各國的人們，會從國際經濟角度討論經濟議題。國內在密切

---

<sup>108</sup> 同註 106，頁 19。

<sup>109</sup> 章英華，〈全球化，國家與都市發展：從經濟全球化談起〉，《空大學訊》，第 318 期，民 92.12，頁 95-96。



注意國際經濟變化的同時，應加強自己經濟結構的健全，在尊重市場自由機制運轉下，適時的釋出資金，投入公共建設，以刺激經濟發展，帶動企業及外資投資，增加就業人口，以穩定社會和經濟秩序。

## 肆、掌握優勢，兩岸產業重新分工，化危機為轉機

SARS 疫情對台灣而言是個災難，但從長遠而言也可能是個轉機。SARS 疫情，有助於台灣與中國大陸之間的產業分工，進行更合理的調整。當年我們提出亞太營運中心的主張，就是希望在中國大陸經濟崛起、全球重新分工之際，能掌握台灣的優勢，在新的國際分工中，占據一個關鍵的戰略性位置。這個大方向，還是我們應該把握住的。

我們並不希望看到中國大陸經濟因為 SARS 而崩潰，兩岸經貿關係，也不可能因為 SARS 疫情而整個逆轉，企業已經在中國大陸進行的投資不可能中斷，但包括台灣與各國大企業會因為 SARS 重新思考如何分散風險，檢討他們的兩岸布局，這也就是我們要把台灣發展成一個研發運籌中心的好機會。要讓台灣的企業，還有外資企業，把台灣變成一個運籌、研發、高階加工中心，我們就要問：台灣有那些不足的，需要加強；有那些優勢，要更進一步發展？

首先，加強知識型服務業的整合，是後 SARS 時代台灣一大課題。SARS 對台灣服務業造成重創，而醫療、教育、旅遊、資訊、運輸、金融投資等知識型產業，還有新型的電子商務、新型的交易與物流型態，都是台灣轉型為一個運籌管理中心最要的支柱。SARS 危機發生，除了要對這些產業給予救援，更需要進一

步做整體的整合規畫。這些產業的性質都在不斷創新，形態也愈來愈多元，他們遇到的問題，需要的協助，往往不是單一的行政主管機關可以解決的，所以政府必須把知識型的服務業，視為一個整體，進行整合性的規畫。

其次，台灣必須要增加公共投資。以醫療資源為例，SARS 疫情暴露出台灣醫療公衛體系的資源上的不足。醫療公衛體系不只是種社會安全機制，也是種高附加價值、知識型的產業，民眾平常可能只會注意到個別醫師、醫院的好壞，而忽視整體醫療體系做為一個公共建設的重要性，SARS 疫情爆發，我們要重新思考，應該加強這些有助於整體社會安全與生活品質的公共投資。雖然台灣目前財政困難，但是對於提高整體經濟力量的公共投資，即使舉債進行也是必要的。

第三，台灣必須強化經濟體質，就必須重視台灣一個最重要的經濟力量：所謂的傳統產業與中小企業。台灣經濟轉型，不是只靠資訊、生物等高科技產業，而是要讓這些傳統產業增加生產的附加價值。沒有一個經濟體中只有高度資本密集的大企業，先進的經濟社會也要許多中小企業、傳統產業支撐。重點不在於它們的產業別是什麼，而在於這些企業的經營管理是否先進。中小企業因應突發危機有其靈活度，但面臨整體經濟結構的改變，它們可能沒有充分的訊息與足夠的能力，來因應結構轉型，做體質上的調整。這種調整需要在管理、行銷、財務各方面進行提升，而需要政府在資金與技術上提供協助。

農業是與傳統產業類似的產業，農業部門是近年來受到經濟自由化與加入世界貿易組織(WTO)影響最大的產業。農業部門如何再生，關鍵在於如何提升其附加價值。近年來台灣部分農家生

產有機農作物，提供消費者安全、健康的食品，增加產品的附加價值，也在傳統農產品之外，開拓了新市場。這種精緻、高附加價值作物就是一條台灣農業可以走的路。最後，亞太經濟整合的大趨勢不可能逆轉，在這個大趨勢下，我們若希望兩岸產業布局做更合理的分工，吸引更多外資或台資在台進行研發、管理或高附加價值的加工，而要達成這一目標，我們就必須讓兩岸之間物流能迅速便捷而安全的移動，並設計一套有利於資本流通管理的制度。這種積極的作法才能既降低台灣的風險，又有效地持續經濟發展。

## 伍、後 SARS 重建的三個核心問題

後 SARS 的重建應顧及三個核心：（一）徹底檢討改變健保的給付制度與體質，使其合理化，不能叫人走在假平等的歧路上；（二）徹底檢討與改革現行空有其名的醫院評鑑方法，杜絕表面粉飾；（三）徹底翻修醫學教育。這些是重建計畫的中心，因為它是受 SARS 創傷而露出破綻的三大要害。同時，是政府要有魄力，使危機處理乾淨俐落。其他的瑣事，依這些原則衍生即可。但不論細節多雜，一個原則是不能變的：醫療的權益在病人，而不在醫院的經營者，不在醫師或醫學院學生，更不在健保。醫師只是病人的人權維護者，因為健康是基本人權，人民要醫療品質。

## 第二節 認知層面澄清之蛻變

### 壹、應在 SARS 事件，付出昂貴代價後，認真的反思

我國被世界衛生組織撤銷了旅遊警告，並從 SARS 疫區名單中除名，成果來之不易，是在政府展示了抗疫決心，動員了龐大的資源和力量，並在社會各界的合作下取得的；同時亦是全民付出了昂貴的學費和沉重的代價幾十條人命和幾百億元的經濟損失換來的。

疫情紓緩，大家終於可鬆一口氣，然而，仍不能鬆懈，全體國人仍要提高警覺，避免再次被侵襲；並且要及時總結經驗教訓，以便在今年冬天，一旦 SARS 回頭，將不會「重蹈覆轍」！要做到這點，需要的是：一、上下一心，官民一致，同舟共濟，攜手合作，相互支持；二、相互理解、包容和體諒；三、坦誠、有效的溝通和商量；四、醫療系統內的夥伴合作關係新管理文化的建立！

這次抗疫，有很多缺失（特別是在早、中期），有些是舊問題累積的結果。但若能客觀審視，人們應能看到：上自行政院長、衛生署長及疾病管制局局長，到各醫院管理的院長與醫院當局，以至前線醫護人員，以及許多政府部門的公務員和社會各界，整體上能全力以赴，盡力而為，堅守崗位，盡忠職守。其中，更迸發了人性中光輝的精神—關愛、忍耐、寬容、大度、無私、奉獻、犧牲、齊心、協力。我們認為，全社會應共同努力，珍惜並繼續發揚這些可貴的精神，並把它們化為動力，以改善我國的醫療衛生服務、協助地方政府盡快復甦經濟與建設。似乎是當前國人亟須去反思及總結的重要經驗教訓之一。

這次抗疫，突顯了公務人員隊伍在政府面臨重大挑戰、重大危機之時的重要性。不難想像，如政府不顧一切地推行「外包」政策，把許多公共服務外包出去，一旦有事，政府還能夠有如這

次般，可以自如地動員龐大的資源和力量嗎？為此，當局應重新檢討它的「外包」、民營化及委辦政策。似乎是當前須反思及總結的重要經驗教訓之二。

另外，在醫療系統方面，暴露了不少問題，尤其是管理文化。管理文化應真正以人（病人和員工身心健康）為本，以發揮員工聰明才智，以凝聚、動員員工，發揮團隊精神，弘揚夥伴合作新文化為依歸。管理架構、制度的設定，應以體現上述新管理文化，滿足三個需要（病人服務需要、專業發展需要、個人發展需要）為準繩。這似乎應該是須反思及總結的重要經驗教訓之三。

只有適當地總結前面之經驗教訓，特別是抗疫的早、中期階段正面和負面的經驗教訓，才能鞏固已取得的成果、戰勝恐懼的心理、建立必勝的信心，才能為未來的防疫提供有效的「前車之鑑」，才對得住受感染的數百位人民，尤其是不幸逝世的市民及殉職的醫護人員！要達到這目標，需要全面、客觀、坦誠、科學、理性及勇氣，而不是「諱疾忌醫」、「文過飾非」或「諉過他人」，不是功勞、榮耀往自己身上拉，過失、責任往他人身上推，更不是一味挑剔、責罵，藉機發洩自己的怨氣和戾氣，甚至泛政治化。希望這次的事件檢討和總結，能達到「前事不忘，後事之師」、「對症下藥」、「治病救人」的目的。

## 貳、後 SARS 時代，會是台灣經濟轉型之契機

SARS 的影響層面很大，經濟就是一個重要的層面。為「後 SARS 時代」的台灣可能面臨的問題及早做準備。企業之防疫考驗著企業危機處理能力，事實上，SARS 對東亞各國已造成明顯的傷害。

比台灣早一個月爆發疫情的新加坡，其貿工部在四月中就將今年國內生產總值(GDP)的成長率，從原本預估的 2%到 5%間，調降為 0.5%到 2.5%間。因應四月份的航空、旅遊、餐飲各行業都受重創，其政府也緊急提出一個約新台幣 46 億元的援助計畫，主要是針對旅遊及運輸業者。香港經濟成長率下調幅度可能達 1 個百分點；中國大陸疫情若持續半年，經濟成長率也會下調 0.5 至 1 個百分點。而台灣方面，主計處將今年經濟成長率由原先 3.68%大幅下修至 2.89%。<sup>110</sup>當然，如果疫情超過半年，甚至蔓延到世界更多地方，上述這些地方的經濟情況將更慘。台灣經濟原本在今年第二、三季看到復甦的希望，但 SARS 讓我們的希望又遭到打擊。

究竟要怎麼把台灣的經濟從瘟神的手中拯救出來呢？首先要問；這次 SARS 危機，到底帶給台灣那些重要的啟示：

一、這場防疫戰是在考驗政府與企業的危機處理能力。危機處理，不可能是在危機發生當下，才開始擬定因應措施。危機事實上是在考驗、檢視一個組織平常沒有被發現的缺失漏洞。這次經驗，是讓政府與民間重新去檢討這些漏洞缺失的好機會，也會迫使管理者，在未來要更具有風險管理的能力。

二、SARS 疫情，讓整個社會更瞭解到，經濟發展不只是为了追求高成長率，更要追求整體社會品質的提升。從醫療公衛體系這次面臨衝擊，反映出台灣許多公共建設上的不足，這些建設不只是硬體，還包括軟體的規畫。而這類公共建設的不足，事實上

---

<sup>110</sup> 《經濟日報》，民 92.5.22，版 11/兩岸。

平常就讓國民生活品質降低，只是我們沒有這麼強烈的感受；一但遇到社會突發危機，民眾就立刻感受到公共建設的不足，會讓整個社會的免疫力降低，人民承受嚴重的損害。

三、SARS 疫情，嚴重降低了民間消費，也對企業間的買賣交易帶來很大的不便。這種消費行為的改變，將會刺激電子商務、網路行銷與郵購宅配等新興物流型態的成長。而對政府部門而言，如何在軟體規畫上讓這種消費形態更順暢、安全，必須及早準備。降低衝擊，建構風險防護機制。

四、SARS 帶來最重要的衝擊，在於它是經濟全球化一個負面的例證。全球化的趨勢不可能因 SARS 而整個逆轉，但 SARS 危機，讓企業與各國政府必須去面對一個問題：當全球經濟更迅速而密切的互動時，如何建構一套有效的風險防護機制，降低跨國界、跨區域的危機衝擊。

以廣東台商為例，因為 SARS 造成出口訂單減少三成以上，這不只會影響到中國大陸的經濟，也連帶影響台灣對中國大陸的出口，以及許多台資企業在台灣的公司。建構一套風險防護機制，就全球經濟的層面來說，需要世界上各經濟體共同謀求解決；若從台灣本身而言，政府與企業界要思考的是：如何重新規劃全球的經濟布局。這個問題，是「後 SARS 時代」，台灣經濟面臨的核心問題。

當我們希望減少中國大陸經濟波動對台灣造成的衝擊，希望台商資金回流台灣時，一個最根本的問題，就是要先解決：如何強化自己的經濟體質，強本後，才有能力提供一個好環境，讓可能回流的資金獲得好的發展機會，要如何來建構一個「後 SRAS

時代」，良好的經濟環境，就短期而言，台灣必須善用 500 億元抗 SARS 預算。這 500 億元的投資，可能會創造 0.5% 的經濟成長。妥善運用，落實執行，不僅可以做好防疫工作，再造衛生醫療體系，還可以幫助企業調整經營策略。除了這個短期的救急方案之外，我們更要就中、長期如何加強台灣經濟體質進行建設。

## 參、朝野合作，全民戒慎恐懼，把握轉型的契機

後 SARS 時代，可能是台灣經濟轉型的契機，但這個契機不會一直在那裡等著台灣，我們要準備好，主動去掌握它。這三年來台灣經濟面臨太多波折，許多該及時進行的改革，都因為各種因素未進行，或半途中斷。朝野攜手，保住過去經濟成果，台灣經濟的成就是政府與民眾長時間點點滴滴、流汗耕耘共同累積起來的，真是所謂得來不易，可是要崩壞的話，也可以在旦夕之間，不可不戒慎恐懼。

在此台灣經濟正遇到歷年罕見的困境時，國家需要大量幹練的財經人才，貢獻與發揮一些力量，一齊關心台灣的經濟。基於對台灣經濟的關切，上述這些問題，需要朝野各黨，學術、政界與企業界共同投入，發揮力量，才能造福人民，無愧我們過去幾十年來好不容易造就的經濟成果。後 SARS 時代台灣經濟情勢將更嚴峻，經濟問題不能再拖延。台灣在進入政黨政治之後，任何一個政黨都可能成為執政黨，如何持續經濟發展應為各政黨共同努力的方向。

一切能為台灣經濟復甦或防治 SARS 及能讓民眾少承受一些不景氣的壓力，就該義無反顧、積極的投入，貢獻所長，以照顧全民的福祉，在這個關鍵時刻，讓我們一起為台灣經濟加油，也



為全民健康，一起向 SARS，Say NO！。

## 肆、SARS 肆虐後，應提高對生物恐怖活動之應變能力

台灣的處境特殊，政局看似穩定實際搖擺，國際地位時成議題，經濟實力並非真正雄厚。然最重要的還是我們並非 WHO 會員，恐怖份子如在台灣滋事擾亂社會，甚至影響世局，可能 WHO 都不會伸出援手，國家衛生研究院黃崑巖博士，曾在去年十月到華府參加世界醫學年會，主題是“Bioterrorism”，即生物恐怖行動，會後黃博士在《自由時報》登文，警告我國必須提高對生物恐怖活動之應變能力。<sup>111</sup>這警告當然無人理睬，SARS 卻立即光臨。從某種角度詮釋，SARS 像不像大地之母發動的生物恐怖活動？最近國際人士也開始有類似的觀點。

原因是；生物戰不像普通的戰爭，不破壞敵人的設施，以達到癱瘓敵人而使之就範為目的。它考驗的是軟體與基礎體制，危機處理之能力，沒有準備，它會使你無法正常地生活。經過波折，台灣 SARS 疫情控制有了眉目，行政院就推出所謂「後 SARS 的重建計畫」。提到重建就表示有過破壞。但 SARS 不但不像戰爭，也不像九二一大地震，它沒有留下廢墟瓦礫。我們每人心裡卻都有一把尺，SARS 的確顛覆了我們的社會，它聲東擊西，出其不意，我們的制度與國人的修養薄弱等要害皆一一中的，醫業的道德勇氣也吃了敗仗。

談及重建，應落實到我們所分析的這些缺失，有計畫按部就班的，克服困難實踐每一個方案。分析是抽絲剝繭，大陸叫剝洋

---

<sup>111</sup> 黃崑巖，〈SARS 留下的核心問題〉，《自由時報》，民 92.10.22，版 6。

蔥皮，直搗問題的核心。它是把一個看似複雜的問題分為簡單的幾塊構成因素，以個個擊破的方式來探索最後答案的手法。這種方法來自亞里斯多德的邏輯演繹，其歷史已十分悠久，想來，分子醫學也是這種科學思維方式的產物。唯有這種有條理的分析，才能探出躲在各個看似不同現象後面的共犯，把它揪出來整修。換言之，我們必須做一番異中求同的腦際作業。

## 伍、隱瞞 SARS 疫情，利益作祟是核心問題

隱瞞疫情出於經濟與旅遊業的考量，它有歷史性，而又是全球性的。一九〇〇年在舊金山的唐人街爆發鼠疫，市長與加州州長皆不肯承認有疫情，究其原因，也是經濟兩字。所以北京政府在初期對疫情不在乎，是經濟與旅遊客在腦中作祟。淪陷的台灣幾所醫院，都有為自己醫院利潤在做考量的跡象。當然診斷難下，也不能忽視。健保局一公布保證依上月業績八折給付後，通報突然變得踴躍，證明利潤考量還是主要原因。

健保是醫院與醫師的大老闆這說法，在醫界已流傳已久，它在這次的 SARS 疫情似乎獲得充分的佐證。這不見得是全民之福。健保給付促成醫院走向畸形的開源節流，醫師多看病人成為醫院生存的唯一法寶，而病人則漸習慣於這風氣。醫師因為必須多看病人，時間不敷使用，教學的時間就受排擠，下一代醫師的訓練就被忽略，所以健保也成了教學品質沈淪的一因。為降低成本，不付醫師底薪的醫院愈來愈多，結果業績好的醫師日進斗金，業績不佳的醫師就很可憐。

醫院因節流不聘請護理師而以約僱護士或看護工取代，等於是在豢養一批臨時工來經營醫院，歸屬感與團隊精神的培養則一

敗塗地。遇到疫情，跑的跑，辭的辭，他們不認你是直屬長官，感染控制的訓練無從下手，很少醫院院長，認真地在做控制院內感染這種需要投入人力、增加開銷的工作。

醫院為了賺健保的錢，經常動員廉價的勞力，即住院醫師或實習醫師，為醫院評鑑造假或補寫病歷的事，是公開的秘密。這不但傷及倫理，對新生代的教育也是一大諷刺。想想幾年之後，還會有人把這些病歷調出，煞有其事地把裡面的假數據當真的來做分析研究寫論文呢！不知想叫誰相信我們的研究數據？醫界與醫學教育的大翻修如果不能同步，不能培養言行一致，又不怕孤寂，敢不同流合污而以病人利益為前提的良醫，台灣醫學只好繼續沈淪。媒體問為什麼美國 CDC 人員發燒即派機接回美國，而不就地就醫，李明亮坦誠的說：我們的醫療還是差他們一截。原來醫療已達國際水準不是真話。健保有各路的骨牌效應，它使醫院的經營太過商業化，醫院評鑑形式化，而醫學教育則被邊緣化。

### 第三節 執行層面調整之推動

#### 壹、兼顧人權考量與公權執行力，踐履民主法治政治

在和平醫院「封院」執行的技術層面上，院方確實需要好好檢討，消息提前外漏，固然會引起院裡民眾的恐慌，但也不能在毫無預警的情況下，就突然的下令封院，令人一時手足無措。其中如何拿捏溝通的技巧與做好配套相關措施，院方的處理可說是相當失敗。公益當前，私益固然應被犧牲，以小我完成大我，但是也並非天平的兩端，毫無交集之處。

「和平醫院」的情節只是一個引子，未來類似的情節恐會陸續上演，「人權考量」與「公權執行力」的衝突與尺寸拿捏，在疫情的防治上，如何避免類似的情況繼續上演，相關單位真的需要好好研擬完善的配套措施與提早因應規劃。

教導民眾遵守法令與政府的領導，犧牲個人小我一時不便，已換取國家社會整體長久的安全與利益，同時亦應要求公務人員履行行政程序與執行之律令，並給予民眾依法救濟之管道，積極確立民主法治之政治，讓國家與人民能共享其成效。

## 貳、強化各縣（市）政府 SARS 疫情之防疫措施

行政院與縣市政府必須充分合作，縣市及時通報疫情，行政院將全力支援地方必要的醫療資源，共同對抗 SARS 疫情。各縣市成立 SARS 應變處理小組（抗疫會報），由縣市長親自召集、督導。請各縣市政府依照衛生署制訂的作業程序標準，整合轄區之人力、物力資源，妥善執行居家隔離政策，並充分照顧被隔離者的需求。請各縣市政府加強轄內醫療院所的防疫工作，避免發生集體感染。

請縣市政府協助中央的防疫宣導，務使各地民眾瞭解各項防疫政策及配套措施的內涵，落實全民防疫概念。各級政府應妥善運用法令，貫徹公權力之執行，以確保各項防疫措施順利推動。行政院應積極協調立法院迅速通過「嚴重急性呼吸道症候群應變處理條例」，以使政府防疫工作能有足夠的經費與完整的法令規範。各政黨與民間團體亦應協助政府做好溝通和動員民眾全力配合政府政策之執行，戮力抗禦新興之傳染疾病。

## 參、重視預防部門專業人才培育及經費的挹注

因應 SARS 捲土重來或秋冬新興疾病，公共衛生學界認為，政府部門應增加預防醫學的投資，訓練流行學人才，加強公衛體系與醫療體系合作，發揮防疫偵測及疾病偵測的功能。「反思公衛體系的再建構」，歷經 SARS 風暴，公衛學界流行病學專家能正視公衛與醫療體系重建問題。

成功大學公共衛生所教授陳美霞指出，過去二十年，政府對預防部門的投入微不道，以二〇〇一年為例，台灣投入醫療保健的新台幣五千多億元資源，僅有區區百分之三用在預防部門，以致預防部門被廢功，醫療部門不斷吸入大量資源醫療病痛。一旦疫情趨緩，醫院勢必重新業績掛帥，感染科醫師平時薪水低但戰時肩負大任，建議未來醫護人員薪資與考核應有部分比例來自衛生單位。<sup>112</sup>

台灣大學公共衛生研究所流行病學教授金傳春則指出，SARS 疫情曝露出，衛生部門只有兩、三個專任的流行病學調查專家，過去美國為台灣代訓的疫情調查員如今不是人才流失，就是不在其位，因此往後，最好醫院、衛生所等部門，廣為訓練流行病學人才，才不會在疫情發生時，找不到專業之人才。<sup>113</sup>

## 肆、國家衛生研究院積極進行病毒研究，致力治療診斷

SARS 在臺灣肆虐，國家衛生研究院應積極進行病毒研究、

---

<sup>112</sup> 陳美霞，〈政府應投入更多經費在預防醫學〉，演講資料，2003 年。

<sup>113</sup> 金傳春，〈台灣流行病學人才培育之亟需〉，演講資料，2003 年。

致力治療診斷方法的開發、協助政府進行疫情控制、病患病理診斷分析，推動院內感染控制、民眾教育宣導，及未來 SARS 的科學研究，擬定具體的工作計劃。<sup>114</sup>目前 SARS 疫情看似趨緩，正是國人仔細省思 SARS 對台灣造成之衝擊，及未來面對感染症應有何因應措施之時刻。

感染症在跨國人際交流頻繁、環境生態急遽改變的廿一世紀，儼然成為人類健康的一大威脅，將為人類帶來恐慌，因此，結合國內外專家學者成立訓練委員會，培訓感染專科醫師，已是刻不容緩。

迅速架設一個 SARS 的專門網站，蒐集整理相關科學研究、醫藥知識及一般防治觀念，提供政府機關、醫護人員及民眾的諮詢與建議。編譯「SARS 院內感控措施」，提供政府及醫療單位，作為管控院內感染的實用教材，幫助醫療院所於最短的時間內，訓練醫護人員對這個傳染力強悍新病毒的認知，同時學習如何保護自己、照料病患。召集感染專科醫師結合感染科護士，及基層醫療單位人員，組成工作小組，制定「醫院 SARS 院內感染管查查核流程」等查核資料、表格，依全國分區，進行國內醫院的查核工作。

為求以科學方法根本解決 SARS 疫情，應召集包括行政院衛生署藥政處、醫藥品查驗中心、疾病管制局、工研院、教學醫院感染科醫師、各大學微生物學系及生技公司等專家學者，與國衛院內研究人員，針對 SARS 流行病學、免疫病理學、病媒控制及疫苗研究等議題交換意見，並研究分組，積極進行研究計劃，提

---

<sup>114</sup> 吳成文，〈SARS 疫情對國內醫療網絡的衝擊〉，《台灣日報社論》，民 92.5.14，版 2。

出科學解決之道。

疫情蔓延之後，緣於國內感染專科醫師缺乏，且其位階大都低於指揮層級，更造成醫療延誤，及醫護人員無謂的犧牲；因此，如何建立感染專科醫師地位、增進相關醫護人員對感染症之認知、強化其專業與工作尊嚴，並加強醫護單位於面對緊急病症時的應變能力，都是我國醫療單位必須在本次疫情中學習建立危機防疫體系的新思維。

這場 SARS 疫情對國內醫療網絡的衝擊，其實不止於疫情的殺傷力，更在警示未來當如何因應與我們共生的新病毒，所應當提出的科學解決之道、醫療防護網之建立，以及防範未然的能力。

## 伍、杜絕疫情之隱瞞，衛生醫療監督機關應嚴格執行

外界對此次和平醫院院方「隱瞞疫情」有嚴厲的指控和不滿，包括和平醫院醫療人員家屬在內的社會各界人士，紛紛要求監察院、檢調單位應即調查和平醫院是否隱匿疫情、台北市政府是否應負相關行政責任；行政院 SARS 防治及紓困委員會副召集人李明亮亦表示，和平醫院對整個事件的處理過程，的確出現很嚴重的疏失，因此政府一定要檢討，才能避免類似事情再度發生。

像和平醫院出現這樣的防疫漏洞，已經使相當多的醫護人員和無辜病患喪命，並導致萬華地區人民生命安全與居家生活的威脅，甚或使得全台民心陷入高度恐慌，台灣的防疫能力與國家形象更因此重挫。

和平醫院之所以隱匿疫情，而又缺乏節制與監督，除了行政

與醫療疏失外，心靈深處的「政治 SARS」作祟，也是重要原因。因此，在 SARS 強烈衝擊台灣人民生命安全與社會安定的此刻，檢警調、監察部門展開嚴密的司法調查，自然為國人所期盼與歡迎，面對生命安全的最後一道關口，除了必須全民團結防止 SARS 疫情繼續擴散之外，我們也不能容許「政治 SARS」繼續附著於整個社會的公義和是非、法律的公正和嚴明之上，肆虐為禍、吞噬台灣的正常機能。

檢調單位應以雷霆手段進行必要的調查和蒐證，在對和平醫院、台北市衛生局相關處理過程中的缺失或延誤，均應早日水落石出，科以相對程度的法律或行政責任。監院專案小組亦須秉公無私，不再考量政黨、政治因素，針對台北市政府處理和平醫院案的過程及相關配套措施是否得宜等問題，追究應有責任。

要言之，和平醫院隱匿 SARS 疫情案是否真能排除早已深植在這個傾斜社會中的「政治 SARS」症候群，乃是台灣是否還有責任政治、社會公道以及是非價值的最後一塊試金石。

## 第四節 心理層面突破之建立

### 壹、全民應以「解放知識、改造社會」為使命

新世紀來臨，當資本主義大張旗鼓迎接「全球化」時代之時，短短幾年，另一種全球化的事件卻接踵而至。從九一一、美伊戰爭，到現在與我們切身攸關的 SARS 危機，透過傳播科技的力量，不但打破我們迎接新世紀的夢想、更衝擊我們的心靈。這在在顯示，全球化的時代，風險也隨之全球化，每個國家所發生的事，



也會影響其他國家。

SARS 危機讓台灣從全球化事件旁觀者變成主角，短短的一個多月，整個國家與社會充滿了「不確定」、「恐懼」與「無力感」，人性的脆弱與自私表露無遺，而這樣的危機卻還正要開始。面對未來更多的「不確定」與「風險」，我們到底需要透過什樣的力量來挽救呢？

全民應以「解放知識、改造社會」為使命，體認到唯有透過「知識的力量」才能挽救危機，人民懂得預防 SARS 的知識，才可以免於恐慌，社會才有機會從破壞中重建。有鑑於此，希望從 SARS 事件來檢視我們台灣的公民意識，透過社會學家、專業者、意見領袖來進行深度交叉論壇，從事件觀察、對照過去歷史，來看 SARS 危機帶來社會那些層面的衝擊，同時並提出前瞻性的建言，期作為政府施政參考與全民努力目標。

## 貳、從 SARS 抗疫，建立危機總動員的共識

於 SARS 疫情浮現之初，即應開始蒐集相關資訊並進行意見交流與協調之工作，展現對國內重大醫藥衛生議題的重視與積極參與的決心。以「建立病人安全體系」，提出系統觀點的危機管理思維，做為國家策略研擬之啟蒙。針對 SARS 防疫之任務導向工作及長期研究做整體性的規劃，並以「急性傳染病防災安全網絡之建構」為主，撰寫研究計畫<sup>115</sup>。

此外，進行「抗疫短期策略規劃」，除訓練類似重要事件之邏輯思考外，亦期能建立團隊動員之模式。在投入 SARS 抗疫研究之際，應「從 SARS 抗疫，建立全民危機總動員」之共識，由危

---

<sup>115</sup> 石曜堂，〈病人安全體系之建構〉，演講資料，2003 年。

機管理的系統觀點，探討台灣如何建立一完整防疫體系，並以新興傳染疾病 SARS 為例，分享群策群力之知識建言。

面對 SARS 此一新興傳染病，政府猶如面臨突如其來、從天而降的敵人，被迫在情報不明、彈藥不足的情況下倉卒應戰，無疑是自九二一震災之後，再一次考驗了政府危機管理的能力。在這段期間，院內感染無法立即有效控制，以及擔憂有另一波社區感染的恐慌，使得民眾終日生活於不確定的危機之中。對抗 SARS，並不僅只是一場捍衛人民健康的戰役，同時也是一場捍衛社會安定的全面性戰爭。

### 參、從經驗中加強危機意識與防範機制的再確立

危機是否能夠變成轉機？端看後續的應變措施是否恰當與即時，以及從經驗中加強危機意識與防範機制的再確立。提出系統觀點出發之危機管理的基本概念，期以做為台灣這次面臨 SARS 危機時之策略性思考的依據，並針對 SARS 的抗疫提出分析、檢討與建議。

「風險」(Risk)係指因不確定或變異性之存在，而對於未來的結果可能會造成某種損害，或者帶來某種變異性的利益而言。而「危機」(Crisis)則是指風險即將或正在發生當中，而且將會造成相當程度的災難。風險普遍存在個人與群體環境之中，若是忽略或者錯估了風險，其不確定性所引起的危機所造成的後果將難以估計。

而探究危機的起因與型態確實難以計數，但是有一個原則幾乎可以確定的是，危機是很難加以避免，即便是再有系統的邏輯

性運作，危機的產生就像基因突變狀態一樣，總會讓人不明究裡的認為是上帝開的玩笑；然而，只要能夠正確地認識危機，並且能夠提出一套管理方法，則其對人們的威脅即可降到最低。

## 肆、將危機可能造成的衝擊降到可以接受的水準

危機管理乃是設法以最有經濟效率的方式，將危機可能造成的衝擊降到可以接受的水準，而其首要任務乃是必須事先洞察可能發生的各種風險，然後就現有資源（包括人力與物資）與技術做妥善的規劃（包括培育與訓練），以因應可能到來的風暴。基本上，危機管理乃是需要透過技術的整合與組織的運作去處理災變所產生身體、心理及社會安寧之問題。危機管理是一門高度技術整合的學問，包括科學工程之技術，與人文社會之關懷，且偏重實務應用的領域。

危機管理分為四階段：事件爆發前的紓緩期、事件爆發前的準備期、事件爆發中的反應期、以及事件爆發後的重建期。<sup>116</sup>另外美國聯邦緊急救難總署，亦將其願景訂為以全面的危機處理與管理，以致力於上述四階段管理，期減少生命財產的損失，保障所有機構和國家免受災難之害。

以下，將以 SARS 抗疫為例，闡述各階段之重要課題：<sup>117</sup>

**一、危機的預測與衡量—紓緩期：**由於危機管理之重點在於事前的運籌帷幄，以防止危機的發生或降低危機所造成的損失或災害。因此，必須收集相關資訊，並加以分析與預測將來可能面對的危機，並衡量其可能帶來的損失，且研擬因應之道。同時也需評估如何降低或消除未來危機之影響。

以本次 SARS 疫情來說，自三月世界衛生組織提出 SARS 全球警訊，政府理應立即體認到此一新興傳染病的風險，快速啟動

---

<sup>116</sup> 同註 101，頁 4。

<sup>117</sup> 石曜堂，〈從 911 談危機與圓融溝通〉，演講資料，2003。

傳染病監測系統，全力防堵境外案例之移入。正當其他國家紛紛爆發院內感染之際，醫療體系應立即檢討現有之院內感染控制規範與標準作業流程，分析可能的危機與產生的影響。

在社區感染的預防方面，政府應整合社區基層醫療與公共衛生體系（包括基層醫療提供者、衛生單位衛生所、社區健康營造體系等），結合公共資源並評估社區健康特性，以規劃各項資源之即時且合理的分配。同時，應維護社區民眾之健康管理檔案系統，針對高傳染的危險族群，發展傳染病監測指標，定時監測其健康情形，以杜絕社區傳染源的產生。

**二、緊急應變計畫的訂定與演練—準備期：**根據前一階段的風險評估結果，進一步規劃並發展危機因應策略，決定處理危機之優先順序，並訂定緊急應變計畫。由於危機發生時間甚短，所造成之成本很高，因此在資源有限的情況下，必須訂定優先順序，以盡量減少對個人、社會或國家之衝擊，並將損失降到最低。

而緊急應變計畫除包括處理危機之標準作業程序外，亦需包括災後之回復規劃。模擬危機情境，實際進行模擬與演習，將狀況、應變策略與標準作業流程與技術相結合，以求策略正確、流程順暢與技術熟練。

回顧台灣各醫院陸續爆發院內感染之癥結，似乎在於對疫情缺乏緊急應變計畫，包括在危機尚未產生時，缺乏模擬、準備、演習，亦未提高警戒。加上疫情來的突然，以致於在狀況初發時未能及時調度資源與人員就位。正確的做法是，需及時修正院內感染控制之執行流程，並提高警戒程度，加強演練，隨時備戰，並建立統一的醫療衛生指揮系統。另外，如物資與人力的調度也應事先統籌規劃。

在社區感染防治部分，應即時成立各縣市疾病預防與控制中心，建立分析與追蹤社區民眾的健康檔案機制，落實基層醫療院所和社區藥局的初級篩檢制，暢通社區 SARS 病例的通報管道，以早期發現可能傳染者。除了醫療體系之外，政府其他部門也應針對可能造成的經濟或社會衝擊提出緊急應變計畫，動員非政府

組織資源，協助政府建立公共服務體系，對民眾在 SARS 中可能遭遇的心理、經濟與法律問題，提供援助和服務，尤其對於被隔離或居住於可能傳染區的民眾，更應予以高度關注。

**三、危機的處理與溝通—反應期：**此時危機已經發生，應立即作反應，落實緊急應變計畫，包括協調與有效調配現有資源，盡量降低危機的衝擊，並處理非預期之突發事件等，以避免損失的擴大。在執行緊急應變計畫時，應由地方負責協調與收集各醫療院所之物資需求，由中央統籌資源之調配，全力提供院內醫護人員在對抗 SARS 時之後勤支援。

此外，也必須增進醫院內部及地方政府、中央政府的內外行政處理及溝通協調的效率，因為所有從不同層面參與防範的單位與機構必須視為一體且密切合作。而在社區感染管控方面，可推動招募社區義工，以衛生所為責任中心，施以必要講習與宣導，並結合原本社區健康營造體系的民間力量，進行如居家照護之關懷活動、開展防治 SARS 傳染病社會捐助活動等，以擴大民眾的參與及支持。

由新加坡的危機處理方式可知，危機溝通是降低社會失序性恐慌的要素。危機溝通包括了資訊的透明化，提供即時且正確的疫況資訊，以減少因 SARS 疫情的不確定性所造成的莫名恐慌。因此，針對一般民眾，除了目前現有的宣導資料與每日三次定時的疫情報導外，尚需要有一系列經規劃過的衛生教育教材，透過平面及電子媒體，深入淺出地介紹傳染病防治原理，說明 SARS 的傳染途徑與預防之道。在醫護人員方面，加強其對於照顧 SARS 病人的風險的正確認知，以及正確的防護方式，以降低醫護人員照護時的心理壓力。另外，由於媒體擔任訊息守門員的角色，因此亦需優先強化媒體從業人員對 SARS 的專業知識與批判能力，以提升其報導的深度與素質。

**四、危機管理計畫的再評估與修定—重建期：**此階段最重要的任務乃是使系統儘速回復正常運作，可分為短中長期重建計畫，內容應包括物質與心理層面。此外，也須對原有的危機管理

計畫進行再評估與修定。理想的狀況下，危機乃是符合前述危機管理所規劃的策略與應變計畫的構想，唯事前規劃可能有疏漏或危機發生太過緊迫，以至於危機管理過程中產生錯誤。因此，危機發生後應評估計畫之有效性、處理程序之適當性（包括人員之表現），以作為修訂危機管理計畫之參考。

傳染病控制與防治的特性，即在其流程管理需採取必要之隔離措施，以減少傳染源的擴大。而此次 SARS 的疾病管控中，這些良好動機，卻在各種疾病正確知識不足與媒體眾說紛紜的資訊轟炸下，產生不小的負面影響，這種影響不只侷限於個人層次的憂慮或憤怒，同時也衝擊了社會的安定、國家的經濟與政治的穩定。因此，重建「公共心理健康」應成為政府當下之重要課題。政府可從現行體系中的心理衛生網絡與精神醫療網絡著手，如教育體系的學校輔導網絡、內政體系的家庭支持與暴力通報系統，以及衛政體系中各縣市社區健康營造中心、社區心理衛生中心、社區復健中心等組織機制，整合資源進行整體運作規劃，以啟動全國公共心理健康與精神醫療網絡之功能機制。

## 伍、避免危機管理系統失靈影響其成敗績效

危機管理是否能夠成功，不僅僅靠危機前詳密的規劃，管理過程中常常因認知、組織與政治或其他環境因素造成管理系統失靈。事前機警為危機管理相當重要之步驟，因此從個人到國家都應具有危機意識，將危機管理融入其文化的一部份，將可及早防止危機之發生。組織內部的藩籬，也常妨礙溝通並降低責任感。若規劃者與執行者並未針對為危機管理做良性之溝通，極可能於危險處理之過程中，發生規劃者與執行者產生認知上之差距；此外，危機溝通不良導致恐慌與士氣低落、資訊不透明與組織崩潰。而危機處理機動應變能力的不足，也容易造成體制僵化與系統失靈。

此次 SARS 疫情是政府在危機管理上的一大考驗，也是政府對於危機管理制度創新的一大推動。「前事不忘，後事之師」，新興傳染病如 SARS 的發生未必全然只帶來破壞，藉由此次的全民

危機總動員，不僅有利於提升民眾的公共衛生習慣和培養疾病防禦意識，亦提高民眾面對突發事件的心理承受力，以及尊重他人的價值，重建人際間的關係。更重要的是，此次危機也提供了一個契機，去促成政府危機管理機制的更臻完善。

換言之，每一次危機既包含著導致失敗的根源，卻又孕育著成功的種子：發現、蛻變、培育，從而收獲這個潛在的成功機會，便是整個危機管理的精髓。成功者並非因為因應危機而被造就出來的，而是將平常醞釀培養的成功特質，在危機之中漂亮地展現。如果在這場疫病之後，台灣能夠真正建立起一個較為完善的公共衛生防疫機制，一個全國性的危機管理體系，一種全民應對危機的成熟心態，朝向更進步的國家邁進，那便是獲得了一場重大戰役的勝利。





## 第六章 研究結論與建議

### 第一節 研究結論

在全球化下的趨勢，不論政治、經濟、文化、資訊等皆快速的互相影響與轉變。正如政治學者伊士頓(David Easton)在其政治系統模式理論，強調系統無法獨立於環境而生存，必須依靠環境產生的各種輸入，經由系統內部的轉換過程，從而成為公共政策，進而透過反饋的機制，形成修正或新的輸入，再次進入政治系統。世界猶如地球村，應以超國家防護衛生、醫療網絡之合作模式，共同來對抗疫情發生，並戮力研發疫苗，提昇防禦能力，是以更多形式的國際合作彌補現今各種作法的局限與不足的另一種策略。

「健康非政治議題，疾病無國界，醫療無國界」，經過這次 SARS 突然來襲，國人承受了生活上、心理上及經濟上極大的擾亂和損傷，探討全球化性質的疫病發生，防疫作法改變及觀念革新，釐清結構、認知、執行和心理層面等，提出深入探究及分析，防疫政策之制定、方案之擬定、措施之調整等策略、執行面的有效率與高效能。經由文獻分析、個案分析、比較研究世界各國作法與經驗，本文有以下研究結論，茲分別說明如后。

#### 壹、因應疫病之特殊性，防疫作戰需有新思維

隨著科技不斷地進步與發展，人類依靠傳播、通訊、運輸、交通技術之媒介，其生存之需求與品味愈趨於同質化，並逐漸形

成關係緊密似地球村之過往頻繁的現象與狀態。又過度研發使用抗生素導致菌毒的變種和疫病的特殊性，造成無法以現有的科技和舊式的觀念、作法來加以控制，必須創建新思維和新作法，始能迎擊未來新興疫病的大挑戰，SARS 抗疫工程的挫折感與全球經驗，恰好是給政府和全國人民乃至全世界人民最佳的警惕，和重新開始的省思。

全球化相對於本國化，其理論乃融合在地化與去領域化，並有重新予再領域化(Reterritorialization)的詮釋象徵，本文引述「依賴理論」所倡（一）去國家化（二）國家危機（三）生物多樣性(Biodiversity)是有關地球上多樣動物植物存續的議題，也是導生今（二〇〇三）年整個地球村所共同面臨的遭遇與困境，<sup>118</sup>在在無一不是印證「理論」中所提去國家化；任何一個國家皆可能被波及，疫災打破民族疆界、國家危機；當被蔓延時即可產生該國家的立即重大危機，造成許多政治經濟心理的損失、生物多樣性；多屬種的生物界，存在著多元性的功能與變異性的生態特徵，彼此形成共生鏈，既相互牽制又給予依助，此即生物之多樣性。

從上述研究，我們發現此次疫病的路線是由點逐漸擴散到整個面，在那個點（感染源）未迅速被切斷或撲滅時，極快速倍數的往周邊接觸者；如家屬、醫護人員等蔓延，形成一個感染群，然後又快速倍數的往周邊接觸者；如工作同仁、鄰居、不認識的旁人等蔓延。由一個國家傳染到另一個國家，由一個民族傳染到另一個民族，由一個區域傳染到另一個區域，最後，整個地球都被肆虐了，一切都是看不見的病毒在主宰。

---

<sup>118</sup> 李培元譯，Zygmunt Bauman 原著，《全球化浪潮的政治定位》。台北：韋伯文化出版公司，民 92，頁 137。

傳統的防疫工作是單純由單一部門；即主辦的疾病管制局暨其所屬衛生機關的單打獨鬥即可，頂多再以環境保護機關單位的配合就能快速控制住，但此次 SARS 的抗疫工程卻複雜到由上述兩機關人力無法勝任，而必須要由多重機構的合作和支援，才能有效的抗制。新興疫病—SARS 的防治，除了要由個案醫治做起，更複雜到要往群集的對象和趨向作深入之研究，並瞭解整個動線特性始能快速地控制，不至於再次的感染和蔓延。

SARS 防疫是人類所必須共同面對，任一國度與民族皆無法倖免。而未來的新興疫病，仍將來勢洶洶，深不可測。經由此次全球抗 SARS 夢魘與驚惶失措後，人類應省思如何同心協力，懷抱生死與共、同舟共濟的精神，一齊面對將來的疫情。

## 貳、實施家庭醫師制度，修築防疫第一線

### 一、我國實施家庭醫師制度的必要性

#### (一) 合乎世界潮流

目前全球實施全民健康保險的國家都採用家庭醫師制度，其普遍皆認為在全民健康保險之下，必須藉由家庭醫師來統籌病人的就醫流程及就醫場所，才可避免病人因重覆就診及重覆檢查、檢驗所造成的醫療資源浪費，以俾能提供民眾最具成本效益的醫療照護，而讓全民健康保險能永續經營。然不論實施與否，使用家庭醫師做為對病人轉診的守門員亦為時勢使然。

#### (二) 可做為防治傳染性疾病的第一道防線

家庭醫師為病人生病之後在衛生體系中所接觸的第一位醫療人員，需要負起對罹患傳染性疾病病人的確認、通報及追蹤的責

任。以此次 SARS 之疫情為例，倘若所有的病人都由受過專業訓練的家庭醫師把關及過濾，將疑似病例立刻通報以及救護車轉診至 SARS 專責醫院，此可避免民眾到處就診及隱瞞就醫史，而造成各大醫院的淪陷，也造成疫情一發不可收拾。

### （三）可幫助持續萎縮中的基層醫療拓展新的契機

從衛生署統計與健保申報金額的資料中可以看出基層醫療萎縮程度之嚴重性，絕大多數的開業醫師對目前的工作環境感到不滿意，如能效法先進國家實施家庭醫師制度，以基層開業醫師做為民眾生病時的第一位諮詢對象，此不但可以避免民眾因小病上大醫院造成醫療資源浪費，也可強化基層醫療在衛生體系中的重要性，進而提昇基層開業醫師的工作滿意度。

### （四）可提供給民眾預防醫學服務

隨著健康觀念由治療疾病到預防疾病的改變，預防醫學在衛生體系中所扮演的角色日益重要，推廣預防醫學已成為維護社區健康的重要工作。一般民眾願意接受其家庭醫師所給予的醫療建議，因此家庭醫師極適合扮演推動民眾接受預防醫學的推手，而基層醫療診所也是執行簡單檢查檢驗項目的優良場所。比起美國民眾的(90%)高家醫就診次數，即有接受到家庭醫師所給予的健康習慣諮詢及預防教育，台灣有實施家庭醫師制度的必要性及急迫性。

### （五）可提供給民眾心理健康諮詢

在國外，家庭醫師已成為民眾尋求心理健康諮詢的主要對象之一，然在台灣由於民風較保守，民眾若有心理健康問題，通常會避諱到醫院的精神科就診，而造成病情的延誤治療，使得疾病更加惡化。台灣若能實施家庭醫師制度，民眾必會信任他們的家

庭醫師，進一步將家庭醫師當成他們尋求心理健康諮詢的對象。像這次 SARS 疫情發生時，因為恐懼的衝擊造成許多民眾心理健康上出現問題，而影響到他們的日常生活作息，讓社會付出極大的成本。台灣若能實施家庭醫師制度，可提供民眾心理健康諮詢的一個管道，而造就一個更健康和諧的社會。

## 二、衛生主管機關落實家庭醫師制度的可行性

### (一) 加強家庭醫師的養成

台灣目前大多數的基層開業醫師都已實際在從事類似國外家庭醫師之多科別照護工作，但其中真正接受過正式家庭醫學科醫師養成訓練的醫師少之又少，根據衛生署（二〇〇三年）的資料顯示台灣至民國九十年止，在醫院工作的家庭醫學科醫師只有 668 人，僅佔醫院總醫師數的 4.35%，全國擁有家庭醫學科醫師證書的卻只有 4,147 位，不到全國執業醫師的 15%，而平均每十萬人口更是只有兩位家庭醫師。<sup>119</sup>

為加強家庭醫師的養成，在醫學士選擇接受專科醫師住院醫師訓練之前，先進行兩年的家庭醫師訓練，後再依個人的興趣進入不同的專科醫師之住院訓練。可師法皇家紐西蘭全科醫師學院的做法，規定執業中的家庭醫師須在一定年限內參加一定時數的教育課程以取消繼續執業資格。<sup>120</sup>尤其是在有傳染性疾病疫情時，更須強制家庭醫師參加相關的課程講座，以讓家庭醫師對目前流行的傳染病能有更進一步的認識，近而提供民眾及社區更周

---

<sup>119</sup> 林恆慶、石賢彥，〈SARS 疫情之省思—台灣實施家庭醫師制度的必要性〉，《台灣醫界》，2003,46:59.

<sup>120</sup> M. J. Tracey, B. R. Arroll and E. David, "Effects of Recertification on the Continuing Education of Family Physicians," *The Journal of Continuing Education in the Health Profession*. Vol. 19, 1999, pp. 45-54.

全的健康保障。

## （二）擴大家庭醫師的服務項目

目前大多數人對家庭醫師所提供服務項目的刻板印象尚停留在健康檢查、預防針注射及感冒和腸胃炎的治療，其實，看國外家庭醫師所提供服務項目的多元化，國內可以參照擴大給付，只要家庭醫師有足夠的能力及專業技術，准許家庭醫師進行一般外科手術、產婦接生、急診服務及心理諮詢服務等，如此不但讓家庭醫師提供更完整及全面性的醫療服務給民眾，也可真正落實分級醫療制度之精神。

## 參、構築防疫作戰新策略

防治策略應本著預防重於治療之基本精神，結合所有可有之資源，並併合傳染病三段五級的預防概念來研訂。其主要目的在於提供全民專業防疫服務，快速而正確的供應疫病資訊，有效的進行疫病的預防、撲滅及控制，使全民能免於疫病威脅的恐懼，進而保障全民的健康。依此原則所訂定的防治策略計有下列七項：

### 一、持續落實宣導教育

結合政府與民間資源，透過各類媒體，提供民眾、醫護專業、教育人員及媒體工作者正確的（新興）疫病相關資訊，使社會大眾瞭解（新興）疫病之特性及其傳染途徑以減低心理恐慌，包括教育民眾養成良好的衛生習慣（如勤於正確洗手、更換毛巾等）以增加對疾病的抵抗力；促使社區與家庭均能提供適當之洗手環境與設施、提醒民眾注意重症前兆以儘速送醫、減少探病以及教育醫護人員重症之適當治療與妥善隔離等。唯有大家共同配合，

採行個人預防措施，減少被感染的機會，才能擴大防疫的效果。

## 二、強化病例監測與流行資訊之研判功能

持續收集分析國內外（新興）疫病感染資訊，以建立（新興）疫病（尤其是臺灣地區）之感染情形基礎資料，及時掌握國內外疾病流行動態，據以策訂國內之因應措施。絕對要求中央與地方政府對疫情之快速據實通報，和嚴懲隱匿疫情的作法之必要性。

## 三、強化緊急疫情處理機制

（新興）疫病感染不只是防疫工作，更涉及整體醫療、教育、媒體、經濟等各層面之問題，因此當疫情監測系統出現異常時，中央及地方政府必須即時成立（新興）疫病防治指揮決策中心，負責各該層級政府間防治工作橫向之整合與分工；另外，在中央及地方政府之間，亦應有適當之縱向指揮聯繫機制，地方能即時獲知中央之政策與考量，中央亦可隨時掌握地方之困難與動態，以其建制完整有效的防疫工作網，期能隨時發動組織動員，提供適時、適量之醫療、檢驗、病例調查與諮詢服務，降低或阻絕疫情，減少死亡之病例數，並降低民眾於流行期之恐慌。

## 四、持續進行前瞻性之相關研究與人才培訓

自行研究或委託辦理各種相關之流行病學研究，及疫苗研發等計畫，加強人才的培訓，以改進（新興）疫病之預防、診斷與治療方法，有足夠的人員產生，使（新興）疫病於未來不再對國人健康與社會安寧造成威脅。

## 五、加強中央與地方政府對 SARS 防疫之合作措施

此次 SARS 疫情之執行，中央政府與地方政府未能充分發揮功能，政策與執行方案的多變，導致地方政府人員莫衷一是，疫情未及時通報，缺乏警覺性，中央支援地方醫療資源的緩慢與不足，皆為此次抗 SARS 行動中所顯示出來重大缺失。

## 六、加速對新興傳染病的歸類，指導政策與執行的進行

中央政府遲疑宣布將嚴重急性呼吸道症候群列為第四類法定傳染病，直接影響抗疫的政策制定和執行的時效至巨，這是明顯的誤判疫情與指揮決策部門僵化的表徵，值得政府和民眾大力檢討並加以改進的地方。

SARS 是一個可得預見而有傳染的疾病，其源頭是與台商密集，且往來頻繁的廣東地區。其對台灣地區有立即而可預見的危險性。我們衛生機關看這個問題，一直停留在病源屬大陸行政地區的封閉認知內。殊不知，全球化的結果，領域的界線逐漸模糊，行政認知的事項也變成超領域共同關切的公共課題，特別是像這類有傳染病性質的課題，必須納入到「全球治理」的內涵中。

## 七、防治疫情宜與政治分開

這次 SARS 疫情的擴散，除了和平醫院顯然有隱匿嫌疑之外，台北市政府在事前監督和事後防治與處理過程中，疏失甚多，也難辭其咎。此外，衛生署疾管局未能及時發揮強力介入的公權力也是原因之一。在國內政治對立局勢下，疾管局在擔心被冠上「打馬」標籤的情況下，不敢介入處理和平醫院案，從而只好放



手讓台北市政府自行處理，結果才演變成這個樣子。讓我們不禁感慨，泛政治化的結果，人民的生命安全也因此被連帶犧牲。從這個角度來看，防治疫情必須與政治分開，否則社會價值觀的顛倒還是其次，全民、社會與國家的利益因此受到重傷，才是最嚴重的隱憂。

台灣的泛政治化自解嚴之後開始滋長，並且潛伏在公共領域的每個角落之中，其中又以政黨、國會和媒體為甚，任何事件或案子，無論如何貪贓枉法，只要一冠上「政治鬥爭」、「司法迫害」、「白色恐怖」之名，往往因此無疾而終，不僅使得檢調、監院的司法功能因此衰減，更讓社會正義的是非價值觀念因此受到政治病毒的嚴重侵蝕。這樣政治化無限上綱的結果，司法尊嚴自然淪喪、社會公義當然難以彰顯，凡此都讓台灣社會因此顛倒是非，「政治 SARS」入侵整個社會的心肺，難以復原；和平醫院之所以隱匿疫情，而又缺乏節制與監督，除了行政與醫療疏失外，心靈深處的「政治 SARS」作祟，也是重要原因。

## 第二節 研究建議

綜合上述各章所論，以此次抗 SARS 的過程，並融合國內外的經驗，針對防治新興與再浮現傳染性疾病的問題，提出個人些許淺見供作日後政策制定與執行之參考。

### 壹、未來防疫之執行應該注意的重要方針

#### 一、防疫應國際化

臺灣地區是地球村的一員，在國際社會中，有許多資源可供貢獻及共享。對於（新興）疫病的防治工作，也不例外，如何善用國際資源，以協助防治（新興）疫病之流行，實施方法包括：

**（一）隨時蒐集他國之疫情：**

藉由網路或其他的途徑，蒐集世界之疫情及經驗，以掌握地區疫情流行之情形，同時也做為國內防疫的重要佐參。

**（二）加強國際合作，交流防治經驗：**

疫情的傳播並無國界之分，也沒有地區的限制，借助國外及提供國內控制疫情之經驗，有助於快速掌握急病之流行，並利於國內及時採行有效預防措施。如八十九年衛生署即派員考察馬來西亞當時之腸病毒流行情形，並就兩國間疫情通報、檢驗方式及防治策略等交換意見。

**（三）積極主辦並參與亞太地區防疫活動及國際會議：**

訂定國際交流或國際培訓之計畫，做防治經驗之意見交流或傳承，除可善盡國際社會一員的職責外，也可藉此強化國內的防疫能力。衛生署於八十八年八月亞太經合會第十七次會議中曾提出「小兒腸病毒監測與防治計畫」，獲得各會員國的熱烈支持通過，該項計畫主要是將臺灣地區在腸病毒防治工作上的成功經驗提供給各會員國參考，包括腸病毒資料庫共享、協助疫情監測及檢驗診斷技術的建立等。

**（四）防治工作於必要時，可聘請國外專家協助指導：**

運用國外專家的學識與專長，以及處理疫情的經驗，來協助與指導，快速有效的制止疫情之發生。

## 二、防疫應專業化

從病毒本身特性及今年處理經驗顯示，疫病的預防不只是政府的防疫工作，更涉及整體醫療、教育、媒體、經濟等各層面之問題，必須產、官、學界等專業體系通力合作，才是成功做好防疫的重要關鍵。實施方法包括：

### （一）充實醫事衛生人員專業知能：

疫病防治的教育宣導是一個專業且全面性的工作，應分別針對醫事衛生人員、一般民眾、學生、教育人員及食品餐飲從業人員等群體加強辦理，因此必須動員行政系體、產業界及學界間資源共同參與，由官方之衛生署、教育部、內政部和各級政府等結合產業界之醫療檢驗或媒體、學界之學術研究團體一齊合作，並結合民間資源、社區組織共同推動。施行公衛、醫事檢驗及教育人員教育及訓練，充實公衛、醫事檢驗及教育人員之專業防治知能，灌輸教育人員之專業防治知識。

### （二）提昇整體醫療水準及實驗診斷能力：

加強檢驗（新型別）的技術及能力，落實重症型別的鑑定。應於臺灣北、中、南、東四區，以委託計畫模式，結合醫療學術資源，成立「區域性病毒檢驗標準實驗室」。建置區域性之病毒檢驗監測與支援系統，以便即時掌握國內疫病之流行趨勢及其流行病毒型別之變動情形，提昇總體實驗室之診斷水準，加強大規模流行時病原之全面監控與醫療檢診之服務品質。

### （三）持續相關研究發展：

與醫療研究單位合作，進行疫病相關之調查研究，例如致病機轉、預防、診斷與治療之研究，開發致病原快速鑑定方法及血

清流行病學調查等，以期能在最短時間內診斷出致病原並分析病毒所扮演之角色。加強辦理疫病及疫苗之研發：SARS 由於沒有特效藥可供治療，目前最有效的方法，在於提高群體之免疫力和減少與個案之近距離接觸以避免受到感染。

#### **（四）建立並維持「疫病臨床醫療諮詢小組」的功能：**

衛生署於應於疫病流行期間，邀聘醫療專業人員，分別於臺灣地區成立北、中、南、東四區「疫病臨床醫療諮詢小組」，除了協助當地衛生醫療單位進行通報疑似個案之確認，與判定工作外，並對負責區域內之衛生機關及醫療機構提供必要的醫療諮詢與相關協助。

#### **（五）加強疫情之適時發佈與防治說明：**

強化衛生署「疫病防治工作小組」的功能，於流行期間定期開會研商各項防治措施，隨時檢討防治工作進度及成效，並保持機動性的調度應變。此外，並邀請學者專家共同參與舉辦疫病防治座談會，印製海報、單張及工作手冊提供相關人員參考。在疫情發佈方面，則由衛生署指定發言人，統一對媒體發佈臺灣地區流行情形與衛生機關之因應措施。必要時，亦可委請公關公司協助，俾於媒體或民眾間對防治措施或疾病相關資訊有所誤解時，提出適當而及時之釋疑與說明，避免訛傳，以降低社會之誤解而引致慌亂。

#### **（六）進行環境的監測及強化環境設施：**

自行研究或委託醫學中心辦理臺灣地區疫病病毒中和抗體血清流行病學調查研究，以釐清不同疫病在流行期間所扮演的角色及侵犯中樞神經之危險因子等。

規定相關單位，分別針對人員出入較多，或傳染機會較大的場所，共同督導要求其提供充足而適當的洗手環境，包括潔淨的廁所與洗手設備、流動的自來水設施、肥皂等洗潔劑以及擦手紙之提供，同時必須使機關、廠商視提供良好洗手環境為當然且必要的服務項目。以及即時的量體溫、正確的使用口罩、和自我居家隔離或管理等措施。

#### (七) 訂定各項專業處理方式及要點：

包括疫病後送醫院名單、疫病重症患者臨床處理綱要以及相關停課、居家隔離或管理標準等。

### 三、防疫應資訊化

在防疫工作上，隨時掌握全國、甚至全球的疫情資料，並且快速的利用資料或將其傳遞，是極重要的一環，要達成上述的目的則有賴資訊化以完成，其方法如下：

(一) 透過疾病管制局網站([www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw))及各種傳播媒體進行宣導：將防治知識、政府的防治措施以及疫情等相關資訊提供民眾查詢使用。

(二) 建立及暢通通報資訊系統，以提昇通報及查詢之效率：落實疑似個案之通報與流行情形之監測、地方衛生機關與轄區醫師醫療院所之聯繫、疾病管制局所屬各分局應主動聯繫其轄區內之定點醫師。

(三) 成立個案通報與病毒監測資訊處理中心：區域性病毒檢驗標準實驗室必須將其檢驗之病患相關資料與病毒檢驗結果輸入電

腦檔案，每週定期傳送至疾病管制局資料處理中心，以進行整體檢驗監測資料之分析與資訊回饋。

疾病管制局建置之網路通報與分析資訊系統，可即時收集與分析通報資料，並利用“疫病熱線”，每天將國內最新疫情資料及病毒流行情形傳送至各縣市衛生局，以同步掌握國內疫情狀況。

成立專家疫情判斷工作小組，聘請專家成立疫情研判工作小組，與衛生署人員透過電子網路、小組會議或提書面意見等方式，從事通報資料之分析與流行趨勢之預測。健全網路資訊系統，互通全球疫情資訊，隨時注意國際疫情並提醒國人。

#### 四、防疫應全民化

教育宣導是一切疾病防治能否成功達到成效的最重要環節之一，在疫病的防治方面，除了小兒麻痺病毒以外，目前全世界並無疫苗可以預防 SARS 病毒的感染，而該病毒又存在於全球各地，所以，教育民眾正確之疫病預防知識，以及如何減少被傳染的機會，避免恐慌，是疫病防治最基本、同時也是最必要的工作。病毒由於分佈廣泛且不易滅絕，惟有靠全體民眾在日常生活中養成正確而良好的衛生習慣，才能降低感染的可能性。實施方法包括：

(一) 加強社會一般民眾之教育宣導：辦理全國性的宣導活動、辦理地區性的宣導活動、辦理特定群體的宣導活動；如醫護人員等。

(二) 建立民眾諮詢服務支援系統（志工專線推廣）：包括志工

的培訓及教育，衛生署疾病管制局諮詢專線：(02) 2327-8000、全國疫情通報專線：0800-024-582、發燒專線：177。

## 五、防疫應機動化

### (一) 建立全國防疫工作網，訂定各項緊急應變機制：

在全國防疫工作網的建立上，促使中央及地方政府，都具有統一的疫病防治指揮及決策中心，來負責防治工作橫向之整合與分工；同時也具有適當的縱向指揮聯繫機制使地方可以即時獲知中央之政策與考量，中央亦可隨時掌握地方之困難與動態，如此，才可使資源以及人力發揮最大之功能與效用，也才能避免因單位、層級間之考量角度不一，滯遲防治工作之推展。緊急應變機制之制定，在疫情突然發生時，可立即機動地調度應變。組織動員架構各縣市衛生局除於平日嚴密監控疫情外，在疫情上升時，亦應積極主動採取各項應變措施，包括：立即加強進行轄區民眾之疫病防治宣導、加強轄區醫療資源之協調及合作，啟動發燒負壓隔離病房機制、協調跨部會機關全力配合疫病之防治。

### (二) 添置緊急疫情處理的必要設備：

由各級政府添置疫情諮詢之專用電腦(包括攜帶式電腦)、電話(包括行動電話)、傳真機等必要設備，並建立各醫療諮詢委員及各相關行政人員之聯繫電話表與電子郵件資料表，以便透過電腦或相關設備，加速資訊傳遞。

### (三) 成立機動防治隊並確保防疫人員及器材之機動化：

加強防疫人力及設施之相互支援能力及訓練，以便隨時機動支援疫區之防治工作。

(四) 制定檢驗、病例調查及研究等防疫相關之標準作業程序：

避免地方政府機關，各自為政，作業標準不一，人員無所適從的窘境，影響防治的成效。

(五) 整合學術界、公共衛生及流行病學專業人員：

建立一致之通報方式並落實社區之防疫工作，加強對通報者回饋以提高相關單位之參與度。

## 貳、抗疫作戰全民總動員、健康台灣新願景

個人是團體中的一員，與成員之間息息相關，唯有先從個人自己作起，全力配合團體的規範與措施，才能發揮個人的功能，達成團體的目標。SARS 的危機也正是轉機，在此次抗 SARS 戰役中，我國的防疫系統，公共衛生及醫療體系等，面臨了前所未有的考驗，但也藉此機會獲得浴火重新的再審視及再提升。

研究此次抗 SARS 的優點缺失，因應後 SARS 時代的挑戰，我們的政策重點應該著重在整體醫療與公衛體系的重建，衛生行政組織效能的提升，社區動員能力與民眾健康自主管理的強化，以及國際衛生合作的增進等。

### 一、重建防疫體系

經過 SARS 的粹鍊之後，突顯我國防疫體系包括疫病監控、偵測能力、實驗診斷能力、院內感染控制、全國衛生醫療系統的緊急應變能力，乃至橫向聯繫等，及對民眾的防疫知識教育上都面臨前所未有的考驗。預防新興疫病再度肆虐，全面進行防疫體



系總體檢，強化新興傳染病與生物恐怖戰的防治策略，及防疫組織的改造強化，是未來因應新興疫病時必須優先面對的課題。

策略規劃方向，應包括建立新興傳染病與生物恐怖緊急應變系統；訂定並輔導查核各醫院落實「疫病院內感染標準作業程序」，強化醫院感染管控機制，並納入醫院評鑑中，以避免院內感染事件發生；執行發燒咳嗽篩檢計畫，防制社區感染發生；持續執行邊境防疫措施，防止境外移入或由本國移出病例；強化醫護人員的感控防護知能與訓練；建立新興傳染病的分級醫療制度，依據感染症之嚴重性及疫病流行爆發程度，分級啟動國內感染症醫療系統；同時強化新興傳染病防疫體系，包括增進疫情監視系統的功能、強化危機處理的運作機制、提升國內實驗室檢驗研究設備和能力、積極培養與訓練防疫人才、建立生物材料之儲存及研發制度，並積極擴展國際合作管道；強化疾病管制局的專業功能與效能與行政效率，增進人員進用之管道，使專業人才延攬更具彈性。

## 二、改善醫療與公衛體系

檢討 SARS 疫情爆發初期之處理缺失，緣自於社區防疫體系失靈，導致民眾恐慌；而民眾長期不當之就醫習慣，使得分級醫療照護制度形同虛設，加上醫療體系建置與調度不當，SARS 病人缺乏有效的醫療與轉送，都是極待改進的地方。因此建構社區醫療體系、確保醫療品質及病人安全、建立感染症醫療網與確認公立醫院定位、民眾與醫護人員的心理重建、醫學教育的變革、健保與醫療體系的整合，都是未來政策規劃應走的方向。針對醫療體系，在後 SARS 時期醫療體系的再造工作，必須兼顧醫院醫療體系和社區共同照護體系之均衡發展，以品質、效率、全人及

全民之醫療保健照護為依歸。而藉由全民健保之利器，加強落實全人照護的醫療體系核心理念，建構以個人為中心，家庭為單位，社區為範疇之週全性、協調性及持續性醫療保健照護，藉由家庭醫師制度主導社區共同照護網絡，提升社區醫療品質。

由此次防疫經驗中發現，全民防疫必須由社區醫療開始做起，由基層醫療單位第一線把關，為社區民眾審視其醫療需求，並視需要作適當的轉介，發揮家庭醫師的功能，建置家戶檔案，為民眾量身定作適合個別需求之健康維護及持續性醫療服務，並與社區醫院共同合作組成社區醫療網絡，為民眾提供一般醫療服務及肩負社區公共衛生之責任。醫學中心則扮演重症醫療及教學研究的角色，各司其職，藉由以社區為衛生防疫基礎之醫療體系改造，能為民眾提供完整的全人的醫療照護服務。

### 三、提升公共衛生行政組織的效能

光復初期迄今，從中央的衛生署、各縣市的衛生局及至各鄉鎮的衛生所，台灣已建構綿密的公共衛生防護體系。然而此次的SARS奇襲，卻突顯台灣地區這個承平多時的公衛系統，逐漸鬆弛其緊急應變的能力，在國家發生新興疫病時，缺乏有效率的統一指揮與管理法源。尤其是基層公共衛生系統功能的萎縮、中央與地方權責分工不清、衛生署相關組織的功能重疊，以及公共衛生人力不足的情形，都需要加以改善。

可以全盤修正中央的衛生指揮系統，將組織扁平化，以增加橫向聯繫的作用，並且加強中央與地方政府與其所屬衛生局的垂直溝通，釐清權責並加強合作。同時也檢討規劃衛生所在公共衛生體系中的定位與功能，提升衛生行政機關人員的危機管理、計

畫評估、健康促進、社區組織與傳染病防治等能力。

#### 四、強化社區動員能力與民眾的健康自主管理

過去我國第一線的社區健康工作主要倚重各地區衛生所，但是衛生所辦理的各項衛教宣導，往往僅止於提供健康知識，沒辦法追蹤民眾健康行為的改變，讓健康行為落實於平日生活中，而隨著時代的迅速變革，所提供的服務也無法滿足社區民眾的需求。此外，分布於各鄉鎮的社區衛生促進委員會，其功能也無法有效的運用，社區中的醫療機構礙於經費及人力考量，也無法全力配合社區健康工作的推動。可以推動社區健康營造計畫，補助各鄉鎮設立健康營造中心，期待藉由社區中的自主團體主動來推動社區健康營造的工作。

SARS 的流行讓我們更加深刻體會，遏止傳染病流行的最基本方法，還是在於民眾養成健康的生活習慣—勤洗手、每日量體溫、咳嗽時戴口罩、規律運動、減少不必要的醫院進出、正確用藥等。民眾的互相關懷、落實健康行為及自主健康管理，才是降低恐慌及促使疫情獲控制的主要基石。結合社區資源，引發社區動力，以滿足民眾健康需求，建立社區動員機制，加強與民間團體的合作，結合不同專業的力量，培育民眾的能力與權力，讓民眾主動來管理自己的健康。

#### 五、增進國際衛生合作與加入世界衛生組織

SARS 的流行讓台灣付出慘痛的代價，但也讓台灣二千三百萬人的健康權利與防治 SARS 的努力獲得全球的高度肯定，贏得國際的友誼與協助。未來除了加強國際衛生人才的培訓以外，更

繼續爭取各國支持，與衛生專業組織合作與聯繫；持續推動人道援助工作，加強對落後國家之衛生醫療援助、致力於國際緊急急難救助、醫療團及物資捐贈、鼓勵國內非政府組織參與國際人道援助與醫療活動。亦針對世界衛生組織、聯合國及國際關心之重要衛生議題，如愛滋病、瘧疾、菸害防治與 SARS 等新興傳染病等。加強國內外文宣，有系統的規劃宣傳策略，爭取於國際舞台發聲，對中國大陸的文宣策略提早因應；此外，未來更應積極爭取世界衛生組織人員常駐台灣，協助我國進行新興傳染病的防治工作，以善盡台灣身為地球公民的職責，持續為全體人類健康貢獻力量。

SARS 讓我們有機會重新審視台灣的公共衛生體系，找回公共衛生的基本精神，重視社會正義與人道關懷。後 SARS 時代的公共衛生重建是一個珍貴的契機，我們應重新調整衛生體系，讓它們更人性化、更具公告正義、更有效率，以建立身、心、靈、社會皆健康的台灣。

附件一

密

## 嚴重急性呼吸道症候群(SARS)居家隔離通知

先生  
您好：  
女士

據衛生單位的瞭解，您可能與 SARS 疑似病患具有相當接觸或曾在流行地區停留，為了保障您和親友及大眾的健康與安全，請您在\_\_月\_\_日前儘可能留在家中不要外出，與親友之間要有適當的保護措施(如戴口罩)；若有不得已的情況需外出，亦請務必配戴口罩，並避免到公共場所或搭乘大眾運輸工具。如您有任何疑問或需要協助的地方，可致電 0800-024-582 (衛生署疾病管制局)或\_\_\_\_\_(衛生局、所)；若有發燒或咳嗽、呼吸困難等症狀，應立即就醫，並出示本單給醫護人員。在此 SARS 疫情全球警示期間，為了維護健康家園，造成您一些不便，我們由衷感謝。也請協助提醒親友們近期內儘可能不要去中國大陸、香港及河內等地，如果您想瞭解更詳細或最新的資訊，可上 [www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw) 網站查詢，我們的同仁會定期以電話或家訪和您聯絡。謝謝您的合作。

衛生署疾病管制局  
市政府 敬啟  
縣、市 衛生局

二〇〇三年 月 日

填發人：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

密件，請妥為保存

編號：



嚴重急性呼吸道症候群 (SARS) 專案防疫強制隔離通知書

先生  
您好：  
女士

由於您係來自大陸地區(不限省分)或世界衛生組織公布之 SARS 病例集中區，或自 SARS 病例集中區轉機來(返)台，為了保障您和親友及大眾的健康與安全，依照中華民國傳染病防治法之規定，您必須接受 10 天的強制隔離。您可以選擇在機場過境旅館隔離，或於收受本單起即戴好外科用口罩（或更高等級）並於廿四小時內向您在 SARS 防制調查表所填的地址之鄉鎮（市、區）衛生所或村（里）長或服務公司主管完成報到（避免搭乘大眾運輸工具），並由報到單位主管在本單左下角簽章。如果您未依規定完成報到，或填報不實的聯絡地址、電話，將會受到中華民國傳染病防治法第 41 條，處以新台幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，及刑法第 192 條訴追處罰，最高處二年以下有期徒刑。在強制隔離期間，非經管理單位許可，不得外出，如經許可外出，亦必須全程佩戴外科口罩(或更高等級)，且不得搭乘大眾運輸工具。如果您出現發燒或咳嗽、呼吸困難等症狀，應立即就醫，並出示本單給醫護人員。如您有任何疑問或需要協助的地方，可致電 0800-024-582(衛生署疾病管制局)或您報到單位的主管；也請協助提醒親友們近期內儘可能不要去世界衛生組織公佈的 SARS 病例集中地區。如果您想瞭解更詳細或最新的資訊，可上 [www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw) 網站查詢。謝謝您的合作，並祝健康快樂！

報到地點主管簽章： \_\_\_\_\_  
單 位 名 稱： \_\_\_\_\_  
電 話： \_\_\_\_\_  
主 管 職 稱： \_\_\_\_\_  
主 管 姓 名： \_\_\_\_\_

行政院衛生署 敬啟  
2003 年 月 日  
上、下 午 時

**重要文件，請妥為保存**

填發人： \_\_\_\_\_