

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

不同醫療體系因應 SARS 危機動員制度之評估(子計畫五)

計畫類別：整合型計畫

計畫編號：NSC92-2420-H-002-017-KC

執行期間：92年12月01日至94年02月28日

執行單位：國立臺灣大學公共衛生學院預防醫學研究所

計畫主持人：賴美淑

共同主持人：鄭守夏

計畫參與人員：魏玉容、徐慧君

報告類型：完整報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 94 年 3 月 28 日

後 SARS 台灣重建計畫-SARS 事件的社會與經濟衝擊研究-
不同醫療體系因應 SARS 危機動員制度之評估 (子計畫五)

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫
計畫編號：NSC 92-2416-H-002-017-KC
執行期間：92 年 12 月 01 日至 94 年 2 月 28 日

計畫主持人：賴美淑
共同主持人：鄭守夏
計畫參與人員：魏玉容、徐慧君

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告 完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

- 赴國外出差或研習心得報告二份
- 赴大陸地區出差或研習心得報告一份
- 出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份
- 國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、
列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢
 涉及專利或其他智慧財產權， 一年 二年後可公開查詢

執行單位：台灣大學

中文摘要

本計畫主要在檢討不同醫療體系在面對上次 SARS 事件之因應，並探討政府的角色功能，以檢視現行醫療體系的問題。三個主要研究目的為：1) 瞭解 SARS 發生對不同醫療體系醫療服務提供的影響；2) 不同醫療體系的應變措施及政府防疫政策配合的情形。3) 探討不同醫療體系對於未來政府防疫政策之看法。研究方法採健保申報資料分析、書面資料蒐集及訪談三種方式。

研究結果發現，比較 2002 與 2003 年的醫療利用率，整體而言 2003 年的醫療利用率比 2002 年的下降約 2%，在 SARS 流行期間則降 14%。以層級別分析而言，醫學中心的降幅最大(34%)；以權屬別分析而言，公立醫院之降幅最大(30%)。隨著 SARS 個案數及相關媒體報導量增加，民眾門診就醫次數逐漸下降。在各醫療體系中，公立、榮民醫院及署立醫院在 SARS 爆發期間為主要的病人收治中心；私人醫院的態度多為拒收病人。在政府防疫政策上，行政指揮系統在初期出現多頭馬車的現象；在財務上，雖有補助條款的訂定，但並未切實評估責任醫院因接受 SARS 病患而導致的醫療服務損失。在醫療資源上，包括醫療人力、病床的調度及相關防護資源，在初期皆呈現無系統狀態，後期則有大幅改善。

針對未來政府實施之防疫政策中，多數受訪者認為公立及軍方醫院在未來類似 SARS 傳染病防疫上扮演重要角色；醫學中心不適合做為權責醫院，但它能提供感染症醫師協助控制疫情，及收治多重症狀病人。對於在『感染症防治網』中政府指派專責醫院之專業能力，多數受訪者仍擔心其規模過小，能力恐不足。綜合新加坡、香港及加拿大處理 SARS 的經驗，初步瞭解各國剛開始和台灣一樣，因缺乏充分的資訊而無法採取正確的防護措施。新加坡政府特有的單一行政體系，緊急應變係由國防體系所主導，所以沒有產生行政溝通困難的情形。各國都有指定 1-2 間 SARS 專責醫院隔離並照護病患，這些醫院全是屬於公立醫院或政府資助的醫院。

建議政府處理類似 SARS 疫情時，行政系統上應統一，需重新檢討財務補助機制、加強公私立醫院之感染品質控制，及不定期演練『感染症防治醫療網』政策。

Abstract

This project aims to understand the responses of various types of hospital to the 2003 SARS outbreak as well as the health authority's role in this outbreak. Three primary purposes of this study are: 1) to understand the SARS impact on the use of healthcare services; 2) to analyze the hospitals' response and their strategies, and health authorities' policies to SARS outbreak; 3) to collect hospital managers' opinions on the government's post-SARS policy: Anti-infections Disease Medical Commanding System. Hospitals' claim data analysis, document analysis, and in-depth interview of key person are conducted in the study.

Comparing the volume of outpatient visits during the same periods in 2002 and 2003, we observed a 2 % decrease in volume of outpatient visit year-wide and a 14% decrease during the SARS outbreak period. Among various hospitals of different accreditation level, the number of outpatient visit to medical centers decreased most significantly (34%), while public hospitals decreased the most (30%) according to hospital ownership. As the number of suspected SARS cases and of SARS related news reports increased, the number of outpatient visit decreased accordingly.

During the SARS outbreak, public, veteran, and military hospitals played a major role in treating SARS patients. In contrast, most private and non-profit hospitals were reluctant to admit SARS patient. Governments didn't evaluate hospitals' financial loss due to the admission of SARS patient, although they were guarantees concerning financial supports. As to governments' anti-SARS policy, the chain of command was not established at first. They didn't effectively allocate relevant medical resource, including manpower, quarantine wards, and protective materials (N95 masks, and quarantine clothing).

Regarding to the Anti-infections Disease Medical Commanding System, most of interviewees agreed that public and military hospitals will play important roles in anti-communicable disease similar to SARS. They also agreed that medical centers are not appropriate to be designated as infectious disease hospitals. However, they can provide specialties and expertise in fighting the disease. They are also worried about the ability of SARS hospitals designated by the government, because most of those hospitals are of smaller scales. Comparing the anti-SARS experience in Singapore, Hong Kong, and Canada, we observed similar situation as Taiwan in the early-SARS period, due to the lack of information on SARS, governments were unable to develop good strategies. Singapore's single health authority directed by ministry of defense tends to be the efficient one among the 4 countries. This system makes Singapore quick responses to SARS outbreak without conflict among organizations. Each county all designate one or several SARS hospitals to treat SARS suspect and all these hospitals are government owned or public funded.

Final, we suggest that our government should develop a single chain of command for such disease, reassess the compensation system for hospitals, enforce hospital infection control, and implement practices periodically the Anti-infections Disease Medical Commanding System.

目錄

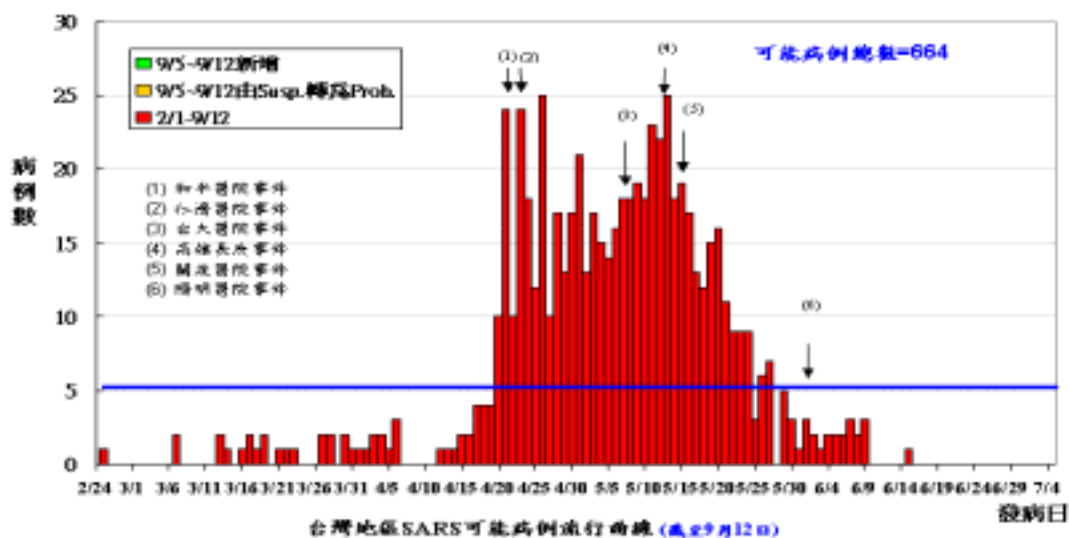
第一章 前言	1
第二章 台灣醫療照護體系介紹	4
第一節 台灣醫療資源現況	4
第二節 醫院的社會角色與功能	5
第三節 醫院權屬與其社會責任的認知	6
第四節 醫院大小或評鑑等級與收治 SARS 病患的能力	9
第五節 不同醫療體系的危機管理	10
第三章 研究材料及方法	12
第四章 研究結果	15
第一節 SARS 疫情對於民眾醫療利用影響	16
第二節 不同醫療體系在 SARS 期間的應變措施及政府防疫政策	23
第三節 不同醫療體系對於未來政府防疫政策之看法	34
第四節 各國 SARS 防疫策略之比較	41
第五章 討論及建議	48
第一節 綜合討論	48
第二節 建議	54
參考文獻	56
附錄	59

第一章 前言

嚴重急性呼吸道症候群 (SARS) 於 2002 年 11 月首先在中國大陸廣東省佛山地區發現後，隨後陸續在香港、新加坡、加拿大、美國、越南、台灣等地爆發，造成全球性的恐慌。2003 年 3 月在越南河內有一位美國商人因產生非典型肺炎就醫，之後送至香港治療後死亡，接著陸續在香港與越南出現非典型肺炎合併有呼吸道衰竭案例，同時間在中國大陸廣東地區亦發生非典型肺炎之疫情，而台灣地區在 3 月中旬傳出類似個案，其他國家包括加拿大、新加坡、美國等地也先後傳出疫情。世界衛生組織(WHO)為有效區隔與界定該疫情的特徵，於民國 2003 年 3 月 15 日新公布之名稱。因感染特點為發生瀰漫性肺炎及呼吸衰竭，因較過去所知病毒、細菌引起的非典型肺炎嚴重，因此取名為「嚴重急性呼吸道症候群」(Severe Acute Respiratory Syndrome, 簡稱 SARS)。同年 4 月美國疾病管制局利用電子顯微鏡與病毒培養的方式鑑定出 SARS 病毒為一種新型冠狀病毒 (novel coronavirus)。研判 SARS 病毒的傳染方式可能為近距離的飛沫與接觸傳染，潛伏期短加上多數人對此病毒無抗體保護，因此造成在許多國家以驚人的速度傳播(CDC, 疫情通報)。

台灣於 3 月 14 日爆發動姓台商 SARS 首例，之後則是一連串醫護人員遭感染及院內感染之消息，其中尤以 4 月 24 日和平醫院封院事件對社會造成極大的震盪與恐慌！重要之 SARS 大事件請參照附件一。自 6 月 16 日起台灣才確認無可能病例，截至 7 月 31 日止，共通報 3032 例，其中 664 例可能、1320 例疑似、1044 例排除。可能病例以北區最多，共 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 60.5%)，其次為 60 歲以上 192 例(約 28.7%)。有 72 例可能病例直接死因是 SARS，分佈以北區最多有 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 歲以上之致死率約為 20.7%。流行高峰介於 4 月 20 日至 5 月

27日，呈現雙峰現象均由院內感染事件引起的，第一次高峰主要是和平及仁濟醫院事件，第二次高峰則是高雄長庚事件(CDC,台灣嚴重急性呼吸道症候群SARS防疫專刊)。SARS期間之流行曲線與病例分佈如下圖所示。(衛生署疾病管制局,2003)



台灣在2003年2月發現第一名SARS個案後，衛生及醫療單位隨即展開多項『防煞』措施，防堵疫情擴散。同時間，國內外各醫療組織也致力於發掘致病的原因、機轉及傳染途徑，以有效控制疫情的蔓延。台灣從發現零星的疑似個案及確認病例，逐漸演變成院內感染及社區感染事件。在處理疫情過程中，台灣曾經被世界衛生組織兩度批評為防疫工作欠缺協調且各自為政（中央社日內瓦, 2003）；美國 CNN 也批評台灣沒有組織與危機管理，在醫療後勤補給紊亂，隔離政策執行不力、醫院為了營利績效隱瞞疫情，囤積口罩與哄抬價格等（中時電子報,2003）。這樣的結果是否顯示政府在醫療體系危機處理上的不足，還是台灣長期以來醫療系統的畸形發展，導致疫情無法控制，越演越烈？本計畫將歸納整理在這次SARS事件中，不同醫療體系上的應變及其缺失，除深入瞭解不同的醫療體系在重大疫情時應扮演怎樣的角色，亦深入剖析台灣醫療體系在處理重大危機時的種種缺失。

本研究以SARS之危機處理為基礎，檢討不同醫療體系，公立、軍方、私立及財團法人醫院面對危機時之因應及政府的角色功能，以檢視現行醫療體系的問題。因此本計畫主要的研究目的如下：

- (一) 瞭解 SARS 發生對不同醫療體系醫療服務提供的影響。
- (二) 瞭解在 SARS 期間不同醫療體系的應變措施及政府防疫政策配合的情形。
- (三) 探討不同醫療體系對於未來政府防疫政策之看法。並提供具體建議予政府及醫療體系，以因應未來類似疫情時之發生。

第二章 台灣醫療照護體系介紹

以下我們將先介紹台灣醫療資源現況，接著描述醫院的社會角色、社會責任、是否與收治 SARS 病患能力相關及不同醫療體系的危機管理之背景理論。

第一節 台灣醫療資源現況

台灣醫療資源的數量隨著政府的政策也有所變更，1985 年時，醫院家數為 835 家，其中公立醫院 50 家，軍方及榮民醫院 35 家，私立醫院 702 家，財團法人醫院 48 家；總病床數 77,277 床，公立病床數為 33,282 床，私立病床數為 43,995 床。1995 年時，醫院家數減為 787 家，其中公立醫院 60 家，軍方及榮民醫院仍然為 35 家，私立醫院 624 家，財團法人醫院 68 家；總病床數 101,430 床，公立病床數為 39,922 床，私立病床數 61,508 床。至最近 2003 年時，醫院家數銳減為 594 家，其中公立醫院 58 家，軍方及榮民醫院依舊為 35 家，私立醫院 407 家，財團法人醫院增加為 84 家；總病床數增加至 121,698 床，公立病床數為 42,777 床，私立病床數為 78,921 床(如表 2-1)(衛生署，衛生統計)。

表 2-1 台灣醫院家數與病床數之成長趨勢 1985-2003

年別	醫院家數					醫院病床數				
	合計	公立	軍榮	私立	財團	合計	公立	軍榮	私立	財團
1985	835	50	35	702	48	77,277	16,461	16,821	32,093	11,902
1995	787	60	35	624	68	101,430	20,576	19,346	33,462	28,046
2003	594	58	35	407	84	121,698	23,609	19,168	36,294	42,627

從上述數據我們可以發現，從 1985 到 1995 年代，政府對於民間醫院的發展採取放任態度，對於公立醫院的新擴建則採取積極的態度，另一方面，由於時代

背景的變遷，原本專屬於支援戰線的軍方醫院，除提供一般榮民眷屬醫療服務外，也開始對外開放，讓一般民眾也能享有一樣的醫療服務，因此公立醫院數及病床數不斷的擴張，由此可見公立醫院當時在台灣醫療產業上也扮演相當重要的角色。但 2000 年後，醫療產業快速成長，尤其是財團法人及私人醫院大型化，儘管總醫院家數銳減，但總病床數卻大量增加，尤其以私立醫院的病床數增加幅度最大，其中財團法人醫院病床數占總病床數的比例，由 1985 年代的 15% 增加至 2003 年代的 35%。儘管總病床數增加，由於過去民間的投資大多偏向興建急性病床，而非精神病床或其他慢性病床。因此，目前台灣雖然平均每千人有 4.2 張急性病床，超過目標 4.0 張，但就其他病床而言，如隔離病床、精神病床等，距離政府設定目標仍有一段差距。此外，醫療分佈不均衡及醫療品質管理的問題仍然非常嚴重，因此在這次 SARS 危機發生時，會發生隔離病床不足及因院內醫療品質管理不當造成院內疫情的感染爆發。(江東亮，2003)

第二節 醫院的社會角色與功能

根據中華民國憲法第 157 條：「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。」因此醫療院所的設立與監督，是政府保障民眾就醫權利的責任。一般來說，醫院不僅是執行醫療的場所，但也是社會的產物。醫院在台灣社會的角色有下列三種：1) 非營業公益性的機構。2) 以其專業集合及精密設施集合的特殊能力，為病人或健康人做診療或疾病預防。3) 是社會安全的基礎，與民眾的生活、福祉息息相關，為社會之公器 (韓揆，1997)。

相同的，我國社會對醫師一直都有極崇高的身分定位，而因「救人」又賦予它「慈善」的面貌，因有悲天憫人的胸懷、施醫施藥的義舉，就如同歐美早期醫院是由教會所附設，所以醫療事業一直具有慈善色彩 (韓揆，1997)。後來隨著台灣經濟的發展，醫院產業的急遽成長與大型化為個別醫院帶來更多競爭壓力，加上全民健保此一重大醫療政策施行之後，醫院經營亦隨之受制於健康保險政

策，特別是醫療費用支付制度，使得醫院營利的氣息愈見濃厚，醫療體系越來越趨於大型化、財團化，許多醫院亦採取許多手段方法，莫不以賺取更多收益為目的，諸如：藥價差的問題、總額前的門診衝量行為等等，皆是醫院向營利的市場行為靠近的證據。(江東亮，1999)

儘管種種的現象顯示，醫院越來越趨向營利為目標，但是為了確保醫療院所確實執行上述功能，在台灣，政府亦立法規定醫療機構之功能及義務，保障民眾的健康與福利。如醫療法第五十五條明示：醫療機構應接受政府委託，協助辦理公共衛生、繼續教育、在職訓練、災害救助、急難救助，社會福利及民防等有關醫療服務事宜（行政院衛生署衛生法規，2003）；傳染病防治法第五條也規範醫療機構的責任和義務：醫療（事）機構對傳染病病人應善盡照顧之責任，防範機構內感染發生，並不得拒絕提供醫療（事）服務；其經主管機關指定收容傳染病病人者，不得拒絕收容（行政院衛生署衛生法規，2003）。由此可知，醫院不僅僅在一般時候是維護民眾健康的基石，在國家發生緊急防疫時也扮演舉足輕重的角色。

第三節 醫院權屬與其社會責任的認知

醫院之權屬別意指醫院所有權之屬性，可分為公立醫院(教育部所屬教學醫院、軍方醫院、縣市立醫院及衛生署所屬醫院等)及私人醫院(財團法人醫院、宗教法人醫院、私立醫學院附設醫院等)。依據 2002 年台灣地區醫事機構醫療服務量現況調查資料，台灣地區目前共有醫院 610 家，其中包含 93 家公立醫院及 517 家私立醫院。公立醫院當中，署立醫院佔 34 家，縣市立醫院(含北、高)18 家及軍方醫院 20 家(設有民眾診療部)；私立醫院中，財團法人醫院佔 50 家，宗教財團法人醫院 11 家，私立醫學院附設醫院 9 家，以及其他私立醫院 399 家。公立醫院家數僅佔 15.2%，私立醫院則佔了 84.7%（行政院衛生署統計室,2003），與

其他國家相比有很大的差距，像是加拿大有超過 95% 都是公立醫院(OECD, 1994)，而香港的公立醫療診所亦有 94% 的市場佔有率(香港統計局, 2001)。

在整體醫療體制上，醫院隨著屬性的不同，扮演之社會角色也各異。公立醫院包含署立醫院、縣市立醫院、軍方醫院及榮民醫院，署立醫院及縣市立醫院屬於國家行政體系，必須遵從主管機關之行政命令；軍榮醫院則屬另類公立醫院，自 1949 年政府播遷來台，為方便傷病官兵就醫而設立，其後大量官兵退伍，政府成立退輔會照顧退休官兵之就業、就學、就醫及就養，並將部份軍醫院改制為榮民醫院以收容需照護之退除役官兵，現在台灣之軍榮醫院也多設有民眾診療部。公立醫院被賦予相當大的社會責任，過去四十餘年對台灣社會普及化的醫療服務有很大的貢獻，然而隨著經濟發展、民間財團法人醫院的興起、消費者意識抬頭以及全民健保的實施，公立醫院的角色日漸式微。在私立醫院方面，回顧台灣醫院產業之發展，在衛生署成立(1971)之前，政府可說只重視公立醫院的重建與新建，對私立醫院則採自由放任的態度；甚至到 80 年代，政府主要之投資、審核及督導仍著重於公立醫院。然而，私立醫院雖於當時未蒙政府垂愛，家數卻急遽增加，且規模不斷擴大（江東亮,1997）。企業投資醫院採行論績效計酬之醫師費制度，醫院規模朝大型化發展，帶動整個醫療產業的快速成長。也因為在市場機制的競爭下，迫使公立醫院轉入為商品化、市場化行列，以賺取利潤為目標。

我國法令規範醫院之設置必須為非營利性質，醫療機構有其特殊之社會角色及社會功能，除政府在組織型態之設定外，社會大眾賦予醫院之期望亦超乎其他服務產業，除了肩負平時民眾之預防保健、疾病診斷治療、醫事專業人員訓練等責任，如遇緊急危難及傳染病肆虐之際，醫療院所如有獨善其身之心態及行為亦將受社會輿論之譴責。然而當國家衛生體系遭受嚴重考驗時，公私立醫院權屬別的不同，也使得主管機關在醫療資源的動員指揮上遭遇不同程度之困難，究竟公立及私立醫院是否擔負相等的社會責任及義務呢？關於醫院權屬與其社會責任

的認知，可以分以下四個層面來探討：

- (1)法令規範層面：我國醫療法及傳染病防制法關於醫療機構之義務規範，皆以整體醫療機構為對象，並無權屬別之區分，於機構層面而言，醫療院所應負之義務不會因為權屬別之區隔而有所不同；但若從醫師法討論時，發現公立醫院之醫事人員尚需受到公務員服務法及公務員懲戒法之規範，其所受的約束自比一般私立醫院或診所醫師來得多。
- (2)社會期望層面：一般認為公立醫院在現行體制上是歸屬於執行公務的「行政機關」，而非經營業務活動的「事業機關」，其存在有配合國家衛生福利政策發展的功能，再加上公立醫院領取政府之預算補助，因此社會大眾容易對公立醫院有較高之期望，普遍認為公立醫院必須擔負更多防疫、公共衛生、醫療教育等社會責任和義務。
- (3)醫療人權層面：醫療人權是指「民眾有要求政府增進國民健康，普遍推行保健事業及健全醫療制度的權利，並能以人格主體者之地位，要求尊嚴、自由、平等地接受妥當之醫療照護，或拒絕醫療之權利，以維護民眾尊嚴、私密與健康。」以醫療人權之觀點而言，民眾有健康之權利，醫院救治病人在社會上被視為其責無旁貸之職，若以此為出發點，則不論醫院之權屬別為何，其社會角色與責任都不應有所差別。
- (4)政府主事者層面：以政府主事者層面而言，平時各屬性之醫院應扮演之社會角色應有何不同？而重大疫情發生時政府動員各類醫院之機制為何？是以醫院之規模和能力為重，抑或將醫院之權屬別視為防疫動員之主要考量？藉由現況之探討也可對權屬別之社會角色有進一步之瞭解。

此次 SARS 疫情的延燒，嚴重的反映出台灣醫療體系權責之紊亂。台灣相較於其他主要疫區如加拿大、新加坡和香港的醫療都屬於英國體系，絕大多數醫院都是公立，醫院皆聽命於國家，收治病患沒有互相推託的問題，然而國內疫情發生之初，公私立醫院勞逸不均的情形相當明顯。對醫院而言，SARS 病患之收治

不僅代表著對院內管控系統嚴酷的考驗，也將為醫院帶來重大的財務衝擊。SARS 在台灣爆發的初期，病患多集中在台大醫院，使醫院營運大受影響，三月份之營收即較以往短少約七、八千萬；另外，據台大醫院及高雄榮總向衛生署反映，三月份門診量約減少 3、4 成，更使得其他醫院望之卻步（大成報，2003）。根據抗煞初期台大醫院的統計顯示，三月十一日為止全台二十八名病例中，台大就收了十一名，在這同時，林口長庚收治三人，三總和奇美各收兩人，台北榮總一人，新光、國泰、馬偕醫院都掛零。醫療院所的不願配合，加上衛生主管機關之公權力不彰，防疫工作的推行更是舉步維艱（中華資訊網，2003）。

醫院所有權屬性的不同實際上影響了政府防疫動員的效果，然先不論政府動員的難易程度如何，公私立醫院社會角色和責任義務的分野即是需要釐清的問題。一般認為公立醫院的存在有配合國家衛生福利政策發展的功能，再加上公立醫院有政府預算補助，且直接隸屬於政府機關，因此必須擔負防疫、公共衛生、醫療教育等責任和義務。然而我國醫療法在規範醫院之義務時，並無將不同權屬別之醫院加以區別，而此次 SARS 防疫過程中政府及醫院所面臨之困境，部分即導因於醫院在面對公共事務上的權責不明。究竟公私立醫院本身在社會角色上的態度與認知如何？不同權屬別的醫院是否應負擔同等的責任義務？都是本研究當中必須探討的問題。

第四節 醫院大小或評鑑等級與收治 SARS 病患的能力

在 SARS 之前在多數人的觀念中，很容易認為醫院規模大小或醫院評鑑等級就代表了醫院的醫療品質；張錦文認為醫院評鑑之意義乃透過評鑑的過程協助醫院發掘、瞭解其本身的問題，並指導、督促其謀求改善，以符合評鑑標準，進而達到提升醫療服務品質，保障病患權益的目的（張錦文，1987）。目前國內的醫院評鑑等級分為醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層醫療單位。而醫院評鑑結

果也是民眾、政府、醫療院所等方面的重要參考；但是在這次的 SARS 風暴下，我們發現一個問題，就是評鑑等級高或醫院規模大的醫療院所，雖然設備會比其他醫院充足，但 SARS 防治的能力是否也比較好呢？

一般而言，我們認為收治 SARS 病患的能力包括：1.足夠的設備（負壓隔離病房、防護衣及口罩）。2.充分的人力（感染科醫師及護理人員）3.完善的隔離措施，包括發燒病人監視、處理流程及後送醫院機制等。而評鑑等級越高的醫院，雖擁有較好的醫療人力、設備及技術，但無法得知其是否同時具有上述幾項收治 SARS 病患的能力。在現行的醫院評鑑制度中，與 SARS 疫情最有關聯的是關於感染控制部分。其中內容提到，在組織方面，醫學中心及區域醫院需設立感染控制委員，並每二至三月定期召開會議；在人力方面，醫學中心與區域醫院規定需有專任感染症或感染管制專長之醫師及每 300 床需有受過感染控制訓練的護理人員一名；除此之外，醫學中心還規定專任檢驗師；區域醫院則規定至少需有一名專責醫師及受過感染訓練護理人員。在其他方面，各醫院層級都需要定期監測院內感染狀況，制訂感染手冊，如院內有法定傳染病案例，需通報衛生主管機關。從醫院評鑑制度發現，醫學中心及區域醫院所要求的醫療人力相對比地區醫院來得高，因此我們推論，評鑑為區域醫院級以上的醫院，應該有能力成為專責收治 SARS 病患的醫療機構（醫策會，2003）。

第五節 不同醫療體系的危機管理

西方危機管理學者楊格（Oran Young）曾說過：「危機是一種打亂體系或部分體系運作的情境，進一步而言，危機是對於體系內變數的一種急遽與突然變化的狀況」。陶意志（Karl W. Deutsch）則認為，危機的特性就是在突發的緊急事變中，必須在時間壓力下迅速做決定。這次台灣面對的急遽流行的 SARS 病毒便是一場典型的危機，需要社會在短時間內迅速做出回應，以盡量減少傷害與損失。而此次疫情不僅是對我國醫療體系組織的檢測，亦是對政府危機處理能力的考驗

(鄭錫鏞，2003)。

此次在處理 SARS 疫情的過程突顯了幾個問題。首先是在本次危機中突顯了公立醫院的存在價值與重要性。一直以來，公立醫院扮演著協助政府衛生防疫政策推動的要角，一些難纏的疾病如 AIDS、結核病甚至 SARS，因為無利可圖難以誘使私立醫院參與，便有賴公立醫院以非營利的角度介入；而在遇緊急情況時，公立醫院可被中央指揮系統動員的能力也迅速得多。然近年來政府為提升公立醫院的營運績效大幅縮減其補助，以 2000 年編列之公立醫院公務預算來說，僅佔了所有醫療支付總額的 2.5%，讓公立醫院自負盈虧，逼得公立醫院為求生存只好也加入商業化、市場化的行列，以賺取利潤為目標。此舉動極易混淆公立醫院原本應有的角色功能，而在經費不足的情況下，亦可能沒有足夠的設備與人力來應付危急狀況。

另外一個問題在於，當國家發生危機時，竟然會發生中央衛生主管機關無法命令私人醫療機構的現象。其實徵用各醫院資源診治傳染病的法源相當充足。「傳染病防治法」第十五條便規定：「各級主管機關於傳染病流行時，得徵用私立醫院或公共場所，設立臨時傳染病醫療所，並得徵調民間醫事人員協助防治工作。」「傳染病隔離治療醫院指定辦法」亦清楚載明，新感染症（如 SARS）以醫學中心為指定醫院（衛生署疾病管制局，2003）。但衛生署疾病管制局無法依照法令順利徵調，反而得靠健保局祭出獎勵辦法才使各私營醫院願意接收病人，此現象不禁令人懷疑衛生署對各醫療院所的管轄能力，也引發出現行規劃的醫療體系所存在之問題。本研究希望以 SARS 之危機處理為基礎，檢討政府的角色功能並檢視現行醫療體系的問題。究竟在面對危機時應如何面對？我們的政府及醫療體系應扮演著什麼樣的角色去協調與分配醫療資源？本研究將蒐集相關資料，並從官員與醫療服務人員及醫院管理者觀點切入，探討其中的問題。

第三章 研究材料與方法

為蒐集過去完整 SARS 疫情發生時，不同醫療體系面臨的問題、衝擊應變方式（危機處理）及對未來方案的建言。本研究將採蒐集書面資料、深度訪談及健保資料分析三種方式進行醫療體系 SARS 應變措施的瞭解，並佐以醫院健保申報資料分析，瞭解 SARS 疫情對醫院營運的影響。詳細的進行方式說明如下：

一、健保申報資料分析

為探討 SARS 疫情對不同醫療體系服務提供的影響，本研究藉由行政院衛生署國家衛生研究院（國衛院）所發行的全民健保資料庫抽樣檔，以 2002 年與 2003 年的門診處方及治療明細檔做為分析資料，分析 SARS 疫情的發生對民眾醫療利用的影響及變化。系統抽樣檔是依照全國各醫療院所所有的申報資料，按照比例原則抽出門診 0.2% 的所有資料，具有全國代表性。資料檔是以醫院、診所為單位，可以檢視其服務量及病人的疾病診斷等。2002 年的樣本數共有 527,098 人次，2003 年的樣本數共有 516,546 人次。

民眾因「知覺風險」之提高而造成之醫療利用變化是由於心理層面的影響，係疫情所帶來的「恐慌」所致。因此，本研究將依照此台灣 SARS 發生的大事紀將時間分期。例如 4/24 的「和平封院」及世界衛生組織（WHO）何時將台灣列為旅遊警示區，何時宣布將台灣自 SARS 感染區除名等為指標。根據上述之分類，我們可以區分 2003 年 1-3 月為 SARS 發生前期、4-6 月為 SARS 流行期、7-12 月為 SARS 發生後期，以 2002 年同期之醫療利用做為本研究之比較基準，分析比較不同層級及不同醫療體系（公立、軍方、法人、與私立醫院）因 SARS 發生而產生的民眾醫療利用影響。此部分資料，主要分析重點包括：1.) SARS 對整體醫療利用之影響分析，包括 SARS 對醫療利用之影響之整體趨勢及 SARS

疫情之知覺風險與醫療利用的相關性。2.)有關 SARS 疫情之知覺風險部分，包括瞭解 SARS 疑似個案數、SARS 新聞量與民眾之醫療利用關係及醫療院所層級別與民眾之醫療利用。

二、書面資料蒐集

我們將從國內外相關報章雜誌的報導、期刊文章、書籍、研究報告以及政府出版品等文件中，進行描述、分析，瞭解當時 SARS 問題發生時的原因、不同醫療體系之應變及政府醫療資源之調度，並進一步與其他發生個案的國家（香港、新加坡、加拿大等）進行比較。在報章媒體中部分，我們將以聯合知識庫（www.udndata.com）的新聞報導包括國內五大報（聯合報、經濟日報、民生報、聯合晚報、星報），搜尋在 2003/03/01-2003/10/30 每天新聞標題、內容中有關鍵字「SARS」的新聞篇數統計量；並整理相關的新聞報導。

分析的內容包括：1.) 針對 SARS 發生時之醫療體系大事記，如疫情如何產生、何時發生、疫情在台灣從初期、嚴重爆發到疫情延緩的演變與政府如何因應等；2.) 醫院體系 SARS 應變措施之記錄與比較，如投入的醫護人力、設備、發燒病人監視、處理流程、後送醫院機制、院內感染的控制、疫情通報等；3.) 政府防疫策略與醫療資源調度協商之紀錄與檢討，即瞭解政府如何協調公立醫院、軍方醫院、私立醫院及榮民醫院等進行醫護人員及負壓病房的調度；另外如何協調各縣市政府支援 SARS 計畫；4.) 各國 SARS 防疫策略之比較：著重在政府的 SARS 行政體系、隔離政策及與醫療體系的整體應變措施上的比較，例如動員醫院的情形及醫療資源的配置等。

三、深度訪談

為了瞭解不同類型醫院當時在 SARS 發生時的應變措施及對於未來政府防疫政策之看法，我們訪談不同醫療體系的 SARS 相關負責人，內容除了瞭解當時

SARS 處理的困難以外，並針對行政院疾病管制局所訂定的『感染症防治網政策』防疫政策，從其行政、財務及可行性探討，從不同醫療管理者觀點瞭解其政策之可行性。此外，從社會價值觀面瞭解該政策上之適當性及未來各醫院面臨類似重大疫情的因應及信心，詳細之訪談內容請詳見附件一。

本研究在經過幾次訪談過程後，發現大部分的問題在各個體系間都獲得共識，因此不需要訪談大量相關人員。本研究最後訪談的對象包括台北縣立醫院(原三重及板橋)、台北市立仁愛醫院、台大醫院、軍方松山醫院、馬偕醫院。此外，本研究原本也想針對行政體系人員進行訪談，瞭解政府人員對於當時 SARS 發生時的應變措施及對於未來防疫政策之看法，但在文獻蒐集過程中，我們發現衛生署 93 年委託研究計畫：『建立後 SARS 時代因應緊急衛生事件資訊支援決策體系』，已針對衛生署、疾病管制局、台北縣市政府及仁愛醫院等進行訪談，並整理防疫策略與醫療資源協商之紀錄與檢討。因此本研究將採用此研究之部分訪談資料，回答本研究的相關問題。

第四章 研究結果

本章之第一節主要為 SARS 疫情對民眾醫療利用影響做一描述，第二節為瞭解不同醫療體系在 SARS 期間的應變措施及政策防疫政策，第三節為瞭解不同醫療體系對於未來政府防疫政策之看法，第四節將進行各國 SARS 防疫策略之比較，最後我們將針對上面四小節提出一整體結論。

第一節 SARS 疫情對民眾醫療利用影響

本研究主要在檢視 SARS 疫情期間，民眾醫療利用所受之衝擊的影響。以 2002 年民眾就醫情形做為對照，瞭解 2003 年民眾醫療的變化。主要的研究目的包括：1.) 綜觀 SARS 疫情前後，整體醫療利用之狀況和趨勢；2.) 藉由 SARS 期間相關新聞量和疑似個案申報的數量變化，探討醫療利用的變化是否為 SARS 疫情帶來之知覺風險所造成。3.) 瞭解不同層級及不同權屬別醫院對 SARS 影響而造成的醫療變化情形。

一、樣本特性描述

(一) 2002 年及 2003 年民眾就醫情形之基本描述

樣本資料來源為國家衛生研究院，此檔為一全國系統抽樣檔。在性別方面，2002 年門診醫療利用中，男性 55%，女性佔 45%；2002 年中，男性 54%，女性佔 46%。在年齡結構方面，2002 年門診醫療利用中，0-14 歲年輕人佔總人數 24%、15-64 之青壯年人口佔 56%、65 歲以上之老年人口佔 20%。2002 年中，0-14 歲年輕人佔總人數 23%、15-64 之青壯年人口佔 57%、65 歲以上之老年人口佔 20%。2002 年及 2003 年民眾就醫的的年齡及性別結構差異不大。(如表 4-1)

表 4-1. 基本資料 (性別與年齡結構比較)

	2002		2003	
	人次	百分比(%)	人次	百分比(%)
性別				
男	285,057	54.57	277,962	54.36
女	237,268	45.43	233,398	45.64
合計	522,325		511,360	
年齡				
0-14 歲	127,273	24.15	119,155	23.07
15-64 歲	296,343	56.22	292,953	56.71
65 歲以上	103,482	19.63	104,438	20.22
合計	527,098		516,546	

(二) 醫療機構背景資料

2002 年醫療診所家數共 9284 家，其中醫學中心共 18 家、區域醫院 70 家、地區醫院共 432 家，西醫診所 8764 家。2003 年醫療診所家數共為 8887 家。其中，醫學中心與區域醫院與 2002 年相同、地區醫院降低為 401 家，西醫診所也降低至 8398 家。在權屬別方面，2002 年及 2003 年的公立、軍方及財團法人醫院家數差異不大，但在私人醫院方面，2002 年為 621 家，至 2003 年為 562 家。

表 4-2 醫療機構背景資料(權屬與層級結構比較)

(家數)	2002	2003	2002	2003
層級別			權屬別	
醫學中心	18	18	公立醫院	59
區域醫院	70	70	軍方醫院	35
地區醫院	432	401	法人醫院	79
基層診所	8,764	8,398	私立醫院	448
合計	9,284	8,887		393
				621
				562

二、SARS 對醫療利用之影響分析

SARS 對醫療利用之影響可能受到各種因素之影響，本節分析性結果部分，以 2002 及 2003 年各時間點之醫療利用狀況呈現 SARS 疫情爆發的影響。

(一) SARS 對醫療利用之影響--整體趨勢

1. 各月份就醫趨勢

為瞭解 SARS 疫情期間就醫次數的變化，首先以 2002 及 2003 年研究樣本各月份就醫次數之折線圖來呈現醫療利用變化之趨勢(見圖 4-1)。2002 年每人年平均就醫次數為 15.29 人，2003 年為 14.87 次。將 2002 年及 2003 年之就醫次數按月統計，可得以下之趨勢圖，2003 年年初之就醫次數略高於 2002 年同期，兩個年度於 2 月期間都有明顯之降低，應為農曆年之影響。至 4 月份起，2004 年之月份就醫次數開始低於 2002 年，兩年之差距於 6 月份達到最大，直到 9 月份 2003 年之就醫次數才又回升至高於 2002 年同月。

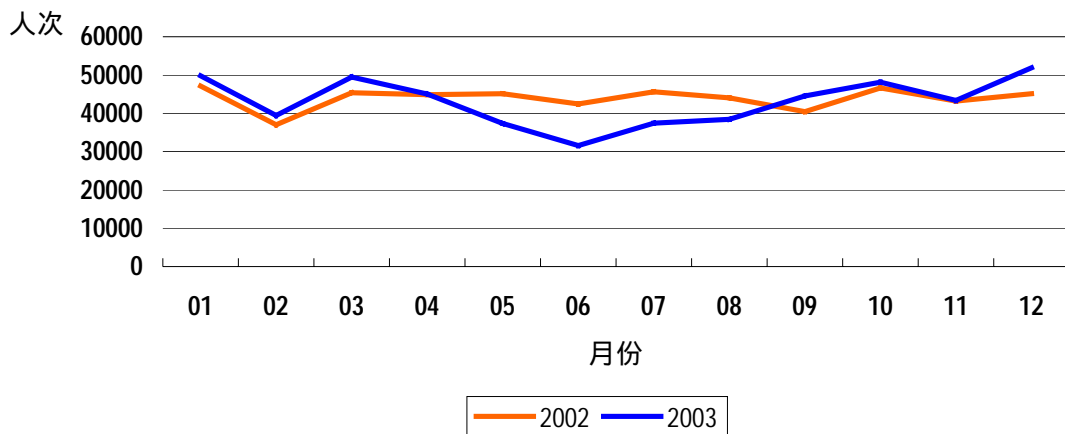


圖 4-1.2002 年與 2003 年各月份就醫次數趨勢圖

2. 各時段之就醫次數

為了更清楚瞭解 SARS 疫情對醫療利用之影響，必須將 SARS 疫情期間做

更明確之定義。本研究依據將 2003 年 SARS 疫情之發生，將全年度分為「前期」、「SARS 期」、「後期」三個時段，2002 年之同期也依據同樣時間切點分為三時段。在兩年共 6 個時段當中，樣本人口之總就醫次數如表 4-3，依次為：2002 年前期共 129,507 次，佔全年 25%；中期共 1132,482 次，佔全年 25%；後期共 265,109 次，佔全年之 50%；2003 年前期共 138,675 次，佔全年之 27%；中期共 114,068 次，佔全年之 22%；後期共 263,803 次，佔全年之 51%。將 2002 年與 2003 年的三個時段分別作年度間之比較可以發現，比起前一年，SARS 前期之醫療利用約 7%之成長，SARS 期間比去年則下降了約 14%，到了 SARS 後期則降幅趨緩，比起去年還有 0.5%的差距，整體而言 2003 年的醫療利用率比 2002 年的約下降 2%。(表 4-3)

表 4-3. SARS 前中後期相對去年同期之就醫次數成長率

時段別	2002		2003		成長率%
	人數	百分比%	人數	百分比%	
前期：1~3 月	129,507	24.57	138,675	26.85	7.08
中期：4~ 6 月	132,482	25.13	114,068	22.08	-13.90
後期：7~12 月	265,109	50.3	263,803	51.07	-0.49
合計	527,098	100	516,546	100	-2.00

二、 SARS 疫情之知覺風險與醫療利用的相關性

本節探討風險知覺對醫療利用的影響，首先，我們將以 SARS 相關新聞數量及 SARS 個案申報數用來代表風險知覺的強度，瞭解知覺風險與醫療利用的相關性。接下來，我們將與前一年同時比較，以瞭解不同層級醫療利用的降幅。

(一) SARS 疑似個案數、SARS 新聞量與民眾之醫療利用

SARS 期間報紙之新聞量反映出民眾可能感受之恐慌程度，在新聞數量的統計方面，電子媒體之報導有計算上的困難，故本研究以報紙報導為主，採國內主要大報系之一之聯合報系作為統計對象，以聯合新聞網之搜尋系統搜尋研究期間以「SARS」為關鍵字之各則新聞報導，為本研究各週新聞數量之依據。結果顯示，2003 年自第 11 週起(3.11-3.19)開始有 SARS 新聞報導，各週之新聞量(第 11 至第 52 週)總數為 36622 則，平均每週 704 則，最高之新聞量出現在第 20 週(5.15~5.21)，共 3,868 則。新聞數和民眾就醫次數之相關係數為-0.62，兩者達統計顯著($p < .0001$)，因此推論民眾可能受到新聞報導的影響而產生恐慌，導致就醫次數的減少。(圖 4-2)

觀察圖 4-2 中 SARS 疑似個案數與新聞量之趨勢相同，隨著個案數的增減，有關 SARS 的新聞量也呈現類似的增減幅度。SARS 疑似個案數及新聞量與西醫門診服務量之間呈現負相關的關係，當 SARS 的新聞報導量達高峰，西醫門診服務量明顯下降了 24.8%。因此我們可以初步判斷民眾的就醫知覺風險影響其就醫行為，間接造成西醫門診服務量之下降。比較 2002 年與 2003 年的西醫門診醫療服務量，發現 2003 年之趨勢較 2002 年低。由此推論，在 SARS 過後，民眾戒除了小病看大醫院的壞習慣，但也可能是民眾信心未恢復的結果，造成民眾害怕就醫，而延誤了治療的好時機。

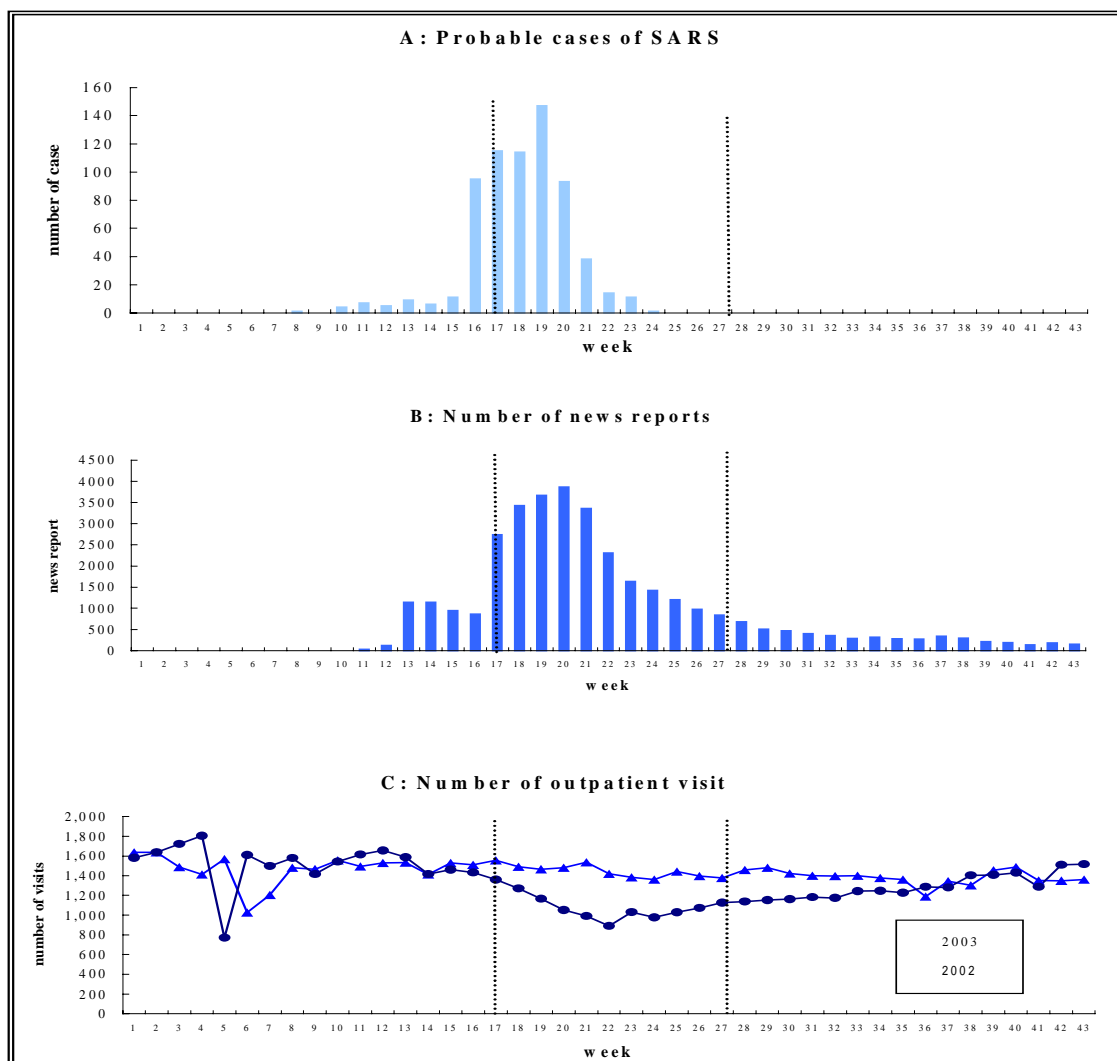


圖 4-2: SARS 疑似個案數, SARS 相關新聞量及 2002、2003 年台灣門診就醫次數之比較

表 4-4 : 2003 年 SARS 期間與 2002 年同期層級別醫療利用次數比較

層級別	1~3 月			4~6 月			7~12 月		
	2002	2003	成長率	2002	2003	成長率	2002	2003	成長率
合計	128,424	137,419	7.00%	131,446	112,633	-14.31%	262,995	260,442	-0.97%
醫學中心	13,960	14,092	0.95%	15,433	10,109	-34.50%	29,745	27,173	-8.65%
區域醫院	15,170	16,324	7.61%	17,306	12,438	-28.13%	34,372	32,298	-6.03%
地區醫院	15,237	15,731	3.24%	16,218	13,193	-18.65%	33,205	31,125	-6.26%
基層診所	84,057	91,272	8.58%	82,489	76,893	-6.78%	165,673	169,846	2.52%

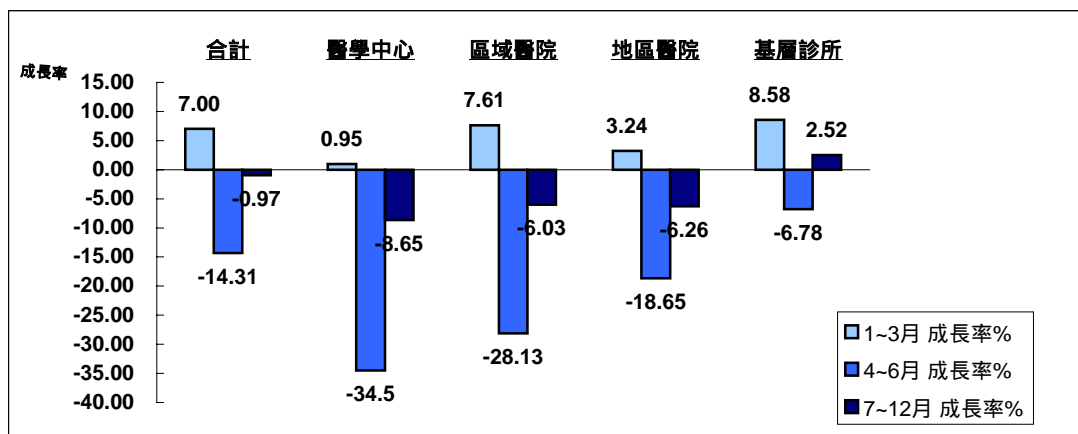


圖 4-3：2002 及 2003 年各層級門診醫療利用之成長率變化

(二) 醫療院所層級別與民眾之醫療利用

SARS 疫情帶給民眾的恐慌，是造成醫療利用下降之主因，而在此次 SARS 疫情期間，大醫院為收治 SARS 病患的主要醫療場所，因此疫情對醫療利用之衝擊程度可能會因醫院層級之差異有所不同。研究樣本於各層級別之醫療利用如表 4-4，由表中可以發現，在以 2002 年醫療利用為分析基礎時，SARS 前期中四個層級中以醫學中心成長率最小，達 1.0%；以西醫基層成長最明顯，達 8.6%。到了中期，醫學中心、區域醫院、地區醫院的下降幅度明顯高於西醫基層診所，其中以醫學中心下降-34.5%佔最多。至 SARS 後期，醫學中心、區域醫院、地區醫院仍呈現下降趨勢，僅有西醫基層診所呈現上昇趨勢。(表 4-4,圖.4-3)

表 4-5：2003 年 SARS 期間與 2002 年同期權屬別醫療利用次數比較

權屬別	1~3 月			4~6 月			7~12 月		
	2002	2003	成長率	2002	2003	成長率	2002	2003	成長率
合計	45,399	47,328	4.25%	49,937	37,126	-25.65%	99,313	93,794	-5.56%
公立醫院	6,803	7,295	7.23%	7,716	5,386	-30.20%	15,677	14,407	-8.10%
軍方醫院	5,185	5,273	1.70%	5,681	4,120	-27.48%	11,027	10,131	-8.13%
法人醫院	18,090	19,210	6.19%	20,309	14,334	-29.42%	40,020	38,082	-4.84%
私立醫院	15,321	15,550	1.49%	16,231	13,286	-18.14%	32,589	31,174	-4.34%

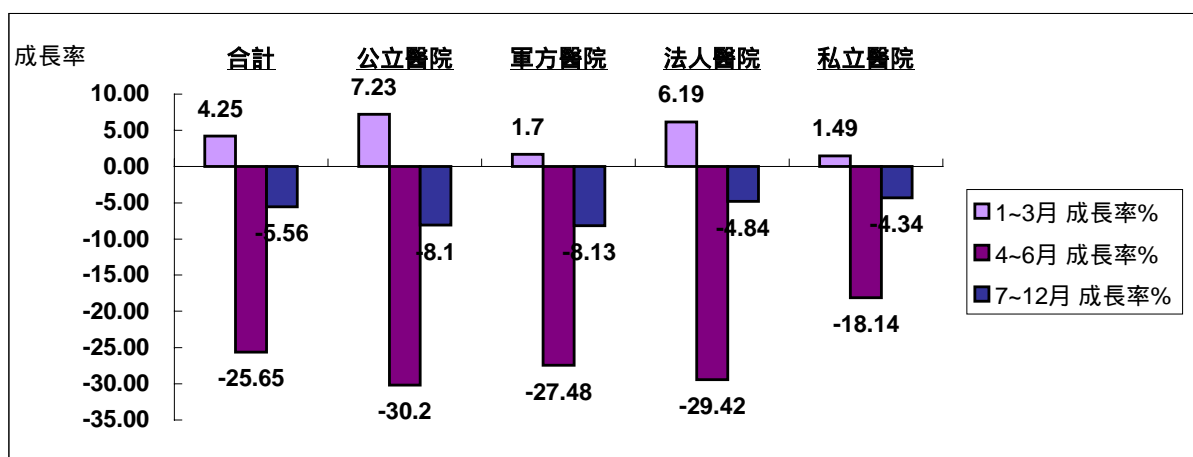


圖 4-4 2003 年 SARS 期間與 2002 年同期權屬別醫療利用次數比

(三) 醫療院所權屬別與民眾之醫療利用

表 4-5 及圖 4-4 是 2002 年級 2003 年西醫門診服務總量各權屬別之所佔比率，由表中可以發現，在 SARS 前期各權屬的西醫門診總服務量呈現上昇趨勢，總成長率約 4.3%，其中以公立醫院的上昇幅度最大，達 7.2%。到了中期，各權屬別的醫療利用都呈現下降趨勢，其中以公立醫院的降幅最大，達-30.2%，其次是財團法人醫院，達-27.5%(圖 4-5)。至 SARS 後期，各權屬別的醫療利用率仍然呈現下降趨勢，其中以公立及軍方醫院的降幅最大，皆約為-8%，這樣的現象有可能和政府指定公立及軍方醫院為 SARS 專責醫院有所相關，代表民眾心理因恐懼感染 SARS 而不敢前往專責醫院就醫。

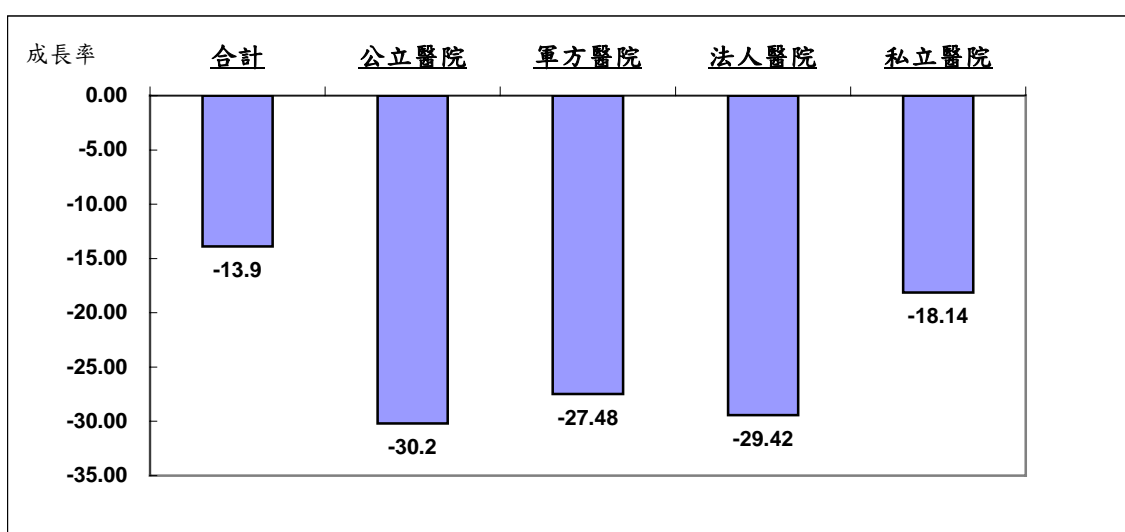


圖 4-5：4-6 月各權屬別之門診醫療利用降福比例 (2003 與 2002 年 4-6 月比較)

第二節 不同醫療體系在 SARS 期間的應變措施及政府防疫政策

本章節將從媒體報導及相關文獻資料，將 2003 年 SARS 疫情之發生，以和平封院(4/24)及 WHO 宣布將台灣去除旅遊警戒區(6/17)等重要日期為參考點，分別陳述不同醫療體系在 SARS 發生前期、流行期及後期的應變措施，其異同為何及整理政府對於 SARS 發生期及未來的防疫政策，及此政策在不同醫療體系之間的配合情形。

一、臺灣 SARS 相關事件

民國 2003 年 3 月 10 日通報全國第一例 SARS 勤姓台商病例，3 月 14 日審查為可能病例，當天 WHO 亦通令全球對未知病源引起的急性呼吸症候群進行通報，並修訂 SARS 病例定義。3 月 25 日台大蔡姓醫師因照顧勤姓台商夫婦，成為第一個感染 SARS 的醫護人員。次日台大通報中鼎員工聚集病例。4 月 22 日和平醫院爆發院內員工集體感染 SARS 疫情，停止急診、住院。4 月 24 日和平醫院封院。4 月 26 日台灣出現首例死亡病例。4 月 29 日仁濟醫院封院。5 月 2 日高雄長庚爆發院內感染。5 月 9 日台北市萬華昌國宅傳出疑似集體感染，進行封樓措施。5 月 11 日台大醫院急診部關閉。5 月 16 日台北馬偕醫院疑爆發院內感染，同日高雄長庚醫院關閉門診及急診。5 月 18 日台北市立關渡醫院醫護人員疑似集體感染 SARS，停診 10 日。6 月 6 日陽明醫院疑似院內感染，關閉門診及急診。6 月 17 日 WHO 宣布，台灣自旅遊警示區除名。7 月 5 日 WHO 宣布台灣從 SARS 病例集中區除名。(詳細大事紀請參見附錄一)

二、不同體系 SARS 應變措施之記錄與比較

(一) 公立醫院

本研究的公立醫院可細分為兩種，一種是教育部所管轄的醫院，包括台

大、成大以及榮民退輔會所管轄的醫院，也就是榮民醫院。另一種是屬於衛生署體系，包括所有署立醫院及各縣市政府管轄的醫院，包括台北市立醫院、台北縣立醫院、高雄縣立醫院等。由於公立醫院受政府或相關行政單位所管轄，因此在這次 SARS 事件中，無論在社會責任或是行政上，都是防疫的第一道防線。從相關文獻上整理發現，在 SARS 前期公立醫院皆被指派特殊 SARS 門診中心及專責醫院，如第一個 SARS 疑似個案由台大承接，接下來衛生署指定署立醫院及各縣市公立醫院為 SARS 防疫檢測中心。在 3 月 20 日期間，由於 SARS 個案日益增多，考慮到台大隔離病房及感控醫護人力的缺乏，因此台中榮總及高雄榮總也接連收治數起 SARS 疑似或可能病例，但這樣的行動卻引起病人恐慌，導致門診量銳減。政府為了要控制疫情的傳染，衛生署在三月底也相繼指定 32 家署立醫院提供 300 張以上護理之家病床供民眾隔離。

在和平封院及台大關閉緊急室後，行政院指定縣立三重、北市和平、署立旗山、新營醫院北門分院、南投醫院中興院區、台東醫院成功分院等 10 家為 SARS 專責醫院。然而，我們可以發現這些被指定的醫院皆屬於地區教學或地區醫院，醫護人力或是感染控制科醫師人力相當缺乏。但是台大感染科醫師張上淳強調，病人分散至這十家專責醫院並非單打獨鬥，而是屬於「分區集中」的方式，因此設備不足要改善，人力不足則要調派人力。但也有人懷疑為何不指定醫學中心做為專責醫院？三總感染科主任張峰義表示，治療 SARS 首重隔離及防護措施，並不需要特別高明的醫護人力。況且醫學中心還擔負其他的角色，要一家巨無霸的醫院成為收治 SARS 的專責醫院也不恰當，容易增加感染的風險，醫學中心建立不易，一旦毀掉要再建立需付出相當大的社會成本，因此不需要選擇醫學中心做為專責醫院。

另外，當時擔任健保局總經理的張鴻仁表示，設立 SARS 專責醫院的目的，不是各醫院一有 SARS 病患就送到 SARS 專責醫院，而是把輕症病患送到專責

醫院，而重症患者則應後送到醫學中心隔離治療。他強調，這些分散在各縣市的 SARS 專責醫院大多屬於區域級醫院，內部有負壓隔離病房，醫護人員在經過集訓後應該即可做為該責任區域有關疑似 SARS 病患的篩檢之用。

在 SARS 疫情爆發嚴重期間，被指定的專責醫院又是如何處理當時 SARS 的危機呢？在我們蒐集報章雜誌及訪談幾家專責醫院後發現，當時專責醫院在短時間內增設負壓隔離病房，所有專科醫師人力，不分外科、婦產科或牙科醫師都必投入醫療行列。由於又具有公務人員身份，醫護人員都沒有選擇的餘地，需要盡力去照顧病患。且有醫院受訪者表示，儘管當時有醫學中心的感染控制醫師來支援，但僅是做病患處理經驗上的指導，真正進去病房裡照護病人的醫療人力還是需要靠醫院本身的原有人力，而外來支援的照護醫師人力也都來自於中南部的醫院，並非來自北部各大醫學中心。

在 SARS 後期，衛生署制定『感染症防治醫療網政策』中，除了指定國家級及縣市級各一家軍醫院外，大多數都以公立醫院為專責醫院。綜合而言，不論是在 SARS 前期、中期及後期，公立醫院都是主要控制及治療 SARS 的專責醫院。

（二）私立醫療體系

在 SARS 發生前期疫情尚未擴散時期，私立醫院並未介入治療病患。然而在和平封院後，由於疫情嚴重，病人四處竄留，導致部分私立醫院也有疫情擴散的情形發生，如仁濟醫院及高雄長庚。各私立醫院為了避免業績遭受影響，紛紛拒收疑似 SARS 個案，此時行政院也下令警告各醫療院所不得拒收病人。不過為避免疫情持續嚴重，高雄長庚醫院則在發現疫情後，隨即於急診室斥資增設六間負壓呼吸道隔離病房（92/4/30）。但因為疫情持續在各地延燒，20 餘私立及財團法人醫院院長因擔心病患『諱然忌醫』延誤治療，共同呼籲政府應

該將 SARS 病患應集中收治，成立專責醫院，也讓民眾安心看診，全國各大醫院都希望政府及早貫徹 SARS 專責醫院的成立與收治，讓其他病患能在醫院中恢復正常的洗腎、生產、手術等治療。長庚醫療體系主委吳德朗也強調 SARS 治療並不需高科技，一般收治呼吸病患的醫院都有此能力，因此不需要將重症病人往大醫院送。此外，醫院協會理事長張錦文表示：政府設置 12 所 SARS 專責醫院的規模太小，且只收疑似或輕症患者，建議各地區至少應有一所區域級或地區教學級專責醫院。在 SARS 後期至今，並沒有任何私立醫院成為收治 SARS 病患的專責醫院。

私立醫院在經營上不像公立醫院一樣受政府行政命令，例如在台南市原本指定當地郭綜合醫院做 SARS 專責醫院，但郭綜合醫院並未依照教學醫院標準，設立感染控制科或感染控制小組，因此在這樣的情況下，台南市衛生局也無法要求郭綜合醫院收治 SARS 病患。而報導也指出高雄長庚在短短幾天內已有 124 名醫護離職，說明了私立醫護人員因不受公務人員身份，可以隨時離開工作崗位，但也凸顯了私立醫院醫護人員不若公立醫院人員有較好的撫卹保障，因為根據 SARS 特別條例，因照顧 SARS 病患而死亡者至多比照災害防救法 47 條規定給予 90 個基數，相當於不到 300 萬的撫卹金，讓私立醫院的人員不願冒險照護 SARS 病人。

（三）軍方醫院

在 SARS 前期，軍方醫院和私立醫院一樣並未介入收治病患。但至 SARS 嚴重爆發期間，行政院及國防部下令國軍介入 SARS 疫情的隔離及治療任務，除指派軍方醫院提供隔離病房外，並指定松山醫院為 SARS 專責醫院，並接管病患進行集中治療。當我們進一步訪談國軍松山醫院的相關人員後發現，軍方醫院除了和一般醫院需要治療病患外，它們跟公立、私立醫院最大最大的差異點是在於有受過軍事教育，必需聽命於國防部軍醫局上級的命令，因此在這次

處理 SARS 的情形中，並沒有醫護人員離職、抗拒或抱怨；國軍松山醫院更是在二天內將院內原有的病人一一轉送至其他醫院，效率極高，加上有憲兵單位的站崗，因此在隔離措施上相當嚴密。

SARS 事件驗證軍方領導統禦及危機處理之應變能力，因此在 SARS 後期時，政府指派台南國軍醫院為國家級 SARS 專責醫院，設置 72 床負壓隔離病床，專責治療南部地區 SARS 病患，並指派北、中、南、東各一家軍醫院做為縣市級的 SARS 專責醫院。這樣的舉動卻引起台南國軍醫院毗鄰居民恐慌，紛紛反對設立，里民認為，國軍台南醫院連小病都治不好了，如何專責治療 SARS，將來若造成社區感染，如何善後？更有人激動質疑汙水、廢氣如何排放？如果帶來社區危害，如何賠償？中部地區的 SARS 專責醫院確定設在國軍台中總醫院中清院區後，當地的民意代表和地方人士也表示反對意見。但國軍台中總醫院院長孟繁崗表示，國防部軍醫局的政策已定無法更改。由此可見，專責醫院的指定必遭受醫院附近居民反對，而軍方醫院的命令服從性也是一大特性。

（四）小結

政府在 SARS 爆發時前期以公立醫學中心（台大、成大）、榮民醫院及署立醫院等為主要的治療中心。至和平封院後，政府徵召 10 家公立及軍方的醫院做為 SARS 專責醫院，然而這十家專責醫院在「承平時期」的就醫市場上，「業績」難望醫學中心和財團法人醫院項背，現在卻要肩負「抗煞」重責，其能力備受各方質疑。而私立醫院此時也相繼傳出院內感染情形，除了高雄長庚醫院在 SARS 期間主動增設隔離病房，大部分的私立醫院都有害怕收治 SARS 病患而影響業績與營運所的情形發生。此時各財團法人醫院呼籲政府應該成立專責中心，統一收治病患，避免疫情擴大。但這幾家專責醫院中卻不見私立醫院為負責中心。而

在 SARS 發生後，政府制定了『感染症防治醫療網政策』，所有的專責醫院仍以公立或軍方醫院為主。(如表 4-6)

表 4-6：SARS 前期、流行期及中期不同權屬醫院之因應措施

	公立 / 榮民 / 台大	財團法人及私立	軍方
SARS 前期	<ul style="list-style-type: none"> • 醫學中心(台大、榮民體系)收治 SARS 疑似病例 • 台中榮總及高雄榮總接連收治數起 SARS 患者，引起病人恐慌，門診量銳減。 • DOH 制定全省署立或公立醫院為 SARS 門診中心及專責醫院 		
SARS 流行期	<ul style="list-style-type: none"> • 指定三重、和平、署立旗山、國軍松山等 10 家為 SARS 專責醫院 	<ul style="list-style-type: none"> • 高雄長庚醫院斥資於急診室增設六間負壓呼吸道隔離病房。 • 20 餘私立及財團法人院長呼籲 SARS 病患應集中收治。 • 長庚醫療體系主委強調 SARS 治療並不需高科技，建議不需要將重症病人往大醫院送。 	<ul style="list-style-type: none"> • 政院指派軍方醫院提供隔離病房由松山軍醫院準備集中治療
SARS 後期	<ul style="list-style-type: none"> • DOH 制定『感染症防治醫療網政策』，指派台北市立松德院區為國家級責任醫院；5 家市立及署立為區域級責任醫院；12 家署立、3 家縣立及台大醫學院附設醫院雲林分院為縣市級責任醫院。 		<ul style="list-style-type: none"> • DOH 制定『感染症防治醫療網政策』，指定國軍台南醫院為國家級責任醫院；1 家為區域級責任，1 家縣市級責任醫院

三、政府防疫策略與醫療資源調度協商之紀錄與檢討

在此部分我們分別整理政府在 SARS 前、中、後期的包括在法令上、在行政上、在醫療資源上及在財物配置上的防疫的措施，及並參考衛生署委託計畫：『建立後 SARS 時代因應緊急衛生事件資訊支援決策體系』的計畫內容，針對這些的措施進行評估分析。

(一) 政府防疫措施

1. SARS 前期

在法令上，政府於三月二十日將 SARS 列為第四類法定傳染病，並依據「傳染病防治法」辦理各項防疫措施，包括特定運輸工具及其所載人員之檢疫、醫護人員執行職務一律戴口罩、醫師及醫療院所應盡通報義務、醫師及醫療院所不得拒絕病人就診及提供服務、強制接受居家隔離、集中隔離或隔離治療，及遵行各級衛生主管機關之指示、徵用或徵調私立醫院及醫事人員、要求病人轉診時應告知轉診醫院曾在高危險醫院就診之紀錄等。在行政上，行政院於 3 月 29 日成立成立 SARS 跨部會防疫應因應小組；衛生署則成立「衛生署 SARS 疫情因應小組」，協助隔離病床調度及宣導民眾認識 SARS 及其預防措施等。此外，為防止疫情擴散，衛生署比照登革熱發給獎金，鼓勵各醫療院所通報嚴重急性呼吸症候群 (SARS) 病例。在醫療資源上，指派署立醫院做為 SARS 防疫中心。在財務上，衛生署表示若屬於 SARS 可能病患 (4 月 1 日起前 13 例)，醫療費用將由衛生署經費支付；其他疑似 SARS 患者的就醫費用，由健保給付，民眾還是得支付部分負擔。此時 SARS 疫情尚未擴散，因此在病床調度及經費上並沒有很大的爭議點。

2. SARS 期間

隨著和平、仁濟封院台大急診室關閉事件發生，在法令上行政院隨即擬定「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」，並經過立法通過後由總統公布之。以此條列頒佈多項辦法，如「嚴重急性呼吸道症候群防治徵用補償辦法」、「居家隔離辦法」等，加強 SARS 疫情上的控制。在行政上，行政院於 4 月 28 日成立「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會」，此組織主要是衛生署前署長李明亮為委員會主席，指揮各部會之物資及系統調度。在醫療資源分配上，徵召公私立醫院隔離病床，並指派一家軍方醫院予以集中治療。此外提供獎勵

金，醫師一日一萬元，護士一日三千元，獎勵照顧 SARS 的醫護人員。另外一方面，行政院強調全國各公私立醫院不可拒收 SARS 患者，若有醫院拒收 SARS 個案，將依傳染病防制第五條第三款及緊急醫療法之相關規定嚴格處分。在財務上，依照總統頒佈紓困條例下，訂定「受嚴重急性呼吸道症候群影響而停診之醫療機構補償辦法」，成立 500 億紓困基金，補償因 SARS 影響而受損失的醫療院所。

但是此時，政府在病床調度及醫療資源的配置上卻出現極大的困難，衛生署找床找的相當辛苦，在三月期間疫情尚未如此拉警報，衛生署調度病床以公立醫院優先，現在則是「不分公私」，一律徵調，但標準答案都是「我們沒床」。而南投縣衛生局最近邀八家大型醫院協商，希望增設二百床隔離病床，卻碰一鼻子灰，沒有醫院願意配合。衛生局指出，若無私立醫院配合，公立醫院對此將責無旁貸，當時僅署立南投醫院有隔離病床三十一床。之後衛生署依據傳染病防治法徵調全台病床，凡是醫院規模在二百床以上者，不限公私立、軍系醫院，包括離島地區醫院，都必須撥出廿到六十床，但徵召結果，全國的負壓隔離病房卻所剩無幾。此時衛生署依據傳染病防治法對醫療院所發出公文，請醫院將非開放性肺結核病患轉出負壓隔離病房，準備移置 SARS 病患，衛生署要求各醫院凡病床數達二百床至四百九十九床，應準備廿床隔離病床；五百至九百九十九床要準備四十床、一千床以上醫院則應準備六十床隔離病床，估計如此至少可以調度出近六百床以為因應。但由於各醫療院所害怕接受 SARS 病患後影響醫院業績，接受疑似 SARS 個案時不敢通報，且由於衛生署對於治療 SARS 病患的費用一直未明確訂定，因此許多醫院不但出現拒收病人的情形，也拒絕通報隔離病床。部分私立醫院也表示，公立醫院有公務預算的補助，但是私立醫院得自負盈虧，如果醫院和 SARS 畫上等號，恐怕將面臨關門的危機。

3. SARS 後期

在法令上，修訂『嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例』。在行政上，衛生署疾病管制局制定『感染症防治醫療網政策』，主要目的是在於建立感染症的分級醫療制度，並依據感染症的嚴重性及患者病況輕重緩急之不同。主要分成國家級、區域級及縣市級醫療照護。分級動員及指揮單位分為 OABC 級；指揮單位依據不同分級分別為疾管局、衛生署、行政院。在醫療資源分配上，依據『感染症防治醫療網政策』，指定區域級醫院以上為感染防治醫院，其中國家級責任醫院為國軍台南醫院及台北市立松德院區；區域級責任醫院為市立、署立及國軍醫院等，共 6 家醫院；縣市級責任醫院為 12 家署立、3 家縣立、5 家軍醫及台大醫學院附設醫院雲林分院等，共 17 家醫院。在財務上，成立 500 億防疫紓困基金，補助合約 SARS 的專責醫療院所，在國家級及區域級專責醫院部分，由政府全額補助：70% 由中央健保局負擔，30% 由疾管局之紓困基金補助。在縣市級部分，每間病房予以定額補助及維護費（每床約 550 元）。非專責醫院，若於 SARS 個案發生期間接受個案，健保費用將給於每床 3000 元補助。

（二）政府防疫措施之評估

依據衛生署委託研究計畫『建立後 SARS 時代因應緊急衛生事件資訊支援決策體系』之內容，此計畫主要目的在於訪談政府機關及和平醫院的主要負責人，檢討 SARS 事件中個案通報與病歷審查、病床調度、物資控管、居家隔離及決策資訊與指揮系統等各項缺失。計畫訪談對象包括：中央健保局、健保局台北分局、行政院衛生署、疾病管制局、台北縣衛生局等 SARS 的相關人員。本計畫擷取部分訪談資料，做為評估政府在 SARS 期間政策的應變措施。針對個案通報與病歷審查、醫療資源配置、行政系統及財務內容整理如下：

1. 個案通報與病歷審查

通報措施的實行在中央與地方在指揮與配合上有相當大的落差。當 SARS 還沒宣佈為法定傳染病時，衛生署行文要求衛生局進行防治與通報，但衛生局的

配合度會受到地方縣市政府的政治影響，另外衛生局對於醫院與基層診所並沒有實質的控制與影響力，因此造成不同層級醫院間在流程上的協調配合執掌不明，造成通報上困難，即便 SARS 已宣佈為法定傳染病時，這樣的情形依舊發生。但反觀健保局可利用平時與醫院保持聯絡的基礎，作為協助通報管道暢通之橋樑，並界定在地區醫院與區域或醫學中心間轉移病人原則，釐清跨縣市的防疫權責。因此在整個疫情爆發中，健保局與各醫療院所的協調比起各縣市衛生局來的有效率。

2. 醫療資源配置

病床調度的一項非常大的困難，主要在於各醫院怕收治 SARS 病患而影響醫院的營運，擔心不知如何支付 SARS 病人的治療費用。衛生署的指揮系統在此時也無法指揮私立醫院收治 SARS 病人，而原先醫療網設計的緊急醫療網無法克服跨縣市的問題。最後才由健保局利用健保費用為誘因而向各醫院徵召病床，之後才有所改善。醫院的抗拒其實也是矛盾與不得已的困境，因為大家都沒有經驗，但將醫院利益置於病患生死與社會責任之前實為可議之處。在物資控管方面，對於 N95 口罩及防護衣的需求量與庫存量的調查與統籌不明確，各醫院及基層單位與各衛生主管機關之間的管道不暢通，資訊未透明化，且處理物資的單位分工不明確，一度造成口罩及防護衣缺乏，全台搶購。

3. 行政系統

在決策資訊與指揮系統方面的問題，包括決策所需資訊不足、醫院配合提供資訊的困難、資訊的收集與利用間的落差、非專業的因素影響決策、指揮層級的混亂、指揮體系命令分歧、授權與分工的不明確、行政院各部會與機構間協調不良、媒體處理與民眾宣導不佳、以及政治紛爭影響指揮體系等。在這些問題中有七個以上都與指揮體系分工授權與協調溝通相關。因此建議未來的緊急應變計劃應包含常設的指揮系統，依據危機程度來提昇指揮的層級，先由衛生署疾病管制

局到衛生署，再到跨部會的整合。一但提升到行政院或中央的層級，指揮人選則可考慮具有聲望的非政務官擔任。此外，政策上應於平日就界定好各單位的職掌，並不定期安排演練，以便在動員時可以各司其職。

4.財務

對於收治 SARS 病人的補償措施，應由政府或健保局提早向醫院說明，多少由健保負責、多少由衛生署疾病管制局負責及多少由中央政府特別預算或縣市政府補助。另外，在未來面對新興傳染病床的調度與規劃，在中央與地方似乎存在著不同的看法，衛生署傾向由衛生署疾病管制局來控床健保局則用財務誘因給予協助，地方衛生主管則建議由健保局負責協調，健保局分局經理也認為健保局應該要出面。因此政府設法統合出最有效的方式，針對治療 SARS 病患的醫院及醫事人員，制定完善的獎懲制度。

第三節不同醫療體系對於未來政府防疫政策之看法

本節以訪談方式並加上『建立後 SARS 時代因應緊急衛生事件資訊支援決策體系』的計畫訪談內容，蒐集公立、軍方、私立及榮民醫院對於當時 SARS 發生時處理的困難及對未來政府實施之『感染症防治網政策』政策的觀點。我們將訪談內容整理如下：

一、處理 SARS 的困難

各醫院在 SARS 當時爆發時的困難點可以分階段來談，第一階段是在於 SARS 的診斷不易，因為在臨床學上尚未有一定的判斷標準。另外一個問題就是醫院在內如何做好防範 SARS 的工作，因為當時並不確定它是屬於接觸傳染或是空氣傳染。第二階段就是病床調度，隨者大陸疫情開始爆發、SARS 病患的增加，病房調度變的更加困難，而是否讓疑似病患住院也讓院方感到非常困難。

另外衛生單位在行政指揮調度的問題，不論是公立、私人醫院及軍方醫院代表皆指出沒有統一的領導，是當時處理 SARS 最大的困難，例如和平醫院爆發院內感染時，不確定總指揮官是台北縣衛生局還是衛生署；做為專責醫院的單位（三重醫院），在治療 SARS 個案時，也不瞭解要聽從台北縣衛生局還是衛生署中央單位。國軍松山醫院代表也表示，政府派了多家醫院的醫師來支援防疫，但各醫院沒有統一的處置，導致對於 SARS 個案的處理原則不一。而指揮系統的不一，導致要封院的醫院無法將原有的病人轉出。綜合所有的訪談結果，發現各個醫療體系主要負責認為當時在收治 SARS 病患最大的困難包括個案認定、病床的缺乏及行政指揮調度不一。

二、專責醫院的專業能力

在醫院的醫療能力方面，公立醫院的主管提出有些專責醫院，規模過小如署立宜蘭、苗栗等醫院，恐怕無法承擔處理 SARS 病患的第一線，且儘管在政策

上說明每個區域中心會派專業人員支持縣市級的醫院，但三重醫院代表認為，大醫院的人只是提供經驗指導，真正需要進病房照護病人的還是需要自己醫院本身的人力，因此會擔心小醫院在未來無法應付類似 SARS 這樣重大的疫情；但私立醫院主管認為，如果政府執行徹底，能夠做好配套措施，如感染症醫師及物資的支援及調度，則對於目前專責醫院是有信心的。

再談到是否認為醫學中心應納入權責醫院，看法成兩極化。部分公立、私立醫院認為醫學中心不需要成為權責醫院，因為感染的控制不需要用到高科技技術，因此以地區或區域醫的能力應該可以勝任；但也有公立醫院及醫學中心的主管確認為而醫學中心應該有義務成為第一線，來協助國家的疾病感染控制。且多數感控及胸腔醫師人力都在醫學中心，以其豐富的臨床經驗及醫療設備，醫學中心應該要加入權責醫院行列。不應該只是由專業及設備不足的地區醫院來當第一線。當我們問到現在的感控醫師人力足夠與否的問題時？整體而言，各個醫療體系的代表皆認為感染症醫師人士總數應該是夠，但同時也提出對抗 SARS 的醫師人力，不應只限於感染科醫師，其實只要瞭解疾病的治療程序，任何一位專科醫師都可以處置，但前提在於多少人願意冒險衝刺。況且，如果要以這樣特殊的事件來評估感染科醫師人力是否足夠，也許並不是一個很好的基準點。

三、私立醫院的社會責任

在社會責任方面，當問即是否私立醫院應該要納入權責醫院時，衛生署代表與部分醫院如仁愛、馬偕醫院的受訪者認為不需要納入，應該還是以目前公立醫院為主要負責單位，主要的考量是在於行政方便性，因為公務機關都有公職在身，所以在指揮調度上比較容易接受。再來就是經費問題，公立機關的任何經費運用皆適用於政府預算，如果要私人醫院執行，在經費上可能沒有統一標準，撥款上也比較麻煩。且私人醫院認為，公家機構平常就接受政府補助，就應該付起公家醫院的責任。不過也有公立（三重）、軍方（松山）及醫學中心（台大）

的訪談者則認為無論是公立或是私立醫院，都應該要付同樣的社會責任，因為 SARS 是全國的事情，不是只有公家醫院的事情，大家應該共同加入 SARS 防疫的行列。

四、未來防疫的行政指揮系統

對於目前「感染症防治網政策」的行政指揮系統，大部分醫院的受訪者代表都抱持正面的肯定。強調只要政府能夠落實，理論上應該可以執行。且衛生署主管方面也指出，行政院對於防疫政策越來越重視，目前也已成立『防疫動員跨部會會報』，因此相信未來在病房或人力調度不會有困難。但仍有些醫院表示，在「感染症防治網政策」中，區域級醫院的行政聯繫中，雖然有明訂各分區的總指揮官，但各分區的疾病管制局負責人卻沒有明確指出，強調行政體系的責任應該加重，而不是將所有的責任分擔至各醫院。

另外在行政指揮調度醫療資源方面，特別是病床調度，「感染症防治網政策」中也許應該將「中央健保局」列入。根據上次 SARS 的經驗瞭解，所有的病床調度是由健保局出面，主要原因是健保局有經費可以提供補助。所以也許在這個部分，可以由中央健保局出面，在行政協調上會更有效率。不過其中一位公立醫院的訪談者提出，也許政府應設立特殊的基金，以因應未來類似的傳染性疾病，不應該動用健保費用，來遊說醫療院所提供病床及人力。

五、小結

整體而言，『感染症防治醫療網』對於因應未來類似 SARS 的疫情是具有可行性，不過此系統需要定期演練。公立及軍方醫院在未來類似 SARS 傳染病防疫上，扮演相當重要的角色。醫學中心不適合做為權責醫院；但它能提供感染症醫師協助控制疫情。行政院日漸重視防疫問題，並成立防疫跨部會小組；政府的指揮調度系統似乎已逐漸健全。而不同體系提出其他政府需要落實之處，包括：

加強此政策各層級的演練;定期監督公私立醫院之感染實施;落實醫院外包廠商人員的感染教育訓練;加強危機處理的機制,行政指揮系統應統一;成立緊急動員體系,將所有醫療系統納入管理,不論是公立或財團法人醫院。其次,應加強國際疫情資訊、平日也應建立完善的防疫標準作業程序。

第四節 各國 SARS 防疫策略之比較(加拿大、香港、新加坡)

本章節主要以加拿大、香港、新加坡政府為例，整理各國之防疫策略及醫療體系的整體應變措施，藉由其他國家的行政經驗，提供我國未來類似防疫政策的參考。主要的內容包括茲分述如下：

一、加拿大的經驗

(一) 基本背景資料及 SARS 發生簡史

多倫多共有 250 萬人口，其中有許多是移民人口，全市共有 21 家醫院。SARS 首先發生在一位加拿大人在香港 2 月 19-21 日時感染。2 月 23 日回到加拿大後，在 2 月 25 日發生疑似症狀，3 月 5 日死於家中。該名罹病患者的兒子在 3 月 7 日送往醫院為疑似個案，3 月 9 號確定其兒子為多倫多第一個個案；世界衛生組織於 3 月 12 日警告其為“非典型性肺炎”。3 月 13 日這個個案死亡。同時並確認有 4 個家庭已感染疾病，這些感染個案被送往負壓隔離病房。在 3 月 14 號多倫多召開聯合記者會說明病情及感染途徑，並開始進行後續的追蹤治療。3 月 24 日關閉第一家收治 SARS 的醫院。3 月 24 日開始進行 SARS 疾病的通報，確認它具有非常強的傳染性。安大略省同時也於 3 月 26 日啟動健康緊急照護 (health emergency)，於 3 月 27 日成立防治小組 (provincial leadership and first infection control directives to hospitals)、3 月 28 日第二家醫院關閉，這家醫院是位於多倫多市郊，由此可見，當時疫情已經擴及至多倫多以外的地區：WHO 在 4 月 23 日至 29 日發佈多倫多市的旅遊警示，其最後一個個案是在 6 月 12 日出現。大致上可將 SARS 的爆發分為兩波：第一期是從 3 月 13 日至 4 月 20 日；第二期是從 4 月 20 日至 6 月 24 日（大多是病患、醫療工作人員及旅客）。整個期間加拿大共有 438 的疑似個案（228 個是發生在多倫多）。其中 44 個死亡（38 個發生在多倫多）；222 個接受醫療照護，50% 是醫護工作人員（有四名死亡是 health providers）；31 個個案是來宗教團體的群聚感染 (community contact)，但

整體而言，並沒有發生明顯的社區感染。

(二) 行政體系

此次疫情發生主要行政負責單位是多倫多衛生局(TPH, Toronto Public Health)，加拿大衛生局基本上是不參與實際運作的，通常是把預算給實際照護病患的醫院（如圖 4-6）。多倫多衛生單位主要工作在進行疑似病患的研究調查及隔離措施，在必要時實施強制隔離（法令）；健康危險的評估及相關訊息的傳遞疫情追縱及定期報導。在架構上，主要分為執行面(operations)、規劃面(planning)及後勤面(logistics)。在疫情期間他們每天早上都會進行 morning meetings。在人力方面，參與人員共有 700 人，一天兩班，每個星期工作七天。主要的協助來自於安大略省，其它的人員也會參與協助包括：其它的公共衛生單位、社區專科醫療團體、加拿大衛生部及加拿大國防部等。所有 SARS 的相關訊息都是由多倫多衛生局發佈，由所有的醫療單位將個案數通報 TPH。工作成果：超過 31,600 的諮詢電話、尖峰量最高每天為 47,567 通。在高峰時共有 2035 個調查人員（每天九小時的工作時間）；共發現 212 的疑似個案，其中有 16 個疑似個案，追蹤 23,322 疑似接觸個案。有 27 個個案執行強制隔離。此架構及功能會隨著不同的情況而有所改變，因此這架構也曾經實行過其他狀況，如 9/11 恐怖攻擊、火災、颱風、及其他疫情（A 型肝炎）等緊急狀況。這次用來處理民眾對於 SARS 恐慌的機制，但醫院並不包括在其中。系統開始運作的時間大約是在 3/14(press conference)之前。這次疫情的發生，加拿大並沒有動用到軍方部隊來支援。不過國防部有派一名流行病學專家，協助調查疾病的發生 (Health Canada, 2004; Svoboda etc, 2004)。

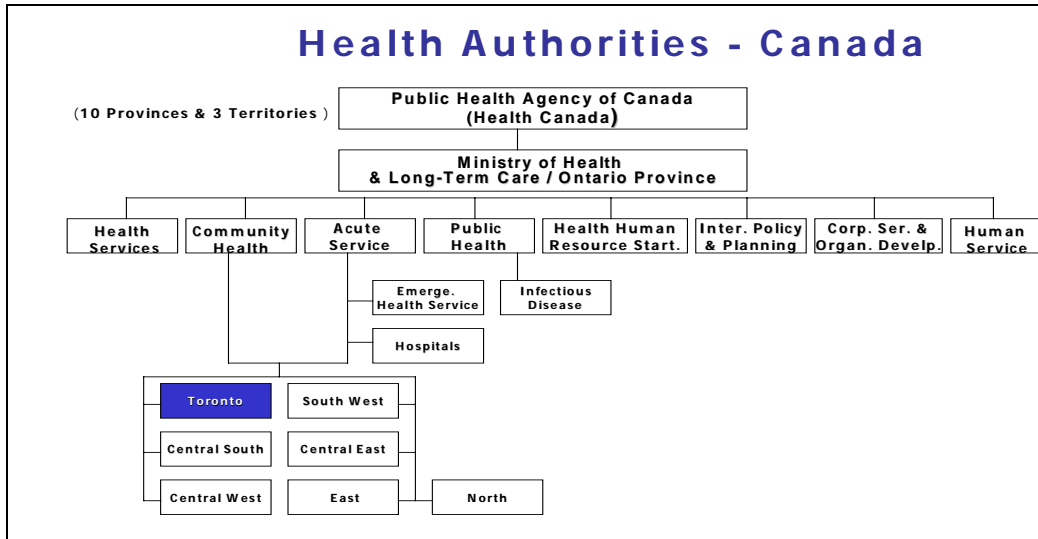


圖 4-6：加拿大政府衛生行政架構圖

(三) 隔離政策

為了執行強制隔離政策，加拿大政府也引用了許多以前制定的制定相關法律，主要和 SARS 相關法令有三條：1) Health Protection and Promotion Act: 此法令用來執行強制隔離，其中以 Section 22 and Section 35 是和 SARS 較相關的法條。2) Public Cause Act: 主要蒐集 SARS 的任何資訊並公告給大眾，包括醫院個案通報數、政府相關法令之修正的內容。3) Information and Protection of Privacy Act: 主要是有關 SARS 個案及疑似接觸感染個案之資料的保護，包括：資訊以及隱私權保護的自由，例如是否應該公開感染 SARS 的病患名字、是否應該公開與疑似個案搭乘同一班飛機的其他旅客姓名等(Health Canada, 2004)。此外，針對不同團體，包括遊民、居留監禁者、學校、工作場所及大眾交通系統，他們也做了一些特殊的隔離防範。當然政府也給於適當的財政支持，協助相關的隔離措施。在社區方面，他們提供 SARS 隔離後之相關服務，包括如何讓這些隔離患者康復後，重新回到學校、工作場所。如何消除民眾的恐慌等(Wynn etc, 2003)。

(四) 醫療資源的配置

對於 SARS 疫情的治療，主要集中於兩家主要大型醫院，並且盡可能動員其他醫療機構投入。當多倫多爆發第一個案件的時候，政府官員與許多學者專家，以及相關人士（包括醫界人士）當時就坐在一起討論，決定某間醫院擔負 SARS 病人之醫護。當然，安大略省政府也也面臨和台灣醫院一樣也是推病人的情形發生，因為每個人都希望保護自己而免於 SARS 危害，醫療院所亦是如此 (Affonso etc, 2004)。除了在必要時刻接管醫院外，政府應該採取各種可能的支持方式，例如：以財政措施協助其減輕因疫情控制的特別支出。不過在這次 SARS 疫情世界，安大略省政府內的三家綜合大型醫院在內的醫院因 SARS 而被迫暫時關閉。此外，他們也強調如果所有的處理醫院皆是公立醫院，政府將較容易調動或整合，但實際上許多重要醫院並非公立，台灣就面臨了這種狀況，政府不容易調動或說服特別是那些私人所興辦的醫療院所，分擔其他醫院 SARS 病人的醫療及看護工作。但對於安大略省政府而言，這也是個相當重要且嚴肅的議題，因此他們也以公立醫院作為主要的應變機構，此外，在此種特殊情況下，有必要針對那些有能力卻無意願照護 SARS 病患的醫療院所施以適當懲罰。

二、香港的經驗

(一) 基本背景資料

香港人口約 680 萬，是世界上人口密集的地區之一。因為香港本身為全球經濟貿易中心的重鎮，有不少外國人居住；加上 1997 年回歸大陸，與中國內地經聯繫日趨緊密。香港疫情的爆發是由於鄰近廣東省的疫情感染，一名廣州教授於二月底住進香港的一家酒店後，把疾病傳染給酒店的其他住客及訪客，隨後並導致疫情散播至香港、新加坡、加拿大、越南及台灣等地。在 3 月 10 日時，香港威爾斯親王醫院十八個醫護人員疑似爆發疫情，且在幾小時內，超過 50 名醫護人員發現有發燒症狀。隔日追蹤治療這群個案，發現 8 位有肺炎現象。發現個案後，隨即送往廣華醫院、仁安醫院（私立）及威爾斯親王醫院

實施感染控制。不過在威爾斯親王醫院有爆發的院內疫情感染，衛生單位立即關閉該醫院。3月13日報導廣華醫院醫務人員大批感染，WHO隨著在河內和香港醫院人員增加的案例，發出全球性關於嚴重非典型肺炎的警告。

3月30日在香港，淘大花園社區 SARS 感染案例急遽升高。淘大花園社區包括了10座35層樓的大廈，約有15,000位住戶。香港衛生署發布了隔離的命令以防 SARS 疫情繼續擴散。隔離的命令包括了在 E 區的住戶需留在自宅內直到4月9日午夜。居民隨後就被送往市郊的隔離營隔離十天。4月10日，港府正式發出“家居隔離令”，對證實感染了 SARS 的家庭實行隔離措施。為避免疫情的擴散之後衛生單位建議，所有疑似病患集中瑪嘉烈醫院治療，但隨後又因為病患過多，香港衛生署指定醫療中心將病症較輕的患者轉介至公立新界西醫院連網的屯門醫院，而需要重症治療的病患再由瑪嘉烈醫院收治。4月26日，香港屯門醫院男護士劉永佳因工作感染 SARS 不幸去世，成為香港首位因 SARS 殉職的醫護人員。

香港的 SARS 疫情自威爾斯親王醫院爆發疫情至淘大花園的社區爆發時達至高峰，之後的疫情即進入控制階段，到五月中後，個案發生就明顯減退。香港感染此症的個案總數為 1,755 人感染(包括 386 名醫護人員或醫科學生)，300 人死亡。最後一名發生個案是在 6 月 2 日。自 6 月 12 日起，本港並沒有錄得新證實感染嚴重急性呼吸系統症候群個案。世界衛生組織在 6 月 23 日將香港特別行政區從嚴重急性呼吸系統症候群本地傳播地區的名單上除名(Hong Kong Department of Health, 2004)。

(二) 行政體系

香港的公共醫護架構主要分成三個機構：衛生福利及食物局、衛生署及醫管局(如圖 4-7)。衛生福利及食物局主管公立醫院服務的整體政策；衛生署是

香港特區政府的衛生事務顧問，負責促進市民健康，同時也是執行衛生法例和政策的行政機關；醫務管理局是一個獨立法定機構，負責管理香港所有公立醫院，儘管醫管局是一個獨立系統，但仍受到衛生福利及食物局行政上及預算上的管轄。在 SARS 期間，衛生福利及食物局為主要制定政策的角色，協調醫療界進行香港的緊急應變工作，而衛生署及醫管局則負責執行相關政策。衛生署依據衛生福利及食物局的政策方針，進行疾病監督、病人隔離、相關的公共衛生法例、與醫管局和醫療界的聯繫、與世衛和國際社會聯繫等的工作；掌管公立醫院的醫務管理局則根據『醫院管理局條例』負責動員和管理各間公立醫院的資源，設置嚴重性急性呼吸系統症候群協調中心，負責病患之治療(Hong Kong SARS Report,2004)。

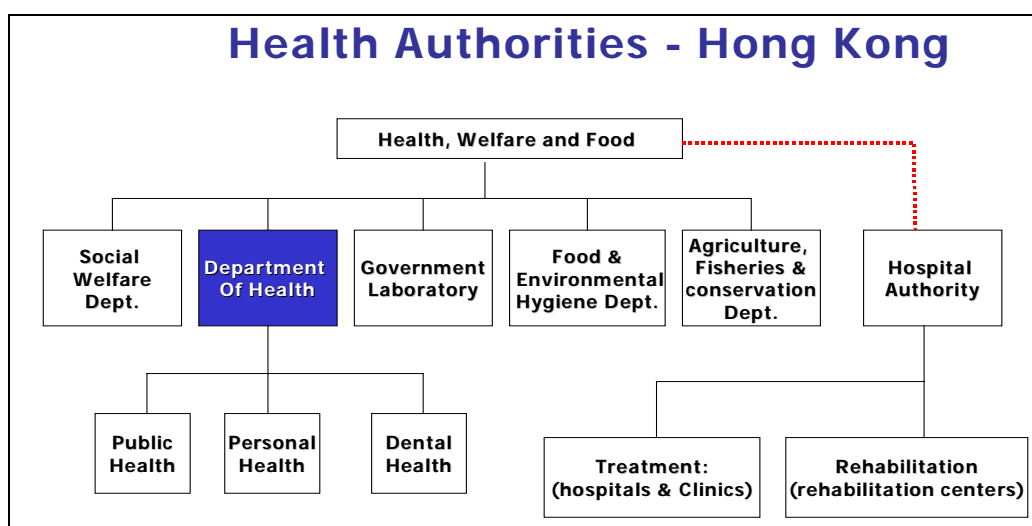


圖 4-7：香港政府衛生行政架構圖

(三) 隔離政策

『檢疫及防疫條例』(香港法例 141 章) 及其附屬法例是香港控制傳染病的主要法令，該法令規定醫院需通報傳染病個案、居家隔離、進行出入境健康檢查、宣導預防各項傳染病等。香港政府於 3 月 26 日將 SARS 納入『檢疫及防疫條例』中，要求公私例醫院通報、強制所有曾與疑似 SARS 個案密切接觸者接受 4 間醫療中心的健康監督，並接受大約 10 日的居家隔離照護。此外，

於4月中旬修訂現行防疫相關規定，新設『防治傳染病蔓延條例』，管制香港邊境之出入。在SARS發生後後期，香港政府成立嚴重急性呼吸系統綜合症專家委員會，並發表檢討報告，提出一系列改善香港醫療體制的建議，以應付日後可能出現的任何疫症。香港特別行政區政府對報告所提出的建議十分重視，行政長官並於十一月成立了一個監督委員會（SARS Expert Committee），以監察特區政府確實執行報告中的建議。監督委員會由二名海外及三名本地專家組成，他們會定期向行政長官，報告有關落實建議的進度(Hong Kong SARS Report,2004)。

（四）醫療資源的配置

香港SARS疫情主要以公立醫院為負責單位，於3月31日，依據『檢疫及防疫條例』法指定4間衛生署管轄下之公立醫療中心啟用，針對曾與SARS患者有密切接觸和社交接觸的人士進行健康監測，隨後居家隔離的實施(Man etc, 2003)。此外，並指定由瑪嘉烈醫院接收各指定醫療中心轉介的新個案。不過在回顧香港相關資料中也發現，公營與私營醫療機構在疫情爆發期間缺乏溝通、合作與協調。主要原因在於私立醫院很難取得防護裝備，且醫管局並沒有額外的預算協助私立醫院。因此，縱使公營醫療機構不能獨立有效應付疫情治療，醫管局仍不願把病人轉介往私營醫療機構接受醫療，恐怕這些病人會使用私營機構的服務，之後行政單位沒有辦法在預算上給付。因此委員會建議往後有類似這樣情形發生時，必需盡力與私營醫療發展良好的伙伴關係，以便改善傳染病監察工作和提高感染控制，並建議往後應該定期作交流資訊及舉行會議，使醫院內有關人員熟悉醫院及社區感染控制模式(Hong Kong SARS Report,2004)。

三、新加坡的經驗

(一) 基本背景資料

新加坡人口約 4 百萬人，面積為 644 平方公里。新加坡在 3 月初時發現第一名 SARS 個案，是位曾在香港旅館停留的前空服員，之後追蹤她的接觸病史後發現超過 100 個 SARS 病例都和這名空服員有所關連，3 月 14 日，新加坡衛生部首次報告 3 例非典型肺炎。這一連串的疫情爆發導致新加坡 3 家醫院的院內感染，包括陳篤生醫院(TTSH, Tan Tock Seng Hospital)、新加坡醫院(SGH, Singapore General Hospital)及國立大學醫院(NUH, National University Hospital)。4 月 20 日在新加坡一個擁擠的市場裡經過確認後 發現有員工集體出現身體不適(SARS 病徵)的情況，該市場立即從當日起關閉 15 天，並且將市場裏的攤販們以居家隔離安置。4 月 25 日時 SARS 在河內、香港、新加坡和多倫多等地的大爆發顯示出了感染已經達到最高峰的徵兆。5 月 31 日後新加坡在 SARS 傳染區域名單中被移除。一直到 6 月 20 日，新加坡共有 238 確定個案，其中有 33 位死亡(The Defining Moment,2004; Singapore Ministry of Health,2004)。

(二) 行政體系

新加坡政府結合環境部(Ministry of Environment)、國家發展部(Ministry of National Development)、教育部(Ministry of Education)、社區發展及運動部(Ministry of Community Development and Sport)、國防部(Ministry of Defense)及衛生部(Ministry of Health)成立國家級行政小組(Ministerial Committee)，進行 SARS 各項公共及醫療政策的執行(如圖 4-8)。此外，啟動緊急救護醫療服務系統(EAS, The Emergency Ambulance Service)，由透過專一的運送管道減少疫情的擴散。主要醫療服務統籌由衛生部主導，依照法令強制疑似病患進行隔離，並指定陳篤聖醫院(Tan Tock Seng Hospital, TTSH)一家公立醫院做為 SARS 專責防治醫院，所有的疑似及確定個案皆送往這家醫院進行治療(Singapore Ministry of Health,2004; Lateef etc, 2004)。

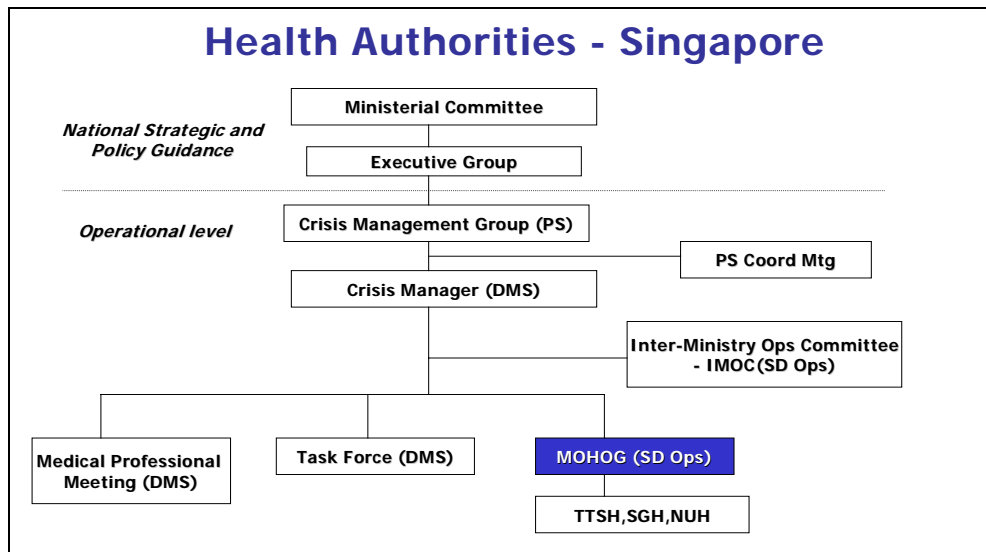


圖 4-8：新加坡政府衛生行政架構圖

(三) 隔離政策

為了達成有效全面抗 SARS 疫情，新加坡執政的「人民行動黨」援引緊急條款迅速動員，在 2003 年 3 月 24 日就三讀修正通過傳染病法令 (Infectious Diseases Act)，強制實施居家隔離命令 (Home Quarantine Orders)，主要內容包括：確實或疑似 SARS 病人、曾接觸過 SARS 病人者和接受過 SARS 治療的人都必須被隔離 14 天；政府無須將違反隔離令的人送上法庭審訊，就能向他們發出罰款通知，最高可處以二千八百多美元的罰款，並戴帶上電子追蹤器，如果再犯，則將面對最高五千七百多美元罰款、或最長半年的監禁、或兩者兼施。重複再犯者將面對最高一萬一千美元罰款、或最多一年的監禁、或兩者兼施。懲罰那些虛報或企圖隱瞞個人資料及病情的人，拒聽衛生部人員電話或提供假消息者，也將面對同樣懲罰，違例者可被警察或授權的衛生人員逮捕，拘留在醫院或其他場所，接受醫藥檢查和治療。在 SARS 期間有一位隔離患者因不服從法令而被法院判刑拘役 6 個月。此外，針對三家醫院進行三種不同的隔離措施，包括封閉醫院、將可疑病患轉至專責指定醫院及在適當的地點隔離病患 (Gopalakrishna etc,2004;)。

(四) 醫療資源的配置

針對 SARS 病患的治療，新加坡政府採集中隔離方式，指定 TTSH 為 SARS 專責醫院及一家傳染疾病中心做為隔離地區。為此 TTSH 還將急診關閉，並將院內原先的病患利用緊急救護醫療服務系統(EAS)轉送至其他五家公立醫療院所。當疑似病患送至 TTSH 時，醫院會先在急診室外篩檢診斷病患，已確認其是否為 SARS 個案。當病患接受治療後出院，TTSH 會通知其他醫院進行後續的追蹤照護。新加坡原先就有良好的緊急救護醫療服務系統 (EAS, The Emergency Ambulance Service)，這個系統主要是由新加坡國防部(Singapore Civil Defense Force)所直接管轄，共目前一隊共有 30 個救護車，車上的醫療設備相當齊全，平均每天 EAS 會接受約 75,000 個緊急電話急救，如車禍或是心臟休克等。當 SARS 發生時，就啟動 EAS 負責載送病患至專責醫院進行篩檢或治療。當發現不確定個案時，個案就直接在救護車上進行治療及隔離，以避免陳篤聖醫院的病床不夠使用(Tham,2004; Tan,2004; Teleman,2004)。

新加坡政府為了確定病患是否感染 SARS，首開先例在診療所外搭起帳篷設立發燒檢查站，並將急診室做為病患篩檢中心，這樣做的目的除了能夠減少私人診所成為 SARS 傳染處的可能性，同時也可消除公眾因為擔心感染 SARS 而避諱到醫院求診。此外，新加坡政府自 4 月 1 日起禁止民眾前往醫院探病，且措施實施的同時，醫院方面也使用病房的攝影畫面，透過「電子探病」的設備增加病人與外界的溝通。新加坡是首個採取「封院」措施的疫區，被封的醫院非但沒有發生令人匪夷所思的抗爭或落跑事件，反而成為該院醫務人員很自豪的「SARS 醫院」，專門收容、治療全境發生的 SARS 病患，全新加坡人也都在精神上、物質上，給予陳篤生醫院最大的鼓勵與支持(The Defining Moment,2004; Singapore Ministry of Health,2004)。

第五章 討論及建議

綜合以上結果，我們將在第一節綜合上述各小節的結論並討論之，在第二節部分，我們將根據上述討論提出具體建議。

第一節 綜合討論

一、 SARS 疫情對民眾醫療利用影響

將 2002 年與 2003 年的三個時段分別作年度間之比較可以發現，比起前一年，SARS 前期之醫療利用約有 7% 之成長，SARS 期間醫療利用則比 2002 年下降了 14%，到了 SARS 後期降幅趨緩，比起 2002 年有 0.5% 的差距。將 2003 年的醫療利用情形與 SARS 相關報導數及衛生署疾病管制局公布之 SARS 個案數表來做比對，可以發現，隨著個案數的增加，媒體報導的相關消息增加，而民眾的就醫次數逐漸下降，這些結果和台灣其他相關研究結果皆一致(Chang etc, 2004; Chen etc, 2005)。初步推論民眾就醫知覺風險影響其就醫行為，並間接造成西醫門診服務量下降。

將醫院分不同層級別來觀察發現，比起前一年，SARS 前期之醫療利用在各層級別中都呈現成長趨勢，但以醫學中心的成長幅度最小，這可能是因為國內爆發 SARS 第一名個案時，台大及榮總體系醫院馬上投入急救行列有關，因此造成民眾不敢前往大醫院就醫。至 SARS 期間各層級別都呈現下降趨勢，其中也以醫學中心的降幅最嚴重。到了 SARS 後期降幅則較趨緩，但比起 2002 年各層級別醫院平均仍有約 1% 的差距，其中僅有基層診所的醫療服務量已呈現上昇趨勢，這與民眾因害怕感染 SARS，因此不敢前往大醫院就醫反而轉向診所就醫有關。由此推論，在 SARS 過後，民眾戒除了小病看大醫院的壞習慣，但也可能是民眾信心未恢復的結果，造成民眾害怕就醫，而延誤了治療的好時機。

將醫院以不同權屬別來看，發現比起 2002 年，2003 年 SARS 前期之醫療利用在各權屬中皆呈現成長趨勢，平均約有 4% 之成長，即使此時公立醫院被衛生署指定需接受 SARS 疑似個案，但由於前期之案例分常少，因此尚未影響到各醫院之醫療服務量。在 SARS 期間則比 2002 年下降約 26%，公立、軍方、法人及私立之降幅依續為 -30%、-27%、-29%、-18%，前三者大幅領先私立醫院，主要原因是和平仁濟封院及台大急診室關閉事件發生，大量的 SARS 病患開始轉送公立及軍方醫院；而部分法人醫院，如高雄長庚也陸續傳出疫情爆發，也因此導致門診量大幅減少。到了 SARS 後期則降幅趨緩，比起 2002 年仍有 0.5% 的差距，其中以公立及軍方醫院降幅最大，最主要的原因可能與政府實施的 SARS 感染症防治計畫中指定公立及軍方醫院為 SARS 專責醫院有關。

二、 不同醫療體系在 SARS 期間的應變措施

從媒體報章雜誌及相關的報導可以發現，不同醫療體系在 SARS 期間的應變措施有所不同。公立醫院受政府或相關行政單位所管轄，因此在 SARS 發生的前期、中期及後期，公立醫院都被政府指定為防疫的第一道防線，是主要控制及治療 SARS 的專責醫院。公立醫院屬於政府機關，所有的醫療人員皆須服從公務人員法，因此若有醫護人員或行政人員違抗上級命令，將會受到相關法令的懲處，因此大部分的公立醫院仍是默默的接受政府命令。當我們訪問被指派的專責醫院後，他們也表示：當 SARS 發生時公立醫院不僅是政府防疫的第一道防疫也是最後一道防線，私立醫院接收到疑似個案可以將病人緊急轉出，但如果專責醫院接受到疑似個案就不能再將病患轉出，所以無論如何我們一定要要想辦法治療病患，將問題解決，由此可以看出，公立醫院對於這次防煞的貢獻程度。

軍方醫院在這次疫情中，是在沒有事先預警的情況下，擔任起非常重要的角色。由於和平及仁濟醫院疫情相繼爆發，造成台北地區疫情感染人數增加，

因此行政院及下令國軍介入 SARS 疫情的隔離及治療任務。軍方醫院的性質與公立醫院相近，必需聽命於上級長官的命令，且軍事教育更注重服從的精神，因此根據我們訪談國軍松山醫院的內容中發現，在上次 SARS 疫情中並沒有任何醫護人員離職、抗拒或抱怨。軍方醫院以軍方領導統御及危機處理之應變能力，也讓病人轉入及轉出的相當順利，加上有憲兵單位的站崗，因此在隔離措施上相當嚴密。軍方醫院是有史以來除了戰爭外，首次站在第一次處理一般民眾的疾病問題，可以說是上次疫情中的一大功臣。

反觀私立及財團法人醫院在這次 SARS 中並未大量介入治療病患，主要原因是因為這些醫院屬於民營企業，各私立醫院為了避免業績遭受影響，紛紛拒收疑似 SARS 個案，且政府並未即時訂定照護 SARS 病患的補償條例，加上私立醫院的醫療人員的醫療撫卹也缺乏類似公務人員及軍人的保障，因此多數醫院都拒收 SARS 個案。僅有高雄長庚醫院於和平封院後，在急診室斥資增設六間負壓呼吸道隔離病房。為避免疫情波及到全台所有醫院，20 餘私立及財團法人醫院院長也要求政府應該成立專責醫院，將 SARS 病患應集中收治。根據我們相關資料收集顯示，儘管有部分縣市衛生局強調，當時有徵詢私立醫院的意願，補助增設隔離病房，但這樣的計畫卻乏人問津。主要是因為私人醫院害怕一旦和 SARS 專責醫院畫上等號，將會影響未來的醫療服務量，加上政府的補助僅針對治療 SARS 病患部分的醫療費用，並未考慮到 SARS 對於醫院的額外負面效應，因此大部分的醫院仍都持拒收態度。從這種種的行為反應出私立醫院對於 SARS 疫情的態度是『避之唯恐不及』，也因此 SARS 後期至今，並無任何私立醫院主動願意成為 SARS 專責醫院。

三、政府防疫措施及其政策之可行性

政府針對這次 SARS 疫情的醫療應變措施又是如何呢？在法令上，隨著疫情的變化，緊急訂定不同的條例，如將 SARS 列入第四類法定傳染病及訂定『嚴

重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例』等。在行政系統上，衛生署在 SARS 初期成立防疫因應小組，負責監測疫情變化，並指派各公立醫院做為防疫中心。在中期之後，行政院統籌成立中央防疫跨部會小組，由前衛生署署長李明亮擔任，一方面增加醫療照護獎勵金，鼓勵醫院人員，一方面也下令禁止醫院拒收病患。在 SARS 後期，政府制定『感染症防治醫療網政策』，訂定分級動員及指揮單位等相關措施。

但是根據研究報告指出，在處理疫情爆發中仍然出現許多問題。包括行政指揮系統的協調（中央及地方）、醫療財務的處理、醫療資源的調度（病床、口罩及防護衣）等問題。縣市衛生局及公立醫院都曾面臨到該聽從中央單位（衛生署）或是縣市政府的命令，如果面臨到中央和地方意見不一致時，身為執行單位真的無所適從，因此當我們訪談幾個執行單位時，它們也一再強調行政協調的重要性。醫療財務的問題也是處理 SARS 中一項重要的議題，治療 SARS 病患需要充分的醫療團隊及醫療資源（病房）介入，才能抑制病情的惡化。我們從 SARS 對民眾醫療利用率的分析中也發現，SARS 的確對醫院造成醫療利用的損失，因此如果政府沒有針對 SARS 訂定一套財務機制，很難有醫院願意承擔經營的風險投入治療的行列。

針對未來政府實施之防疫政策中，多數認為公立及軍方醫院在未來類似 SARS 傳染病防疫上，扮演相當重要的角色；而醫學中心並不適合做為權責醫院，但是它能提供感染症醫師協助控制疫情。至於對於這些政府指派的專責醫院的專業能力，大部分的受訪者仍有些疑慮，主要原因是有些縣市的專責醫院規模過小，院內不但沒有感染科專科醫師，全院的總醫師人力也相當缺乏。雖然在『感染症防治醫療網』上表明，各區域級醫院會派遣人力支援各縣市級的專責醫院，但是經我們訪談三重醫院（台北縣 SARS 專責醫院）代表後發現，他們相當懷疑上級是否會派遣人力來支援，因為根據上次 SARS 的經驗，並無台北縣市醫

學中心的醫師人力來支援，這些人僅僅是做經驗上的指導，到最後還是要靠專責醫院本身的醫師人力投入照護行列。建議政府平日應該清楚地將各大醫院可以支援的醫師人力條列清楚，避免到時疫情爆發時人力無法調度。

另外在費用補助方面，『感染症防治醫療網』訂定除國家級及區域級專責醫院部分，由政府全額補助外，在縣市級部分的專責醫院，每間病房給與定額補助補助及維護費(每床約 550 元)；非專責醫院，若於 SARS 個案發生期間接受個案，健保費用將給於每床 3000 元補助。但是根據我們訪談的結果顯示，專責醫院的負責人認為這樣的費用仍然過少，因此政府是有必要重新檢討這個財務機制，以財政措施協助其減輕因疫情控制的特別支出，以確保未來面臨到類似疫情爆發時，能夠有足夠的醫院來支援。

在行政系統指揮上，整體而言大部分的訪談者認為『感染症防治醫療網』對於因應未來類似 SARS 的疫情是具有可行性，強調任何政策只要落實加上不定期演練，應該可以達到其預期效果。在行政院日漸重視防疫問題，並成立防疫跨部會小組之時，政府的指揮調度系統似乎已逐漸健全。不過由上次調度病床的情形可以發現，中央健保局與醫院間的聯繫系統較完善，也許在未來的『感染症防治醫療網』中，可以增列中央健保局的功能。此外，在國家級、區域級及縣市級政府皆明訂各層級之行政指揮官，但對於衛生署疾病管制局的行政聯繫單位卻未明示，政府應該將衛生署疾病管制局的功能角色在各層級間加強，以防止未來發生疫情爆發時行政聯繫上的困難。除此之外，政府對於未來的防疫政策應成立緊急動員體系，將所有醫療系統不論是公立或財團法人醫院納入管理；加強定期監督公立醫院之感染實施並落實醫院內外包廠商人員的感染教育訓練；加強國際疫情資訊並建立完善的防疫標準作業程序。

五、各國 SARS 防疫策略之比較(加拿大、香港、新加坡)

綜合加拿大、香港及新加坡處理 SARS 的經驗，我們初步可以瞭解各國剛開始和台灣一樣，對於 SARS 的發生因缺乏充分的資訊，而無法採取正確的防護措施。然而隨著世界衛生組織的確認，各國都開始展開一連串的行動。各國由於政治體系的的不同，因此這次 SARS 所主導的行政體系也有所不同，例如在加拿大，主要是由多倫多衛生局來統籌管理 SARS 緊急防治小組，衛生部基本上是不參與實際運作；新加坡是由國防部體系下的緊急醫療系統所主導，衛生部負責執行人力及病床調度；香港則由衛生福利及食物局主導，衛生署及醫務管理局負責行政及醫療服務等事物。其中比較特別的是屬於新加坡政府，它們運用大量的軍方人員來支援，包括居民隔離、疑似病患的轉送等，因此在這次 SARS 事件中，新加坡政府並沒有許多行政溝通上的問題。反觀加拿大、香港及台灣，由於主導系統都是以衛生體系為主，一般來說衛生體系在國家的政府部門中行政權利較薄弱，較無主導權，因此在這次 SARS 的疫情上才會導致有許多政府與醫院間的溝通問題。不過新加坡的行政體系應該屬於世界上相當獨特的，如果要用來做為學習的標竿，似乎也有其困難性所在。政府未來是否需要動用軍方資源來處理類似的疫情，應該視各國的國情及行政體系來考量。

其次，我們觀察到各國對於 SARS 的疫情都有制定法令來強制疑似病患的隔離、醫院個案通報、經費補助等相關措施，而新加坡政府更是以其傳統的『重罰及獎勵』政策，來管制民眾遵守隔離政策。除此之外，加拿大政府也實施相關政策，針對隔離的居民，協助其回歸到正常的工作環境，避免遭受到不平等的待遇。對於各國醫院 SARS 疫情的治療，在這些國家中，都有指定一至二家做為專責醫院，且這些皆是公立醫院。從這些可以瞭解，在處理類似 SARS 的傳染疾病時，指定專責醫院集中收治 SARS 病患是有其必要性，但綜合觀察這些國家所指定的醫院都算是公立醫院中規模較大、病床數較多的醫院（新加坡陳篤生醫院：1400 床、香港瑪嘉烈醫院：1000 床），而台灣儘管已指定全省 23 家專責醫院，但這些醫院中皆屬規模較小，是否在未來真的具有能力處理類似 SARS 病

人仍令人質疑。另外一方面，這些國家選擇公立醫院而不選擇私立醫院的原因，主要是因為政府將較容易調動或整合公立醫院，對於私立醫院政府沒有實質上的權利來管控，政府不容易調動或說服那些私人所興辦的醫療院所來分擔其他醫院 SARS 病人的醫療及看護工作，因此未來以公立醫院做為專責醫院也許在行政可行性上確實較具有效益，但是對於私立醫院的感控管制，政府也需要多加強，畢竟 SARS 病患並不會選擇只前往公立醫院而不去私立醫院就醫。

第二節 建議

根據上述討論，我們提供下列建議：

- 一、行政體系：中央及地方上的行政指揮系統應該統一，例如在美國如發生疫情問題，所有的單位皆聽令於美國疾病管制局之指揮，如此才能避免行政協調的不當。建議在『感染症防治醫療網』以疾病管制局為主導，另加入中央健康保險局的協調功能，如病床調度；此外加強說明衛生署疾病管制局在各層級（國家級、區域級及縣市級）的聯繫單位或聯絡人，避免行政聯繫上之困難。
- 二、財務上：建議政府重新檢討財務補助機制，除補助專責醫院治療 SARS 醫療服務外，也應評估因接受 SARS 而導致的醫療服務損失，以財政措施協助其減輕因疫情控制的特別支出，另外也要明訂對醫護人員的補助與救助措施，如此可以讓醫護人員有信心負責此項任務，也可能會吸引私立醫院加入治療病患的行列。
- 三、醫療資源上：選擇公立及軍方醫院為專責醫院對於處理未來類似 SARS 疫情應該是一項正確的選擇，但是應該從這些公立醫院中選擇具規模性、且醫療人力較足夠的醫院。除了專責醫院外，也需要加強其他公、私立醫院之感染品質控制，包括醫護人員及其外包人力，避免爆發感染。在醫療人力方面，建議政府平日應該清楚的將各大醫院可以支援的醫師人力條列清

楚，避免到時疫情爆發時人力無法調度。在醫療物資上，也應開放清楚且透明的運送管道，並且透過有效的大眾傳播溝通管道，讓所有醫院及民眾瞭解物資的數量，避免造成搶購情形發生。

四、其他：建議政府應不定期對『感染症防治醫療網』政策做演練；妥善運用媒體的協助，減少民眾對於 SARS 的恐慌；適時地運用軍警人力進行居民隔離等措施。

參考文獻

中文部分：

1. 衛生署疾病管制局：疫情通報，2003/09/23。
URL:<http://www.cdc.gov.tw/>
2. 中央社日內瓦：WHO 世界專家憂慮台灣 SARS 病例持續增加，2003/05/07。URL: <http://www.ettoday.com/2003/05/08/319-1451299.htm>
3. 中時電子報：台灣疫情降溫？CNN 負面報導，2003/05/26。URL: <http://forums.chinatimes.com.tw/report/SARS/media.htm>
4. 韓揆：醫院之功能、組織與管理。陳拱北預防醫學基金會主編、共衛生學(上)。台北：巨流出版社（修訂二版）。1997，253-309。
5. 江東亮：醫療保健制度-台灣經驗。台北：巨流出版社 1999 &2003。
6. 行政院衛生署衛生法規，2003/09/23。URL:<http://www.doh.gov.tw/law/>
7. 行政院衛生署統計資料，2003/09/23。
URL:<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>
8. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD): The Reform of Health Care Systems: a review of seventeen OECD countries, Paris: OECD, 1994.
9. 香港政府統計處 2001 年統計資料，2003/09/23。URL: <http://www.info.gov.hk/censtatd/chinese/hkstat/index.html>
10. 高醫醫務：健康權與醫療照護權，2003/09/23。URL: http://home.kimo.com.tw/kmu_ph87manager/hospital_managemant/health%20insurance/7.htm.
11. 大成報：收治 SARS 病患醫院 門可羅雀，第十六版。
12. 中華資訊網：處理 S A R S 疫情醫院向錢看？2003/07/02。URL: <http://www.ttnn.com/cna/news.cfm/030702/114>
13. 張錦文：醫院評鑑應有的態度。醫院雜誌 1987 ;20(6):1.
14. 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會網站，2003/09/23。
URL:<http://www.tjcha.org.tw>
15. 鄭錫鏞：後 SARS 時代中央政府應有之危機應變機制。財團法人國家政策研究基金會。
URL :<http://www.npf.org.tw/publication/CL/092/CL-C-092-118.htm>

16. 行政院衛生署疾病管制局：嚴重急性呼吸道症候群 SARS 疫情資訊。
URL: <http://www.gov.tw/sars/website/index.html>.
17. 邱弘毅、賴美淑、陳秀熙、鍾國彪等：建立後 SARS 時代因應緊急衛生事件資訊支援決策體系，行政院衛生署 2004。

英文部分：

1. Affonso DD, Andrews GJ, Jeffs L. The urban geography of SARS: paradoxes and dilemmas in Toronto's health care. *J Adv Nurs*. 2004; 45(6): 568-78.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Public Health Service (PHS), Department of Health and Human Services (HHS). Control of communicable diseases. Interim final rule with comment period. *Federal Register*. 2003; 68(69): 175558-60.
3. Chen WK, Cheng YC, Chung YT, and Lin CC. The impact of the SARS outbreak on an urban emergency department in Taiwan. *Medical Care*. 2005; 43(2): 168-72.
4. Chang HJ, Huang N, Lee CH, Hsu YJ etc. The impact of the SARS Epidemic on the utilization of medical services: SARS and the fear of SARS. *America Journal of Pubic Health*. 2004; 94(4):562-564.
Gopalakrishna G, Choo P, Leo YS, Tay BK etc. SRAR transmission and hospital management. *Emerging Infectious Disease*. 2004; 10(3): 395-400.
5. Hong Kong Department of Health.
URL: <http://www.info.gov.hk/gia/general/200309/22/checklist-c.pdf>
6. Hong Kong SARS Report: Hong Kong SARS Expert Committee. URL: www.sars-expertcom.gov.hk, 2004.
7. Lateef F, Lim SH, Tan EH. New paradigm for protection: the emergency ambulance services in the time of severe acute respiratory syndrome. *Prehospital Emergency Care*. 2004; 8(3): 304-7.
8. Learning from SARS: Renewal of Public Health in Canada. [Report] Health Canada, 2004.
9. Man CY, Yeung RS, Chung JY, Cameron PA. Impact of SARS on an emergency department in Hong Kong. *Emerg Med*. 2003; 15(5-6): 418-22. [Hong Kong]
10. Health Canada. URL:

- <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/sars-sras/ris-sir/index.html>
11. Preventive and Control SARS in Taiwan. Center Disease Control, Department of Health, Executive Yuan, Taiwan, Republic of Chinese.2004.
 12. Singapore Ministry of Health.
URL:<http://www.moh.gov.sg/sars/defence/default.html>
 13. Svoboda T, Henry B, Shulman L, Kennedy E, Rea E, etc. Public health measures to control the spread of the severe acute respiratory syndrome during the outbreak in Toronto. *N Engl J Med.* 2004; 350(23): 2352-61.
 14. Tham KY. An emergency department response to sever acute respiratory syndrome: a prototype response to bioterrorism. *Ann Emerg Med.* 2004; 43(1): 6-14.
 15. The Defining Moment: How Singapore beat SARS. [Report] Singapore, 2004.
 16. Tan TK. How severe acute respiratory syndrome (SARS) affected the department of anesthesia at Singapore General Hospital. *Anesthesia & Infectious Care.* 2004; 32(3): 394-400.
 17. Teleman MD, Boudville IC, Heng BH, Zhu D etc. Factors associated with transmission of server acute respiratory syndrome among health-care works in Singapore. *Epidemiology & Infection.*2004; 132(5): 797-803.
 18. World Health Organization: Server Acute Respiratory Syndrome. URL: <http://www.who.int/topics/sars/en/>
 19. Wynn F. Peter E. Nurses and quarantine: reflections upon the SARS crisis in Toronto. *Nursing Inquiry.* 2003;10(4):207-8.

附錄一：SARS 事件一覽表

日期	台灣之相關疫情	世界衛生組織與台灣相關至大事紀
三月十日	通報全國第一例勤姓台商病例，三月十四日審查為可能病例。	
三月十四日		WHO 通令全球對未知病原引起的急性呼吸症候群進行通報。WHO 修訂 SARS 病例定義。
三月十六日		美國 CDC 國際新興疫病防治專家底台提供醫療及防疫處置協助
三月二十五日	台大蔡姓醫師因照顧勤姓台商夫婦，成為第一個感染 SARS 的醫護人員。	
三月二十六日	台大通報中鼎員工聚集病例。	
四月二十二日	和平醫院爆發院內員工集體感染 SARS 疫情，停止急診、住院。	
四月二十四日	和平醫院封院。	
四月二十五日		美國 CDC 中心人員與中研究何美鄉副研究員進入和平醫院瞭解疫情
四月二十六日	台灣出現首例死亡病例。	
四月二十九日	仁濟醫院封院。	
五月二日	高雄長庚爆發院內感染。	
五月九日	台北市萬華華昌國宅傳出疑似集體感染，進行封樓措施。	
五月十一日	台大醫院急診部關閉。	
五月十六日	台北馬偕醫院疑爆發院內感染。高雄長庚醫院關閉門診及急診。	
五月十八日	台北市立關渡醫院醫護人員疑似集體感染 SARS，停診十日。	
六月六日	陽明醫院疑似院內感染，關閉門診及急診。	
六月十七日	國內無確認的可能病例	WHO 宣布，台灣自旅遊警示區除名。
七月五日		WHO 宣布台灣從 SARS 病例集中區除名。

附錄二：訪談大綱

- (1) 請問當時 SARS 爆發期間對貴醫院而言，收治 SARS 病患最大的困難為何？
- (2) 在上次 SARS 發生後貴醫院是否有制定一套感染症防治之相關緊急救護之 SOP？
- (3) 請問貴醫院知道衛生署制定的『感染症防治醫療網政策』，及其 OABC 四級的分級動員嗎？
- (4) 大部分的權責醫院都是由署立醫院及國軍醫院負責，您認為私立醫院也應該要納入為權責醫院？為什麼？
- (5) 大部分的權責醫院幾乎都屬於地區級以下比較小的醫院，您認為這樣的醫療人力、設備或技術能有效防堵類似 SARS 重大疫情的發生？為什麼？
- (6) 專責醫院中都沒有將醫學中心納入，您的意見如何？
- (7) 根據上次 SARS 的經驗，您認為國內的感染症醫師是否已經足夠？
- (8) 此醫療網主要以 CDC 做為啟動單位，您認為這樣的規劃在指揮系統上會不會發生不協調的情形？（例如病房調度及經費補助）
- (9) 您認為目前醫院或是政府的政策有哪些需要注意及改進？

附錄三：深度訪談結果

1. 收治 SARS 病患最大的困難為何？

公立醫院代表：可以分階段來談：剛開始 SARS 診斷屬於模糊期時，如何正確診斷出 SARS 個案是個困難點。後來隨者大陸疫情開始爆發、SARS 病患的增加。決定是否要讓它們住院也是一個困難。當時中央 CDC 在調查病房空位，也都回報沒有；到後其通報系統建立後，才有可能有一兩間空床。所以當時我們都是自行解決。到後來院內加開變成三個棟。有時後像老人家，很難必認出是否為 case，但又沒有人感掉以輕心。但家屬右要求要馬上診斷出來，因此真實診斷真的非常困難。之後我們在急診室設置發燒篩檢站-負壓貨櫃屋(組合屋)，來作篩檢，並分配病患。如果到時後真的沒有病房可以轉，就留在我們暫設的組合屋內。

私立醫院代表：在制度面的困難，病人後送到中山醫院，中間的聯繫很困難，給衛生局、感染管制 CDC、健保局、松山醫院，多頭馬車。那時誰都帶不動，醫院 CDC 也催不動，衛生局也催不動，因為根本就沒有床，新的疾病大家也不曉得怎麼處理 政府的第一個政策就是錯誤的。病人就在每個地方流竄，第一個就是在那個時候，對我們治療最大的困難是政府沒有一個統一的收容所，所有的醫學中心內，每一個地方收的，每一個地方就垮，台大急診垮了，高雄長庚也病房傳染，和平醫院、仁濟醫院都是一樣。因此，第一個最大的困難，並不是診斷的問題，而是在收治上的多頭馬車，也不曉得誰負責，要負責，你跟他要床，他也沒有床給你，所以他也不敢負責。所以最主要的我認為 SARS 診斷並不是一個困難點，最大的困難點是上面的統一領導，這個地方沒有，下面的人無所是從。

醫學中心代表：因為 SARS 病人的處理比較高難度，所以以我們醫院來講，應該責無旁貸來處理這些病人，但是假如量超過臺大醫院可以處理的時候，變成是沒有辦法負擔，因為這種疾病的防疫是比較高難度的，如果量超出它能夠負擔的話，可能在防疫上會出現漏洞，最大的問題是，沒有辦法把病人轉出去，就算你 care 到好一點，後續再請人家照顧，人家也不願意，那好像是無底洞，一直進來，那是不可能的，你是到一個上限了，照顧 SARS 病人是臺大醫院應該要承擔的，那時候最大的問題是臺大醫院覺得孤立無援，沒有人願意幫忙臺大醫院來承接這樣一個事情。所以在技術上沒有什麼問題，但是量超出他的負擔，他就是會崩潰嘛。

軍方醫院代表：整體而言包括第一為診斷不是這麼明確。第二為親友家屬及附近居民的溝通-「要事前就要溝通」居民抗議，抗議過程中也答應它們繼

續醫療行為，例如他一直固定在這裡看門診，要不方便。之後就在附近的里民活動中心，每天看門診，提供民眾拿藥。其實馬市長也有要求要開立簡易門診。第三為原本病人的轉出：協調其他醫院，將專責醫院封閉醫院時，將原本的住院病人轉出。當時呼吸器、洗腎、精神科病人真的很生氣，因為將近 71 床，轉院是一個很大的問題。第四為治療程序的混亂，其發燒病患的篩檢：6/1 我接管松山醫院後（原先是在新竹軍醫院院長），剛好 6/6 接管老人安養院 SARS 個案。5 月底以前的工作只是照護病患，不做插管，只要需要插管就轉院，因為怕人力不足。當時有三總、榮總、仁愛等醫師進駐。當時的處方非常混亂，沒有統一的處置方式。

2. 上次 SARS 發生後是否有建立相關緊急救護機制？

公立醫院代表：醫院很早就在做，遵循著疾病管制局公布的作業要點

私立醫院代表：醫院一直都有在做

醫學中心代表：當然，我們醫院都有在做

軍方醫院代表：我們有 follow 疾病管制局公布的方式

3. 是否知道衛生署制定的『感染症防治醫療網』政策？

公立醫院代表：知道，我們有參與開會，所以瞭解。

私立醫院代表：知道，衛生局及衛生署都有告知我們。

醫學中心代表：知道，我們有參與開會。

軍方醫院代表：知道，上此我們有參與衛生署召開的會議。

4. 私立醫院應該要納入權責醫院嗎？

公立醫院代表：我認為公立醫院比較好，因為我們的指揮調度系統是單一的，所以從衛生署、衛生局到各公立醫院，指揮調度是一條鞭的。公務機關都有公職在身，所以在指揮調度上比較容易接受。

私立醫院代表：理論上應當是公家醫院來做傳染醫院，這是公衛的問題，不應為私人醫院，因為私人醫院本來就沒有公家醫院所有的任務，第一就是說公家醫院拿了同樣的津貼，他的收費標準與私立醫院都是一樣，競爭上是一樣的，但是他薪水都是政府在補貼啊，所以站的起跑點是不一樣，公家醫院不用賺錢他也可以活，不收掛號費他也可以活，私人醫院還要收掛號費，沒

辦法，因為公家醫院政府有補貼，他的薪水都是政府支持，這沒道理。

醫學中心代表：SARS 是全國的事情，不是公家醫院的事情，不是一個國家醫院的事情，絕對不能一個財團醫院說跟我無關，不可能這樣，所有的醫院，所有的醫療體系，都應該接受指揮，你假如是私人醫院、醫學中心，你也有責任來幫忙照顧，平常不一定要，但是在這個情況下應該要。如果病人去那裡（私人醫院），他要轉出來，我也不要收啊，那有這回事，賺錢他要，責任都不要負。

衛生主管代表：如果是私人醫院或是財團法人醫院，會有經費撥款的問題，因為要採用政府採購法，行政上會非常不方便。不論是要撥款蓋感染病房，醫療人員的費用，公務體系就很方便。其實到各大醫院區還是篩檢，檢驗出來只要是疑似病歷就往專責醫院送。所以這些專責醫院必需要有一筆錢去購買儀器，平常就讓這些儀器空著。政府就是必需編列預算去保養這些儀器，以防萬一。如果是財團法人就很難執行，因為很難叫私立醫院空者病房來防範突發的事情。舉例：US 大流行趕染病時，也選擇 VA hospital，因他它們是公家醫院，因此在行政上比較方便。

5. 權責醫院是否有能力？

公立醫院代表：會有點擔心，例如，感染疾病並需有較好的感染症醫師去作判斷。但如果國家的感染症的醫師能夠很容易的調度。因為這些專責醫院是有地域性的，不會讓病人跑到很遠的地方去看。所以各區域如果成立一個感染科醫師調度網絡的話，很快的到各地區去服務，其實是可以接受。[Cdc 的說法，上面的會下來一區域級的會派醫師到縣市級醫院去支援。]這個一定要做到很好的配套流程。否則到時沒人來，就不太好。

私立醫院代表：最主要是官僚體系的問題，應當是可以，如果他真的執行好的話，按他的計畫來執行的話，應當是可以，區域醫院或是地區醫院能不能負擔這樣一個大的問題，但理論上講，應當是可以，問題就是說，執行率要不要徹底。所以說他的機制要落實，那些地區醫院或是區域醫院的人，你已經明定他是傳染醫院的話，就應給他適當的補償，就給他加級，像是在外島打戰也是有津貼，或是派去山地的老師也是一樣，所以平常就給他負擔一個責任

醫學中心代表：他們有沒有能力處理，我很懷疑，事實上像 SARS 這樣的病人，你要讓屬於某一家醫院來處理，第一線處理的時候，我想都會有一點擔心啦，這個也很難這樣講，像 SARS 這麼嚴重，也許下次不會像 SARS 這麼厲害，那假如是像 SARS 之前這樣的情況下，讓他們來當第一線的照顧，會

真的有問題，病人也很難說就轉過去，當然北區由張上淳教授來幫忙指揮這是可以的，合理的病房還有合格的醫師，但是他們所能承接的量不是那麼多。

6. 醫學中心該納入嗎？

公立醫院代表：如果在人員配置調度是沒有問題的話，我相信不一定需要醫學中心也可以解決問題。因為中間這個 level(區域級醫院)，看起來都有急救家護能力。其實感染症的醫師比較著重於急救家護能力，只要有足夠能力，就可以解決疾病。因此不一定需要醫學中心的感染症醫師來處理。因為這些並不會動用到器官移植等叫高難度的技術、如換心。所以在區域內應該可以解決。

私立醫院代表：

所以理論上傳染醫院的治療方式，不是在大醫院或一般醫院能夠做，傳染醫院就是要傳染醫院，一定是要這樣，不要把他重蹈覆轍，不要說每個醫院都可以收。所以我認為區域醫院、地區醫院都是沒有問題的，問題一個是你執行率有沒有透徹，第二個你的機制做的好不好。

醫學中心代表：本來醫學中心就要幫忙國家來做這個防疫啦，醫學中心應該要幫忙照顧，支持這幾家責任的醫院，至少幾家醫院後面應該要有一個醫學中心負責。

軍方醫院代表：上次開會瞭解，政府希望教學中心做 backup，因為如果醫學中心收一個病人進來，它們整個醫院營收影響太大。所以醫學中心也常問一個問題，如果接受一個 SARS 個案，政府你會補我們的損失補多少錢。所以它們的意見是，假設你松山醫院關了後，影響也沒這麼大。因此醫學中心認為，補償費用的問題談不籠，所以沒有選擇做為專責醫院。但是醫學中心如果完全不介入也會有很多問題，醫學上及技術上是否可以站的住腳。另外一方面，它們也認為感染是很好處理，只要圍起來，不要擴散就行，不需要到醫學中心處理。

衛生主管代表：SARS 的防治現在根本不需要用高科技。現在要確定的是院內感染的控制要做的好；隔離設施要好。甚至藥品治療都不是大問題，因為現在也沒有治療 SARS 的藥。以這些條件來看，根本不需要到醫學中心。再者如要選擇大醫院為專責醫院，因為大醫院都好幾百床以上，如果放一個 SARS 的個案，反而對其它的病人是很大的威脅。所以如果以大醫院為專責醫院，假設沒有控制好，後果影響要比小醫院大許多。因此專責醫院不需要

到醫學中心。假設要封院對它們來說，成本相當的大。反觀署立醫院等，本來生意就不是很好，因此封院對它們來說並不會產生太大的影響。

7. 感染症醫師人力是否足夠？

公立醫院代表：理論上總數 應該夠，但有多少人願意冒險衝刺又是另一個問題。

私立醫院代表：其實感染科醫生所扮演的角色，臨床上在台灣的醫療體系，感染科有他的缺點也有他的優點，臨床上病人 X 光的 reading 也有他的缺陷，不是說感染科夠不夠，理論上也夠了，不夠的話就是調別的醫院來支援嘛，比如說 sars 期間，我們醫師只有胸腔科跟感染科的醫師在看，看的很累，要調派他們，別的醫師說抗議啊，家屬都在抗議，他說我們非內科系統也要看 sars 嗎，當然要啊，只有你是醫生，當然要。所有胸腔科跟感染科醫師都戰死了，你要不要上場，當然要。你既然已經當醫師，心理上就要有準備啊。

醫學中心代表：你假如現在養了很多感染科的醫師，事實上並沒有那麼多的病人，SARS 很高的時候當然不夠，平常時候不需要那麼多感染科醫師，不應該用尖峰來評估那個量。緊急發生時候的全國動員，不是只有感染科的責任，SARS 也不是只有感染科啊，第一線照顧都胸腔科醫師啊，不是只有感染科的責任，不能用這樣來估算，是全國醫師都要有責任，都要有這樣的技術，感染科醫師只是負責幫忙指揮。

軍方醫院代表：其實治療 SARS 跟感染科醫師夠不夠並沒有太大的關係，因為到後來治療的原則是一定的，任何科醫師都可以去 take care. 只是看有沒有醫師願意去做。

8. CDC 系統指揮調度公立醫院代表：如果國家感染症的醫師及病房能夠很容易的調度，應該是沒問題。

私立醫院代表：最主要是官僚體系的問題，應當是可以，如果他真的執行好的話，按他的計畫來執行的話，應當是可以，區域醫院或是地區醫院能不能負擔這樣一個大的問題，但理論上講，應當是可以，問題就是說，執行率要不要徹底。

醫學中心代表：如果政府能成立一個緊急動員的體系，所有醫療系統要納入管理，你在健保給付的時候，公家醫院跟財團醫院付的是一樣的，然後有事情的時候，財團醫院都躲到一邊去，都是公家醫院在承擔，平常也沒有多照顧這些公家醫院。

軍方醫院代表：這個其實就是衝突點，它們認為指揮管來掌控所有的事情，醫院院長來支持。但理論上如果院長願意主導一切的話，指揮管可能也沒有辦法指揮的動醫院內的醫師。如果要不起衝突，解決的辦法也很容易，也就是指揮官就當各醫院的總指揮，調度病床、訂出治療程序表原則及負責病人轉送的協調事宜。至於醫院要如何治療病患就由各醫院去執行，這樣就沒有問題。如果在每一家則專醫院都派一個指揮官去，這樣系統就會亂，而且醫院的人員也不見得會聽，因為醫師的自主性是很高的，我們軍隊是因為還有一個階級存在，但如果在非軍方醫院裡，院長罵你兩句，可能就有人辭職不幹了。

衛生主管代表：從 SARS 後，在行政院成立『防疫動員跨部會會報』（平常有防災中心-內政部），由衛生署署長控制為指揮中心，固定每三個月舉行會報。因為之前 SARS 發生的時，衛生署沒有辦法指揮其它的部會，一次兩次之後，大家就有防疫視同作戰的共識，必需聽衛生署的。因此從 5 月之後，就很密集開會，署長講話其它的部會首長會聽。例如，防災指揮中心，內政部長有權力指揮各部會，如國防部。因為防災跟防疫一樣，如果沒有敗法啟動，後果會不看設想，一起大家體認到這點後，現在這樣的機制都能運作。因此對於中央及地方上的指揮，不會指揮上協調的問題。不用行政院長、副院長出面，由衛生署出面就可以。

9.政策或其他需加強處

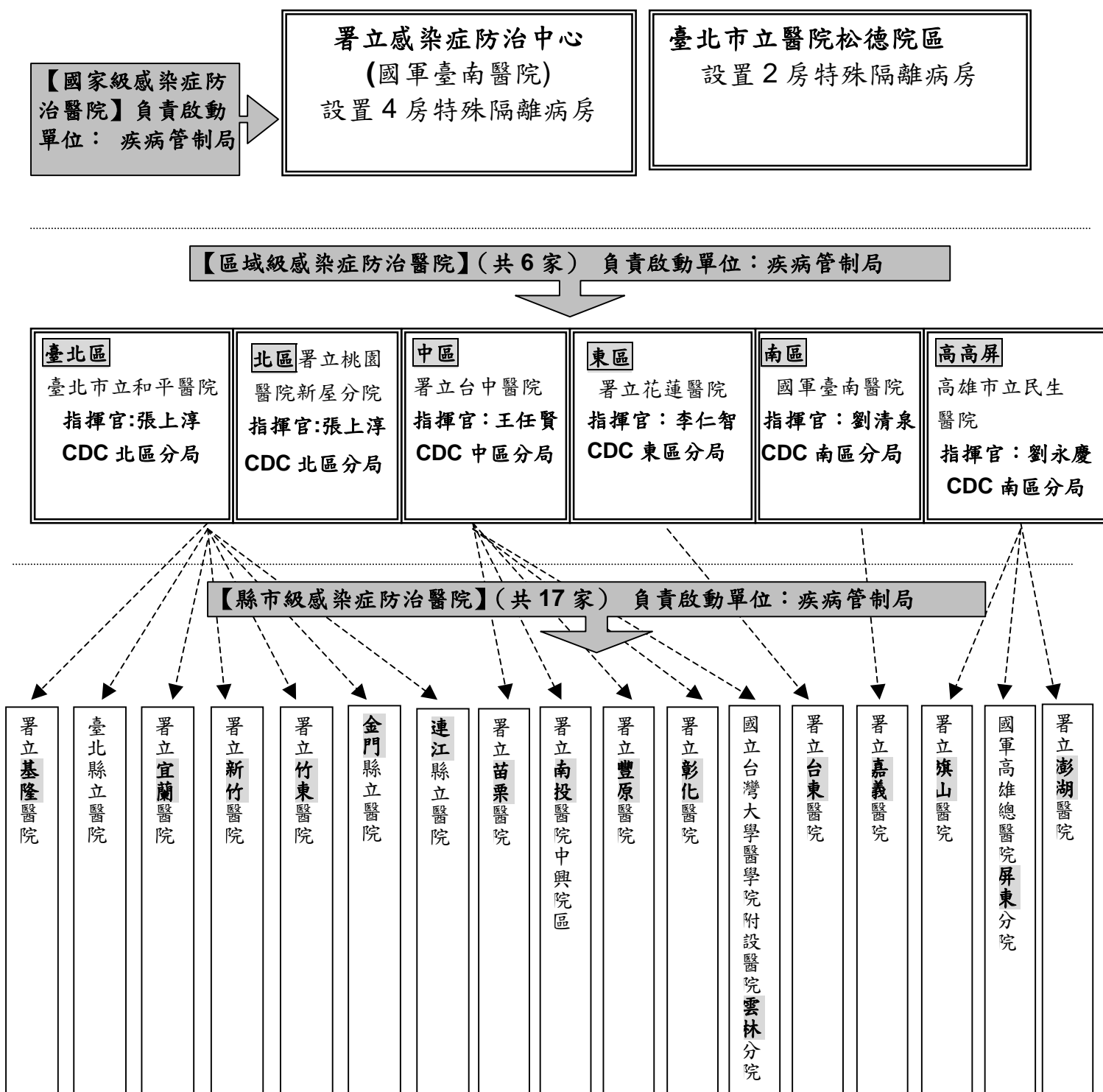
公立醫院代表：以臨床方面來看：1)台北是十家市立醫院就有一家專責感染症醫院，所以放大的話，平時應該要加強三的層級的演練。啟動一個機制，試試看會有什麼缺失。2)對於各層級醫院各科別的醫師護士，應該給於公衛感染的教育訓練。現在好像有 30 個小時的 train program。可是有沒有實質的去看去落實這些訓練。醫療機構裡有很多外包廠商，應該要落實這些工作人員感染控制的訓練。在 3)公立單位的醫院，衛生局會要求。但像是對私立醫院，可能需要有一些規範出來。明文上有要求規定，但是並沒有時常監督，有時後只能靠三年一次的醫院評鑑去瞭解實際情形。公立醫院都會有督考或是衛生局來監視。因為不能防堵感染的病患只會到公立醫院來，不論公、私醫院都需要有警覺度。在財務方面來看，以德國為例，它們實行總額支付制度，萬一有天災地變，它們都有一個特殊的基金設立。我們國家是否應該要有一個準備金（專款），必要時可以馬上啟動。否則像材料等，緊急要大量購買時，財務上會有困難。所以國家應該要常設一個基金，以後類似感染疾病的使用。這樣就不會讓醫院擔心會損失業績，病人跑光了，財物變成問題，而不通報感染個案，造成更大群聚感染發生。

私立醫院代表：我認為要加強政府的統一領導，我們從這次的事件看到的統一領導很糟，第一個就是 N95 口罩，大家都買不到，在桃園機場貨櫃裡面，幾十個幾百萬個，因為商人要圖利嘛，那些商人圖利都跟一些民代有關。另外成立單一的傳染疾病收容所。

軍方醫院代表：首先以醫院的角色來說，健保經費的補助很重要，你要用幾個醫院，你這幾個醫院勢必要有所補助，要不然醫院就會垮掉。所以當初都沒有談，大家做下去還是人心惶惶。命又不保，錢又不一定有。雖然事後回想給付還不錯，但是還是要把遊戲規則先說好。讓這個醫院繼續存在。第二指揮系統方面：要統一的指揮系統，各家醫院則由各自院長負責執行。總指揮關只負責協調、訂定統一的治療方式（什麼樣條件下才能轉院等）及統一的對口單位。最後就是 CDC 的權責：現在是很明確在區域級定了一個指揮官，但是在疾病管制局部分，他定的是一個分局，並沒有很明確要聯絡誰，協調的人不明確。在於 CDC 行政官員的部分沒有加重。因為向各指揮官都是任務編組，並不是行政官員，因此行政官員的責任很小。其他像是封院部分，需要請其他單位協調幫助，如軍方的憲兵或是警方單位。另外跟封院附近民眾的溝通，也應該尤其他行政單位(如：警方)去執行，不要請醫院的人再去 take care.

醫學中心代表：我是覺得說像 SARS 這種疾病來，那衛生署、CDC 發布一個緊急動員令以後，所有的醫療體系都要納入他的統籌調度範圍裡面，你只要是醫學中心，你都有責任來照顧幾家防疫體系比較中、下層，第一線的醫院，有問題，你就要負責支持。這種防疫的事情，絕對不是只有少數人的責任，是全部人的責任，病人也不曉得會跑到哪裡去，當然有的財團醫院也很幫忙啦，義務做嘛，但有的就是袖手旁觀，那樣其實是不好，應該大家一起來把問題解決，不可能你不會碰到嘛，通常是覺得最不會碰到的人最會碰到。

附錄四：第二期「感染症防治醫療網」之感染症防治醫院啟動流程圖



備註：各感染症防治醫院之隔離病房皆以「一房一床」為基準，給付原則說明如下：

1. 設置於國軍臺南醫院及臺北市立和平醫院設置之「特定感染症隔離病房」(共計 6 房)，將由國家全額補助。
2. 病房補助(維護)費：依各感染症防治醫院簽約之隔離病房數，予以定額之「病房補助(維護)費」。
3. 健保給付差額補助(補助國家級及區域級防治醫院)：以去年同期全民健保核付醫療費用(不含藥品及特殊材料)為基準費用，今年同期醫療費用(不含藥品及特殊材料)小於基準費用者，差額之 70% 由全民健保支付，差額之 30% 由本署疾病管制局支付。
4. 各級啟動醫院應先訂定醫院病房清空計畫，以因應疫情啟動之需。

附錄五：我國 SARS 防治之分級動員

級別	O 級	A 級	B 級	C 級
啟動時機	現況	國外報告第一例 確定病例	國內發生第一 例確定病例	國內發生第一 例次級傳染確 定病例
疫情狀況	國內外均無 SARS 疫情	有其他國家爆發 SARS 流行但國 內尚無疫情	國內發生初級 傳染案例時	國內發生次級 傳染案例時
指揮層級	疾管局指揮	衛生署指揮	行政院指揮	行政院指揮

- 各級之啟動由嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會工作小組決定與宣布
- 初級傳染：係指國內有病例發生，但未造成傳播時。
- 次級傳染：係指初級感染之病例繼續傳染予其他人時。

附錄六： 23 家感染症防治醫院分佈圖

