

# 行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

## 從 SARS 的因應檢討台灣的行政治理模式(子計畫七)

計畫類別：整合型計畫

計畫編號：NSC92-2420-H-002-018-KC

執行期間：92年12月01日至94年02月28日

執行單位：國立臺灣大學政治學系暨研究所

計畫主持人：蘇彩足

共同主持人：黃錦堂，彭錦鵬，孫煒

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 2 月 4 日

# 行政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告

## 從 SARS 的因應檢討台灣的行政治理模式

計畫類別： 個別型計畫       整合型計畫

計畫編號：NSC      —      —      —      —      —

執行期間：92 年 11 月 1 日至 94 年 2 月 28 日

計畫主持人：蘇彩足（台灣大學政治學系教授）

共同主持人：黃錦堂（台灣大學政治學系教授）

彭錦鵬（台灣大學政治學系副教授）

孫 煒（中央大學通識中心副教授）

計畫參與人員：張幼人、高正佳、楊雅婷

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一份

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：台灣大學政治學系

中華民國 94 年 1 月 10 日

# 摘要

行政治理模式有三大類型：科層體制、市場競爭與社群組織模式，三者之間並不必然產生衝突，得視政策領域及國家整體發展情況，而有不同的比例配置。本文觀察 2003 年政府因應 SARS 疫情之治理模式，發現我國層級節制的科層體系雖呈現體系性的缺失，但因應 SARS 危機之組織與法令大致完備；而衛生醫療體系則是過度傾向於市場競爭之模式，暴露出「輕預防、重治療」以及種種輕忽院內感染管控的疏失與防疫監測問題；至於社區防疫網和非營利組織之運作，由於公民意識和社會信任仍有不足，故社群組織的治理勢力仍待加強。

為因應未來類似 SARS 疫情之突發性危機，政府除改善現有科層體制與市場主義之缺失外，應以社群主義之治理模式為目標，具體建議包括：(一)危機發生時，立即建立統一明確的行政指揮體系；(二)調整公衛醫療體系過度傾向市場治理模式之趨勢；(三)疫情監控系統之串聯與整合；(四)協助大眾傳播媒體之改革轉型；(五)積極整合民間防疫力量；與(六)落實後 SARS 時期之心靈撫慰重建。

關鍵詞：SARS、科層治理、市場治理、社群治理、社會信任

# ABSTRACT

The bureaucratic governance, market governance and community governance are the three primary administrative governance models which may coexist in a society, and, depending on the specific policy areas and the situations of social and economic developments in the nation, different weights can be assigned to these three governance models. In review of the governance model of Taiwan government in coping with the SARS outbreak in 2003, this research finds that the bureaucratic model displayed some systemic deficiencies, nevertheless, the overall organizational structure and legislations were adequate. On the other hand, the public health system, leaning towards market mechanism, revealed shortcomings such as insufficient attention paid to disease prevention and infection controls. Also the effectiveness of community surveillance system and the support from non-profit organizations were limited.

To improve the future preparedness, suggestions are made to remedy systemic deficiencies of bureaucratic and market governance structures. Additionally, this research concludes that the power of communitarianism and public trust need to be enhanced. Specific policy recommendations include: (1) Move promptly to establish a clear chain of command when emergency occurs. (2) Correct the bias of leaning too much towards market mechanism in public health system. (3) Integrate and better coordinate the existing different surveillance systems. (4) More efforts to facilitate mass media reform. (5) Strengthening the role of community and non-profit organizations in infection control and crisis management. (6) Assess the psycho-social needs of recovered SARS patients/families of the deceased and offer follow-up support as appropriate.

Key words: SARS outbreak, bureaucratic governance, market governance  
community governance, public trust

# 目錄

<b>第一章 緒論</b> .....	<b>1</b>
第一節 研究動機與研究目的 .....	1
第二節 研究途徑與研究問題 .....	2
第三節 研究範圍、研究方法與章節安排 .....	6
第四節 我國 SARS 危機之因應措施 .....	9
<b>第二章 我國政府防疫體制之內部結構</b> .....	<b>26</b>
第一節 行政組織面 .....	26
第二節 行政行為面 .....	33
第三節 治理成效之評估 .....	41
第四節 治理模式之轉型 .....	44
<b>第三章 我國政府防疫體制之外部互動</b> .....	<b>47</b>
第一節 社區防疫體系與政府防疫體制 .....	48
第二節 民間非營利組織與政府防疫體制 .....	51
第三節 國外防疫研究組織與政府防疫體制 .....	55
第四節 大眾傳播媒體與政府防疫體制 .....	60
第五節 小結 .....	62
<b>第四章 各國 SARS 治理模式之比較</b> .....	<b>64</b>
第一節 香港 .....	64
第二節 新加坡 .....	79
第三節 加拿大 .....	86
第四節 分析比較 .....	100
<b>第五章 結論</b> .....	<b>107</b>
第一節 研究發現 .....	107
第二節 政策建議 .....	117
<b>附錄一：台灣 SARS 大事紀</b> .....	<b>124</b>
<b>附錄二：學者專家座談紀錄</b> .....	<b>136</b>
<b>附錄三：邱淑媿女士訪談記錄</b> .....	<b>155</b>
<b>附錄四：葉金川先生訪談記錄</b> .....	<b>169</b>
<b>附錄五：慈濟基金會訪談記錄</b> .....	<b>175</b>
<b>附錄六：張璦文女士訪談記錄</b> .....	<b>180</b>

附錄七：中華基督教救難協會訪談記錄 .....	188
參考文獻.....	192

# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機與研究目的

2002年11月6日中國廣東佛山的醫院發現一起使用盤尼西林無法治療的肺炎，接著香港等地傳出了疫情，2003年3月15日世界衛生組織（WHO）將此病正名為「嚴重急性呼吸道症候群」（severe acute respiratory syndrome；簡稱SARS）。在台灣方面，3月8日第一位SARS可能病例勤姓台商到台大醫院急診室就診，至7月5日WHO宣布台灣自SARS病例集中區除名，在這為時約一百二十天的SARS危機當中（詳見附錄一），台灣總共有3029個SARS通報病例，其中可能病例674人，疑似病例1404人，84人因此死亡。

此次SARS危機對於台灣的衝擊絕不僅於人民的健康生命而已，舉凡政治、經濟、社會、兩岸、文化、認知等層面皆受影響。然而，在SARS危機之中，台灣輿論界對於公部門的因應卻多有負面的看法。中央政府如行政院衛生署被指責為臨事畏蕩、舉止失措，錯估疫情類型在前、整合資源不利在後；地方政府如台北市衛生局被批評為冒進操切、指揮無方，先是無視行政層級抨擊中央、後是調度失當致使疫情蔓延。反觀台灣社會的非營利組織在此役之中展現出豐沛的動員能力，但政府卻無力運用消化龐大的社會資源，甚至傳出浪費舞弊情事。更宏觀地說，台灣整體付出大量的社會成本投入SARS的抗疫行動，不惟未能獲得國際社會的認同，成為加入WHO的催化劑，反而突顯了本身的困境與盲點，成為全球最後一個宣佈除疫的地區。此次SARS危機雖是我國近代防疫歷史中的突發事件，並已獲得解決，但其影響範圍之廣大，衝擊之深遠，卻遠超過單一傳染疫病之個案，而暴露出我國相關政策的規劃與執行、行政機關的協調與整合、乃至於政府部門與社會部門的關係及互動，皆存有盲點與缺失，值得國內公共行政學者及有識之士檢討反思，謀求有效因應之道。

WHO提出警告，SARS疫情雖然暫告一段落，但日後仍可能捲土重來。其實，不只是SARS，禽流感或是某些前所未見的病毒所可能帶來的威脅，隨時都存在，甚至隨時可能爆發為疫情。因此，值得學術研究者由科際整合的角度，深入剖析SARS危機的各個層面，以及探索這個事件在台灣整體政經結構中的意義，並提出具體的政策建議。而現有公共行政相關理論正可作為深入分析此次SARS危機的參考架構，故實有更進一步深入探究之學術意義與實用價值，以期在未來因應各種疫情危機的過程中，展現最佳的行政能力與政策效能。

本研究計畫由公共行政的角度，應用行政治理模式（governance model）的相關理論與概念，檢討台灣此次SARS危機中政府部門因應方式之缺失，並指出

具體之政策建議以供決策者參考。

## 第二節 研究途徑與研究問題

「誰治理？」是社會科學研究中的古老爭議，因為它涉及人類社會中資源擁有的不平等，以及由於資源使用的差異所導致的權力不均。爭議的重點在於到底結構與行動主體 (agency) 之間的關係為何？而在所有的社會政治經濟組織和結構裏，政府 (或國家機器) 是最具影響力的，也是社會所有力量集中的決定點 (王振寰，1996：13)。惟自一九九〇年代開始，「治理」(governance) 一詞已普遍地用來取代政府的概念，並似乎已成為一股學術上的風潮。治理的概念雖然在學術上或實務上的用法及意涵呈現多元含糊的情形 (史美強，2000：61)，但也存在著一致的見解：即治理一詞代表著政府在意義與內容上的轉變趨向，簡言之，治理是「組織網絡間之自我組織 (self-organizing) 的過程」(Rhodes，2000：346)，意指政府與社會交互影響合作的一種安排或型式，政府與其他社會組織或團體經由資源的交換與相互依賴，一起承擔工作與責任，達成共同治理 (co-governing) 的效果 (蔡允棟，2001：115)。不同國家由於歷史時空的因素，將會選擇各種不同的行政治理模式 (governance model) 作為制定特定公共政策時，規範政府與市場關係的基本架構。

就政治學的觀點而言，行政治理模式是「影響人民和政府人員行為與政治行動，並且型塑市民社會認同與制度的架構」(March and Olsen，1995：6)。這可由兩種角度予以分析，由交換的角度來看，行政治理模式是自利的政治行動者進行聯盟建立 (coalition building) 與自願交換 (voluntary exchange) 的集體行動；由制度的角度來看，行政治理模式涉及個人如何形成對於適當行為 (appropriate behavior) 的認同與概念，而具體地落實在憲法與政治制度的詮釋 (March and Olsen，1995：7-47)。詳言之，行政治理模式是指政府所建構的一套龐大的制度配置，運用其行政控制及效力來支配社會與經濟事務。作為一個必要的制度配置，行政治理模式的主要目的是解決複雜的公共問題，以及滿足人民的多元需求 (Peters，2000)。

當前公共行政研究經常應用「政府與社會的互動」觀點來解釋政府制定公共政策以解決公共問題的理由。例如 Lester M. Salamon (2002) 認為相較於傳統的公共行政，現今的公共行政的治理研究途徑呈現以下新的轉變趨勢：一、分析單位由機關與計畫轉變為政策工具 (from agency and program to tool)；二、運作關係由層級節制轉變為政策網路 (from hierarchy to network)；三、公私互動由公私對立轉變為公私合夥 (from public vs. private to public + private)；四、行政手段



由命令與控制轉變為協商與說服 (from command and control to negotiation and persuasion); 五、管理者的能力培養由管理技術轉變為授能技術 (from management skills to enablement skills)。根據此一觀點，治理是政府行動者 (governmental actor) 影響特定政策領域中其他社會行動者 (societal actor) 的方式。亦即在某一政策領域而言，行政治理模式就是政府所設定的一組制度性的規則架構，在此規則架構中，政府行動者將企圖運用各種政策工具操控社會行動者的決策行為；相對地，社會行動者也會透過此種制度性的規則性架構來影響政府行動者的決策行為 (孫煒，2002：96)。

行政治理模式也有其政策研究的意義，也就是說，一國行政治理模式的形成與運作必須滿足以下三個條件：一、它必須是國家中已經存在並將持續存在的制度；二、它可以適當地反映出政策制定與政策結果的特色，亦即不同國家建立各種類型的行政治理模式可以影響政策制定過程中政策行動者之間互動類型，並能決定其不同政策工具的利用，而影響政策產出的實際數目以及標的人口或現象在行為、態度等方面的改變；三、一國早期歷史中行政治理模式的初始類型在邏輯上可以解釋隨後政策制定與政策結果的特色，亦即行政治理模式的變遷是一種路徑依賴 (path-dependent) 的過程，一個行政治理模式的類型可以約制或型塑未來制度變遷的可能路徑，進而影響政策制定中各政策行動者的互動，以及實際的政策產出與政策影響 (King and Rothstein, 1994；林佳龍，1999：89)。此外，比較政策研究的重心就是比較各個國家在特定政策領域之中，影響政策結果的行政治理模式本身的運作，以及抉擇行政治理模式的各項因素。其目的是根據比較研究的結論對於國家特定政策領域的行政治理模式的運作提供建言以及對於其政策結果提供解釋 (孫煒，2003：21)。

依據上述由政治學、公共行政、政策研究檢視行政治理模式，本文進一步區分出三種行政治理模式的類型——市場、層級節制、社群組織。<sup>1</sup>根據新制度論的基本假定，這三種行政治理模式類型皆會影響人類的行為模式與互動關係，亦將會影響公共政策的制定。市場是以財產權的契約關係為規範的基礎，價格機能是協調契約關係的工具，當行動者衝突發生時要靠爭論議價，甚至訴諸法律來確立責任歸屬以解決爭端，市場也賦予行動者高度的彈性來決定是否彼此形成同盟關係。但由於市場的環境富於競爭，而且行動者之間存在高度的懷疑感，使行動者之間約束程度很低，基本上行動者是獨立活動的，端視個別的利害關係來決定是否合作。

相對地，層級節制則與市場的規範基礎不同，在層級節制中權威性的整合與

---

<sup>1</sup> 社群組織亦有研究者將之視為政策網絡 (policy networks)，但其是否成為一個新的行政治理模式迄今並未形成共識，有些研究者認為社群組織只是包含市場和層級節制特徵的混合型式而已，另有研究者認為社群組織確與市場與層級節制存在性質上的根本差異。此外，第三種看法是將社群組織是層級節制的一種補充型式 (supplement of hierarchy)。參見 Borzel, 1998：268。

監督結構使得官僚規定得以建立，行政命令也可促進組織之間的合作，而且組織內部的僱傭關係也可約束行動者之間的互動。然而，由於層級節制的正規化、官僚化與例行化的特質也降低了彈性與創新的程度（Lowndes and Skelcher, 1998：318-319）。然而，無論是以自由競爭為特色的市場，抑或是以中央計劃為主導的層級節制，有時難免會與現實的政經權力結構扞格不入，而產生各種失靈現象，導致諸多效率不彰的問題。因此深入探究第三種行政治理模式類型—社群組織—的政策意涵更顯重要。

社群組織的基本假定是在政策制定與執行的過程中，每個組織（可能是國家機關或利益團體）都或多或少有一些資源可以與其他組織交換，以便能達成各自的目標並各自獲得利益（March and Rhodes, 1992：10-11；胡國堅，1996：293）。由於現代社會的功能高度分化以及社會次級團體的自主性增強，所呈現的複雜性、動態性與多元性，國家機關與社會利益團體已形成綿密互動、相互影響的緊密關係（Kooiman, 1993：35-48）。社會利益團體固然無法取代國家機關從事社會資源權威性分配的工作，國家機關卻也難以單獨遂行其功能。在社群組織中權力的形成有賴於國家機關與利益團體間的相互依賴，而非零和關係，透過社群組織的建立，能促使參與者彼此交換權力與利益，而非剝削對方的權力與利益，國家機關與利益團體權力的互動關係由各自擁有的資源與實力的情況而定（Smith, 1993：7）。

作為行政治理模式類型之一的社群組織似乎具有超越兩種傳統行政治理模式類型—市場與層級節制—的特徵與優點，此因社群組織並無市場與層級節制所必然產生的「負功能結果」（dysfunctional consequences），如市場失靈與政府失靈的現象，這是因為社群組織的主要運作方式既非是自主行動者為追求利潤最大化的爭論議價，也不是由上級選定目標並控制預期結果的行政命令，而是行動者在政策制定過程中水平式的自我協調（horizontal self-coordination）。在現代社會中，中央集權規劃的層級節制固然窒礙難行，完全解除管制放任市場運作的作法也將問題叢生，而社群組織的水平式自我協調的行政治理模式可以彌補市場與層級節制之不足在於：一、社群組織中水平協調的商議主要是基於交互持續的溝通與信任關係的培養，並以達成有利各方行動者的結果為其目標；二、社群組織也可以提供適當的資訊與溝通，有利於形成行動者之間的非正式關係，此種非正式關不但可以減少複雜決策的交易成本，也可疏解行動者之間因權力與資訊不對稱所造成的負面影響（Borzal, 1998：262）。當社會問題愈來愈複雜時，上述這種水平式自我協調活動就愈來愈必要，因此根據社群組織分析，現代社會政治系統的主要任務是透過隔離但相互依賴的組織網絡確保此種協調的政策行動，在這組織網絡中不同參與者的集體行動對於問題解決而言皆是必要的。公共政策便是國家機關與利益團體體認為了達成各自目標而彼此調適的結果（Hindmoor, 1998：29）。

進一步而言，資源的交換總是在某種型態的行政治理模式發生。在市場的行

政治治理模式中，交換是利用契約（contract）而產生；在層級節制的行政治理模式中，交換是利用權威（authority）而產生。假設兩造（例如國家機關與利益團體）的資源交換之間不存著交易成本，則利用契約的市場行政治理模式可能是最佳選擇，但在真實世界中，由於情境過於複雜、權力與資訊不對稱等因素，交易成本普遍存在於國家機關與利益團體的互動關係中，而產生剝削對方的機會，這將威脅著交換關係的存續，而最後勢將可能損及雙方的利益。因此，國家機關與利益團體彼此應體認培養信任關係的重要性，基於理性計算成本與利益所產生的信任關係一旦形成，則社群組織的行政治理模式於焉建立。<sup>2</sup>在此社群組織中所制定與執行的公共政策也將使國家機關與利益團體同蒙其利，也因如此，公共政策獲致正當性的基礎（Hindmoor，1998）。

綜合而言，社群組織類型的規範基礎在於行動者能夠體認彼此之間具有互補性的利益，基於信任、忠誠與互惠的相依賴關係能夠促使和維持行動者之間的合作行動，而且網絡內的成員的自願性關係將可行之久遠，至於網絡之內成員衝突的解決，亦取決於行動者之間的信譽考量。

Lowndes and Skelcher（1996）以七項指標區分市場、層級節制與社群組織三種行政治理模式類型的特徵，見表 1-1。

表格 1-1：行政治理模式的類型

區分標準	市場	層級節制	社群組織
規範的基礎	契約—財產權	僱傭關係	互補的效力
溝通的工具	價格	例行規定	關係
解決衝突的方法	爭論議價—訴諸法庭	行政命令—管理監督	互惠的規範—信譽的考量
彈性程度	高度	低度	中度
團體之間約束程度	低度	中度	高度
基調或氛圍	精準計算與(或)懷疑	正式的、官僚體制的	開放性的、相互有利的
行動者的偏好或選擇	獨立的	依從的	相互依賴的

資料來源：Lowndes and Skelcher（1998:319）。

在詳盡分析市場、層級節制與社群組織三種行政治理模式的意涵與特徵後，

<sup>2</sup> 交換雙方基於理性計算所產生的信任關係，必須基於以下四個條件：一、參與交換者的數量有限；二、參與交換者與外界的接觸有限；三、參與交換者之間存續著經常性互動，故可培養未來互動的預期；四、參與交換者是否將採合作行動端視對方行動而定。參見：Hindmoor，1998：36。

本研究的核心問題是：在台灣特殊的系絡中，處理 SARS 危機，那一種行政治理模式最為適合？或是在不同的處理階段，不同的治理情境之下，應該如何以不同的比例結合這三種行政治理模式？

## 第三節 研究範圍、研究方法與章節安排

### 壹、研究範圍

本研究計畫的內容包括：「行政治理模式的運作探討」、「行政治理模式與社會的互動分析」、「行政治理模式的政策影響」、「行政治理模式的比較研究」等四項主題。在「行政治理模式的運作探討」主題上，應歸納此次 SARS 危機中行政治理模式本身的特徵，並檢討此一行政治理模式的運作；在「行政治理模式與社會的互動分析」主題上，應歸納政府部門與民間社會中非營利組織共同抗 SARS 行動的相互影響，並檢討此一互動模式；在「行政治理模式的政策影響」主題上，應專注於台灣抗 SARS 的行政治理模式對於政策產出的影響；在「行政治理模式的比較研究」主題上，應檢驗跨國之間抗 SARS 行政治理模式與其政策影響的同質性與歧異性。

根據以上的研究內容，本研究計畫的研究範圍包括下列五項議題：

#### 一、中央政府行政治理模式的運作探討

首先、由組織層面探討中央政府抗 SARS 之核心行政治理模式：「行政院嚴重急性呼吸道症候群擘劃及防制委員會」之編制，以及總統府、行政院、執政黨與相關部會如衛生署、內政部、陸委會、環保署、國防部、教育部等角色與功能。其次、由政策層面探討中央政府抗 SARS 之主要立法：「嚴重急性呼吸道症候群擘劃及防制暫行條例」的制定過程與立法要旨。最後、檢討中央政府抗 SARS 之行政治理模式在組織層面的適法性；檢討中央政府抗 SARS 之行政治理模式在政策層面的有效性。

#### 二、地方政府行政治理模式的運作探討

首先、由組織層面探討台北市政府抗 SARS 之核心行政治理模式：台北市衛生局與中央政府相關部會和各市立醫院的關係網絡與權力互動。其次、由政策層面探討台北市政府抗 SARS 之行政治理模式的政策工具，如接管、封院、強制徵用醫院、封街、對於街友（或嫌疑團體）的強制作為之決策過程與執行過程。最後，檢討台北市政府抗 SARS 之行政治理模式的適當性；檢討台北市政府抗 SARS

之政策工具的可行性。

### 三、行政治理模式與社會的互動分析

自公私協力關係 (partnership) 的觀點，分析民間非營利組織例如醫師公會、護理人員公會、鐵公路等駕駛人員的公會(工會)等，在此次抗 SARS 過程中，與中央政府與地方政府之互動模式、參與方式、組織內部與外部的影響因素，以及對於行政治理模式與政策結果的影響。

### 四、行政治理模式的政策影響

經以上議題之探討與分析之後，奠定了建構台灣抗 SARS 行政治理模式的基礎工作，即整理歸納在此次 SARS 危機中，中央政府與地方政府的行政治理模式之運作，以及行政治理模式與社會之互動，對於政策制定與政策執行之影響因素，描繪出台灣抗 SARS 行政治理模式之結構與特徵，著重此一行政治理模型係鑲嵌於台灣政經社文與健保體制的結構之中，亦即強調該模式背後所反映的本土性脈絡，以供未來之後續相關研究。

### 五、行政治理模式的比較研究

將台灣抗 SARS 行政治理模式與此次 SARS 波及國家與地區，如中國、香港、新加坡、加拿大的抗 SARS 行政治理模式進行比較與對照，由其中理解各國抗 SARS 行政治理模式的特徵與優缺點。

## 貳、研究方法

本研究計畫將採文獻調查法、召開研究座談會及深度訪談法分別進行，分述如下：

### 一、文獻調查法

文獻探討將儘可能蒐集所有關於我國現有中央政府及地方政府公衛體系的相關理論與實証文獻；以及儘量蒐集美、加等國現代化政府中公衛體系之相關文獻。並包括與抗 SARS 所屬相關政府與民間部門的政策規劃報告、公文函件、包括施政報告、民意機關質詢等相關資料，以及法規、研究計畫和報章報導等等。此外，也將由網際網路中資料蒐集將為加強本研究蒐集國際相關資料以及實證數據，以補強本研究計畫之深度與廣度。

### 二、召開研究座談會

本研究計畫預期透過研究座談會的召開，結合本研究計畫的理論性與實務性

目的，藉廣泛徵詢與研究議題相關之「中央政府人員」、「地方政府人員」、「非營利組織代表」以及「學者專家」的意見，作為研究諮詢，融入本研究的研究規劃中，以作為本項研究結案報告的重要素材。

### 三、國內外深度訪談法

本研究亦將訪談學者專家與實務界人士，例如在此次抗 SARS 之中，行政院衛生署與台北市衛生局的負責主管，整合各界對於政府抗 SARS 行政治理模式的相關意見與建議。並在有限時間與經費的許可之下，進行延伸訪談，以集思廣益，廣納各方意見。如有必要，可計畫至相關國家或地區進行實地參訪，針對抗 SARS 行政治理模式的實際負責人進行訪談，了解其抗 SARS 行政治理模式之運作，並擷取其經驗。

## 參、章節安排

本計畫預計五章，各章節安排簡述如下：

### 第一章 緒論

本章將包含以下主題：敘述臺灣 2003 年 SARS 疫情之緣起及發展，並編纂大事記；討論本研究計畫之動機、背景、問題與目的；建構本研究計畫之理論基礎與分析架構；討論層級節制、市場與社群組織三種行政治理模式與其協調機制，並分析三種行政治理模式間不同組合的意義。

### 第二章 我國政府防疫體制之內部結構

本章將包含以下主題：討論原有中央政府的防疫體制—「衛生署」、「疾管局」—之組織結構，並分析其潛在問題；討論抗 SARS 期間中央政府的防疫體制—「行政院嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會」、「全國嚴重急性呼吸道症候群防治指揮中心」—之組織結構，並分析其潛在問題；討論主要原有防疫法令—傳染病防治法—之立法要旨，並分析其潛在問題；討論抗 SARS 期間主要防疫法令—嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例—之立法要旨，並分析其潛在問題；分析中央政府與地方政府在防疫體制層面之特徵，並檢討其可能盲點；檢視上述我國政府防疫體制在台灣威權轉型與民主鞏固之政經脈絡的意涵。

### 第三章 我國政府防疫體制之外在互動

本章將包含以下主題：討論社區防疫體系之建立，及與政府相關機構之互動管道；討論政府相關機構與民間非營利組織在防疫工作之協力與互補模式；討論政府相關機構與國外防疫研究組織之合作與交流模式；討論大眾傳播媒體在抗 SARS 期間之角色與功能、公眾反應與認知，並分析其與政府的互動規範。

## 第四章 各國政府抗 SARS 治理模式之比較

本章將包含以下主題：討論香港政府的抗 SARS 始末、相關防疫體制及法令、因應疫情的模式與政策、公眾反應與認知，並分析對我國防疫體制之啟示；討論新加坡政府的抗 SARS 始末、相關防疫體制及法令、因應疫情的模式與政策、公眾反應與認知，並分析對我國防疫體制之啟示；討論加拿大政府的抗 SARS 始末、相關防疫體制及法令、因應疫情的模式與政策、公眾反應與認知，並分析對我國防疫體制之啟示。

## 第五章 結論

基於上述各章節之討論與分析，本章依據以下各主題提出具體政策建議：平時之中央政府防疫體制；疫情流行時之中央政府防疫體制；平時之中央政府防疫法令；疫情流行時之中央政府防疫法令；平時與疫情流行時之中央與地方防疫體制之關係；政府相關防疫機構與社區、非營利組織、國外防疫中心、大眾傳播媒體之互動等等，並將各主題置於我國整體政經結構與發展脈絡中作出展望與願景。

# 第四節 我國 SARS 危機之因應措施

臺灣自 2003 年 3 月 10 日，由臺大醫院通報第一例疑似 SARS 感染之通報病例後，至 7 月 5 日 WHO 宣布台灣自 SARS 病例集中區除名為止，在這為時大約一百二十天的時期中，SARS 向台灣社會及政府提出了嚴峻的挑戰。而面對這一充滿不確定性的疫症，台灣政府如何因應，本研究將在本節中敘述說明，並於第二、三章中進一步予以分析檢討。

在 4 月 22 日爆發和平醫院院內感染事件前，SARS 疫情於臺灣的傳染方式主要是境外移入的零星個案，與少數因密切接觸 SARS 病患而感染之親友與醫療照護者。但自和平醫院院內感染事件爆發後，陸續又有多起疑似院內感染事件發生<sup>3</sup>，SARS 病例的感染來源隨即轉變為以醫院感染為主。面對新興未知 SARS 病毒所引起之各項疫情，臺灣所採取的防疫應變措施與國際間其他國家相似，主要為隔離、監測疫情發展與防止醫院、社區感染等一切措施，以下將討論臺灣中央政府為因應 SARS 疫情所做之防疫措施，另外由於臺北與高雄兩個都會區為臺灣 SARS 疫情最嚴重的地區<sup>4</sup>，將同時探討此兩個直轄市在防範 SARS 之因應措

<sup>3</sup> 繼和平醫院爆發院內感染後，陸續有仁濟醫院、臺大醫院、高雄長庚醫院、關渡醫院與陽明醫院傳出疫情。

<sup>4</sup> 全臺 664 名 SARS 可能病例中，臺北地區 SARS 可能病例佔 460 名（臺北市 261 名；臺北縣

施為何。

## 壹、臺灣因應 SARS 之立法措施

### 一、「嚴重急性呼吸道症候群(SARS)」列入法定傳染病管理：

新興 SARS 病毒在國際迅速傳播的疫情，使得世界衛生組織(WHO)將中國、香港、越南等地列為 SARS 疫情嚴重地區，臺灣每天約有上萬人進出這些地區，為避免將 SARS 傳入境內引發臺灣嚴重疫情，於 2003 年 3 月 27 日宣布將 SARS 列入第四類法定傳染病管理，如遇 SARS 病症事況，將可使用公權力要求強制執行相關防範 SARS 措施。第四類法定傳染病屬於新形態、定位未明的傳染病，初期因為對 SARS 病因及防治方法上尚未確定，因而歸入第四類的法定傳染病。待後期對 SARS 的病毒資訊與研究已累積至相當程度的瞭解，行政院衛生署於 2003 年 8 月 19 日公告將 SARS 列為第一類法定傳染病<sup>5</sup>，未來任何疑似病例之通報、隔離治療與後續處理，均應受第一類法定傳染病之規範<sup>6</sup>。

將 SARS 列為法定傳染病之後，主管機關可以視情況介入預防、檢查與治療，醫療院所不得拒絕照顧傳染病患，臨床醫師有法定義務通報傳染病患，一般民眾也有義務需配合檢查措施，必要時還可以強制隔離病患，主管機關有權留驗或要求疑似傳染者至指定處所檢查、接受必要處置。

### 二、制定「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」<sup>7</sup>：

為有效防治 SARS 疫情以維護人民健康，並因應其對臺灣經濟、社會之衝擊，使抗 SARS 之措施進行更為順暢，有利疫情控制，特於 2003 年 5 月 2 日發布「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」，其主要規範內容如下：

- (一) 設置「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會」；
- (二) 建立嚴重急性呼吸道症候群疫情監視及預警體系，並劃分防疫區域，建立醫療通報制度。

---

199 名)；高雄地區 SARS 可能病例佔 74 名(高雄市 33 名；高雄縣 41 名)。資料來源：臺北市政府衛生局 SARS 專題網頁，<http://sars.health.gov.tw>。

<sup>5</sup> SARS 列為第一類法定傳染病之公告：行政院衛生署發文字號—衛署授疾字第 0 九二 000 一三九九號，2003 年 8 月 19 日。

<sup>6</sup> 關於傳染病的分類依「傳染病防治法」第三條共分為：第一類傳染病、第二類傳染病、第三類傳染病、指定傳染病與新感染症共五類，關於各類傳染病的疾病類別，請參見「傳染病防治法」第三條條文。

<sup>7</sup> 依嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例第十九條文規定，其施行時間自中華民國 92 年 3 月 1 日至 93 年 12 月 31 日止，施行期限屆滿，得經立法院同意延長之。



- (三) 各級政府機關及民間機構應加強辦理嚴重急性呼吸道症候群之檢疫或各項防疫措施與防治教育；各醫療機構應實施其防治訓練及演習。
- (四) 經各級衛生主管機關認定應強制接受居家隔離、集中隔離或隔離治療者，不得拒絕、規避或妨礙；其受隔離期間，應遵行各級衛生主管機關之指示，政府並得給予合理補償與扶助，確保其人格與合法權益。
- (五) 中央衛生主管機關應予協助支援被指定或徵用之公、私立醫療機構，其所需之醫事人員、醫療設施及物資；並對執行醫療、照護之醫事人員及其相關工作人員酌予補助或發給津貼。
- (六) 新聞媒體未經查證報導錯誤，經主管機關通知其更正者，應立即更正，避免因不實資訊造成公眾恐慌。

## 貳、臺灣因應 SARS 之相關組織架構

### 一、中央政府因應 SARS 之相關組織：

- (一) 成立「行政院衛生署嚴重急性呼吸道症候群疫情處理中心聯繫會報」：

SARS 疫情初期，面對未知疾病的疫情狀況，行政院於 2003 年 3 月 17 日召集行政、學術、醫學及民間團體，成立「行政院衛生署嚴重急性呼吸道疫情處理中心聯繫會報」，建立防範 SARS 事宜的合作機制及平台。

- (二) 成立「行政院嚴重急性呼吸道症候群疫情應變處理委員會」：

為整合跨部會間的 SARS 應變措施，以期收到最大防疫成效，由行政院秘書長劉世芳密集召開跨部會應變會議，於 2003 年 4 月 28 日正式成立「行政院嚴重急性呼吸道症候群疫情應變處理委員會」，委員會成員包括中央各相關部會及北、高市長。

行政院每日由院長或副院長召開該委員會分組組長聯繫會報，處理跨部會的協調業務，並於 4 月 29 日全國 25 縣市首長及衛生主管的共同會議中，與地方政府取得多項防疫共識；衛生署亦密集與各縣市衛生單位舉行多次會議，以協助地方防疫工作。

- (三) 成立「行政院嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會」<sup>8</sup>：

---

<sup>8</sup> 此委員會之編組設有：醫療及疫情控制組、境外管制組、居家隔離組、國防資源組、物資管控組、經濟及產業組、外事組、法制及預算組、新聞組、督考組共十組，負責因應 SARS 相關政策。關於「行政院嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會」組織的詳細內容請參見：〈行政院嚴重

行政院依據「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」第二條條文規定，於 2003 年 4 月 28 日設置「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會」<sup>9</sup>，並由游錫堃院長擔任召集人。

委員會組織分設「紓困及後勤支援」與「防治作戰中心」兩大區塊，由前任行政院副院長林信義及李明亮教授分任總督導及總指揮，其主要任務為下列七項：

- 1.嚴重急性呼吸道症候群疫情應變處理政策之統籌。
- 2.嚴重急性呼吸道症候群應變處理相關法規之推動。
- 3.嚴重急性呼吸道症候群應變處理相關措施之推動。
- 4.嚴重急性呼吸道症候群緊急應變體系之建立及檢討。
- 5.嚴重急性呼吸道症候群應變訓練及教育宣導之推動。
- 6.嚴重急性呼吸道症候群應變處理相關事項之督導及考核。
- 7.其他有關嚴重急性呼吸道症候群應變處理之事項。

#### (四) 成立「全國 SARS 防治指揮中心」：

嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會之醫療及疫情組，在 2003 年 5 月 12 日於疾病管制局正式成立「全國 SARS 防治指揮中心」，由李明亮教授擔任總指揮。其主要職能包括下列事項：

- 1.整合中央與地方各部會的防疫機制、資源與疫情資訊，以一致的決策模式與防疫措施，強化與落實 SARS 防疫工作。
- 2.中央與地方衛生單位嚴格貫徹公權力，落實基層防疫網。
- 3.與中央研究院合作，邀請國內外病毒、免疫、流行病學等方面專家，以完整的抗疫研究團隊，半年內完成抗 SARS 疫苗之初期研發工作。
- 4.加速專家審查案件與通報個案病歷資料蒐集、研析之速度，由健保局北中南東各區審查醫師與公衛專家協助進行 SARS 通報個案專家審查工作。

## 二、地方政府因應 SARS 之組織：

---

急性呼吸道症候群防治及紓困委員會設置要點》，於中華民國九十二年四月二十八日經由行政院院臺衛字第 0 九二 00 八五六三六號函訂頒。

<sup>9</sup> 隨著疫情趨緩，行政院 SARS 防治及紓困委員會於 2003 年 7 月 15 日完成階段性任務，於李明亮總指揮官主持召開最後一次跨部會之防治委員會工作會議後，正式將 SARS 未來防治工作重任移交予衛生署。

**召集人：院長**      **執行長：本院衛生署署長**

委員：副院長、秘書長、政務委員（2人至4人）、學者專家（2人至4人）、內政部長、外交部長、國防部長、財政部長、教育部長、法務部長、經濟部  
長、交通部長、僑委會委員長、中央銀行總裁、本院主計長、本院人事行政局長、本院新聞局長、本院衛生署長、本院環境保護署長、本院大陸委  
員會主委、本院經濟建設委員會主委、本院退除役官兵輔導委員會主委、本院研究發展考核委員會主委、本院農業委員會主委、本院勞工委員會主  
委、本院公平交易委員會主委、本院公共工程委員會主委、本院海岸巡防署長、台北市長、高雄市長

核定日期：92.4.28

第一次修正日期：92.5.8

第二次修正日期：92.5.19

第三次修正日期：92.7.30

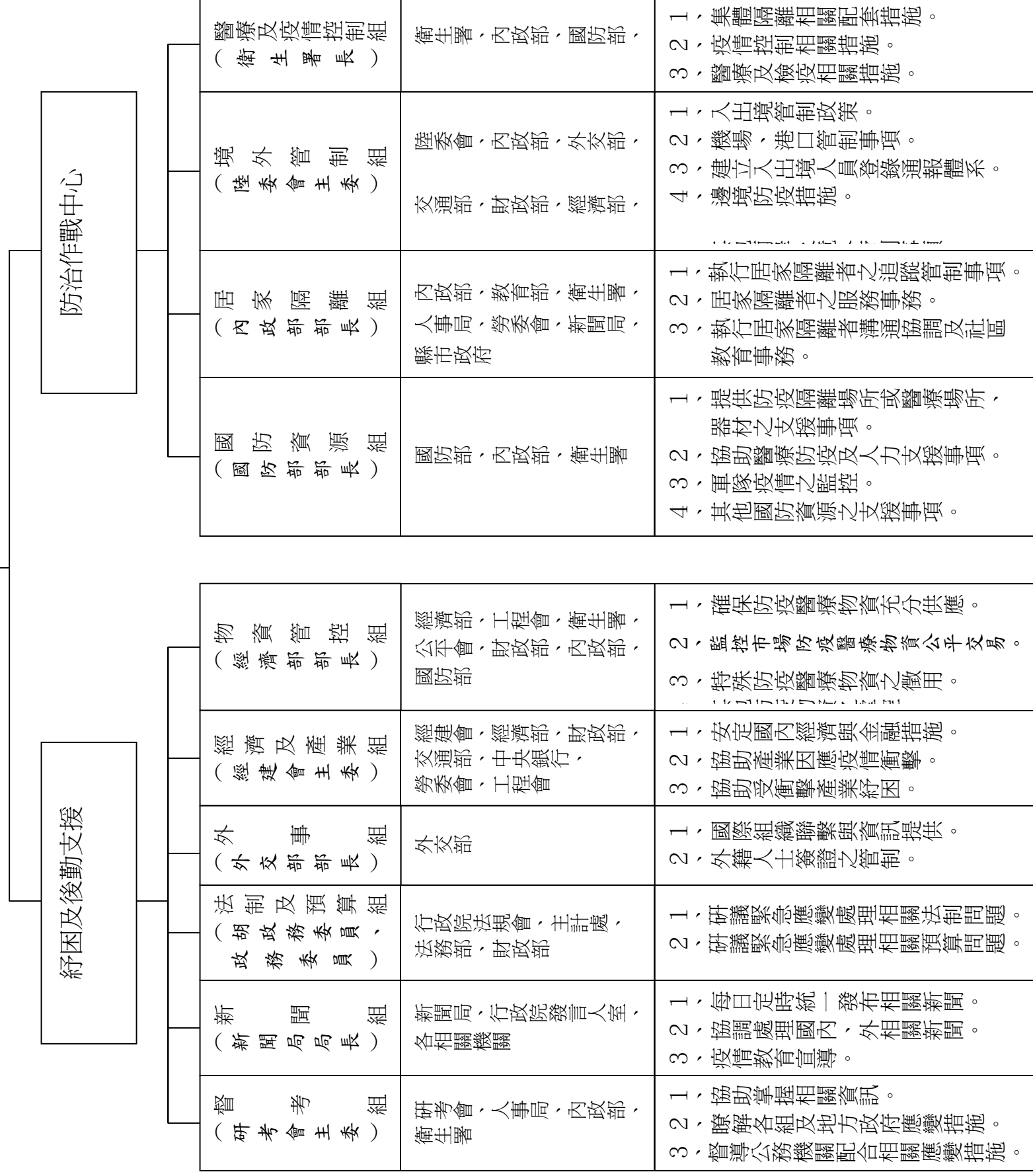


圖 1-1：行政院嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會組織圖

資料來源：高志文（2003：295）

各縣市均成立 SARS 應變處理小組，由縣市長負責親自召集督導，與中央在醫療、防疫、居家隔離等因應措施上密切合作，並由行政院衛生署訂定完成相關標準作業程序，分送相關單位作為執行依據。

## 參、因應 SARS 疫情之相關措施

### 一、中央政府防範 SARS 疫情之措施：

#### (一) 入出境檢疫措施：

為防範 SARS 經由國際人口流動而傳入境內，臺灣規定入出境臺灣的旅客必須填報「SARS 防制調查表」及接受體溫測量，更於 2003 年 4 月 27 日規定即日起自大陸地區任一省份或 WHO 所公布之病例集中地區返臺者（含轉機），一律採行「專案防疫強制隔離」措施，其方式為下列二種之一：一為本人直接返家後，採行本人強制居家隔離之措施，或由企業主執行強制隔離之責任，皆須居家隔離十天；國人經由離島兩岸通航港口入境者，其專案防疫強制隔離措施亦比照辦理<sup>10</sup>。關於離島地區 SARS 病患後送本島治療事項，則委託「全國空中緊急醫療救護諮詢中心」進行後送病患之審核及評估，並由「國際 SOS」擔任主要空中救援事宜，防止疫情經由其他運輸途徑散播。另關於航機消毒作業程序，則依 4 月 14 日所制定的「載運 SARS 疑似病例航機消毒流程」辦理。

#### (二) 疫情監測通報：

一個有效的疫情監測系統，可發揮即時掌握 SARS 疫情的正確資訊，並因應推展預防及防治措施，以增強防疫應變能力之功能。疫情監測又與疫情通報系統息息相關，藉由通報病例資料之分析，可觀察與預測疫情之發展狀況。

為建立完整的 SARS 疫情通報管道，在 SARS 疫情期間，醫療院所可透過「法定傳染病通報系統」及「新感染症症候群監視通報系統」進行 SARS 病例通報事宜。「新感染症症候群監視通報系統」通報醫院，更由區域級以上醫院擴大至所有醫療院所，並將 SARS 病毒檢驗列為該項通報系統之常規檢驗項目，以全面掌握疫情的進展。

#### (三) 民眾隔離措施：

對於剛出院的可能或疑似 SARS 病患及因共同生活、就醫、探病等因素，有可能接觸感染 SARS 病患或環境者，在接獲通報個案後，應立即確認名單，於電

---

<sup>10</sup> 小三通航線為臺商及金馬民眾往返兩岸的重要航線，衛生署疾病管制局為防止 SARS 傳入境內，除了增加派駐該局金門辦事處之人力，並比照國際機場港口加強檢疫作業，與要求所有入境旅客在入境前需填報「SARS 防治調查表」。

話通知後開立居家隔離通知單，以爭取防疫時效，其措施內容如下：

- 1.由衛生及社政單位負責送予居家隔離者每日所需之食物及日用品，並對隔離者提供日常生活所需的心理支持與輔導，對完成居家隔離者發給慰助金，以落實居家隔離政策。
- 2.對於違反居家隔離相關規定者，將依「傳染病防治法」處以重罰，罰款新台幣六萬至三十萬元。非不得已情況必須外出，應經過衛生局所管理單位同意，經同意外出者應全程帶上口罩並留存外出紀錄。
- 3.衛生署印製三萬冊居家隔離手冊發送各縣市村里長，期能透過里民之共同合作，以加強民眾對居家隔離措施之瞭解與配合。
- 4.為使各類居家隔離、專案強制隔離等措施簡化，行政院衛生署自 2003 年 5 月 12 日起統一稱為「居家隔離」，並區分為 A 級與 B 級兩種居家隔離 11 類型。

#### (四) 防範社區感染措施：

為預防 SARS 侵入社區造成大規模的感染疫情，政府啟動諸多社區防疫措施，如加強社區環境消毒與民眾個人衛生習慣之宣導等。並在 2003 年 5 月 31 日設立「177」發燒諮詢專線，由全國各地醫師公會協助提供 SARS 醫療專業之電話諮詢服務，解答民眾對 SARS 之疑惑，協助相關醫療諮詢事項<sup>12</sup>；更於 6 月 1 日起實施全國民眾實施「全民量體溫運動」，做好個人自我疫情監控，以預防社區感染。針對社區感染若發生時之應變措施，行政院衛生署訂定「SARS 社區感染處理流程」及「發生 SARS 社區感染時之應變作為與原則」，規範社區感染範圍的界定、社區警戒的執行、社區感染控制與實施環境調查及化驗等相關程序，以因應發生社區感染事件。

#### (五) 疫情資訊傳播管道：

行政院衛生署除了設置免付費疫情通報專線<sup>13</sup>，確保 SARS 疫情通報與民眾

---

<sup>11</sup> (1) A 級居家隔離：適用於未採取妥適防護措施之 SARS 病患接觸者，如家人、同事、同學、親密朋友或特定醫療機構人員，在十天之檢疫期間，除經管理單位同意，並採合乎規定之保護措施外，不得外出，這類人員外出應由管理單位安排交通工具。  
(2) B 級居家隔離：係指從高度發病地區回來，無任何症狀之人員，可戴口罩外出（如：散步、一般購物、倒垃圾等），惟如出現發燒或其他類似 SARS 症狀，應致電管理單位安排交通工具就醫。  
(3) 另外，少數集合住宅或公共場所如出現群聚個案，經環境檢定及疫情調查及適當清潔消毒措施，認定並無「環境因素」致散播之虞者，則其內之居住或工作人員，除特定對象外，可在適度防護之下（戴一般外科口罩及洗手）自行管理其活動。

<sup>12</sup> 截至 7 月 3 日止，「177」發燒諮詢專線電話通數累計為 20376 通，其中建議居家觀察 3919 通，建議就醫 5602 通，其他諮詢事項 10855 通。

<sup>13</sup> 為確保 SARS 疫情通報與民眾諮詢管道順暢，行政院衛生署疾病管制局於 2003 年 4 月 29 日宣佈增加兩個免付費疫情通報專線 0800-024-582 與 0800-003-594，供民眾二十四小時洽詢

諮詢管道順暢，並自 2003 年 5 月 6 日起製作「防疫最前線」節目，讓社會大眾可以掌握正確疫情資訊，每日晚間七點於各大媒體的新聞節目中播出，節目由流行病學專家陳建仁教授主講。

「SARS 防治及紓困委員會」每日也由行政院發言人與各組發言人召開兩次記者會，使民眾瞭解最新疫情與政府對 SARS 防疫的政策，並建置 SARS 疫情資訊單一整合窗口網頁(www.gov.tw/sars)，讓民眾可以即時上網瀏覽最新 SARS 資訊，新聞局亦印行 SARS 防疫特刊分送民眾，說明相關標準作業程序。

#### (六) 醫療機構的防治措施：

關於治療 SARS 各項醫療資源，衛生署責成各署立醫院需採購足夠醫療與防護用的各類藥材與設施。收治 SARS 病患所需責任醫院病床、醫護人力之調度作業，於 2003 年五月下旬調度完成以因應階段醫療需求，為長期的抗疫戰作充分的預先準備。除了擁有充足的醫療設備治療 SARS 患者之外，並需具有完整嚴密的醫院防範措施以防止院內感染，防範院內感染的控制措施主要有下列幾項：

- 1.請各醫學中心減少急迫性較低的醫療服務，全力動員照護已收治之 SARS 病例個案，以實施院內感染控制為優先順序。
- 2.各「區域級」的醫療院所分由醫學中心協助輔導，再由該 69 家「區域級醫療院所分區輔導「地區級」醫療院所，建立疫情查核及感控輔導網絡，以強化院內感控之正確認知及作為，並建立「SARS 分級照護設施及感控檢核機制」，定期查核 SARS 專責醫院及隔離設施、設備及作業品質。
- 3.發生疑似 SARS 院內感染事件應立即通報所在地衛生局及衛生署疾病管制局，並會請專家學者成立調查小組深入調查。必要時衛生局並得成立接管小組進駐該醫院，進行人員出入及分區使用管制。
- 4.實施防治 SARS 分級分區照護方案，由各層級醫療院所共同參與，藉由分區分級、集中隔離治療等措施，建構全民防疫網，以提高感染者治癒率與防止 SARS 擴散<sup>14</sup>。

#### (七) SARS 專責醫院的設立：

---

SARS 相關事項，後進而更改「防疫專線」為易記之號碼「1922」，可供民眾、醫療院所醫事人員及各級衛生機關等防疫人員緊急通報疫情之用途。

<sup>14</sup> 防治 SARS 分級分區照護方案之醫院分級：

- (1) 醫學中心：負責嚴重之 SARS 可能病例；
- (2) SARS 治療專責醫院：負責收治 SARS 疑似病例與可能病例；
- (3) SARS 複診醫院：負責病例的篩檢、治療與病例轉介，由區域醫院中指定；
- (4) SARS 初診醫院：收治低度可疑且需進一步診斷之病患，承接 SARS 複診醫院下轉診斷後認為『非疑似 SARS』或得在初診醫院觀察治療之病患；
- (5) 診所與 SARS 初診醫院，均需記載病患溫度與建檔追蹤高燒病患之流向；經診治後，應依病情之結果臆斷，提供病患適當之診療與轉介協助。

治療 SARS 所需之醫療設備資源龐大，為使醫療資源能夠有效率地運用，並且避免各大醫學中心與區域醫院負荷過重以致失控，故於北、中、南、東及高屏等區，設立 11 家 SARS 治療專責醫院<sup>15</sup>，於 2003 年六月陸續完工，並組成專家查核小組，成員包括國內感染科及工研院專家及美國 CDC 專家等，進行查核其設置情形，包括負壓隔離病房規格等。

#### (八) 醫療人員之培訓：

醫護人員處於第一線對抗 SARS 的戰略位置，其必須具備對 SARS 充份的知識與醫療技術，才能夠在對病患進行完善的治療外，並能確保自身的生命健康安全。一個具備良好醫療素質的醫護人員，在防疫體系中佔了重要的環節，行政院因而特別針對醫護人員訂定「行政院衛生署 SARS 專業人員教育訓練計畫」，課程包括 SARS 病人照護及醫護人員防護、建立 SARS 管制防線及自我防護與臨床處置及防護措施等。以網路教學之方式，提供醫護人員學習，並製作光碟片，提供醫療院所各類人員參考。

#### (九) 醫護人員補助及產業紓困：

鑑於 SARS 疫情對於航空、旅遊、餐飲及醫院等各項產業和社會造成莫大衝擊，政府遂予以紓困、補貼稅費等措施，協助產業渡過此一危機。並對於抗 SARS 之醫護人員酌予補助或發給津貼等相關獎勵及補助<sup>16</sup>，以激勵醫護人員投入抗 SARS 行列，並感謝其對抗 SARS 疫情之貢獻。

#### (十) 加強 SARS 檢驗技術與研究發展：

實驗室 SARS 檢驗技術的提昇，有助於開發 SARS 抗體快速檢測試劑，以有效地支援防疫工作。疾病管制局在 SARS 疫情期間積極進行疫情所之相關研究，醫學中心、國家衛生研究院、中央研究院等均加入實驗室檢驗工作的運作，除了衛生署疾病管制局昆陽實驗室負責 SARS 之檢驗及研發外，亦成立北、中、南、東 SARS 實驗室<sup>17</sup>。

另於 SARS 研究發展方面，行政院衛生署整合各領域專家投入 SARS 之研究發展計畫，研究主題包括：SARS 感染之流行病學研究、SARS 診斷方法之研發、SARS 致病機轉研究、抗 SARS 疫苗研發與藥物篩檢研發等。

#### (十一) 國際合作：

行政院衛生署自 2003 年 3 月 14 日發現第一起病例開始，即每日主動向 WHO

---

<sup>15</sup> 北、中、南、東 SARS 實驗室負責單位：北部：台大醫院、長庚醫院、三軍總醫院；中部：中國醫藥學院；南部：高雄醫學大學、長庚醫院、成功大學。

<sup>16</sup> 為獎勵照顧 SARS 病患之醫院人員，衛生署訂定獎勵措施如下：照顧患者之醫師每日獎勵新台幣一萬元，照顧患者之護理人員分為一日三班（一班八小時），一班獎勵三千元。

相關單位呈報臺灣疫情狀況，與全球共同努力遏阻 SARS。並特別在 4 月 20 至 21 日於臺北舉辦 SARS 國際研討會，邀請受 SARS 疫情影響較深之十二個國家就 SARS 之臨床治療及防治措施進行經驗交流，針對病理學、臨床管理、境外移入病例與本土性傳播的防治，以及 SARS 對經濟層面之影響等專題進行研討，期望藉由此研討會能促進國際間 SARS 防治之國際合作情神。同時亦積極參與國際間 SARS 研討會，如 5 月 16 日 WHO 舉辦之「SARS 流行病學研討會」，於會中向國際說明臺灣疫情之發展及防治措施，與其他國家交換資訊與意見。

為提供國際間了解臺灣防治 SARS 之具體作為，與吸取專業人士的經驗，也特別邀請美國疾病管制局及世界衛生組織之人員前來臺灣，實際了解疫情的狀況，提供專業經驗交流與必要之協助。

## 二、地方政府防範 SARS 之因應措施：

### （一）臺北市政府對 SARS 之因應措施：

2003 年 3 月 10 日，勤姓臺商由臺大醫院通報為第一例疑似 SARS 感染病例後，接著 3 月 26 日搭乘中國國際航空的 CA211 班機的四名中鼎公司員工也經臺大醫院診斷為 SARS 病例，至此為止臺灣 SARS 可能病例之感染來源主要是境外移入、接觸傳染之親友與醫療照護者的少數個案。後來在 4 月 22 日爆發和平醫院院內感染事件後，又傳出仁濟醫院、臺大醫院、關渡醫院與陽明醫院疑似院內感染事件。

處以上述 SARS 感染事件的臺北市，在防疫的措施上更顯得步步為營，於 SARS 疫情一發生時，立即成立「SARS 災害應變中心」<sup>18</sup>綜理相關 SARS 防範措施，每日並召開「SARS 災害應變會議」；臺北市各區成立之防疫小組亦自 5 月 18 日起調整為集中辦公及延長二十四小時方式辦理，以有效處理各區防疫事宜。臺北市各項相關 SARS 消息，每日均會更新疫情狀況、重要防疫措施、訊息及統計圖表等資訊於臺北市 SARS 專題網頁（<http://sars.health.gov.tw>）。關於臺北市主要針對 SARS 的防範措施有下列八項：

#### 1. 和平醫院封院：

和平醫院傳出院內感染疫情後，為免造成更大規模的擴散，經行政院召集衛生署與臺北市政府研商後，一致決議採取就地隔離的封院措施，在 2003 年 4 月 24 日進行和平醫院封院程序，進行分棟、分層、分級管制與觀察措施，於封院十四天後再將院內隔離人員分批送至各隔離中心<sup>19</sup>。

---

<sup>18</sup> 在台北市 SARS 疫情漸趨穩定後，有關 SARS 災害應變中心自 6 月 1 日起運作機制調整為「臺北市政府 SARS 防治及復原委員會」。

<sup>19</sup> 和平醫院陸續撤出人員總數達 1069 人，其中安置在至善園區有 139 人、公訓中心有 128 人、



臺北市政府在和平醫院封院結束後，成立和平振興委員會以協助和平醫院之復院作業，並將和平醫院設置為臺北市 SARS 專屬醫院，以其防範 SARS 經驗做為日後傳出院內感染之仁濟醫院、關渡醫院與陽明醫院在防止 SARS 傳染動線規劃、院內消毒、醫療人力訓練與所有管控問題的參照。

## 2. 萬華區遊民與獨居長者之照護：

位於萬華區的和平及仁濟醫院相繼發生院內集體感染事件，使得臺北市萬華區儼然成為一級感染區，為免擴大成為社區感染，臺北市政府加強萬華區的社區消毒與排水系統檢測等環境衛生工作，並對習慣在萬華區聚集的遊民集中管理，避免遊民成為 SARS 疫情傳播源之一。

對於遊民之管理措施主要為：針對行蹤不明之遊民加強查訪，彙整遊民列管追蹤表，勸導遊民前往武崗營區<sup>20</sup>集中隔離，確實掌控遊民離營後之動向並持續進行照護事宜，武崗營哨之警衛勤務則由兵役處協請憲兵部隊支援，後備軍人青溪協會亦調派人力支援。

而一名居住在華昌出租國宅社區一帶的史老先生，於 2003 年三月份在中國的妻子來台依親並返回中國後，便開始感到不適，在 5 月 1 日凌晨因發高燒，自行騎腳踏車前往西園醫院就診，隨即在當天於家中過世，由於其為獨居長者，故猝死屋內多日傳出屍臭味才被發現。如果大理街爆發社區感染，史老先生很可能就是社區感染源頭，為避免獨居長者因受到 SARS 感染卻無法治療之狀態並引發社區感染危機，臺北市政府優先發送體溫計予萬華區之獨居長者使用，並安裝獨居長者緊急求救系統，安排社工對未裝有電話之獨居長者定期進行查訪。

## 3. 民眾隔離措施：

民眾隔離措施比照行政院衛生署之規定，每日安排衛生局所或民政單位的志工，追蹤隔離者的健康情形，並為確保居家隔離者之權益，請社會局發放居家隔離慰問金。另有關隔離期限的問題，臺北市為謹慎因應 SARS 疫情起見，原採取高標準定為十四天之隔離期限，經與中央協調後，市府決定配合中央一致的時限，自 5 月 11 日起改為十天，已執行者後續四天仍需定時量測體溫，並配戴口罩。

## 4. SARS 患者通報送醫程序：

為能有效控制疫情，有關居家疑似 SARS 感染或居家隔離民眾就醫過程應組成綿密之防疫網，消防局在執行緊急救護時，應同時配合發燒篩檢站之建置功能

---

基河國宅有 106 人、國家發展研究院有 153 人，另有 58 人撤至竹東榮民醫院、100 人安置於竹東醫院、34 人在國軍松山醫院、在其他醫院則有 51 人。

<sup>20</sup> 武崗營區遊民中途之家於台北市 SARS 疫情趨緩後，完成階段性任務，於 6 月 20 日關站，未來營區之運作方式，將規劃作為提供大陸客收容及遊民訓練管理中心。

與考量地區特性及病患之意願，就近將病患先行送至設有發燒篩檢站之醫療院所。同時在發燒篩選站設立完成後，衛生局主動向民眾宣導有關居家隔離者通報送醫程序，並將醫院最新空床數提供予消防局一一九勤務中心，製作運輸 SARS 患者的標準作業程序。

#### 5.環境衛生消毒：

針對臺北市大理街一百六十巷二十三弄傳出相鄰三戶疑似感染 SARS 住戶事件，台北市除進行緊急封街措施，也對華昌出租國宅社區一帶之鄰近住戶預先做好疫情追蹤調查與加強消毒工作，並請自來水事業處會同工務局、衛工處針對大型社區、市場各項供水系統、水質安全及污水處理，確實作好檢查工作，確保環境衛生整潔與污水下水道及供水系統安全無虞，以防範如香港淘大花園因排水系統而引發的社區感染事件。對於國軍松山醫院與其他的集中隔離場所，亦請環保局加強環境消毒工作，並請附近里民做好分級分類之消毒計畫。

#### 6.搭乘大眾交通工具需配戴口罩：

為全面防疫，除了搭乘大眾交通工具，駕駛司機與民眾需依規定配戴口罩外，臺北市政府並規定自 5 月 11 日起搭乘捷運的旅客必須戴口罩，否則將被拒絕搭乘，經勸導無效者，依傳染病防治法、臺北市大眾捷運系統旅客運輸規則、大眾捷運法等相關規定，處罰一千五百元以上、七千五百元以下罰鍰。

#### 7.慰問金與紓困補助：

對於因 SARS 疫情而遭致生活受困之民眾、抗疫之醫護人員，除了提供各項關懷照顧服務外並致贈慰問金，另對於受 SARS 影響之遊覽車業及旅行社業者協助辦理申請紓困補助。

#### 8.振興措施：

臺北市市民各項層面生活機能均受 SARS 疫情影響，為恢復原有生活品質之水準，臺北市政府展開一系列振興措施，如成立和平醫院、萬華及松山振興委員會，進行各地區相關振興事宜<sup>21</sup>。並且為了吸引國際旅客至臺北觀光旅遊，加強規劃後 SARS 時期國際觀光行銷事宜，進行各項促銷策略。

#### (二) 高雄市政府對 SARS 之因應措施：

SARS 疫情初於臺灣爆發時，高雄市在 2003 年 4 月 4 日立即成立「SARS 緊急應變小組」，負責整合高雄市各項資源，以因應處理 SARS 防治事宜；後來待至高雄長庚醫院發生院內感染事件，為提升防疫層級，於 5 月 14 日成立二十四小時運作之「SARS 防疫應變中心」由高雄市市長擔任總指揮官，兩位副市長與

---

<sup>21</sup> 振興方案之措施，如捷運公司配合活動期間，在捷運西門站與龍山寺站推出免費優惠措施。

前衛生局長陳永興三人共同擔任副召集人，建立跨部門整合聯繫平台，落實各項防疫工作，另設置民眾 SARS 諮詢專線，提供高雄市市民二十四小時諮詢服務。關於高雄市針對 SARS 的防範措施主要有下列五項：

1.開設發燒、咳嗽特別門診<sup>22</sup>：

2003 年 4 月 28 日開設全臺灣第一個發燒、咳嗽特別門診，此「高雄市發燒、咳嗽特別門診」可提供快速、安全的就醫環境，迅速篩檢出疑似病例。高雄市政府及衛生局讓咳嗽、發燒的病人或是懷疑感染 SARS 者都可以到這個特別門診來做篩檢，並避免這類病患到各診所或醫院隨意就診造成傳染他人的機會。5 月 20 日又於健仁、聯合（婦幼院區）、小港、旗津四個醫院增設發燒、咳嗽特別門診，充分發揮抗熱的第一線防堵作用。由於特診的設置為全臺首創，在抗熱工作上具有特殊功能及意義，這段期間也成為外縣市設置發燒特別門診的範例。

2.成立「聯合防疫會報」：

2003 年 5 月 3 日高高屏三縣市宣佈成立「聯合防疫會報」，整合高高屏三縣市步調，共同集中區域醫療資源、防疫情報、推動區域聯防，降低 SARS 疫情發生。

3.裝設居家隔離視訊設備：

2003 年 5 月 12 日起針對 A 級居家隔離者裝設居家隔離視訊設備，期以透過現代科技設備有效管控、關懷居家隔離者身心狀況，落實居家隔離政策。

4.長庚醫院圍堵 SARS 措施<sup>23</sup>：

收治 SARS 病患的高雄長庚醫院於 2003 年五月初，爆發兩次院內感染，於 5 月 2 日發生第一次院內感染時，已先後封鎖九到十二樓 A 區，隔離了上百名醫護人員，至 5 月 9 日第二次發生院內感染，高雄長庚醫院的醫療資源吃緊，宣布暫停急診、門診十四天，並將現有的住院病患分成五區隔離，院方同時設立統一指揮中心，以便分區、分層逐步圍堵封樓，進行全院消毒。

5.設立「高雄發燒篩選觀察中心」：

使用左營北勝利閒置營區設立「高雄發燒篩選觀察中心」，於 2003 年 5 月 26 日啟用，收治由各醫院轉診的發燒病人，為其進行 SARS 可疑患者篩檢分類工作，紓解醫學中心負壓隔離病房不足的問題，運作至 6 月 30 日完成階段性抗熱任務。

---

<sup>22</sup> 於 SARS 疫情趨緩之際，此發燒、咳嗽特別門診已達成階段性任務，於 6 月 24 日暫停看診。

<sup>23</sup> 長庚醫療體系主任委員吳德朗強調，目前全球祇有兩家醫院封院，分別是新加坡陳篤生醫院與臺北和平醫院，長庚醫院則是仿香港威爾斯親王醫院逐步圍堵，限制各區人員往來的做法，全力控制可能發生的院內感染。

## 肆、民眾對 SARS 之認知與反應

SARS 迅速傳播的疫情嚴重地衝擊了臺灣各個層面的生活，尤其對於一般民眾而言，由於對新興疾病資訊的不瞭解與其強勁的傳染力，所引起的恐慌與擔憂等反應，更增加了社會對 SARS 疫情的負擔；SARS 除了威脅人民的生命健康之外，也深深地影響人民的心理健康。在 SARS 期間，民眾對 SARS 疫情的反應，可分由下列四個面向觀之：

### 一、民眾自身個體方面

#### （一）個人身心不適：

自 SARS 疫情爆發以來，在媒體連續報導的影響下，民眾對於接二連三的醫院感染事件與醫護人員因感染 SARS 而不幸過世的資訊感到不安與恐慌<sup>24</sup>。在負面的心理情緒影響下，常引起的身心症狀方面有頭暈、頭痛、腸胃不適、覺得喉嚨有異物感、肌肉酸痛、心悸、心神不寧、猜疑、恐慌與失眠等現象。民眾因心理因素所引起的身心症狀，隨著 SARS 疫情的蔓延對臺灣社會造成不小的影響，政府與民間團體意識到維護民眾心理健康之重要性，紛紛規劃完善之心理衛生服務計劃與心理輔導專線。

#### （二）個人防疫觀念：

大規模的疾病爆發會影響個人防疫與衛生觀念的轉換，在行為模式上造成改變。此次 SARS 事件，因為 SARS 近距離飛沫接觸傳染的特性，使得民眾願意在公共場所戴口罩、每日量體溫、勤洗手、重視消毒等防疫措施<sup>25</sup>。這些個人衛生習慣的模式轉變，的確有助於防疫與增進個人衛生健康，惟尚需重視這些新模式的轉變所帶來的負面後果，如過度使用漂白劑消毒而造成的環境污染、誤信民間增強免疫力偏方與藥物而危害健康等問題。

#### （三）社群親疏關係：

SARS 因強烈的近距離接觸傳染力，使得最主要的防範措施為隔離疑似感染患者，在這種採取隔離的封閉性措施下，除了疑似患者與社群間形成距離，更在恐懼感染 SARS 的陰影下，民眾對周遭社群中可能與疑似感染 SARS 患者之態度

---

<sup>24</sup> 依「SARS 心理健康行動聯盟」第二次民調「量體溫與 SARS 風暴下的身心症狀」，在總計完成有效樣本數為 1275 份的結果中：最令民眾震撼或恐慌的事件依序為台北和平醫院封院（36%）、有醫護人員因感染 SARS 而不幸過世（11%），以及高雄長庚醫院爆發院內感染而暫停急診與門診（6%）。調查日期：2003 年 6 月 1 日至 6 月 4 日。

<sup>25</sup> 行政院衛生署針對全民量體溫、戴口罩等 SARS 防治措施的意見，委託全國公信力民意調查中心於 2003 年 6 月 19 日進行電話訪問，有效樣本 998 份中有 85.6% 的民眾改變衛生習慣（如常洗手、量體溫及戴口罩）。

多偏向疏離，更甚者為歧視、抗拒與排斥<sup>26</sup>。在原本就已較疏離的現代社群生活中，因 SARS 而形成社群關係的淡漠與人際關係的緊張將無助於社會發展的功能。

## 二、媒體資訊傳播方面

SARS 疫情期間，民眾對於 SARS 資訊最主要的來源即為大眾傳播媒體，每日媒體不間斷地報導與播放 SARS 疫情，在大量傳播資訊的方式下，民眾不但無法確切地篩選所接觸的資訊，更造成許多無謂的恐慌。媒體本應強化自身在防疫作戰體系中的力量，扮演著觀察、傳播與監督的關鍵角色，但媒體在此次處理 SARS 新聞時的若干表現，還是有其失當的部分，綜括三點如下：

### （一）處理方式聳動：

對於相關 SARS 新聞的處理方式過於聳動與誇大，以強調每日逐漸增加的死亡、可能與疑似病例等統計數字，彰顯 SARS 疫情的嚴重性，卻無深入瞭解整個事件的核心原因及在整體疫情中的相對重要性。民眾每日所接觸的 SARS 資訊僅是以疫情出現的單一事件為焦點的片斷報導，而缺乏由媒體的檢視角度，觀察疫情控制各項機制的進展(胡幼偉，2003)。

### （二）隱私權之保障：

在報導任何通報病例、死亡、可能與疑似病例等患者之消息，媒體應保護當事者的隱私權。在社會大眾對可能感染 SARS 患者存有極大恐懼不安之際，未加處理即公佈相關當事人之報導，除了不顧當事人之隱私權外，更可能造成當事人日後在生活中遭致周邊社群的排擠。

### （三）資訊的真實度：

在諸多的 SARS 資訊中，對於某些未經查證的資訊，媒體在尚未提出可靠佐證前便先行報導，不但容易誤導民眾，更在隨知隨報的狀況下，讓 SARS 資訊雜亂，遮蔽許多攸關 SARS 事實資訊的傳遞。

## 三、政府防範措施方面

政府為因應 SARS 疫情而制定出諸多相關法律規定、組織與政策，但初期面對 SARS 病毒特性與傳染途徑皆未明朗的情況下，各級政府在因應 SARS 的各項

---

<sup>26</sup> 依行政院研究發展考核委員會進行的「民眾對後 SARS 台灣重建計畫（社會重建、公衛醫療）等議題的看法」民意調查，在有效樣本數 1084 份中，對於民眾與社區的情感看法：認為比較親近佔 12.4%、比較疏遠 22.1%、差不多 54.8%。調查日期：2003 年 6 月 30 日至 7 月 1 日。資料來源：行政院研究發展考核委員會網址：<http://www.rdec.gov.tw/home>

防範措施上不免有疏失之處。後隨著對 SARS 病毒特性之瞭解，與國際間相關經驗之參照累積，政府在處理 SARS 感染事件與防範措施上漸上軌道，民眾在 SARS 疫情後期對於政府防範措施的進步表現亦表示出樂觀與信心<sup>27</sup>。但就整體政府防治 SARS 之表現觀之，依據行政院研究發展考核委員會所進行的全國民調—「民眾對後 SARS 台灣重建計畫（社會重建、公衛醫療）等議題的看法」，民眾對政府防疫措施感到不滿意之處主要有以下三項<sup>28</sup>：

（一）處理速度太慢：

當 SARS 疫情在香港開始蔓延時，政府應考量臺灣每日頻繁進出兩岸三地的旅客，盡早規劃出入境的防疫措施，並在預防醫院感染、社區感染、居家隔離、防疫物資調配等處理上，應在平時就有一套相關的標準作業程序，使疫情在爆發的時候，能將慌亂程度降到最低。

（二）衛生醫療機構未落實安全防疫措施：

在篩檢發燒病患、運送疑似感染 SARS 患者等程序上未制定出明確的規定，而基層診所至醫學中心亦未在開始即訂立確實的 SARS 分級照護體系，使得院內感染事件成為臺灣 SARS 疫情的主要感染源頭，並影響醫療體系日常功能的運作，損及人民健康生活的品質。

（三）政府各部門間的協調聯繫不足：

在 SARS 疫情期間，民眾因為面臨到封院事件、醫療防護設備資源不足、防疫標準不同調等現象，而對政府間缺乏一致的因應措施與相互協調聯繫不足的情形產生不滿，認為不應該把防疫措施泛政治化。

#### 四、公共衛生體系方面

臺灣公共衛生體系的健全程度在這場 SARS 疫情中受到無情的檢驗，民眾也從因應 SARS 的過程中看見公共衛生體系資源單薄的窘境。在講求全面防疫的概念下，不論是疫情的監控、偵測、通報，或是居家隔離的施行，都無法只仰賴專業的醫療機構，而需要一個健全的公共衛生體系的支援。專業的醫療體系應是屬於協助公共衛生體系的一環，然而臺灣卻是「公衛醫療化，醫療商品化」，完全以專業醫療為主的本末倒置，醫護人員取代公共衛生人員，公衛安全遂逐漸淪為醫療以外的次級任務。此種以「醫療為主，預防為輔」的不合理的公衛政策，主要

---

<sup>27</sup> 同註一之民意調查，在 SARS 疫情控制方面：有兩成九的民眾認為最近兩個星期以來，政府有關 SARS 的防疫措施進步很多，有四成五的民眾認為有點進步，有八成民眾對未來一個月的疫情表樂觀。

<sup>28</sup> 同註二之民意調查，在對政府防治 SARS 措施表示不滿意前三項部份所佔比例分為：（1）處理速度太慢 40.1%；（2）衛生醫療機構未落實安全防疫措施 24.4%；（3）政府各部門間的協調聯繫不足 16.8%。

在於「市場個人主義」的意識型態過強，這種思維模式在公共衛生領域的具體表現即是：將健康與疾病問題歸咎於個人責任，把健康等同於個人的醫療責任，及將醫療商品化及市場化（陳美霞，2003）。

持平而論，公共衛生體系所執行的健康衛生措施是一種社會集體責任，為了維護並提升人民健康生命的品質，其包括兩大領域：預防與醫療，並應以「預防為主，治療為輔」。這次的 SARS 事件讓民眾重新重視到公共衛生體系的重要，例如在行政院研究發展考核委員會所進行的——「民眾對後 SARS 台灣重建計畫（社會重建、公衛醫療）等議題的看法」民意調查中，有七成的民眾贊成公共衛生體系中家庭醫師制度的建立。

## 第二章 我國政府防疫體制之內部結構<sup>29</sup>

如同第一章所言，有關政府治理的模式，大致可區分為強調科層體制、強調市場與強調社群組織共同參與的三種模型。這三種模式並不衝突，而得視政策領域以及具體的情況，並考量國家整體的發展情況，而做不同的比例配置。本章旨在針對傳統以科層體制為主的治理模式，檢視我國政府防疫體制中有關的行政組織與行政行為。

行政組織又可區分為中央政府與地方政府層次，二者各是十分龐大的體系，二者間的互動更是複雜。本章將檢討現行法律規範下二者之組織架構及二者間之互動。

至於行政行為面，將一方面檢討中央行政院與衛生署，二方面將討論地方政府所為的決定。二者主要均是依據傳染病防治法、嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例（以下簡稱「SARS 暫行條例」）而來，此外尚有行政程序法、行政執行法、訴願法、行政訴訟法、地方制度法、公務員、醫師法等相關法律等一般性的行政法律。在這些法律的架構/授權/限制下，主管機關得制定有關的政策，並作出個案的決定，中央主管機關並享有監督權。

於完成前述的檢討以後，則引用監察院所為的糾正案與彈劾案的內容，指出我國所建立的科層體制在 SARS 防治層面的實行缺失，並評述「新治理模式」在台灣登場的可能。

### 第一節 行政組織面

行政組織本身並非目的，而是廣義的政策手段的一環，俾便建立一個制式化並可謂「強有力」的行動主體，以為通案性的政策或個案性之行為的完成。行政組織之設立與否與如何設置，從而必須取決於系爭政策領域之政策問題的情境，或換句話說，須取決於系爭政策的質量情形或急迫程度等。

於此，不同的學門有不同的專業用語表述方式，但核心的結論應是相同。舉例言之，公法學一般係從憲法之人權保障、立國精神以及權力分立之政府組織架構出發，檢討有關的行政機關的設置，並強調是否需要法律保留，以及如何設置

---

<sup>29</sup> 本章有關行政組織與行政行為面，局部源自本研究計畫成員黃錦堂教授已發表的法律文章，但核心關懷改為行政治理的模式，特此說明。



行政機關始得符合系爭領域之人權保障或業務需求的特殊考量<sup>30</sup>。就 SARS 事件而言，我國憲法之基本人權條文得正當化行政部門必須針對 SARS 而有一定因應、以及設置必要的行政機關的措施，但如何設置等相關細節，行政部門與立法部門仍有相當的裁量權；因為我國憲法之權力分立架構只要求行政部門必須受到立法部門的監督以及重大事項應由立法部門決定，但並未直接且唯一的規定是否及如何為行政組織。因此，在以上的範圍內，立法者就 SARS 防疫的行政組織得首先就重要部分加以決定，細瑣以及不重要的部分（例如屬於諮詢性質或臨時任務編組性質之單位之設置），則屬於行政權之範疇。

## 壹、SARS 爆發前中央相關行政機關之設置

防疫為經常性事務之一，與人民之生命身體健康有重要的關連性，而且處於全球化的時代，並與容易爆發疫情的中國大陸地區有高頻率的往來，台灣的防疫任務從而具有高度的重要性。也正是基於以上的考量，我國係以行政院之下之衛生署作為防疫的主管機關<sup>31</sup>。其雖然名稱為署，但畢竟只是名稱之不同而已，署長仍然為政務官，而且得參與行政院院會；衛生署與其他部會之間並沒有科層體制間的關係，而是完全立於平行的地位。

由於防疫為一高度專業的工作領域，而且有全國為一致的整體規劃、政策研擬與重大個案處理的必要，行政院衛生署組織法第十七條乃規定，該署得設疾病管制局，其組織另以法令定之。立法院乃制定行政院衛生署疾病管制局組織條例（民國九十三年六月二十三日修正），掌管防疫制度之規劃、法規之研擬事項、各種疾病之預防、調查及研究事項、疾病爆發之應變處理事項、國內疫情之通報及疫情監視事項、國際疫情之蒐集、交換及報告事項、防疫藥物之採購及管理事項等等（詳見該局組織條例第二條）。該局之下設有十組，以承辦前述的業務，並設有資訊室等其他屬於秘書作業性質之單位，詳見圖 2-1。

行政院衛生署疾病管制局業務質量頗重，從而相關人員之配置必須加以強化，目前情形如下：該局置局長一人，職務列簡任第十三職等；副局長一人至三人，職務列簡任第十二職等；前項局長及副局長一人或二人，其職務得依醫事人員人事條例規定，由師(一)級之相關醫事人員擔任；除此之外，置主任秘書一人，組長十人，職務均列簡任第十一職等；研究員十八人至二十人，職務列簡任第十職等至第十一職等；副組長十人，職務列簡任第十職等；並設置技正、科長、副研究員（三十一人至三十五人）、分析師、專員、設計師、管理師、助理研究員（三十七人至四十三人）、技士（一百二十一人至一百三十三人）、科員（五十

<sup>30</sup> 舉例言之，對於自由人權有嚴重干預嫌疑的領域，例如調查局之設置與職權，立法者原則上應進一步為細膩的規定。

<sup>31</sup> 行政院衛生署組織法（民國九十三年六月二十三日修正）第一條規定，衛生署掌理全國「衛生行政事務」，解釋上應包括傳染疾病的防治。

三人至五十七人)、研究助理(二十二人至二十四人)...(以上見該局組織條例第六條)。



圖 2.1:衛生署疾病管制局組織圖

資料來源：衛生署疾病管制局。

此外，行政院衛生署疾病管制局為因應業務需要，得於全國重要地區、港口及航空站，設疾病管制分局，但以七個為限（見該局組織條例第十條）。行政院衛生署疾病管制局因業務需要，經衛生署同意後，得設各種委員會；所需工作人員，就衛生署疾病管制局組織條例所定員額內派充之（見該局組織條例第十四條）<sup>32</sup>。

衛生署為疾病管制局之上級監督機關，得進行職務監督與專業監督<sup>33</sup>。由於衛生署與疾病管制局之首長向來均由醫界人士出任，疾病管制局之專業性受到高度的重視，而疾病管制局的首長也多能尊重衛生署之政策指揮監督，從而不至於發生難以協調或惡性對抗的情形。

<sup>32</sup> 現行行政院衛生署疾病管制局，係合併早先行政院衛生署防疫處、預防醫學研究所與檢疫總所三單位，於民國八十八年七月一日成立。見行政院衛生署疾病管制局網站有關「組織沿革」之介紹。

<sup>33</sup> 這是行政組織法之有關的學理，也是我國新近「中央行政機關組織基準法」第 14 條之規定。

總之，我國於 SARS 爆發之前，行政部門與立法部門便已體認到防疫的重要性而設置衛生署疾病管制局，其下設有各種分組、中心與四個地區分支機構。

總體而言，衛生署與疾病管制局為我國疾病管制的中央政府部門的行政機關，在處理一般所習見的規模、案情的傳染病時，二者的人力向來即感負荷頗重，以致於兩機關之首長、副首長偶有求去之思考。而 SARS 乃為一具有超級威脅性與高度急迫性的傳染病，因此，SARS 之防制，超出疾管局之負荷能力與政策層級，並非意料外之事。

## 貳、SARS 爆發後之中央行政機關的設置

行政組織係為因應行政任務之順利完成而設。依民主國與法治國之體制，享有對外決行權的單位（亦即行政機關），必須隸屬於行政一體性的環節中，並視其層級之高低（這與該機關任務的性質有關，且涉及一定的評價性），而受行政院長或部長的指揮監督。行政機關，若有正當性的理由，得以合議制為之，否則應以獨任制為宜。行政機關之設置，須有法源依據<sup>34</sup>。

為對抗 SARS 疫情，除前述衛生署與疾病管制局各依職掌而為處理之外，行政院於 2003 年 4 月 28 日成立行政院「嚴重急性呼吸道症候群及紓困委員會」。當時並無法源依據，從而性質上亦無決行權，但後來已於 SARS 暫行條例第 2 條加以補救。該委員會以行政院長為召集人，委員包括中央、地方政府相關機關首長及學者、專家。

儘管 SARS 暫行條例並未定位該委員會的層級，但解釋上該委員會應為行政院之下的一級單位，沒有超越部會的地位，蓋我國向無介於部會與院之間的行政機關<sup>35</sup>；但因其係由院長擔任召集人，實際上自然能夠發揮超部會的效果。其採委員會的方式，並以行政院長為召集人，委員成員包括中央與地方之官員及學

---

<sup>34</sup> 在法制的設計上，約有如下的方法，首先係針對內閣、部會、地方自治團體作為基層的執行機關等，加以規定，包括名稱、層級、指揮監督關係、合作協力關係等，而這得規定於統一的一部法典中（在德國各邦係指邦行政組織法）。其次，就特別機關，亦即其專門處理某一業務且轄區涵蓋全國，依德國各邦行政組織法，也應有獨立的法源，我國常稱為「附屬機關」。第三，就有一定獨立性的行政機關，一般係指須維持公正獨立性者，例如中央選委會、公平交易委員會，以及具有獨立人格地位之公法上財團法人、公法上公營造物法人、公法上社團法人等，其成立須有另外的法律依據。我國目前就行政組織法係採高密度的法律保留，詳細規定該機關的任務、一級單位名稱、各一級單位的業務、公務員職缺與人數，欠缺因應業務質量變遷所需的靈活調整。行政院所研議中的「中央政府組織基準法」草案規定，院與部會須有法律依據，但法律內容密度大為降低，只規定機關名稱、機關設立依據或目的、機關隸屬關係、機關權限及職掌、機關首長及副首長之職稱官等與員額、機關有存續期限者之期限。此外，只規定獨立管制的行政委員會須另有法源，似有不足，尤其對法務部調查局、法務部行政執行署等對人權干預性的機構，而且也未將向來之附屬機關（例如經濟部國貿局、法務部調查局）之另有法源的實務作法加以考量。

<sup>35</sup> 也可參照中央政府組織基準法草案第 4 條對行政機關的分級。

者、專家，頗有集思廣益、共同協商、有效執行之功效，堪稱為妥當的行政機關類型選擇。換言之，在理念上或政策選定上，吾人非不得想像仍以衛生署為主管機關，而以其下設置諮詢性的委員會或臨時性的工作小組，但由於 SARS 防制是歷史上獨一無二的重大事件，提高層級並以委員會方式決行，並無不妥。在該委員會的職掌與權限範圍內，衛生署與疾病管制局的相關權限（尤其重大政策的決定）必然遭到某種程度的限縮排擠，儘管該署與局的組織法律並未明文修正，但解釋上應當如此。

其中值得注意者為統一建立指揮中心。詳言之，在 SARS 爆發期間，行政院設有「全國嚴重急性呼吸道症候群防治指揮中心」，核其性質，並非一個行政機關，而是疫情爆發時，為嚴密監控，主管機關與各相關機關集中於一處進行共同的資料蒐集、研判與做出必要指示的處所，相關的決行仍由主管機關或其他進一步之相關部會依各自的權責而為決定。該指揮中心能夠協調部會或其他進一步的社會力乃至軍隊、地方政府間的共同合作，也得做為統一發佈新聞的場所。一般而言，指揮中心需有一個總主其事的官員（或可稱為「指揮官」），而一般係由主管部會之首長出任，但也得另行指派「資深」之人員以為代理，或直接任命資深人員出任<sup>36</sup>。

總之，經由 SARS 委員會的設立，尤其經由行政院長出任主任委員，理論上得整合中央各部會有關的決定，並由於其得納入地方政府相關機關首長以及學者、專家為成員，而得發揮政策協調、溝通與統籌的功能，該委員會所為的決定，得交由衛生署與疾病管制局執行；此外也得視決議的性質，由各部會於相關職掌範圍為有關之決定，例如，財政部就 SARS 所造成的產業衝擊的紓困方案與個案決定等<sup>37</sup>。就每日防疫的最新發展與對策以及進一步的資訊等，由「全國嚴重急性呼吸道症候群防治指揮中心」統一發布新聞，而且由前衛生署長李明亮擔任統一的指揮，因其專業與聲望容易得到各方信任，也容易獲得醫院與醫界的支持。

### 參、SARS 爆發後地方政府之行政機關設置

在 SARS 剛爆發時，地方政府多能依當時的風聲鶴唳與視聽，感受到問題的嚴重性，而積極接受中央的建議或主動仿照中央的模式，成立臨時性的任務編組。以台中市政府為例，其依據傳染病防治法第 11 條「疫情發生時，地方政府應動員所屬各相關機關及人員處理」，成立「SARS 防治因應小組」，以建立跨局

---

<sup>36</sup> 在比較立法例上，凡於重大災難爆發的場合，一般均設有指揮中心，約見德國柏林邦「災害防救法」(Katastrophenschutzgesetz) 第九條之規定。

<sup>37</sup> 理論上，SARS 委員會確實具有發揮政策協調、溝通與統籌的功能。然國家衛生研究院論壇(2004:26)指出，該委員會之下設有跨部會小組，包括醫療及疫情控制組、境外管制組、居家隔離組、國防資源組、物資管控組、經濟及產業組、外事組、法制及預算組、新聞組、督考組等，組織龐大，而各小組又均是跨部會的組合，故在事實運作時，造成協調能力不足與反應遲緩的問題，因此難以落實指揮及快速控制疫情。

處協調與分工機制；並另設成立緊急應變小組，由市長擔任召集人，衛生局長擔任執行秘書，環保、民政、經濟、教育、社會、新聞、交通、警察、消防、勞工、兵役、人事等十二局室局長、主任擔任委員，由各局室分工共同積極執行各項 SARS 防疫工作<sup>38</sup>。

SARS 全面爆發之後，直轄市政府、縣市政府多能接受衛生署疾病管制局的建議或監督，擬定「某某縣市嚴重急性呼吸道症候群因應防治計畫」，其中便涉有相關的委員會，以收統籌跨局室之協調，或甚至納入地方學者專家之成員<sup>39</sup>。

總之，為因應 SARS 疫情處理，地方政府之設置機關，多能遵從中央的指示，並未產生對抗情形。

## 肆、中央與地方政府間之關係

就 SARS 此一高度嚴重與急迫性的疫情之防治而言，理想的權限劃分不外為：統籌性的、指揮性的以及超越地方能力性的事權應交由中央處理，中央與地方間應建立暢通的溝通管道，地方應負責第一線的執行（尤其有關社區擴散等的控制與相關嫌疑人員的隔離措施的貫徹等）。我國傳染病防治法就此已有基本的規定，SARS 暫行條例並進一步為精確之規定，凡此均合乎中央與地方間的「策略性伙伴關係」的建立，以下略做說明。

首先，傳染病防治法第 3 條將其他傳染病或新感染症之指定為傳染病，授權中央主管機關為之，亦即地方行政機關無決定權。本項設計堪稱妥當，蓋傳染病具有全國影響性，宜由中央主管機關統一指定。衛生署於 92 年 3 月 28 日公告指定 SARS 為第四類傳染病。

其次，傳染病防治法第 4 條授權中央訂定傳染病防治政策與計畫（包括預防接種、傳染病預防通報調查檢驗等）。本項業務具有上游政策屬性，而且以傳染病防治的重要性以及現行中央／地方的組織人力與財務的配置情形而言，上述劃分堪稱妥當。就衛生署之進一步的通案性決定，詳下述。

就通案或個案之決定，尤其當屬於地方性質時，傳染病防治法係交由地方政府為之，例如該法第 24 條限制或禁止上課、集會、宴會，管制出入特定場所，管制度區交通，第 25 條對於疫情地區之農產畜牧、游泳或飲用水等的限制，第

---

<sup>38</sup> 參見台中市嚴重急性呼吸道症候（SARS）因應防治計畫，<http://www.tcchb.doh.gov.tw/pf/sickfood/SARS.htm>

<sup>39</sup> 直轄市政府縣市政府如何設置抗熱的機關或單位，固然屬於行政組織權的一環，但鑑於 SARS 的嚴重影響性，立法者非不得在 SARS 暫行條例直接規定地方抗 SARS 組織的類型，但也得只為大要之規定而讓地方有進一步的決定空間；二說中原則上以後說為妥，一則各地方的抗 SARS 業務容有一定的因地制宜的差別性，二則我國地方制度法第 62 條規定地方行政機關的亦即單位組織的數額的上限地方組織權的運作已經受到一定的限縮，不宜進一步由專業法律加以箝制。

26 條檢疫措施的實施，第 28 條對於疫情發生時之運輸工具之防疫工作；反之，第 27 條明定對國際港埠的檢疫，則由中央政府為之。

傳染病防治法第 24 條固然規定執行權一般劃歸地方政府，但於其第 2 項同時規定，中央主管機關「於必要時，得指示地方主管機關辦理，地方主管機關不得拒絕」。本項設計儘管文字未必精確，但給予中央一定的介入空間，堪稱妥當。在 SARS 事件爆發時，和平醫院封院係由台北市政府為之<sup>40</sup>，並由中央主管機關隨時掌握情況<sup>41</sup>。仁濟醫院之封院，則由台北市政府依據傳染病防治法第 4 條第 2 項「必要時得報請主管機關支援」，而向行政院衛生署請求接手辦理。依前述條文，地方主管機關（本件中為台北市政府）就是否提出請求，享有裁量權；就中央主管機關之同意接管之要件與裁量，同法第 4 條並無明訂，而有待解釋。本研究認為，應以事態的規模嚴重性以及地方的承辦能力為考量，中央主管機關不得以自己的人力或經費不足，予以拒絕，蓋中央政府（也可謂國家，以有別於地方）係作為最後而且擁有最充分資源者（必要時甚至得動用軍隊、預備金、特別統籌分配稅款、追加預算等，而且又有更高的協調及動員社會部門的能力），應被界定為最後的擔保者。此一論調符合憲法學上的理論：國家作為人民的福祉與基本權利的保障者，必須妥為建立組織與程序，並應提供必要的設施與照顧；國家於高風險領域有為保護之義務(Schutzpflicht des Staates)<sup>42</sup>。

若條文未規定或規定不清楚，應以傳染病防治事涉全國重大事項為出發點，將上游的政策規劃權限交由中央政府，將個案的執行原則劃歸地方，惟重大或困難案件則改歸中央主管；地方政府執行時，中央主管機關應有合法性與合目的性之監督，蓋這係出於傳染病防治之前述性質使然<sup>43</sup>。

其次，進一步的規定、而且成為 SARS 防治的最重要的適用標準，乃是 SARS 暫行條例，其第 2 條第 2 項首先規定「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會」之成員，應包括地方政府相關首長。該條第 3 項並進一步規定，中央、地方各機

---

<sup>40</sup> 其係依據傳染病防治法第 4 條主管機關之地位，並依同法第 24 條第 1 項第 2 款「管制特定場所之出入並限制其容納人數」，第 3 條「施行適當處置」、第 11 條「有疫情發生時地方主管機關應立即動員所屬各相關機關（構）人員處理」。關於和平醫院的封院，台北市政府先於 2003 年 4 月 12 日發出新聞稿，在於 2003 年 5 月 2 日發布公告：台北市和平醫院因爆發 SARS 院內感染，為避免疫情擴大經本府管制該院之出入並透過新聞媒體公告，並通知所有醫院員工即時返回醫院接受隔離，全體院內同仁、病患、有關民眾不得進出該院並應接受本府之檢查，其他有關之防治措施將依法辦理，為維護全體民眾健康特申前令。」這係台北市政府衛計字第 09202306000 號，依據為傳染病防治法第 11、24、34 和 37 條，文號引自李建良(2003:84、93-94)。

<sup>41</sup> 同說見李建良(2003:95)。傳染病防治法第 25 條、26 條均明訂主管機關必要時之介入，也顯示相同的價值判斷。

<sup>42</sup> 相關理論源自德國憲法學，並在台灣得到肯認，請參見許宗力(1999)、李建良(2000)、陳愛娥(2000)

<sup>43</sup> 本處涉及地方制度法作為中央與地方權限劃分的一般規定，以及由專業法律於必要時為特殊規定，請參看黃錦堂(2000)。

關(構)、學校、團體，於執行本條例防治及紓困工作，應受前述委員會之指揮。本處所稱「指揮」，應包括通案性之政策之決定與個案性的執行行為；甚且，就後者，前述委員會也應享有指令權<sup>44</sup>。

## 伍、中央與地方互動之爭議

中央行政院與直轄市政府、縣市政府的互動，固然有如上傳染病防治法與 SARS 暫行條例為劃分，但仍因事涉急迫而雙方均欠缺經驗、以及防疫事項經緯萬端而法條難以絕對細緻，從而仍不免有爭執的可能。這問題於 SARS 暫行條例未發佈之前，因為傳染病防治法未達絕對精確，爭執之可能性因而更高。但是這種爭議在隨著 SARS 疫情的激烈化、SARS 暫行條例的制定與實行、中央與地方之互動經驗的累積之後，大致獲得控制，例如台北市政府請求衛生署接管仁濟醫院之封院，並得到同意，即是一個案例。

就中央與地方間之爭議，監察院糾正案略有提及，詳見以下分析，但這不應全面否定大致的互動狀況係依照前述法律而來，而且仍屬良好。

## 第二節 行政行為面

SARS 疫情爆發之後，前述中央與地方行政機關均致力於防疫工作，吾人得區分為居於上游且屬於通案性政策性之行為、居於下游之個案的處置行為、資訊公布行為、以及送飯與鼓勵等細瑣行為，逐一在本節中加以討論。

### 壹、通案且上游之決定

#### 一、傳染病之指定

在 SARS 防治過程中，衛生署曾依傳染病防治法第 3 條第 1 項第 4 款，指定其為第四類傳染病，已如前述。這是一個法規命令<sup>45</sup>。衛生署並於今年 8 月 28 日將 SARS 改列第一類傳染病，醫師發現病患的一小時內，必須立即通報，否則將受罰。

就其制訂程序而言，該行政機關「得」「依職權」舉行聽證（行政程序法第

---

<sup>44</sup> 所謂指令權，應指具體個案之事前的指示與指引，而非限定於事後之糾正。

<sup>45</sup> 參見行政程序法第 150 條之定義。

155 條)；衛生署得針對疫情的發展情況與急迫性等決定是否召開聽證。但本件中因為事情極為急迫，而且世界衛生組織與外國已有指定（即世界衛生組織於 2003 年 3 月 15 日正式將該傳染病定名為 SARS），從而不須進行聽證<sup>46</sup>。

## 二、防治計畫之制頒

SARS 的防治，須有整體的策略，衛生署曾訂定「SARS 因應防制計畫」，依據不同的 SARS 疫情而擬定不同的防治等級與因應策略，並據以訂定應變措施及管制明細，以為最高的行動綱領，其內容據報導如表 2-1。

表格 2-1：SARS 因應防制計畫綱領

分級 項目	0 級	A 級	B 級	C 級
疫情	國內外均無疫情	國外傳出確定病例，國內尚無疫情	國內出現初級感染病例	國內發生次級感染病例
相關措施	中港澳入境者自我健康管理	SARS 流行區入境者須自我健康管理，機關、學校、醫院全面量體溫	初級感染者的接觸者須自我健康管理，發燒但排除感染 SARS 患者須居家隔離三日，建議不要舉行大型室內活動	啟動民政體系追蹤自我健康管理與居家隔離者，限制實施大型室內活動

資料來源：2003/12/18，聯合報 A4 版，中國時報，A4 版。

<sup>46</sup> 李建良(2003)亦將該指定定性為法規命令，並須依中央法規標準法第 7 條送立法院審查；該審查並非該法規命令的生效要件，而是屬於事後的性質之監督；另外，依行政程序法第 154 條規定，行政機關擬訂法規命令時，除情況急迫，必須事先公告周知，但本處因有急迫性而得省略之。這類計畫儘管對人民不具有拘束力，但因為對行政機關為統一的規定與指揮，具有事前規劃並統一步調及整體調度資源的優點。在法制上而言，我國行政程序法規定「行政計畫」章，而賦予法源；此類計畫不須專業法律之授權，除非其中有將涉及人民基本權利之部分加以一併納入計畫當中。此類計畫實質上影響深遠，從而必須具有前瞻性，而且內容必須切中問題而且具有可行性，也應遵照 WHO 的有關要求並參考其他國家作法，其制訂的程序應力求周延。



依據該項行動綱領，並在 SARS 暫行條例的授權下，衛生署疾病管制局公告各種管制措施，以 2003 年 12 月以來為例，曾公告量體溫與超過攝氏三十八度者在家休息的要求（署授疾字第 0920001851 號函）、入境旅客申報調查表（署授疾字第 0920001849 號函）、進入公私立醫院配戴口罩（署授疾字第 0920001913 號函）等。

各級政府與各級學院亦依據該項行動綱領訂定疫情應變計畫，例如「台中市嚴重急性呼吸道症候群（SARS）因應防治計畫」，其中指出依據為傳染病防治法第 11 條「疫情發生時地方政府應動員所屬各相關機關及人員處理」<sup>47</sup>。教育部也訂定因應 SARS 疫情應變計畫，各縣市政府教育局乃據之而制訂相應的計畫<sup>48</sup>。

同屬上游層次之行政行為者，為建立完善的通報系統，以及建立分級動員的指揮系統，並訂定醫院感染管制措施標準作業流程等。

這些計畫的正確與否、作成的時間、以及各級政府能否確實「照表操課」，對防疫工作具有無比重要的意義。

### 三、重要不確定法律概念與裁量之拿捏

居家隔離係 SARS 暫行條例第 5 條所明定，但為減輕對當事人的基本人權的衝擊，得經由裁量準則的制頒，而予以類型化處理。衛生署原先將居家隔離分為兩類<sup>49</sup>。第一類為「密切接觸 SARS 通報個案者」，亦即（一）家人或同學是通報個案；（二）曾至已集體感染的醫院就診者。隔離天數自最後一次接觸通報個案當天算起滿十四天。第二類為「專案防疫強制居家隔離者」，亦即（一）從病例集中區如大陸、香港、新加坡、加拿大等地回國；（二）在機場檢查沒有 SARS 症狀的民眾。其須居家隔離滿十天無發燒或咳嗽等症狀，才可解除限制。

基於對 SARS 病毒的進一步理解，與參照 WHO 的建議，加上我國先前實施隔離措施的成效的評估，衛生署於 93 年 8 月 28 日放寬居家隔離規定，第一類改為以十天自我健康管理代替，每天早晚各量一次體溫，只要未發燒就無須居家隔離，一旦有發燒情況，則建議先在家自我隔離三天，如果三天內未退燒，才前往就醫檢查是否感染 SARS；至於第二類之隔離者，除非其他地區出現嚴重疫情，否則入境者只要沒發燒就不隔離，而改為以自我健康管理十天取代。

這係主管機關對不確定法律概念與裁量的拿捏，屬於通案性質，在防疫上從而具有上游的地位。上述的放寬措施，影響深遠，而衛生署也已指出考量的依據。

<sup>47</sup>該計畫最新版為 2003 年 6 月 29 日修訂版。全文見 google 內在於網址 <http://www.tcchb.doh.gov.tw/pf/sickfood/SARS.htm> 的頁庫存檔。

<sup>48</sup>桃園縣政府教育局「因應 SARS 疫情應變計畫」其指出係依據教育部 2003 年 4 月 16 日台軍第 0920054736 號函辦理，全文在於 <http://ww.edu.tw/sars/eje/sarstoyaun.htm>

<sup>49</sup>參見衛生署網站 [http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/居家隔離手冊最新版\\_030509.doc](http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/居家隔離手冊最新版_030509.doc)。

## 貳、個案之裁決與即時強制

### 一、概說

在抗煞過程中，包括封院、封街、強制隔離、對醫師與醫療院所違反通報義務之科處行政罰鍰、以公權力徵用醫院，視具體情形，或為行政處分之行為，或為 SARS 暫行條例/傳染病防治法/行政執行法所稱即時強制之行為。主管機關的任務，在於確定個案之案情，然後依相關專業法律之個別條文之規定，作出裁決，以便使該個案之當事人之權利義務，最後確定。

### 二、法制面之關懷：正當行政程序與比例原則

就行政機關執行法律所應遵守之正當法律程序，我國各專業法律得自為規定，而於未規定時適用行政程序法。我國傳染病防治法、SARS 暫行條例並沒有直接的程序規定，但得經由解釋，尤其參照二法的解釋及事件的輕重緩急，而推論出一定的行政程序適用標準。

行政程序法第 102 條規定，行政機關作成限制或剝奪人民自由或權利之行政處分前，應以書面通知當事人為意見之陳述；但同法第 103 條規定「情況急迫，如予陳述意見之機會，顯然違背公益者」之例外；同法第 107 條規定行政機關於法規明文規定應舉行聽證或認為有舉行聽證之必要者，應舉行聽證；聽證係更為正式而且含有詢問專業人士或甚至雙方交互詰問等之更為制式化的程序。

在 SARS 的防治過程中，不論就和平醫院及仁濟醫院之封院、或華昌國宅之封街、或緊急關閉高雄長庚醫院之門診等，案情上均有相當的急迫性，而且出於相關經驗的不足，人民「趴趴走」心態所可能導致的危險，醫院向來配備不足且警覺不夠，以及社區防疫網出現漏洞將產生嚴重的後果等考量，實務上並未提供意見陳述與聽證的機會，堪稱妥當(李建良，2003:92)。

就比例原則而言，行政部門依法律所為的行為，於法律定有裁量空間時，應依案情輕重而決定採行不同程度的措施，否則有違比例原則（行政程序法第 7 條）。最經典的案例為和平醫院之封院。由於擔心引發社區感染，台北市政府係強制全體員工、住院病患及家屬一千多人住院隔離十四天，以防堵疫情擴散到院外，就人員範圍與隔離程度以及隔離的天數，是否逾越必要程度？另一案例為，某大學某學系之某一班級是否因為其中一位學生染煞嫌疑而停課之決定<sup>50</sup>。

本研究認為，事涉專業的防疫學的判斷，必須以當時院內的感染可能程度與

---

<sup>50</sup> 這是評論人許宗力教授的提問，大學的案例為許教授擔任院長時的親身經驗。

客觀的危害以及全國有關社區防治網破裂之憂懼的情境為基礎，也必須顧及台灣承受不起全面社區感染的政經社文壓力與國際競爭力的滑落，必須考慮欠缺經驗下的慌亂與一定粗略決定之無可避免。法學家只能提出觀察架構，細節部分必須由醫療與防疫專業人士填寫。

另一種觀察，則係比擬借用「緊急事故」的理論：因為緊急，所以必須採取快速而且足夠因應的手段加以面對；至於管制太嚴，得視情況發展而加以調整。本件中，由於涉及太多人，前台北市衛生局長葉金川授命進入和平醫院擔任總指揮，採取分級分區隔離，一方面杜絕院內交叉感染，另一方面也減少內部人士的惶恐與不滿。

## 參、非權力之行政行為：資訊與服務之提供

在 SARS 的爆發期間以及事後防範秋煞的過程中，政府部門有許多作為，因不涉及權力運作，從而依我國向來有關法律保留的見解<sup>51</sup>，不須有法律依據；換言之，這是屬於行政機關積極、主動、全面展開施政的範疇。歸納言之，政府部門約曾採取如下的措施：

- 專門網站與電話查詢專線之建立；
- 經由媒體與學校、機關等各種管道，廣泛教導民眾 SARS 的各種必要資訊；
- 聘請或同意美方專家前來參與防治，並提供諮詢意見；
- 中研院李遠哲院長號召醫療科技人士組成團隊以緊急研發疫苗；
- 推動「全民量體溫運動」<sup>52</sup>；
- 送飯、發動里長監督、發動志工參與等行為，這一類的行為均出於 SARS 執行面的安排，從而也得列為一種廣義的行政決定；
- 對各醫院與醫師，進行勸說指導，並以法規的制裁作為最後的威脅，而達成一個合作的模式，例如要求各醫院接受配額、建立流行感冒的室外篩檢站，並指示應有的技術；
- 鼓勵並勸說遊民接受施打流行感冒疫苗，使不致成為傳染病源，並安撫心理<sup>53</sup>；
- 於華昌國宅封街階段，出動村里長維持秩序，並嘗試經由在地性的網絡減輕民眾的惶恐或對抗；
- 參與國際的討論，並建立國際的管道<sup>54</sup>；

---

<sup>51</sup> 參見司法院大法官會議釋字第 443 號解釋理由書。

<sup>52</sup> 「社區防疫行動聯盟」在中央研究院李遠哲院長帶領下，為如此之呼籲。行政院防治及纾困委員會也表支持。對於健康弱勢團體如安、療養機構之院民、精神病院之院民及特殊人口群如農民與原住民，將由政府提供幫助及監控，協助每日量測兩次體溫及紀錄。

<sup>53</sup> 台北縣、市政府分別為遊民施打流行感冒疫苗，見中央日報 2003 年 10 月 30 日第七版、台灣時報 2003 年 10 月 30 日第 14 版。這雖然係針對流行感冒，但也在於減低遊民因發燒而誤以為染煞等的痛苦以及周遭人士的染煞驚慌。

<sup>54</sup> 例如台大傳染病科主任張上淳曾應邀世界衛生組織「SARS 研究顧問委員會之研究會議」，而

- 對重點地區強化防疫的監控；
- 強化各種 SARS 重點藥物的研發：衛生署疾病管制局推動所謂實驗室檢驗，整合有效運用國內醫學中心病毒性實驗室的檢驗資源，以提供最迅速與最正確之診斷檢驗效能；
- 建立「村里抗疫作戰小組」<sup>55</sup>以及社區健康防疫網<sup>56</sup>；
- 其他：在國內持續加強衛教宣導、強化自願之 SARS 病毒偵測、施壓要求強化院內管控查核、強化教育訓練、強化疾病源鑑定、強化負壓隔離病房管控、建立感染症防制醫療網等。政府也得運用心理衛生與社會福利的措施，以預防及治療傳染病（其中尚且包括去污名化）；建立有效的資訊系統溝通平台，提供相關資訊，也是一種有效的政策手段（楊志良、林雨靜，2003）。

上述諸種非權力手段，已於 SARS 暫行條例第 2 條第 4 項、第 5 項有關抗疫小組、第 6 項結合全民防衛動員準備體系、第 3 條第 2 項組成專案研究小組為研究、以及第 4 條教育宣導訓練講習等法條中，有所規定。換言之，就法源而言，我國已經高度完備。

## 肆、其他重要措施：紓困與補助等

在 SARS 疫情嚴重時，政府研擬對受重大影響的產業提供紓困。這是防制 SARS 的一項重要武器，旨在避免經濟與勞工生計之崩解。SARS 暫行條例第 16 條規定，中央政府為支應 SARS 的防制與紓困所需經費在總額經費五百億元內，得限期依特別預算程序辦理之，而立法院亦完成三讀。此涉及國家預算的妥當使用，也涉及人民的請求權的成立與否（也可謂涉及財產重分配），必須慎重<sup>57</sup>。

SARS 暫行條例規定，相關預算得運用於因 SARS 而發生營運困難的產業、醫療機構紓困或補貼稅費，以及對此類產業的員工提供必要的協助（見第 12 條至 14 條）。該預算也得用於執行本防治工作致傷病或殘障死亡者之給付，以及其子女教育費用之經費；也適用於公私立醫療（事）機構與其他相關機關（構）、學校團體及人員之補助或津貼或績效獎金或補償。

民間設立 SARS 專責醫院，也得請求補償（SARS 暫行條例第 14 條之 1）。各級政府機關為迅速執行救人安置及防制工作，得向民間徵用必要的土地或設施或器物等；當事人也得請求補償（SARS 暫行條例第 7 條）；接受強制隔離而後

---

且係由美國「疾病管制中心」的推薦，見中央日報 2003 年 10 月 26 日，第六版。

<sup>55</sup> 內政部(居家隔離組)為達到全民監督的抗疫作戰，依行政院會議指示，通函全國各縣市應成立，由村里長擔任小組組長，召集各鄰長集合組成，直接請各該當地警政、社政及衛生人員支援，以有效監督居家隔離者，降低感染的機率。

<sup>56</sup> 台北市中正區為有效防疫疫情，結合有意願的診所、藥局、檢驗所、學校、社區、機構、鄰長、志工團隊，成立社區健康防疫網，見台灣日報，2003 年 10 月 20 日，第 13 版北部焦點。

<sup>57</sup> 此為湯德宗教授之發言意見。

診斷證實未感染嚴重急性呼吸道症候群者，政府得給予合理補償（SARS 暫行條例第 8 條第 3 項），感染嚴重急性呼吸道症候群之病人應強制隔離治療至影響家計者，政府得給予扶助（SARS 暫行條例第 8 條第 4 項）。各級衛生主管機關為執行防疫所指定或徵用的公私立醫療機構之相關人員或設施不足時，中央主管機關應予協助支援（SARS 暫行條例第 9 條）。行政院進一步制訂相關規則<sup>58</sup>。

上述項目，性質不同，宜加以區別。「救助」係指當事人生活低於貧窮線，屬於社會救助（法）之體系。「補償」則適用於行政機關之合法措施而導致當事人特別犧牲之案型；只要補償之要件該當，行政機關無拒絕的權利，亦即當事人享有請求權。

由此觀之，中央衛生主管機關得鼓勵民間成立 SARS 專責醫院並提供「補償」（SARS 暫行條例第 14 條之一），宜改為「補助」，蓋本處未必有客觀上之特別犧牲。此外，第 14 條第 2 項所稱醫療機構因而停診者之適當「補償」，應以其參與 SARS 的防治而導致特別犧牲，包括看診者之減少、既有病人之流失與醫療資源之轉供使用等。本處以醫療機構「因而停診者」為要件，是否過嚴，非無疑問。蓋 SARS 畢竟屬於空前的防疫，而政府既有防疫設施不足，應鼓勵醫療機構積極參與（林明鏘，2003:100）。

與上述不同者的另有工作津貼或因為抗 SARS 有功而發放的績效獎金，原則上應屬附帶、例外的性質，應依時間或案件勞苦，且額度不宜超過本薪。

至於對於業者的補助，或就工商各行業因 SARS 衝擊所為的請求補助，屬於社會政策或經濟政策的一環，立法者享有裁量權，端視案情的需要。鑑於國家整體資源有限，而當時五百億元特別預算總額係屬一種粗略的估算，行政部門於制訂有關的發放標準與個案決定時，應注意公平與效能的要求<sup>59</sup>。

感染嚴重急性呼吸道症候群需隔離治療至影響家計者之扶助，也係屬於社會政策的一環，而與社會救助或特別犧牲補償所不同。

## 伍、行政懲處之決定

世界衛生組織在 2003 年 10 月初所公布最新“嚴重急性呼吸道症候群”可能

---

<sup>58</sup> 嚴重急性呼吸道症候群徵用補償辦法、受嚴重急性呼吸道症候群影響而發生困難產業及醫療（事）機構紓困辦法、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、受嚴重急性呼吸道症候群發生困難產業補貼稅費辦法等；也有勞工生活扶助要點，家計受影響者之急難救助金核發要點、隔離期間慰問金及死亡慰問金發給要點；另有機構獎勵要點、醫療機構獎勵要點、人員補助補償要點、工作獎勵要點；也有行政院所屬醫院建制相關設施之費用補助原則、醫療機構收置相關感染性廢棄物處理費用補助原則等，見 <http://www.cdc.gov.tw/sars/>

<sup>59</sup> SARS 暫行條例第 14 條第 1 項所稱醫療（事）機構因 SARS 發生營運困難之協助，性質上為社會政策或經濟政策的一環政府部門享有裁量權，而與同條第 2 項醫療機構因而停診者之補償有所不同。

病例統計摘要，臺灣病例為六百六十五件，死亡人數一百八十人，死亡率高達百分之二十七，輸入病例五十件；所有病例中有八十六件為醫護人員。在稍早非典疫情嚴重時，所有疑似病例都被列為可能病例，許多因其他疾病死亡的病例也被列為非典死亡病例<sup>60</sup>。對於這些死亡，相關醫護人員應否以及如何負責？

傳染病防治法第 29 條第 1 項規定醫師之通報義務，同法第 30 條第 2 項規定醫療機構應指定專責人員，同法第 24 條第 2 項規定處罰條款(林明鏘，2003:104-105)。就延遲通報，須有「延遲」之存在，而這已經涉及醫療專業的判斷。除此之外，尚有更為嚴重的隱匿疫情，但這須有足夠的客觀證據作為證明；此外尚有院內感染控制措施之疏忽性。其他也有誤診之醫療專業能力問題。

台北市議會曾組成調查市府處理 SARS 事件專案小組，認為前和平醫院感染科主任並未刻意隱匿疫情與延遲通報，而只是誤診，與檢調及監察院之糾正文看法有所出入，顯示問題之判斷之不易。

就行政管理疏失而言，醫院內感染控制委員會之任務編組之周詳性與明確性、感控稽核之分層負責與確實落實、感染控制委員會與其他單位之橫向溝通協調與聯繫之客觀上困難、感染控制委員會一般難以督促全院動員，均係台灣長年未被重視的一個領域，如今發生 SARS 之實戰，責任之追究不免困難。

就行政主管之監督責任而言，地方政府衛生局長固然應該整合所屬醫療院所的相關防疫計畫，而且應妥為督導，但這在台灣向來只是形式，不易落實。而就衛生局長對抗 SARS 過程中之個別醫院之個案的指揮監督，其有無疏失之行政責任判斷，吾人宜確定院方為第一線之負責人，而且監督不易。

公立醫院醫師違反前項規定，除了因其為公務員而依公務員懲戒法（要件見第 2 條，違法、廢弛職務或其他失職行為，以當事人有故意或過失為前提）為懲處之外，尚不免一併發生醫師法第 25 條第 1 款前段「業務上過失重大過失」或第 5 款屬於概括條款性質之「業務上不正當行為」，而由醫師公會或主管機關移付懲戒。若醫師之匿報造成傷亡，則尚不排除構成刑事犯罪，約如刑法第 130 條廢弛職務釀成災害罪、第 276 條業務過失致人於死罪——前仁濟醫院院長、感染控制委員會主任委員均被提起公訴，以及民事損害賠償責任<sup>61</sup>。懲戒責任與刑事責任的罰度科處，得考量現行醫院的配備困窘、相關訓練的不足及此次 SARS 係空前的案例等，而從輕為之。公立醫院之首長並進一步有政治責任之問題。

職業懲戒責任或刑事責任應視案型與個案具體情形。惟無論如何，吾人亦得通體觀察而為評論。在本次事件中，鑑於 SARS 的爆發及擴散對於人民生命身體健康的危害與對經濟社會的嚴重衝擊，醫事人員自應保持高度的警戒，而為審慎

---

<sup>60</sup> <http://news.beststar.com/ll/fanti/1282201.shtml>，查詢日期 2004/01/02。

<sup>61</sup> 有關刑事責任，請參看何賴傑(2003)。

之處理，不得推卸責任。惟另一方面而言，在懲罰或刑罰額度的課量上，除非當事人有積極的惡性，否則宜從寬量刑，畢竟本次 SARS 疫情乃為空前所未見<sup>62</sup>。

### 第三節 治理成效之評估

SARS 係我國晚近所發生最嚴重且急迫的傳染性疾病，而且因為相關知識資訊與經驗之不足，各級政府處理上難免有一定的疏失。以下略作評估，然後再引述監察院的意見。

#### 壹、行政體系與法制基礎

整體而言，在本次防治 SARS 的過程中，中央政府透過前述的措施，控制住了疫情的擴散。台灣的「基本盤」為如下幾項：首先，相關法規足數使用，從而使政府不至於沒有政策工具。其次，事態誠屬嚴重，以致於中央與地方、以及在朝與在野均願意合作。

政府握有充分的政策手段，例如得經由健保的支付體系影響醫院，對受衝擊的各業與受害當事人得予以賠償或補償等，對罹難的醫護人員進行補償與褒揚，對違規的人員送交懲處等；此外，政府延請李明亮或葉金川等醫界「大老」出面，除了借重其經驗之外，也因資深、經歷或人和等因素，使醫療體系有較高的配合度；政府任命新的衛生署長，等於對衛生體系有一定的督促與警告作用；對和平醫院、仁濟醫院採取封院手段，並吸取經驗而推展到後來發生感染之高雄長庚醫院等；動用各種管道，告知人民相關訊息；啟動各方面行政與社會資源，減輕社區感染之擴大。簡而言之，政府用盡各種資源，以各種軟硬手段，加上民間社會的高度警戒與自我防範、媒體的高密度報導（不外指責違規之個案與督促政府），終於化解了事態之嚴重化。

更根本言之，台灣自清末、日據時代、至政府遷台而國民黨長年執政以來，建立法律主治，奠定行政體系，充實各種硬體與人員資源，廣泛為必要之教育，成功的國內外視訊傳播，有效的全面運用各種學校單位與媒體之網絡，堪稱通暢之國際對話，儘管有些不配合的個人與行為，但在朝野的共體時艱之下，輔以

---

<sup>62</sup> 監察院目前仍在調查和平醫院爆發集體感染 SARS 一案，尚未結案。據報載，對衛生局主管的調查事項之一，為若干市立醫院陸續爆發疑似集體感染案例，顯示其對市立醫院內部控管的督責出現缺失；之二，為和平醫院封院後，其沒有在第一時間利用和平 A、B 棟分離的優勢做好隔離措施，使得院內感染擴大，員工情緒失控，引發社會惶恐。詳見 2003/11/04 中國時報，何博文/台北報導。

WHO 與美國一定的關注甚或指導，均可謂為台灣抗煞的良性基本構造。

SARS 防治顯示，在遭遇重大且可能導致國家基業崩盤之可能案型之際，台灣社會具有高度之行政合理性、社會反應性、通訊與溝通管道之順暢性、媒體之報導性與政治理性；行政部門也大致能發揮功能，即使犯錯，例如一度曾經發生民眾與醫護人員買不到防護設備、被居家隔離者四處「趴趴走」之情形，但在媒體與在野黨之督促下，也都立即有所改良。

## 貳、監察院之糾正與彈劾

針對衛生署（含疾病管制局）的施政與台北市政府（含衛生局）處理疫情的缺失，監察院於民國九十三年三月十九日以「九三院台財字第零九三二二零零二六一號公告」，提出糾正<sup>63</sup>。監察院以「九三院台業參字第 0 九三 0 七 0 一三三二號公告」，對台北市和平醫院相關主管提出彈劾案<sup>64</sup>。

由於監察院係我國職司監察、彈劾、糾舉與糾正等的主管機關，其有相當的組織、人員配備與調查權限，而且向來具有一定的權威性，其所為的決定自然有一定的公信力，以下略作引述，再予以整體評價。

### 一、對衛生署（含疾病管制局）之糾正

該糾正文指出如下缺失：

- （一）衛生署及疾病管制局對 SARS 病毒擴散之警覺性不足，初期未能積極落實防疫工作，至疫情淼漫失控，構成疏誤。
- （二）疾病管制局對於和平醫院爆發重大院內感染事件係經由體制外管道獲知，突顯由下而上之通報體系嚴重短路，監測機制功效不彰，殊有欠當。
- （三）衛生署界定 SARS 的診斷定義過於保守僵化，未配合世界衛生組織同步更新，致部分症候明顯者仍被排除，衍生後續誤判疫情與隱匿疫情之爭議，核有未當。
- （四）衛生署欲越廚代庖裁罰違規醫院，便宜行事，於法未合，紊亂中央與地方政府之權責，顯有失當。
- （五）衛生署就監察院前此糾正「院內感染控制相關缺失後」，迄未有效建立外控機制，醫院仍形式化虛應故事，未能落實督導查核工作，顯有

---

<sup>63</sup> 載於監察院公報，第二四六六期（2004）。

<sup>64</sup> 載於監察院公報，第二四六三期（2004）。



疏失。

- (六) 衛生署擬定 SARS 防治標準作業程序失諸遲緩，徒以公文而且有地方進行抗議，卻乏明確指引與實質資源，至整體防疫作為鬆脫失序，迄待改善。
- (七) 衛生署未能及時指定專責醫院以集中治療 SARS 病患，統籌調度加壓病床之機制亦失靈，且未善用民間醫療資源，核有規劃欠當、調度無方、整合不力之疏失。

## 二、對台北市政府（含衛生局）之糾正

前述糾正文指出如下的缺失：

- (一) 台北市接連發生和平、仁濟、中興、關渡、陽明醫院及華昌國宅感染 SARS 事件，造成重大防疫漏洞，核台北市政府衛生局對全市醫政及防疫業務督導欠週，院內感染控制作業疏於查察，旬有未當。
- (二) 台北市政府衛生局逕行指示市立醫院轉診 SARS 病患，核與法令有背，亦與該局先前函示自相矛盾，復未恪遵病床調度規定，確實騰空呼吸道隔離病房，致疫情爆發時隔離病床不敷需求，顯有違失。
- (三) 台北市政府衛生局肩負台北市災害應變中心醫護組重任，卻對和平醫院封院之規劃欠週，配套不足，任院內指揮體系渙散失據，復未督飭該院落實隔離管制措施，引發院內脫序亂象與感染疑懼，殊有未當。
- (四) 台北市政府對於和平醫院封院所採行之配套措施不足，且就地隔離措施欠當，召回醫護人員目的不明，程序草率混亂，徒增院內交叉感染之疑懼，引發抗議脫序亂象，貽笑大方，確有可議。
- (五) 有關 SARS 是否列入第四類法定傳染病與疫情之發佈，均屬中央之權責，台北市政府衛生局未循行政體系建議或取得授權，逕行訴諸媒體發表，僭越應有分際，實有未恰。
- (六) 台北市政府衛生局未及時提供 SARS 應行居家隔離名單，簽辦公文疏脫延宕，行政效率及相關管考功能不彰，顯有違失。

## 三、對和平醫院相關主管之彈劾

監察院於彈劾文中指出，台北市立和平醫院於九十二年四月間爆發嚴重急性呼吸道症候群，院內群聚感染，繼而擴及院外，該院前院長吳康文綜理醫院管理，並擔任該院感染控制小組召集人，卻對院內防疫措施未能嚴密督導。此外，該院

前感染科主任林榮第未據實告知該院同仁有關院內收治疫病患者實情，且未落實處理感染管制教育宣導，致有醫護人員疏於防範而染病。監察院以二人均有違公務員服務法規定，依法提出彈劾。

## 第四節 治理模式之轉型

上述監察院所提出的糾正案與彈劾案，顯露我國防治 SARS 的行政體系係以科層體制為主，其運作有其缺失。以下將上述缺失略作歸納整理，再鑲入我國整體政經社文結構而為宏觀之評價。

### 壹、科層體制之「體系性缺失」

整體而言，儘管一百八十人感染 SARS 而死亡，以及 SARS 爆發期間因封院、封街以及其他各種嚴厲的措施所導致的人權侵害及不方便情勢，政府抗煞仍有一定的成效；整個過程中，科層體制的組織運作與其作為，確有疏失，此由監察院所提出的糾正案與彈劾案可以得知；但吾人也不能完全抹滅中央與地方政府官合力抗煞的努力與成果。

基本上，監察院糾正文與彈劾文所揭露的可謂係一種「體系性」的缺失。體系性首先表現於各公私立醫院在全民健保制度的給付條件的操控下，普遍不重視院內感染的控管，而這種體系性的缺失只有在類似 SARS 的重大感染疾病激烈爆發時，才會顯露出嚴重性。

其次，體系性也表現於中央行政機關衛生署於疫情初顯時欠缺高度的敏感性，以及未能快速有效的發號司令與採取積極主動的作為等，但這畢竟為「不經一事，不長一智」，蓋我國向來對於人民的健康權（其中的疾病防治權與因而對國家施政的積極主張）並未徹底落實，相關之社會力未能彰顯，政治焦點亦不在此，而這整體係可謂國家社會的發展階段的問題。

第三項體系性表現於中央與地方間之互動層面，包括中央未能正確評估地方政府之防疫人力之不足性、與積極為資源性的介入，以及提供疫情資訊等的不夠迅速確實，而且中央與地方政府間之流暢溝通與互動也尚難謂完全建立。

體系缺失之四，表現於地方政府執行封院封街時，對於應有程序之判斷與踐行，仍有一定的草率和混亂。

第五項體系性的混亂表現於少數醫護人員之敬業性的不足以及若干必須隔離觀察或疑遭染煞人士的強制隔離的未能徹底落實等，這與市民社會之專業性及

道德性密切相關。

## 貳、科層式處理的侷限性

由上述諸項體系性的缺陷中，可以窺見傳統科層式治理模式的侷限性，而開啟以信任與引進合於民主精神之當事人團體或社區團體等參與之「新治理模式」的到來。

傳統的科層式治理模式體制的貫徹，包含重重的監督關係，包括中央主管機關對地方主管機關、長官對所屬人員、行政機關對被監督的公私立醫療院所，行政機關對於應強制隔離或應自動隔離者的監督..等等，因此必須以監督者具有充沛的人力與配備為前提，才能掌握現代社會裡廣泛散在各處、生活型態萬千、且移動十分快速的個人。換言之，監督者欲掌控其行為之合理性、合法性，立即作出快速有效的制止或懲處決定，誠非易事。被監督者得針對法條為各種咬文嚼字式的反駁，也得以主管機關的判斷不精確為由，加以抗駁，更得以整個事情的相關政經社文條件的差別性作為抗拒的理由。而在 SARS 防疫的過程當中，政府的對手係為數眾多的公私立醫療機構，後者有強大的實力，政府欲對之為強力的督導與制裁，絕非易事。

再以和平醫院院長吳康文與感染科主任林榮第對於院內各部門（含醫生、護士與行政人員，乃至進一步的工友或約聘員工等）的監督而言，若要建立有效管控傳染病的立院目標，則因為無利可圖、不涉及賺錢，事實上不容易獲得被治理者的衷心同意，而必須以相當大的能耐，才能由上而下貫徹目標。同樣地，以台北市衛生局邱淑媿局長對於各市立醫院的預防性與 SARS 爆發時的各種指揮而言，吾人可想見，要貫徹對醫院高度不利的強制性措施，誠有其困難，次要或更次要的方案或許是一種不得已的考量。事前的溝通協商以及在各醫院體制內建成立員參與與認同的感染管控作業方案，毋寧是最為重要的。

就中央與直轄市政府、縣市政府間的互動而言，彼此間長期的合作與善意，尤其在通案的制度與個案決定中，建立彼此尊重與協商的精神（而非出於政治的鬥爭），才是一個合於新治理的模式。然而台灣仍處於民主鞏固的初期階段，要完全避免政治鬥爭，似乎是陳義過高的理想。

## 參、由國內封閉治理到全球連線治理

SARS 防疫所顯示的傳統科層治理模式的另一問題，在於由單純的國內治理逐漸移轉到世界同步治理的發展趨勢。因為 SARS 具有跨國感染擴散之危險性，衛生署與疾管局之防治措施，必須具有全球的一致性。國內主管部會「自以為是」的時代已經結束，不但必須依賴 WHO 整合性的與先進的疫情研判，以及與世界為同步的採行（但不排除台灣因地狹人稠，風險性更高，而有更預防性或嚴厲性

的措施)，而且在發佈有關的限制與隔離性的措施時，也必須參考國際社會所建立的標準。

在全球同步的趨勢中，新一代的行政治理理論將顯示，涉及人民隱私或限制身體自由的措施 -- 一如 SARS 防疫與隔離所須採行者，行政部門必須遵照先進國家的標準，採行公開與詳為說理的模式；SARS 資訊的提供以及自動或被迫居家隔離的人民的隱私保障等事宜，政府均須採取高度的施政水平，才能免去人民之疑懼。總之，就人權敏感的領域而言，新一代的治理模式強調政府部門必須公開資訊、詳細說理、保障人權，而且整體必須遵循高規格的標準，才能得到人民充分的信任。

以上也意味著，政府的人權敏感領域的施政受到空前的挑戰，必須有更精緻、更合於時代潮流的推演，而這也與整個人類文明由現代性之強調專業進入到後現代性之強調人性等的發展，有著密切關連<sup>65</sup>。

科層式體制係政府治理中最基本的態樣，但存有因應時代與案型而為調整的空間。整體而言，在一個現代化（專業性、不斷自我再生產性）、後現代（對權威有一定的排斥而強調人性化對待、對科技與專業理性質疑等）、強調人權與顧客導向、各社會部門不斷茁壯、全球風險共同體與因而連線治理的時代，科層式體制必須轉型為新治理模式，尤其在 SARS 這類高度危險而涉及公共安全的嚴肅領域裡，新治理模式更有其重要性。

展望未來，為徹底預防和有效控制類似 SARS 的爆發性和高危險性的傳染病，吾人應致力於體系性的改革，尤其須從新治理模式出發。惟這必須以民主的開展、政治的和諧、相關制度的良善設計、整體社會各次級體系之自我反省為前提，並非一蹴可及之目標。

---

<sup>65</sup> 新治理模式或新公共服務的理論，並未詳細針對不同類型的行政而建立命題，本研究可為係補充傳染病防治或領域類型的新治理問題。

# 第三章 我國政府防疫體制之外部 互動

早在一九七〇年代中期，Samuel P. Huntington 等學者（1975）即指出歐美民主政體已發生了治理危機，而危機發生的主要原因在於人民對於政府有太多的期待，但政府卻無法有效的因應，因而產生了制度的過度負荷，造成政府的「無法治理」（ungovernability）與「治理危機」（the crisis of governability）的現象。此種人民需求與政府因應能力出現落差的情形，具體表現在人民對政治領導階層接受程度降低、以及順服程度日益下滑等層面（林鍾沂，1994：34；Mayntz，1993：9），導致政府的角色與功能受到前所未有的質疑與挑戰，如何提昇治理能力遂成為現代政府必須面對的課題。

Stoker（1998：17-28）提出治理的五項主要命題，或可作為提昇現代政府治理能力的有力線索：

- 一、政府並不是國家唯一的權力核心，實際上隱含著地方、地區、國家和超國家為中心多元權力的連結。尤其是私人和自願團體在提供公共服務和決策上的能力，已經成為公共服務和決策重要的一部份。
- 二、國家/社會與公/私部門在尋求解決社會和經濟問題的方案的過程中，確實存在著界線和責任方面的模糊性。
- 三、參與集體行動的公共機構間存在著權力互賴關係，為達其目的，各個組織必須彼此交換資源、協商共同的目標。
- 四、行動者所形塑具有自主性的自我組織網絡，顯示公私部門共同組成的政治體制（regime）之形式，更進一步與政府在特定的領域中進行合作，分擔政府的行政管理責任。
- 五、完成事情的能力不全然要使用政府的權力，也非必要由政府來發動或運用它的權威，而端賴政府是否能夠運用其他的管理方法和技術，對公共事務進行更好的操控和引導。

從以上命題所指涉的含意可以看出：「治理」並非政府獨享或主導，政府必須與其他組織共同分擔治理的責任；此外，治理跳脫了傳統以政府作為主體的架構，廣納各種民間或非營利組織的活動，使得治理的範圍較政府行政更為寬廣。同時，政府將治理的責任轉移給私人部門、自願團體和公民社會，導致國家與社會、公共與私人部門之間的界限和責任難以釐清；此種界線的模糊性，從國家與社會互動的觀點，正是治理隱含著政府、市場與社會相互連結的意圖，以一種議程導向的政策網絡，進而形塑一種兼具效能與民主的治理模式（陳欽春，2004：73-74）。

在此次 SARS 危機中，我國政府的行政治理模式亦顯示出以上特色，即政府防疫體制與社區防疫體系、民間非營利組織、國外防疫研究組織、大眾傳播媒體等外在活動者進行互動，深深地影響了相關政策的成效，以及社會大眾對於政府治理能力的認知。以下各節進一步予以詳述。

## 第一節 社區防疫體系與政府防疫體制

近年西方國家在觀察到以個人主義為中心的市場決策模式，以及以官僚、國家為中心的威權統治模式均無法全然解決社會問題、處理公共危機之後，紛紛提出「社區主義」(communitarianism)的主張，以統合社會與政治改革路線上的矛盾與徬徨(陳欽春，2000：184)。在社區主義的概念中，除了強調其價值層面的歸屬感之外，更注重社區成員在政策過程中扮演主動的參與性角色，一方面可以充分反應政策利害關係人的觀點與利益；另一方面藉以實現民主政治的價值(丘昌泰，1999：8-9)。

在這次我國 SARS 防治的經驗中，中華民國社區營造學會為因應 SARS 疫情，結合財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣公共衛生學會，在中央研究院李遠哲院長帶領下，於 2003 年 5 月 14 日組立「社區防疫行動聯盟」，並於 5 月 25 日舉行宣示活動，共同投入抗 SARS 行列。社區防疫行動聯盟當時宣示，其近期目標為做好 SARS 社區防疫；中期目標為清潔環境，提昇個人及公共衛生，安定心靈；長期目標則欲營造健康新社會。當時全國健康衛生專業者、社區營造工作者、社會教育工作者、社區營造團隊等等，積極回應，主動加入「社區防疫行動聯盟」。截至 2003 年 7 月 11 日，全國共有 104 位個人加盟及 868 個團體加盟。

社區防疫行動聯盟的具體行動之一是建立了一個專屬網站：[http:// www.17885.org.tw](http://www.17885.org.tw) (17885 代表「一起幫幫我」)，這是一個互動式網站，分為號召加盟單位(個人)、資訊分享與交流以及專業諮詢服務三大部分。其中包含了網站聯盟的四個專業資訊主題：一、個人衛生；二、居家檢疫；三、心理支持；四、社區環境。並以公共衛生專家學者、醫師團體為主體，蒐集 SARS 相關資訊，再轉換成居民容易理解的言詞內容，傳遞及時、正確、易懂的 SARS 防疫資訊與資料。該聯盟依縣市組織「社區防疫協力團」，歡迎全國各社區、公寓大廈管理委員會、學校、社團組織、地方鄉鎮公所、村里辦公室等向本協力團提出申請，就申請協助內容、範圍策定防疫對策，並配合在地社區的需求，推廣 SARS 防疫相關知識，提供相關諮詢，以增強社區防疫能量，減少不必要的恐慌。並視社區的需求，建立防疫的標準流程或支援社區診斷，建構健康、安全社區。且視執行績

效向中央及地方政府提供有關 SARS 防疫諮詢及建議。

「社區防疫行動聯盟」並積極推動自 2003 年 6 月 1 日為期 10 天的「全民量體溫運動」。希望民眾在十天內每天早晚量體溫，形成 SARS 防疫的重要防護網。其間政府透過基層民政、社政、衛政與警政體系，搭配社福團體和勞委會，積極照護弱勢民眾、獨居老人、機構安養或身心殘障者，做好 SARS 防疫。社區防疫行動聯盟也結合 800 多個民間團體，主動投入 SARS 防疫與關懷，加上全國 9,300 家西醫診所及 6,000 家社區藥局等基層醫療機構設立「社區 SARS 諮詢站」、各縣市醫師公會設置「177」電話專線，提供有關量體溫、發燒、SARS 防治的諮詢。這樣自主性的「健康生活管理」、「個人衛生習慣的養成」和公權力參與的「特殊族群防疫照護網」的建構，為營造健康新社會提供堅實基礎。

具體的社區防疫的個案，包括埔里居民結合鄉公所、衛生所、宗教團體、醫療診所、社區團體、志願服務團體等在地資源，組成「水沙連社區防疫聯盟」，培訓志工，於埔里市區設立六個體溫測量服務站；台北市北投區石牌地區 12 個里，結合陽明大學社區護理研究所和民間資源，共同組成「抗煞小組」，發動二百多位志工，從事居家隔離電訪和教育訓練等工作，此外，為了配合量體溫的運動，除了分發耳溫槍給里辦公室外，還在各里廣設體溫測量站；屏東基督教醫院主辦的屏東市社區健康營造中心，邀請縣政府發起「十萬抗煞小尖兵」，由全縣 241 所國中小學生共同投入「關心家人、關懷社區」的「抗煞」活動。

最值得注意的社區防疫模式是位於和平醫院旁的中正區忠勤里與河堤里的動員模式，這個強調「自律、他律、互助」的社區防疫動員體系，在某種程度上，很成功地體現了社區主義的意義與價值。忠勤里是第一個因 SARS 停課的忠義國小的所在地，在 SARS 流行期間，忠勤里可說是感染 SARS 人數最多、染病死亡人數最多、以及受隔離的人口比例最高的一個里。忠勤里才隔離五個人就找出三個 SARS 的患者，可是它並未封樓，也未封街，以最少的社會成本和干擾最少人數的代價，保全了這個社區的正常生活。

事實上，在 SARS 流行期間，位於和平醫院所在地的中正區，藉由衛生所與區公所、社區健康營造中心、忠義國小校長、社區醫師以及里長們的合作，整個社區開展行動，來推動社區防疫。具體作法是利用衛生所的專業知識，還有區公所等公部門的行政支援，再加上里民的積極投入，形成了社區聯防系統的鐵三角。透過共識與說明會議，以中正區的忠勤里與河堤里為實驗區，成立社區通報系統，建立管理中心，嘗試找尋運作典範，並計劃作全面性的推廣。當民眾自覺有感冒或疑似 SARS 的症狀發生，自行居家隔離時，可以透過此一通報系統取得送餐服務、協助買報或其他生活所需；經由這樣的社區互助關係，自行居家隔離的民眾可以得到並感受到整個社區居民的支持，而自行居家隔離的民眾也理應成為社區自律的典範，有助於目前被居家隔離的民眾去污名化。而後成立管理中心，成立社區通報系統後，可經由民眾的互助，整合社區現有的資源，讓民眾一

起加入自律、他律的互助體系。以民眾自行提供自願參與社區健康防疫的時段，安排每個時段都有人來做 SARS 防疫工作，空缺的時段再由里長或公部門彌補，如此也可直接或間接地減輕各里長工作團隊及衛生所人員的負擔，更可使防疫工作在社區永續進行。

此外，中正區河堤里成立河堤關懷小棧、社區家庭醫師制度，以提昇健康、促進健康及衛生教育。同一區的忠勤里在 6 月 1 日結合社區活動，宣告全國第一個社區防疫互助網正式運作，是日該里舉辦芒果大街系列活動，包括包粽子、舉辦跳蚤市場、忠義國小學生畫社區展示在芒果大道上、講出心裡的話等，配合忠義國小招生的活動，可能因應 SARS 疫情而取消，里長期望活動照常舉行，透過這樣的活動告訴大家 SARS 並不可怕。透過社區的參與，這個防疫網的優點在於能夠以社區的生活經驗作為專業知識運作的基礎，比起華昌國宅以系統力量介入社區的運作模式，少了許多社會成本，多了運作的效能，隔離三人就找出疑似病患，也成功地阻斷社區的感染源。

中正區忠勤里所奠立的社區防煞機制，與以封院、封樓、封街為主要特色的圍堵監控視的防煞機制，明顯的不同。參與忠勤里社區防煞的人們，以互相信賴的態度與不同層次的社區生活經驗結合，進而發起由下而上的心情感經驗凝聚與社會動員的力量，減少由上而下的誘發群眾恐慌，進而建立強化國家管制訴求的社會監控回饋機制。反看公部門(如內政部)對這些居家隔離者的作法是動用了非常龐大的人力、物力、財力來處理，結果每個人仍是怨聲載道，足見社區防疫體系在往後類似 SARS 危機的處理上，應扮演重要的角色，而成為政府行政治理模式不可或缺的外在互動者。

其後，中華民國社區營造學會在行政院衛生署指導之下，結合陽明大學社區護理研究所、中華民國基層醫療協會、台北市醫師公會，共同執行具有實驗性、學習性的「後 SARS 時代社區健康資源網絡整合計畫」，藉由這次社區積極參與 SARS 防治經驗，結合社區團體、鄉鎮公所、衛生所、宗教團體、醫療診所及藥局、志願服務團體等在地資源，建構在地的「社區健康資源網絡」。社區健康資源網絡實施策略計有：一、成立全國及區域培力諮詢團機制；二、社區健康營造需求與阻力調查；三、舉辦社區健康營造工作坊；四、舉辦宣傳推廣活動；五、開發、設計社區健康營造有用教材及資訊；六、輔導社區疫病防治及健康營造的培力；七、建構社區健康資源網絡；八、示範操作輔導；九、社區評估指標的規劃。

上述在 SARS 流行期間，社區與政府採取雙向溝通的新行政治理模式，強調公、私部門與社區、非營利組織形構共同治理的網絡關係，透過緊密的互動和互信，建立起資訊流動、資源互補、機動分工、同舟共濟的平台。民間的社區組織如何與非營利專業組織合作互動，產生更「有機」的關聯，增強社區和民間組織的動員力量，也是對抗疫情擴散的「後衛」。



## 第二節 民間非營利組織與政府防疫體制

誠如本文一再強調的，在現代的治理模式下，政府並非國家唯一的權力核心，公共事務的治理必須善用民間非營利組織的資源與力量，SARS 的防治自不例外。尤其乍然面對 SARS 突如其來的猛烈襲擊，官僚體制的政府組織特性，使得多項防疫事務的決策與執行都顯現出捉襟見肘的狼狽情形，包括政府部門間的溝通協調不足、資源調度緩慢等狀況。因此非營利組織適時的介入協助，是政府能否及時成功的因應龐大防疫救災需求的重要因素。非營利組織背負社會多元的價值觀與改善社會現狀之使命，其龐大的生命能量與可能產生的社會影響力，讓不同小覷，各國政府皆有逐漸仰賴非營利組織提供社會福利服務之趨勢。

台灣的非營利組織在政治解嚴之後，隨著社會民間力量的活化，其所發揮的功能角色與使命價值定位也連帶產生改變。在解嚴前的一九八〇年代時期，非營利組織主要扮演社會福利功能的補充角色，遵循服膺政府的政策目標；而解嚴後非營利組織則是以倡導型的非營利組織為主，隨著中產階級的增加與對政治社會參與的意識高漲，造成一九八〇年代初期各式各樣的社會運動的興起。而在一九九〇年代後期，因為台灣民主與自由化的進步，倡導型與服務型的非營利組織皆在改革社會狀況的功能上更為開展，成為穩固台灣民主的重要力量。外在政經環境與非營利組織內在發展的變動過程中，其與政府間的關係也呈現不同類別與程度上的結合關係。一般而言，政府與非營利組織之間的關係主要呈現合作、抗衡與保持距離三種型態，而此三種型態關係模式之形成，則又與非營利組織性質、和政府目標合致性程度與偏好政策手段，以及面對公共事件的性質等因素有必然之關聯。

SARS 疫情危機的特色在於它是一種全球性未知的疾病，這種具快速傳染與致命的瘟疫性質，不僅帶來人民生命健康的威脅，更造成心理恐慌壓力的極大負擔。台灣在經歷四個月 SARS 的疫情過程中，在各個生活機能層面的損害與影響迅速而廣泛，讓政府、醫療、公衛與民間組織體系體認到需要整體互相配合與協助的必要性，政府因而設立「行政院 SARS 防治及紓困委員會」統理指揮防疫事宜，內政部社會司在其指導下亦成立各個疫情事項處理小組，除了負責協調調度政府資源外，其主要任務亦包含結合民間力量（邱汝娜、陳奎如，2003：7），加強公部門與私部門間的資源作一有效管理，以社會互助的力量共同對抗危機、分攤風險，以下就專對政府與非營利組織在 SARS 期間的救助行動，探討其互動情形與呈現之關係模式。

### 壹、SARS 期間非營利組織救災工作之型態：

面對新興的 SARS 病毒，除了持續地學習防疫與進行病毒研究工作外，各種

醫療防護、隔離物質、資訊散佈與心靈撫慰都是當時台灣社會最需要的 SARS 救助活動，而各類型非營利組織在 SARS 的救助行動中皆有積極的表現。

### 一、物資援助：

針對 SARS 疫情特性所需的防疫物資，以醫療防護和隔離民眾生活物資兩類為主。以台北市和平醫院封院事件為例，在民國九十二年四月二十四日行政院於中午緊急宣布封院的情況下，共約一千三百餘名醫護人員、病患及家屬遭緊急隔離，這樣大型的隔離措施急需大量的醫護與日常生活物資，各類型非營利組織即在第一時間迅速地輸送各種物資到和平醫院。另外如慈濟功德會、世界展望基金會與中華基督教救助協會也設有服務站，專門協助處理物資援助與其他支援事項，現場並由政府指揮所負責指揮與調度事宜，由萬華區區長擔任總指揮長，非營利組織則依據現場指揮所的指示，機動性地提供需要的物資與人力。

### 二、服務遞送：

政府在執行 SARS 防疫措施中，對於服務遞送的人力最為缺乏，如對遊民之宣導、發放口罩、測量體溫等服務，尤其在運送隔離民眾的便當、物資、清運垃圾方面，皆需足夠的人力來執行服務，極需要非營利組織的幫助。當時中華基督教救助協會與慈濟即提供了大量的服務人力，協助政府進行社區關懷工作。

### 三、資訊溝通與心靈撫慰：

SARS 期間，各類疫情資訊充斥在社會中，加上媒體不間斷地報導，許多未加證實的疾病訊息或自稱可防範 SARS 病毒的偏方流傳，除了導致民心對疫情的恐慌，也讓正確的訊息淹沒在過多無意義雜訊中。多數非營利組織在此時多有製作關於 SARS 防疫宣導資訊，以網路、發放宣導冊子與大眾媒體播放等方式向民眾進行 SARS 資訊之傳遞。而在心靈撫慰方面，一些宗教性的民間組織在進行封院與隔離措施等場所，安排詩歌禱告等活動，其他非營利組織也有以電話、網路等方式開放民眾詢問與心理輔導等服務，以安撫民眾對 SARS 的恐慌。

## 貳、非營利組織於 SARS 救助行動之優勢：

民間非營利組織可以在此次 SARS 事件展現出強大力量，主要有三項優勢：

### 一、關係取向的組織性質：

非營利組織的關係取向性質有助於救災時的救助行動，其與社群平日所經營

累積的關係，一於緊急危機事件發生時，往往能在短期內獲取救助資源。如慈濟因為平日在國際間發展健全的社群關係，在 SARS 期間便能迅速獲得來自國外二十八個國家如口罩、防護衣、面罩、溫度計等台灣當時短缺的醫療物資，分送台灣八十七家有需求的醫院。除了有助於援助物資的募集，對於關係取向的非營利組織而言，志工因基於對自身組織的信任關係，而願意在組織的分配指揮下協助 SARS 救助行動，使的非營利組織有足夠的人力支援龐大的行動任務。

## 二、機動彈性的救助機制：

與政府機構的救助機制相比，民間團體的機動與彈性是救災的關鍵要素，如九二一大地震的事件就徹底地展露出民間組織的活力。然而政府機構雖然因為帶有層級節制的特性而無法快速地因應災情，但政府具有義務在對災害負起絕對的救助責任，在有限的資源條件下，不能單靠政府或民間團體來擔任救助工作。因此民間團體機動彈性的救助機制，在極具動態變化的災難現場，尚須在政府機構指揮的合作狀況下一起進行，否則極易發生資源重疊與協調不力的情況。

## 三、豐富熟練的救災經驗：

危機事件發生時，極少有充裕的時間和資源反應，所以平時充足的訓練以及救災經驗，便成為救災時規劃政策的依據藍圖。越具有豐富救災經驗的非營利組織對救災措施的反應能力就越能及時與確實，在現場也會成為指揮與領導的角色。

## 參、SARS 期間非營利組織與政府之互動

非營利組織和政府 SARS 防疫行動中，以物資援助和服務遞送這兩大救助行動領域中具有密切的互動關係。在災難的救助現場中，資源調度的效能性是救災的最重要關鍵，迅速確實的資源配置能在緊迫的救災時刻獲得有效的成果，而一個專責的指揮中心，具有絕對優先性的地位，若由具有法定權力的政府扮演如斯角色，可減少災害現場的紛亂狀況並有利進行救災活動，加上民間團體調度資源的機動性，兩者配合可使救災發揮極大效益，故在災難救助的範疇中，非營利組織與政府的關係模式應以合作型的關係模式為最佳形式。

諸如 SARS 這般瘟疫型災害，其災害特色在於人體感染病毒的致命性與對病毒高度傳染性的恐懼，在尚未對 SARS 病毒知識有完整認知前，所採取的主要防疫措施為加強醫院與社區防疫機制、出入境檢疫、隔離措施與自身衛教觀念增進等方式。非營利組織面對此種災害形式的救助行動，主要為支援各項防疫措施所需的物資與人力，又因 SARS 高度的病毒傳染性，使得非營利組織在進行相關的救助行動時，必須考量自身的安全防護，因此更需要仰賴政府專業的醫學知識與

經驗，在政府的指揮調度下進行安全範圍的救助行動，故非營利組織與政府在 SARS 期間的互動關係更形緊密。

此次在 SARS 事件中提供救援的民間組織多屬於有救難經驗的大型組織，對於救助資源都屬自行籌集，自主性高，較不受政府機構的影響。面對這類具有強大救災能力的非營利組織，政府機構早已將其視為是重要資源的來源，積極地進行與民間團體資源結合的各項活動，經過幾次救災的經驗後，政府機構與民間機構建立起一套基礎的互動模式與平時聯繫的管道。因此若非營利組織在救災事件中，能與政府機構建立起互信的關係，在往後的救災行動，有建立良好關係的非營利組織往往能獲得政府機構主動地提供災情資訊，有利救助行動的進行。

非營利組織具有促進公民參與，凝聚社群意識的社會功能，因為其「社群關係取向」的特質使然，使其能產生豐厚的社會資本（social capital）。這樣的特性在危機事件發生時，往往能從平時所累積的社會資本中獲得所需的資源，在緊迫的危機時空背景下進行迅速的救災行動。經歷了民國八十八年的九二一大地震、九十年桃芝、納莉等風災到九十二年的 SARS 疫情，非營利組織持續地與政府在救災行動中培養起默契並建立起合作的關係，原則上維持著以政府指揮，民間非營利組織配合的形式。然而回歸至非營利組織「社群關係取向」的本質，類似 SARS 之類的災難終究為突發性的重大事件，要在緊急狀態下採行基於信任的互動模式，必然需要依靠平日關係的建立，亦即政府與非營利組織之間平日關係的經營，將直接或間接影響到緊急災害救助時的互動成效。以此次 SARS 疫情的救助經驗為基礎，本文指出我國非營利組織與政府之間的互動應注意的兩點事項：

### 一、與政府平時關係的親疏狀況而影響資訊傳遞：

危機發生時，政府機構往往傾向於向平時有頻繁互動的非營利組織提出支援的請求，並主動提供災害的相關資訊。相對地，對於某些在平日與政府採取保持距離模式的非營利組織則既未求援，也未主動提供資訊。因此，在資訊缺乏的狀況下，這些未能進入政府網絡核心的非營利組織可能因為無法取得與救助對象的接觸管道，而有延誤救助或錯置資源等情形發生。

### 二、非營利組織彼此間缺乏深層互動關係：

非營利組織因為各自有組織的使命、價值觀與關注對象，鮮少會有密切的互動。即使彼此間的屬性相近，亦會特意維持明顯的區隔性，以讓社群能清楚地辨別其所欲支持的非營利組織。因此平時沒有深層互動關係的非營利組織，雖然在災害現場有政府機構擔任指揮的角色，可調度分配各個組織行事，但因彼此的關係基礎不足，無法發揮更有效用的救助力量。幸而在諸多的救災經驗之後，我國非營利組織已逐漸察覺彼此間缺乏一套整合的救災機制，因此建立一個非營利組

織救災聯盟的呼聲逐漸興起。政府或可從旁予以協助，以期有效提升非營利組織防災、減災與救災之能力。

在 SARS 的防疫行動中，非營利組織奠基於社會公信力，不僅能迅速募得所需資源並不畏病毒進行遞送服務，更為充斥社會疏離與恐慌的台灣社會提供心靈強化的力量，其充沛的行動力與使命感，成為最能展現公民社會（civil society）體制內提供社會服務的機制。政府亦不敢輕忽這股民間強大的自發力量，於平時即積極地與非營利組織互動，尤其於救災這塊場域的關係建立，呈現越來越緊密的協力模式（partnership），冀望透過兩個部門間資源、專才與技術的整合，形成一個密切互動的網絡關係，達到整合社會資源與公民參與的社會功能。為達到有效的防救災工作，進而落實一個具公民參與精神的公民社會，政府與非營利組織間必須有共同建立「社群關係」的認知，來與社會大眾、政府與非營利組織間發展出信任關係，開啟彼此間良好的互動關係。

### 第三節 國外防疫研究組織與政府防疫體制

由於 SARS 是一種全球性的傳染病，在全球化的時代，不論怎樣區隔國家的邊界，傳染病這種無形的病毒，還是有可能透過進步的交通工具而擴散。一個國家不可能完全封閉自己，不可能完全不與其他國家交往與合作，SARS 的全球蔓延確實提醒了一個必須去反思全球防疫體系的機會，同時也是檢視全球共同合作，為地球村的共同安寧，每個國家都必須在這個防疫體系中提供一己之力。

世界衛生組織在 2003 年 5 月 19 日，在瑞士日內瓦召開年會，當時全球幾個主要感染 SARS 的國家都還在疫情的對抗與防疫之中，世衛官員當時警告，SARS 有可能成為如結核病、瘧疾等長期的傳染病，但是嚴重性應該更高，因此，「對抗 SARS 需要全球共同努力，在真正封鎖住疫情前，這場仗還不能算結束。」此發言即表明，對抗 SARS 全球合作的重要性。同時，世衛也宣布：「疫情和對人類健康威脅的全球化，顯示對抗疾病也需要全球化的合作。」「只要疾病還存在這個世界上，只要各大陸間持續有飛航活動，這個疾病就仍對人類造成威脅，在將疾病『封在箱子』之前，如果我們可以做到的話，我們都無法放鬆休息，如果我們沒辦法做到，那麼 SARS 就會將肺結核、瘧疾等成為長期的問題。」世界衛生組織同時呼籲，各國必須全力防堵 SARS 的蔓延，以防止 SARS 成為肺結核或瘧疾這樣大規模的長期傳染病。<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> SARS/WHO 警告 SARS 成長期威脅 呼籲跨國合作對抗。2003/05/20 東森新聞網 記者許瑜青 編譯 <http://www.ettoday.com/2003/05/20/91-1457019.htm>

由世界衛生組織的發言中可以看到，一個有效並確實跨國性的合作，在對抗如 SARS 這樣的高危險傳染病時，是多麼地重要並且迫切。然而，即使如此，由於政治上的因素，台灣非 WHO 的一份子，當 WHO 得知中國 SARS 疫情爆發時，台灣並無法及時獲得 WHO 的警訊。全球防疫體系缺少台灣，同時也造成防疫的漏洞。在 SARS 的防疫過程中，我國政府某種程度上，可說是一個孤立無援的角色，政府並沒有不積極在尋求國際合作的機會，然而很多時候，因為政治上的因素，我國政府經常沒有辦法獲得有效並確實的國際奧援。因此，在整個 SARS 流行期間，很多時候，政府必須透過一些民間的管道，以「非官方」的形式，與國際相關研究 SARS 的組織或國家，交換合作及抗煞的經驗，並經由這些「非官方」的流程，進行一些意見的交流與防疫的溝通。當然，除了「非官方」形式，利用民間的力量努力疏通外交困境及政治因素之外，有一些政府和外國研究組織「實質」上的合作，仍是值得注意與討論。<sup>67</sup>

SARS 在全球爆發後，台灣政府曾經多次向世界衛生組織請求必要的協助及疫情的控制指導，因為政治因素的介入，結果卻是由 WHO 的「合作伙伴」，也就是美國「疾病管制中心」(CDC)直接派遣專家支援台灣。在 SARS 橫行台灣時，美國疾病管制中心於 2003 年三月到七月之間前後派遣三十位醫護人員赴台協助，並有研究人員隨行，與我國政府共同努力討論防治 SARS 的有效措施。美國 CDC 病毒疾病部門主任勒杜克曾在 2003 年 4 月 16 日表示，「CDC 與台灣衛生當局，密切合作對抗嚴重 SARS，台灣的公共衛生及醫療系統展現了相當的水準，並有效控制了 SARS 的疫情。」並且，勒杜克隨後也表示，針對 SARS，CDC 派遣專家前往世界二十二個國家，其中也包括台灣，台灣確實派駐 CDC 的相關研究人員。<sup>68</sup>因此，美國 CDC 應該算是第一時間派員來支援我國的重要單位，CDC 除了提供我國在 SARS 疫情上所需的協助及相關知識與研究的交流外，同時也與我國的衛生署長(當時的陳建仁署長)進行對談，一致認為充分的資訊交換與透明，是控制疫情的首要條件，台灣被排除在世界衛生組織之外，讓全球防疫往出現缺口，這對所有國家及人民都是一件不公平的事，並且也讓世界衛生組織追求全人類健康的宗旨受到挑戰。CDC 代表同時也承諾，將繼續協助我國在 SARS 防治所需的技術與資訊交換，並協助我國採購當時急需使用的防護面罩、呼吸器等醫療相關用品與資源。<sup>69</sup>

另外，英國 SARS 防制小組召集人 Dr. Roy Anderson 於 2003 年 6 月 23 日也曾經來台訪問三天瞭解我國衛生署疾病管制局疫情防疫工作，進行相關的經驗交

---

<sup>67</sup> 在 SARS 疫情蔓延期間，我國政府積極努力與國際相關的研究組織合作，然而，疫情期間卻因為政治因素而受到許阻礙與困難，反倒是疫情穩定之後的合作比較有突破空間，此處的紀錄與觀察會在之後的報告再作詳述。

<sup>68</sup> 「美國 CDC 表示對抗 SARS 美台合作良好密切」，中央社記者呂志翔日內瓦專電，2003 年 4 月 16 日，<http://www.epochtimes.com/b5/3/4/16/n301299.htm>。

<sup>69</sup> 「行政院嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會」醫療及疫情控制組新聞稿，2003 年 5 月 23 日。

流並交換瞭解我國相關學術研究合作的可能性。<sup>70</sup>SARS 為一國際性的傳染病，國際的合作相當重要，我國政府也積極分享相關的資訊，即是為了有效防堵這樣的傳染病再度擴張。只是我們不斷去提到的，也就是一些國際上對於我國的設限，確實讓我國在 SARS 疫情的防疫當中，減少了許多獲取經驗及交流合作模式的機會，這不僅是台灣人民的損失，同時，無法有效地傳遞我國對抗 SARS 的經驗，也成為了世界防疫 SARS 體系當中的一個漏洞。

SARS 期間來台的外國專家及相關的研究人員，多半是與我國中央政府的衛生署直接溝通，除此之外，在地方的防疫體系，台北市政府也與新加坡政府進行了防疫經驗的分享。台北市長馬英九曾經表示，新加坡將和台北市建立共同對付 SARS 的成是防疫資訊聯絡網，願意彼此分享防治 SARS 的資訊，並希望未來可以建立相互合作的機制。然而這段合作應該算是在 SARS 疫情高峰期快要告一段落時進行的溝通，馬市府團隊在 2003 年八月間曾組成考察團至新加坡訪問考察，參訪了新加坡 SARS 專責醫院陳篤生醫院，聽取院長林學文和其他幾位高層行政人員對防治 SARS 的工作簡介。台北市與新加坡的相關 SARS 單位，也決定建立一個聯防共享資訊的機制。<sup>71</sup>

SARS 的確帶給我國政府一個相當大的警訊，除了在本身的防疫體系有許多既已存在的問題需要釐清及重塑之外，國際間與我國的互動一直是一個亟欲省思的重點。經驗的分享與傳承可以帶給我國更多的警惕及做好下一次如果 SARS 再度重現的心理準備。在國際 SARS 疫情蔓延時期，每一個有 SARS 疫情的國家都累積了一套本國對抗 SARS 的心得與紀錄，在 SARS 疫情穩定之後，有一些新的合作交流模式與機會，在國際間才慢慢展開，而我國政府也在這個時候，才可以稍微突破一點政治上的障礙，在疫情蔓延高峰期之後，陸續有許多國際性的交流與合作，針對 SARS 的防疫過程進行一個整合性的交流與檢討，並且有機會重新檢視這段對抗 SARS 的過程。

在 SARS 疫情穩定之後，我國政府積極爭取可以參加國際相關研討會的經驗，與各國交流分享對抗 SARS 的處理過程。疾病管制局局長蘇益仁曾率領團隊赴吉隆坡參加世界衛生組織舉辦的 SARS 國際學術研討會，此次研討會是世界衛生組織首度正式邀請我國政府代表參加，在蘇益仁局長的領導下，我國積極爭取各種機會，將我國的抗煞經驗和成果與世界各國分享，當時也獲得各會員國、專家及國際媒體的注意，並促成多項國際合作，對我國與國際對抗 SARS 合作上是一個重要的里程碑。<sup>72</sup>

---

<sup>70</sup> 資料來源：政府重要績效分析~加強國際交流與合作 <http://www.gov.tw/>。

<sup>71</sup> 「馬英九說新加坡將和北市建立防 SARS 合作機制」，中央社記者新加坡專電，2003 年 8 月 5 日。<http://www.epochtimes.com.au/gb/3/8/5/n354075.htm>。

<sup>72</sup> 「游揆肯定我國代表團參加世界衛生組織 SARS 國際研討會表現」，新聞局新聞稿，2003 年 6 月 20 日。

另外，加拿大國際知名的疫苗及免疫醫療研究聯網 CANVAC(Canadian Network for Vaccine and Immunotherapeutics)與我國的國家衛生研究院疫苗研發中心也簽訂疫苗合作研發備忘錄，<sup>73</sup>雙方將針對如 SARS、本土性疾病疫苗，及其他新疫苗研發進行技術與人員培訓的合作。這是 CANVAC 首度與亞洲國家合作開發疫苗，為此合作備忘錄的簽訂，CANVAC 執行長 Michel Klein 親自率其科技總監 Rafick-Pierre Sékaly 及 SARS 免疫專家 Dr. David Kelvin 來到台灣，與國衛院吳成文院長，及疫苗研發中心莊再成主任會面，商談未來合作細節。在雙方簽訂的合作備忘錄中，首先針對 2003 年分別在台灣及加拿大造成重大疫情的 SARS 病毒及疫苗，展開研究合作，除了檢驗試劑與技術的交流外，也將進行人員培訓及工作研討等訓練課程及計劃交流。CANVAC 是加拿大政府出資贊助之研究機構，結合加拿大各醫學研究中心、大學，及醫院機構之人才與研究資源，是一擅長整合跨組織合作的聯合研究網絡。國衛院此次與 CANVAC 的合作協定，乃藉重 CANVAC 在疫苗研發上的科學權威與其國際經驗，為國衛院今年剛成立的疫苗研發中心，其技術研發與人力養成的重要參考指標，並可為未來發展的規劃借鏡。<sup>74</sup>

在我國疾病管制局方面，根據疾管局本身的報告，在 SARS 疫情過後，從去年(2003 年)持續到今年，疾病管制局都一直在做國際交流的部分，疾管局國際交流的成果如下：<sup>75</sup>

- 一、疫情資訊交流:主動與國際衛生組織/單位分享疫情相關資訊。
- 二、區域聯防與國際合作:與國外衛生單位密切合作旅客追蹤事宜及實驗室檢驗確認工作。
- 三、區域聯防與國際合作:與國外衛生單位密切合作旅客追蹤事宜及實驗室檢驗確認工作。
- 四、實驗室生物安全合作:邀請 WHO、US/CDC、Japan/NIID 來台查訪實驗室。

除了疾病管制局與國家衛生研究院積極與國際相關組織交流之外，政府的國科會、中研院、台大醫學院、衛生署及衛生研究院等單位，也組成「台灣 SARS 聯合研究團隊」，並且計畫參加歐盟 SARS 特殊專題聯合研究。2003 年年初 SARS 在亞洲地區爆發後，歐盟執委會見於歐盟地區與世界及歐盟會員國內部間的人口頻繁互動，對 SARS 可能對歐盟地區國家所帶來的高度威脅，倍感警覺。因此，

---

<sup>73</sup> 加拿大疫苗及免疫醫療研究中心 (CANVAC) 是由 74 位加拿大在國際上頗負盛名的免疫學及分子生物學家所組成，他們是從加拿大 25 個大學及研究單位精選出的傑出研究人才，除了協助政府相關機構的研究計劃外，更將研究成果實際應用於臨床治療，並落實智慧財產權的建立與產品市場的開發，除對加拿大醫藥及生物科技卓有貢獻外，其疫苗研發能力亦於國際上具有十足的競爭力。

<sup>74</sup> 資料來源：「疫苗研發新里程 國衛院與國際組織簽訂合作備忘錄」，國家衛生研究院公共事務組新聞稿 2003/10/31，[http://www.nhri.org.tw/nhri\\_org/pr/newspage/20031031.htm](http://www.nhri.org.tw/nhri_org/pr/newspage/20031031.htm)。

<sup>75</sup> 資料來源：疾病管制局，「醫療及疫情控制分組總結報告」，2004 年 3 月 30 日。



歐盟於 2003 年 7 月 3 日宣布挹注九百萬歐元經費投入 SARS 的相關研究。並就既有第六科研架構計畫(FP6)下提出特殊聯合計畫專案，徵求 SARS 及其它具傳染性的嚴重疾病等相關研究計畫。該計畫專案著重於發展長程研究計畫，且訂定適當且長遠的優先研究要點。並有以下五大工作任務：

- 一、透過傳染性疾病研究網絡加強互通性疾病的監督與控制。
- 二、透過分子流行病學方面之科技研發加強傳染性疾病的監控。
- 三、透過臨床方面之科技研發加強傳染性疾病的監控。
- 四、透過輔助性研究加強傳染性疾病的監控。
- 五、透過模式的建立加強傳染性疾病的監控。

我國駐歐盟比利時代表處科技組組長許榮富博士，自 SARS 疫情爆發起，即著手蒐集台灣有關研究團隊的資訊，同時瞭解歐盟可能進行之 SARS 相關議題科研計畫。首先得獲台灣醫療研究團體已於第一時間展開 SARS 相關的研究活動，並已累積相當研究成果。同時歐盟執委會公布在 SARS 特殊專題研究計畫上，決定開放 SARS 疫區非會員國聯合研究團隊參加。我國代表處積極進行參加計畫的模式分析並主動聯繫拜會歐盟官員，聊解詳盡資訊並得推薦可能合作對象。代表處隨即呈報國科會有關本組所擬評估規劃台灣參加 SARS 歐盟聯合研究團隊之可能性與加入策略，並於本組歐盟電子報及國科會國際合作簡訊網電子報上專文刊載：台灣如何利用所具之第一線臨場經驗與第一手科研資訊為優勢，並建議以國科會主導，聯合中研院、衛生署、國家衛生院及台大醫學院等單位合組台灣聯合研究團隊，透過所接觸之歐盟聯合團隊作為窗口，參加歐盟聯合研究計畫。此一模式亦獲得到國內熱烈回應，最後由中研院賴明詔副院長及台大醫學院陳定信院長負責總召集的台灣 SARS 聯合研究團隊，與歐盟荷蘭萊登大學微生物學系與醫學中心主導的歐盟 SARS 聯合研究團隊接軌合作。建立了未來台灣與歐盟科研合作的良好模式，台灣研究人員藉由此一合作機制，將在歐盟科技研發席位受到平等之待遇與尊重。<sup>76</sup>

總而言之，在 SARS 疫情流行期間，我國可說是孤立無援，除了美國 CDC 官員的協助外，很多時候，我國被拒絕在 WHO 的國際防疫體系之外，這裡面除了政治上的因素，更也顯示了我國的外交困境帶給防疫上多麼現實的衝擊。在 SARS 疫情減緩之後，所幸我國有機會可以在國際上主要的研討會進行發言，讓國際重視到台灣對抗 SARS 的經驗與方法，並且有機會與外國相關的研究組織及單位合作。一套有效的合作交流模式，一定是必要且急需的，在現今這樣全球化

---

<sup>76</sup> 資料來源：「台灣科技聯合團隊參加歐盟第六期架構計畫之機制及展望」，<http://www.google.com.tw/search?q=cache:ND-9qSguEFEJ:belgium.nsc.gov.tw/NEWSLETTER/s-report/SP-0403/SP-0403001.htm+SARS.%E5%8F%B0%E7%81%A3%E8%B7%A8%E5%9C%8B%E5%90%88%E4%BD%9C&hl=zh-TW>。

的社會，台灣也必須在全球防疫體系中站一個位置，而這個位置到底可不可以站的穩，仍有待我國政府積極的努力與開拓新的研究發展機會。

## 第四節 大眾傳播媒體與政府防疫體制

在民主國家中，大眾傳播媒體的角色功能及與政府之間的關係。一向是理論界與實務界爭論的焦點，一方面媒體必須盡其言責，守護社會大眾知的權利，而監督政府的施政作為；另一方面，在競爭激烈的市場法則下，媒體也必須與政府維持夥伴關係，以發掘事件，爭取獨家，而獲取競爭優勢。而民眾更對媒體有著愛憎交加的看法與情緒。以此次 SARS 危機為例，根據財團法人廣播電視事業發展基金會委託山水民意研究公司於 2003 年 5 月 2 日針對年齡廿歲以上的 1093 人進行電話抽樣訪問，結果顯示，有 44% 的民眾滿意媒體報導 SARS 疫情新聞，可見媒體的努力已獲得民眾相當的認同。但這些滿意，部分得歸功於公視在此之前推出 SARS 病毒介紹與正確防疫資訊的系列節目服務；其實，不滿意媒體在 SARS 事件中表現的，也近四成，其中的 65% 覺得報導太過煽情，29% 覺得有太多負面消息，17% 認為媒體未提供必要資訊，另外有 16% 不滿意媒體報導錯誤消息，可見新聞媒體需要改進的地方仍相當多。

根據林元輝（2003）對於 SARS 危機期間，報紙相關新聞處理的質化分析，提出以下主要缺失：一、報導不實，傳布錯誤疫情訊息；二、聳動煽情，誇大並渲染相關疫情；三、侵害人權，為 SARS 病患貼上不當標籤。這些缺失之中，有的來自於媒體的專業與自律不足，但是政府相關新聞的處理與對於媒體的互動及態度，也是需要研究者進一步探究，特別是媒體誇張宣稱社區感染、錯誤報導醫療人員的病況、對於醫院是否集體感染、是否封院隔離等訊息掌握不實，引起社會大眾的心理恐慌，甚至是集體焦慮，政府與媒體互動的特徵也應加以檢討：

### 壹、媒體與政府處理 SARS 資訊之態度不同

在 SARS 流行期間，媒體因為有每日截稿的壓力，所以無法配合疫情調查的進度，每天一定要有相關的報導給讀者。因此媒體無法被動地等待相關官方單位發布消息，而必須主動地去發掘新聞，而面對 SARS 危機如此專業且影響深遠的突發事件，存在很大的資訊落差與錯誤的風險。而且，台灣的媒體報導是賽馬式的報導，不停地在更新數字，往往會造成社會很大的恐慌。另一方面，站在衛生署的角度來說，它必須要有科學查證的確實結果才能發布消息，而且不希望過渲染疫情引起民眾，帶給政府太大的壓力，因此兩者的溝通可能產生隔絕，互動可能產生緊張。

一般而言，讀者對於資訊的接收會有選擇性的理解，而有不同的認知結果，通常讀者會選擇強度比較強的新聞，而這類的新聞都是負面的新聞。但是政府機關，如疾管局發佈的消息與媒體想要的消息之間有落差，在媒體看來，疾管局發佈的資訊的新聞強度不夠強。媒體希望能有掌握 SARS 疫情進展的關鍵消息，例如高雄長庚醫院爆發疫情，這代表了 SARS 疫情蔓延到南部，媒體們當然會報導這類 SARS 進展的新聞，但就疾管局看來，這可能是不當的作為。

## 貳、媒體與政府收集 SARS 資訊之來源不同

一般媒體特別是電視媒體，本身對醫療生態與醫院營運沒有深度瞭解，因為電視報導的來源，除了被動接受疾管局的消息外，就是訪問 SARS 的受害者，很少針對疫情深入地探討，大多數的報導來自受害者對於醫療資源缺乏、隔離措施不當等個案單方面控訴。部份媒體記者甚至突破防鎖線採訪遭居家隔离者，甚至潛入和平醫院訪問在裡面工作的護理人員，以此方式獲得資訊的行為被媒體大量報導。雖然在媒體心目中，疾管局是目前衛生署中資訊管道相當透明、官員相當配合，並能清楚地向媒體解釋事件的行政單位，此因疾管局處理各種疫情的經驗很夠，和媒體接觸的機會也多。然而，媒體也反映在此次 SARS 流行期間，疾管局的對外溝通沒有定調。以最初的專家會議為例，它主要是審查 SARS 可能與疑似病例和討論疫情進展，可是那時專家會議中就存在分歧的論調，雖然在公開記者會由署長統一發言，但媒體不會只滿足單一的消息來源，還會去採訪其他專家，因此發生彼此論調不一的現象。

再者，在 SARS 發生之初，曾發生中央部會首長與地方機關主管隔著媒體放話，不依循官僚體系溝通管道，成為媒體相互競逐的新聞，以處理政治新聞的手法來處理 SARS 防疫資訊，顯示行政機關內部體制與倫理的混亂。之後，由行政院跨部會的小組來統一處理 SARS 防疫資訊，但開會還是在疾管局，不但解決了事權不一、各自為政的現象，也統一了新聞媒體的資訊來源。

SARS 此一新生傳染病是對政府危機處理能力的嚴厲挑戰。而媒體在社會上肩負著守望環境、告知資訊的責任，若能善盡職責，SARS 疫情資訊才能有效傳遞，達到教育防疫知識、提高公眾警覺的功能；媒體若不能善盡本分，反倒於疫情蔓延之際，仍執迷於商業炒作，販賣煽情題材，或者誇大事實，危言聳聽，進而引發社會恐慌，影響全民的正常活動和消費。因此除了媒體應深刻檢討在此次 SARS 危機中扮演的角色與履行的功能之優缺點外，政府也應有以下認知：一、SARS 防疫資訊應該透明化，政府不應刻意去隱瞞負面的消息。誠實就是最好的政策，資訊透明化對於整體長遠而言，仍是最有利的；二、整個政府體系要統一發言，不應各設的發言導道，誤導媒體形成不一樣的結果；三、對於整個不正確的報導，政府應該及時澄清，不要讓不正確的報導持續擴散。而主管機關衛生署也應維持一天兩次記者說明會，且提供學者專家及工作會報成員名單以供媒體諮

詢。此外，建立明確的發言人制度，以精準傳達專家意見及官方決策，並提供明確判斷疫病的準則予社會大眾及媒體判別。

## 第五節 小結

當代公共行政領域中「治理」的核心意義是公共問題的解決以及公共事務的處理，並非僅由政府單獨介入或片面主導，而須與公民社會中其他成員共同分擔方可克竟全功。由前述 SARS 危機期間台灣政府防疫體制的外部互動分析中，可以觀察出，台灣過去半世紀以來歷經威權鞏固、威權轉型、民主轉型，以至於民主鞏固等政經結構的急遽變遷，整體公民社會已然積蓄了可觀的社會資本，以及孕育出明確的公民意識，在地方社區、非營利組織、大眾傳播媒體等部門中蓬勃發展，成為新興的社會力量，與政府、企業鼎足而三，共同構成台灣之現代社會。然而，值得檢討的是台灣政府，特別是中央政府，無論是在心態上抑或實際作法上，仍然並未將此一部門視為協力的夥伴，試圖建立協調合作的平等關係，反而將之視為潛在的對手，意欲主導其運作，或忽視其影響力，以致在 SARS 流行時期，政府相關機關無法與他們密切結合，形成一套分工合作的抗 SARS 機制，而且各自從事救援工作、收集 SARS 相關資訊，這不但造成民眾無謂的恐慌心理，也造成醫療資源的誤置與浪費。

具體而言，一、社區防疫體制在此次 SARS 危機中展現高度的行動力，對於居家隔離的落實、隔離民眾的掌握、民眾抗 SARS 意識的養成具顯著的效果，可是政府防疫體制在起初時卻沒有正視社區防疫體制的重要性，也不太重視社區的反應與特性，反而是由上而下地強力介入社區原本的生態，結果是事倍功半，引起民怨。二、臺灣 NPO 所擁有關切取向的組織性質、機動彈性的救助機制與豐富熟練的救災經驗應是與政府合力抗 SARS 的最好夥伴，但諸多 NPO 與政府之間互動並沒有形成制度，雙方各行其事，在此次 SARS 危機期間履行之功能多所重疊，造成資源的浪費，若能夠在平時政府防疫體制內部有一套既定的作業程序與交流網絡，在疫情發生之初，政府防疫體制便可與民間 NPO 各司其職，合力解決問題，必能迅速地控制疫情的擴散。三、2003 年 SARS 危機雖暫時度過，但在未來可能再次爆發的陰影之下，由專業科學的研究方法徹底了解 SARS 疫情的發生原因與控制方法才是根本之道。在 SARS 期間暴露出台灣是全球防疫網中的缺口，這固然反映長期以來由於我國特殊的主權地位，無法進入國際社會的結果，但也提供了台灣突破國際政治壓力，對外尋求國際研究夥伴的契機，畢竟疫情的散播與生命的價值，是沒有國界等政治藩籬的限制。因此在 SARS 相關疫情研究上，臺灣政府應在全球治理的宏觀思維下，在國際研究網絡中尋求我國之定位。衛生署應持續與國外防疫研究組織形成制度性的互動，使台灣得防疫經驗與

成果，與美、加，甚至於歐盟等先進國家接軌。四、大眾傳播媒體在 SARS 危機期間的角色引起爭議，固然與台灣的媒體結構、社會文化以及群眾品味有關，但政府防疫體制的主觀心態與實際作法也應負責，特別是處理疫情這類專業的新聞資訊，政府相關機關不應給予媒體過多的想像空間，應及時的、詳盡的、坦白的提供相關資訊，使媒體成為傳播正確防疫知識、緩和民眾恐慌心理的夥伴，而非成為立場不同、利害衝突的行政機關之間相互放話的管道。因之，衛生署內部應成立統一的發言體制，精準的傳播專業意見與官方決策。

總之，2003 年 SARS 危機不僅暴露出台灣政府的缺點，也成為考驗公民社會的試金石。在 SARS 流行之初，政府未能有效地控制疫情，原本是台灣公民社會發揮正面功能、實行自我保衛的契機，但卻表現出高度的爭議與失序，由若干醫療人員士氣低迷、怠忽職守，到居家隔離者拒絕服從指令脫離監控，整體台灣公民社會呈現出普遍地不信任感，使得 SARS 危機期間，人際之間的凝聚力遭受極大的挑戰。這種現象可能源於長時間因族群衝突與國家認同造成公民社會的撕裂。這些政治因素使得人際之間「制度性的信任」(institutional trust) 愈趨淡薄，取而代之是猜忌懷疑，終使整體公民社會因 SARS 疫情付出高昂的成本。

這其中大眾傳播媒體可能應負一定的責任。台灣的媒體自解嚴之後，由權威體制之中解放出來，原可成為鞏固公民社會、培養社會資本的助力，但是台灣媒體卻迅速地被資本主義化，資訊成為高度競爭市場之中的商品，這項特質使得台灣傳媒為了爭取收視率或獨家性，不顧全體社會的公共利益，傳播未經證實的新聞與扭曲真相的故事，製造社會恐慌與不安。在 SARS 流行之初，由台灣媒體營造出的紛擾與無望的感覺，透過各種新聞管道影響人民的認知，使得許多民眾失去對於醫療專業的信心，相信整個 SARS 疫情已然失控，台灣公民社會賴以維繫的信任關係遭受重創，社會恐慌與專業挫折感於焉蔓延，自我意識與個人主義凌駕了團結意識與利他精神。

# 第四章 各國 SARS 治理模式之比較

## 第一節 香港

### 壹、香港 SARS 危機之始末

#### 一、指標病患的散播感染

2003 年 3 月，一位在廣州治療過「非典型肺炎」<sup>77</sup> 病人的內科醫生，前往香港旅遊，並且宿於 Metropole Hotel 的 901 號房。一般普遍認為此名廣州的內科醫生是將 SARS 病毒帶進香港的主要指標帶原者。7 名同時住在與此名醫生相同樓層的旅客，接著都感染到了 SARS。這名指標病患後來被轉送到威爾斯王子醫院(the Prince of Wales Hospital)，並且也因為此名病患，威爾斯王子醫院將近一百位員工因而感染到 SARS。

SARS 在香港肆虐的期間從這名指標病患開始，散佈到威爾斯王子醫院的員工之後，迅速地成為一連串大型並嚴重的感染，從 2003 年 3 月開始，在三個月之內，SARS 病毒侵襲了將近 1800 個香港人民，最後一個通報並確認的 SARS 病患的通報時間為 2003 年 6 月 11 日。WHO 在 2003 年 6 月 23 日正式將香港從 SARS 感染區除名。

#### 二、接續而來的大型感染事件

從內科醫生的指標感染之後，SARS 迅速在香港地區蔓延，相繼而來的有威爾斯王子醫院的感染爆發事件，另外其他醫療院所也相繼發生感染，還有最受人注意的「淘大花園」社區感染事件等。

威爾斯王子醫院的感染，主要是因為接受了這名廣州內科醫生病患的入院治療，由於當時院方對 SARS 並沒有太多的專業知識，甚至國際上的相關研究也不充足，對於冠狀病毒的認識，醫療院所多半採取一些傳統的治療方式，或甚至有些根本是誤診或是對病人進行了錯誤的治療。事實上，在這種新的疾病尚未被完整定義及研究出一定的治療方法時，院方根本無從摸索起。廣州內科醫生送進醫院之後，有些員工開始相繼出現疑似 SARS 的症狀，感染因而擴散，終至爆發大

---

<sup>77</sup> 典型肺炎通常是指由肺炎鏈球菌等常見細菌引起的肺炎。SARS 是由一種冠狀病毒(SARS-CoV)所引起的。資料來源：香港特別行政區衛生署網站 <http://www.info.gov.hk/>

型感染事件。在 2003 年 3 月 13 日到 3 月 21 日之間，相繼有六個醫療院所向香港政府通報有疑似 SARS 感染，這六間醫療院所包含兩間公立醫院、兩間私人醫院還有兩間私人診所。<sup>78</sup>

至於最引起關注的「淘大花園社區感染事件」(The Community Outbreak in Amoy Gardens)，則是有將近 130 位居民發生 SARS 感染，241 位居民被迫隔離 10 天觀察病情發展。「淘大花園社區感染事件」起因是一位曾經在威爾斯王子醫院接受過治療的病患，暫住在淘大花園社區的哥哥家中，這名病患原本在大陸深圳工作並且居住在深圳，因為腎臟方面的疾病到香港就醫，而住進淘大花園社區的哥哥家中。事後求證，此名病患並沒有「連續」疑似 SARS 的症狀，然而因為一些類似的症狀，院方斷定他是 influenza A (流行性感冒)以及 SARS 的雙重感染，然而他在出現疑似 SARS 症狀的時候，當時香港尚未明確確定 SARS 的感染原及感染病徵，並且當時此名病患的症狀比較偏向 influenza A。這名病患的哥哥及大嫂、以及兩位曾經照顧過他的醫護人員隨後都出現 SARS 症狀。事後相關研究部門斷定此名病患為「淘大花園社區」的指標感染原，並且經過調查，淘大花園社區的排水及污物排放系統，有可能成為病毒傳染的管道。

威爾斯王子醫院的感染事件及淘大花園社區的感染事件成為香港兩個主要的 SARS 蔓延關鍵，並且造成了香港居民的極大恐慌。由這兩個指標事件顯示，SARS 蔓延的主要場域都是醫療院所，病毒由醫療院所傳播出來，在醫院工作的醫護人員因而蒙受極大的威脅，必須面對感染原四處流竄的恐懼。

回溯整個香港 SARS 事件的蔓延，主要感染期間從威爾斯王子醫院爆發集體感染開始，至淘大花園社區集體感染之後，整體感染數有漸漸下降的趨勢。到了 2003 年 5 月中期，大型集體感染事件已漸減少，只剩下零星的感染個案。在所謂的「減緩期」(declining phase)時，當然還是發生一些零星的感染侵襲醫療院所，但是相對地，感染規模不大；顯示出在經過一連串的 SARS 肆虐之後，一些基本的專業知識及相關的防治措施已經明確化，政府對公眾健康所做的努力與補救漸漸顯現成果。2003 年 4 月 5 號，香港的「每日感染數」首次降到 10 人以下，從 2003 年 5 月 16 號開始，每日感染數都控制在 5 人以下。5 月 23 日之後，WHO 降低了香港的旅遊警戒，並在 6 月 23 日正式將香港從感染區除名。整個 SARS 肆虐期間，總計有 1755 人受到感染並奪走了 300 條人命。表格 4-1 歸納香港 SARS 疫情期間的主要事件。

---

<sup>78</sup> 這些醫療院所分別為：Pamela Youde Nethersole Eastern Hospital, a Mongkok Clinic, St. Paul's Hospital, Queen Elizabeth Hospital, Baptist Hospital, and a Tai Po Clinic .

表格 4-1：香港 SARS 疫情大事記

時間	事件
2003 年 2 月 10 日	香港傳媒開始報導廣東省爆發非典型肺炎；香港衛生署嘗試聯絡廣州市防疫站及廣東省衛生廳廳長。
2003 年 2 月 13 日	香港醫管局開始向衛生署匯報懷疑和證實嚴重社區型肺炎個案。醫管局轄下的瑪嘉烈醫院向衛生署呈報一宗懷疑的非典型肺炎個案。衛生署要求私家醫院在有嚴重社區型肺炎個案入院時，及時作出通報。
2003 年 2 月 19 日	香港政府病毒科證實瑪嘉烈醫院的通報病患感染 H5N1(禽流感)，衛生署成立禽流感專家工作小組以及立法會衛生事務委員會，並加強預防禽流感的健康教育。
2003 年 2 月 21 日	一名中國廣州的教授與妻來港，在 M 酒店住宿，此名教授後來為 M 酒店和其他地方爆發感染事件的源頭病人。 醫管局嚴重社區型肺炎工作小組就治理嚴重社區型肺炎製作一套資料，透過個別醫院的感染控制主任分發醫管局的所有醫院，並上載於醫管局網頁。
2003 年 2 月 22 日	來自廣州教授被懷疑染上嚴重社區型肺炎，入住廣華醫院。
2003 年 3 月 4 日	來自廣州的教授於廣華醫院去世；一名本地居民入住威爾斯王子醫院，初步診斷為患上社區型肺炎。
2003 年 3 月 6 日	衛生署追查曾與相關患者接觸的人士，並進行流行病學和深入的化驗檢查。
2003 年 3 月 7 日	衛生署長致電聯絡北京衛生部，該部表示未能確定導致廣東省爆發疫情的原因，也沒有證據顯示疫情是由 H5N1 引起。不過世衛專家確認為不可排除 H5N1 是疫情成因。
2003 年 3 月 10 日	疫情開始：接報威爾斯王子醫院爆發呼吸系統感染，涉及 11 名職員。
2003 年 3 月 12 日	WHO 就急性呼吸系統感染個案向全球發出警示。
2003 年 3 月 14 日	確定威爾斯王子醫院疫情的源頭病人。
2003 年 3 月 15 日	WHO 正式宣佈這種新的感染症狀為「嚴重急性呼吸道系統症候群」。
2003 年 3 月 19 日	香港衛生署發佈 Hotel M 爆發一連串感染個案，以及香港疫情源頭病人的身份。
2003 年 3 月 21 日	接報浸信會醫院(Baptist Hospital)爆發感染，另外兩家私人診所也遭舉報。
2003 年 3 月 22 日	香港大學發佈「冠狀病毒」為 SARS 的主要感染原。
2003 年 3 月 26 日	淘大花園爆發社區感染：接報基督教聯合醫院(United



時間	事件
	Christian Hospital)接收 15 名來自淘大花園社區的疑似病患。
2003 年 3 月 27 日	SARS 被香港政府列入「疾病隔離與預防條例」的傳染病名單中(香港法例第 141 章)，正式將 SARS 列為法定傳染病。
2003 年 3 月 29 日	香港政府宣布抵港旅客需作健康申報。學校及幼兒中心停課。
2003 年 3 月 31 日	衛生署宣布隔離淘大花園社區 E 座 10 天；該署設立了四間指定醫療中心，監察與 SARS 患者有密切接觸者的健康狀況。
2003 年 4 月 1 日	撤離淘大花園社區 E 區的居民到臨時疏散地(渡假村隔離營)。接獲雅麗氏何妙齡那打素醫院(Alice Ho Miu Ling Nethersole Hospital)爆發感染。
2003 年 4 月 2 日	WHO 針對香港和廣東省發佈旅遊警報。
2003 年 4 月 3 日	醫院管理局在所有急症病房執行不准探訪政策(no-visiting policy)。
2003 年 4 月 10 日	衛生署規定，與 SARS 患者有密切接觸的人需要接受居家隔離。
2003 年 4 月 17 日	對機場的旅客進行體溫測量檢視。香港政府發佈淘大花園社區感染事件的調查結果。
2003 年 4 月 23 日	明愛醫院(Caritas Medical Centre)和大埔醫院(Tai Po Hospital)爆發感染。
2003 年 4 月 27 日	屯門醫院(Tuen Mun Hospital)爆發感染。
2003 年 5 月 2 日	浸信會醫院(Baptist Hospital)爆發第二次感染。
2003 年 5 月 5 日	由政務司長率領的「全城清潔策劃小組」成立。
2003 年 5 月 16 日	WHO 公布淘大花園社區爆發感染的調查結果。
2003 年 5 月 23 日	WHO 撤銷對香港的旅遊警告。
2003 年 5 月 28 日	公布 SARS 專家委員會的成員名單。
2003 年 6 月 23 日	WHO 把香港從 SARS 疫區名單中除名。

資料來源：本研究參考香港特區政府 SARS 專家委員會官方網站  
<http://www.sars-expertcom.gov.hk/cindex.html> 整理而成。

## 貳、香港之政治與立法體系

### 一、特區政府

香港在 1997 年 7 月 1 日正式成為中華人民共和國的特別行政區(Special Administrative Region of the People's Republic of China)，結束了 150 年的英國殖

民地統治。在中共方面，承諾將會遵守 1984 年與英國簽訂的「共同宣言」(Joint Declaration)，始自香港主權移交開始，保障香港的特別行政地位 50 年。此一承諾導致香港政府的結構朝向所謂的「一國兩制」(one country, two systems)發展。特區政府有權維持香港地區的公眾秩序，並且可以組成一個以英國基本法為基礎的立法體系，香港的對內與對外事務，可以循「非社會主義的經濟系統模式」發展。

香港特區政府分為兩個主要層次：中央政府與區政府(central/district)。在中央政府方面，權力是由最高行政首長(Chief Executive)、行政會議(the Executive Council)以及立法會(the Legislative Council)共同承擔。行政首長不僅執行政策，也有權針對公共政策做出決定並且提出行政命令、提名相關政府官員；行政會議由行政首長任命，並提供行政首長重要的政策建議；立法會則負責制定法律，並監督政府、預算及公共支出。在 2047 年到來之前，香港政府理論上應仍在英國法治傳統的庇蔭之下，對於人民的自由有強烈的保障，一些屬於人的「基本權利」都應該獲得保障，如言論自由、新聞自由、集會結社自由等。

至於與 SARS 較為相關的政府部門方面，主管公共健康的部門主要是「衛生署」(The Department of Health, 簡稱 DH)，隸屬於「衛生福利及食物局」，衛生署負責健康照護的相關政策及管制。其次，「醫院管理局」(The Hospital Authority)負責香港公立醫院的管理，是衛生署中的一個獨立部門，與衛生署一樣直接向衛生福利及食物局局長負責。2000 年 7 月，香港政府在衛生署內成立「疾病管制分部」(The Disease Prevention and Control Division)，主要是要策劃一些監控、預防與管制傳染病及非傳染病的政策，並且進行相關的研究發展、資源分配及規劃以及相關的評估及檢討。這個部門同時也要管制監控 27 個法律明訂的重大疾病並且預防其他可能危害到公眾健康的疾病發生。這個部門的工作主要必須與醫療局、其他政府相關部門、學者專家及其他國家相關政府單位密切配合。

## 二、健康照護系統

由於 SARS 期間最重要的系統就是健康照護系統，承上節而來，本節進一步深入討論。現今香港的健康照護系統有三個主要部門：健康福利與食物局(Health, Welfare and Food Bureau, 簡稱 HWFB)、衛生署(Department of Health, 簡稱 DH)、醫院管理局(Hospital Authority, 簡稱 HA)，每個部門都在公眾健康的把關方面扮演重要的角色。

健康福利與食物局(HWFB)是香港特區政府 11 個主要政府部會之一。主要負責檢視並制定所有的健康、福利、食物供給、環境衛生、婦女權益的相關政策，並且轄有許多相關部門單位。<sup>79</sup>至於衛生署(DH)則提供特區政府公眾健康照護的

---

<sup>79</sup> 例如 Department of Health, Hospital Authority, Social Welfare Department and Government

政策建議，並且是相關政策立法建議的主要行政輔助者。衛生署必須負責的事項有：疾病的監控與傳染病的防治、疾病預防計畫的策劃、公共衛生的教育與提倡、中國傳統醫學的發展、公眾健康的管制與執照許可等等。DH 在 SARS 蔓延期間扮演相當重要的角色，例如隔離的執行、相關立法政策的建議等。醫院管理局(HA)則是一個獨立的單位，管控香港所有的醫療院所。它必須負責的事項有：公立醫院的管理與控制、提供政府公眾對公立醫院服務的需求以及資源的需要、管理並發展提升公立醫院系統、公立醫院的評估與設立、提倡並輔助醫院的相關工作人員進行在職教育及訓練。總之，HA 是一個獨立的單位，監控管理香港的所有醫院，並且也必須對公私立醫院間的資源分配與分工進行協調；而 HWFB 則負責比較全盤性的政策檢視，並且經由 DH 進行輔助及溝通協調。

在香港 SARS 疫情期間，HWFB 必須對相關的立法及政策進行全面性的監督與管控，並且協調各健康照護單位之間的合作。HA 在 SARS 疫情期間必須負責及掌控所有公立醫院的管理，並且適當地調配資源的動用。DH 則在 HWFB 的政策命令之下，具體執行所有相關的公眾健康防護功能，包括 SARS 疫情的監控、傳染原的追蹤、公眾健康立法的執行、SARS 知識的教育與傳播、與 WHO 建立一個有效溝通的平台，並且也要與國際上所有相關的健康組織及研究單位進行即時的溝通與資訊分享。

2003 年 2 月中中國發生 SARS 疫情初期，DH 就曾經發表聲明，確認香港並無疑似感染，但 DH 會持續地監控可能發生的情況，並且會密切注意廣東省隨後的發展。聲明發表不久之後，HA 就建立了一個負責的工作小組，配合 DH 監控所有公立醫院疑似「肺炎症狀」的病患個案，並且關切病患所需的通風設備、密集治療及照護。DH 與 HA 在這個工作小組中相互合作，隨後 DH 也要求私立醫院要注意相關的監測及管控處理。總而言之，SARS 疫情在中國大陸爆發的初期，香港本地並沒有出現明確感染的病患，當時 DH 及 HA 已經有一定程度的心理準備，但是後來疫情來得實在太快，所以雖有事前的心理準備，但卻沒有及早完成相關的防護與配套措施。因此 SARS 在香港爆發之後，隨即陷入了一團混亂。並且，也因為一開始世界對這個新型的病毒都沒有足夠的認識，因此某些醫療院所有可能會採取錯誤或無效的治療方法。而 DH 和 HA 也在 SARS 疫情期間承受了相當大的壓力與公眾的責難，在中央政府與區政府、公立醫院與私立醫院、病人與家屬之間的管理與協調，常常出現許多問題，詳細的情形將在下節予以敘述及檢討。

## 參、SARS 因應過程及相關措施

### 一、特區政府對 SARS 疫情之回應

綜觀香港特區政府對 SARS 疫情的回應，主要有下列幾個部分：

- (一) 在相關疾病威脅到大眾健康時，「疾病隔離與預防條例」(The Quarantine and Prevention of Disease Ordinance)提供了進行必要的隔離與預防措施的法律依據。其中第四條規定，醫療專業人員有必要向衛生署(DH)通報相關的病例。此外，有關隔離的法源基礎，也可以在「預防疾病管制法令」(the Prevention of the Spread of Disease Regulations)中找到配套條文。任何從疫區來港的人都必須經過嚴格的身體健康檢查，衛生部門的官員有權力對有疑似症狀的人進行更進一步的檢查。
- (二) 經由相關法律的規定，2003 年 3 月 SARS 列入規範管制的傳染性疾病。政府開始對疫情進行嚴密的監控，並且督導所有的醫療院所與相關研究單位進行必要的溝通與對病毒更深入的研究與調查。並且利用現代電訊科技，建立「e-SARS 資料庫」以及「MIIDSS 支援系統」(Major Incident Investigation and Disaster Support System)，幫助追蹤與檢測 SARS 病患。MIIDSS 同時也建立了個人、地點與相關事件的共同連結平台。
- (三) 香港政府同時擴大並補強原有的隔離相關法律條文，並釐清使用隔離法律條文的權責。對前往醫院探視的訪客進行必要的隔離，對相關醫護工作人員也進行特別的訓練與防護。另外，政府對居家隔离進行有效的監控，包括利用電訪或無預警的檢查來防堵居家隔离的漏洞。當然，政府必須提供隔離時所需要的場地、物資和醫療輔助。另外，適當罰則的訂立可確保隔離的有效執行，政府對任意觸犯隔離命令或試圖脫逃的行為訂出明確罰則。
- (四) 由於 SARS 對老年人的侵害比較嚴重，政府對老年人的照護引起重大關注，社區的健康照護中心必須深入瞭解相關的老年照護資訊，並且企圖經由社區健康照護中心的傳播，有效散佈防疫的相關資訊與知識。
- (五) 政府部門間的協調相當重要，香港特區政府必須對相關政府部門進行協調，畢竟防疫需要的人力跨越許多不同的部門，包含警力、行政人力、公立醫院醫療人力、社區的衛生單位等，都必須配合政令採行有效的規劃與執行。

- (六) 經由入出境管理局的配合，衛生署對入出境的旅客或香港居民都進行嚴密的檢查，一旦發現疑似 SARS 的症狀，即須進行通報，並送往指定的 SARS 專責醫院，進行更深入的檢驗。另外政府並對主要人潮往來眾多的公共場所(例如機場)進行嚴密的消毒管制以及體溫檢測等防疫措施，以防造成感染原的傳播漏洞。
- (七) 策劃各項教育大眾的計畫，以使民眾對 SARS 疾病有更廣泛的認識，更清楚 SARS 所引發的相關病徵及症狀，並教導居民如何預防感染。且設置 SARS 熱線，隨時在線回答人民的疑問。2003 年的公共衛生宣言(The Hygiene Declaration of 2003)即是香港政府進行這些教育活動的基礎，目的在於革新公共衛生的文化、灌輸個人公共衛生的責任及有效地促進香港的國際形象。
- (八) 努力整合公共健康、住宅及環境管理等等相關領域的意見，仔細勘查建築的排水、污物系統與清潔程度。
- (九) 增加政府預算，並且透過資金募集活動，支援傳染病的研究與創新防疫及治療的方法。
- (十) 因為 SARS 疫情帶給香港本地重大的經濟創傷，多人面臨失業問題，相關政府單位擬定了重建的計畫，預計給予港人 30000 多個短期的工作機會，並且建立一套更完善的職業訓練系統。

## 二、 相關領域之溝通協調與合作

SARS 的傳播力相當快，若要有效的防止它所帶來的災害，政府必須協調整合許多不同層面的力量，才能達到目的。在 SARS 疫情開始之後，香港醫院管理局便設立了一個「中央感染控制指揮單位」(Central Task Force on Infection Control)，就相關範圍的專業與技術層面問題進行決策考量。這個組織單位集結了專家學者，對醫院管理的執行與方法提供一定程度的幫助。另外，政府又設立了「中央物資供給指揮單位」(Central Task Force on Supplies)，瞭解醫院方面的需要、監督資源的供給與分配，以及幫助醫院獲取相關的防護裝備。這些行動都必須整合多方面的資源，進行協調與合作。特別是在淘大花園社區發生集體社區感染之後，更需要不同層面政府單位的整合，包括防疫、消毒、物資運送、住宅管理、病患治療...等等，須藉由政府的力量來進行必要的公權力執行，才能有效達到控制；其中衛生署與醫院管理局的密切配合最為關鍵，才能領導其他相關單位進行淘大花園社區的重建。

另一個需要良好協調合作的領域是政府與媒體之間的關係。SARS 疫情蔓延時，媒體的力量變得更為重要，除了有提供清楚正確的資訊，也必須與政府進行有效確實的溝通，才能成為政府宣達政令及傳播正確資訊的媒介。在疫情蔓延

時，包括電視、廣播、網路以及公開宣傳等，都是人民獲取資訊的重要管道。這些資訊必須及時更新，以傳達正確疫情及防疫觀念，例如常洗手、出入公共場所須戴口罩等呼籲。政府也必須製作一些宣傳用的資訊手冊，教導民眾如何面對與對抗 SARS。

另外，由於香港的特殊地理位置，與中國大陸東南許多人口密集的城市來往頻繁，香港政府因此與先前爆發 SARS 感染的深圳市政府進行協調會議。由於深圳是香港與中國大陸主要的交通往來連接點，召開會議的目的是要建立一個間換資訊及意見的平台，並對於邊界的管控進行協調與合作，以有效對付與預防 SARS 的傳播。香港與深圳市政府同意在一些交通往來點上設置紅外線偵熱系統，並有權對有疑似 SARS 症狀的旅客進行進一步的檢查與留置。另外，雙方政府同意定期召開會議，以進行有效的資訊交流與政策意見的溝通和協調。

最後，香港政府在疫情較穩定之後，邀請一組國際學者檢視香港政府在處理 SARS 問題時所做的努力。這些專家主要來自英國、美國、澳洲、中國與香港本地，九個人共同組成一個專家委員會，對香港抗煞經驗進行檢視與評估，以及對未來香港的公共衛生與醫療照護系統提供建議與改進方法。當然，香港政府也明瞭，除了這些學者專家的意見之外，要有效地對抗 SARS，還須與鄰近的中國及同樣有疫情蔓延的國家如新加坡、加拿大等進行資訊與研究的整合，並與世界衛生組織及國際公共衛生及醫學研究團體，進行必要的合作，才能更有效地達到改善香港整體衛生環境及醫療體質的重大目標。

### 三、關鍵議題之事後評估

本節主要在討論評估香港在面臨 SARS 疫情衝擊時，影響其治理成效的幾項關鍵性議題。評估的依據主要是參閱香港政府設置的「嚴重急性呼吸道綜合症專家委員會」(SARS Expert Committee)在 2003 年 10 月所提交的研究報告。整體來說，香港政府在 SARS 期間所做的努力，專家委員會給予相當正面的肯定，雖然在一些政策執行面有些缺點及有待改進之處，但考量政策執行初期，世界各國對 SARS 都缺乏瞭解與認識，因此專家委員會認為有些執行上的錯誤是可以被容忍與原諒的，但必須在下一次危機發生前修正調整。這些暴露出來的缺失，有些可以很容易地被導正，但是有些缺點卻因為牽涉到太困難的工作以及多層級系統的整合，而面臨困難的挑戰。

- (一) 疫情初期的處理：由於疫情初期對 SARS 相關資訊掌握的並不完全，甚至有誤判為其他病症的錯誤診斷，即使衛生署及醫院管理局都有適時的介入，但還是沒有辦法阻止之後的大規模感染事件的爆發，如威爾斯王子醫院集體感染事件及淘大花園社區感染事件。就這段期間來說，專家委員會認為香港有關當局已經盡了最大的努力，並在調查清楚時馬上進行合理的處置。主要是疫情初期對 SARS 的認知有限，而

且對於中國大陸那邊的疫情資訊不夠透明，難以掌握；但如果在資訊掌握上可以更積極並且更快速，則香港的疫情也許可以有重大的改善，至少不至於發生後來的大型感染。

- (二) 爆發大型感染事件後的處理：專家委員會認為威爾斯王子醫院的感染是由於事前資訊的不足造成準備不及，衛生署也沒有預料到必須擬定相關的管理政策，因此大型感染爆發後，沒有得到第一時間的管控與危機處理。至於在引人爭議的「封院」決策上，委員會則認為香港政府已參酌台灣方面封院之後所造成的大恐慌，因此在醫院決定進行服務的削減這方面處理地還算良好。至於訪客探視病患的限制政策、不讓 SARS 病患與其他病患混合的治療方式，專家委員會都給予高度的肯定。
- (三) 衛生署與醫院管理局的溝通問題：專家委員會認為 DH 與 HA 缺乏相互的理解與溝通，各行其是，並沒有進行有效的整合，也沒有共同討論相關的因應策略。這兩個部門各自都做得很好，但在資訊交流方面的確缺乏清楚的領導分界，因此造成許多無法相容的行動。另外，在與大學研究部門的資訊交流方面，大學與 DH、HA 之間也缺乏有效的溝通。DH、HA 和媒體的溝通部分，一樣是未能事先擬好有效的溝通策略，因此總是會有聲明太長或造成大眾誤解的情況出現，溝通效果欠佳。
- (四) 法定傳染病的相關條文：另外一個受爭議的問題是 SARS 是否為法定傳染病的認定、與相關法律的修改部分，有所延誤。未能及早修正相關條文，導致某些隔離及預防措施無法儘速進行。DH 應該為此負起相當的責任，雖然是基於人權及公眾接受度的考量而產生延誤，但還是可以因應情況早一點明定 SARS 為法定傳染病，讓執行人員有相關的執法權及執法基準來進行防疫工作。
- (五) 淘大花園社區的警示：淘大花園社區發生集體感染事件提供了一個警訊，即社區感染最有可能爆發大規模的傳染，因此，整個公共衛生環境的檢測及地下水污物處理的系統，都必須經過良好的檢驗及核准，以保障居民的健康。在流行病學的研究方面，應該注意以大量人口為基準的傳染方式，而不應只是注意零星或在醫院中的個案。淘大花園事件提醒了許多忽視社區感染發生的相關人員，必須針對這個隱含極大感染源的地區進行防疫。
- (六) 專責醫院的設立：專家委員會基本上認為在 SARS 期間設立專責醫院是合理的措施，但應考慮到更長遠的感染事件應該要如何因應處理，包括病床及相關醫療物資是否充足，是否應該設立更多的專責醫院，都是必須要考量的。

(七) 公私部門協力的問題：香港的公私立醫院彼此競爭，因此公私立醫院之間常有溝通不良的情況發生，而且 HA 常常不願提供有效的資訊給私立醫療院所，私立醫療院所亦不易取得相關的資源補給。專家委員會認為，必須去除公私立醫院之間的藩籬，相互流通資訊，為防疫之事共同合作。因此，DH、HA 和公私立醫療院所之間，要有良好的溝通管道，建立一種更良好的伙伴關係，防疫的工作才可長可久，資源也可以互通有無而達到物盡其用的目標。

## 肆、民眾反應及災後重建問題

SARS 疫情是香港政府的一大考驗，政府除了必須妥善處理疫情危機之外，還必須考慮到大眾是否能夠接受政府的因應模式。如同前面所提，香港政府因應 SARS 的治理模式中，一個很重要的環節是公眾教育，這個部分除了可以對疫情的擴散有抑止的功效之外，也可以使個人明白防止病毒傳染的責任，而且或多或少能夠減緩公眾對於 SARS 的莫明恐懼。

當然，在 SARS 期間最重要的問題是公眾對「隔離」措施的接受度。在淘大花園社區感染事件之後，許多居民被迫進行隔離觀察，接受隔離的人除了生活不便之外，在工作上也可能會受到阻礙或歧視，例如接受隔離之後是不是會被同事排擠？或者隔離期間是否能有相當程度的薪水補貼？在這一方面，大眾的普遍反應較為激烈，因此政府必須妥善規劃協助，例如運用公權力，建議雇主盡量不要剝奪雇員的工作機會等。

另外，從 AC Nielsen 的民意調查看來，35%的香港居民因為 SARS 而取消了旅遊計畫；當被問及如何保護自己和家人避免 SARS 的感染時，65%的居民則是回答「戴口罩」，58%會對個人衛生問題更加小心，34%拒絕到人潮擁擠的地方；有 56%的香港居民認為對 SARS 的關注甚至超越了對經濟問題、失業問題、伊拉克戰爭等議題的關注。

總之，政府的治理模式及處理危機的方法引起港人相當大的關切，有論者以為政府的態度有效地喚起了許多人民的防疫共識，但是在一些比較受爭議的議題，例如「隔離」的法源基礎及執行效力問題等項，多數港人仍抱有質疑想法。因為疫情擴散快速，事前的準備並沒有完善，發生大型感染之後醫療物資也跟著短缺，另外還有一些管控不佳的情況，以及因與大眾溝通不良而引起的恐慌，都是值得香港政府注意的問題。

SARS 疫情造成了香港極大的經濟損失，災後的重建顯得非常重要，在疫情期間，有將近 60,000 餐飲界及旅館界工作人員丟掉工作，甚至連遣散費都沒有拿到，因此，如何重整香港的經濟體質是考驗香港政府的第一項挑戰。另外，災後重建工作還包括疫情蔓延期間所暴露出來的基礎建設缺失，譬如如何強化既有



的健康照護體系和傳染病的防治與管理等，是香港政府必須面對的第二大挑戰。公共衛生的基礎建設、住宅區的排水污物管理、經濟復甦所需要的重建計畫、病患及家屬的心靈重建等等，都有待香港政府策劃良好的方法來逐步完成。

## 伍、未來改善方向

SARS 在香港蔓延的狀況，給予世界其他國家一個相當重要的警訊與提醒，各個國家都有必要提高傳染病的防治與警覺，而且可以由香港的抗 SARS 經驗中得到一些經驗，以防止下一次同樣的情況再度發生。為了要從經驗中獲取值得的教訓，我們觀察香港政府在疫情期間所進行的一連串處理危機的治理模式之後，思考其未來的發展方向。

### 一、健康照護組織的權責劃分清楚、領導明確

在 SARS 疫情衝擊時，經常聽到的是沒有一個全盤的掌控者來處理所有發生的狀況，各角色中的權責劃分也不清楚、管理結構不明確、健康照護系統並沒有足夠的彈性應付突發狀況、公私立醫院間的關係緊張等等。就這些狀況，學者提出的建議是：

- (一) 統一明確的領導：「領導」的功能成為抗 SARS 期間相當關鍵的因素，由於突發狀況不斷，對疾病的知識又不足，因此一定要有一個全盤掌握的管控角色。HWFB 負責政策的規劃，DH 則負責政策執行，這兩個主要角色必須要相互配合，並且要有一個主導者，明瞭一切狀況，並且掌握所有脈絡。
- (二) 清楚的權責劃分：哪個醫護單位該做什麼事情，必須明確且清楚，執行才有功效，必須要有一些關鍵性的指令。
- (三) 人力、資源的有效分配：應統籌規劃醫療資源人力的分配，才有可能達到最有效的成果。

### 二、健康防護功能之加強

SARS 帶給香港政府的警示，是在傳染病的追蹤方面必須更有效率、隔離措施並沒有有效地執行、必須擬定更好的防患未然計畫、有必要建立一個管控傳染病的中心單位。

- (一) DH 有責任建立一套有效的傳染病控制系統，包括監視、防疫計畫、及公共衛生相關立法等等；而且必須有效率及早發現潛伏於環境當中的傳染病威脅。

- (二) 資訊的管理相當重要，明確的資訊必須傳達到相關單位，因此資訊的過濾也是一大問題所在，故應建立一套資訊及資料共享管理系統。
- (三) 應建立一個傳染病防治的中心單位，如「健康防護中心」(Center for Health Protection)，針對特定的需求及狀況進行評估，並且蒐集分析核心的資料，設計有效的防疫架構與基準，並適時提供有用之建議。

### 三、促進協調溝通

- (一) 首先應建立清楚的責任分界，在 HWFB 和 DH 間、DH 和 HA 間、DH 的總辦公室和下轄的單位間、下轄的單位和公私立醫療院所之間，都要有清楚明確的責任分界。
- (二) 其次，HWFB 與 DH 必須有一個明確的發言人，而不是各部門各說各話，才不會造成媒體與大眾的混淆或誤解。這個總督導的發言人可以掌握一切狀況，且不刻意隱藏資訊，且重視資訊透明化的程度。
- (三) 最後，DH 和 HA 這兩個部門應進行更多的整合與交流。雙方的員工都有責任做好醫院感染的控制、資料的蒐集與通報、相互的交流；工作人員之間有必要輪流在對方的體系中適應各種不同的情況；資源必須經過相互的整合與討論；地理方面的跨界必須要相互配合各自所轄之地區；日常工作分配必須與相關的公共衛生專家與醫界專業人員相互溝通；與公私立醫院急診所得整合也必須互相合作。

### 四、加強跨越地理疆界的合作

以香港的案例來看，在第一時間的確沒有與中國方面做好聯繫與查證的工作，以致沒有完善的心理準備來因應突發的感染事件。當然，北京當局的資訊不透明是一大問題之一，因為缺乏詳細即時的資訊，以致於香港無法獲得即時的警示，才會釀成之後的大型感染事件。由此可知，在全球化的影響下，所有的傳染病都有可能透過便捷的運輸交通帶往全球各地，因此跨國界的合作相當重要。在這裡必須注意的是面向包括跨國間的資訊交換與警訊互傳、謠言的澄清與查證、與國際相關組織的密切聯繫等。

### 五、監控、資訊及資料管理的改進

DH 必須建立一套完備的資訊共享的電子通報系統，以整合並通報所有公私立醫療院所、實驗研究單位、中央與地方各層級，並且設計一套相容的監測設備，有效追蹤疑似病例。在 SARS 侵襲期間，香港政府已經建立起來的系統主要有三：(一) e-SARS system：提供即時的 SARS 資訊，由 HA 與 DH 共同負責及提供；(二)

SARS-Case Contact Information System(SARS-CCIS)：主要是一個由 DH 建立的資訊管理系統，兼具一些分析功能，提供流行病學研究的相關基礎資料；(三) Major Incident Investigation and Disaster Support System(MIDSS)：主要是香港警方用來進行犯罪調查的系統，可以用來輔助追蹤連結 SARS 並立及明確劃分高危險區域，提供政策當局有用的基礎資料。因此，日後必須結合現有的三項系統，並加入更好的通訊科技。電腦資料庫必須提供資訊共享的平台，讓所有相關單位都可以分享資料，跨越所有的健康照護系統，而這些健康照護系統也應該提供適當的資訊回饋。另外，資訊系統最令人擔憂的問題是個人隱私的問題，所以如何在有效運用資訊時可以兼顧個人隱私，必須預做考量。總而言之，這三個基礎系統的整合所期望達成的目標是：(一)即時快速：連結 DH 和 HA 即時有效的資訊；(二)涵蓋範圍廣大；資訊蒐集的範圍涵蓋所有相關健康照護單位，包括公私立醫療院所及政府單位，甚至是相關的個人與民間團體；以及 (三)具互動性：資訊使用者也須提供回饋，互相通報有用資訊。

## 六、提升因應病例急速增加的能力

SARS 危機很明顯的暴露出香港醫療體系 Surge capacity 急速爆滿，難以應付的窘狀。因此，日後必須注意改善下列幾點，才能應付突如其來、急速暴增的照護需求。

- (一) 公立醫院的設備及服務：必須徹底考量醫院的設計及環境，病床的安排必須合理，考慮容納最大病患數的同時，也必須針對醫院的管理及安全性做一定的檢測，例如預防交叉感染的情況產生、是否有足夠的通風設備等等。
- (二) 醫療物資的供給：必須精密計算醫療物資的庫存量，以防突發狀況來臨時發生物資短缺的情況。
- (三) 人員的訓練及專業知識的再教育：香港 SARS 是件看出醫院相關工作人員並沒有一套良好的感染防治文化，因此，必要的在職教育與訓練一定要嚴格執行。
- (四) 充分利用私人資源：除了與國際組織及團體聯繫之外，也不應該放棄私人資源，例如民間的非營利組織等等，這些私人資源有時可以成為突發事件來臨時的安全後盾。

## 七、醫院管理、職業傷害預防的注重

面對最大 SARS 威脅的其實是第一線的醫護人員，在這方面，我們可以看到各感染國家都有醫護人員因 SARS 而喪生，因此，醫院對傳染病的有效管控及醫

護人員職業風險的降低，成為一個熱門的討論話題。這當中醫院管理強調的是必須持續研究對抗 SARS 的辦法，包括治癒者的血清及配合傳統中國醫學的調養治療、醫院實驗室、研究室及病房的妥善管理、以及有效釐清管理權責等等，都是醫院方面必須注意的。

至於如何確保醫護人員可以在一個低風險的工作環境中照顧病患，首要考慮的應是基本防護配備的資源是否足夠，因此防護配備的安全存量必須計算清楚。此外，要注意經過 SARS 風暴摧殘過後的心靈重建工作，故須對受過 SARS 傷害的醫護人員持續進行心理輔導。

## 八、持續的研究與訓練

- (一) 持續進行 SARS 的相關研究：各相關大學及 HA、DH 以及 HWFB 都必須密切合作，並且研究方向也必須考量 SARS 對個人及社會的各方面衝擊，而研究結果必須進行分享與互動。
- (二) 解答懸而未解的問題：包括正確的治療方式、風險轉移的可能性、醫院的有效管控方法、負擔成本、長期的結構觀察建立等等。
- (三) 網羅相關背景的研究人員與專家：例如流行病學、微生物學、護理、藥學、病理學等等。
- (四) 進行有效的訓練。

## 九、強調社區防治及社區災後的重建

- (一) 以區域人口為基礎的健康防護計畫：仔細觀察社區的需要，並且制定大型的計畫來提醒社區的注意，利用有效的溝通方式與傳播，進行互助網絡的建立。
- (二) 彌補受害者：持續監控 SARS 病例的同時，也不能忽略這些受害者的需要，尤其對老年人口及慢性病患的照護更需要細心的關懷並且擬定一套有效的照護措施。
- (三) 結合民間的相關團體，有效運用這些團體的專業技能與志工的募集，深入社區予以協助。
- (四) 心靈重建：對 SARS 病患及其家屬而言，在疫情過後，往往是最需要關懷的。SARS 所帶來的精神創傷，必須經由相關的心理、社會與財力方面的支援，來陪他們走過這一段黑暗期。因此，HA 必須介入這些心理或社會方面的需要；社會福利部門也必須配合援助。另外，避免 SARS 病患及其家人受到不平等的歧視，一些合理適當的立法與管

理也必須陸續推動。

## 第二節 新加坡

### 壹、SARS 危機之始末

新加坡首次發生 SARS 是在 2003 年 3 月 14 日，由衛生部 (Ministry of Health) 發佈在陳篤生醫院 (Tan Tock Seng Hospital) 的流行病中心 (Communicable Disease Center) 出現了 6 個 SARS 病人。隨著 SARS 的蔓延，新加坡總共出現 238 個病例，其中 32 人死亡。新加坡 SARS 危機起因是有 3 個個案在香港的 Metropole Hotel 遭到感染，而後將病毒帶回新加坡。在醫院發病之後，新加坡政府隨即採取了即時的反應與緊急的措施，儘可能地減少民眾接觸傳染的機會。因此在醫院之外並無發生大規模的傳染。而且在 3 月 22 日之後，在陳篤生醫院便未再發生嚴重的病毒擴散。以下將由 3 月中旬至 5 月下旬世界衛生組織 (WHO) 宣佈新加坡自疫區除名期間，所發生的重大事件與政府作為臚列如下表：

表格 4-2：新加坡 SARS 疫情大事記

時間	事件
2003 年 3 月 15 日	一名懷疑感染 SARS 的醫生搭乘飛機到紐約，並在德國法蘭克福轉機。本地衛生部通知德國衛生局。
2003 年 3 月 18 日	衛生部發出旅遊警告，勸請國人避免到 SARS 疫區旅遊。
2003 年 3 月 22 日	陳篤生醫院被指定為治療 SARS 病患的醫院。
2003 年 3 月 24 日	居家隔離令生效。位於實龍崗的佩思幼稚園一名 5 歲男童感染而關閉，他的 13 歲姐姐也懷疑感染，而早前曾經同她接觸的近 200 名培才中學學生在家隔離。
2003 年 3 月 27 日	全國學府（不包括理工學院和大學）關閉至 4 月 6 日。
2003 年 4 月 1 日	中央醫院 57 號和 58 號病房發現新一波疫情。
2003 年 4 月 2 日	義安理工學院因有學生懷疑感染，被令關閉 3 天。
2003 年 4 月 5 日	教育部宣佈全國學府逐步複課。4 月 9 日—初級學院、4 月 14 日—中學、4 月 16 日—小學。

2003 年 4 月 7 日	抗 SARS 部長級委員會成立，主席是內政部長黃根成。
2003 年 4 月 11 日	國立健保集團、新加坡保健服務集團、新加坡醫藥協會、新加坡護士協會和新加坡報業控股聯合成立“英勇基金”(The Courage Fund)，為 SARS 病患的家屬提供經濟上的援助。
2003 年 4 月 19 日	吳作棟總理在記者上籲請國民如常生活，並宣佈成立部長級“抗 SARS 作戰部隊”由許文遠負責指揮官。
2003 年 4 月 20 日	因有果菜商患 SARS，衛生部宣佈巴西班讓果菜批發中心關閉 10 天，直到 4 月 29 日。
2003 年 4 月 28 日	巴西班讓果菜批發中心延後至 5 月 5 日凌晨才重新開發。
2003 年 4 月 30 日	大約 20 萬名小一至小四學生獲發體溫計。
2003 年 5 月 4 日	第一個違反居家隔離令的 50 歲男子被控上法庭。
2003 年 5 月 13 日	心理衛生學院突然傳出集體發燒的消息，到了 17 日才知道是虛驚一場，這些人都不是因為 SARS 而發燒。
2003 年 5 月 18 日	新加坡原本有望在這一天除名，誰知，當天傍晚又有一人證實患 SARS。由於這個病人李忠健是在 11 日送入醫院隔離，因此新除名日期展延到 31 日。
2003 年 5 月 21 日	由報業傳訊、星和以及新傳媒聯手推出的“SARS 頻道”啟播。
2003 年 5 月 31 日	世界衛生組織提早一天宣佈，新加坡不再是疫區。

資料來源：聯合早報網

總的來說，新加坡政府是公開地以嚴謹且全面的方式採取了積極的行動，回應 SARS 的爆發與蔓延。而新加坡政府的公共衛生制度與相關法律，以及政治與法制體系皆使政府得以採行快速全面性行動防止 SARS 蔓延。

## 貳、公衛體系與相關法令

新加坡的公衛體系是整體憲政中的一環。在中央層級，新加坡政府傳承了英國政治體制，由 84 個議員組成民選的國會，並由民選的總統指派總理與內閣。總統與內閣是行政當局之所在。內閣負責指揮及掌控政府、推動政務，由總理領導各個部會。在地方層級，社區發展委員會 (community development councils, SDCs) 職司地方行政，在地方負責執行中央的指令，並發動、規劃與管理社區計畫，以推動社區團結與社會融合。每一社區發展委員會包含 12 至 80 人，並包括一位社區領導人。1997 年的社區發展委員會命令 (Community Development Council Rules) 賦予社區發展委員會執行 SARS 居家隔離命令許可計畫 (SARS

Home Quarantine Order Allowance Scheme) 的正當性。

新加坡的衛生部執行嚴格的公共衛生管制法令。新加坡的衛生條件與衛生設施足以與先進國家並駕齊驅。新加坡擁有大規模的流行病監視體系，此體系要求所有的傳染疾病案例必須向環境部中的隔離與傳染病部門 (Quarantine and Epidemiology of the Ministry of Environment) 報告，並接受調查。衛生部也在流行病爆發時負責監視預防措施。新加坡由三個政府部門提供公衛服務：(一)衛生部、(二)環境部、與(三)人力部 (Ministry of Manpower)。除了這三個部門之外，私部門也提供公衛服務。

新加坡的整體公衛服務是藉由一個公私兩元體制來傳送：公部門由政府主導，接受政府的財務補助；私部門提供公共衛生器材與人員。人民可以在公私部門中選擇，不過在公部門中可以得到若干政府補助，而大部分的基礎醫療服務是由私部門提供的。公立醫院中的緊急應變中心則負責緊急事件的防治與服務。公立醫院接受政府的財務補助；私立醫院則是接受衛生部的管制。在新加坡並無免費醫療，人民必須負擔部分醫療費用，病人可以選擇各種等級之醫療服務，但等級越高需自付金額越多。政府要求合部工作的人民將其所得的 6% 至 8% 投入醫療儲蓄計畫 (Medisave)。此外，新加坡政府還有醫療防護計畫 (Medishield) 提供災難性的疾病保險，以及「醫療基金計畫」(Medifund)，針對窮人保證其可接受醫療服務。

新加坡以傳染病法 (Infectious Disease Act) 以及 2002 年修訂的環境公共衛生法 (Environmental Public Health Act) 來執行其隔離管制 SARS 病患。「傳染病法」是在 1976 年制訂的，用以控制、防治傳染疾病的傳播，該法由衛生部與環境部共同執行，它也允許傳染病的醫療檢查、處理、監視、調查等事項；它還規定醫生必須將傳染病上報有關政府單位。根據該法第 137 章，衛生部與環境部有權宣布危險傳染病爆發地區為疫區，並採取必要措施。根據環境公共衛生法，是由環境部長任命的公共衛生長 (Director-General of Public Health)，此職位權力極大，可以指揮、懲處、處置任何醫療人員，用以配合傳染病的防治。這個環境公共衛生法對於各種傳染病的防制與病患的處置、醫療人員的管理有極大的影響。

## 參、SARS 因應過程及相關措施

2003 年 3 月初，當 SARS 在新加坡入侵時，是由健康部轄下進行處理。健康部部長 Lim Hng Kiang 以及常任秘書 Moses Lee 與主管醫療服務事務 Dr. Tan Chorh Chuan 三人組成一個小組，負責抗 SARS 事宜，這個小組建立了一個處理 SARS 的標準作業程序，為新加坡後來的大規模隔離行動奠定基礎。其後隨著 SARS 疫情蔓延的擴大，新加坡政府漸體認到 SARS 危機並不只是一個醫療問題而已，僅僅健康部已然無法單獨處理，為了要確定落實居家隔離命令，以及嚴密

追蹤與 SARS 病患接觸人民，新加坡政府在 4 月初成立執行小組（Executive Group），在總理 Goh Chok Tong 的指示之下，由家庭事務部（Home Affairs）部長 Wang Kan Seng 領導，包括了健康部、國際部、外交部等常任官員組成，專門負責危機管理，在這個執行小組之下，另成立一個跨部的委員會，包含各部會的領導人共同處理與 SARS 相關的交通運輸、教育、醫療、邊境管制、公共關係、經濟事務等議題。

在相關政策與法令方面，2003 年 3 月，新加坡衛生部部長開始進行修正傳染病法中的若干條文。衛生部長宣稱此次 SARS 是一個史無前例的公共衛生危機，以支持他的行動。主要的修正是在傳染病法之中，針對第一種、第二種、第五種與第六種傳染病的意義，予以區別認定。經重新認定之後，SARS 是第一個名列第五種傳染病的疾病，允許政府控制職業與商業的相關作為，而且 SARS 也是第一個名列第六種傳染病的疾病，它賦予政府有權發佈相關信息來防止病菌的擴散。此外，國會也根據緊急命令（Certificate of Urgency）來發佈這些修正案。緊急命令是新加坡憲法中的特別規定，它使重要的法令能在一個會期中就獲得通過。此次修正案包括以下的五個部分：一、居家隔離的命令，二、隔離的條件，三、防止傳染病擴散的方法，四、測量傳染病的規定，五、SARS 病患遺體的處理。傳染病法賦予了衛生部長相當大的權力，這些權力包括了控制傳染病的作為、要求民眾的配合、禁止錯誤信息的發佈、相關的罰款、屍體的處理、以及對於疑似病患的強制醫療檢驗、居家隔離的規定等等。健康部長並根據緊急命令修改了傳染病法，給予健康部額外的權力來採取行動，懲罰那些破壞居家隔離命令的人。他將犯規者的罰款跟懲罰予以提高，最高可以罰到一萬新幣，以及六個月徒刑。如果再犯，罰金則加到兩萬新幣，或十二個月徒刑。

由 2003 年 3 月 24 日開始，健康部利用傳染病法中的相關條文，進行隔離防止 SARS 的擴散。在這些居家隔離的病患家中，還要裝設電子照相機進行監控。健康部授權給 CISCO，這是一個新加坡的商業保全公司來執行隔離的命令。這個保全公司在每一個病患家中，設置電腦監視器，要求病患必須要向他們回應，而且居家隔離的病患還必須不定期地證明他們正在家中。這些病患只被允許跟他的家人以及相關的政府官員進行接觸。2003 年 4 月 20 日，健康部長甚至關閉了一個非常大的商場，並且將這個商場裡的 2400 位從業人員進行居家隔離。

整體而言，新加坡政府抗 SARS 所使用的主要途徑有三：一、監測病情，二、隔離病患，三、容納病患。政府行動的主軸，就是使新加坡的每一個公民認知到他們都有防治 SARS 的社會責任與公民責任。在此思維下，新加坡政府採取了相當廣泛的行動，包括儘快的偵測病情、隔離病患、追蹤以及監視、調整與執行傳染病控制的措施，並且教育群眾等等。

在 SARS 病患的早期監測方面，新加坡採取了比世界衛生組織更嚴格的病患確認。一個疑似病患被發現之後，必須在 24 小時之內通知醫生，醫生也必須將



之登載於醫療防衛的資訊網絡當中，且病患要受到隔離與觀察。此外，3月22日政府選擇陳篤生醫院作為唯一的收容 SARS 病例的醫院，不過所有新加坡的公立醫院都必須開始做準備，準備容納更大規模的 SARS 病患的隔離行動。所有跟 SARS 病患接觸過的人，都要接受十天的隔離觀察，而且他們每一天都要跟國家環境部的官員接觸。此外，一些傳染預防的措施，譬如嚴格地對醫院中的病人與職工進行體溫檢查、口罩的使用...等等，都被強制地執行。

根據新加坡政府的官方說法，新加坡防制 SARS 危機最成功的作法包含了兩點，一是醫院感染的防制，二是社區感染的預防。首先、醫院感染防制最有效的方法，就是把一個醫院設計成為專門防制 SARS 的醫院，對所有工作人員以及病患進行徹底的溫度篩檢，隔離與 SARS 病人接觸的職工，限制對醫院病人的訪問，強制在所有醫療院所之內戴口罩。其次、因為在新加坡，首先出現的病例是在醫院中被發現的，保持 SARS 遠離社區，就是防制擴散最重要的工作。而這些社區防制的工作包括了一個非常強力的監測系統與追蹤系統，以及病患的強制隔離。這些監測系統要求 SARS 可疑病患必須在 24 小時之內，向醫生報告，把 SARS 病患集中到一個醫院，以及對於醫院、安養院中發燒的病患予以監測，以及在社區大部分的地方進行溫度的篩檢。

2003 年 3 月 15 日，健康部設立了工作組來監測 SARS 以及採取緊急適當的行動，這個工作組由醫療服務長 (Director of Medical Services) 來領導，他的成員包括了來自於環境部以及各大醫院的專家。實際上，新加坡對於 SARS 的防治，本就是各個部會相互的配合：健康部跟國內醫療有關的人員進行電話調查，來評估他們對於傳染病控制的知識，所有醫療保健的人員，也透過了醫療監視體系評估狀況、偵察個案。環境部建立了公共衛生與安全的標準。在傳染病控制法之下，新加坡政府所採取的行動，遠遠超過兩個主要的機構，譬如國家開發與住宅部 (Ministry of National Development and Housing)、住宅與開發委員會 (Housing and Development Board)、市鎮委員會 (Town Council) 三者制訂了對於住宅清潔的方法。教育部 (Ministry of Education) 也執行了防治 SARS 的四種途徑，就是容納、保衛、篩檢與隔離。教育部還在學校推動了防治與控制的措施，包括了從 3 月 27 日至 4 月 6 日關閉了所有的小學、中學及部分大專院校，教育部進一步與衛生部合作，來規劃對於 SARS 隔離者的反應，教育部與社區開發體育部 (Ministry of Community Development and Sport) 兩者制訂了防治 SARS 的若干程序，譬如對於托兒所與幼稚園進行溫度篩檢等等。此外，國防部 (Ministry of Defense) 則設立了在軍中的預防措施。人力部也修正了工作者薪酬法 (Workmen's Compensation Act)，把 SARS 視為一種疾病，允許工作者獲得若干補償，並且在十天的隔離期限之內仍然可以領到工資。住宅事務部 (Ministry of Home Affairs) 允許讓若干非法移民接受醫療保健，並宣布他們暫時不受控告。

在具體的配合政策方面，新加坡政府耗費 2 億 3 千萬新幣作為紓困之用。這些經濟紓困措施包括補助旅遊業以及旅遊相關事業，如旅館、飯店、零售、航空、

休閒、旅行社及運輸業。政府還提供某些基金給醫療單位，如英勇基金（The Courage Fund），這些鼓勵基金是在 2003 年 4 月，針對公私立容納 SARS 病患的機構提供財政的補助。鼓勵基金大約有 2800 萬新幣，提供給照顧 SARS 病患的醫療人員。至 2003 年 10 月 27 日，約有 5500 萬新幣已經分配給約 2500 位醫療人員。2003 年的 7 月 1 日，衛生部長宣布新加坡政府已經花了 3 億新幣在 SARS 相關的努力上，這筆錢並不包含上述 2 億 3 千萬經濟紓困措施。為了解決經濟問題，新加坡政府與 NYUC、新加坡國家雇主工會、人力部等三個單位聯手來幫助受到影響的企業，他們發佈一個聯合聲明，採取了一個暫時性的成本節約方案，包括縮短工作時間、削減工資、以及暫時性的停止解雇勞工。當然，這些措施並不會完全解決旅遊業以及交通相關產業的人力問題，但是至少可以給那些在 SARS 危機中被解雇、失去工作的人比較公平的對待。

國際協調與合作也是新加坡能成功抗 SARS 中間相當重要的一環，從 SARS 爆發開始，新加坡的實驗室就與世界衛生組織的實驗室合作共同來確認 SARS 病例，以及獲得 SARS 病毒有關的知識。新加坡還與美國的疾病控制預防中心（U.S. Centers for Disease Control and Prevention）的實驗室合作。除了與世界衛生組織和美國疾病控制預防中心的合作關係之外，新加坡也與馬來西亞達成若干的合作協定，共同預防 SARS，例如新加坡與馬來西亞政府建立了一些聯合的跨域健康委員會，在八個特別的領域從事合作，這些特別的領域包括：傳染病學、疾病調查、公共衛生方法、傳染控制實務、保持追蹤與隔離的方法、交通方法、在醫院防治 SARS 的方法，以及 SARS 個案的追蹤等等。這個協定的焦點是鼓勵醫療知識的互惠，由兩國共同防禦 SARS。迄今馬來西亞跟新加坡已經舉行了四次雙邊的協議，兩國也同意在預防 SARS 以及其他的傳染病方面繼續合作。

## 肆、民眾之反應與認知

自 SARS 爆發以來，新加坡政府強而有力的公共教育影響了公眾的反應與認知。在公眾教育方面，健康部提供了相當多的建議。此外，新加坡總理還提供了一系列有關於全民共同抗熱的公共演說，要求新加坡人發揮公民的責任、義務，來遵循、回應政府的若干抗 SARS 措施。SARS 工作小組將抗 SARS 的工具分配給所有新加坡的居民，包含了數位溫度計、兩個外科口罩、以及四種語言的防治手冊。政府也在網際網路上面公布 SARS 的即時網站。而新加坡對於抗熱的公共關係上最值得一提的，就是在家庭事務部的領導下，成立一個專門提供 SARS 資訊的電視頻道，這個頻道每天發佈十二個小時有關 SARS 的新聞（其他十二小時重覆播放舊訊息），而且在這個頻道裡使用不同的語言，務使新加坡的每一族群均得知悉重要資訊。

此外，政府很支持能夠提升公共健康及安全的活動。又將抗 SARS 資訊通過口耳相傳加深它的影響力。另外新加坡旅遊委員會（Singapore Tourism Board）

支持、補助某些活動，來使民眾學習以及獎勵防治 SARS。對於居家隔離的負面經濟影響，新加坡政府訂定了居家隔離命令津貼計畫（Home Quarantine Order Allowance Scheme），這個計畫是由社區發展委員會推動，可對於居家隔離所影響的自營商以及小型企業（小於 50 個雇員以下的企業）支付部分的隔離成本。這些津貼的發放始於 2003 年的 4 月 30 日，但是在此之前被居家隔離的，可以被涵蓋進去。

根據 2003 年 4 月 2 日與 3 日的蓋洛普調查，512 位新加坡的受訪者中，發現大多數的新加坡人是透過電視以及報紙來瞭解有關 SARS 的信息，民眾對於 SARS 的知識相當豐富。雖然民眾對政府反應的滿意度非常地高，但仍然對 SARS 的蔓延產生普遍性的恐慌。這個調查也發現，自從 SARS 發生以來，新加坡人的行為明顯地有所改變，有超過一半的受訪者，避免或盡量減少出入擁擠的公共場所，有四分之一的人，遵循嚴格的 SARS 篩檢方案，有百分之七的人從事自願性的居家隔離。除了蓋洛普的調查以外，AC 尼爾森也進行調查，發現有百分四十五的新加坡人認為 SARS 病毒是最值得關心的公共議題，超越了對於經濟議題、失業、伊拉克戰爭、個人的健康議題。有百分之三十八的人取消或延遲了 SARS 期間的旅遊計畫。

## 伍、新加坡之現狀

2003 年 5 月 31 日，世界衛生組織將新加坡從 SARS 的影響地區除名，最後一個報告 SARS 的病例是在 5 月 11 日，最後一個可能的 SARS 病患也在 6 月 6 日出院。之後並沒有進一步可疑的病患。7 月 1 日陳篤生醫院的緊急應變中心撤銷。此外，6 月 30 日起 SARS 熱線的開放時間不再是全天候，而縮減為一般上班的時間。7 月 10 日，SARS 的專用頻道停播。7 月 25 日，健康部停止了 SARS 訊息的每天通報。在世界衛生組織將新加坡從名單剔除之後，一些相關的措施，如溫度篩檢（8 月 1 日停止）陸續停止。不過，對於醫院的職工以及病患，溫度篩檢將無限制的延續下去，而對於在空中以及海上的旅客也仍須作溫度篩檢，但並不包括國外旅客。

這一次 SARS 風暴對新加坡經濟的影響相當大，該國的旅客降低了百分之七十五，旅社的住房率由百分之七十五降到百分之二十五，股市也在 SARS 期間重挫。在 2003 年 9 月份初期，新加坡又出現了一位 SARS 病患，這個病患是一位在國家環境衛生研究室工作的技術人員，他馬上被送到陳篤生醫院進行隔離，跟這個病患接觸過的 25 位人員也接受了居家隔離。儘管新加坡衛生部宣稱這是一個單獨的案例，但是仍然立刻通報世界衛生組織，並且把這名病患送到美國亞特蘭大的疾病控制預防中心，在那裡確認是受到 SARS 感染並予以治療。新加坡衛生部並且陪同世界衛生組織的專家一起調查這個新的個案，以確定感染源。不過這次新加坡政府並沒有採取大規模的隔離行動。世界衛生組織也宣布這一個新的

個案是個獨立案件，代表新加坡仍是一個旅遊安全的地區。

由新加坡最後一個個案可以看出來，國際合作以及政府合作的重要性。新加坡與世界衛生組織和美國疾病控制預防中心早期的溝通、尋求專業知識與作法，是非常重要的。此外，新加坡政府中的健康部、教育部、新加坡旅遊局與其他部門合作，一起教育民眾，協調相關國家，一起防範 SARS 的可能再度襲擊。儘管新加坡政府發生新的個案，但並未損及抗煞成效。

新加坡政府在 SARS 期間，扮演著類似「保姆」的角色從事抗 SARS 工作，其工作範疇巨細靡遺，從催促人民每日按時量體溫、教育父母與兒童正確洗手方式、提醒人民戴口罩的時機，以至於在居家隔離者家中裝設攝影器材以便監控等等，無所不管，政府這些作為也獲得了一定的成效，因此 SARS 在人稠地狹的新加坡並未造成太大的傷害與損失。根據新加坡官方的說法，新加坡的抗 SARS 成效可以歸因於五項因素：一、整體社會專注於處理 SARS 危機，並未因其他因素(如政治問題)而轉移焦點；二、開放無隱地與傳播媒體進行溝通，使社會大眾能得到充分且正確的 SARS 資訊；三、政府設計清晰明確的領導體制，使抗 SARS 行政活動易於達成其政策目標；四、新加坡人民擁有高度的公民意識，信任政府的作為以及信任人際關係的互賴，產生全體社會利害與共的認知；五、醫療人員的努力投入。其中特別是新加坡公民社會在此次 SARS 期間，基於人際之間的信任發揮極大的效能，使得新加坡的抗 SARS 行政治理模式得以有效地達成其政策目標。

### 第三節 加拿大

加拿大安大略省多倫多地區 (Prince Ontario, Toronto) 是在亞洲之外唯一受 SARS 重創的城市，自 2003 年 3 月初第一例 SARS 病患在多倫多地區引起疫情急速的散播，至 8 月底 SARS 的可能病例與疑似病例共累積到 438 名，死亡病例 44 名，這些死亡病例皆集中於多倫多地區與臨近大多倫多地區 (Great Toronto Area, GTA)，並有超過 100 位醫療照護人員受到感染，其中 3 名醫護人員死亡。加拿大在面臨兩波 SARS 疫情爆發期的過程中，曝露出加國在公共衛生體系與各級政府間協調的根本問題，因而產生革新公共衛生體系架構的強烈需求。本節將從加拿大在疫情的發展過程中，各級政府於法令架構與政治體制下因應 SARS 之措施，與對加拿大公衛體系之檢討與啟示等面向作為探討分析。

## 壹、SARS 危機之始末

### 一、疫情初期（2002 年 11 月 27 日至 2003 年 3 月 12 日）：

2003 年 2 月 14 日世界衛生組織（World Health Organization, WHO）發布中國廣東省自去年 11 月以來爆發的嚴重呼吸道疾病的訊息，中國當局對此則宣稱在廣東的疫情是由一種常見的披衣病菌所引起的肺炎，並已於 2 月底時結束。但此次廣東疫情的消息，負責蒐集全球感染疾病資訊的「加拿大衛生部全球公共衛生情報網」（Health Canada's Global Public Health Intelligence Network, GPHIN），早於 2002 年 11 月 27 日搜尋到一篇以中文發表關於中國爆發流感疫情的新聞，後雖然中國將此新聞報至 WHO，卻僅有英文標題而沒有全文翻譯。

在同時期也爆發了香港禽流感疫情，使得加拿大衛生部（Health Canada）建議所有省份需注意自中國或香港返回的旅客有否出現流感症狀，尤其在加拿大華人人口眾多的卑詩省（Prince British Columbia）與多倫多地區，特別通知各醫院醫師、傳染疾病控制專家與公共衛生機構需注意從中國返回的旅客有否出現流感症狀。

就在加國政府警戒流感疾病的同時，引起後來加拿大一連串 SARS 危機的源頭卻在香港九龍點燃。一位曾在廣東治療肺炎患者的六十五歲醫師，因參加姪子婚禮而入住香港九龍京華國際酒店，住宿期間感到身體不適，同住酒店的房客中至少有十二名房客因與其接觸而感染 SARS，其中包括來自加拿大的 K S-C 女士。當 K S-C 女士返回加拿大多倫多時，便出現發高燒、肌肉酸痛與乾咳症狀，在 2003 年 3 月 5 日病情加重，逝於家中。K S-C 女士死亡兩天後，其子 T C-K 先生亦出現感染現象而被送至史卡伯魯夫·葛瑞斯分院（The Scarborough Hospital, Grace Division）的急診部門，隔日病情加重而被送至加護病房進行插管治療。進行插管治療的醫師在考量 T C-K 先生為可能感染肺結核的情況下，隔離 T C-K 先生和要求其家庭成員自行居家隔離，並通報多倫多公共衛生局此件病例。

### 二、第一波感染期（2003 年 3 月 13 日至 2003 年 4 月 23 日）：

#### （一）SARS 第一波感染期開始：

##### 1. 史卡伯魯夫·葛瑞斯分院 SARS 疫情擴大：

T C-K 先生於 3 月 13 日病逝後，其肺結核檢測雖為陰性，但其家庭成員卻仍出現感染的症狀，公共衛生局官員對於此種特殊現象諮詢許多醫療專家，希望能瞭解此種接觸性感染疾病的傳染模式。此外，與 T C-K 先生同在 3 月 7 日於史卡伯魯夫·葛瑞斯分院醫院急診部門治療的 P 先生，因出現呼吸道感染症狀再度

被送回醫院，於 3 月 21 日病逝，其妻與其他三位家庭成員亦受感染，事後其妻又傳染給其他探病者、醫院員工、患者、醫療護理人員、消防員與清潔人員等。後來史卡伯魯夫·葛瑞斯分院的 SARS 感染情況持續擴大，在 3 月 23 日停止急診與加護照料服務。

## 2.卑詩省溫哥華醫院第一位 SARS 病例：

在多倫多面對 SARS 的危機時，卑詩省的溫哥華醫院在 3 月 13 日出現一名具流感症狀的患者，其曾在香港九龍京華國際酒店投宿，溫哥華醫院立即為這名患者進行隔離措施。相較於多倫多的疫情，溫哥華醫院並未出現第二名感染患者。

## 3.安大略省將 SARS 疫情列入省級層次的危機事件：

SARS 的疫情擴散造成多倫多面臨到負壓病房不足與照護人員缺乏的狀況，在 3 月 26 日由安大略省總理 Ernie Eves 依據危機管理法案(Emergency Management Act)的授權，宣佈 SARS 為省級層次的危機事件，使其具有指揮與控制地方政府與各項設備以防範 SARS 的權力。

### (二) SARS 第一波感染的緊急時期：

在大多倫多地區與席科郡(Simcoe County)的所有醫院被「安大略健康與長期照護部」(Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, OMHLTC) 命令執行橙色警戒(Code Orange)的應變計畫，要求醫院進入警備狀態。鑑於照顧 SARS 患者的人力物力資源缺乏，為了避免將 SARS 患者送往指定 SARS 專責醫院造成過大的負擔，多倫多官方決定採取多重照顧 SARS 患者機構的形式，共有二十多所大多倫多地區醫院負責照顧 SARS 患者。

### (三) SARS 第一波感染期的社區感染危機：

約克與多倫多地區的 SARS 追蹤與隔離措施有了良好成效，當地公共衛生組織官員與感染控制小組都認為 SARS 疫情已受到控制，但 SARS 的疫情卻在此時傳入社區，在社區傳出零星的 SARS 案例。多倫多地區立即採取防範措施，但認為受感染對象為少數旅客、醫療照護人員與直接接觸 SARS 感染源者，並非如香港淘大花園社區般的社區感染，因此使用的防範措施為傳統監控、接觸者追蹤與隔離措施等。

然而在 4 月 12 日卻爆發了多倫多地區最嚴重的疫情——一個宗教型社區爆發社區感染。爆發的源頭要回溯至 3 月中旬的史卡伯魯夫·葛瑞斯分院，在此醫院待過的家庭成員、訪客與照護人員都參與此宗教團體。4 月 13 日負責照顧此宗教團體的多倫多惠仁及新寧醫院(Sunnybrook & Women's Hospital)的醫師也出現感染症狀，因此在 4 月 20 日醫院關閉 SARS 小組與加護病房。多倫多惠仁及新寧醫院在大多倫多地區為照料最多 SARS 患者數量的醫院，但多數有照料 SARS 患者或管理經驗的醫師都出現感染症狀或被進行隔離措施。

至 4 月 23 日時，當多倫多地區對原先預估大型的社區感染並未爆發感到慶幸時，WHO 在此時卻發佈多倫多地區列入非必要旅行地區的名單中。

### 三、兩波感染潮之間隔（2003 年 4 月 24 日至 2003 年 5 月 22 日）：

#### （一）SARS 疫情趨緩：

雖然 WHO 將多倫多地區列入非必要旅行地區的名單中，但加拿大衛生官員卻對 SARS 疫情控制良好的狀況深具信心，加拿大在此時宣佈成立「SARS 與公共衛生國家諮詢委員會」<sup>80</sup>(the National Advisory Committee on SARS and Public Health)，共同研擬防疫事宜。

WHO 於 4 月 29 日宣佈多倫多地區從非必要旅行地區的名單中除名，代表加拿大 SARS 疫情已到尾聲。自四月底開始，各醫院開始減緩感染控制措施，到五月中旬 SARS 疫情控制穩定，至 5 月 21 日加拿大已一個月未有新 SARS 病例傳出。安大略省總理在 5 月 17 日亦解除安大略省的緊急狀態。

#### （二）約克醫院與聖約翰醫院院內感染爆發：

約克醫院在 4 月與 5 月期間傳出三個獨立病例，在 4 月 20 日至 5 月 7 日間，四樓西棟一些年老的骨科患者出現肺部感染症狀，但被認為是手術後肺部感染症狀。後來 4 月 29 日，一名加護病房護士因為呼吸道感染現象被轉往多倫多醫院，她曾照顧位在四樓西棟的一名八十八歲患者，後來這位年老患者在 4 月 26 日死亡，其可能是造成 SARS 群聚感染的四樓西棟源頭之一。同時在聖約翰醫院(St. John's Rehabilitation Hospital)因為轉入一名約克醫院四樓西棟的患者，在五月底有三名患者出現 SARS 症狀，聖約翰醫院立即通知醫院管理高層與多倫多公共衛生部。

#### （三）SARS 第二波感染期（2003 年 5 月 23 日至 2003 年 6 月 30 日）：

從非必要旅行地區名單中除名的多倫多地區，在 5 月 23 日傳出有五名疑似病例必須接受 SARS 的檢測，衛生官員並下令 5 月 9 日至 5 月 20 日進出過聖約翰醫院，與在 5 月 13 日至 5 月 23 日進出過約克醫院的人員皆需接受隔離，第二波 SARS 疫情開始。在認為 SARS 第二波感染期尚未升至為省級緊急狀態的情況下，由「安大略健康與長期照護部」擔任起領導的角色，與當地衛生官員共同協調回應 SARS 事件，共有四所醫院<sup>81</sup>組成 SARS 聯盟醫院，負責照顧 SARS 病人。

---

<sup>80</sup> SARS 與公共衛生國家諮詢委員會 (the National Advisory Committee on SARS and Public Health) 於 2003 年五月初由加國衛生部部長 Hon. A. Anne McLellan 為因應 SARS 疫情而設立，其性質為一獨立的第三部門，專責評估現有公共衛生體系的事務與流行傳染疾病的控制事宜。

<sup>81</sup> 此四所 SARS 聯盟醫院分為：約克醫院 (North York General Hospital)、聖邁可醫院 (St. Michael's Hospital)、史卡伯魯夫醫院 (The Scarborough Hospital, General Division) 與威廉奧斯陸健康

至6月初雖只有少數病例發生，但對醫療照護工作者卻造成不少心理與生理壓力。6月30日，在約克醫院工作的五十一歲護士Nelia Laroza成為第一名因SARS死亡的醫療照護工作者，第二名因SARS死亡的護士Tecla Lin在7月19日病逝，一名家庭醫師Nestor Santiago Yanga則於8月13日病逝，使得位處前線的醫護人員面臨到專業與自我安全的兩難狀況。

表格 4-3：加拿大 SARS 疫情大事紀

時間	事由
2002年11月27日	加拿大衛生部全球公共衛生情報網(GPHIN)蒐尋到一篇以中文發表關於中國爆發流感疫情的新聞。
2003年2月14日	WHO發布中國廣東省自去年11月以來爆發的嚴重呼吸道疾病，造成五位民眾喪生與三百多名民眾感染的消息。
2003年3月5日	加拿大第一位感染SARS病毒的指標病人K S-C女士，因病情加重逝於家中。
2003年3月7日	K S-C女士之子T C-K先生亦因出現感染症狀，而被送史卡伯魯夫·葛瑞斯分院的急診部門。
2003年3月13日	1、T C-K先生病逝。 2、卑詩省的溫哥華醫院出現一名出現流感症狀的患者，其曾住宿在香港九龍京華國際酒店。 3、加拿大衛生部召開與聯邦、省級與特區內各公共衛生專家內相互資訊分享的會議。
2003年3月14日	安大略健康與長期照護部(OMHLTC)、多倫多衛生廳與西納山醫院(Mount Sinai Hospital)發言人召開記者會說明多倫多群聚感染的事件。
2003年3月15日	WHO對此新興疾病發布全球警戒。
2003年3月21日	與T C-K先生同在醫院急診部門治療的P先生病逝，與其接觸之家人、患者與醫院人員也受到感染。
2003年3月23日	史卡伯魯夫·葛瑞斯分院的SARS感染情況持續擴大，停止急診與加護照料服務，
2003年3月26日	安大略省總理Ernie Eves依據「危機管理法案」授予的權力，宣佈SARS為省級層次的危機事件。
2003年3月30日	安大略省所有醫院進入橙色警戒(Orange Code)狀況。
2003年4月3日	在社區參加喪禮的相關家庭成員出現SARS感染症狀，有爆發社區感染之虞。

中心醫院(the Etobicoke site of the William Osler Health Centre)。



時間	事由
2003 年 4 月 12 日	一個宗教社區爆發社區感染，為多倫多地區最嚴重的一次疫情。
2003 年 4 月 20 日	多倫多惠仁及新寧醫院醫院關閉 SARS 小組與加護病房。
2003 年 4 月 23 日	WHO 發布多倫多地區列入非必要旅行地區的名單中。
2003 年 4 月 26 日	約克醫院四樓西棟有年老的骨科患者出現肺部感染，其中一名後來証實傳染 SARS 給護士的八十八歲患者死亡。
2003 年 4 月 29 日	1、WHO 宣布多倫多地區從非必要旅行地區的名單中除名，自 4 月 30 日起生效。 2、約克醫院一名護士因為呼吸道感染現象被轉往多倫多醫院，她曾照顧一名在四樓西棟八十八歲的病患。
2003 年 5 月 17 日	安大略省總理解除安大略省的緊急狀態，醫院橙色警戒狀態亦被解除。
2003 年 5 月 23 日	傳出有五名疑似病例必須接受 SARS 的檢測，加拿大 SARS 第二波感染期開始。
2003 年 6 月 12 日	SARS 被列入隔離法案的傳染病名單中，SARS 疫情事件提升至聯邦公共衛生領域的層級。
2003 年 6 月 30 日	在約克醫院工作的五十一歲護士 Nelia Laroza 成為第一名因 SARS 死亡的醫療照護工作者。
2003 年 7 月 19 日	第二名因 SARS 死亡的護士 Tecla Lin 病逝。
2003 年 8 月 13 日	一名家庭醫師 Nestor Santiago Yanga 病逝。

資料來源：參考加拿大衛生部 SARS 官方網 <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/sars-sras> 整理而成。

## 貳、公衛體系與相關法令

加拿大是一個君主立憲、採用民主議會制的聯邦國家，形式上仍奉英王為國家元首，現由英國女王伊麗莎白二世擔任加拿大國家元首之職，由總督和副總督代表英王行使聯邦與省級政府之行政權。名義上，總督享有英國王室在加拿大的所有行政權力和特權，實際上，執行最高行政權力的是總理和內閣成員。其治理體系主要由三級政府所組成：聯邦政府（Federal Government）、省／特區政府（Provincial and Territorial Governments）、市政府（Municipal Government），聯邦、省／特區、市三級政府各司專責。

加拿大各級政府權力的法源為 1867 年「憲法法案」(Constitution Act)，其規範省與聯邦的權責範圍，權力多歸於省級政府所有，未規定的權力部分則歸於聯邦，其中關於公共衛生領域權責的劃分，憲法法案並未有特別明確的規定事項，

僅廣泛的授權指示各級政府處理相關的公共衛生事宜。以下就憲法法案所賦予給各級政府在對抗 SARS 過程中，執行相關政策的法源依據與治理架構之規定作一介紹：

## 一、公衛體系組織之法源依據<sup>82</sup>：

### (一) 聯邦政府層級的法源依據：

聯邦政府所轄權力中相關公共衛生領域的部分，除了憲法法案僅於第九十二條條文中規定：「海事醫院之隔離、建造與維持等事項」的立法權外，其他對於聯邦公共衛生權力的授權則多來自各種如刑法、社會福利等聯邦權力的相關公共衛生法律規定，這樣來自多邊法源的公共衛生規定事項，造成聯邦政府對公共衛生權力的不明確性，尤其在疾病監測與控制部分更為明顯。在加拿大三級政府的治理架構下，聯邦政府要對於重大公共衛生議題發揮影響力的型式，通常是透過提供對公共衛生法案的預算經費或經由法律合約來提案等方式，對公共衛生事務扮演更強大的協調與支持角色。

憲法法案雖未特別規定公共衛生的事項，然而卻給予聯邦政府對海事醫院之隔離、建造與維持等事項極大之立法權，聯邦政府依此權限而延伸制定針對執行公共衛生事項的兩項法案：「衛生部法案」(the Department of Health Act)與「隔離法案」(Quarantine Act)，此兩項屬於聯邦政府層級的法案，提供對抗 SARS 期間重要防範措施的法源，尤其是「衛生部法案」成為主要公共衛生事項的授權依據；而 2003 年 6 月 12 日 SARS 被列入「隔離法案」的傳染病名單時，SARS 疫情事件進而提升至聯邦公共衛生領域的層級。

### (二) 省／特區政府層級的法源依據：

省／特區政府關於公共衛生事項之管轄，相對的較聯邦政府擁有較多權力，同樣地在憲法法案中第九十二條條文規定：「各省具有建立、維持與管理省內各醫院、收容所與慈善機構之權力。各省與特區的公共衛生活動皆由其自制的法案、規定與其他特定法律所規範。」憲法法案賦予各省對處理人民財產、公民權利與當地環境事宜的獨立權責，故各省自然對公共衛生事項具有獨立行使之權。

以此次發生 SARS 事件最烈的安大略省多倫多地區為例，其關於公共衛生領域的兩項主要法案分為：「衛生部門與長期照護法案」(The Ministry of Health and Long Term Care Act)與「衛生保護與促進法案」(The Health Protection and Promotion Act)，其規定了對傳染疾病的防範措施，提供多倫多地區在 SARS 期間執行隔離措施的法律依據。

---

<sup>82</sup> 本小節資料主要引自 Rothstein (2003:44-59)。

## 二、公衛體系組織之治理架構：

公共衛生的概念可被形容成是一種經由社會集體努力來促進衛生條件、預防疾病、延長性命與增進生活品質之科學與藝術。特別在今日科技發達的社會，面對日漸增加對公共衛生的多元威脅，與受到社會、經濟、自然與政治等諸多因素影響，健全的公共衛生體系組織與多邊夥伴關係更為需要，以期有效實踐公共衛生的措施並進而促進公共衛生之條件。現前加拿大各級政府公共衛生組織之治理架構如下：

### (一) 加拿大各級政府公共衛生部門之相關組織：

#### 1. 聯邦與省／特區政府：

屬於聯邦政府層級的公共衛生組織負責總理全國衛生事務，在公共衛生領域中最重要的組織為加拿大衛生部的人口與公共衛生署(Population and Public Health Branch, PPHB)，其總部在渥太華，在加拿大各地皆有地區性的辦公室；其他與公共衛生領域相關的加拿大衛生部組織有：健康產品與食物署(Health Products and Food Branch)與衛生環境與消費者安全署(Health Environments and Consumer Safety Branch)，皆與地區性的公共衛生事項有密切互動。另外加拿大食品調查局(Canadian Food Inspection Agency, CFIA)也與公共衛生有關。

至於省／特區政府則有各自獨立的衛生部門，針對當地狀況而執行相關事務，各省對公共衛生領域事務皆具有獨立行使與優勢權力。

#### 2. 地區性公共衛生組織：

雖然關於公共衛生領域的主要法律與執行權力在省／特區政府，但地區性的公共衛生組織卻是處於最直接面對如 SARS 疫情的重要前線地位，加拿大的地區性公共衛生服務共有四種治理模式：

##### (1) 地區性／行政區之衛生機構：

此種模式起源於 1990 年代，主要在加拿大西部與濱海地區的省份實施，為最普遍的治理模式。此模式是由一個特定委員會負責省內特定地理區域的公共衛生事項，這些委員會的成員是由當地居民選舉出或由省政府指派，也有同時包含這兩種方式而選出。不過因為地區／行政區數量與邊界會因特殊事實狀況的更動而必須跟著改變地區性／行政區衛生機構的形式與職權，有時不免造成委員會與省政府間的權力緊張關係，不過即使存在這種不穩定關係，委員會依然對在一體治理下臨床病學知識與地方公共衛生服務的整合有相當助益，雖然此種模式仍無法解決地區性公共衛生事務缺乏經費投資的問題。

## (2)地區性／行政區之委員會：

紐芬蘭省 (Prince Newfoundland) 與紐布朗斯維克省 (Prince New Brunswick) 採用此種模式。在此模式下的委員會負責執行地區／行政區的公共衛生事項，但是卻無監督由公共預算制定的公共衛生服務事項之權。

## (3)準市政／郡之公共衛生治理模式：

這是最早的公共衛生治理模式，在此次 SARS 事件爆發的安大略省地區仍然沿用。同樣的由特定地區性的委員會負責公共衛生事項與一些社區衛生服務，委員會成員由所涉及衛生服務範圍的市政府與省所指派，對單一或多處的市政府與郡服務相關公共衛生事務，在大型的城市中，公共衛生委員會通常是屬於市參議會中的委員會之一。

## (4)省級的治理模式

愛德華王子島省 (Prince Edward Island) 為此種模式，所有地區性公共衛生服務皆是以省級層次的規格實施。

# 參、SARS 因應過程及相關措施

加拿大面對 SARS 此具高度傳染力的新興疾病，各級政府處理 SARS 疫情之措施如下。

## 一、各級政府因應 SARS 之執行架構

雖然關於公共衛生事項的主要權力多歸省級政府管轄，但疾病病毒的傳播卻未有管轄層級界線之分，無論是聯邦政府或地區性公共衛生組織，在對抗 SARS 的防疫地位上皆同等重要。但突如其來的 SARS 疫情，使加拿大各級政府面臨前所未見的緊急事件，不免在處理疫情的過中程，發生管轄權與角色定位相互衝突的狀況。

### (一) 聯邦政府：

在規範聯邦政府公共衛生與傳染病控制權力的「衛生部法案」與「隔離法案」等聯邦層級法案授權下，提供了聯邦政府對加拿大境內 SAR 疫情防範措施的權力依據，聯邦政府處理 SARS 疫情上主要負責兩項功能。

第一，擔任統籌協調與支援角色。在此次 SARS 事件中，聯邦政府主要擔任統籌協調與支援省／特區、地區性公共衛生機構的角色，除負責規範加拿大人民隔離措施與入境旅客篩檢措施的內涵外，也支援省／特區與地區性公共衛生機構相關防疫的措施。並由加拿大衛生部長召集成立「SARS 與人口健康國家諮詢委

員會」，集聚基礎醫學研究、臨床醫學及公共衛生等各界權威人士共同研擬防 SARS 對策。更於後 SARS 時期，由聯邦政府統籌建立一套完善之「後 SARS 時期嚴重呼吸道疾病感染監測手冊」，統一提供給省級及地方醫療衛生機構參考運用，其目的是為加強前線醫護人員對呼吸道疾病之警覺，能在最短時間內通報聯繫全國醫療網絡。

聯邦政府的代表執行公共衛生機構為加拿大衛生部，由衛生部內的人口與公共衛生署（Population and Public Health Branch, PPHB）負責運作聯邦政府的核心公共衛生功能，但由於將公共衛生功能放置於政府部門內的情況下，使得公共衛生專業人員無可避免地面對政治環境內大型的組織型式與程序導向的文化，在執行相關 SARS 的措施上無法扮演強勢的角色。

第二，連繫國際溝通管道。全球發生 SARS 疫情期間，應由聯邦層級的加拿大衛生部擔任與 WHO 連繫的責任，形成全球防疫體系的一環，並將 WHO 發布的相關資訊傳達給省級公共衛生機構與地區性公共衛生單位，但直到 2003 年 5 月 29 日加拿大衛生部才宣告其負責與 WHO 連繫的職權。

## （二）安大略省：

所有層級政府均有明確的立法依據權限來處理如 SARS 等危害公共衛生的緊急事件，而擁有極大執行與管理公共衛生權力的省／特區政府，有各自的衛生廳對如 SARS 等傳染疾病事件具有專門的因應規則，就加拿大境內被 SARS 侵襲最為猛烈的安大略省處理 SARS 疫情的措施來看，有三項觀察。

第一，宣布 SARS 疫情為省級緊急事件。安大略省總理在 2003 年 3 月 26 日依據「危機管理法案」授予的權力，宣布 SARS 為省級層次的危機事件，使安大略省總理具備指揮與控制地方政府各項設施以防範 SARS 的權力，依此權力特別設置由安大略省政府各相關重要部長代表所組成的「省政府運作中心」（the Provincial Operations Centre, POC）處理 SARS 事件，省政府各部門亦成立部門諮詢小組（Ministry Advisory Group, MAG）提供 POC 建議與代表各部門管理相關 SARS 緊急事件，但這樣的組織模式卻造成職務間的混淆與成效有限。如此的狀況也反應在公共衛生機構當中，如「安大略健康與長期照護部」（OMHLTC）與地區性公共衛生機構間有缺乏資訊分享與職務重疊等問題。

第二，命令醫療體系執行防疫措施。於多倫多所有的隔離負壓病房設備呈飽和狀態時，在訂立 SARS 為省級官方緊急危難事件的權力依據下，安大略健康與長期照護部要求所有醫院必須建造照護 SARS 患者的單位；並且命令大多倫多地區與席姆科郡的所有醫院執行橙色警戒(Code Orange)的緊急計畫，要求所有醫院進入警備狀態。在橙色警戒地區的醫院被要求執行延緩提供非必要性的醫療服務、限制探病訪客、醫院內部人員均需配備防護用具、對具潛在 SARS 發病威脅的患者建立特別隔離單位、接觸過 SARS 傳染源但未出現感染症狀的患者，則要

求居家隔離十天等措施，後來安大略省所有醫院皆納入橙色警戒的狀態。

第三，於後 SARS 時期成立緊急應變小組 (Emergency Management Unit)。在 SARS 事件後，安大略省政府體認到在行政部門設立緊急應變中心的重要性，透過協調的機制，可聯合省內醫療網的資源力量來有效防範往後如 SARS 等疫情事件，因此在安大略健康與長期照護部中設立了緊急應變小組。此小組主要負責執行蒐集、發布相關資訊與協調管理醫療組織兩項功能，在資訊方面：希望透過建立資料庫的方式，可同時獲得省與省際間的醫療資訊，並提供及時有用的資訊給醫療單位和全體大眾；在管理醫療組織方面：採用事件管理系統 (Incidents Management System, IMS) 的管理制度，若有緊急事件發生，所有的醫院或相關單位可以透過緊急應變小組的協調持續正常運作。

## 二、公衛體系之治理缺失

SARS 為突發性的重大公共衛生危機，這段防疫期間除了暴露各級政府組織管理的問題之外，更讓民眾了解到各級政府缺乏良好的溝通協調，使得加拿大的公共衛生體系面臨挑戰與革新的需要。雖然各級政府早已有明確的法源依據與各自的公衛政策，但加拿大公共衛生體系的運行架構卻產生一個脆弱的環節，即在發生重大公共衛生危機事件時，各級政府未能迅速釐清彼此間的權限與角色定位，以後缺乏對公共衛生事項的決策、資料共享的協調合作。

整體而論，此次 SARS 事件所顯示之加拿大公共衛生體系的缺失，主要有以下七個層面：

- (一) 對於未知新興的疾病爆發缺乏整體的處理能力。在危機事件的因應能力、時間均受到嚴重限制的情形下，更需仰賴平時公共衛生體系組織的總體能力培養。SARS 的事件顯示出通報系統管道不明確、SARS 資訊管理程式的落後、疾病監測與疾病爆發管理策略缺乏、媒體溝通等問題。
- (二) 處理緊急事件的管轄權不確定。加拿大三級政府的治理架構雖有明確的權責劃分，但聯邦政府的支援角色未能適時的發揮，而握有重要綜理公共衛生事務權力的省／特區政府，又與地區性公共衛生機構發生缺乏資訊共享與職務重疊等缺失。
- (三) 衛生資訊接觸管道與公共衛生議題領導權的不確定。因管轄權不明而衍生衛生資訊接觸管道與公共衛生議題領導權的不確定，加上有多方相關 SARS 領域的意見領袖於媒體發表言論，使得初期對公眾衛生資訊的溝通陷入混亂，公共衛生體系人員對於究竟應由誰負責公共衛生議題的領導權也不甚確定。

- (四) 疾病與傷害預防政策未被列入最優先的公共衛生處理順序。此次 SARS 事件，加拿大相關病理領域的專家多將重心放在照護 SARS 患者上，而忽略關於 SARS 的研究文獻與實驗測試技術方面的研究，以累積相關知識與經驗來制定疾病與傷害預防的政策。
- (五) 加拿大各地區的公共衛生能力呈現明顯落差。相較於具有大城市，鄉村或偏遠地區的醫療設備、人力均極為有限，根本無法處理如 SARS 般的嚴重傳染疾病。如不及時平衡加拿大各地公共衛生的能力水平，將是整個加拿大公共衛生體系的重大隱憂之一
- (六) 長期跨年的公共衛生計畫的預算經費短缺。雖然聯邦政府在健康醫療預算項目是逐年增加，顯示政府對於生醫研發及全民醫療照護逐漸加強重視，但 SARS 嚴重的疫情意謂著加拿大政府必須在總預算中持續提高醫學研究、醫療照護及環境衛生經費之比重。
- (七) 公共衛生人力發展教育不足與人員甄補的困難。公共衛生需要高度訓練的人力素質，尤其在面對如 SARS 等高度傳染病時更需要相關醫學知識、疾病監測、疾病爆發管理與危機溝通等全方位訓練。在面臨全球新興和再興疾病不斷發生的情況下，公共衛生人力資源的培育訓練和人員甄補必須獲得最佳的利用。

## 肆、對於公衛體系之啟示

此次加拿大在對抗 SARS 疫情中面臨極大的威脅，一方面缺乏跨層級政府的全面性回應，另一方面面臨公共衛生基礎建設薄弱的限制，使得加拿大人民紛紛呼籲，政府應學習有效率地執行防範措施與彼此緊密合作，並且強化原有的公共衛生體系。加拿大「SARS 與公共衛生國家諮詢委員會」對於此次 SARS 事件所帶來的經驗，特別提出了關於革新公共衛生體系的十個面向的建議：<sup>83</sup>

### 一、建立健全的公共衛生架構

加拿大政府應該建立一個獨立的加拿大公共衛生專責機構，給予其領導公共衛生事項和執行行動所需權力，並確保此機構的職責範圍與其他政府層級組織所從事的公共衛生事務能夠緊密結合。此獨立機構的組織架構應為輪軸—車幅模式，以其為中心與現存地區性的公共衛生機構相互聯結，增強功能交流以支援整個公共衛生體系。此外，應設立一個首席公共衛生官員的職位，負起領導組織與直接向聯邦衛生部長報告之責，並在國家公共衛生領域中擔任主要的發言人。

---

<sup>83</sup> 關於革新公共衛生體系十個面向的建議之詳細內容可參見 Health Canada (2003:211-220).

## 二、增加公共衛生之預算

加拿大政府應增加投資聯邦公共衛生功能的計畫，預期在 3 至 5 年後達到每年 2 億加幣的預算目標，同時應注重公共衛生合夥計畫，增加對公共衛生計畫的認同與支持國家公共衛生發展策略，經費預期在 2 至 3 年後達到每年 3 億加幣的預算金額。另在支援省、特區與地區對於傳染病監測、疾病爆發管理、與傳染病控制活動等能力等方面，預期在 2 至 3 年後提升到每年 1 億加幣的總額。

## 三、公共衛生緊急事件的因應機制

加拿大政府應該在立法中納入處理公衛緊急事件的機制，各級政府亦應發展和提供訓練計畫和工具，以支持地區性的公共衛生單位能有系統地發展、執行和評估危機和緊急事件的溝通策略，協助加強應變能力的運用，這些活動包括：發展整合性的評估風險能力、評估國家緊急儲備系統，以應付大型疾病爆發、建立衛生緊急回應團隊來作為一個具有應變能力人員的彈性機制。

## 四、疫情監測、資料蒐集分析與發布

包括提供給省／特區衛生機構在監測計畫的科技建議與經費、協助執行監測計畫人員的訓練，並致力發展長期的監測系統，以有利於蒐集、分析和發布由實驗室與醫療機構對於傳染病和非傳染病的分析資料。

## 五、確實界定法律與規制之脈絡

加拿大政府需致力革新關於疾病監測與疾病爆發管理的法律架構，為了實施規制相關衛生事務的新法規，必須釐清涉及之衛生部門與私人法律領域之規定，因此加拿大政府應對「資訊祕密和電子文件保護法案」與「隱私權法案」的規定做一個全面的檢審。

## 六、實驗室測試基礎建設之訓練

加拿大衛生部在與省／特區當局的合作中，應該在公共衛生實驗室系統中主導建立一個整合各級政府實驗室技術發展的流程，提供誘因增進省級公共衛生實驗室在國家計畫中的參與，共同發展實驗室績效評估報告，用以評估在與國際標準比較下各省和國家實驗室的表現如何，並支持加拿大實驗室體系在國際實驗室網路中的參與，透過國際合作來處理如 SARS 等傳染疾病。



## 七、加強公共衛生研究發展的能力

面對全球性傳染疾病的出現，加拿大政府應該加強研究發展（R&D）功能並延伸至國際衛生事務，促進在生物科技、資訊科技與製藥產業的公私合夥關係，彼此間可享有對抗傳染疾病所帶來的研究利益。

## 八、重塑公共衛生人力資源的素質

加拿大政府要負起催化的角色去擴展任何能建立並支援人力訓練方案與工作的機會，以提供給短缺公共衛生人力的衛生醫療機構。負責教育公共衛生人力的訓練機構，亦應該發展應急行動計劃，這些計劃應包括溝通訓練、關於傳染病控制的教育、適當防護疾病的措施、實行檢疫隔離工作的指導要項與照護嚴重感染疾病患者的重要注意事項。

## 九、國際公共衛生議題與連結

加拿大政府應該在國際傳染疾病的領域中具有更多的權限，與直接執行與WHO、美國CDC與其他國際衛生機構溝通的功能，也應同時尋求國際夥伴的支援，透過多邊討論的過程中建立一個具共識的國際旅遊建議和警告的一致標準。

## 十、地區性公共衛生議題事項

- （一）設置地區性的傳染疾病控制網絡：醫院或行政區域衛生機構的首長應確定在當地存在一個正式的地區性傳染疾病控制網絡，確保所有緊急事件計劃都有一個明確的層級體系。可透過修訂法令和規則等方式，要求每個醫院或衛生行政區域都有正式化與更新的疾病爆發管理的規定。並應該革新與提升傳染病控制流程的標準，在緊急事件發生時，至少每個行政區中有一家醫院有足夠醫療設備能擔當回應傳染病的區域中心。
- （二）醫療照護人員的溝通與訓練：建立與醫療照護人員通暢的溝通管道，能為職員提供所有相關危機的資訊與適時聽取員工意見；並應確使醫院職員接受持續的教育訓練，尤其在前線工作的醫療照護人員，使其對疾病與傳染病具警覺意識。
- （三）主要衛生領導人員的溝通與訓練：各級政府衛生部門內主要的衛生領導人員、醫院或行政區域衛生機構的臨床病學專家與行政主管人員皆應接受危機溝通訓練，以備於傳染病爆發的期間，能夠發布適時、確實和一致資訊和指示。

(四) 建立合作的疾病處理流程與機制：一個合作的疾病處理流程或機制之建立，除與相關專業單位和專家的合作外，亦應包括在前線工作的醫療照護人員，並加強省／特區的衛生部門應和加拿大國會衛生服務評鑑 (Canadian Council on Health Services Accreditation, CCHSA) 合作，以強化在醫療機構中傳染病控制標準，提供評鑑者在考核實施緊急事件服務表現的方針和工具。

這次 SARS 疫情不僅造成加國人民健康生命的威脅，也因 WHO 公布多倫多為不宜旅遊地區，使得多倫多之經貿發展大受影響。SARS 的出現挑戰了加拿大各級政府間的治理能力，雖然而付出的代價相當慘重，但也帶來了珍貴的省思契機。為避免重蹈 SARS 無預警蔓延流行之恐慌，並能在最短時間內因應疫情擴散，加拿大將由 SARS 疫情中所學習的經驗與啟發，帶入現今被加拿大衛生當局所稱的「後 SARS 時期」中，積極推動落實完善的預防政策，包括建立高效能監測系統、加強推行公共衛生、與發展臨床醫學及實驗診斷技術以快速確認病例等實務措施上的努力，期望將 SARS 事件的教訓轉而為加拿大建立一套完整的防疫管理制度、健全的公共衛生體系與緊密合作的各級政府。

## 第四節 分析比較

全球化帶給世界的結果是一個更緊密的相互連結關係，方便且快捷的運輸交通與人物交流，使人類的生活更為便利，但是同樣地也造成傳染病的快速傳播的負面效果。因之，各國的健康問題就是全球的健康問題；全球的健康問題也成為各個國家的健康問題，兩者密不可分。在這樣的潮流趨勢下，SARS 會同時襲擊各國，一點也不令人意外。而且隨著全球化的加速進行，未來類似 SARS 的傳染疫情再度在國際社會中爆發的機率不同忽視。本章在概述香港、新加坡與加拿大的 SARS 疫情與因應過程之後，將其與台灣因應 SARS 之措施進行扼要的對照比較(參見表 4-4)。

表格 4-4：台灣、香港、新加坡、加拿大 SARS 因應措施比較

因應措施	台灣	香港	新加坡	加拿大
加強通報、列為法定傳染病或宣布	2003 年 3 月 13 日宣告各醫療院所非典型肺炎併呼吸道症	香港政府在 2003 年 3 月 27 日將 SARS 列為應通報的疾	2003 年 3 月 24 日，SARS 列入法定傳染病，視為史無前例的	安大略省在 2003 年 3 月 26 日宣布 SARS 為省及層次的

因應措施	台灣	香港	新加坡	加拿大
衛生狀態緊急	狀須立即通報。3月27日將 SARS 列入第四類法定傳染病管理。2003年8月19日公告將 SARS 列為第一類法定傳染病，未來任何疑似病例之通報、隔離治療與後續處理，均應受第一類法定傳染病之規範。	病，並且正式列如法定傳染病，SARS 疫情的應變必須按照相關法令規定或緊急命令處理。	公共衛生危機。SARS 為第一個名列第六種傳染病的疾病，國會根據緊急命令來發佈相關的特別規定；且相關單位必須根據法令加強通報。	危機事件；要求所有醫院執行橙色警戒(Code Orange)狀態。
制定相關法令或援用相關法令	為有效防治 SARS 疫情，於2003年5月2日發布「嚴重及性呼吸道症候群及紓困暫行條例」。	既有的「疾病隔離與預防條例」提供法律架構去進行必要的隔離與預防措施；相關的配套條文亦能在「預防疾病管制法令」中找到。	2003年3月24日開始，新加坡健康部開始利用「傳染病法」中的相關條文，進行隔離等防疫行動。	“Health Protection and Promotion Act”用來執行強制隔離；”Public Cause Act”主要蒐集 SARS 的任何資訊給大眾；Information and Protection of Privacy Act 是有關 SARS 個案及疑似接觸感染個案的資料保護。
SARS 相關的組織架構	中央政府因應 SARS 之相關組織：「行政院衛生署嚴重及性呼吸道症候群疫情處理	香港健康照護系統主要有三：健康福利與食物局、衛生署、醫院管理局。疫情方面主	主要由健康部負責防疫工作的規劃，2003年3月，設立工作組來監測 SARS 亦即採	聯邦層級的衛生部主要擔任統籌協調角色，主要負責單位為「人口與公共衛生署」；並

因應措施	台灣	香港	新加坡	加拿大
	<p>中心聯繫會報」、「行政院嚴重急性呼吸道症候群疫情應變處理委員會」、「行政院嚴重急性呼吸道症候群防制及紓困委員會」、「全國 SARS 防治指揮中心」。</p> <p>地方：各縣市均成立 SARS 應變處理小組。</p>	<p>要由衛生署及醫管局成立聯繫相關單位及工作小組，並於 SARS 疫情接近尾声時，成立 SARS 專家委員會，評估 SARS 疫情的應變及提供建議。</p>	<p>取緊急適當的行動，由醫療服務長 (Director of Medical Service) 領導。對於 SARS 的防治，新加坡採取各個部會相互配合的方式。健康部與住宅、部教育部、市鎮委員會都有密切合作，由中央統合，進行疫情防治。</p>	<p>成立「SARS 與人口健康國家諮詢委員會」。省/特區政府也為主要負責單位，SARS 事件之後，安大略省政府成立後 SARS 時期成立緊急應變小組。</p>
SARS 期間公眾反應與認知	<p>衛生署設置免付費疫情通報專線、製作「防疫最前線」節目、行政院發言人與各組發言人每日召開兩次記者會、建置 SARS 疫情單一整合窗口網頁、印行 SARS 防疫特刊。</p>	<p>建立「e-SARS 資料庫」、設置 SARS 熱線、印發相關防疫手冊，從社區開始宣導。</p>	<p>印發四種語言的防治手冊、設立 SARS 即時網站、成立專門提供 SARS 資訊的電視頻道，每天發佈十二個小時有關 SARS 的新聞，並使用不同的語言。</p>	<p>設立緊急應變中心，聯合醫療網的資源力量；成立緊急應變小組，負責執行蒐集、發佈相關資訊與協調管理；建立資料庫，同時獲得省與省際間的醫療資訊，及時提供給醫療單位和全體大眾。</p>
醫療機構的防治措施	<p>醫學中心減少急迫性的醫療服務，管控院內感染；區域級醫院由醫學中心協助輔導，再由區域級醫院分區輔</p>	<p>設法降低醫護人員的職業風險；提高一般醫院對大型傳染病的有效管控；醫院實驗室、研究室及病房的妥善管理</p>	<p>健康部與國內醫療有關的人員進行電話調查，評估他們對於傳染病管控的知識；所有醫療保健人員都必須透過醫療</p>	<p>在橙色警戒地區的醫院被要求執行延緩提供非必要性的醫療服務、限制探病訪客、醫院內部人員均需配備防護用</p>

因應措施	台灣	香港	新加坡	加拿大
	導地區級醫療院所；實施防疫分區分級制度。	與權責釐清。	監視體系評估狀況、偵察個案。	具、對具潛在 SARS 發病威脅的患者建立特別隔離單位。
專責醫院的設立	於北、中、南、東及高屏等區，設立 11 家 SARS 治療專責醫院。	醫管局指定瑪嘉烈醫院作為處理 SARS 的醫院，接收由指定醫療中心及其他醫院轉介的 SARS 患者。	指定陳篤生醫院為 SARS 緊急應變中心，只處理 SARS 個案。	並無特定專責醫院。
接觸者居家隔离	採居家隔离政策	採居家隔离政策	以電眼及追蹤器監視，如不遵守規定採重罰或處以坐牢；委託民間保全系統公司進行監控。	採居家隔离政策
疑似 SARS 患者住院隔離	採集中治療	經通報系統轉瑪嘉烈醫院醫治	集中於陳篤生醫院及傳染病中心	未採集中治療
強制隔離人數	150,628 人	1,262 人	8,853 人	志願在家隔離為主
入境班機措施監視入境旅客健康狀況	所有出入境旅客皆需接受測量耳溫填報 SARS 防制調查表，停發中、港、星、加拿大溫哥華、多倫多等高感染區落地簽地簽；自高感染區入境者需隔離十天。	入境旅客須填寫 SARS 防制調查表，出入境旅客均需測量體溫。	入境旅客須填寫 SARS 防制調查表，出入境旅客均需測量體溫。	入境旅客須填寫 SARS 防制調查表，醫護人員在證照查驗台處觀察旅客健康狀況，若發現有不適者進一步檢查。

因應措施	台灣	香港	新加坡	加拿大
加強學校監視及通報、停課	學生如為接觸者需居角隔離，如為通報病例全班停課。	如有學童感染，學校停課	3月27日至4月6日所有高中以下學校全部停課，每名學生發溫度計，每日測量體溫兩次如學童感染，學校停課	沒有特別的規定。

表格 4-5：SARS 數據摘要表  
2002/11/1 至 2003/8/7 為止

地區/國家	可能個案人數	死亡人數	個案死亡率*	概率值**
臺灣	665	180	27.1%	<0.01
香港	1,755	300	17.1%	--
新加坡	238	35	13.9%	0.21
加拿大	251	41	16.3%	0.77

\*個案死亡率 = (死亡人數 / 可能個案人數) x 100%

\*\*概率值是以香港為基準，比較其他國家之個案死亡率與香港有無統計顯著性。結果顯示，台灣的 27.1% 顯著高於香港的 17.1%，至於香港與新加坡(13.9%)、加拿大(16.3%)的差別，從統計學上來看，沒有統計顯著性。

資料來源：SARS Expert Committee (2003:80)。

比較台灣、香港、新加坡與加拿大等四個國家地區因應 SARS 之措施之後，大致而言，各國所採行的防疫措施大同小異，不過防疫成效(參見表 4-5)與民眾之滿意度並不完全一致。本文將觀察所得心得，歸納如下：

## 壹、地理幅員環境之影響不同

由於 SARS 具有近接觸傳染性之病毒特性，相對於幅員廣大、有天然屏障效果的加拿大而言，香港、新加坡與台灣三個地區皆屬於地狹人稠的高人口密度區域，故這三個地區防疫工作的挑戰難度明顯較加拿大為高。此外，由於香港與中國大陸來往頻繁，受到中國大陸的影響更為深遠，香港政府因此與更早就爆發 SARS 感染的深圳市政府進行協調會議，目的是為了建立交換資訊及意見的平台，對於人民進出邊界的管控進行有效的協調與合作，以降低 SARS 的傳播範圍。台灣亦與香港、中國大陸有頻繁的往來，然而受限於政治因素，比較不易有如此深入的防疫合作，僅能於台灣出入境處加強控管疫情之防範措施。

## 貳、因應 SARS 之組織設置與法令規範尚稱完備

為了能有效遏止 SARS 疫情的蔓延，各疫情國均建立了一個集中指揮的單位，以統籌監督管理的防疫工作。此外，也都修訂或強化專門因應疫情的各項管制法規。整體而言，各國的防疫組織與相關法令大致完備，但因 SARS 疫情的性質與規模前所未見，造成疫情初期各國均不能避免的經歷管轄權與領導權混亂不清的狀況。

## 參、溝通協調均有待改進

由於缺乏 SARS 的明確資訊與研究，使得台灣、香港、新加坡與加拿大都發生疫情資訊溝通不良、以及各部門組織之間協調不良的問題。整體而言，溝通協調之不足可謂是此次各國在處理疫情時所面對的最嚴重的通病。

### 一、行政體系內之府際溝通與協調 —

各國雖都設有特定因應 SARS 的組織，然而在設置集中統一的指揮單位之前，府際之間，不論是中央與地方政府，或是平行政府組織之間，都十分缺乏相互的理解與溝通，不但在領導與管轄分界上缺乏清楚的界線，在業務功能上也無法明確定位，造成動員遲緩或各說各話的不一致情形，難以採行迅速有效的整合因應策略。

### 二、政府與醫療體系之溝通協調 —

此次 SARS 疫情控制最主要的行動者為醫療體系，香港、新加坡與台灣的醫療體系皆為公私二元制，而且都受到不同程度的市場競爭壓力，故當 SARS 發生時，在統籌調度醫療資源和人力派遣配置上，以及隔離措施或設置 SARS 專責醫院等相關防疫決策上，政府與公立醫院之間的溝通並不容易。相對而言，加拿大公營型態的醫療體系在調度醫療資源與執行相關防疫政策時，所遭遇的阻礙較少。

### 三、大眾傳播媒體之溝通宣導 —

因為對 SARS 相關病理知識的陌生，大眾傳播媒體缺乏篩取資訊的標準，導致各國媒體所提供給民眾的是多元紛雜、乃至彼此矛盾衝突的雜亂資訊。原本媒體應扮演資訊傳播與教育宣導的重要功能，但 SARS 疫情期間，它們卻讓龐雜的資訊混淆了正確的資訊，甚至於造成社會民眾的無謂恐慌。另外由於防疫管轄權與領導權的不明確，各方意見領袖於媒體恣意發表言論，個自表述的結果，造成

各國疫情初期大眾衛生資訊的傳播與溝通極度混亂。後來新加坡迅速成立一個專門提供 SARS 資訊的電視頻道，每天二十四小時發佈有關 SARS 的新聞，並使用國內不同族群使用的各種語言，使得國內民眾能夠得到比較具有公信力的 SARS 信息。香港、台灣與加拿大後來亦均採取類似的作法。

## 肆、公共衛生防疫設備與人力普遍不足

在因應 SARS 危機期間，不論是疫情的監控與偵測，或是居家隔離的施行、以及病患的照顧醫療，各國都面臨資源設備與人力供給不足的困境。例如台灣發生 SARS 疫情監測管道不夠暢通的落差，甚至有隱匿疫情的情況發生，因而付出極大的代價。此一困境的產生，固然與 SARS 來勢洶洶、規模浩大有關，但是各國近年來「重醫療、輕預防」的政策亦難脫關係；完全以專業醫療為主的偏頗取向，導致公共衛生安全逐漸淪為醫療以外的次級任務，對於公共衛生的教育和基礎設備均有所疏忽，防疫人力之數量素質均有所不足。對於台灣、香港與加拿大而言，其公衛體系的缺失相對較為嚴重，至於新加坡之公衛條件與設施水準則較具水準，加上擁有具規模的流行病監視體系，要求所有的傳染疾病案例必須向環境部中的隔離與傳染病部門報告，衛生部並負責相關監視預防措施，這些因素使得新加坡在因應突如其來的疫情時，比較能有效的防止疫情擴散。

## 伍、職業倫理與民眾信任度之影響

台灣、新加坡、香港與加拿大四個地區對抗 SARS 的組織設計和政策措施大同小異，但是個別國家醫療體系的特質、以及社會大眾的信任度明顯地影響到這些手段的施行成效。例如，台灣公私並存、數量極多的分散化醫療體系，必須付出較高的協調成本。又如在加拿大 Toronto 與台灣地區，都有一些醫護人員在 SARS 危機期間離職或拒絕照護 SARS 病患的案例，其與新加坡和香港政府自豪其醫護人員均能堅守職業倫理的表現比較，明顯有所差異。

總而言之，台灣、香港、新加坡與加拿大的抗 SARS 經驗明白顯示，要漂亮的打贏抗疫之戰，首要條件是政府必須設計清晰明確的領導體制，使抗 SARS 的行政治理活動易於達成其政策目標。其次，必須開放無隱地與傳播媒體、民眾進行溝通，使社會大眾能得到充分且正確的 SARS 資訊。第三是公衛體系與醫療人員在防護資源充裕的情形下，全心投入防疫與救護。最後，必須培養人民擁有高度的公民意識與人際關係的互信互賴，產生全體社會利害與共的真誠認知，才能信任並主動地配合政府的作為。



# 第五章 結論

## 第一節 研究發現

根據前四章之內容，本章將臚列各項研究發現如後，並奠基於研究發現而做出第二節之政策建議。

### 壹、台灣因應 SARS 危機之治理模式

本研究計畫以公共行政的角度出發，運用行政治理模式之架構，探析台灣政府為因應 SARS 危機，在既有的制度系絡下，中央與地方行政治理模式之運作以及政府與社會部門間的互動狀況。理論上，行政治理模式可區分為層級節制的科層體制、市場競爭、與社群組織三大模式，不同的類型會深刻地影響各個政策行動者的行動與實際的政策產出和結果。本文研究發現，在整合抗煞過程中，台灣政府與社會呈現三種治理類型交織並存的行政治理模式，惟相對而言，科層體制模式之比例偏重。大體上，政府機關遵循以層級節制為主的科層治理架構，因此在因應 SARS 疫情的整個過程中，欲指揮已傾向市場治理模式的醫療體系、以及動員社群治理架構仍嫌薄弱的公民社會，不可避免的曾經陷入力有未逮的窘境之中。

#### 一、以層級節制治理架構為主的政府防疫體制

我國政府防疫體制主要是依循層級節制之行政治理模式，以權威性的結構確保防疫之規定和命令得以制定與執行，在法令與組織權責之規制下，約束行動者之間的互動。由於層級節制的正規化、官僚化與例行化的特質，使得在防疫的過程中，因應疫情措施的彈性與創新力量有所不足。而且在執行相關的防疫政策時，科層體系與以市場競爭為特色的醫療體系常因彼此間治理模式之迥異，而產生各種失靈現象，導致若干效率不彰的現象。

#### 二、以市場治理結構為主的醫療防疫體制

市場競爭型的行政治理模式係以財產權的契約關係為規範之基礎，價格機能為協調契約關係的主要工具，市場機制並賦予各個行動者高度的彈性來決定是否彼此形成同盟關係。在新公共管理學派的潮流下，我國不只是私人醫療院所、連同公立醫院也都愈來愈向市場治理模式傾斜，因而面對因應 SARS 疫情所採行的控管、封院隔離與接受照護 SARS 患者等各項措施時，醫療院所往往受制於市場

利益競爭原則的考量，無法全盤配合政府的政策。在此一情形下，政府如欲獲得醫療體系在防疫事項上的有效合作，必須仰賴有效的誘因機制，包括給予提供 SARS 照護之醫院合理的補助經費等規定。

### 三、以社群組織治理架構為主的民間防疫體系

社群組織式的行政治理模式，其主要運作方式為行動者在政策制定過程中水平式的自我協調與合作，不似市場模式中為追求利潤最大化而產生市場失靈的現象，也不似層級節制模式因過度控制而產生政府失靈的現象。尤其在防疫事項上，由於現今社會的功能已高度分化，以及社會次級團體的自主性增強，國家機關必須認知社群力量之強大，並主動建立綿密互動的關係，彼此體認培養信任關係的重要性，才能落實基礎的防疫網絡。本研究認為，台灣社會的社區組織起步未久，與政府的互動關係及信任程度都有待加強，惟此次 SARS 防治的經驗，有助於社群治理模式之催化與成熟。

### 四、未來治理模式之轉型—強化以信任為基礎的社群組織模式

社群組織的水平式自我協調的行政治理模式可以彌補市場與層級節制之不足，其原因在於：1、社群組織模式是基於交互持續的溝通與信任關係的培養，來達成有利各方行動者的結果為其目標；2、社群組織也可以提供適當的資訊與溝通，有利於形成行動者之間的非正式關係，此種非正式關係不但可以減少複雜決策的交易成本，也可疏解行動者之間因權力與資訊不對稱所造成的負面影響。當社會問題愈來愈複雜時，這種水平式自我協調活動就愈趨必要。因此根據社群組織的理論，社群組織網絡中不同參與者的集體行動對於公共問題之解決，確有其重要地位。

本研究認為，日後台灣防疫體系之行政治理結構應強化社群組織模式之力量。此一做法，並非要完全取代層級節制或市場機制，畢竟層級節制的科層體制有課責容易、服從性高..等優勢，而市場機制也有其資源有效利用、自由選擇等效益。只是在面對不確定高、風險大的危機時，政府與民眾之間、組織與組織之間必須以良好的信任為基礎，才能確實體認彼此之間具有互補性的利益，才能基於信任與互惠的相賴關係，激發與維持行動者之間的防疫合作行動。

總之，科層體制、市場與社群組織的行政治理模式，彼此之間並不必然產生衝突，得視政策領域以及考量國家整體的發展情況，而有不同的比例配置。就防疫政策而言，台灣政府層級節制的科層體系已屬完備；而醫療體系過度傾向自由市場的趨勢則有待導正、不宜再加強市場主義之色彩；至於社群組織的力量乃為新興勢力，仍嫌嚴重不足，以致於政府、醫療體系及社區公民的合夥關係未能順暢運作。故政府應更主動積極地強化社群組織的行政治理模式，才能促進防疫體

系之效能。

## 貳、我國政府防疫體制之內部結構

如前所述，在因應 SARS 疫情過程中，台灣政府所依據的是以傳統科層體制治理模式為主的政府防疫體制。本研究彙整此一防疫體制的相關組織設置與行政行為，並評估其治理成效如下：

### 一、行政組織面

#### (一) SARS 爆發前我國中央相關行政機關之設置

我國係以行政院之下的衛生署與疾病管制局為防疫的中央主管機關，衛生署與其他部會之間並無隸屬關係，而是完全立於平行的地位。由於防疫為一高度專業性的領域，具有全國一致性處理的必要，行政院衛生署組織法第十七條乃規定，該署得設疾病管制局，其下設有各種分組、中心與北、中、南、東四個地區分支機構，並得因應業務需要，設置各種委員會與在全國重要地區、港口及航空站，設疾病管制分局，但以七個為限，衛生署為疾病管制局之上級監督機關，得進行職務監督與專業監督。

#### (二) SARS 爆發後中央與地方相關行政機關之設置

在中央行政機關方面，為對抗 SARS 疫情，除前述衛生署與疾病管制局各依職掌而為處理之外，行政院並於 2003 年 4 月 28 日成立行政院「嚴重急性呼吸道症候群及紓困委員會」，儘管「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」（簡稱「SARS 暫行條例」）並未定位該委員會的層級，但因其係由行政院院長擔任召集人，實際上能夠發揮超部會的效果；該委員會所為決定，得交由衛生署與疾病管制局執行；此外也得視決議之性質，由行政院各部會於相關職掌範圍為有關之決定。

另於 SARS 期間，行政院設有「全國嚴重急性呼吸道症候群防治指揮中心」，該中心非屬行政機關性質，而是具有政策協調、溝通與統籌等功能之處所，為一進行資料蒐集、研判與做出必要指示的指揮中心，包括行使疫期間每日統一發布防疫最新資訊與對策的重要功能。

而在地方政府方面，為了因應突如其來的 SARS 狀況，也都能積極接受中央的建議或主動仿照中央的模式，成立臨時性的任務編組或制定「XX 縣市嚴重急性呼吸道症候群因應防治計畫」，防治計畫中均有相關委員會之設置，以進行跨局室之統籌及協調。

#### (三) 中央與地方政府間的互動關係

就 SARS 此一高度嚴重性與急迫性的疫情防治而言，理想的權限劃分應為：統籌性的、指揮性的以及超越地方能力性的事權交由中央處理，地方則負責第一線的執行，特別是有關社區感染的控制與相關隔離措施的貫徹等事項。中央與地方間並應建立暢通的溝通管道。我國傳染病防治法就此已有基本的規定<sup>84</sup>，SARS 暫行條例並進一步有精確的規範，凡此均合乎中央與地方建立「策略性伙伴關係」的原則。然而檢視此次 SARS 疫情危機的處理經過，由於面對高度的急迫性與不確定性，在法條難以明確規範所有防疫事務的前提下，加以中央與台北市政府彼此間的信任度仍有不足，導致中央與台北市政府之間發生不必要的爭議及溝通不良情況。惟之後隨著防疫經驗的累積、SARS 暫行條例的制定與實行，爭議與溝通不良現象逐漸趨緩。

## 二、行政作為面

在因應 SARS 的行政作為方面，政府主要有以下多項作為：

- (一) 傳染病之指定 -- 行政院衛生署先於 2003 年 3 月 27 日宣布將 SARS 列入第四類法定傳染病管理，待後期對 SARS 的病毒資訊與研究已累積至相當程度的瞭解，於同年 8 月 19 日公告將 SARS 改列為第一類法定傳染病。
- (二) 防治計畫之制頒 -- 衛生署訂定「SARS 因應防制計畫」，依據不同的 SARS 疫情而擬定不同的防治等級與因應策略，並據以訂定應變措施及管制明細，以為最高的行動綱領，各級政府亦依據該項行動綱領訂定疫情應變計畫。
- (三) 重要不確定法律概念與裁量的拿捏 -- 居家隔離措施所涉及之人權基本自由，雖為 SARS 暫行條例第 5 條所明定，但為減輕對當事人的基本人權衝擊，得經由裁量準則的制頒，而予以類型化處理。這關係到主管機關對不確定法律概念與裁量的拿捏，屬於通案性質，在防疫上從而具有上游的地位。
- (四) 個案之裁決與即時強制 -- 抗煞過程中，包括封院、封街、強制隔離、對醫師與醫療院所違反通報義務之科處行政罰鍰、公權力徵用醫院等行為，行政主管機關的任務，在於確定個案之案情，然後依相關專業法律之個別條文之規定，作出裁決，以便使個案當事人之權利義務獲

---

<sup>84</sup> 依「傳染病防治法」第二條的規定，我國傳染疾病防治的主管機關在中央為行政院衛生署，在直轄市為直轄市政府，在縣(市)為縣(市)政府。第九條並規定，為及時偵測傳染病疫情，發揮早期預警效果，中央主管機關應建立傳染病疫情監視及預警體系。而第十一條則明定，當疫情發生時，地方主管機關除應本諸權責採行適當的防治措施外，並應依中央主管機關之指示辦理，以發揮整體防治效果。

得確定。由於個案之裁決與即時強制行為牽涉人民權利與社會安全深遠，必須考量正當行政程序與比例原則之法律精神。

- (五) 非權力之行政行為 -- 依我國向來有關法律保留的見解，不涉及權力運作之行為，不須有法律依據。如 SARS 期間關於查詢專線之建立、推動「全民量體溫運動」、「村里抗疫作戰小組」之成立以及社區健康防疫網等諸種作為，皆為非權力之行政行為。
- (六) 紓困與補助 -- 為防制因 SARS 造成經濟與勞工之崩解，SARS 暫行條例規定政府相關預算得運用於因 SARS 而發生營運困難的產業、醫療機構，以及對此類產業的員工提供必要的協助；另外民間設立 SARS 專責醫院，也得請求補償、各級政府機關向民間徵用必要的土地或設施或器物等，與接受強制隔離而後診斷證實未感染嚴重急性呼吸道症候群者，政府皆得給予合理補償；感染嚴重急性呼吸道症候群之病人應強制隔離治療至影響家計者，政府得給予扶助。鑑於國家整體資源有限，行政部門於制訂有關的發放標準與個案決定時，應注意公平與效能的要求。
- (七) 行政懲處之決定 -- SARS 期間所發生 SARS 病例延遲通報與隱匿疫情事件，必然涉及醫療專業的判斷，並須有足夠的客觀證據作為院內感染控制措施不當之證明。就行政管理疏失而言，因為感染控制委員會在橫向溝通協調與聯繫上所遭遇之困難，難以督促全院動員，乃是台灣長年以來未曾重視此一領域所累積的惡果，如今發生 SARS 疫情，責任之追究不免困難。就行政主管之監督責任而言，地方政府衛生局長固然應該整合所屬醫療院所的相關防疫計畫，而且應妥為督導，但此在台灣向來徒具形式，不易落實。而就相關 SARS 醫療人員之懲處而言，其職業懲戒責任或刑事責任應視案型與個案具體情形，通體觀察而為評論，然而因 SARS 疫情為空前所未見，在懲罰或刑罰額度的課量上，除非當事人有積極的惡性，否則宜從寬量刑。

### 三、治理成效之評估

在政府防疫體系全力動員的展開抗煞活動之後，台灣的 SARS 疫情仍然造成難以彌補的生命損失與傷痛，這顯露出我國政府科層體制式行政治理模式之運作有其「體系性缺失」。這些體系性的缺失包括下列各項：

- (一) 科層體制積極主動性不足，中央行政機關衛生署於疫情初顯時，欠缺高度的敏感性，以及未能快速有效的發號司令與採取積極主動的作為。
- (二) 層級節制模式容易忽視府際之間合夥關係之形塑，因而中央與地方政

府二者之間的互動管道不甚完備，溝通亦有不良，具體弊端包括中央未能正確評估地方政府之防疫狀況與提供協助的積極度不足。

- (三) 地方政府執行封院封街等措施時，對於應有程序之判斷與踐行，出現草率和混亂情況，顯示科層體制無法迅速獨力處理重大危機，必須仰賴外部資源之挹注與社群之合作。
- (四) 在追求狹隘的利潤績效的市場主義影響下，公私立醫療院所普遍不重視院內感染的控管與防疫品質之提升。而政府的科層體系亦未能早日建立適當有效的誘因機制，以內化防疫措施之外部效益。
- (五) 若干醫護人員之敬業性不足，以及若干必須隔離觀察或疑遭染煞人士的強制隔離未能徹底落實等，這與市民社會之專業性及道德性密切相關，單憑科層體制之努力，效果不彰，必須藉助社群組織的治理模式予以強化。

由上述體系性的缺失可見，科層治理模式的侷限性展現在重重的監督關係上，監督者欲掌控其行為合理性、合法性以及立即作出快速有效的制止或懲處決定，誠非易事。而對於以市場治理模式為主的醫療體系而言，若要建立有效管控傳染病的醫院目標，則因為不易滿足追求利潤的績效目標，必須耗費極大力氣才可能貫徹執行，因此事前的溝通協商以及在各醫院體制內建立成員參與與認同的污染管控作業方案，成為重要的關鍵要素。

SARS 防疫在傳統科層治理模式下的另一問題，牽涉到由單純的國內治理逐漸移轉到世界同步治理的發展趨勢。在發佈各項限制與隔離措施時，必須考量國際標準，尤其在 SARS 這類高度危險而涉及公共安全的領域裡，涉及人民隱私或限制身體自由的種種措施，均須採取高度的施政水平才能得到人民充分的信任。因此，講究長期的合作與善意的治理模式絕對有其必要性。

## 參、我國政府防疫體制之外部互動

面對現今龐大的公共事務與人民過度之期許，形成政府治理的危機，其具體表現在人民對政治領導階層的順服度與信任度日益下滑。因而當代治理的核心意義必須跨越政府行政的範圍，政府須與其他組織共同分擔治理的責任，此種界線的模糊性，符合當代治理一詞隱含著政府科層體制、市場與社群組織三者相互連結的特色。而在此次台灣經歷四個多月的 SARS 危機中，我國的行政治理模式多少顯示出以上的治理特色，即政府防疫體制與社區防疫體系、民間非營利組織、國外防疫研究組織、大眾傳播媒體等外在活動者皆能有所互動，並深深地影響了相關防疫政策的成效以及社會大眾對於政府治理能力的認知。

## 一、社區防疫體系與政府防疫體制

在長達數個月危機應變過程中，不少社群組織主動投入抗煞行列，例如，結合社區營造學會、醫院評鑑暨醫療品質策進會、醫師公會與公共衛生學會等所組成的「社區防疫行動聯盟」、與埔里居民組成的「水沙連社區防疫聯盟」即是兩個有名的個案。這些強調「自律、他律、互助」的社區防疫動員體系，由下而上凝聚社會動員的力量，不但減少由上而下因強制執行政策而誘發群眾恐慌的社會成本，也建立了強化國家管制訴求的社會監控回饋機制。足見在往後類似 SARS 危機的處理上，政府應正視社區防疫體制的重要性，使社群組織成為政府行政治理模式不可或缺的外在互動者。

## 二、非營利組織與政府防疫體制

非營利組織具有促進公民參與，凝聚社群意識的社會功能，因為其「社群關係取向」的特質使然，在危機事件發生時，往往能從平時所累積的社會資本中獲得所需的資源，進行迅速的救災行動。政府亦不敢輕忽這股民間強大的自發力量，於平時即積極地與非營利組織互動，尤其於救災這塊場域的關係建立，呈現越來越緊密的協力模式，冀望透過兩個部門間資源、專才與技術的整合，形成一個密切互動的網絡關係，達到整合社會資源與公民參與的社會功能。

所台灣社會在歷經賀伯颱風、九二一地震...諸多災害的救災行動之後，非營利組織與政府逐漸培養起默契，建立起合作關係，原則上維持著由政府指揮、民間非營利組織配合的形式。然而回歸至非營利組織「社群關係取向」的本質，如 SARS 之類的災難終究為突發性的重大事件，要在緊急狀態下立即啟動彼此合作的互動模式，必然需要依靠平日信任關係的建立，亦即政府與非營利組織之間平日關係的經營，將直接或間接影響到緊急災害救助時的互動成效。以此次 SARS 疫情的救助經驗為基礎，我國非營利組織與政府之間的互動應注意下列兩點，以增進日後協力救災之效能。

第一，非營利組織與政府平時關係的親疏狀況，影響資訊傳遞之成效。因為危機發生時，政府機構往往傾向於向平時有頻繁互動的非營利組織提出支援的請求，並主動提供災害的相關資訊。因此，在資訊缺乏的狀況下，那些未能進入政府網絡核心的非營利組織可能因為無法取得與救助對象接觸的管道，而有延誤救助或錯置資源等情形發生。

第二，各非營利組織之間缺乏深層的互動關係，以致救災時，彼此間的調度支援成效欠佳。此係因非營利組織各自有組織的使命、價值觀與關注對象，鮮少有密切的互動，即使彼此間的屬性相近，亦會特意維持明顯的區隔性，以讓社群能清楚地辨別其所欲支持的非營利組織。因此雖然在災害現場有政府機構擔任總指揮的角色，但因非營利組織彼此的關係基礎不足，難以發揮更有效用的救助力

量。

### 三、國外防疫研究組織與政府防疫體制

SARS 疫情提供了一個反思全球防疫體系的契機，在對抗如 SARS 般的高危險傳染病時，一個健全有效的國際防疫機制，能夠成為防堵 SARS 大規模傳染的有效利器。台灣在抗煞期間，積極尋求國際合作的機會，然而受限於政治因素，經常無法及時獲得確實的國際奧援。因此，我國政府必須透過一些民間管道，以非官方形式，與國際研究 SARS 的相關組織，交換合作及抗煞的經驗。本研究歸納台灣參與國際互動之主要事件如下：

- (一) 美國疾病管制中心 (CDC) 之協助 -- 美國疾病管制中心於 2003 年 3 月到 7 月之間，前後派遣三十位醫護人員赴台協助，並有研究人員隨行，與我國政府共同努力討論防治 SARS 的有效措施。美國 CDC 為第一時間派員來支援我國的重要單位，提供我國在 SARS 疫情上所需的協助及相關知識與研究的交流。
- (二) 地方防疫體系與國際防疫經驗交流 -- SARS 為一國際性的傳染病，國際合作相當重要，我國政府也積極分享相關的資訊，以有效防堵類似 SARS 的傳染病再度蔓延。SARS 期間來台的外國專家及相關的研究人員，多半與我國中央政府的衛生署直接溝通，除此之外，台北市政府與新加坡政府進行了防疫經驗的分享，兩方相關的防治 SARS 單位，共同建立一個聯合防疫共享資訊的機制。
- (三) 與加拿大共同合作 SARS 疫苗之研發 -- 加拿大國際知名的疫苗及免疫醫療研究聯網 CANVAC(Canadian Network for Vaccine and Immunotherapeutics)與我國的國家衛生研究院疫苗研發中心簽訂疫苗合作研發備忘錄，這是 CANVAC 首度與亞洲國家合作開發疫苗。
- (四) 國際相關研討會之參與 -- 疾病管制局局長蘇益仁曾率領團隊赴吉隆坡參加世界衛生組織舉辦的 SARS 國際學術研討會，此次研討會是世界衛生組織首度正式邀請我國政府代表參加，會議中我國積極將抗煞經驗和成果與世界各國分享，當時也獲得各會員國、專家及國際媒體的注意，並促成多項國際合作約定事項，是我國與國際對抗 SARS 合作上一個重要的里程碑。
- (五) 台灣 SARS 聯合研究團隊之成立 -- 由國科會、中研院、台大醫學院、衛生署及衛生研究院等單位組成「台灣 SARS 聯合研究團隊」，並且計畫參加歐盟 SARS 特殊專題聯合研究，以建立未來台灣與歐盟科研合作的良好模式。



#### 四、大眾傳播媒體與政府防疫體制

SARS 疫情期間，民眾對於 SARS 資訊最主要的來源即為大眾傳播媒體，其影響力之大，可想而知。因此理論上，媒體應強化自身在防疫作戰體系中的優勢力量，以有效發揮觀察、傳播與監督的關鍵角色，間接協助防疫目標之達成。然而實際上，多數媒體在此次處理 SARS 新聞題材時，均顯現報導不實、聳動煽情與侵害人權等弊端。這些弊端的造成，除了媒體的專業度與自律不足之外，與大眾傳播媒體所處的生態環境密切相關。具體言之，媒體記者所面對的市場競爭壓力與日俱增，為了生存，媒體記者必須取得相當數量的資訊，而且這些資訊必須具有一定的強度與吸引力，因此媒體記者不可能完全配合官方調查疫情的進度，被動地等待官方單位發布 SARS 的相關消息。相反地，媒體往往會主動的發掘與引導新聞，也不會滿足於單一的官方溫息來源，而會設法多方打聽不同的資訊。加上多數媒體人員對於醫療生態與公衛知識缺乏深度的瞭解，引用多種消息來源、又不及進一步深入查證的結果，反而造成疫情資訊的紊亂，導致民眾的無所適從與無謂的恐慌。

面對這種媒體報導的資訊落差與風險，除非媒體生態環境有所改變，政府難以在短期內予以徹底導正，故在面對 SARS 的資訊需求時，最好的政策是誠實以對，不圖隱瞞，積極提供媒體大量的、透明化的相關資訊，並以法令約束及處罰那些散播未經查證的不實新聞的傳播媒體。

#### 肆、各國抗煞模式之比較

本研究分析比較與台灣一樣同遭 SARS 侵襲的香港、新加坡與加拿大等三個國家因應 SARS 之經過、措施與成效之後，歸納幾項重要發現於下：

##### 一、地理幅員環境之影響不同

由於 SARS 具有近接觸傳染性之病毒特性，相對於幅員廣大、有天然屏障效果的加拿大而言，香港、新加坡與台灣三個地區皆屬於地狹人稠的高人口密度區域，故這三個地區防疫工作的挑戰難度明顯較加拿大為高。此外，由於香港與中國大陸來往頻繁，受到中國大陸的影響更為深遠，香港政府因此與更早就爆發 SARS 感染的深圳市政府進行協調會議，目的是為了建立交換資訊及意見的平台，對於人民進出邊界的管控進行有效的協調與合作，以降低 SARS 的傳播範圍。台灣亦與香港、中國大陸有頻繁的往來，然而受限於政治因素，比較不易有如此深入的防疫合作，僅能於台灣出入境處加強控管疫情之防範措施。

## 二、因應 SARS 之組織設置與法令規範尚稱完備

為了能有效遏止 SARS 疫情的蔓延，各疫情國均建立了一個集中指揮的單位，以統籌監督管理的防疫工作。此外，也都修訂或強化專門因應疫情的各項管制法規。整體而言，各國的防疫組織與相關法令大致完備，但因 SARS 疫情的性質與規模前所未見，造成疫情初期各國均不能避免的經歷管轄權與領導權混亂不清的狀況。

## 三、溝通協調均有待改進

由於缺乏 SARS 的明確資訊與研究，使得台灣、香港、新加坡與加拿大都發生疫情資訊溝通不良、以及各部門組織之間協調不良的問題。整體而言，溝通協調之不足可謂是此次各國在處理疫情時所面對的最嚴重的通病。

- (一) 行政體系內之府際溝通與協調 -- 各國雖都設有特定因應 SARS 的組織，然而在設置集中統一的指揮單位之前，府際之間，不論是中央與地方政府，或是平行政府組織之間，都十分缺乏相互的理解與溝通，不但在領導與管轄分界上缺乏清楚的界線，在業務功能上也無法明確定位，造成動員遲緩或各說各話的不一致情形，難以採用迅速有效的整合因應策略。以台灣為例，在防疫初期，整個體系雖已動員，但是衛生署的疾病管制局、縣市衛生局及醫療院所間的聯繫及指揮運作上，出現不少障礙，尤其是跨縣市的協調合作部分，問題甚多。
- (二) 政府與醫療體系之溝通協調 -- 此次 SARS 疫情控制最主要的行動者為醫療體系，香港、新加坡與台灣的醫療體系皆為公私二元制，而且都受到不同程度的市場競爭壓力，故當 SARS 發生時，在統籌調度醫療資源和人力派遣配置上，以及隔離措施或設置 SARS 專責醫院等相關防疫決策上，政府與公立醫院之間的溝通並不容易。相對而言，加拿大公營型態的醫療體系在調度醫療資源與執行相關防疫政策時，所遭遇的阻礙較少。
- (三) 大眾傳播媒體之溝通宣導 -- 因為對 SARS 相關病理知識的陌生，大眾傳播媒體缺乏篩取資訊的標準，導致各國媒體所提供給民眾的是多元紛雜、乃至彼此矛盾衝突的雜亂資訊。原本媒體應扮演資訊傳播與教育宣導的重要功能，但 SARS 疫情期間，它們卻讓龐雜的資訊混淆了正確的資訊，甚至於造成社會民眾的無謂恐慌。另外由於防疫管轄權與領導權的不明確，各方意見領袖於媒體恣意發表言論，個自表述的結果，造成各國疫情初期大眾衛生資訊的傳播與溝通極度混亂。後來新加坡迅速成立一個專門提供 SARS 資訊的電視頻道，每天二十四

小時發佈有關 SARS 的新聞，並使用國內不同族群使用的各種語言，使得國內民眾能夠得到比較具有公信力的 SARS 信息。香港、台灣與加拿大後來亦均採取類似的作法。

#### 四、公共衛生防疫設備與人力普遍不足

在因應 SARS 危機期間，不論是疫情的監控與偵測，或是居家隔離的施行，以及病患的照顧醫療，各國都面臨資源設備與人力供給不足的困境。例如台灣發生 SARS 疫情監測管道不夠暢通的落差，甚至有隱匿疫情的情況發生，因而付出極大的代價。此一困境的產生，固然與 SARS 來勢洶洶、規模浩大有關，但是各國近年來「重醫療、輕預防」的政策亦難脫關係；完全以專業醫療為主的偏頗取向，導致公共衛生安全逐漸淪為醫療以外的次級任務，對於公共衛生的教育和基礎設備均有所疏忽，防疫人力之數量素質均有所不足。對於台灣、香港與加拿大而言，其公衛體系的缺失相對較為嚴重，至於新加坡之公衛條件與設施水準則較具水準，加上擁有具規模的流行病監視體系，要求所有的傳染疾病案例必須向環境部中的隔離與傳染病部門報告，衛生部並負責相關監視預防措施，這些因素使得新加坡在因應突如其來的疫情時，比較能有效的防止疫情擴散。

#### 五、職業倫理與民眾信任度之影響

台灣、新加坡、香港與加拿大四個地區對抗 SARS 的組織設計和政策措施大同小異，但是個別國家醫療體系的特質、以及社會大眾的信任度明顯地影響到這些手段的施行成效。例如，台灣公私並存、數量極多的分散化醫療體系，必須付出較高的協調成本。又如在加拿大 Toronto 與台灣地區，都有一些醫護人員在 SARS 危機期間離職或拒絕照護 SARS 病患的案例，其與新加坡和香港政府自豪其醫護人員均能堅守職業倫理的表現比較，明顯有所差異。

## 第二節 政策建議

總之，2003 年的 SARS 危機不僅暴露出台灣科層治理模式的體系性缺失，也成為考驗公民社會的試金石。在 SARS 疫情流行之初，政府科層體制反應失之保守遲緩，台灣的社群組織亦未能把握此一實行自我保衛的契機，及時補位，相反地，卻出現不信任與失序行為。由若干醫療人員士氣低迷、怠忽職守，到居家隔離者拒絕服從指令脫離監控，整體台灣公民社會呈現出某種程度的疏離與不信

任感，使得 SARS 危機期間，人際之間的凝聚力遭受極大的挑戰。因此，針對台灣應如何強化未來防疫救災之功能，本文除了建議改善現有科層體制與市場主義之缺失之外，將以強化公民社會之信任感為主要目標，提出下列幾項建言：

## 壹、危機發生時，立即建立統一明確的行政指揮體系

台灣對於防疫事項的相關因應法律與組織面向大致完備，但面臨 SARS 此一前所未見的新興疾病，其所造成的突然性的劇增需求和不確定風險的升高，讓政府原有的科層體制無法平順運作，造成部會間協調不足、效能遲緩等現象。雖然危機後期對 SARS 病毒資訊增加瞭解之後，防疫事務漸上軌道，但以層級節制式治理模式為主的政府體制，若欲在不同的突發事件中應付自如，首要之務是必須在危機剛發生時，立即建立統一明確的指揮體系，確實迅速地發布指揮命令，積極有效地協調各級政府與各部會的人力暨資源的調度。其具體作法有下列兩點：

### 一、迅速成立扁平化的最高指揮中心

疫情初期，不僅中央與地方政府之間無法確定自己的角色定位，同一層級政府的行政機關之間也未必清楚各自的職掌分工，而且難以拿捏疫情規模的輕重與本身機構應涉入之積極程度。此時政府雖試圖整合政府體制內外人員，共同規劃及執行 SARS 的各項因應措施，但因為指揮體系不夠統一、不夠明確，導致不論是對內防疫指令之發布或是對外 SARS 資訊之溝通，管道迂迴緩慢乃至阻塞不通，防疫效率因而減損。

雖然 4 月 28 日時，行政院即成立「嚴重急性呼吸道症候群及紓困委員會」，由行政院長擔任召集人，網羅中央、地方政府相關機關首長及學者、專家為委員，以集思廣益，發揮政策協調、溝通與統籌的功能。但該委員會組織過於龐雜，其下設有醫療及疫情控制組、境外管制組、居家隔離組、國防資源組、物資管控組、經濟及產業組、外事組、法制及預算組、新聞組、督考組等多個跨部會小組，故在事實運作時，造成協調能力不足與反應不夠迅速的問題，難以有效指揮及快速控制疫情。

直到 5 月 12 日，中央政府於疾病管制局正式成立「全國 SARS 防治指揮中心」之後，在李明亮教授擔任總指揮官之下，整個指揮路徑和決策基調才趨於一致，職責分工與資源之調度配置才由散漫無章而逐漸統整一致。此一經驗顯示，未來倘若類似 SARS 般高風險傳染病再度爆發，政府應當機立斷立即任命一位最高指揮官，建立一個統一的指揮中心。指揮官未必要是最高行政首長，應配合急難之性質，選擇具有專業的適當人選。即使其時衛生署署長為最適合的總指揮官人選，無須另謀人才，政府亦應明確任命署長擔任此一總指揮職務，才能迅速建立起一條鞭的指令體系，使各級政府知所遵循。此外，指揮中心應具扁平架構，避

免疊床架屋，過於龐雜，才能以共同一致的基調來整合各級政府、各個部會之間的防疫努力，讓有限的防疫資源發揮最大的動員效果。

## 二、建立統一的發言人制度

在台灣抗 SARS 的過程中，各種流言與資訊在坊間流竄充斥，不僅是媒體爭先恐後地傳播未經證實的各種消息，就連政府官員所傳遞的訊息都混亂不一。多方的意見來源產生了資訊過度負載的壓力，因此，社會大眾不但無法清楚地判別 SARS 的關鍵訊息，甚至產生不信任、無所適從的彷徨與恐慌。台灣政府經過一陣摸索之後，後來決定由統一發言人定時發布 SARS 最新疫情與防疫措施，才總算解決了資訊過於混雜分歧的弊端。由此可知，面對 SARS 這種高度不確定的醫療專業領域時，為了避免解讀不一的情形，在政府成立專責統一的指揮中心之後，同時應立即建立統一的發言管道，由統一發言人傳達專家意見及官方決策，亦可提供合適的學者專家與工作會報成員的名單，供媒體做進一步的諮詢。

而此發言人之職位，宜與防疫總指揮官之職位分離，不宜集中於同一人身上，其原因有二：第一，總指揮的角色必須綜理全盤的防疫決策及調度事項，而發言人與外界溝通的發言工作亦須耗費大量心神，若總指揮兼任發言人之角色，則可能工作負荷過重，使得統理防疫指揮或發言溝通的工作受到影響。第二，統一發言人為官方的單一發言窗口，必然成為媒體關注的焦點，擔任此職者需要有絕佳的溝通技巧與適當的公關才能，而總指揮官雖然擅長領導協調，但未必擁有與媒體溝通的優勢，故不宜兼任。然而，發言人與總指揮官雖然是兩個分離的職位，不由同一人兼任，但是兩者之間必須有良好的信任與默契，如此一來，發言人才能快速掌握正確詳盡的資訊，才能以應有的分際，發布總指揮官所欲傳達給的防疫指令與資訊。

## 貳、調整公衛醫療體系過度傾向市場治理模式之趨勢

在 SARS 疫情的衝擊下，我國公衛醫療體系所呈現的缺失，讓社會重新體認到公衛醫療體系維護及促進全民健康的重要使命。簡單地說，一個健全的公衛醫療體系應該講求社會集體的努力與責任，促進國民健康與安全的生活環境。但是近年來台灣衛生醫療體系的市場治理模式盛行，使得衛生醫療體系向醫療區塊過度傾斜，造成在公共衛生領域的資源嚴重不足。全國每年投入五千多億的醫療保健經費，絕大多數用於醫療領域；而且醫療體系的民營化與醫療服務的外包，都被視為是理所當然的趨勢；醫療照護成為一項商品，必須在自由市場機制中參與競爭。況且全民健康保險制度實施以來，醫療院所的運作邏輯完全以迎合健保的給付規定為主軸，既然現行健保給付以疾病治療為主，則與治療無關的資源配置、運作及管理，自然而然受到醫療院所的忽視。換言之，本應注重「公共性」與「集體性責任」的公衛醫療體系，在過度注重市場競爭的治理過程中，難以避

免地暴露出「輕預防、重治療」、以及種種輕忽院內感染管控的疏失與防疫監測問題，失去其應有的為全民健康把關的積極功能。因為在市場治理模式下，疾病預防與感染控制無利可圖，以致公共衛生原本以「社會集體」的力量預防疾病的理念，轉化成個人為自己的病痛尋找醫療的「個人責任」。

不可諱言的，市場模式有其優點，但是市場模式在面對具有市場失靈特徵的商品或服務時，往往顯得捉襟見肘，顧此失彼。公衛醫療體系不但具有資訊不對稱的弊端，而且國民健康和疾病預防還具有巨大的正面外部性，因此很明顯地，公衛醫療服務不能完全放任市場自由競爭，而須仰賴政府適時的引導介入，才能糾正資訊不對稱和外溢效果所造成的雙重市場失靈。是以，政府應該重新思考公衛醫療體系過度追求民營化和「績效管理」所造成的反效果，並檢視現行健保給付制度所帶來的「拼業績」的不當壓力，以及所造成的「治療勝於預防」的運作偏差；政府有責任透過政策方向的修正以及健保給付規定的調整，來建立一個兼顧預防和治療二者的衛生醫療體系。

## 參、疫情監控系統之串聯與整合

如前所述，台灣現有公衛體系中的「預防」功能，從應有的優先地位轉變為附庸地位，導致疫情監控與通報的機制無法及時與準確的發揮功效，喪失 SARS 防疫的先機。為徹底發揮公衛體系的預防功能，政府應重行檢視防疫體制中監測與通報機制的執行能量。基本上，我國目前疫情監控與通報系統的標準作業程序都已存在，但是尚未完全落實，有待相關單位切實的監督。

我國目前傳染病的監測通報系統共有十個，分別為：法定傳染病監測系統、新感染症候群監測系統、定點醫師監測系統、住院病人監測系統、全民傳染病通報專線、學校監測系統、實驗室監測通報系統、醫院發燒篩檢偵測、榮民之家發燒篩檢偵測與港口發燒篩檢偵測。這十大系統各有功能，亦各有優缺。但是最大的問題是不同監測通報系統之間無法互相串聯，故疫情資訊難以互享，感染者之相關資料無法相通。如能重新設計修改資訊程式，使十大系統連接相通，則即使其中某個系統出現防疫破洞，例如某位感染患者未被某一系統監測出來，隨後亦能藉助其他系統進行篩檢，如此一來，全國防疫網才會更為周密有效。

## 肆、協助大眾傳播媒體之改革轉型

在 SARS 危機落幕之後，台灣傳播媒體所扮演的角色受到許多批評與質疑。在整個事件中，媒體為了彰顯 SARS 疫情的嚴重性，普遍採用聳動與誇大的方式來處理新聞，其所營造出的紛擾與無望的感覺，透過各種新聞管道扭曲人民的認知，使得許多民眾失去對於醫療專業的信心。甚至為了求取更多的新聞來源，有些媒體不當揭露被隔離者與疑似感染 SARS 患者的私人資料，嚴重損及個人的隱

私權。除此之外，媒體還成為為中央與地方行政機關間傳話喊話的媒介，渲染及擴大了府際溝通不良的間隙。這些資訊紊亂與溝通不良的現象，造成當時社會大眾的不安與恐慌，公民社會賴以維繫的信任關係因而遭受重創。因此，傳播媒體未來在類似的危機報導中，應該具備什麼樣的素質條件與應該如何表現，政府不得不預作綢繆，善為規劃。就此一課題，本文提出兩項政策建議：

## 一、政府應與媒體培養互信合作關係

就 SARS 疫情之報導而言，政府乃是媒體獲取資訊的最重要來源。因此，媒體所散佈的資訊品質不佳或是有所錯誤，政府不能完全置身於事外，完全歸咎於媒體的缺乏自律。相反地，政府亦須負擔未能提供足夠資訊與未能及時澄清錯誤消息之責任。再者，面對所知極少的新興傳染疾病，政府必須本著「誠實即是最好的政策」的理念，落實「資訊透明化」的原則，以取得媒體的信賴。切忌有欺瞞或意欲操控、利用媒體的意圖，以免造成政府與媒體間的猜疑與閃躲不信任，妨礙日後官方訊息的傳播及政策的有效施行。此次中國政府報喜不報憂、全面封鎖 SARS 消息的結果，造成多個國家的災難疫情，是各國政府皆須記取的重大教訓。

## 二、政府應以具體行動，積極促進傳播媒體之革新

在緊迫的危機事件中，聳動的新聞內容往往會增加民眾的恐慌，造成不必要的社會成本。因此「SARS 暫行條例」中，對於新聞媒體未經查證的錯誤報導訂有管制規則。不過即使訂有相關的管制法令與建立統一的官方資訊管道，但在現今台灣競爭激烈的媒體生態環境下，許多媒體記者仍無可避免的會追求獨家消息或進行片面的報導，棄詳實查證與平衡報導之職業倫理於不顧。因此，縱有少數或個別媒體有自省之行為，但難免會陷入「囚犯困境」般的矛盾爭扎中而難以持久。是故，除了聯合社會大眾集體呼籲媒體自律自制之外，政府必須以更具體的行動和政策，積極誘使媒體革新轉型，讓媒體重新省視其功能定位，再度重視其專業倫理與社會職責，而非消極被動地坐待各個媒體的自動覺醒。

## 伍、積極整合民間防疫力量

台灣在歷經諸多災害事件後，不論在防災體系的制度面或執行面上，始終缺乏統整權變的精神與彈性，影響政府在救災過程中的功能發揮。加以救災需求極其龐大，政府與民眾都意識到必須公私部門群策群力，建立以信任為基礎的合作關係，才能落實救難工作的施行。而且，衛生防疫必須長期耕耘，比地震、水災…等突如其來的救災工作更需要民間力量的持續投入，而非一時的熱情或斷斷續續的支援即可奏效。因此，公私部門在防疫工作上的合作，其難度比一般性的救

災工作更高。由基礎層面來看，政府必須長期培養人民的公民意識與人際關係的互信互賴，惟有民眾體認到防疫是全體社會利害與共、全民應共同承擔的社會責任，才能產生社會信任，並主動地配合政府的防疫政策與作為。台灣 SARS 危機中，有感染病人未誠實透露個人醫病史，亦有個人不顧隔離措施之要求，這些違反社會責任的舉動都增加社會大眾的感染風險，乃是公民意識薄弱與信任度不足的表現。公民意識與社會信任的提升，牽涉甚多，知易行難，但政府絕不能以此做為推諉卸責之藉口，否則「社群治理模式」之追求將永遠停留在海市蜃樓的幻想階段。

除了逐步強化公民意識與社會信任之外，本文提出兩項具體的努力方向，以期達到整合民間防疫力量之目標。

## 一、社區防疫網之建立

近年來「社區主義」之概念越趨重要，在社區主義的概念中，除了強調其價值層面的歸屬感之外，更注重社區成員在政策過程中扮演主動的參與性角色，一方面可以充分反應政策利害關係人的觀點與利益，另一方面藉以實現民主政治的價值。政府無法對各領域的防疫政策面面俱到，尤其在 SARS 疫情中最具威脅性的社區感染的防治，更不能單靠政府的力量，必須由政府與社區一齊努力，共同建立一個完整的社區防疫網。

目前台灣地區的城鄉差距甚大，不同社區的凝聚力和動員能力也有很大的差別。但是普遍而言，社區防疫知識均有所不足，社區活動鮮少以公共衛生或防疫為主題。雖然行政院衛生署曾經推動一系列社區健康營造活動，但是參與人數仍屬有限。政府有必要針對各社區之特性與需要，以衛生所或社區健康服務中心<sup>85</sup>為主軸，制定相應的防疫與健康保障計畫和訓練活動，維持政府與社區間暢通的溝通管道，以促進社區間防疫互助網絡的連結。

## 二、非營利組織於防疫工作之協助

即使政府科層體系之運作順暢無礙，但在重大災害發生時，所產生的突發性的龐大需求，往往超過科層體系所能負載的能量，因而必須積極整合民間的力量，藉由民間豐沛的社會資本，來填補救助功能之不足與疏漏。台灣自九二一震災之後，非營利組織所展現的高度救災動員力量和成效，獲得民眾的肯定，甚至於部分民眾對於非營利組織的信賴遠高於對於政府的信任及期許。由此可知非營利組織在台灣防災體系中的地位日趨關鍵。

---

<sup>85</sup> 為提供更專業化的社區健康照護服務，台北市政府自民國 94 年 1 月 1 日起正式將各區衛生所改名為「健康服務中心」，要求各社區的健康服務中心徹底走向基層第一線之衛生行政管理，及全員深入社區推動各項防疫、衛生、保健之服務工作。



不過，我國非營利組織於防疫工作的協助上，仍有釋出與激發更多資源、以及發揮更大成效的廣大空間。特別是政府與非營利組織之間、以及非營利組織彼此之間，平時即須建立更密切的了解與互動關係，才能在防疫與救災時，真正達到一加一大於二的效果。此次 SARS 防治過程中，不難發現政府機關傾向於向平時有頻繁互動的非營利組織提出支援的請求，並主動提供災害的相關資訊。但是其他未能進入政府網絡核心的非營利組織，卻無法快速取得與救助對象接觸的管道，而有延誤救助或錯置資源等情形發生。而且由於非營利組織彼此之間的關係基礎薄弱，故在防疫救災時，只能各行其是，或僅能有粗淺的物資支援等配合措施，彼此間的調度支援成效欠佳。若政府與非營利組織之間能在防疫行動上有著更密切的互動，兩者能各盡所長並有所分工，理應可以在相互合作的模式下，讓防疫及重建工程進行得更為順利。因此，本文建議，除卻危機救助期間的互動，政府與非營利組織、以及非營利組織之間也須加強平時之交流與溝通，

## 陸、落實後 SARS 時期之心靈撫慰重建

SARS 危機解除之後，SARS 感染者所需要的不只是身體健康的持續接受追蹤檢查，其是否能夠重新投入職場或是重新得到社會的接納，政府和社會大眾必須給與足夠的關懷和重視。而且，心靈層面的撫慰重建工程更是不可或缺的工作。SARS 病患及家人、與接受隔離者不僅面對可能死亡的深刻恐懼，更可能遭受到不平等乃至歧視性的對待，這些不愉快的經驗所引發的精神創傷，是否會對後續人生產生負面的影響，必須藉由心理諮商或社工體系加以評估及協助。此外，社會大眾因 SARS 所引起的恐慌與社會疏離感，是否對於社會信任的累積有所殘害，也應適當的進行評估和補救。如此龐大的心靈重建需求與工程，自應由政府科層體系和社群組織共同負起規劃與執行之責。

誠如本節開始時所言，上述六項政策建議，除了建議改善層級節制組織之反應遲緩、建議糾正公衛醫療體系之市場失靈缺失之外，其餘主要是圍繞在一個共通的主軸上，亦即社群組織治理模式之強化。社群治理模式的規範基礎在於行動者皆能體認到彼此之間具有互補性的利益，故能產生信任與互惠的相互依賴關係，維持行動者之間的合作行動。本文在此再次強調，現代「治理」並非政府獨享的範疇，政府必須與其他組織共同分擔治理的責任；因此，社群治理模式跳脫了傳統以政府作為主體的科層架構，可以彌補科層體制模式與市場競爭模式之不足；而未來台灣的防疫救災責任必然是要由政府、私人部門、非營利團體、社區團體和公民社會共同來負擔及努力的。

# 附錄一：台灣 SARS 大事紀

日期	SARS 大事記
92/03/08	1. 勤姓台商前往台大醫院急診室就診。
92/03/14	2. 台灣疫情通報系統出現首例疑似嚴重急性呼吸道症候群(SARS) 感染病例 (即勤姓台商病例, 其妻亦遭感染住進台大醫院)。 3. 責成疾管局許副局長國雄率相關人員赴臺大醫院了解通報個案。
92/03/15	追蹤搭乘 CA112 班機(由香港飛北京)之中鼎員工可能病例。
92/03/16	1. 凡從嚴重急性呼吸道症候群感染區來台之飛機或船舶, 實施加強檢疫系統。 2. 美國 CDC 國際新興疾病防治計畫專家於三月十六日抵達, 提供醫療及防疫處置等協助事宜。
92/03/17	1. 衛生署成立嚴重急性呼吸道症候群疫情處理因應中心。 2. 成立嚴重急性呼吸道症候群疫情專家學者會議。 3. 成立嚴重急性呼吸道症候群中央跨部會疫情對策會議。
92/03/18	召開接受美駐越南西貢疑似罹患 SARS 之孩童就醫之評估會議
92/03/19	第一次致函世界衛生組織幹事長 Dr. Brundtland, 對台灣被世衛組織誤列為中國一省乙事表達遺憾, 並要求其能更正國名。
92/03/20	製作嚴重急性呼吸道症候群 Q&A、認識嚴重急性呼吸道症候群衛教宣傳單張六式。
92/03/21	1. 接受於越南疑似罹患之美國病患轉診來台。 2. 第二次致函世界衛生組織幹事長 Dr. Brundtland, 對其組織不提供台灣任何防治 SARS 之技術協助表達遺憾, 並表達我亟代世界衛生組織資訊及技術協助。 3. 第一次致函世衛組織各會員國衛生部長, 訴請其支持台灣加入世界衛生組織。 4. 第一次致函各國駐華大使, 提供台灣最新 SARS 疫情。 5. 製作嚴重急性呼吸道症候群防治宣導海報二式, 製作 SARS 電視插播卡。
92/03/24	1. 第三次致函世界衛生組織幹事長 Dr. Brundtland, 請求世衛組織提供技術及資訊方面協助, 以防治 SARS 疫情在台蔓延。 2. 第二次致函各國駐華大使, 提供台灣最新 SARS 疫情, 並訴請其能支持台灣加入世界衛生組織。 3. 製作「嚴重急性呼吸道症候群(SARS)」手冊(第一版)。
92/03/25	台大醫院住院醫師蔡子修因照顧勤姓台商之妻, 成為第一位感染 SARS 的醫護人員。
92/03/26	1. 第四次致函世界衛生組織幹事長 Dr. Brundtland, 表達台灣院餐

日期	SARS 大事記
	<p>與世界衛生組織派遣至中國大陸之技術團隊的勘查工作，共同為防治 SARS 而戮力。</p> <p>2. 搭乘中國國際航空 CA211 班機的四名中鼎公司員工至台大醫院就醫，經診斷為 SARS。</p>
92/03/27	<p>1. 公佈居家隔離措施。</p> <p>2. 訂定「SARS 病例緊密接觸者居家隔離之標準處理作業流程」及「居家隔離通知書」。</p>
92/03/28	<p>1. 公告嚴重急性呼吸道症候群為第四類法定傳染病，依據「傳染病防治法」辦理各項防疫措施。</p> <p>2. 成立「衛生署 SARS 疫情因應小組」。</p> <p>3. 利用各種管道及傳播媒體，分發有關世界衛生組織公佈之「嚴重急性呼吸道症候群病例定義」、「嚴重急性呼吸道症候群病例處置原則」及「我國嚴重即興呼吸道症候群訂立通報和處理流程」以利防疫措施之執行。</p>
92/03/29	<p>1. 製作嚴重急性呼吸道症候群衛教宣導錄影帶。</p> <p>2. 港阜檢疫與航空公司人員協助發放「SARS 防治調查表」，並於出、入境時務必填寫「SARS 防治調查表」。</p> <p>行政院由院長第一次致疾病管制局視察，並聽取簡報。</p>
92/03/30	<p>1. 發布新聞，呼籲民眾，慢性病患者儘可能向醫師索取三個月慢性病連續處方箋，以減少到醫院的次數。</p> <p>2. 辦理「嚴重急性呼吸道症候群(SARS)臨床處置」研討會。</p>
92/03/31	<p>1. 疾病管制局 C.D.C 同步成功分離出 SARS 病毒株(SARS TW.1)，並召開記者會。</p> <p>2. 訂定「嚴重急性呼吸道症候群 SARS 實驗室診斷準則」。訂定「加強小三通通關檢疫、防疫流程」，供小三通船舶執行入境檢疫措施。</p>
92/04/01	<p>1. 第五次致函世界衛生組織幹事長 Dr. Brundtland，向其描述台灣 SARS 處理情形，並再次對其將台灣誤列中國大陸一省表示遺憾，並希望其更正謬誤。</p> <p>2. 致函泰國衛生部長、加拿大衛生部長及其駐台辦事處、新加坡衛生部長，請其釐清台灣並非疫區，並要求撤銷台灣旅客必須戴口罩的不當規定。</p>
92/04/02	<p>訂定「加強小三通通關檢疫、防疫流程」，供小三通船舶執行入境檢疫措施。</p>
92/04/03	<p>1. 第五次致函世界衛生組織幹事長 Dr. Brundtland，向其描述台灣 SARS 處理情形，並再次對其將台灣誤列中國大陸一省表示遺憾，並希望其更正謬誤。</p>

日期	SARS 大事記
	2. 致函泰國衛生部長、加拿大衛生部長及其駐台辦事處、新加坡衛生部長，請其釐清台灣並非疫區，並要求撤銷台灣旅客必須戴口罩的不當規定。
92/04/04	1. 製作嚴重急性呼吸道症候群防治光碟-嚴重急性呼吸道症候群。 2. 涂前長率有關人員前往金門視察小三通及了解因應防嚴重急性呼吸道症候群檢疫措施暨金門縣因應會報。
92/04/05	由李副署長具名致函泰國衛生部長,對將我國列為疫區,且旅客入境需接受體檢及全程戴口罩乙事提出抗議。
92/04/07	涂前署長前往外交部向各國駐台使節報告我國防治 SARS 情形。
92/04/10	1. 入境旅客實施量體溫。 2. 調派署立醫院護理人員前往中正國際機場協助體溫檢測致 6/2 止。
92/04/14	WHO 網站公布最新 SARS 疫情,以加註*方式將台灣與美國及倫敦同列感染區,並加註「僅有侷限性地區性感染,無證據顯示有造成國際擴散」。
92/04/15	1. 公告自 92 年 4 月 10 日起對各國國際機場入境旅客進行測量耳溫及相關防疫措施。 2. 第二次致函世衛組織各會員國衛生部長,表達台灣因非世衛組織之一員,台灣人民的健康人權無法受到保障,因此訴請其支持台灣加入世界衛生組織。
92/04/16	行文請各縣市衛生局轉知轄區醫療院所,補充說明第四類傳染病「嚴重急性呼吸道症候群 (Severe acute respiratory syndrome, 簡稱 SARS)」比照第一類傳染病隔離處置,及有關醫師臨床診斷急性呼吸道症候群病例之注意事項。
92/04/18	公告指定嚴重急性呼吸道症候群為傳染病防治獎勵辦法第八條所稱之境外移入傳染病。
92/04/20	與外交部合辦為期兩天之 2003 年 SARS 國際研討會。(92 年 4 月 20 日至 4 月 21 日)
92/04/21	修正「傳染病防治獎勵辦法」第八條條文。
92/04/22	1. 公告自 92 年 4 月 23 日中午 12 時起,對出境旅客進行耳溫測量等相關防疫措施。 2. 和平醫院爆發院內感染。
92/04/23	1. 公告指定嚴重急性呼吸道症候群為傳染病防治獎勵辦法第八條所稱之重大傳染病。 2. SARS 專家委員會重新審核病例作業流程。
92/04/24	1. 台北市立和平醫院封院 2. 函請衛生局等轉知醫療機構注意接觸史及症狀足資懷疑者併加強

日期	SARS 大事記
	<p>通報。</p> <p>3.疾病管制局函請所屬各分局即日起全面啟動輔導機制，對醫療機構進行感控教育。</p>
92/04/26	<p>1. 指定全國 102 家醫院將部分急性一般病床調整作為隔離病床，收治輕症 SARS 病患，合計 1657 床。(92 年 4 月 26 日至 4 月 27 日)</p> <p>2. 防疫升為二級管理。</p>
92/04/27	<p>國軍松山醫院收治和平醫院轉院個案。</p>
92/04/28	<p>1.行政院成立「嚴重急性呼吸道症候群 (SARS) 疫情應變處理委員會」隨後更名「嚴重急性呼吸道症候群防治及經困委員會」。</p> <p>2.成立「中醫葯防治 SARS 專家小組」。</p> <p>3.函請地方政府配合對大陸等地區來台者採行專案防疫強制隔離措施。</p> <p>4.台灣傳出 SARS 死亡首例。</p>
92/04/29	<p>1. 開始受理民間物資捐贈事宜，並訂定標準作業流程。</p> <p>2. 仁濟醫院封院。</p>
92/04/30	<p>1.提供 24 小時 0800-030-598SARS 疫情專線。</p> <p>2.SARS 輕症專責醫院籌備開設，計有南投醫院中興院區 42 床、新營醫院北門分院 83 床、旗山醫院 53 床、台東醫院成功分院 32 床等四家。</p> <p>3.函送「嚴重急性呼吸道症候群 (SARS)」防治宣導影片 (完整版) 光碟暨錄影帶給各醫院。</p>
92/05/01	<p>1.分別函請高雄縣政府、嘉義市政府、北市衛生局等對長庚高雄分院、嘉基醫院、仁濟醫院疑涉違反傳染病防治法規定案查明妥處。</p> <p>2.自 92 年 5 月 1 日起，配合 SARS 疫情及時提供「SARS 快報」。(迄 92 年 6 月 20 日，已發送 30 期「SARS 快報」)</p> <p>3.因應 SARS 疫情，緊急封緘免疫球蛋白靜脈注射液共 43758 瓶。(92 年 5 月 1 日至 5 月 27 日)</p> <p>4.寄送陳建仁教授及張上淳醫師演講 SARS 防治 VCD 予醫療院所。</p> <p>5.92 年 5 月 1 日至 7 日編撰並印製「居家隔離實戰手冊」3 萬份，寄送地方衛生及民政單位。</p> <p>6.和平醫院護理長陳靜秋過世，為國內第一位染煞身亡的醫護人員。</p>
92/05/02	<p>1.總統公布「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」。</p> <p>2.函送 WHO 最新修正嚴重急性呼吸道症候群通報定義，請衛生局等轉知醫療機構及所屬會員。</p> <p>3.召開「SARS 疫情心理服務整合」會議，完成教育訓練及宣導之分工。</p>

日期	SARS 大事記
	4.高雄長庚醫院爆發院內感染。
92/05/03	1.WHO 派二名專家來台協助 SARS 防治工作。 2.召開 SARS 防治衛教宣導專家會議。 3.印製認識 SARS 海報 55000 份及手冊 30 萬冊。 4.製作蘇益仁教授主講「SARS 面面觀」VCD20 萬片。 5.啟動 SARS 心理諮詢專線(02)3393-0885(傷傷久傷,你幫幫我)。
92/05/04	調派本署所屬醫院支援 SARS 醫護儲備人力計：醫師 100 名、護理人員 300 名。
92/05/05	1.李顧問明亮前正式擔任防治作戰中心總指揮。 2.第三次致函世衛組織各會員國衛生部長，訴請其支持台灣加入世界衛生組織。 3.公告自 92 年 5 月 5 日起對進出港漁船船員，進行量耳溫、填嚴重急性呼吸道症候群防制調查表等措施。 4.函請各縣市政府切實執行傳染病防治法、嚴重急性呼吸道症候群防治及經困斬行條例所定之防疫相關措施，對於違反規定者，應立即嚴格處辦。 5.舉辦「SARS 感染管控制研討會」，首度針對醫療人員所召開的教育訓練，為針對醫院內感汪管控防治所召開的第一次專業研討會我，會中邀請國內 SARS 防疫專家如蘇益仁、馮長風、洪建清、葉金川醫師等以及與香港威爾斯親王醫院進行視訊會議，對地區醫院以上院內感染管控負責人員說明與討論防治作業標準程序。 6.編定「SARS 醫院內感染管控制措施」，提供全國各醫院參考使用。 7.規劃及協助建置 SARS 輕症醫院 11 家，增加負壓隔離病床 714 床，一般隔離病床 100 床。 8.竹東醫院接收台已市立和平醫院內外科病患 44 名，家屬、看護工 32 名，合計 76 名。
92/05/06	1.第六次致函世界衛生組織幹事長 Dr. Brundtland，表明全世界的健康需全寶的通力合作，世界健康網絡絕不容許有任一漏洞，故希望世衛組織能給予台灣觀察員身份，有機會為全球健康而努力。 2.製作「防疫最前線」系列節目。(92 年 5 月 6 日至 11 日) 3.國家衛生研究院、台大醫學院和台大醫院共同合作對 SARS 病毒進行基因定序及解碼，完成定序的台灣 SARS 病毒定名為「台灣株第一號」(TM1)。
92/05/07	1.函請衛生局通知居家隔離者，如不遵守居家隔離時，將依違反暫行條例論處。 2.函送集體感染嚴重急性呼吸道症候群之處置動態模擬標準作業程序，請衛生局轉知醫院參考。

日期	SARS 大事記
	3.竹東醫院接收台北市立和平醫院重症病患 24 名，一名 AIDS 個案送桃園醫院。
92/05/08	1.公告「政府所為嚴重急性呼吸道症候群防治措施之法源依據」及「違反嚴重急性呼吸道症候群防治措施之處罰法源依據」。 2.傳真調查收治 SARS 醫院有關防治物資之需求量（92 年 5 月 8 日至 5 月 14 日） 3.印製嚴重急性呼吸道症候群手冊及連繫萊爾富、統一、全家、OK 及福家多等便利超商放置手冊供民眾取閱等事宜。 4.於本署新竹醫院舉辦處理 SARS 病患之流程及實務分享研習會；對象為北、中區各醫院院長及本署中部辦公室同仁計 68 名。
92/05/09	1.WHO 網站將台北列為高度危險區（C 級）。 2.台北市華昌國宅自九十二年五月九日下午二時起，全時段實施管制。 3.公告自大陸等地區或經第三地來台者，應確實申報停留時間。 4.疾病管制局函知指定台北縣立三重醫院為嚴重急性呼吸道症候群治療醫院。 5.自 92 年 5 月 9 日起，由健保局協助全面接手 SARS 通報病例專業審查業務，分別於北、中、南三區成立審查小組，並訂定 SARS 個案審查作業流程。 6.高雄長庚醫院二度爆發院內感染。
92/05/10	1.發佈新聞，呼籲民眾，慢性病患者持三個月慢性病連續處方箋，可自由選擇取藥地點，減少到醫院的次數。 2.召開醫療用口罩採購協調會。 3.萬華大理街華昌國宅發生疑似社區感染。
92/05/11	高雄長庚醫院封樓。
92/05/12	1.游院長正式啟用行政院新建構的首長視訊會議系統，並首度與陳總統進行 SARS 疫情視訊會議，討論 SARS 疫情現況及政府的防治措施。 2.彙集並完成印製本署其它部會有關「SARS 相關作業流程彙集參考手冊」(第一版)，寄送至相關部會、本署暨所屬機關、衛生局(所)、地區級以上醫院及相關學者專家。(於 92 年 5 月 31 日至 6 月 15) 3.製作「SARS 疫情說明會」系列節目。(92 年 5 月 12 日至 6 月 15 日) 4.函知衛生局有關醫療機構收治嚴重急性呼吸道症候群病患其強制隔離醫療費用支應案。 5.建立緊急供應靜脈注射用免疫球蛋白之標準作業程序。 6.台大醫院封閉急診部。

日期	SARS 大事記
92/05/13	1.電話抽查居家隔離情形及口罩收發情形。(92年5月13日至5月22日) 2.印製20萬份企業版SARS防治快報,發送員工300人以上之企業,並於全國銀行、台北縣市捷運站出口發送予民眾。 3.函請各醫院加強院內感染管控措施,並擬妥「封樓」、「封區」及「封院」之計畫,並做必要之演練。 4.於本署台南醫院舉辦處理SARS病患之流程及實務分享研習會;對象為南區各醫院院長及本署中部辦公室同仁計343名。
92/05/14	1.建立廠商逾48小時未報關提領口罩之徵收流程。 2.公告自國外輸入之口罩徵用事宜。 3.函送「發生嚴重急性呼吸道症候群社區感染時之應變作為與原則」資料,請地方政府配合。 4.派送26萬份嚴重急性呼吸道症候群小冊至7-11超商。
92/05/15	1.行政院發布「嚴重急性呼吸道症候群防治徵用補償辦法」。 2.行政院發布「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」 3.函請北市衛生局查明和平醫院發生嚴重急性呼吸道症候群院內感染事件,並依法令妥處。 4.函請北市府及高縣府查明台大醫院、長庚高雄分院疑有嚴重急性呼吸道症候群院內感染事件。
92/05/16	1.公告強制居家隔離者,於隔離期間應遵行之事項。 2.將可能接觸SARS病患名單上網,提供醫療院所查詢,以保護醫護人員之安全,防止國內疫情之擴大。 3.至財政部台北關稅局徵用口罩(非N95一般罩杯式)共20萬1000個。 4.派送32萬嚴重急性呼吸道症候群小冊至萊爾曲、OK、全家、福客多便利超商物流中心。 5.派送7000份嚴重急性呼吸道症候群小冊至34個捷運站。 6.衛生署長涂醒哲與疾病管制局陳再晉請辭獲准,陳建仁、蘇益仁接任。 7.高雄長庚醫院關閉門診、急診。
92/05/17	1.WHO舉行SARS視訊會認,台灣首度參舉。 2.規劃成立在地區教學以上醫院成立發燒、咳嗽篩檢中心。 3.依「行政院嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會防治作戰中心」指示,成立南區指揮處,並函聘陳永興為區指揮官及劉永慶、李建近、李創梯、林立人、何啟功為委員。
92/05/18	函請台北市政府衛生局將仁濟醫院院長、和平醫院院長移付醫師懲



日期	SARS 大事記
	戒委員會議處。
92/05/19	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.公告國內倉儲之 N-95 以上口罩，經政府查明無正當理由未配銷者，由政府徵用。</li> <li>2.函葯師(生)相關公會請所屬會員，倘有發燒民眾自行至葯局(房)購買退燒葯服用之情形，應建議民眾至「發篩檢站」進行篩檢，以免發生無法篩檢之錯誤。</li> <li>3.寄送「居家隔離鄉村篇」30 秒及 10 秒宣導帶(各有國、台客語版)予五大媒體廠商(民視、台視文化、東森、年代及八大)於公益廣告時段輪播。</li> <li>4.派送「嚴重急性呼吸道症候群」小冊至 27 個捷運站，約計 6000 份，供民眾取閱。</li> <li>5.關渡醫院六人感染，立即停診。</li> </ol>
92/05/20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.本署發布「執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護或防治人員補助補償要點」。</li> <li>2.公告企業或個人捐贈予政府機構等進口防疫品項及得列屬防疫用產品，無須本署出具係屬防疫用品之證明文件，逕向海關申辦進口事宜。</li> <li>3.印製完成 10 萬張「您的手洗乾靜了嗎!」</li> <li>4.辦理 B 級居家隔離者抽查(92 年 5 月 20 日至 6 月 13 日)。</li> <li>5.公告「防治嚴重急性呼吸道症候群(SARS)分級照護方案」。</li> <li>6.訂定「執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護或防治人員補助賠償要點」。</li> </ol>
92/05/21	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.WHO 將旅遊警示擴及全台灣。</li> <li>2.公告自大陸等地區來台者，應確實申報停留時間及嚴重急性呼吸道症候群防治調查表。</li> <li>3.發布新聞本署未予禁止葯局葯房販賣退燒葯，乃係要求葯事人員協助篩檢發燒病人。</li> <li>4.發文葯師(生)相關公會有關如何對前往購類退燒葯之民眾作 SARS 初步篩檢的方法。</li> <li>5.調派本署醫院 9 名護理人員支援本署澎湖醫院。</li> <li>6.委託政治大學民意調查中心辦理「民眾對 SARS 的心理反映以及需求之問卷調查」。</li> <li>7.撰寫「行政院衛生署 SARS 防治簡介」提供人事行政局發函全國公務人員參考用。</li> </ol>
92/05/22	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.公告載運嚴重急性呼吸道症候群疑似病例航機消毒流程。</li> <li>2.至財政部胎北關稅局徵用活性碳平面口罩共 5 萬 2000 個。</li> <li>3.函請 24 縣市中葯商業同業公會，請其轉知所轄會員切勿販售退燒</li> </ol>

日期	SARS 大事記
	藥物以免 SARS 病例因服退燒葯而無法篩檢。 4. 製定防疫器材品質驗收標準及 SOP。 5. 編制完成「SARS 心理衛生工作手冊」。
92/05/23	1. 本署發布「執行嚴重急性呼吸道症候群防治工作之醫療（事）機構獎勵要點」 2. 公告緊急徵用各民間貨運及航空器，辦理衛生局交寄防疫檢體輸送箱。 3. 公告國際航機嚴重急性呼吸道症候群防治流程。 4. 修正「傳染病隔離治療醫院指定辦法」。 5. 洽商勞工安全衛生研究所、中國紡織工業研究中心、工研院、核能所，協助口罩、防護衣之品質檢驗。 6. 委託政治大學民意調查中心辦理「民眾對 SARS 的心理反映以及需求之問卷調查」 7. 公告 12 家 SARS 治療專責醫院。 8. 因執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護致死方之醫療人員，有和平醫院陳靜秋護理長、林重威醫師、鄭雪慧護理部副主任、林佳鈴護士、仁濟醫院胡貴芳護士及高雄長庚林永祥醫師等六人，各補償新台幣 10000 仟元。 9. 公告實施「醫事人員出入境管制措施」。 10. 訂定「醫院封區、封樓、封院相關作業程序範本」並轉知各醫院。 11. 訂定「行政院衛生署離島地區嚴重急性呼吸道症候群防治方案」。
92/05/25	1. 發佈「醫事人員出境應檢附未接觸 SARS 病人證明文件」新聞稿。 2. 邱淑媿請辭臺北市衛生局長一職獲准，由新光醫院副院長張珩接任。
92/05/26	1. 建立 SARS 治療藥品供應流程圖。 2. 依「行政院嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會防治作戰中心」指示，成立中區指揮處，聘任蔡長海為區指揮官，王任賢為區執行秘書。 3. 委託全國公信力民意調查中心電話調查全國民眾對量體溫運動之配合及體溫計購買情形。
92/05/27	1. 制訂「執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護之醫事人員及相關工作人員津貼申請須知」。 2. 會同經濟部工業局至台北、新竹共八家公司徵用耳溫槍及套共 3609 支（另徵用內政部提供 8 萬個口罩），依行政院物資供應組指示提供全國 7809 個村里長作為民眾量體溫之用，並交由警政署發送澎湖、台東、花蓮、宜蘭、金門、連江縣市。
92/05/28	1. WHA 無異我通過 SARS 決議文：明言 WHO 針對有關 SARS 監測、

日期	SARS 大事記
	<p>預防及控制之所有要求做出適當回應。此為 WHO 協助我國進行 SARS 防疫工作提供法理基礎。</p> <p>2.公告嚴重急性呼吸道症候群密切接觸者及病患出院之居家隔離指引 (A)。</p> <p>3.公告航機上發現嚴重急性呼吸道症候群疑似病例及其接觸者之處置指引。</p> <p>4.訂定 SARS 疫情影響期間，全民健康保險藥品給付因應措施。</p> <p>5.完成澎湖、台東兩縣之 SOS 公司空運 SARS 病患之簽約。</p>
92/05/29	公告嚴重急性呼吸道症候群集體感染醫院之員工集中隔離作業流程。
92/05/30	<p>1.配合 92 年 6 月 1 日全民量體溫運動，全面完成依據內政部分配名單全國鄉鎮市區耳溫槍、耳溫槍套及活性碳平面口罩之裝箱作業，交內政部警政署發送。</p> <p>2.訪查「中部以北醫院防護物資分配情形」，共訪查 37 家醫院。(92 年 5 月 30 日至 6 月 19 日)</p> <p>3.30 萬份「您今天量體溫了嗎？」印製完成，並發送各村里鄰張貼。</p> <p>4.公告「醫療機構收治嚴重急性呼吸道症候群病人感染性廢棄物處理費用補助原則」。</p>
92/05/31	<p>1.177 發燒專線啟用儀式記者會。</p> <p>2.結合中華健康生活與運動協會(紀政小姐)合作辦理「健走抗 SARS 台灣加油」活動。</p>
92/06/01	<p>1.於衛生所、診所、地區醫院成立 195 家發燒篩檢站。</p> <p>2.結合社區防疫行動聯盟，於台北縣、花蓮縣、嘉義縣、屏東市及台中縣，辦理五場「全民量體溫運動」大型宣導活動，並以 SNG 連線五地互動。本案變印製 20 萬張全民量體溫辨識貼紙，供量體溫宣導用。</p>
92/06/02	公告「特殊隔離病房設置基準」等四項隔離病房設置基準。
92/06/03	<p>1.公告「設置嚴重急性呼吸道症候群發燒篩檢站及篩檢中心輔助原則」。</p> <p>2.南投醫院中興院區、新營醫院北門分院、旗山醫院、台東醫院成功分院等四家 SARS 輕症專責醫院啟用。</p> <p>3.編印「中醫藥對 SARS 防治參考手冊」(中醫師適用)</p>
92/06/05	<p>1. 委託全國公信力民意調查中心進行「第二次全民量體溫民眾配合度調查」。</p> <p>2. 立法院三讀通過「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困條例」。</p>
92/06/06	1. 於行政院大禮堂舉行首次「防治 SARS 有功人員及醫療機構頒獎典禮」，共有葉金川醫師等七位有功人員、施鐘卿護理師等六位

日期	SARS 大事記
	<p>醫護人員、台大醫院等十二個醫療機構，接受行政院頒獎表揚。</p> <p>2. 台北市立陽明醫院爆發院內感染。</p>
92/06/09	公告「醫院設置嚴重急性呼吸道症候群隔離病房補助原則」。
92/06/10	<p>1.公告修正嚴重急性呼吸道症候群之 A 級居家隔離對象及隔離天數等。</p> <p>2.公告嚴重急性呼吸道症候群可能或疑似病例（死亡）病理解剖及屍體處理作業流程。</p> <p>3.公告「居家隔離者廢棄物及排泄物處理流程」等。</p> <p>4 公告修正「捐血者健康標準」第七點，增訂第十三款至第十五款。</p>
92/06/13	<p>1.WHO 將台灣旅遊警示提升至 B 級。</p> <p>2.公告運送醫院內嚴重急性呼吸道症候群病患之運送原則及流程。</p> <p>3.公告政府機關進口防疫用產品之相關規定：政府機關進口本署九十二年五月二十日衛署藥字第○九二○三一九一一二號公告所列品項，得無須本署出具係屬防疫用品之證明文件，逕向海關申辦進口事宜。</p> <p>4 函頒「執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護之醫事人員及相關工作人員津貼申請須知」第二點第一款第三目有關「發燒篩檢門診或發燒篩檢站」部分，修正刪除，並自 92.06.16 生效。</p>
92/06/17	<p>1.WHO 將台灣自旅遊警示區中移除。</p> <p>2.WHO 於馬來西亞吉隆坡舉行 SARS 國際研討會，我國由疾管局長蘇益仁帶團出席。</p> <p>3.疾病管制局函送美國 CDC 專家協助訂定之「醫院對於院內感染控制的標準作業程序」。</p>
92/06/18	總統公布修正「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」。
92/06/19	委託全國公信力民意調查中心進行「全國民眾對 SARS 防治措施的意見調查研究」針對量體溫、戴口罩等 SARS 防治措施的意見調查。
92/06/20	<p>1.召開「後 SARS 台灣重建計畫-健保給付，分級就診」分組研商會議。</p> <p>2.邀集陸委會、境管局、疾管局開會研商，配合台灣自旅遊警示區除名，醫事人員出境應如何調整管制及其相關配套措施。</p>
92/06/23	<p>1.公告「執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護之醫事人員及相關工作人員津貼申請須知（修正版）」。</p> <p>2.執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護之醫事人員及相關工作人員津貼申請須知（修正版）</p>
92/06/24	1.修正公布「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」第二條、第五條、第七條至第九條、第十一條、第十五條及第十八條條文；並增訂第七條之一、第七條之二、第九條之一、第十四條之一、第

日期	SARS 大事記
	十七條之一及第十八條之一至第十八條之五條文。 2. 醫事人員出境管制措施自本日起解除。
92/06/25	美國 CDC 將台灣從較嚴重的「警告名單」降為較輕微的「警示名單」。
92/06/26	1. 自本日起，調整逐步取消陸上大眾運輸 SARS 防疫管制措施。 2. 取消港澳人士來台之 B 級隔離措施。 3. 公布執行嚴重急性呼吸道症候群防治工作獎勵要點。
92/07/02	行政院 SARS 防治委員會重申民眾進入醫療院所之各項防疫措施仍繼續實施至 7 月 25 日。
92/07/03	1. SARS 心理復健服務補助計畫（修正版） 2. 公告修正「醫療機構因收治嚴重急性呼吸道症候群病患感染性廢棄物處理費用補助原則」第二點，增列第四款「除第一款及第二款外，於九十二年排月一日至同年五月三十一日止，曾收治疑似或可能感染嚴重急性呼吸道症候群病人之醫療（事）機構」。 3. 委託民意調查機構進行「全國民眾對後 SARS 防治措施的意見調查研究」結果之電話訪問。
92/07/06	解除大陸人士來台之 B 級隔離措施。
92/07/05	WHO 宣布台灣從 SARS 感染區除名，行政院以「台灣的努力，世界看見了」為題召開記者會，向國人報佳音。
92/12/17	行政院衛生署召開記者會，發佈我國首例由實驗室感染 SARS 個案，感染者為詹中校，初步研判個案可能是於 12 月 5 日於處理實驗用過的器材中發生失誤，懷疑因此被感染到。 我國 SARS 防疫動員正式進入 B 級，即日起啟動至 12 月 31 日止。
93/01/01	我國 SARS 防疫動員進入 A 級，即日起啟動至 2 月 15 日止。
93/02/16	我國 SARS 防疫動員由 A 級降為 0 級
93/04/01	國內外未再傳出 SARS 病例，行政院 SARS 防治及紓困委員會工作小組宣布，4 月 1 日起，防疫工作從動員期降為準備期，民眾出境不再需要量體溫，同時解除中、港、澳入境旅客自主健康管理，機關團體及中小學、托兒所、幼稚園、育幼院每日量體溫措施也將取消。

資料來源：參考衛生署疾病管制局(2003)整理而成。

## 附錄二：學者專家座談紀錄

日期：2004/04/26，14:00-17:30

地點：台灣大學社會科學院第三會議室

主持人：蘇彩足（台灣大學政治學系教授）

與會人士：王鴻裕（萬華區區長）

林菁（士林區區長）

容笑英（萬華區衛生所所長）

徐漢雄（台北市市場管理處處長）

高志文（台大衛生政策研究所博士生）

孫煒（中央大學通識中心副教授）

陳妙心（和平醫院住院室主任）

黃錦堂（台灣大學政治學系教授）

彭錦鵬（台灣大學政治學系副教授）

楊國禧（疾病管制局研究員）

蔡篤堅（陽明大學衛生福利研究所教授）

蘇：（主持人致詞，略）

楊：SARS 期間，我擔任中部疾病管制局的分局長，之前也參與過多次大規模的防疫行動。我們 CDC 研究團隊累積一些經驗，參考許多學者專家，在 SARS 過後，重新修訂了傳染病防治法。SARS 期間各地方政府與中央都曾發生權責不清的糾紛，所以新版的傳染病防治法，對這個部分就有更為清楚的界定。我們的居家隔離，可以說是全世界做得最快最好的，A 級加上 B 級隔離，一共有 13 萬多人，每個人要隔離 10 天。蘇益仁局長認為，我們應該將這樣珍貴的經驗完整記錄下來，所以包括和平醫院 400 多位被隔離同仁加上陽明、高雄長庚和我們自己的實驗室以及臨床的資料，日以繼夜地觀察、紀錄、研擬、推敲，最後在十月初，我們終於定調：「三不一要策略」，「三不」：「不發燒就不傳染，不傳染就不隔離」，一要就是「要自我量體溫」。我們定調之後，包括美國的 CDC 及英國的學術團體都有質疑，認為這樣太冒險了。但是蘇局長願意擔負這個政治責任，仍舊努力推行這項工作。從十月份開始推動，到了 11 月 15 號，行政院終於通過，流感期嚴重急性呼吸道症候群防制作戰動員計畫，並按照我們的版本去執行。

12 月 17 日的時候，詹中校的事情發生了，考驗著這個政策的正確性及可行性。我們立刻依照既定的計畫執行，之後中國大陸廣東地方也傳出 SARS 病例，我們還是依照這個計畫執行任務，直到最近幾天北京發現 SARS 病例，我們都是依照這個基調在做。這樣的結果，我們可以發現，台灣的社會不再

受到 SARS 的影響產生不穩定，或者是造成經濟蕭條，人民生活正常地運作。雖然我不能說現在已經是最好的情況，但可以說這個政策是很大膽的嘗試，同時也很負責任，為了擬定這樣一個作戰計畫，我們投入大量的人力物力，日以繼夜，半年以內 CDC 各組室、各分局開了近 300 次的會議。當然，我們的研究仍舊有疏漏的地方，歡迎各位學者專家多多提供意見，讓我們有修正的機會。

包括 SARS 在內，地方政府並沒有明確編列傳染病防治的預算，中央雖然以補助款的方式撥款到地方，但是權責的劃清，仍是我們新版傳染病防治法的重點。

容：剛開始的時候，我們的想法是居家隔離者要百分之百地送便當，以便對民眾的健康狀況有所掌握，亦即最重要的是對疫情的掌控。對於便當是否符合衛生標準，是否為健康飲食，或者是星期假日會不會有漏送的情形，我們都非常注意。後來萬華區的居家隔離者越來越多，在區長的協助之下，便委請里幹事協助送便當，並改採事先詢問的方式，隔離者可以選擇要或不要送。當然，對於里幹事的防疫事前訓練很重要，包括防護衣應該怎麼穿、口罩怎麼戴，都必須先示範給各位里幹事看，並要求個別演練。所以這個部分的分工是由衛生所負責向隔離者點餐，然後由里幹事送餐。我們希望能經由這個動作，來安慰居家隔離者的心情。因為在還沒有送便當以前，隔離者無法外出用餐，或者在家中的飲食也不是很正常，經由這個送便當的動作，至少讓他們明白健康飲食如何落實到生活中。

初期也有公衛護理同仁由於擔心引起民眾的恐慌，送便當的時候，口罩放在皮包中，而只有在與隔離者接觸時，依照風向來調整位置，避免飛沫。但當我監測到同仁的情況時，馬上糾正。同仁送餐過程也遭遇一些挫折，例如隔離者雖可以拒絕送便當的服務，但他們絕大部分是接受了，少部分民眾會打電話來抱怨便當遲送、菜色不佳等問題，這種情況下，我們除了做疫調之外還必須很耐心、委婉地向他們解釋說明，以安撫他們的情緒。

楊：台北市的資源是比較豐富的，依我在中部指揮的經驗，地方的衛生局所抱怨連連。被隔離的人有的住在山上，有的住在海邊，要一一替他們送便當，實在非常不便。再來參考新加坡的情況，他們是一天有三種便當可以選擇，再由類似 7-11 之商店負責配送，減輕衛生單位的負擔。假如我們國家將來還要對被隔離者發送便當，我認為這也不應由衛生體系的人來做，因為很多地方的人力、物力是作不到的。當然在實務面來說，這些非衛生體系的人，例如村里長、村里幹事，因為沒有受過訓練，要他們去送便當，他們也很害怕被感染，所以在平時，我們就應該針對公共衛生方面對他們加以訓練、講習。

林：以送餐的工作來說，其實我們的里幹事一開始也很害怕，因為一天要送三次，所以後來我們就想出折衷的方法，在晚餐的時候把早餐的麵包一起送過去，這樣就節省了一趟。我們的里幹事對醫療的事物很生疏，他們會害怕感染之後傳染給家人，所以都在外面洗完澡才回家。我建議將來如果還有類似的機會，可以為我們的同仁額外辦保險。

楊：公務人員的部分因為我們已經有因公撫卹的保障，所以額外保險比較困難。現行的法律並沒有因為工作性質的危險性越高，撫卹金也相對越高的規定，這個部分可以做為我們將來研究的方向。

王：我個人的看法，是認為每個地區有一個常設的指揮官會比較好，像台北市就是以每個區的區長為指揮官，對於防疫或各種天災的應變會比較有效率。SARS 發生時我們還是防災應變中心並沒有防疫編組和標準作業程序，由於區長與衛生所長並沒有互相隸屬的關係，所以彼此之間的合作會產生一些問題。SARS 發生後，市府初步研擬防疫相關編組，考慮疫災、地震和水災的型態不同，是以區長為指揮官，衛生所長為第一副指揮官，分局局長為第二副指揮官，這樣分權比較明確。但是現在因為衛生所改為健康中心的關係，統一由衛生局管轄，所以究竟誰是我的第一副指揮官，我又知道了。

在疫調的部分，只要發生隔離的事件，有五件事情很重要：第一是電訪，我們必須趕快透過電訪，向隔離者表達安慰之意，並且瞭解隔離的情況有沒有確實被執行，這是戶政事務所的工作。第二是送便當，雖然一開始我們是希望由衛生所來負責這項工作，但是後來還是由區公所的里幹事來執行。這時候面臨很大的問題就是，里幹事會問：為什麼是我？為什麼不派別人？而且還發生過，里幹事送完便當之後，里長要求他不要回里辦公室服務。這是很現實的，因為大家都怕被他傳染，這會造成這些里幹事送完便當之後，不但敢回家，甚至連正常的公務都沒辦法執行。

第三是查訪。那時我們區裡有一個歌星，SHE 裡面其中的一位，也被隔離了。後來我們負責查訪的人就跟我說，他懷疑打電話去的時候，不是她本人接的，而是她的經紀人接的，我於是順道親自登門去查訪，只是很不巧，我去的那天剛好她隔離的期間已經結束了，所以就無從得知實際的情況。而我也查訪到有一位被隔離的高中生，竟然和一群朋友在家裡開 PARTY、唱歌跳舞，這就失去原本要他被隔離的意義了。第四是恐慌，那時我們區裡的同仁向我回報，說去查訪的時候，里民都很不歡迎，因為他們不希望自己的里裡面有被隔離的人，被隔離者也不願意讓人知道，這就是民眾的恐慌。但我們又沒有足夠的知識來說服民眾、告訴民眾，其實 SARS 沒有這麼嚴重、這麼容易傳染。第五則是預防的宣導工作。

所以在行政治理模式的部分，我認為應該在相同性質的工作上，要有標準的作業程序，如果沒有 SOP 的話，A 看 B 多做了一些工作，會以為自己是不



是做得不夠、做得不好，這樣很容易引起恐慌。像在我自己的區裡面，執法非常嚴格，因為我認為法律既然已經規定，就應該確實服從，被隔離者不能隨意離開家裡，否則疫情會有擴大的危險，所以我們區裡開出的罰單，幾乎佔了全台北市的一半。

徐：我原是擔任萬華區的區長，當時參與了和平醫院的封院，仁濟醫院的封院，以及華昌國宅封街，最後是西寧市場的作戰。台北市是百年來第一次面臨 SARS 這樣大規模的疫情，在一邊作戰，一邊學習的過程裡面，於 93 年訂定了一個 SARS 防治計畫，裡面有 14 項策略，可以說是我們以血淚累積出來的經驗。

其中有幾個策略是我認為將來要加強的，其一是「城市聯防策略」，包括國內城市的聯防、國外城市的聯防，這可以透過強化 GIS 系統、強化 EOC（緊急應變中心）之運作來達成。其次根據我在現場的經驗，我認為有很多工作的 SOP 程序必須要被建立。例如當我到達和平醫院的時候，就發現我們的警察系統並沒有將現場的警衛工作管制到理想之境。我雖然是指揮官，但無法強力要求中正警察分局改變他們的警力配置方式，於是我採取比較迂迴的方式，不直接與中正警察分局衝突，而是向秘書報告，由秘書去指揮中正警察分局。

關於剛才大家提到的送便當，在和平醫院我們是由志工去送，效果很好。但是到了華昌國宅的時候，沒有人願意幫我們去送，因為那時透過媒體的渲染，大家認為疫情非常嚴重，都很恐慌，沒有志工敢替我們送便當。後來我們想到運用國軍的兵力幫我們送，但是經過接洽，軍方表示他們不支援防疫的行動。所以我認為，送餐的部分，將來也要建立 SOP 的程序，如果要外包的話，一個便當不只是 60 元、80 元，而應該再加上風險的計算，假如一個便當 120 元，就會有人願意送，他們也可以配戴足夠的防疫配備，不用擔心被傳染。另外我也希望軍方在類似事件中的角色要劃分清楚，不能每次我們需要人力調度的時候，軍方的答案都是這也不行、那也不行，這樣軍方的兵力限制在那裡，就是一種浪費。

其次是各層級行政單位的接管問題。像這一次台北市的情況，已經傾全市之力都無法處理的時候，中央就應該出面接管。這種接管的程序，是單純地協調就好，還是可以建立一套更有效率 SOP，讓將來不管是鄉鎮還是縣市，都可以依循。

當時我們在現場，也發生一些現在回想起來，幾乎是有些可笑的情況。例如在醫院裡，有一個染熱的人死亡，醫院就馬上要求我們指揮所，要替這個人開立一張屍體運送的放行單。我們覺得很莫名其妙，他是在醫院裡面死亡的，醫院不替他開放行單，卻要我們開。這也突顯出類似病例的死亡，沒有標準的驗屍作業程序的問題。還有關於水質檢驗，地方並沒有能力處理，究竟這水質有沒有遭到病菌的污染，我不知道衛生局是否就可以檢驗出來？還

是需要中央才有能力檢驗？

關於居家隔離者的管理，當時我們必須針對一萬五千位隔離者，連續做一個星期至十天的訪問。但是至今，從中央到地方，都沒有建立一個居家隔離的 SOP 系統。到底去訪查這些人的時候，應該如何穿戴，我們一直沒有接受到明確的指示。當時我一直受到其他支援單位的攻擊，認為我不顧其他人的死活，派他們到前線去作戰，卻只有給一個 N95 口罩和一雙手套。但在我個人的觀念裡，是認為這樣的防護措施已經夠了，所以我認為應該建立一套標準作業程序，讓同仁可以依循。

封街、封院的程序是否適當，以及其成果是否有效，我認為在台北市，是具有立竿見影的效果，因為這讓我們染病的人數適時得到控制，但是在其他的地方則不見得有效。封街、封院的措施，所消耗的人力、物力非常龐大，舉例而言，如果封閉西寧市場之後，裡面 2500 戶的居民，每天飲用水的安全、用藥安全、三餐飲食的安全，都必須密切注意。還有裡面的機關，像是警察派出所、交通隊，被封起來以後根本無法運作。所以要大規模地封街、封院，應該由中央與地方共同做更縝密的評估。從這次的經驗我也建議，如果以後要封街，千萬不要選在白天，因為當時每個人都在上班、上學，事後的行政程序會非常麻煩，以後應該選在午夜十二點執行。

在法規的層面，條例（嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例）是否有不足的部分，我並沒有做深入的研究，只是簡單與諸位分享一些意見。關於住戶補償的部分，中央是規定以金錢予以補償，我認為應該要仔細探究，把資源做更有效的運用，否則我們以後可能有更大規模的隔離，補償的金額如果沒有經過標準化，將成為沈重的財政負擔。再者，本條例的第十條規定：「中央政府為維護特定防疫區域秩序及迅速辦理防疫、安置、清潔等相關工作，必要時得調派國軍執行。」其中所謂「必要時」應有更明確的定義，我們地方政府才能有所依據，要求國軍協助防疫工作。第三，本條例第二條第二項規定：「直轄市、縣（市）政府執行本條例所定事項，應遵行中央政府機關之指示。直轄市、縣（市）政府應指示鄉（鎮、市、區）公所於各村、里組成抗疫小組，採取迅速必要之防疫措施。」組成抗疫小組是正確的，但是我們的村里長未必受過正確的防疫訓練，甚至當疫情發生的時候就慌了手腳，不知從何著手防疫工作。因此，中央政府的相關部會，還是應該及早制定一套標準的防疫程序，將來發生大規模的疫情時，讓我們的村里長可以依循。

高：我針對討論題綱的第一項和第五項來做一個比較，各位可以先參考我的著作：「恐慌，在政治瘟疫蔓延時」的第 234 頁，其中有一張與國際抗 SARS 行動完整的比較表。在整個抗煞的行動中，我是跟著美國 CDC 的人在跑，所以有比較多的機會與國外的防疫人員接觸。我常常在想，我們是在把「事情做對」，還是在「做對的事情」，從這張表中可以看到，本次 SARS 總共隔

離了 15 萬零 628 人，亦即每出現一個 SARS 病例，我們隔離了 227 人，相對於香港，每出現一個病例是隔離 2 到 3 人，新加坡則是隔離 37 人。

在這一場戰役中，我看到了很多士兵，可是他們卻不知道自己的敵人在哪裡。在 SARS 的疫情爆發之後，香港是以馬加列醫院為主，新加坡是以陳篤生醫院為主，這間醫院的規模比台灣的教學醫院還要小，加拿大是以一、兩家醫院為核心，而台灣在當時，改建了兩千多張病床，這一切其實只是出於恐慌。台灣每年投入四千多億的醫療產業，竟然無法對抗六百多個 SARS 病例，而這六百個病例當中，經過血清檢驗，其實也只有三百多個是確定的 SARS 病患而已。

WHO 在其結論報告中提及，在 3 月 12 日發佈 Global SARS Alert 的時候，台灣是 Notable Exception，亦即台灣是在 WHO 發佈警訊以外，唯一出現大規模 outbreak 的國家。在書中我做了一些比較，例如政治人物做出錯誤示範，在非醫療院所戴上口罩，這只有台灣有。馬市長曾說，「SARS 是走在街上，擦身而過的人都會讓你染上 SARS。」而其他地區的政治人物，例如加拿大的總理，卻是不斷向民眾宣導「馬照跑、舞照跳」的觀念，不但不戴口罩，還到 Chinatown 去吃飯，他們是很精準地採用流行病學家的觀點，知道風險在哪裡，不過度去做。

在書中的 229、232 頁裡，我做了美國與台灣在 SARS 中的行政體系比較表，我們可以看到，台灣是八部二會全部動員，物資管制組買了上千萬的口罩。可是反觀新加坡，在 SARS 的時候還可以贈送台灣口罩，台灣是 SARS 期間唯一爆發口罩荒的國家。美國甚至不是由衛生部來主導，而是直接交給 CDC。台灣是唯一立了 SARS 特別法，也是唯一醫療人員大規模辭職、限制醫療人員出境，唯一強制在大眾運輸系統上要戴口罩。

台北市政府在 3 月份就召開記者會，為了要不要把 SARS 列為法定傳染病的問題，向中央開火，認為「如果 SARS 爆發大規模的流行，當然是中央的責任」。但是我們看看，台灣在 3 月 28 日將 SARS 列為法定傳染病的時候，全台的病例只有六例而已，香港則是在出現三百多個病例的時候，才將 SARS 列為法定傳染病。因為要將一個疾病列為法定傳染病，我們一定要對它有足夠的瞭解才行。全台灣每年有四千多人死於肺炎，如果我們對 SARS 沒有足夠的瞭解，怎麼可以將它訂為法定傳染病呢？這就像去打仗而不知道自己的敵人為何一樣荒唐。

在 SARS 剛剛發生的時候，台灣原本有很好的機會，從流行病學的角度，讓 CDC 成為主導的行政部門，卻由於台北市政府的操作，而演變成全體動員的情況。我認為台北市政府在處理這個問題的時候，先去不斷誇張它的風險，讓市民覺得他做得比中央多。我這裡有三個例子，其一，WHO 是規定 10 天的隔離期，台北市政府就規定 14 天；其二，WHO 規定是發燒到 38 度，中央也跟進，台北市政府就要 37.5 度；其三，WHO 從來沒有強制在公共場所要戴口罩，台北市政府就強制要在搭乘捷運時戴口罩。以危機處理來說，

整個國家應該要有單一的新聞窗口，台北市政府卻不斷召開記者會，讓民眾對風險的評估感到混亂。SARS 是全台灣一百年以來，因為傳染病隔離最多人數的一次，但是這種隔離完全沒有流行病學的基礎，從美國 CDC 所發行的一份流行病學週刊中可以看到，我們隔離了 15 萬人，最後實際發病的只有六例而已。內政部為了掌控這些被隔離的人，甚至還要求中華電信取消轉接的服務。

當國家發生如此急難的事情，我們卻仍投入如此龐大的資源，去做與控制風險完全無關的事情。當時 WHO 曾在四月份說：「我們不會鼓勵愚蠢行為，因為我們不要看到口罩短缺。」而和平醫院封院的事情發生時，WHO 就已經宣布，雖然接觸過 SARS 的病患，但是那些非症狀的人，日常生活完全不需要受到干擾。也就是說，當時已經有足夠的流行病學風險根據，可以做為政策的判斷，但是那些制訂政策的人卻完全沒有拿來參考。和平醫院的病例死亡率是全球最高，因為 SARS 的處理方式和肺炎一樣，必須有人在旁照顧，沒有水的時候要補充水分，等整個症狀發生之後慢慢過去，沒有藥可以醫治。但是和平醫院封院以後，病患在嚴苛的條件之下沒有辦法得到充分的照顧，所以才會演便成為死亡率全世界最高的情況。

在法定傳染病的政治爭議之前，台灣的 SARS 處理是全世界最好的。我們從壹週刊的報導中得知，台北市立醫院在當時衛生局長的領導之下，他們的原則是不接 SARS 病人，這就是 SARS 會蔓延到全國的原因。因為處理 SARS 病患的第一原則，就是醫院接到 SARS 病患之後，即刻隔離，但是台北市立醫院不接受 SARS 病患，讓這些病患一再被轉診，就好像一顆炸彈到處跑一樣，最後才會引發大規模的傳染。

我們可以把一件錯的事情作對，但是到後來會發現，我們所做的那麼多事情，對於 SARS 的疫情，其實一點幫助也沒有。

蔡：從以上各位描述的事情我們可以看出來，台灣的體質其實非常好，尤其是這些基層的衛生人員，我真的是要好好為他們說幾句話。其實體質這麼好的話，我們對社會應該要非常有信心，但是從這一次的教訓我們也知道，雖然是出於好意，但是錯誤的政策，比貪污更可怕，台北市政府也未必沒有人要做好的事情，但是所託非人的話，在專業與非專業之間就會有很多事情發生。如果我們在衛生方面的專業這麼的好，那麼在人文社會方面，尤其是政治領域的專家，能不能發揮制衡的力量？如果一個社會的體質這麼好，基層人員值得信賴，專業人員也值得信賴，例如這一次的禽流感，我看到 CDC 的表現，就知道可以放心了，儘管媒體很緊張。但是媒體的緊張一渲染，社會大眾就很緊張，這時候衍生出來的問題就是，為什麼我們無法相信專業。我相信政治學者可以就這個部分，好好地來做討論，可惜的是目前比較少看到這方面的研究。

我覺得比較遺憾的是，很多學者太過依賴歷史的經驗，以為只要把從前的一

套直接複製來使用就可以。但我認為這是很荒謬的，不能只用既有的模型去跑，而應該注意到整體實際發生的事情。如果你不是防疫、衛生方面的專家，而只是要依照過去的模式，來質疑政府的政策，這就破壞了專業之間的分際。在那段時間裡，1918 這個數字不斷出現，而且還有學者出來背書，我覺得這是很不妥的。

如果提到決策應該尊重專業，那麼我們就要想到，在這段期間，專業倫理有沒有被照顧到？當一個代表中央的專業，和一個代表地方的專業，沒有辦法事先做好溝通，而必須透過媒體來溝通的時候，我想要問：是誰破壞了這個專業倫理？我覺得這是非常嚴重的問題。後來我發現，這些都是台大人，不是老師就是在唸博士班的人。

專業裡面最重要的東西就是自律，你自律之後，才會贏得他人的尊重。當恐慌被無線上網的時候，有再多的保險都會死。

高：我回應一下蔡教授的話，我認為 SARS 最嚴重的，是整個 CDC 的權威被挑戰。其實最早美國 CDC 的頭頭來台灣的時候就告訴我，你們的 CDC 做得很好，當時我們一直 follow WHO 的 protocol，因為沒有人知道 SARS 到底是甚麼。因為台北市市長、衛生局局長他們直接跟行政院院長有溝通管道，結果行政院院長在法定傳染病的標準上，也接受他們的看法，因為這種事反正就是過猶不及，他完全沒辦法去理解說 CDC 的權威是不可能被挑戰的，政治人物就是不可能比 CDC 還懂。這樣一直挑戰的結果，CDC 反而變成好像台北市的下屬單位，一直要比照台北市的標準從嚴辦理。

蔡：從志文的這本書我們可以看到，尊重專業和不尊重專業的成本效益，分別是多少，而台灣就是一個不尊重專業的案例。第二點我要提出來的是，如果我們真的要叫基層機構去做事的話，沒有給他們 SOP，要叫他們從何著手？因為無知不會死亡，但是做錯事情會引發其它的問題，導致我們的專業垮台。今天如果一定要隔離 15 萬人的話，我們可以隨機隔離 15 萬人，但是發病的機率仍然是相同的。從這裡就可以看出隔離的必要性，是非常值得質疑的。第三是基層的經驗有沒有回饋的管道。台灣一直都只有全國性的媒體，事實上，這些媒體應該要地方化，因為他們一旦成為全國性的媒體，所報導的新聞，和我們的日常生活就完全沒有關係。這樣一來，民眾要如何安心？媒體上面報導的新聞和我們沒有關係，但是社區裡面究竟發生了甚麼，我們卻不知道。從和平醫院的教訓也可以看出來，從醫院裡面傳出來的訊息和媒體報導的完全不同，這些第一線人員可貴的經驗，沒有透過良好的管理機制被保存下來，導致之後付出更多不必要的封院成本，實在非常可惜。

高：和平醫院在 4 月 24 日封院之前，香港、加拿大在三月份都已經有類似的情況發生過，我們只要參考他們的作法，根本不需要封院。事實上，當時陳再

晉局長就建議，只要讓這些醫護人員自願性地到度假村，作自我健康管理即可，因為當時這些醫護人員並沒有任何的症狀。

SARS 發生的時候我們的 CDC 訂出了八十幾個 SOP，我都看過了，但是當我們參考 WHO 的時候會發現，流行病學裡，並沒有所謂的 SOP 存在，只有「guideline」，或者是「real-time operational decision」，因為當時每天都會有不一樣的情況發生，根本無法訂出所謂的「standard」在哪裡。我事後參考很多資料才知道，是因為有親民黨的立法委員質詢 CDC 的 SOP 在哪裡，所以才會陸陸續續訂出許多標準作業程序。

蔡：這就講到一個重點，我的看法也是這樣，面對 SARS，我們無法訂出一個所謂的標準作業程序。為什麼 WHO 只有「guideline」，因為他強調的是在地化，讓各個地方的衛生機構，依照所面臨不同的情況，自行擬定策略，而非全國有一個統一標準。這就是我前面提到的，下情要能上達，政策回饋機制要健全，應該讓參與其事的人進入決策，當然原先有問題的團隊必須換掉。和平醫院因為有過這樣的經驗，所以他們的醫護人員變得非常有 sense，所以之後為了建立高屏地區的防疫網，我們透過協調，請和平醫院這些被隔離出來的醫生，到當地的醫院去做長談，告訴大家動線應該如何管制，從和平醫院的經驗來談。結果，台北市的市立醫院在當時，甚麼事都沒做。我們非常擔心，我還告訴林正修，如果台北市不做的話，很快會有第二波出現，但是連林正修都告訴我說，他不知道要如何把意見反應上去。果然，之後台北市就爆發了第二波的感染。

從上例可見，台北市並沒有從和平的經驗學到教訓，而且下情的上達竟然如此困難。

楊：針對 SARS 究竟要不要被列入法定第四類傳染病的問題，其實當時 CDC 內部的專家已經開過很多次會，因為那時候病例也沒幾個，與會者認為要觀察，並不是像外界所說的都沒有討論。剛才教授也提到很多政治人物對我們工作的影響，不只是台北市政府，記得民國九十一年高雄發生登革熱大流行，我們奉派至高雄協同防治登革熱疫情，市政府的人也認為我們並不比他們專業，因為他們每年都有處理登革熱的經驗，自認可以不需要 CDC 的協助就能面對疫情。事實上合作的確是有合作的好處，我們接觸了幾次以後彼此瞭解，工作的情況就好多了。

SARS 發生的時候，中部的六縣市裡，有些地區教學醫院多，很多病人要轉診過去，縣市長或衛生局長擔心引發大規模的傳染，就索性利用一些方法條件使轉診發生困難。後來我的作法比較強悍，我直接告訴那些縣市政府衛生局，如果持續拒絕轉診的病患，我就要把消息告訴 TVBS 或媒體，後來病患才順利轉診過去。還有像我們要在台中設立 SARS 專責醫院的時候，縣市長也都不是很願意，希望設在越偏僻的地方越好。後來我到南投的中興新村

去，那邊有 SARS 的專責醫院，就會有人說，因為中興新村都是宋楚瑜的選票，所以才故意把醫院設在那裡，類似的情況可說是層出不窮。

我認為媒體、政治人物，讓我們為 SARS 付出了很多不必要的成本，本來可以交給專業的事，都被搞得一團混亂。當時很多朋友問我，電視上的 Call in 節目講的是不是真的，我說那些人都不是真正的專家，專家都在忙，哪有時間在電視上噴口水？這些外行人在電視上講專業的事情，反而讓大家信以為真，這是造成我們和很多基層同仁困擾的地方。

現在新的傳染病防治法規定，未來傳染病的主管機關要針對當地的疫情去訂執行計畫。例如台南地區和高高屏，每年都會爆發登革熱，規模的大小不一，主管機關就要根據不同的情況去制訂防治計畫。又例如花蓮、台東每年都會有桿菌性痢疾，當地的主管機關就要根據比較常發生的疾病去訂定防治計畫，就不會造成一套標準全國適用的情況。

行政院後來成立了 SARS 紓困委員會，雖然是由很多部會一起組成，但是最後有百分之七、八十的工作，還是交給 CDC 去完成。有很多今天才開會討論的政策，明天就要公告，我們都是日以繼夜把這些任務完成。讓我們比較挫折的是，監察院針對 CDC 的調查、糾正案，有一、二十件之多，我們很多同仁還要費很多心思來寫這些書面報告，可以說出最多心力的單位是 CDC，扛最多責任的也是 CDC。

彭：我比較好奇的是五百億預算的部分，是怎麼提出來的？

高：這是在野黨所提出來的，其實就是一種加碼的表現。當初的氣氛是，哪一個陣營提出比較嚴格的措施，就好像是比較認真在做事，250 億、500 億、1000 億都有人在喊，所以才會在兩、三天之內就通過一個「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」。根據我的瞭解，這筆錢雖然用得很寬鬆，但是到現在也沒有用完，跟香港比較起來，他們的病例是我們的三倍，也才用了兩百多億而已，至於新加坡是 41 億，加拿大是 70 億。所以這筆預算是政治協議，完全沒有任何根據。錢下來，疫情就差不多結束了，執行率大概只有百分之三十幾而已。

陳：這一年以來，剛剛聽到高先生的話，覺得欣慰，終於有不同媒體一面倒的看法出現。方才徐處長提到的幾個觀點，我先做一些回應。第一是關於城市聯防，對於台灣來說，最重要的是能從 WHO 得到及時的資訊和技術支援。第二是關於警察系統，無預警下，警方採取強力封鎖的方式，但我們並非現行犯，我們沒有犯罪，這樣強烈的封鎖方式透過媒體，對我們及家人都造成很大的傷害。第三是關於封院的部分，這些措施用意上雖然是對的，但執行的手段確需要檢討。

4 月 22 日和平醫院的案件爆發，當天晚上我被秘書叫到院長室去，整個事

件一直到後續的復院，我一直參與其中。而封院究竟是誰的主張？在隔離結束後，醫療副院長曾告訴我，衛生局三科科長告訴他，4月23日晚間副市長打電話給吳院長，告知4月24日要封院，請院長預作準備，如此看來，市府在4月23日已決定封院，但在4月24日早上行政院院的協調會中，市政府卻未提封院。而依CDC的安排，係認為和平必須暫時對外停止醫療服務，對沒有症狀的同仁，要求市府提供場所讓同仁下班後可以集中到某處休息觀察。CDC表示應讓和平同仁能返家帶換洗衣物，交代家人，再回院工作及於下班後集中觀察。據悉現場副市長也同意CDC之建議，讓同仁可以先回家。但市府後來並未遵守對CDC之承諾，反採取無預警的封院強制隔離動作。記得大約是12點多不到1點的時候，就接到院長室的電話，告知被封院，不能讓同仁離開醫院，同仁從醫院外面吃飯回來，看到醫院被黃色一圈圍起來，心中的訝異與驚恐難以形容，不禁猜測是否相當危險，不然為什麼沒有任何的說明，突然的把我們當犯人處理。那一夜，醫院裡一千多位被隔離的人，就是在這樣的無知的驚恐中度过，那是很深很深的傷痛。單位內，前前後後就有將近二十位離職的因素和SARS有關，因為無預警下強制隔離措施，讓很多人覺得醫院疫情一定很嚴重，單位內好多同仁都崩潰的哭了，尤其對單親家庭，或配偶親人都不在台北的同仁來說，擔心家中孩子乏人照料，怕自己見不到家人的恐懼害怕，那些令人心痛的畫面，永遠也忘不了。還有同仁的親人，因為被上司知道家裡有人在和平醫院工作，而被解雇、被警告的不在少數。當復院回來，和平被市府規劃成為專責醫院，同仁憂心同樣的事再發生，且被貼上標籤的壓力並不好受，讓不少同仁被迫選擇離開這個傷心地。

我不懂，為什麼副市長在行政院會的協調會上答應CDC要讓我們先回家，但事實上卻不按照協調結果來執行，而造成同仁身心很大的傷害。還有，CDC一直要求台北市政府提出接管醫院或支援人力的計畫，包括分區、分層的管制規劃，但市府沒有提出上述計畫，就直接採取封院措施，甚至封院後，面對和平內部的混亂，市府還是沒提出任何有關接管與人員隔離安置的書面規劃。自從地方制度法實施之後，給了地方政府相當的權力，但相對地方政府也應該承擔相當的責任。反觀台北市政府在此次事件的過程裡，不斷膨脹他的權力，但卻沒有承擔相對的責任。當時和平內部的分區分層規劃做得非常混亂，即使指揮官進來以後，一直對內對外宣稱A、B兩棟人員絕對是分開的，但同仁還是發現持續有B棟人員出現在A棟的情形，個人也在4/30親身見證某位戴著P100防護口罩的（B棟）醫療主管突然出現在面前（我在A棟），因此實際狀況確實與院方的廣播不一致，指揮中心均透過廣播對下傳達訊息，當主管對廣播有疑問也無法從院長室得到回應，院內訊息傳達是有問題的，尤其廣播與事實不符，讓同仁對院方充滿不信任，當後續開始有機會離開醫院到替代役中心，便出現了背行李搶搭班車逃難的狀況上演。



衛生局採取病患集中隔離的模式，並不是不對，可是他沒有考慮到和平醫院有沒有能力承擔所有病患的照護，也沒有對病患做周全的分層分級照顧規劃，個人覺得衛生局處理事情的模式有點像今年總統府前的 410 事件，市政府一直對中央說自己有能力負責，不希望中央干預，但是另一面又沒有把分區隔離的規劃做好，也沒有讓同仁有一個可以充分歇息的地方。封院以後，原本以為醫院只要照顧好現有的病人就好，但衛生局要求從和平醫院離開的病人，只要一有發燒的情況，要送回和平醫院集中治療，造成和平醫護同仁，在沒有得到充分的休息下，反要負擔照護更多的病患，漸漸的，同仁有的也染上了 SARS，有的則是因為長期穿防護衣，水喝得少又缺乏休息，亦產生體溫升高亦被視同疑似案例處理。當時院內的指示是，只要發現體溫超過 38 度，就必須送至 B 棟急診室。所以有同仁發燒都不敢講，自行服藥，就是因為這種害怕的感覺，知道送到急診代表了生死的關卡。

過了一兩天，CDC 因見衛生局遲未提出人員安置計畫，也知悉內部混亂情形，便建議北市府在市立醫院中騰出一棟大樓來集中照護和平內部沒有染 SARS 之虞的病患。以當時的情況來說，這麼多家市立醫院，怎麼可能無法挪出一棟獨立的大樓來收容這些病患，但令人寒心的是，竟然沒有一家市立醫院願意伸出援手。因此，從電視媒體上看到前後任的局長異口同聲抱怨中央不伸出援手的時候，實在令人萬分感慨，長官怎會作不符事實的陳述來誤導視聽。因為台北市政府對於自己轄下的市立醫院造成台灣疫情的嚴重發酵，沒有省思自己為何無法協調出一間所屬的市立醫院來收容治療和平的一般病患，反怪中央實在沒有道理。更何況整個病患的後續轉送處理確實多虧 CDC 的努力安排，否則 SARS 造成的死傷將更為慘烈，而我們的隔離日期也會一直拖下去。

CDC 過去曾經補助全省很多醫院興建負壓隔離病房，當時台北市慢性病防治院在松德院區有 17 張負壓隔離病房收治結核病人，CDC 為了讓和平的員工能因 SARS 病人之轉出早日脫離隔離，便請他們把這些病人轉送到台南的衛生署胸腔病院，之後也要求基隆到新竹所有具隔離病房的醫院，協助接收和平醫院的病人。所以我們在醫院裡看到的是，CDC 從 26 號之後，就開始進行這些病人的轉送工作，包括騰出署立竹東醫院、竹東榮民醫院來接受和平非 SARS 的一般病患。我們看到 CDC 非常辛苦地在負責這些病患轉院的工作，但是中央所做的這些事，院內的廣播，卻是一個字都不談，指揮官在院內廣播陳述轉送病患的進度，卻從來不告訴大家是 CDC 在協助轉送病患，單聽廣播，似乎功勞都是他努力的，反而對於同仁一直關心何時可以隔離結束的起算點，清楚告訴大家必須要 CDC 同意，造成同仁覺得是中央不讓我們回家的印象。

29 號晚上，指揮官的廣播內容，讓人害怕，因為他說，關於 SARS，發病、重病和死亡是不能避免的。個人具有護理的背景，這樣的廣播內容會造成很多關在裡面的人內心的恐慌。也呼應前面幾位前輩所提到的，專業在這件事

情上有沒有得到尊重，或者是我們印象中認為很專業的人，其實他處理事情並不是很專業。封院日，院長就要求人員每天要量三次體溫且有書面紀錄，但指揮官進來後卻對媒體陳述，和平醫院量體溫是從他進來以後才開始的，這樣的報導，讓執行體溫監測的同仁看了很氣憤，覺得和平自己的努力都被抹煞了。當時，媒體也報導他是自願進駐，因此我們感激他的協助，但是他要離開的那一天，竟然對我們說他是倒楣鬼，叫我們不要再把他叫進來了。從 SARS 發生之後，在媒體上聽聞許多與事實不符的報導，讓人深感正義公理何在？其實今天說這些話有些擔心。這件事情雖然過去這麼久，至今每次提起，還是感到悸動，我們的同仁還是會感到很受傷，甚至談一談還會哭。24 號被隔離的那一天，有位衛生所的所長打給我，他說此事發生在任何一家市醫結果都相同，只是剛好比較不幸發生在和平而已。因封院前的局務會議及院長會報，重點多在醫院績效考評，並未重視已在國際造成焦點的 SARS。聽他這麼一說，我很訝異，顯然局長本身亦輕忽防疫，但卻在媒體上高談闊論。以和平醫院來說，當時的院長非常聽局長的話，只要局長有任何政策，都在院內要求貫徹執行，但是在 SARS 這件事情上，我們的感受卻沒有那麼強烈。從這裡就可以看出來，局長對於 SARS，是否真如她在媒體所說的那麼重視，應要接受公評。

91 年 10 月以後，局長提出，如果醫院的佔床率不到 80%，就不發給政府補助款。和平以前的佔床率不高，因為營運重在門診，院長為配合政策鼓勵醫師收病人，比照友院將收治住院的醫師績效提成點數加倍，造成和平醫院幾十年來未見的病床不夠現象，院長甚至考慮要擴充病床。在營運量衝高的同時，部分高階醫療主管發現，醫院出現了醫師收了病人卻很少看，甚至不看病人的現象，憂心這種情況會出事，曾向院長提過醫師不看病人的不當情形，可惜沒有回應。

關於居家隔離的標準，CDC 在網站上都有充分的說明，但是在行政單位，就有同仁非常無辜感染 SARS，因為依照 4 月 9 日接觸病患時之裝備，只要居家隔離觀察就好，但 4 月 16 日院長要求他進入負壓隔離病房隔離觀察，而在那個時間點，負壓病房旁的一般病室已經有 SARS 病患了（只是醫師沒有診斷出來），結果一般病房 SARS 病人吐出的空氣被吸到負壓病房，反而感染了這位本只需居家隔離的同仁。該位同仁在封院次日發燒送急診住院治療，還好他的症狀沒有那麼嚴重。本院的感控醫師都知道，從發燒時間回推，他不是一級接觸 SARS 病患被感染的，而是進入負壓隔離病房後才染 SARS 的。而院長因主管前一晚睡在發燒同仁的旁邊，竟要把在 A 棟的主管視同被感染者調到 B 棟感染區，該主管當場落淚抗議，因為他沒有發燒，為什麼要去 B 棟。單位主管在肩負安撫帶領同仁的責任下被迫壓抑自己對事件的恐懼與害怕，那實在是很深很深的傷痛。

提到國內的措施與國外不同之處，局長提出在公車上噴灑消毒水的措施，也是絕無僅有的，這對 SARS 根本沒有預防作用。而復院後，市府決策又給了

和平醫院員工二度傷害，如市長選擇和平醫院作為 SARS 專責醫院，但和平醫院是一個社區醫院，附近有住家、學校、商圈，居民抵抗陳情卻不被接受。其實中興醫院比較適合扮演這樣的角色，因為中興醫院有一棟獨立的大樓，但市長執意要選擇和平的 A 棟大樓興建負壓隔離病房，他認為和平醫院欠太多人的幫忙，和平醫院應該要回饋。但耗費鉅資興建負壓病房，地點的選定決策竟來自這樣的邏輯，適當嗎？A 棟大樓其實是先天不良，光是興建就花了將近十年，還一直有漏水的問題，市府花了上億元興建負壓隔離病房，花了上千萬興建發燒篩檢站，我們後來找勞工安全研究所的人來看，他們都覺得很不可思議。

封院如果算是一種行政處分的話，市政府應該要給我們一紙公文，但事後我們要辦理復院作業時，發現市府並沒有給醫院任何公文通知封院，或許牽涉法律問題，應該還有討論的空間。剛才高先生提到所謂錯誤的示範，包括那天局長到和平醫院的時候，與會的主管都覺得很生氣，因為我們在現場的人最多也只有 N95 的口罩，但他卻穿著三級防護衣外加氧氣桶，這樣的裝扮會引起民眾的恐慌，認為和平的疫情好像非常嚴重。事後陸陸續續來支援和平醫院的醫護人員，他們簽切結書也只願意到 A 棟，不願意到 B 棟，B 棟的工作人員還是一直從 A 棟本院人員調過去。

高：聽到陳小姐這麼說，有幾點我補充一下。WHO 方面關於院內感染的紀錄是在 4 月 9 日，就發現越南法國醫院有這樣的情形，但是他們處理地非常好，很快就得到結論，認為曾經去過感染地區的人，只要沒有出現症狀，不用限制他們的行動，因為無症狀不會感染。結果 4 月底和平醫院發生一模一樣的事情，我們的措施竟然是把九百多位專業醫護人員隔離起來。如果我們去比較，署立醫院的醫療資源，大概只有台北市立醫院的十分之一，但是臺北市竟然需要 CDC 來幫他處理善後這些問題。5 月 1 日馬市長在聯合報發表一篇文章，提到臺北市政府發起一個「把愛送進和平醫院」的活動，其實和平醫院裡的 SARS 病人不需要愛，他需要的是有醫療人員可以進去照顧他，去幫他插管，這時候把虛幻的愛帶進和平醫院是沒有意義的。當時我們的政府，把醫護人員送進和平醫院，最高給付醫師每天一萬元，護理人員三千元，但是他們都沒有在 B 棟照顧 SARS 病患，而是待在 A 棟。最後監察院彈劾，邱局長沒事，馬市長也沒事，出事的都在 CDC。

楊：和平醫院需要將病患轉診時，CDC 的同仁，只要有護理背景的，全部都調去負責轉送病人，為了不要引起騷動，利用晚上 12 點將近 1 點的時候，一轉送就是幾個小時，都不能休息，也不能上廁所，暈倒的不知道有多少人。而臺北市擁有那麼豐富的醫療資源，每個醫院調幾個醫生護士就可以解決的事，竟然不願意去做，我覺得很奇怪。在大環境這種不尊重專業的情況之下，同仁們辛苦地工作不但沒有得到鼓勵，反而招致更多的批評。再舉最近的例

子來說，詹中校的案子，我們前一天晚上發現，第二天立即召開記者會，並通知 WHO，全部按照公開透明的程序公告。反觀中共，四月初北京發現新病例，四月二十幾號才公告，我們的媒體竟然還說他們有大幅進步。而我們的疫調資料，上午開一次記者會公告，下午再開一次，媒體就拿著上午的資料，說我們隱瞞疫情。

徐：我們臺北市政府，的確也有派醫療人員去支援和平醫院這是不可否認的。例如現在的院長，就是當時派進去的。至於封院公文的部分，當時我們接到很多命令也都沒有公文，華昌國宅的事情也沒有公文，要求我們去支援和平醫院也沒有公文，都是一通電話我們就去了。

王：當時封院的情況發生的時候，給我們的第一印象就是，這些專業的醫療人員意見都不一樣，而且每個人拼命往外跑，讓我們感到更害怕。我是一個很尊重專業的人，但是當時每一個專業人士的說法都不同，教我不知該相信誰。我想當時如果有人能像高先生一樣，喊出來說，SARS 不會這樣就傳染，一定可以降低民眾的恐慌。我被派去和平醫院、華昌國宅輪值當指揮官時，當時我有種恐懼感覺，會不會把這些病帶回家？而且輪到我當指揮官的時候，湊巧遇到負責要運送屍體，我很怕碰到這些屍體之後會被傳染，當時都沒有人來告訴我、沒有人跳出來保證、當示範。所以我們看到葉金川教授，至少他敢進入和平醫院，這對我們才是有用的。我想我們事後在這邊說其實是沒什麼用的，在事情發生的時候出來做示範，才是最有用的。在民眾感覺生命受到威脅的時候，只要相關的措施越嚴格，大家都會拍手鼓掌。記得當晚我和林區長負責指揮運送屍體的時候，記者就不斷質問我們說，運送屍體的車有沒有完全密封，因為他們跟在後面採訪，很怕被傳染。因為有種種的疑問，我們就得去應付，壓力真的很大。

蔡：陳靜秋是我在北部一個很優秀的學生，她的生命犧牲得太不值得了，因為她沒有得到醫院的支援，甚至是在不知情的情況下被感染的。可是，如果沒有壹週刊把和平醫院裡面的真相報導出來，我所說的話，可能會讓我被當成狗熊，甚至是民族罪人。我明明知道涂署長講的是對的，陳局長講的是對的，沒有大規模社區感染的可能，但是當舉國都沈浸在那種對英雄的追思與膜拜當中，舉國的恐慌都達到極點，我根本不能說出我的想法，葉金川可以被當成英雄，我卻可能被亂棒打死，說成是學者誤國。連我都不敢說話了，真正的學者敢出來講話嗎？

高：其實要製造恐慌是一件很容易的是。最剛開始製造恐慌的是臺北市政府，我回應一下徐處長，最先做出一整排官員在公共場所都戴上口罩的，是邱局長、是馬市長。在臺北市政府每天帶著口罩召開記者會，民眾會有一種風險

感知，認為這是非常危險的。當時進入臺北市政府大樓必須戴口罩，民眾會以為 SARS 真的像馬市長所講的，每個經過身邊的人都可能會傳染給你，但這是完全沒有流行病學根據的說法。

再呼應蔡教授所講的，其實 SARS 就好像是一面照妖鏡，把台灣很多怪象都照出來了。當時全台灣 26 所公立大學的校長，由台大陳維昭校長領銜，建請中央比照防颱模式，成立中央指揮防疫中心，由行政院長當召集人。這些所謂的最高級知識份子，其實也和一般的民眾一樣，認為只要把行政層級拉到最高，把專業的 CDC 壓下來就可以解決這件事情。美國 CDC 來台的人員看到臺北市的公車在噴灑消毒藥水，還說要拍照帶回去紀念，他說，這和 SARS 完全一點關係也沒有，只是一個 feel comfortable job 而已。這些舉動讓民眾的恐慌擴大，讓 SARS 的風險極大化，然後又必須想出更多的防治程序去對抗這個風險。

蔡：如果事情剛發生的時候，像我這樣的學者專家都不敢講話，那代表什麼？代表和平醫院裡面有比我更懂的人，而他們的聲音被封掉了。今天我們的問題是，為什麼專業的聲音需要閉嘴，只有政治的聲音變成全民的聲音？今天不是要追究誰的責任，而是面對一個疫病，無知的時候不必行動。而我們的政治社會，人的價值到底在哪裡？能不能出於無知去限制人身自由？如果我們可以理解這點，就可以放鬆心情去面對問題，而不是無知的行動，去創造更多問題出來，變成一個惡性循環。

徐：馬市長做決策的時候，他不是一個人做決策，不是只有政治的考量，也是有一批傳染病、公共衛生的學者專家提供意見給他。

黃：聽完各位精彩的討論，大家都認為專業的考量比較好，政治的考量是不好的。而我的看法是，應該說，「泛政治化」的考量，「泛」這個字不好，但是「政治」的考量仍是必須的。例如空氣污染的管制標準，除了要考慮廢氣值對人體的影響，還要考慮到經濟的發展、技術體系能否控制廠房排放的廢氣，這就不只是某一個專業的問題而已。今天作為一個總統，作為一個市長，所擔心的問題就是，這個國家會不會垮掉，所以會把風險拉高，再加上台灣有一些特性，例如地狹人稠、以經濟成長為命脈，這和加拿大是不同的，稍微有一點疏失就是一場災難。我想這不單純只是專業理性的問題，也要考慮到其中有政治層面的問題。所以一個大家長在處理這樣的問題，會認為能度過這個難關最重要，而其他要付出的成本是次要的，例如必須花錢、限制人身一部份的自由，只要配套措施有做好，可以事後再作賠償。

蘇：談到政治有沒有凌駕在專業之上，基本上，我認為每一個政策除了專業性之外，或多或少都有些政治性在裡面，只是就 SARS 這件事來說，專業性被踐

踏地似乎太厲害了？之所以會這樣，部分原因是 SARS 是一件未知的事情，我們即使去訪問三組、四組的專家，所得到的答案有可能是完全不一樣的，包括美國的 CDC 都已經是最專業的了，他們還是會受到質疑。再者是政策執行面的問題，在現今的官僚體系下，只給政策執行者原則性的 guideline 的話，不見得每個人都會很積極主動做事，有的時候公務人員不敢亂用行政裁量權，不敢負責。

王：當覺得生命受到威脅的時候，我的心情就像黃教授所講的一樣，什麼都不在乎了，我甚至想說五百億的預算趕快過關就算了。如果當時有人可以告訴我正確的防疫知識，我就不會做出很多，現在回想起來非常好笑的事。那時我回家以後，都把全身的衣物，用氯、漂白水，沖洗好幾次，洗到我的手都變白了，還用海鹽來浸泡身體。之所以會這麼謹慎，實在是因為感覺 SARS 已經危及到生命的緣故。

楊：剛才提到為何要給我們基層的公務人員 SOP，因為假如他沒有 SOP，讓他自行去判斷，做得好當然沒話說，但只要做不好，監察院、檢調單位馬上都會來調查，這就造成我們公務員容易畏首畏尾，不敢有所作為。所以標準的作業程序還是有需要制訂出來，讓公務人員能有所依歸。

蔡：人最終還是要接受歷史的審判，人不可能十全十美，偶而都會犯錯。決策者如何訂下一個符合整體利益的決策，從各個意見不同的專業意見之間找到平衡點，我相信如果他的開放性夠的話，台灣還是有很多人，願意不分黨派來協助他。

徐：我參加市政府很多重要會議，我發現市長也是從很多會議中去學習，在過程中也有很多學者專家來協助他，各位不要以為馬市長不聽專家的意見，事實上他也是有一組專業團隊在幫助他。

楊：傳染病防制法裡面，我們明訂地很清楚，中央主管機關的職責有：「訂定傳染病防制政策及計畫，包括預防接種、傳染病預防、流行疫情監視、通報、調查、檢驗、處理、檢疫、分級動員、儲備防疫物資及訓練等措施。」所以地方政府不必再找另一批專家諮詢，造成方法意見不同形成執行困難。理論上，地方只要遵守中央的政策決定就可以了，如果政策有錯誤，地方代表參加開會討論應提出見解和建議，大家應該遵行中央擬定的策略和方針集思廣益。還有一點，事前已經協議好的，就應該按照協議去執行。

容：提到所謂的 guideline，這只是一個基本的指導原則，但是當我真的到現場去的時候，會面臨到很多細節的問題，例如要怎麼拉封鎖線，要怎麼對民眾廣

播，要怎麼替病患拿慢性病的藥，居民的寵物要如何處理，還有一些突發性的狀況，雖然很瑣碎，但只要民眾在乎，那就是重要的，我們就應該替他完成。只要你能滿足他的需求，他就會配合你的動作。所以所謂的 SOP 就是在處理這些事情的作業程序。

在面對疫情的時候，最要緊的就是要穩住，不要一直往前衝，不然會出問題。當時我們確實常常在開會，可能因為太重視這件事情，結果規格拉到越來越高，我想馬市長或其他人也沒想到事情會發展成這樣。

孫：我想請教一下，在我們這次的 SARS 疫情中，有很多非營利組織，例如慈濟，他們所扮演的是什麼樣的角色？

林：慈濟是一開始我們通知他的時候，他就在醫院門口設了一個攤位，主要是安慰這些病人的心情。當時因為我們的中心距離醫院有一段距離，所以我們希望慈濟可以幫助我們做物資傳送的工作，但是慈濟因為有他們既定的工作內容，所以他們拒絕了，倒是法鼓山把這個工作接去做。法鼓山的師兄，他就不怕感染，幫我們傳送家屬拿來的物資，我們都覺得很感動。教會的部分則是在晚上有人會來，因為他們白天有工作。

孫：現在非營利組織，與我們的政府部門，有很密切的互動嗎？

林：有的。前年開始，為了因應防災的工作，我們到慈濟的總會去，他們在各區的分會長也來。臺北市各區的區長和慈濟該區的分會長都已經先接觸過了，以後防災的機制啟動時，只要一通電話，慈濟那邊就會有人過來支援。

高：針對剛才黃教授的看法，因為我自己做過國際比較，我發現他們是不斷在告訴民眾，風險是如何地低，為何台灣的政治人物是不斷把風險升高。多倫多市長曾說，走在路上發生車禍的機率，比得到 SARS 還來得高。WHO 建議大家不要到多倫多旅遊的時候，他們市長非常生氣，立刻組了一團到日內瓦抗議，因為加拿大是 WHO 最主要的捐款國，結果一個星期之內，WHO 就說大家可以到多倫多旅遊了。我現在寫一篇文章也是在挑戰 WHO，當時他們教大家不要去哪不要去哪，最後都發現是對風險高估。

我知道政治人物為何要誇張風險，因為事情的嚴重性可能無法預料，但為何加拿大、香港的首長，一再向民眾保證風險如何地低，可以馬照跑，舞照跳，大型的聚會照常舉行。WHO 在三月初就已經宣布有哪些人才具備需要被隔離的要件，那麼台北市這種封街、封院的行為，幾乎是隨機隔離民眾，雖然地方的基層人員非常辛苦，但是問題的癥結就是出在，要控制看不見的風險，當然是不可能的事。

處理疫情的時候，中央地方應該採取單一窗口，單一標準，單一對外發佈新

聞，而不是各找各的專家。台北市早上跟我們開會隻字未提，下午就開記者會說要採取比中央更嚴格的標準，改為發燒超過 37.5 度隔離三天。我們當時一片譁然，請外國的專家委婉地開一個記者會，說明這樣的措施是沒有必要的，差 0.5 度就會多隔離很多人。

徐：因為當時我參與很多市政府的會議，馬市長特別告訴我們，封院、封街或是接管，都要依照中央的指示，所以封街、封院都不是台北市政府片面的決定，這是我必須澄清的。

陳：當時我們院內的同仁都非常感激慈善團體，例如慈濟，一直持續有送便當給我們，後來我們退到國發院，晚上睡覺的時候棉被不夠，很冷，負責管理的婦幼醫院說，請我們自己找家屬送棉被過來，但並不是每個人都能聯絡上家屬，後來我們打電話給慈濟，半個小時內棉被就送到了。另外也感謝很多企業界，因為當時我們很多人無法回家拿東西，還好第二天就有企業界大量的捐獻湧入。

再回應容所長提到，可能市府和衛生局沒有想到和平的事件會演變成這樣。但是在我們內部的觀察，第一天晚上院長室的視訊會議，我們副院長就和局長有爭吵的對話，因為醫療科向局長請求醫護人員支援，但是局長卻說和平醫院要自己救自己，直到 4 月 27 日，局長到本院來還是抱持這樣的說法，而他向媒體說他來給和平員工打氣，但會議現場對於醫療主管陳述醫護人員體力不支，紛紛倒下的狀況，請求衛生局支援醫護人力等需求時，局長都避而不答，還是要和平自己救自己。後來我就聯想到，某顧問醫師陳述，封院期間在院長室聽到指揮官和中央研究院某研究員的對話，關和平醫院一千多人，了不起死九百人，顯然要用類似外國影片中圍城對付病毒的方法來處理和平員工。指揮核心這樣欲犧牲無辜員工的心態，也無怪乎衛生局為何不積極給予醫院支援，而是強調要和平自己救自己了。

楊：SARS 也有比較正面的影響，例如流感的情況，因為 SARS 的衛生宣導，降了 1.6 到 3.1 倍。過去沒有 SARS 的時候，有 60% 到 70% 的學童，發燒還到校上課，現在宣導發燒不上課之後，比例降到 20% 至 30%。所以很多傳染病的病例，例如流感、腸病毒、猩紅熱，都大幅地下降了。

蘇：今天的討論非常精采，令人意猶未盡，可惜時間已經超過許多。非常、非常感謝各位的寶貴發言，我們研究小組獲益良多。未來有機會再向各位請教。謝謝大家！



## 附錄三：邱淑媿女士訪談記錄

訪談日期：2004/04/23

受訪者：邱淑媿（前台北市衛生局長）

與談人：蘇彩足（台大政治學系教授）

黃錦堂（台大政治學系教授）

彭錦鵬（台大政治學系副教授）

張啟楷（資深媒體工作者）

高正佳（台大政治學系碩士班研究生）

楊雅婷（台大政治學系碩士班研究生）

彭：這樣一路走過來，從您的觀點來看，整個政府體質應該要怎麼樣來想？如果下一次再出現同樣的危機，政府的機制未來應該要如何面對，包括人力、法規、危機處理等方面？

邱：在安全與應變方面，我認為「溝通」很重要。我用理論來講，在醫療安全方面我們跟飛航安全學了一個理論，他們提出的重點是，在溝通方面，不是要重視所謂的「倫理」，就像我當時提出將 SARS 定為「法定傳染病」時，當時所有官方的反應談的其實都不是事情的核心，而是在於所謂的「行政倫理」。後來監察院想要彈劾我，調查小組想到的第一個理由，就是指定法定傳染病這件事情沒有完全遵循行政倫理。剛剛提到的那個理論，它的重點就是在於：溝通是必須破除權力的藩籬的。在台灣，我認為還有另一個「藩籬」，就是「意識型態」的藩籬。我認為台灣現在很多公共政策都是用「意識型態」來評斷，這是很不幸的。當你遇到像 SARS 這種人命關天的事情，真的一定要有好的「溝通」，至於怎麼溝通呢？有些人批評的重點是在於所謂的「沒有遵循 power 的 hierarchy」，我個人不想直接去評論這樣的說法對不對，我先用國外的理論來說，他們認為，牽涉到「安全」的時候，所謂溝通要良好，不是底下的人到底有沒有三從四德，相反的，是要破除「權力的藩籬」，我認為還要再加上破除「意識型態」的藩籬，在當時我之所以提出法定傳染病，是因為我在基層感受到情勢很緊急，我事實上也有打電話親自反映過，我自己親口講的就有兩次，我們同仁去跟其他長官反映的也有很多次，可惜上級根本聽不進去。當時已經有接觸者有症狀，根據那時世界衛生組織的定義，如果接觸者有發燒咳嗽，就是疑似感染，必須當作 SARS 來處理，而不是「只是感冒而已」！所以我們當然也很著急，但實在很難做事。

回到我剛說的飛航安全理論，這個理論說飛機失事通常失誤的不是副駕駛，而是正駕駛，或許是正駕駛本身在開飛機，太忙不容易注意到，也或許是越有經驗或權力越容易有一些盲點，常常失事後聽黑盒子時，都是副駕駛發現有問題，而正駕駛根本不聽，所以他們有一個 two challenge rule，也就是說，

你要挑戰你的上級兩次，發現危險一定要講出來，而且要講的很清楚，講第一次沒有反應還要講第二次，如果講兩次還是 don't listen，沒有 response，你就必須 take over，因為人命關天！國外在醫療安全上也是採用這個溝通原則，如果醫生開刀時要劃下去的那一刀是錯的，你也應該要講。所有有權力的地方都應該這樣，不能讓權力變成溝通的障礙、造成無法彌補的遺憾。

蘇：可是我個人覺得醫療界所謂的「倫理」特別嚴重，是不是呢？

邱：那是因為醫界本身體系的關係，但是當我聽到美國這個理論時，我的想法不是認為美國他們本身就很開明，我相信他們也是一樣有權力結構，但是他們比我們好的地方是，從慘痛的經驗中他們會學習到東西，化為具體行動，然後形成一個 rule，告訴大家必須要改正。所以他們其實很努力地在做教育。而我們有這種權力結構其實不意外，那是人性，但重點在於我們到底學到了沒有？其實不見得，因為彈劾案到三月時才有結論，結論仍是有人認為我犯上，還嚴重到要提出彈劾來嚴懲。上級被冒犯是嚴重的事情，國家與人民的安全是否是比較不重要的事情？這似乎就是這個疫情中監察院調查小組要臺灣的公務員學習的。

蘇：可以用違反行政倫理來作為彈劾的理由嗎？

邱：這應該要從法、理、情來看。法律上好像也沒有這樣。就算用情、理來看，也是要看情況的。如果是平時沒事亂衝亂撞當然不好，但如果是在當時那種情況，有安全和經濟的考量，只要 SARS 一進來，一旦醫院垮掉，被發佈旅遊禁令等等，對台灣影響會很大。而且那時接觸者已經有症狀，記者也都很著急的一直在問，我意想不到的是監委會認為事情是這個樣子，這樣我就有一點擔心有多少人也是這樣想？我覺得在危機處理中，你要去 listen，越前線的人，如果他跟你講那邊有敵人，你是不相信呢，還是說就算前線的人沒回報，你也要跑去問看看前線的人是不是有困難？有沒有缺什麼東西？如果是公共事務決策的話，我走過這個路，我要跟政府官員說，該講的話要講，該做的事還是要做。因為真的很多時候是越基層越沒有地位的人，可能會看到越多。

有一個例子是 3 月 30 號我找衛生所的所長來開會，因為那時我們已經有在對一些人做隔離的措施，我就詢問他們有沒有遇到問題。有一個所長說，他底下有一個同仁氣急敗壞地抱怨，說這種隔離我們哪裡有辦法做？因為人都不在啊！那為什麼人不在？因為台商都不只去大陸一次，那是一種 pattern，兩岸一直在跑的，所以有台商坐某飛機應該被隔離，可是他又跑回去大陸了。我聽了就覺得很震驚，事情不應該是這樣，我們就反映「出入境管制」跟「防疫」應該要結合，隔離的名單我們要提供給內政部，而內政部要提供

給出入境管理局。結果這個建議在 4/2 的行政院院會中被否決，有官員認為這違反人權，後來就發生了馬偕的「周醫師事件」！像這種事當然違反人權，但是為什麼要定為法定傳染病呢？因為做防疫某種程度上就是會干涉到人權。這種干涉是必要的。不過當時我們也不敢再公開呼籲什麼了，我就私下再寫意見傳真給重要的決策官員，但是沒有一個人回應。我只能說我跟幾個重要決策的人都有私下傳真，也都反映過，但是都沒有人回應。另一個例子是原本臺北市隔離的規範是依照風險分析的，這應該是很科學的，結果和平事件發生後衛生署長就說要擴大隔離，我立即反映基層人力完全不夠，也沒被重視，還被某媒體又批評說不同調。後來衛生署自己作的一篇分析報告，就發現說這種漫無章法的擴大隔離是完全沒有效益的。包括入境隔離也是，在三月底新加坡香港疫情最高峰時沒作入境隔離，等到病毒已經攻進臺灣的醫院，別人疫情已經下降了，該做「出境管制」時才作「入境管制」，都是沒有用的。

回過頭來看，我覺得 SARS 是很慈悲的，它的慈悲在於說它是一個傳染力有缺陷的病毒。去年那時候大家都在講 1918 年第一次世界大戰末期的流行性感感冒，造成的死亡人數比戰場上陣亡的人來得多，估計大約死亡四千萬人，所以本來去年大家都害怕，以為會像那次流行性感感冒一樣捲土重來，但去年不但沒有死幾千萬人，甚至沒有死幾千人，去年全世界死於 SARS 的人是將近一千人。它的傳染力實在是不好。新加坡統計，有八成的病人沒有傳染給任何人。但是 SARS 病毒恐怖的地方是，有一些人也許是基因或是免疫系統的問題，跟病毒作戰的結果，病毒量會很多，會傳染給非常多的人，就是「超級傳播者」，也就是「超級傳播事件」。事實上全世界疫情嚴重的地方，包括新加坡、香港、台北、高雄等，全部都是因為超級傳播事件。因此台灣在第一個月看似沒事，都沒有發生嚴重的群聚感染（當時第一個病例在台大），大家就很高興，覺得臺灣做得很好，希望讓全世界知道。但是第一個病例住進台大以後很多天並沒有被隔離，因為剛開始全世界都還不知道這是什麼病。事實上他 2/25 就發病，這中間也看過很多醫院、診所，接觸過上百名醫護人員，都沒有人受感染，你說是因為這些醫院診所「做」得很好嗎？這是沒有辦法評論的，因為大家既然不知道，也就沒有當作傳染性來隔離；沒有做什麼，哪來好不好？所以有些人一直說臺灣本來做得多好多好，都是被和平醫院破一個洞才不好。全世界哪一個國家不是這樣？可是臺灣原本有時間去做防疫的國防，沒有守住，病毒才會進來，不是從國外可以直接漏進醫院去的。這樣沒事時幸災樂禍，到出事時就先怪那個首當其衝的醫院，沒有去想如果有醫院會淪陷，是不是診斷上有哪些陷阱？感控是不是還不夠嚴密？結果失去了從別人慘痛的經驗中學習的機會，造成同樣是在臺灣，繼臺北有淪陷經驗後，南部還跟著淪陷的悲劇。當然你也可以說可能就是這個病太新、太難了，不是一下子就能學會的。那如果是這樣，為什麼大家在最早的醫院受創的時候，卻又覺得那個醫院應該比後來這些醫學中心更厲害高明

呢？

蘇：整合局長剛剛講的，就是說我們一開始「溝通」部分就做得很失敗，但到底要怎麼改進呢？像您剛提的意識型態、行政倫理等等問題？

彭：這個問題好像是，這個病來了，大家都無知，也不會去防，我們可以分成兩種，一種是知道，一種是不知道，不知道時的情形應該怎麼辦？怎麼因應？台北市也許環境比較好，但萬一在鄉下流竄呢？

邱：我覺得您提到這是另外一個層面的問題，其實跟我剛講的也有點相關，那就是「傲慢」。SARS 在去年我們是完全無知，因為它是新的，可是事實上我們處理舊的東西有比新的東西好嗎？有些我們覺得我們已經是「知的」，但其實還是知的不夠、不足，譬如去年 SARS 完了之後有「結核病」，這麼老的病難道大家還不會嗎？但是就是真的還不會。結核病防治在台灣仍然做得不夠好。專門防治的機構本來搬遷去石碇，但現在已經消失了。

蘇：我看到的資料顯示，因為結核病而死亡的人數其實比 SARS 死亡的人數高出很多的。

邱：那當然。

蘇：那為什麼我們這麼害怕 SARS，對結核病反而就不那麼重視？

邱：我們看問題有時候是盲目的。很嚴重的問題反而習以為常。我認為謙卑很重要，台灣普遍的現象就是「井底之蛙症候群」。

彭：那問題到底在哪裡呢？比方說疾管局，像肺結核這種東西有傳染性，本來應該要撲滅，為什麼不去做？如果有去做，為什麼做得不夠好呢？

邱：很多東西就是沒辦法聽進去，有人談，但是沒有人注意，也不一定全部聽進去。「態度」決定溝通，也決定學習。

張：那到底一個很完善的政府應該要怎樣？一個進步的社會應該要怎樣處理肺結核這個案子呢？或是我們「已知」的東西？

邱：我覺得第一個就是要彎下腰來問說到底發生了什麼問題，這些問題的嚴重度如何？在傳染病這一塊，一定逃不掉結核病，因為這是法定傳染病中每年通報人數最多的，而且死亡人數也最多，但就是沒有足夠的 attention。第二是

要去想這些問題要怎麼解決，在這方面 courage 就很重要，有時候要解決問題就要做一些大的改變，對於影響長遠的東西沒有足夠的力量或時間去做改變。在這個時代新興傳染病不可能滅絕，很多人問我 SARS 還會不會再來，我說我不知道，但是我可以確定 21 世紀不會只有 SARS 這個新興傳染病。台灣去年其實有看到衛生人力、醫院裡面的傳染病防治人力都是不夠的，而且是弱勢的。但是臺灣現在有五百億預算要作抗煞，如果我們給一個醫生一個月 20 萬，一年 240 萬，四個醫生只要近一千萬，如果在十個中心培養人才，每個中心四個醫生，每年也只要一億，等於只要用那 500 億的利息來作就夠了，就可以有四十個國家可以指揮借重的專精傳染病防治的醫生，結合臨床、行政、研究三位一體，一脈相傳。

蘇：在整個抗煞過程中，如果能夠再重來的話，有那些決策您會有不同的做法？

邱：我們當時初期清查和平醫院感染有七人，隔天我到衛生署的防治委員會，我希望成立一個中央與地方的聯合小組，中央、地方與專家學者聯合決策與處理，當時擔任召集人的陳建仁教授也覺得這樣很好，馬上就指定成員。但是很可惜後來這個小組層級不夠，因為整個事件對社會的衝擊太大了，可是像衛生署，從來沒有疾管局局長或以上的人參加，而且也需要衛生醫療以外的行政資源，這些應該結合起來，不要分成很多層級，到處在開會。其實我覺得最重要的，當時決定和平醫院要封院，我就提出我們地方的人力不夠，中央必須派人下來，林信義副院長也有裁示，但後來沒有結果，我另外又在疾管局提出，但疾管局仍沒有派人。現在來看，我覺得大家都是在專業的程度努力，但卻是不夠的。如果我們看防疫的數據，事實上主要的傳染是發生在封院之前，封院之後大家雖然很恐慌，卻已經清楚它的危險性，感染很快就控制了，但對社會的衝擊卻是從那時開始。因為作戰時人心的 handle，資源的調度，可能不是一個醫療或衛生官員就有辦法做到的。甚至於大家在責怪和平醫院的院長，當然我也可以責怪他，但是大家都往下怪，這樣有用嗎？當時中央看醫院人心惶惶，快要爆炸，就進行疏散。就防疫上來說，疏散好不好，這個沒有定論，其實國際上大多是反對疏散的。但這是專業面。從危機時的情緒管理，可能又不太一樣。但如果要疏散，臺北市當時正是全市疫情最緊繃的時候，一個衛生局或一個市政府就能處理嗎？封院是一個史無前例的決定，中央召開會議決定後，高階官員就應該進入風暴核心，站上第一線，坐陣指揮。事後來看，以當時這種恐懼的程度，大概要到像政務委員、行政院副院長等這種層次必須進入，才能穩定軍心，而且可以調度中央和地方的資源。可是，臺灣在這次危機所呈現的醫療文化、媒體風氣和政治文化是什麼？一千五百人被關在裡面已經夠難為了，還有那麼多黑手趁機伸進去，不造反才怪。

蘇：您剛說中央與地方聯合小組層級不夠高嗎？

邱：我現在講的是那個「危機焦點」，那個「風暴中心」，必須有一個高階的人進去穩定。至於外面的，我不敢確定，因為當時時間都不夠用了，也沒有一個人是完全瞭解全局的。不過我現在來看，或許只有一個委員會會好一點。當時除了衛生署、衛生局以及中央與地方聯合處理小組，行政院與臺北市政府又分別有指揮中心，危機處理時，時間和人力是最寶貴的，結果大家浪費太多時間和人力在開會，沒時間做事，光是開會有什麼用？每個會的結論又可能不一樣，變成多頭馬車，動不動又被說不同調，不然就是有人大推責任。如果比照九二一災後的模式，中央高層派具協調處理能力的人，帶重要部會代表到地方來成立一個單一的指揮中心，可能會比較好。

蘇：也許會，因為這樣權責會比較集中，做事情反應較快。

彭：那到底怎麼樣確定這是無知的病還是有知的病？如果一個新型的東西在台灣發生？到底要怎麼辦？

邱：我們那個時候應該要派人去大陸或香港、新加坡考察學習，雖然中央那時也有，但是派的都是學者，應該要派疾管局和衛生局的官員、醫院感染科的主任等，要打仗的人要過去學習。美國疾管局是花錢買經驗，甚至你不邀請他，他的國家都出資自己要來，他們的人員都受有專業的訓練，善後措施也都做得很好，他們就是會到發生問題的國家來協助，也是來學習實際的經驗。台灣應該去訓練這樣的人員，像大陸現在又發生 SARS，跟以前有沒有不一樣？我們應該趕快派人過去考察和學習。

彭：我們是不是可以設立一個像美國 CDC 這樣一個專責的機構，才是最經濟的？

邱：像我剛剛提到的醫師人力，就是其實這些職缺，表面上是列在 CDC 底下，CDC 要去聘一群醫生，這群醫生有一定薪水的保障，採取三位一體的結構，要做臨床、研究與防疫，加拿大的 CDC 就是這樣做，而台灣目前連 SARS 的流行病學統計資料都沒辦法很漂亮地呈現出來，我們現在沒有足夠的人，有一些人才，但是人數和專業根本不夠。

蘇：您所謂的「統計數字」，是指什麼數據？

邱：例如說新加坡分析的很好，它的統計資料告訴我們說八成的病人沒有再傳播出去，我雖然是當時的台北市衛生局長，我很慚愧地說，如果你們當時問我，我可能一時講不出在臺灣這個數字是多少，因為底下人沒有數據，這麼大規

模的事件，只有五個防疫編制的人，真的人力不夠。疾管局有專門的疫情調查小組，也沒有派人下來支援，好像衛生局會傳染 SARS 一樣。在行政上把台北市衛生局隔離，大家就根本學不到臺北的經驗。和平醫院事件，當時應該要把北中南三地可能之後要面對 SARS 的醫生都調來，學習處理的技巧，說不定像高雄長庚醫院的事就可以避免。但是就是沒有人來學。

蘇：那麼醫院是公營或民營有差別嗎？

邱：我覺得是有差別，但和一般人以為有公立醫院防疫會做得比較好的看法不太一樣。沒經驗是公營民營都一樣，單獨看發生院內感染這件事，其實公私立的都發生，沒有倖免，和平是第一個，但是這之後，連民營的醫學中心也會淪陷，所以它的發生，好像不能完全怪罪於公立醫院體質，而是病毒有難以診斷捉摸的特性。但是在處理上呢？同樣是院內感染，關渡醫院也好，台大醫院、高雄長庚也好，民營醫院大部份處理的力量是來自他們內部的力量，認為如果依賴別人是沒有面子的事。當然和平醫院的事件因為是第一遭，大家沒經驗，恐懼也極為強烈，這大概也是很重要的因素。但我的感覺是市立醫院依賴的程度還是比較高，那這種依賴的程度不是只有 SARS 這件事，平常衛生局的技術室就常抱怨市立醫院太依賴。所以對市立醫院的經營體制，如何保留它一部份的功能任務，又能在效率上脫胎換骨，是一定要好好檢討的。

蘇：我之前曾跟賴美淑教授談到，她認為公立醫院不應民營化，因為緊急時才方便調度，這好像跟您的看法不同？如果真的是很緊急的事件的話，民營的醫院一樣有權力去調度它的人力吧？

彭：所謂的調度包含，如果是民營醫院，能不能下令叫那些醫生護士一定要來上班，如果抗議不上班的話又如何，如果是公立的話，是不是比較有可能強制？

邱：一樣啊，公立的跑的還比較多，可能還抗議得更激烈啊，有些人沒辦法到民間醫院去，留在公家醫院，但是也不肯配合公家政策，你要做，他就透過媒體和議員來對抗。這次就有一些人不肯照顧 SARS 病患，也不肯接受封院的指令，內心不平，一直跟媒體在控訴，這是長久以來市立醫院組織文化的一部份，當然不是全部都這樣，但只要有一些人，傷害就已經夠大了。也有很多人，比如說和平醫院 B 棟的員工，都還是上戰場，但是他們忙著照顧病人，哪有時間到處打手機？媒體有聽見他們的聲音嗎？當然，封院是不得已的措施，為了防止病毒向外擴散，裏面的醫護人員為社會承擔風險，這本來就不是像太平盛世裏那些可以讓員工感到高興的福利，相反的，這是很辛苦很危險的。結果，令人感慨也是敬佩的是，最危險的 B 棟，醫護人員反

而抱怨較少，穿著厚重悶熱的防護衣做危險的工作，很辛苦，仍是忍耐，甚至貼標語寫著：「我們很好，和平加油」。市府後來約談兩百多名員工，也有很深的感觸。當時對外抱怨最多的，是不願去照顧病人的醫護人員，比如抱怨說沒有給武器就要上戰場，其實是不上戰場卻要武器。那時候的確都有從外面提供啊，一千多萬元的武器都在那裡，讓醫院發配使用，為什麼會說沒有？但是較嚴密的防護器材，像隔離衣、防毒面具這些本來應該是給有照顧病人的醫療人員用的，A棟是畫為低污染區，他那邊不照顧病人的醫療人員比在B棟的人安全，就不必用到這些器材；結果有人倒果為因，說是要他們赤手空拳上戰場，外界也不去查證就一直加以報導。當時葉金川教授在裡面，他在A棟門口跟大家打招呼也是只有戴N95口罩，沒有穿隔離衣啊。這些都要照專家的建議做的。

彭：當時說什麼都沒有，但是你們好像都沒有很有力的反駁？

邱：我們有反駁，但媒體都不登啊！媒體那時每天想要知道的事情很多，但是都訴求悲情、辛辣，滿腦子要挖「內幕」，謠言謊言滿天飛，根本不負責任，我們提出的澄清根本沒人聽，還有一堆 call-in 節目每天都在罵，但我連去上 call-in 節目的時間都沒有，和平封院時幾乎都沒有睡，一直到後期，我還是每天最早凌晨三點半才可能去睡。根本沒有時間。所以我覺得危機應變應該要扁平化，指揮中心設在中央那麼高那麼遠的地方沒有用。

彭：為什麼我們在碰到這種疫情時，沒有一個所謂的「戰情中心」？

張：正常颱風來都有一個緊急應變中心，24小時隨時發佈消息，但SARS事件中央怎麼是這樣呢？沒有一個24小時的應變中心。

蘇：那是意識型態的關係嗎？譬如，覺得這是你台北市的事，如果發生在高雄或其他地方會不會就不一樣？

張：我們現在就是希望說，SARS如果可能再來，就要求比照颱風處理的方式，層級應該是行政院長，有24小時的作戰中心。

彭：居然沒有一個所謂的戰情中心，都是靠電視媒體……。

邱：那個時候官員最少也該要來巡視，但是都沒有，只有後來游院長在封院晚期帶隊來過，很多事情一問，衛生署長都不清楚，完全狀況外。衛生署，包括署長和疾病管制局局長，從三月一直到雙雙辭職，都沒有來實地視察過。



張：高雄發生時有派誰下去？

邱：馬上就派人下去了，是派政務委員，疾管局局長等人馬上就下去。

彭：需要在台灣的每個地方都有常設的準備，像 CDC 一樣備而不用，像所謂的專責醫院？

邱：我覺得如果從歷史的角度去看，比如說看一百年，這樣去設很多家 SARS 專責醫院在那邊等，應該是不太需要的，但是政府必須有辦法調度，一旦判斷情況有可能需要，就必須及早先空出空間、設備和人力。衛生署三月底在立法院答詢曾經向立法院保證，就是說疫情昇到某個等級，署立醫院就必須轉做責任醫院，所以後來和平有些病人轉到署立醫院，這是有緣故的，而且後來又緊急指定一家國軍醫院，國軍的動作很快，先開設再慢慢擴充，也是不無小補。但監察院的小組又不高興為什麼不轉市立醫院，這也很奇怪，其實當時臺北市都會（就如同香港、新加坡、加拿大的多倫多）已經是風暴的核心，臺北市所有公私立醫院都是風聲鶴唳、人人自危，再增加他們的負荷，是明智的嗎？不過嚴格來說，當時 SARS 既然來了，專責醫院是可以再早一點啟動。還有我們在做都市規劃時，應該預留一些空間作為臨時運用之途，例如軍營或醫院等，以免在人口集中的地區，緊急時找不到一個理想的地點。

蘇：我們有很多制度學外國都學得不錯，不過 SARS 防治部分，似乎是制度本身就比較不完備？很多環節以前我們都沒想過，所以邊做邊學邊補充，包括一些立法，這好像是比較特別的案例？

邱：其實還好，我是覺得那時立法有把一些情況弄得更好，但原來的法沒有那麼不足，但就是說法要怎麼用，相關細節配套的問題。比如說徵用、隔離的細節問題。

蘇：我看到立法院公報記載，當時要弄口罩，衛生署的某位官員說只要定兩萬個就夠了，後來游院長說他下令訂一千萬個.....。

邱：這也同樣是不瞭解人性。像廣東、香港，大家都搶口罩，不是政府叫大家不要戴，大家就真的會不戴，相反的既然人性如此，就要更早儲備因應。我三月底就叫負責藥政的人訂兩萬個，當時同仁跟我報告，口罩不是醫療用品，過去都不歸我們管，我和他溝通說這應該可以算醫療戰備物資，要抵禦生化戰也是要用到口罩嘛，後來同仁瞭解這對我們醫療防疫的重要性，也很努力去處理、調度。所以其實和平醫院封院那時口罩供應是沒問題，到了後來全國都短缺時，市府又透過國外的一些人幫忙運送進來。因為我們事前有訂，

所以在大家都缺貨時，市立醫院還能勉強撐過去。衛生所也是。口罩缺貨確實是很困擾，但是人心惶惶之下，口罩變成一種安心的符號，政府如果說想靠宣導叫大家不要戴就不會缺貨，大概沒有辦法。我們那時也戴口罩，還被中央的官員嘲弄諷刺，不過我們的情況又和一般民眾不同，那時因為我們常要出入接觸第一線，所以很多衛生人員都是比照第二級接觸者，戴口罩，自我體溫監測。我那時也每天量體溫，還有兩次可能是虛驚一場的狀況。大官不知道基層的狀況，是很可悲。

蘇：醫院是還好，但是民眾心裡很恐慌，因為買不到。

彭：口罩現在到底還剩下多少？幾百萬個嗎？

邱：現在這種庫存物資中央應該是已經有統籌管理。

邱：回到剛剛調度的問題。臺灣有兩個武器可以使用，一個是法令，假如現行法令對醫療人員徵調的規範還不夠強，就修法去加強規範；另一個是全民健保，只要健保要求在給付方面要顧及醫院是否有照顧 SARS 患者，多半醫院還是會收 SARS 患者，所以因為有全民健保，政府有第二個著力點，並不需要完全變成公醫制度，公醫制度事實上證明效力不彰。臺灣可維持在公營、民營醫院並存的機制下，但是不要讓私人醫院過度商業化，而且很多效率不好的公營醫院也要檢討體質或進行大力改革。

蘇：署立醫院是否是個改革成功的例子？

邱：我覺得它是一個相當成功的例子，在當初醫院營運不善時，有公辦民營的聲音傳出，許多人員因無安全感而離職，醫院因而僱用約聘人員來應付日常的服務量。人事行政局曾因為署立醫院在編制內空缺眾多卻仍聘任人員而進行調查，但為求生存，醫院仍固定約聘外來人員。事後證明當初這樣做對署立醫院現在的脫胎換骨幫助很大。

彭：那從另一方面來說，離不開醫院的人員是否代表在素質上較差，進而影響醫院的營運？

邱：其實我覺得這是領導與上層管理的問題。我倒是認為可以設計到讓約聘人員與編制人員間有良性競爭，有些護理人員告訴我，即使現在工作增加，但只要能獲得大眾對醫院的讚賞，他們仍願意辛苦工作。

蘇：衛生局在指揮調度區衛生所上有無任何障礙？衛生所人員有無義務去送便

當、物資給居家隔離的民眾？有無反彈情緒？

邱：當時有密集開會與衛生所人員溝通，以緩和反彈情緒。

黃：實際上那些送物資的人，都不是衛生所內的編制人員。

邱：衛生所是一個行政區一個，編制人員很少，後來因為隔離人數增多，也增加志工與里鄰系統的參與幫助，這是各區公所來統合，所以衛生所和區公所的互動情況各區不盡相同，有發展出不同的在地模式，但都有完成他們的任務。臺灣的衛生所制度是個非常好的制度，雖然過去曾有人認為有醫院已足夠，而有廢除衛生所制度的建議出現。但應反過來思考，預防保健和防疫很重要，不是醫療所能取代，我們倒是可以思考要不要在醫院資源中保留一塊做公共衛生的空間，而不是將原本在醫院外面、已經不足的公共衛生空間擠壓，因此衛生所反而應該擴編。

另外有人擔心台北市衛生局指揮不動醫院，其實不是這樣，在當時 SARS 期間的台北市風聲鶴唳，全世界沒有國家會把病人隨意置放在任何的醫院，如新加坡很早就指定專責醫院，以預防未知疾病的擴散，而且能有專精的醫護照料。所以那時在和平醫院的感染發生後，源頭的病人尚未查出，外面可能仍有未知的感染者，會讓其它醫院受到感染，因此在考慮動用到其他這些醫院時必須要更加小心。像最有經驗的臺大醫院，後來不是急診室也撐不住了嗎？整個國家的風險管理，最理想的方式應該是從比較不危險的地方派人去支援危險的地方比較妥當。

彭：換個角度想，若臺灣有像 CDC 的組織，萬一再有疫情發生時，經費該如何撥發，由誰來做經費統籌？是否仍用全民健保制度來支付？

邱：我覺得像緊急災害很難去預測需要用多少錢，在災難防救法中對經費核銷程序就有放寬規定，但這有兩個問題：一個是疫情不包含在災難防救法中，另一個問題是政府應向第一線救助人員許諾其經費與援的保障，讓他們能放手去做。

蘇：我覺得預算應該不是問題，好像沒有人擔心會沒有錢去處理 SARS 這種災難事件，該花的還是會花。不過臺大醫院事後抱怨健保給付的錢太少，因為 SARS 期間它損失很多門診。

邱：最近我在閱讀國外的文獻，有兩個感想：一個是關於社會的反應，另一個是與臺大醫院有關。在關於社會反應方面：新加坡第一家感染 SARS 的醫院是陳篤生醫院，有一名染到 SARS 的空姐就診，後來接觸到該名空姐的護士也

發病，但不知是 SARS 也未進行隔離，之後又有 20 幾名人員感染，好不容易控制下來，接著又重複發生，前後一共發生三波院內感染。現在陳篤生醫院被國際上認為是防治 SARS 做得最好的醫院，歷經三波院內感染，那麼多醫護人員一次又一次被波及，但是靠著他們的敬業、不退縮與國家、社會的支持，成就了新加坡防治 SARS 的驕傲。反觀臺灣，雖然政府一發現和平醫院有第一波感染就立刻處理，也把疫情控制下來，卻先是有醫護人員激情抗爭、拒絕參與照顧病人、四處控訴，繼而有政治力與媒體每天嚴厲撻伐傷害。一個三次院內感染的醫院能成為世界學習的典範，一個一次感染的醫院，卻被自己的國家把它標籤為臺灣疫情的罪人，甚至登上國際媒體被人瞧不起。差異在哪裡？是我們的防疫真的做得不好嗎？抑或是人心的病毒比 SARS 更可怕、是臺灣社會中政治的毒太深？什麼時候我們才能學會在每次的經驗中學習，而不是只會指責；讓有接觸 SARS 相關經驗的人員有機會去告訴更多醫護人員，而非一個一個南北淪陷？

彭：像和平醫院發生這樣嚴重的院內感染問題應該已有警覺，有無任何機會應立即裁示應對辦法？

邱：和平的發病很集中，是典型的超級傳播事件，傳染力是全臺灣疫情中最強的，這恐怕是主要的原因。不過還是要思考，有沒有可能更有警覺性、更早發現。比較合理的期待是在三月十八日時，那天這位洗衣工因肺炎而被送到加護病房，這是一個機會點。醫院說他原本只有發燒、腹瀉，如果真的是這樣，當然很難會想到呼吸道的疾病，但到了發生肺炎、甚至有呼吸衰竭，這時應該依 SARS 的方向去診斷、處理，有接觸過的人也要趕快展開檢查和隔離，這就是防疫有賴第一線醫療人員警覺性要高的地方。第一線很辛苦、壓力很大，但是第一線的防衛很重要。

蘇：有時在通報死亡病例的時候，臺灣會比外國保守，因為擔心許多負面效應隨之而來。

邱：這是有可能的。不過從公共政策觀點切入看 SARS 問題會較有幫助，因為有許多公共政策的基本原理可資運用，如危機處理等專業，而不只是全讓防疫人員用衛生專業來處理而已，一般來說，醫療衛生人員的政治危機處理經驗都是很欠缺的，而臺灣的問題，顯然並不是只出在防疫。

彭：您另一個關於臺大醫院的感想是？

邱：像新加坡陳篤生醫院是第一個發生院內感染的醫院，因有相關處理經驗就被指定成為專責醫院。臺大醫院是臺灣最早有處理感染案例的醫院，加上其專

業技術與應變能力，如果我們的國家及早將臺大指定為專責醫院，劃出一個空間來，給他經費上和人力上全力的支持與援，相信他們有能力處理得不錯，若照國外的經驗應是這樣。這當然是事後不斷去回想，才有這樣一個感想。

彭：所以大致可以看到說，臺灣要設立一個 CDC 和準備一個專業醫院。

邱：現在有個 CDC，但我覺得人力不夠，好的人才難尋。

彭：它是一個公務員性質的 CDC，人來人往的 CDC，不穩定的 CDC。

邱：CDC 會努力找尋好的人才，但好人才常常被別人爭取，並且也常會選擇風險較低、有發展的部門。

彭：這個 CDC 組織需不需要有醫生的資格？

邱：要有一定的醫生名額，然後在醫院、醫學院與當地衛生機關簽訂合約關係，負有防疫任務與職責。傳染病無國界，我覺得應該有專責團體來負責支援，並送成員至國外接受訓練。

蘇：在 SARS 事件過後，政府是否有對整個事件做出一個完整的評估？目前新加坡、香港、加拿大與美國檢討報告都已發表，臺灣目前尚無一個完備的評估報告。

邱：行政上有一些檢討動作，但是要有足夠水準的學術性報告尚有困難。

蘇：目前臺灣學術界對於 SARS 的探討主要集中在公衛醫療、社會學等領域，公共政策方面則尚未發展，所以對行政體系的運作的檢討比較少。

邱：這波 SARS 疫情，到現在一年的時間，香港是論文發表最多的，而且質與量皆備；新加坡的發表量較香港少，但品質還不差；中國發表的論文量多，從眾多相關的中國期刊可看出中國對 SARS 的關注，但品質良莠不齊；臺灣的論文最少，使得經驗無法傳承。當初曾打算派一組專業團隊進去封院的和平醫院內收集資料，一方面將資訊整理得更精準，並幫忙指導防疫措施，因為調查與防制是結合在一起的。結果答應進去的人，包括專家與中央機關的流行病學人員，都因故沒有辦法進去，只有臺北市衛生局的人員進去，我覺得雖然還是很有幫助，他們的勇敢和敬業也令我一直很感激，但是在流行病學的調查上，專業度還是不太夠。

楊：臺灣在面對如 SARS 這樣無知或已知的疾病，並沒有一個明確的 SOP 的應對流程，並且在面對 SARS 緊急狀態下，政府間溝通的問題該如何解決？而 SARS 期間的媒體幾大部分為聳動性的報導，對於如非營利組織幫助的正面報導少之又少，該如何解決這些問題？

邱：媒體間的競爭激烈，在題材方面自會挑取聳動有吸引力的部分，如衛生局自三月十七日每日發新聞稿，但媒體沒有太大興趣，並且媒體會分中央與地方路線來過濾訪問對象與報導內容，影響民眾對訊息的認知。

黃：在危機發生的時候，對媒體的溝通很重要，因為民眾的知識來自媒體，所以與媒體的溝通是很重要的，否則政府部門在媒體間施展不開，媒體也不清楚政府的實行作為，兩者間應做持續的溝通。另外在當時既有組織體系下，您如何形成一個可以處理的組織，協助妳做處理事務？例如成立一個小組或編制外的小組來協助您。

邱：應變的準備作業是重要的，光防疫的應變作業是不夠的，所以包括中央到地方的人力，國家應該要注重養才，讓其長期做防疫與相關行政的工作。當初是有成立中央與地方防疫小組，想要讓中央與地方共同合作，但在人力協助的奧援上幫助不大。

## 附錄四：葉金川先生訪談記錄

時間：2004/05/10，17:00-18:00

地點：財團法人董氏基金會

受訪者：葉金川（財團法人董氏基金會執行長）

與談人：蘇彩足（臺灣大學政治學系教授）

彭錦鵬（臺灣大學政治學系副教授）

孫 煒（臺灣大學政治學系兼任助理教授）

高正佳（臺灣大學政治學系碩士班研究生）

蘇：請問葉執行長認為在這次 SARS 事件中，行政體系有何需要檢討之處？

葉：我認為主要在領導的部分產生了問題，中央和地方其實並沒有多大的衝突。並且在這次 SARS 事件互動關係是否良好的認定上，很難用組織觀點去描述中央與地方的互動，反而是在位者的領導與互動處理的方式佔了更重要的影響因素。當時涂醒哲的領導風格屬於激進派，會影響到中央與地方的溝通，所以這是雙方面的性格與互動問題。再加上疾管局大多是屬於高度專業的人員，但卻未有足夠行政經驗，即使在 SARS 發生前，疾管局已具有處理如登革熱、腸病毒等疾病經驗，但仍缺少行政經驗，所以專業知識與行政管理之間形成斷層，大部分的領導人員還是得從實務經驗中學習管理。

彭：所以葉執行長認為衛生主管人員應加強管理訓練？

葉：是的，衛生主管人員應該具備一般管理技術的常識與能力，而不只是具有專業知識。

蘇：那公衛體系有注意加強這方面的管理訓練嗎？

葉：公衛體系所謂的管理比較多是關於醫院機構的內部管理，而我所指的是在公共事務中專門關於「人」方面的管理，如組織管理、危機處理與媒體關係等。

彭：在處理重大疾病事件時，理論上應由中央疾管局指揮所有事宜，但這次 SARS 事件中，疾管局與台北市政府卻因相異的主張而產生政策分歧的局面，對於這樣的情形，葉執行長的想法為何？

葉：這主要是判斷認定的問題。

彭：從專業的角度來看，判斷的困難度很高嗎？

葉：可能是未預想到民眾恐慌的程度如此嚴重，當初做決策的多是病理、病毒與流行病學的專家，受過行政訓練的主管人員較少，所以根據專業知識所做出的決策未能確切處理好民眾與媒體關係，使得決策因為無法解決現實環境中民眾的恐慌問題，而對決策效能產生影響。

蘇：有人認為此次 SARS 的恐慌主因是台北市政府的失策造成，例如台北市政府強制搭乘大眾捷運系統須戴口罩、又如中央規定體溫三十八度為判別發燒篩檢標準，台北市政府卻更嚴格地以三十七度半為判別標準等，這些限制措施是否過度，以致於形成民眾不必要的恐慌？

葉：我認為這是態度的問題，在不確定的急難事件下處理的風格型式，所以要看民眾是否因這些措施而恐慌，還是即使沒有這樣措施也依然會恐慌。政府應該要去了解多數民眾的反應為何，並告知政府已做了那些防治行動以使民眾安心，危機處理的工作最重要的就是在溝通，要看溝通責任到底是歸誰負責。

蘇：我曾請教台大公衛所的教授，有人表示當初 SARS 發生的時候，疾管局已有許多專家已判斷 SARS 並非那麼嚴重，若為如此，那當時為何不早些公布這些相關資訊來降低民眾的恐慌呢？

葉：這就是判斷錯誤的問題。疾管局的人多從專業角度來判斷 SARS，而沒有從民眾的角度來進行溝通。

彭：但倘若今日又發生如 SARS 的事件，即使已告知了相關資訊，民眾仍很有可能產生恐慌。

葉：確是如此，所以不能說所制定的防治措施是過度或是不足，主要還是在於溝通的問題。當時在 SARS 事件中，組織並沒有問題，是在和地方、民眾與媒體的溝通上產生了問題，如果那時可以處理得更適當，則恐慌的情況可以減緩，我認為這個責任中央要付七成責任，地方要付三成責任。

彭：和其他發生 SARS 的國家，如香港、新加坡等國比較病例、死亡率，台灣的情況並非最嚴重，但為何台灣民眾的恐慌程度卻如此高？還是其他的國家民眾也是有相同的恐慌現象？

葉：新加坡沒有那麼嚴重的恐慌現象，但香港則有，他們的民眾在當時也是恐慌



地四處躲避 SARS 疫區，這跟危機處理的方式有關，香港的處理也拖延了一陣。

而台灣的狀況，媒體不斷地播放非經證實或非專業人員提出之訊息是造成恐慌的主要原因之一。當時我進入和平醫院的工作除了在指揮與組織外，每天只開兩次會，其餘約有七成的時間都在與媒體溝通處理的狀況，希望給與媒體充分的資訊溝通後，能減少傳遞恐慌訊息的報導。

彭：如果再發生像和平醫院封院的狀況，從機制的角度來看，是要由何者來負責封院的事宜？

葉：理論上應該是 CDC，他們應第一時間來接管處理。

蘇：在這次 SARS 事件中，有人認為台北市政府的資源已足夠應付封院的處理，為何還要讓中央來接管？是否與台北市無法調動醫院協助有關？

葉：這樣的說法是對醫療體系不了解，單靠台北市的力量是無法推動的，因為許多醫院都屬於中央管轄，需要中央的協調。至於台北市政府是否指揮不動醫院的問題，這與醫界生態有關。

彭：理論上由 CDC 接管後，若再爆發疫情，是否下令各大醫院支援時，需要行政院長來幫忙協調？

葉：是需要衛生署的幫助，CDC 只是個技術幕僚的角色。

彭：那在 CDC 之上，又是那個機制來負責？

葉：由衛生署來負責。但醫院或隸屬於教育部、或隸屬於軍隊、國防部與輔導會等，衛生署長只能扮演協調的角色。所以理論上要成立一個危機處理小組，不一定要行政院長負責，可以授權給如行政院秘書長或政務委員負責，若他們對相關事務也不嫻熟，可以授權給如李明亮等專家負責。後來由李明亮領導的行政院 SARS 防治及紓困委員會就運作得很順暢，透過新聞局與媒體的協調，於每日定時的發布訊息，減緩了恐慌現象，其實這樣主動的對媒體溝通一開始就應該進行了。

彭：所以如果現在再發生類似的事件，在現有機制與法律的規範下，是否溝通的問題能減少？

葉：法律方面，後來有修訂了一些關於媒體報導的法規；至於機制的部分，像行

政院 SARS 防治及紓困委員會就不只負責對外媒體的溝通，對內也分成許多小組來進行溝通協調，七月份時陽明醫院傳出 SARS 病例時，這個小組就能順利地解決，顯示出這個機制的成效。

蘇：請問當時為何要把和平醫院內的 SARS 病患分散送出院外治療，這是不得已的措施嗎？為什麼不集中治療呢？

葉：外國專家也是建議讓病患留在院內治療，不過這是不了解醫院的狀況。因為當時雖然有設備送進醫院，但設備與能力仍不足以應付增加的病例，所以決定疏散病患。那時決定送至已清空並準備妥當的國軍松山醫院，美國 CDC 的三位專家有先去觀察國軍松山醫院的環境是否適合作為疏散醫院，確定環境允許後才遷移，所以這個決策是沒有錯誤的。

蘇：但後來監察院的糾正文與醫界卻認為應該將病患留在院內，而非外送至其他醫院？

葉：這就像是在打仗的時候，在戰區現場與中央指揮的觀察角度不同一樣，那時候在醫院的狀況是一天增加二十幾個病患，到了累積到一百多個病患時，醫院內處理的能量都已不足。

蘇：加上又無充足的醫護人力願意入院支援治療吧。

葉：所以這是多重的因素影響，最主要是病患增加的速度，以這樣的速率倒不如送往院外，治癒的情形會比較好。

彭：當時葉執行長曾說在和平醫院 B 棟的人員因為被限制留在 B 棟，所以不會產生院內感染的風險。但後來有人提到在 B 棟的人員事實上仍有在各棟走動的情況，這樣的現象是怎麼一回事？

葉：會有人從 B 棟出入，例如我就是啊，但是需經過一定嚴格的把關程序才能進入 A 棟。能夠這樣進出 B 棟的人員，理論上屬於主管級的，如內科主任、護理主任等；另外一種是被派進去 B 棟的人員，而且事後只能留在 B 棟，事實上能走動的人員絕對不會多。

彭：到底 SARS 的傳染力有多強？

葉：在很接近的距離內，發燒期的患者咳嗽時，可經由飛沫傳染。事實上 SARS 的傳染力比流感或麻疹低，是因為後者的病毒潛藏在上呼吸道的氣管表皮，

而 SARS 病毒是在於下呼吸道中肺的間質裡，患者需要累積至一定的程度才會將 SARS 的病毒傳染出來，不過因為它的致死率高達 10%，所以讓民眾感到恐慌。

蘇：那和平醫院如此高的死亡率是因為一開始混亂的狀況形成的嗎？

葉：的確一開始混亂未知的狀況，使得治療步驟未能按部就班進行，但這情形在我進入醫院時已就緒。

彭：如果醫生診斷不知患了有 SARS 的病人，那是否必會被傳染到 SARS？

葉：那要看那位 SARS 患者在發病期的那個階段而定，因為 SARS 病毒是隨著各個不同階段呈幾何級數成長，在某個階段 SARS 的傳染力會非常強。

孫：葉執行長剛所提到的，因為行政院成立了 SARS 防治及紓困委員會，將事權統一在中央，所以後期在處理 SARS 問題上較不混亂，但整個行政院防疫體系實際上是非常的龐大，您可否評估一下這個行政院 SARS 防治及紓困委員會在防疫體系中的角色？

葉：由李明亮負責的行政院 SARS 防治及紓困委員會的工作主要有二：一是佈達；二是溝通，並不是一種決策性質的小組。那時 SARS 期間每日在 CDC 樓下召開的會議，包括顧問、醫生就有將近五、六十名人員。而每晚八點在衛生署開的小型會議則是決策的性質，參與開會人員包括行政院秘書長、總統府代表、疾管局局長、學者專家與衛生署核心官員等。

蘇：最後請教您關於醫院營運性質的問題，目前公立醫院有越來越趨商業化的傾向，這種狀況或許也影響了這次對 SARS 疫情的處理，因為若不是在強大商業化業績的壓力下，或許公立醫院不會把 SARS 的患者往外推。如果真的有這樣的影響，那麼我們還需要鼓勵公立醫院商業化與績效掛帥嗎？

葉：我認為公立醫院民營、法人化等決策是錯誤的，就我所知，現在公立醫院每年接受的補助款不超過二百億，這樣的款數不算多，因為這樣政府至少可維持控制約三成的醫院作業量，才不會造成私人醫院聯合壟斷的現象，二百億的補助款僅佔所有醫療費用支出的 3%，即可以掌控約 30% 的醫院業務量。對我而言，寧可將公立醫院收歸國有，而不要具有太濃厚的商業色彩。就如同大學法人化，學術營利化的美國風格是否適合台灣，我是持存疑態度的，會不會因小失大而影響到教育的本質？而醫療比教育不幸，現在已經形成營利化的現象了。

彭：目前公私立醫院的比例約是多少？

葉：現在私立、公立醫院約七比三的比例已是適當，不應再縮小公立醫院的比例，否則無法產生制衡的效果，現在醫療體系已有寡頭壟斷的現象。

彭：若把私立醫院七成的比例再分給幾個大的醫院壟斷，在健保的體系下公平嗎？小型醫院又要如何與大型醫院競爭？

葉：這樣的情況演變到最後會剩下幾家主要的財團醫院，小型的醫院會被併購進去。

彭：若從私人企業的角度來看，這樣的情況享有規模經濟的利益也是不錯？

葉：就跟航空公司的情況相似，最後只有幾家主要的公司在營運，但要預防的是，在只有幾家營運的狀況下，會不會產生有寡頭壟斷的現象。政府要有能力去處理寡頭壟斷的現象，不要放任不管醫療營利化的問題。

## 附錄五：慈濟基金會訪談記錄

時間：2004/05/05，17:40-18:40

地點：台北分會靜思堂／慈濟文化志業中心

受訪者：羅美珠（慈濟北區急難救助隊副召集人）

王文茜（慈濟文化志業中心秘書室）

李玉華（慈濟社福組組長）

與談人：孫 煒（臺灣大學政治學系兼任助理教授）

高正佳（臺灣大學政治學系碩士班研究生）

孫：這次 SARS 事件中，慈濟盡心盡力在各個層面的援助上，可否請羅師姐談論在整個事件中，慈濟在救助工作、政府與其他非營利組織的互動情況是如何？

羅：從非營利組織的觀點來看，不論各種大小的災害，對於證嚴上人與慈濟每個成員來說都是非常重要與十分關心，而這次 SARS 的事件帶給我們的亦是一個寶貴的經驗。

慈濟於民國九十二年四月二十六日於台北市和平醫院設站，在與政府的互動方面，在約兩年前台北市社會局就已積極地想結合各式的民間團體，間中也曾開過幾次與如何整合民間團體資源的會議。因此在現場設站時，有社會局、指揮所等政府組織，慈濟與其他的非營利組織採配合的作法，如法鼓山作單純傳遞隔離物質工作，慈濟所做的工作則較廣，如接到和平院內的物資用品需求後，再聯絡社會局協助。

當初雖已花幾百萬購買民生日常用品運往和平醫院內，但仍有需求的求援電話不斷出現，顯示在當時的狀況下，在物資運送、供給等資訊上並不明確。以往慈濟在輸送物資上是採取單一窗口，但在這樣的慌亂狀況下，只得降低單一窗口的要求，只要需求的物資不要重疊即可，到後來，和平醫院也漸形成一個具秩序性的程序。

慈濟在三十八年的救助經驗中，從未經歷過瘟疫，也不知道該怎樣進行，後來從救助 SARS 過程中發現，一個慈善團體主要可以做得地方在撫慰、物資與自愛愛人等三方面：

（1）所謂的自愛愛人即是在如何宣導愛護自己即愛護他人的觀念，因為那時有兩個現象：不是太恐慌就是無危機意識，所以慈濟在各社區宣導相關 SARS 資訊。而慈濟這樣大的組織，如何照護好會員自己的健康亦是防護要務之一。在保護他人之前先保護自己，就是證嚴上人所說的自愛愛人。那時慈濟有發三好：發好願、說好話與做好事，上人也在大愛電視台呼籲民眾要

感恩被隔離民眾；慈濟亦做社區關懷工作，運送物資給被隔離民眾，希望能給予被隔離民眾正面的關懷，並透過製作菩提葉與靜思卡，在背面印上台北分會、協調中心與大愛電視台臨時的愛心專線，若對 SARS 資訊有需求的民眾，均可來電尋求關懷，並錄製傳達關懷內容的光碟給和平院內人員。

(2) 在物資方面：發展出生活包，內含至少十六種日常用品與撫慰心靈的書籍與 CD 給隔離民眾，約送出一千多份。生活包的發放是慈濟從運送物資中學習，才發展出符合隔離民眾需求的生活包，而不再只是單送特定物品。另尚自製漂白水、酒精等消毒製品與防護面罩，慈濟也分送給檢查人員、消防人員、醫護人員與隔離民眾。能夠這樣成功推動物資的運送，歸功於上人在八十五年推動社區志工與慈善國際化，現全球五大洲均有慈濟人，讓平安的人可以幫助苦難的人。全球二十八個國家物資，如口罩、防護衣、面罩、溫度計等運送來台，慈濟將這些物資親自由志工分送台灣八十七所有需求的醫院。

(3) 在撫慰的部份，尤其是對於醫護人員。當時的媒體應扮演教育民眾的角色，但媒體卻將焦點放在對醫護人員負面的評價與 SARS 相關的負面報導。其實當初有許多如基督教、天主教團體在晚上唱聖歌給醫護人員加油打氣等正面鼓勵。

王：慈濟也有在替代役中心進行「愛灑人間」的活動，進行唱歌與觀看上人鼓勵談話的錄影帶，並在安全的距離進行對話，給予鼓勵安慰。

孫：從羅師姐的談話當中知道，慈濟在此次 SARS 過程主要分成心靈撫慰與物資輸送兩部份，這段時間約是進行多久？

羅：四月二十六日於和平醫院外設站，大約有十天，後來將站撤至台北分會，成立協調中心，至六月中旬撤除。當時關懷的不只是和平醫院，如仁濟醫院也是，慈濟對於各個需要物資與撫慰的人員都極力幫助。尤其是對於處於第一線的醫護人員，慈濟傳送正面的關懷，形成一種愛的循環，期望獲得鼓勵的醫護人員再幫助其他需要幫助的人。

孫：那台北市社會局在這些協助的過程中，所扮演的角色為何？

羅：台北市社會局是非常有心，而慈濟也努力配合，但政府並不似民間靈活，需要往上層級報告。

孫：政府有其層級體制，並不似慈濟這樣具效率與機動性？

羅：救災就是要救急，如九二一救災，慈濟就展現了相當的機動性，民間慈善團

體的機動與靈活是救災的關鍵。對於台北市社會局的指示，慈濟是非常尊重，我們只是一個民間慈善團體，對於 SARS 如此重大的災疫，不是單靠民間慈善團體就可解決，我們就能做的範圍內盡力去做，並沒有與其他政府單位或非營利組織相爭，而是在扮演一種補不足的角色。社會局也瞭解民間的力量是很龐大的，所以積極地欲整合民間團體力量。

孫：所以政府也有向慈濟進行聯繫？

王：不僅在災害期間，平常也有聯絡。

孫：是只有社會局？還是尚有其他單位？

李：如民政局與消防單位等等。

孫：互動的狀況是如何？是請求援助或是限制的形式？

羅：不會以限制的形式。對於救災行動，慈濟都是採取主動，往往到了災害現場，都與當地各救助團體互相配合，因為大家的目的都是為了救助。

孫：那慈濟在這次 SARS 救助過程中與其他的非營利組織的互動如何？

羅：面對這次未知的 SARS 疫情，參與的團體較少，但相對的接觸的人少對防疫工作進行會較順利。那時如法鼓山、其他宗教團體多進行消毒、撫慰工作，而值班工作則因慈濟的人力較充足，因此負擔起二十四小時的值班工作。

孫：若跳脫此次 SARS 事件，在平常救助的事件中，慈濟是採取主動的角色或是經由政府提出要求請求協助？

羅：慈濟是採取主動的精神，而且慈濟最不同的是在於替災民設身處地的心境，這是由於上人的遠見與慈悲心，如九二一地震救災時，所建立大愛屋與認養五十幾所倒塌學校的工程，以設身處地的救災心情建設災民所要的環境。

孫：慈濟和政府不同的地方在於與服務對象直接的接觸，因此能比政府機關更了解服務對象的需求。而上人是慈濟精神的領袖，是否也是決策者，其所給的指示是否相當具體？

羅：主要是靠著社區志工網的運作，上人非常尊重志工，因為一個人無法做盡天下事，慈濟所有的資源是來自會員，而由志工去整合與處理這些資源，做為

慈濟心靈領導的上人更是親力親為於各災區工作的巡視與執行，也激勵起當地災民的心情從事救災工作。

孫：從慈濟諸多寶貴的救災經驗來看，若要對政府的救助行動提出建議，您會提出何種建議？

羅：政府有其努力的部分，但例如在有跨縣市的災害發生時，各縣市政府並無法充分協調幫忙，這是很可惜的。

孫：是否覺得這是由於不同行政區的本位主義所引起的？

王：政府的行動畢竟沒有像慈濟這類的民間團體那麼容易。

羅：不過在例如納莉風災，高雄市市長謝長廷北上幫忙，與九二一地震時，台北市政府下南投幫忙，皆是很好的範例。若能跳脫行政區域來幫助災民，那麼對於救援工作將有很大的助益。

王：不過經過幾次救災的經驗後，縣市政府與社會局不論在平常或災害時都會很主動與民間機構聯繫，這樣能夠充分利用民間機構資源的情況是不錯的。

孫：所以政府會主動聯絡，慈濟也會善意的回應？

王：是的，例如政府會在第一現場分配民間團體救助工作，彼此支援。

孫：就慈濟來說，其本身吸納相當多的資源，對其他的非營利組織形成不小壓力，對於這樣的情況，慈濟是怎麼樣的看待？

羅：現在發心人士眾多，是經由慈濟多年來將取之於民，用之於民的觀念宣導之努力結果，會捐款給慈濟的人亦會捐款給其他組織，慈濟並非在壟斷資源。現代人是有智慧的，在捐款的時候會評估此慈善團體是否有在經營。

王：以九二一來說，我們是邊建大愛屋邊募款，並非先有款項才動工，希望工程五十所要的八十億經費在三年內募款完成。在籌措經費的過程，是一種開發社會資源，如國外慈善募款的活動般，是把餅變大而不是壟斷資源。

羅：在海外的資金分為救難資金與建設資金，前者是用在當地，而後者是寄回台灣。如九二一希望工程的款項有四分之一經費是由海外人士捐款，所以慈濟是將資金引進來，並不是只將資金用在國外救助。



孫：在責任的方面，在捐款後會否給捐款人關於執行成果的書面資料？

王：捐款人可以指定款項用途，並於捐款後給予收據，至於關於成果的書面資料則有困難，因為一項救助工程很大，無法確切地劃分出何種款項用於何種建設，除非是很小型的工程。

羅：慈濟獲得的資源都回饋在社區，所建立的醫院或學校並不是屬於慈濟的財產，建設的主要目的是在於撫慰與教育人心。

孫：最後請教在這次 SARS 期間，慈濟所發放物資總共支援了多少機構？

李：這次在支援物資方面主要在北部地區（新竹以北），以支援的機構單位計算，包括了 37 家醫療院所、5 個隔離安置點、12 個警消分局（以上是保守估計）、6 個社福單位與 14 家慈善團體。

## 附錄六：張璦文女士訪談記錄

時間：2004/08/30，12:00-14:00

地點：北市愛國東路 100 號

受訪者：張璦文（中國時報醫藥組記者）

與談人：蘇彩足（臺灣大學政治學系教授）

孫 煒（臺灣大學政治學系兼任副教授）

張幼人（研究計畫助理）

高正佳（臺灣大學政治學系碩士班研究生）

蘇：想先請教張記者，您在 SARS 疫情的採訪過程中，有那些比較深刻的感想？

張：那我先就整個採訪 SARS 報導的過程做個漫談。我覺得在其中最大的感想就是，身為媒體角色的我可以在疫情報導上處理得更好，但這是件很不容易的事情。當初臺灣在九十二年三月十四日出現的 SARS 第一起勤姓臺商病例，那時還沒有 SARS 的統一名稱出現，我們多採用廣東肺炎、非典型肺炎等名稱，媒體甚至連醫學專家都對 SARS 的病毒性質與傳染途徑都不清楚的狀況下，所報導出來的新聞內容也充滿了不確定性。因此，一方面除了在科學上對 SARS 的不瞭解，另一方面這也是一個正在進行的事件，沒有辦法看出整個事件的全貌，即使那時的疾管局也是每日在做疫情調查，我們媒體也同步跟著這些疫情調查報導，但疾管局的調查有一定的程序與模式，媒體因為有每日截稿的壓力，所以無法配合疫情調查的進度，每天一定要有相關的報導給讀者。因此媒體無法被動地等待相關官方單位發布消息，而必須主動地去發掘新聞，在這過程中，我是認為存在很大的資訊落差與錯誤的風險，其實站在衛生署的角度來說，它必須要有科學查證的確實結果才能發布消息，但媒體的報導生態卻有時間上的限制，不能確實地處理資訊的真實度，這是我覺得很無奈的地方，事後回想起來也覺得如果事件再重來一次，雖不見得有把握會處理得更好，但起碼可以從這次經驗學習。

蘇：現在媒體競爭的情勢十分激烈，特別是在面對像 SARS 這樣重大的新聞報導上，像這種競爭新聞消息來源，卻無法確實處理消息真實度的情形很難改善嗎？

張：SARS 很特殊的是，它不同於以往的疫情事件。以往的疫情若能報導超過一個星期就是一個很重大的事件了，通常一個能報導三、四天的疫情事件，就算是強度很強的新聞，而 SARS 持續三、四個月的報導規模，讓媒體競爭的

模式也會產生改變。在 SARS 長期的疫情中，常會有許多的轉折點，每一個轉折點都是各家媒體競爭的機會點，因此作業方式不像以往有急迫的時限壓力，在後期處理 SARS 資訊時，媒體會評估所得資訊對整個 SARS 疫情有何影響，就以我服務的報社為例，在後期我們就有許多相關的檢討報導，我認為媒體在此時有了自省的舉動，從這次 SARS 的報導中都獲得許多的經驗與啟示。

蘇：您認為在 SARS 新聞報導上，平面媒體和電視媒體有何不同？

張：電視媒體能很迅速地每日報導疾管局最新的疫情統計消息，這是一定會做的報導，平面媒體也是會做這類的報導，但我覺得電視媒體本身對平常醫療生態與醫院營運沒有深度瞭解，因此在如 SARS 事件的報導上，很難有全觀與深入報導的切入點。在報導來源上，除了被動接受疾管局的訊息外，就是訪問 SARS 的受害者，很少討論到疫情的深入發展，多是報導來自受害者對如醫療資源缺乏、隔離措施不當等個案單方面控訴。

蘇：很多人認為此次 SARS 事件引發過多無謂的恐慌，而且他們認為，媒體每日連續大篇幅的報導要為這次無謂的恐慌負起部分責任，您以為如何？

張：我覺得把媒體當成是恐慌的觸媒，這種說法是太簡化了。就我自己而言，在多數處理 SARS 的消息時，我是很冷靜，但在幾次關鍵的事件點上我也是會很緊張，例如有一次在五月中臺大醫院在晚間召開記者臨時會，在這種時間點上召開會議就讓我非常恐慌，認為如果身處臺灣防疫後盾的臺大醫院都發生事情，那麼臺灣在處理 SARS 的防線就崩潰了，在醫藥圈跑的記者都有這樣的擔憂。那天臺大醫院的記者會是宣佈急診室停診，但臺大醫院也是承受很大壓力，原本衛生署是不要臺大醫院開這個記者會，怕引起社會的恐慌，但臺大醫院為了保護院內員工的安全，還是宣佈急診室停診的消息，在開記者會前，臺大醫院還是有向行政院先報備。那時臺大醫院召開記者會時，是由副院長召開，希望降低層級以減少恐慌，但臺大前院長李德源院長是在院長室全程觀看記者會，不斷地打電話告訴副院長該說什麼，其實臺大醫院也是很恐慌的。所以很多的論調認為 SARS 引起許多不必要的恐慌，他們應該回到當初事件發生的原貌，那時我們對許多事情是未知的，對可能產生的傷害難免都會害怕，我所採訪的處理 SARS 專業的醫護人員都不能避免地有情緒緊繃的現象，在當時事件持續發展的狀況下，很難不會有情緒上的反應，如果事後從外圍的角度談恐慌的問題，我還是認為要還原到當初的情境。再說由媒體造成恐慌的現象，這是個很複雜的問題，不能說民眾的恐慌全是由媒體造成。再說疾管局的態度很有趣，它們其實希望藉由媒體呼籲民眾，甚至有時覺得讓民眾多擔憂疫情的態度是有助於防疫，寧可過而不要不及。

蘇：我們之前曾舉辦一次 SARS 的小型專家座談會，其中疾管局人員認為他們已經做過專業的評估，認為應該可以控制住疫情，疫情應該不會到達很嚴重的程度。我不解的是，既然有專業的認定，為什麼這類的消息沒有適時的透過媒體發佈出來，讓社會大眾減少恐慌呢？

張：我覺得事情不是這個樣子，很多人有問過為什麼有些疾管局所告知和一直強調的消息，我們都沒有批露出來，這當中有兩個主要問題，一個就是疾管局講的消息與媒體想要的消息之間有落差，有時疾管局散佈的新聞強度不夠強，這不代表媒體一定就是要聳動或負面的消息，但是媒體希望能有掌握 SARS 疫情進展的關鍵消息，例如高雄長庚醫院爆發疫情，這代表了 SARS 疫情蔓延到南部，媒體們當然會報導這類 SARS 進展的新聞，而如果同時有疫情控制良好的消息，媒體當然會選擇有疫情爆發的新聞，這是媒體報導的邏輯，會選擇競爭強度強的新聞來報導，這是一個問題；另外一個問題，讀者對於資訊的接收會有選擇性的理解，而有不同的認知結果，通常讀者會選擇強度比較強的新聞，而這類的新聞都是負面的新聞。很多人都會問媒體為什麼不多報導正面的新聞，其實媒體是有在報導，只是讀者在選擇訊息閱讀上還是多偏向注意負面強度的報導，這種狀況不只在臺灣，世界各地都有這樣的狀況發生。

蘇：有些人認為在處理 SARS 疫情的過程中，疾管局在專業部分做得不錯，但在像與跨部門、媒體與民眾等溝通上做得不是那麼理想，因此我想請教一下，究竟我們政府機關與媒體的互動關係是否良好？

張：我想諷刺的一點是，那些批評疾管局做得不好的人，可能都沒有疾管局做得好，因為我覺得那些認為疾管局做得不好的人，是以結果論來看整個事件，覺得媒體的報導不好，就接連地認為與發佈消息來源的政府機關關係不好，這當中其實不是必然的關係，真正影響媒體報導的變數太多了，至於和消息來源的關係互動而影響報導，這是很微小的影響因素。我們都認為疾管局是目前衛生署中資訊管道最透明、官員最好找和最配合、能清楚地向媒體解釋事件的單位，因為疾管局處理大小疫情的經驗很夠，和媒體接觸的機會也多。

蘇：但我記得疾管局的人員說過，他們專業的認定結果與媒體的報導有落差，所以有人認為這就算是一種和媒體間產生溝通不良的問題。

張：當時許多人以為，媒體報導的內容若和疾管局的專業認定不一樣，就表示疾管局對記者的溝通有問題，其實影響媒體報導內容的因素太多，絕非「溝通不良」或「關係不好」一句話就能概括。因為媒體不會只滿足於一個消息來

源，當時SARS專家會議成員們的意見已無法完全統合，儘管有統一發言人，但媒體會去問其他成員或非專家會議成員的其他專家的意見，這種採訪作業模式並非官方所能掌握。

孫：我們這次的計畫有探討到各國政府對SARS的處置狀況，其中關於與媒體的關係主要有兩類：一種是像新加坡在政治上較威權的國家，它們非常強調對媒體的管制，在SARS期間還專門設置一個電視頻道由政府發佈SARS相關消息；另一個就是加拿大的媒體，在報導SARS新聞時和政府之間的互動就沒那麼頻繁。我想請問的是就臺灣而言，平時媒體與政府機關的互動關係為何，是一種不相往來的關係還是一種夥伴的關係，甚或是管制的關係，在發生如SARS重大的事件後，兩者間的關係有無改變？另外在像SARS等重大疫情事件發生時，疾管局如果設置一個高層級的專門指揮中心，對媒體間的溝通會否有強化的功能？

張：媒體和政府間的關係，我就針對平時醫藥記者和衛生署間的關係來說，其實在平常間的互動就很多，當中也會有一些很微妙的變化，例如和每屆衛生署長對媒體報導會影響署務的認知有關，有些署長希望對媒體有個統一的發言管道，而不是私下個別採訪的型式，這些都會影響到關係的模式，和媒體之間相處也都會有一段調適期。總體看來，衛生署和媒體間的關係長期以來都還不錯，沒有太大的改變，兩者會有緊張的時候，通常是在疫情發生的時候，媒體會去探討疫情發生的原因和責任歸屬問題，這時彼此的關係是會比較緊繃的。平常的新聞則兩者關係較穩定，偶爾一些比較敏感的議題報導，例如最近的減肥藥事件，衛生署在管理這類產品的績效不是很好，我在報導這類消息時，雖然會和衛生署的相關人員的關係有些緊張，但大家都瞭解這是對事不對人的報導，會相互體諒這是職責所在，對彼此間的關係並沒有太大的影響。這樣一鬆一緊的關係，和新加坡高壓的媒體政策相比，在臺灣衛生署對媒體的關係是沒有這樣的情形發生，衛生署知道媒體是沒有辦法來控制的，他們會希望瞭解媒體想要報導何種類型的新聞，盡量滿足媒體的需求，能夠適度地去表達衛生署想要表達的訊息，衛生署也曾找媒體去上課，告知它們該如何寫新聞稿與媒體採訪的邏輯為何，衛生署是想要瞭解媒體與站在一種互利的態度來對待媒體。

孫：SARS疫情在最嚴重的時期，本來是由衛生署處理SARS的事務，後來又有行政院跨部會的小組來處理，這兩個單位在性質上有何不同嗎？

張：其實他們把層級拉至行政院後，開會也都是在疾管局，跨部會確實有其需要，因為那時單一部會的首長並沒有那麼大的能力去執行所有防疫的問題，是需要別的單位來共同支援的，因此跨部會小組的成立是因之那時擴大疫情而有

成立的需求。至於對媒體報導來說，並無多大的不同，因為跨部門的會議也都是在衛生署開會，基本上，跨部門的論調都是衛生署這邊所提供的。

蘇：除了媒體與衛生署間的相處關係外，臺北市衛生局的部份，其和媒體的關係又是如何呢？

張：每家媒體都會有專門負責臺北市政府的記者，他們和臺北市衛生局的關係也都很密切，在臺北市 SARS 疫情爆發的時候，其間的往來自然更頻繁了。

孫：這次的 SARS 疫情是一種從未發生過事件，事後媒體有無因應這次疫情而做出檢討或發展出一套應對模式來面對下一次像 SARS 的突發事件？

張：媒體好像沒有做這類的檢討，在 SARS 疫情後有許多的研討會來檢討疫情，但媒體多是以被動邀約的角色參加，在這當中，我是沒有看到媒體自我主動檢討的部份，好像只留在醫藥記者的心中去想這類的問題。

蘇：在我們的訪談中發現，有人認為這次政府處理 SARS 疫情的專業性不夠，甚至是政治性凌駕於專業性之上。這些政治性的影響力會否也影響了媒體的報導呢？在平時，媒體與立法院的關係是如何的呢？例如，立法院在審查醫藥相關法案時，媒體會參與整個法案的進行過程嗎？

張：每家媒體的分工都不太一樣，看跑立法院的記者對哪些議題比較有興趣，通常報導的內容不是法案就是口水戰。早期跑立法院的記者沒有那麼多的能力，遇到專業的領域要找其他記者的幫忙，現在的記者幾乎都一手包辦了。至於醫藥記者和立法院的關係就沒有那麼密切，但 SARS 期間的消息很多都來自立法委員，因此那些原本跑立法院的記者在 SARS 期間也活絡了起來。當時親民黨發布一個 SARS 七十二小時內幕的消息，親民黨立委們將和平醫院爆發院內感染後七十二小時的事件重新定義，而這個版本和疾管局的版本不一樣，因為雙方認知有差距，但立委的版本在當時儼然變成最有公信力的說法，在第一時間主導整個事件的詮釋，事後不太容易推翻這個版本，這讓我們跑醫藥的記者有些洩氣，認為在第一線跑的我們，反而不如跑立法院的記者得到相關 SARS 的消息。

蘇：有一陣子，中央和地方政府隔著媒體放話，這種政府機關不依循官僚體系溝通管道、而藉媒體隔空喊話的方式，媒體人的想法為何？

張：我覺得這是件很悲哀的事情，以去年和平醫院封院的事件來說。當時在四月二十三日的幾個重要日報都報導和平醫院封院的新聞，這是整個疫情中最關

鍵的部分，在此之前 SARS 的病例都是零星的個案。而和平醫院的疫情消息來源是從四月二十二日的晚間，有好幾個日報的記者接到衛生署高級官員的電話，他告知當天晚上衛生署已派專家小組進駐和平醫院，經過調查確實有發生院內感染的現象。這位高層官員告知這個消息的用意，是認為之前臺北市衛生局長邱淑媿砲轟中央處置 SARS 不當，結果現在臺北市管轄的和平醫院出現問題了，證明台北市自己也沒有做好，沒資格批評中央。其實在我看來，和平醫院爆發院內感染難道只是臺北市的責任，衛生署就沒有責任嗎？當然那位透露消息的高層官員可能在那時也比較樂觀，不知後來的疫情會那麼嚴重，才會以那種態度來告知這個消息；另外邱淑媿的一些言論也是很有爭議，她常說些似是而非的論調，很能討好一般不清楚事件的民眾，但卻讓疾管局的官員不能諒解。總之兩邊都有自己的政治立場，這樣的狀況下去理解對方的說法，難免會有政治立場偏差的扭曲。

蘇：我有一個疑問到現在還不知道是誰的說法對？邱淑媿局長曾說，當時一直向中央要求支援，中央不理會；可是另一方則說台北市擁有最多的醫療資源，還要向署立醫院要求協助是很可笑的；葉金川先生則說，認為台北市擁有最多醫療資源的人，是對台灣醫界的生態不瞭解。到底當時台北市有沒有辦法獨力處理 SARS 事件呢？

張：以台大為例，不只是台北市叫不動，衛生署也叫不動。的確就轄區來說，台大是屬於台北市管轄，假如今天台大醫院發生賣假藥的事件，當然是由台北市衛生局去開他罰單，而目前有能力去評鑑台大醫院的則是衛生署，但是大家都知道台大醫院是誰都叫不動的。馬英九講的話沒有錯，雖然很多醫院在他的轄區裡面，但並不是他要他們做什麼他們就會做什麼。我其實不知道和平醫院院內感染爆發之後，衛生署是否對台北市袖手旁觀，不願意伸手與援。但事實上衛生署當時已經動了，從勤姓台商、中鼎員工事件之後，衛生署的防疫體系就已經啟動了，專家小組也已經組成了，雖然他沒有辦法去指揮誰，但他已經把所有的資源做了整合，最頂尖的人才都集合起來。我是覺得假如這群最頂尖的人不願到台北市去幫忙，那麼台北市當然無法獨立處理 SARS 的問題，這是真的，但我不知道他們是否真有袖手旁觀。我們也可以發現台北市可以動用的資源只有葉金川，因為葉金川跟他們的關係比較好。

蘇：我想這裡所指的醫療資源大概是指像市立醫院的負壓隔離病房之類的？有人指出，其實台北市自己的隔離病房數量已經足夠，但台北市還要將病患轉診到其他的署立醫院？

張：市立醫院的病房當然是夠，但是台北市沒有專家，雖然有足夠的病房，但是沒有人可以下命令去指揮分派工作。

蘇：您提到所謂的專家，我想起訪談時有人說，SARS 事件時，有很多專家上電視、上 CALL IN 節目，但大部分都是半吊子，在電視上一直散播不正確的資訊，才會導致大眾的恐慌；因為真正的專家當時都很忙碌，忙著在處理災情，不可能有時間去上電視。

張：我覺得當時真的會被邀請去上電視節目的，應該都是真正的專家，至少對我們一般人來說，已經稱的上是專家。我會覺得有些人在批評事情的時候，其實都沒有搞清楚，都會以印象中電視節目都是找哪些人來批評。可是我真的覺得，SARS 期間會在電視上發表評論的人，其實都是我們所認可的專家，比方何美鄉、陳建仁、蘇益仁，如果他們不算專家的話，我不知道還有哪些人是專家。我知道當時的電視節目會找的就是這些人，沒有別人了，他們不可能找謝瀛華了。

蘇：我想會這樣批評的人並不是針對誰上節目有所不滿，而是認為媒體放出來的訊息不夠專業，造成民眾無謂的恐慌吧！

張：我覺得很遺憾的是，有些專家學者在談論媒體的問題時，沒有用一種科學客觀的立場來談。我覺得如果今天要談論媒體的話，應該要在那段時間非常用心觀察媒體，花些時間作科學的觀察記錄，但他們卻常用某一個刻板印象來以偏蓋全。我覺得媒體的問題太複雜了，如果一直用刻板印象來批評的話，這樣對媒體的瞭解永遠不會有進展，彼此之間也沒辦法溝通。

談到這個問題，許多人認為媒體散佈不當的訊息造成恐慌，或者遣詞用句非常聳動嚇人，可是說真的，這些訊息是怎麼出來的，他們有沒有做科學的研究，瞭解媒體為什麼會報導這些東西，其實常常都是由疾管局的發言人口中說出來的。我舉一個例子，去年的五月間，在公務人力發展中心裡面有一個研習會，教導醫護人員怎麼預防院內感染，裡面談了很多實用的東西。可是剛接任疾管局局長的蘇益仁談到目前在高雄長庚發生的院內感染的情況，他講得非常危言聳聽，例如他提到院內感染的三部曲，認為假如處理不好就會爆發如何如何的大流行，我在台下聽到都覺得非常嚇人，很驚訝為什麼他要講那些話。其實在他還沒接任疾管局局長之前，以國家衛生研究院臨床組主任的身份參加衛生署的專家會議時，他也曾經公開發佈說，一個 SARS 病人的組織黏液中帶有幾百萬個病毒之類的話。所以很多人認為媒體報導的那些聳動的話，都是疾管局自己在記者會裡強調的重點，既然他們都這樣說了，難道我能夠不寫嗎？當然我會去找一些其他的專家來平衡他的說法，但是既然他是負責這方面最高的領導者，那麼他說的話我一定要寫出來，並不是我想要危言聳聽才這麼做。以他當時發言的尺度，說難聽一點，如果有人在製造恐慌的話，那不就是他嗎？所以如果今天要談為什麼媒體會寫這些東西，



那麼其中有很多因素，不能把責任都推給媒體。

提到中央與地方之間的問題，我覺得這裡很顯然有政治力的介入。明明衛生署也在台北市，衛生局也在台北市，為了台大的病人滿了之後要轉去哪一個醫院的負壓病房，本來是很透明、很好處理的事情，可是我沒有想到會有這樣的爭議出來。衛生署方面和台大的政治立場比較相近，台北市的確是比較孤立。台大醫院很埋怨衛生局，覺得說台大都快要淪陷了，台北市還為了保存市立醫院，不肯把負壓病房讓出來，從急診室到感染科都有這樣的懷疑，衛生署方面我去採訪的時候，也是多多少少都有透露這樣的訊息。我當時還特地打電話去台北市政府問衛生局的人，他們那時給我的答覆是，仁愛醫院確實有空的病房，但是該病房另有用途，也就是說，台北市真的有醫院沒有把病房讓出來，但是他們有他們的理由。這件事情造成雙方很大的不愉快，但我認為如果他們原來沒有這些芥蒂的話，其實很快就沒事了，很容易可以溝通，不會有這麼多口水存在。我覺得這件事情根本沒有什麼大不了的，但是卡在一個政治立場，雙方才會製造出這麼多口水。

當時從馬英九到邱淑媿連續好幾天都帶著 N95 在開記者會，台大醫院和衛生署看到就一直痛罵，認為這個動作是在作秀，教壞民眾，因為事實上根本不需要這樣做，我也不知道台北市政府為什麼會用這樣的方式。

蘇：如果媒體當時已經相信衛生署的話，認為不需要在公共場所戴 N95 口罩，為什麼不在記者會現場質疑他們呢？

張：為何媒體不在記者會現場質疑 N95 口罩的事情？我想跑北市府的記者多是市政記者，他們和市府人員相處久了，認知難免會被同化吧。

# 附錄七：中華基督教救助協會 訪談記錄

時間：2004/11/02，12:00-14:00

地點：中華基督教救助協會台北總部／北區辦事處

受訪者：曹聖和（中華基督教救助協會急難救助部主任）

與談人：高正佳（臺灣大學政治學研究所學生）

高：請問在 SARS 期間，中華基督教救助協會在執行相關的救助模式主要為何，並且與政府和其他非營利組織的互動情況又是怎樣的情形？會否因為 SARS 此種新興傳染病而使得救助行動的形式有所影響？

曹：雖然 SARS 是一種新的傳染病，但我們還是把它歸類為瘟疫的一種，並不因為它是前所未見的疾病，就認為在救助的過程有特別的困難之處而影響到救助行動的形式，就和其他的災害相同，我們同樣地把這次的疫情事件視為是一個珍貴學習的機會。至於在救助行動方面，以台北市和平醫院進行封院措施的事件來說，中華基督教救助協會在進行救助措施前，已先與協會中的醫療專家顧問討論過相關的防範與救助事項，以確保志工們能在保護自己的狀態下達到有意義的救助行為。

中華基督教救助協會在和平醫院的救助行動中，所要幫助的目標群體有三種：第一個是在和平醫院內的隔離人員；第二個為現場第一線的救助人員，如台北社會局、消防局與其他民間團體等；以及第三個是隔離在和平醫院內人員之家屬。但當時我在現場對整個情勢做完評估後，發現很難有接觸的管道對這三類目標群體進行救助活動，因此在考量現場環境與協會的各項狀況後，決定暫不設服務站，改採以支援協助的形式，以達到最適當的救助效果。協會在和平醫院現場的救助工作，有負責協助物資遞送的工作部份，每晚也有台北眾教會安排詩班唱詩與教會牧長齊禱的活動，院內則由佳音電台每天錄製半小時節目，在醫護站播發安慰訊息與詩歌，讓優美寧靜的詩歌安撫院內人員的恐慌，並且透過協會內同樣身為醫生的志工人脈，以電話聯繫內部醫護人員進行持續的關懷動作。

和政府互動方面，當時在和平醫院是由萬華區區長擔任總指揮的職務，協會則根據總指揮的指示，將所需要的資源進行調度支援的動作。至於和其他非營利組織的互動，僅能有粗淺的交流，因為彼此間的屬性具有差異，即使是屬性相同的組織也很少能夠有深入互動的狀況。

高：所以就和平醫院封院事件來說，政府在相關救助行動的角色上是屬於指揮的定位，那政府在指揮的過程中是以何種模式與中華基督教救助協會互動，是強制命令或是請求支援的型態？

曹：是的，每當有災害狀況發生的時候，因為災害的現場是極具有變數的動態性質，所以是需要由政府公部門在災害現場負責決策與指揮的部份，通常由政府相關部門在災害現場負責指揮，中華基督教救助協會則依據自身的情況提供可行的資源與幫助。而因為協會平時即與政府公部門維持良好的互動關係，所以政府將協會視為可提供相關協助的「資源」來源之一，所以每當一有災害的狀況發生，政府若發覺有無法負荷執行救災行動的狀況發生，便會主動地聯繫協會請求支援，雙方是屬於一種彼此信賴合作的關係。

高：層級體制是政府必然的特性，然而就救災而言所強調的彈性，是否會影響到中華基督教救助協會與政府間關係的建立？

曹：我認為所謂的彈性係指非營利組織可以根據自身組織的價值觀、資源或政策考量，對災害救助的行動選擇部份或全部的救災行動，而政府因為具有公權力與其必負的責任，面對災害的情況必須全部負責，這時候非營利組織是可以協助政府能力或資源不足的部份，尤其是在人力方面的支援。由於我們平時與政府部門具有良好關係的基礎，在救助行動上是彼此幫忙的，以輸送隔離民眾的物資為例，因為隔離措施是需要經過政府權力的執行，政府掌有隔離者的名單，在發現缺乏足夠人力輸送隔離民眾物資和一些擔任庶務性的活動時，政府相關部門便向協會請求支援，並主動地提供隔離民眾名單給協會，以進行安排志工的配置。

高：從閱讀中華基督教救助協會的救助記事資料，與聽了以上的訪談內容後，發現協會很注重與政府公部門關係的建立，想請問協會會想與政府建立關係的動機是起因於何？

曹：中華基督教救助協會對於發展關係的關注上，要回歸到協會本身的特質與理念上。因為協會是由許多在地的社區教會所組成，每個社區教會都希望藉由與當地社群培養與維持良好的關係，以實踐愛鄰舍如同自己的理念。而政府公部門也是屬於社區的一份子，自然會注重和其在日常關係的建立，從地區性的鄰、里、鎮長、區衛生所到社會局等的政府機構，協會在平常都努力經營彼此的關係，與公部門的關係建立，向來都是協會目標的優先順序之一。

高：如此的關係取向和具有宗教信仰力量的支持，會否影響協會志工在從事像 SARS 等具危險傳染力的救助行為，例如會減少對 SARS 病毒傳染的恐慌而繼續進行救助的活動？

曹：我認為志工會參與 SARS 相關的救助活動，主要在於「信任」，而信任的建立還是在平常關係的培養。中華基督教救助協會約有三、四千個志工人數，每一個志工皆無私地出錢出力，各個成員都是協會珍貴的寶貝，因此在任何的救災行動前，都會先規劃好志工的防範措施，確保志工自身的安全，這次的 SARS 疫情，協會也是有為志工準備基本的防護設備。所以協會在以往已與志工累積了許多救災的經驗，加上平時對志工關懷的關係建立，使得志工很信任協會，會樂意地接下救助行動的工作指派。像這次的 SARS 疫情，就因為我們對志工防範措施的注重與人身安全的關注，使得志工沒有遭受隔離的措施，而仍有足夠的人力在後續如基隆國宅、陽明山至善員隔離區與台北市各衛生所的社福單位提供服務。

高：這樣平時由社區意識發展的關係網絡，在遇到如 SARS 等突發災害發生時，的確可為救災行動發揮很大的效用。

曹：在社會服務的領域裡有一句俗話：「有關係就沒關係。」當你與社區有維持良性的互動關係時，一旦遇有災害發生，會比較容易調動所需要的資源。我們協會在救援物資方面，是採取「零庫存」的概念，當災害發生需要某項資源時，往往在我們的志工中即可迅速獲得需要的物資。而社區關係的運用，也可讓協會根據現實環境改變資源提供的模式，例如當某些災區需要食物，就可以利用平時的社區關係向熟識的商場或企業以成本價或募集等方式來提供食物，取代到災區烹煮食物的方式。

而就每個社區教會來說，他們在平時即有往來，若一地發生災難，除了當地能具自救之能力之外，平時有聯繫的教會也會進行協助，以大新莊地區的六、七十個教會為例，我就曾指導過他們進行救災演練的工作，做情境模擬的訓練。像這類教會間的救助聯絡網，賦予他們成為急難救助的機制角色，為災害救助的活動提供了不少貢獻，這也是我們協會的優勢之一，目前已經有 250 個聚點已和協會簽約，在各鄉鎮市服務。

高：中華基督教救助協會所講求的關係建立，除了在與政府公部門互動良好與形成社區救災聯絡網外，還有那些部分是對於協會救助行動有所助益？

曹：平時與社區的關係建立與經營是非常重要的，在每次與災區社區進行救助活動之際，協會即與當地社區進行關係的交流。在這個過程中，協會可深入瞭解到災區的實質情況，知道那些民眾是需要急切幫助的，例如有些民眾不一定是符合低收入戶的資格，但卻突然遭受生活上的重挫，而政府必須依法規命令行事，因此對於某些沒有符合法令的個案無法提供援助，我們協會便依平日對社區的瞭解而提供及時的救助，諸如此類的救助資訊便是必須經由平時關係建立發展而來。因而在發生災難時，這種對社區普遍性的瞭解就很重要，可以在有限的人力物力中排

出救助的優先順序，所以災情的資訊溝通管道暢通也是需要奠基在平時的關係。發生災害時，這些災區在本質上可說是生活機能癱瘓的地區，沒有能力去因應災難，但他們仍可以做通報的動作。以十月份的納坦颱風來說，在媒體資訊方面多被記者殉職的消息給佔據，而相關的災害消息卻未被充分揭露出來，這類的災情則是由災區的公部門組織主動地提供給協會，關於有近 2000 戶人家嚴重淹水的災情，讓協會有救災資訊的依據而進行救助行動。因此就災害的救助行動方面，協會從與社群民眾、教會間與政府部門等關係的建立中，在資源調度、募集、救援聯絡網與災情資訊溝通上具有很大的助益。

# 參考文獻

## 一、中文部分

- 王振寰，1996，《誰統治台灣：轉型中的國家機器與權力結構》，台北：巨流。
- 史美強，2000，〈組織網絡與治理〉，《行政管理學術研討會》，國立政治大學主辦，頁 70-80。
- 行政院衛生署疾病管制局，2003，《走出 SARS：中部地區抗 SARS 工作實錄》。
- 何賴傑，2003，〈SARS 相關刑事法律問題研究〉，《台灣本土法學雜誌》，第 49 期。
- 李建良，2000，〈基本權利與國家保護義務〉，收錄於氏著《憲法理論與實踐(二)》，台北：學林出版。
- 李建良，2003，〈從正當法律程序觀點透析 SARS 防疫相關措施〉，《台灣本土法學雜誌》，第 29 期。
- 林佳龍，1999，〈解釋台灣的民主化：政體類型與菁英的策略選擇〉，載於林佳龍、邱澤奇主編《兩岸黨國體制與民主發展：哈佛大學東西方學者的對話》，台北：月旦。
- 林明鏘，2003，〈論 SARS 所生之行政法上之法律關係/以醫療院所為中心〉，《台灣本土法學雜誌》，第 49 期。
- 胡幼偉，〈防疫大戰的媒體角色〉，中國時報民意論壇，2003 年 5 月 15 日。
- 胡國堅，1996，〈政策網絡理論及其應用〉，《空中行政學報》，第 6 期，頁 289-302。
- 孫煒，2002，〈教育政策的治理結構：新制度論的觀點〉，《理論與政策》，第 16 卷第 2 期，頁 91-111。
- 孫煒，2003，〈比較政策研究的新制度研究途徑：兩岸高等教育政策之初步比較〉，《問題與研究》，第 42 卷第 1 期，頁 19-46。
- 高志文，2003，《恐慌，在政治瘟疫蔓延時 2003 年台北市府政治：媒體抗 SARS 實錄之國際比較》，台北：玉山社。
- 許宗力，1999，〈基本權的功能與司法審查〉，收錄於氏著《憲法與法治國行政》，台北：元照出版。
- 陳美霞，〈公衛改革，市場個人主義止步〉，聯合報民意論壇，2003 年 7 月 14 日。
- 陳欽春，2004，《民主治理與社會資本：台灣地區公民信任實證研究》，台北：國立台北大學公共行政暨政策研究所博士論文。
- 陳愛娥，1999，〈基本權作為客觀法規範—以『組織與程序保障為例』檢討其衍生的問題〉，收錄於李建良、簡資修主編，《憲法解釋之理論與實務(第二輯)》，台北：中研院中山所專書。

- 國家衛生研究院論壇，2004，《全國衛生醫療政策會議總結報告書》。
- 黃錦堂，2000，〈自治事項與委辦事項之劃分〉，收錄於氏著《地方制度法基本問題之研究》，台北：翰蘆出版。
- 楊志良，林雨靜，2003，〈SARS 防疫措施與影響之分析報告〉，《國政分析社會（析）0920-014 號」》，2003 年 2 月 20 日。
- 蔡允棟，2001，〈官僚組織回應的概念建構評析：新治理的觀點〉，《中國行政評論》，第 10 卷第 2 期，頁 89-143。

## 二、外文部分

- Borzel, T. A. 1998. "Organizing Babylon-On the Different Conceptions of Policy Networks," *Public Administration* 76: 253-273.
- Crozier, M., S. P. Huntington, J. Watanuki. 1975. *The Crisis of Democracy: Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission*. New York: New York University Press.
- Health Canada. 2003. *Learning from SARS - Renewal of Public health in Canada*.
- Hoong, C. M. 2004. *A Defining Moment: How Singapore Beat SARS*. Singapore: Ministry of Information, Communication and the Arts.
- Hindmoor, A. 1998. "The Importance of Being Trusted: Transaction Costs and Policy Network Theory," *Public Administration* 76: 25-43.
- King, D. and B. Rothstein. 1994. "Governmental Legitimacy and the Labour Market: A Comparative Analysis of Employment Exchange," *Public Administration* 72: 291-308.
- Ku, A. S. and H. L. Wang. 2004. "The Making the Unmaking of Civic Solidarity: Comparing the Coping Responses of Civil Societies in Hong Kong and Taiwan during the SARS Crises," *Asian Perspective* 28(1): 121-147.
- Kooiman J. 1993. *Modern Governance: New Government Society Interactions*. London: Sage.
- Lowndes and Skelcher. 1998. "The Dynamics of Multi-Organizational Partnerships: An Analysis of Changing Models of Governance," *Public Administration* 76: 313-334
- March D. and R. A. W. Rhodes. (eds.) 1992. *Policy Networks in British Government*. Oxford: Clarendon Press.
- March, J. G. and J. P. Olsen. 1995. *Democratic Governance*. New York: the Free Press.
- Peters, B. G. 許道然、劉坤億、熊忠勇、黃建銘譯，2000，《政府未來的治理模式》，

台北：智勝。

Rhodes, R. A. W. 2000. "The Governance Narrative: Key Finding and Lessons from the ESRC's Whitehall Programme," *Public administration* 78(4): 345-363.

Rothstein, M. K. 2003, *Quarantine and Isolation: Lessons Learned from SARS: A Report to the Centers for Disease Control and Prevention*, Institute for Bioethics, Health Policy and Law University of Louisville School of Medicine.

Salamon, L. M. 2002. *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. New York: Oxford University Press.

SARS Expert Committee, 2003. *SARS in Hong Kong: from Experience to Action*. Hong Kong: SARS Expert Committee.

### 三、網站文獻

<http://www.17885.org.tw>

<http://news.beststar.com/ll/fanti/1282201.shtml>

<http://sars.health.gov.tw>

<http://sars.health.gov.tw>

<http://www.cdc.gov.tw/sars/>

<http://www.edu.tw/sars/eje/sarstoyaun.htm>

[http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/居家隔離手冊最新版\\_030509.doc](http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/居家隔離手冊最新版_030509.doc)

<http://www.epochtimes.com.au/gb/3/8/5/n354075.htm> °

<http://www.epochtimes.com/b5/3/4/16/n301299.htm> °

<http://www.ettoday.com/2003/05/20/91-1457019.htm>

<http://www.google.com.tw/search?q=cache:ND-9qSguEFEJ:belgium.nsc.gov.tw/NEWSLETTER/s-report/SP-0403/SP-0403001.htm+SARS,%E5%8F%B0%E7%81%A3%E8%B7%A8%E5%9C%8B%E5%90%88%E4%BD%9C&hl=zh-TW> °

<http://www.gov.tw/> °

<http://www.gov.tw/sars>

<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/sars-sras>

<http://www.info.gov.hk/>

[http://www.nhri.org.tw/nhri\\_org/pr/newspage/20031031.htm](http://www.nhri.org.tw/nhri_org/pr/newspage/20031031.htm) °

<http://www.rdec.gov.tw/home>

<http://www.sars-expertcom.gov.hk/cindex.html>

<http://www.tcchb.doh.gov.tw/pf/sickfood/SARS.htm>

<http://www.tcchb.doh.gov.tw/pf/sickfood/SARS.htm>

[http://www.who.int/csr/sars/country/table2004\\_04\\_21/en/print.html](http://www.who.int/csr/sars/country/table2004_04_21/en/print.html)