



從公共政策論我國疾病防治問題、法規與執行概況

摘要

撰稿／劉慶祥

本文旨在以新興傳染病的快速散播為例，針對政策問題、政策合法化（法規）、政策執行等三個面向，簡單介紹我國傳染病防治政策。

流行性傳染病是影響世界安全的重要趨勢之一，尤其今日世界已是地球村，全人類的命運休戚與共，面對SARS、H1N1等新興傳染病威脅，更需要國際通力合作，才能有效解決。就「我國傳染病防治政策問題認定」而言，傳染病防治不但是聯合國關心、兩岸關心，也是一直以來政府關心的問題。

就「我國傳染病防治政策相關法規」而言，傳染病防治法及其相關規定，有28種。其中《傳染病防治法》，經98年1月7日等九次修正，目前計有條文七十七條。此外，傳染病防治法第一章第四條第一項規定，中央主管機關應訂定傳染病防治政策及計畫，我國因應流感大流行之相關應變計畫，有《我國因應流感大流行準備計畫》、《因應流感大流行執行策略計畫》及《因應流感大流行作戰計畫》。第三，自911事件後，生物戰爭的威脅引起廣泛討論；而衛生署的《生物病原災害防救業務計畫》，則屬我國17個災害防救業務計畫之一。

就「我國傳染病防治政策執行概況」而言，檢視我國疾病防治史，依時間順序有「登革熱」、「嚴重急性呼吸道症候群」、「H1N1新型流感」等。國際上，登革熱疫情仍未有趨緩之勢，疾管局將以99年戰疫中獲取之經驗及分析成果，進行防治工作。檢視政府為推動H1N1新型流感防疫，辦理工作包括邊境檢疫的「圍堵」措施、以醫療及公共衛生介入的「減災」措施，並推動有史以來最大規模的「疫苗接種」措施。世界衛生組織已宣布解除全球H1N1新型流感大流行疫情，世界衛生組織建議，各國在後流感大流行時期，仍應持續疫情監測與通報、提供流感疫苗接種、儘早使用抗病毒藥劑治療高危險族群與重症患者。

關鍵詞：疾病防治、政策問題、政策合法化（法規）、政策執行

壹、前言

流行性傳染病是影響世界安全的重要趨勢之一，¹「防止大規模毀滅性武器擴散與恐怖主義委員會」具體指出：在2013年底前，世界某處恐將遭受大規模毀滅性武器的恐怖攻擊，且恐怖份子取得並使用生物武器的可能性高於核子武器。²另依據《中央災害應變中心作業要點》，「督導災區防疫及居民保健」為行政院衛生署進駐中央應變中心任務之一。³

而根據世界衛生組織，大流行病的出現應符合「一種新病原在人群中出現」、「病原因感染人，引起嚴重病況」、「病原易傳染，特別是在人與人之間傳染」等條件。檢視歷史大流行年表，死亡人數最高達2,500萬人者有西元「541年查士丁尼瘟疫」、「1347年黑死病」、「1556年流感」、「1918年西班牙流感」；晚近1957年亦有「亞洲流感」死亡人數100萬人，1968年「香港流感」死亡人數亦達75萬人之多，因此，世界衛生組織已針對流行性感胃可能的大流行研議出一套全球備戰計畫，定義了瘟疫的各種等級和發展階段，架構出聯合國在瘟疫發生時的運作角色，也對世界各國提

出事前的準備建議；包括「預備期」、「警戒期」、「瘟疫期」；而「預備期」則包括第一及第二階段，「警戒期」包括第三至第五階段，「瘟疫期」為第六階段。⁴

回顧2003年3月下旬，國內爆發SARS疫情，延燒全台百餘日，社會不安、人心惶惶之際，除了政府相關防疫單位的明快措施外，國軍積極投入抗煞作戰的勇於任事態度與英勇表現，更是令國人印象深刻。此期間，國防部為配合政府有效防治SARS疫情，原訂在2003年5月實施的「萬安廿六號演習」、「同心十五號演習」及「三軍聯合攻擊操演」等，均延期實施。⁵此外，SARS疫情對經濟的衝擊遂開始擴大，由需求面推估，我國2003年實質國內生產毛額（GDP）年成長率受SARS疫情影响之縮減幅度約為1.172%，其中民間消費降低所造成的衝擊最大。產業面的分析結果顯示，SARS疫情造成2003年總生產的附加價值損失約844.5億元；從個別服務業的影響來看，航空業造成整體經濟的附加價值損失最大，達154.9億元；其次為旅館服務業，使附加價值損失130.7億元；餐飲業又次之，造成損失111.3億元。⁶

- 1 其他項目包括人口持續增加、全球化擴張、經濟成長、能源需求增加、食物短缺、水資源爭奪、氣候變遷及自然災難、網路普及、太空發展等趨勢。詳如韓岡明，「美軍未來聯戰環境日趨嚴峻」，刊於98年11月10日青年日報第7版。
- 2 黃文啟譯，「防範生物攻擊於未然」，刊於國防譯粹第38卷第3期，民國100年3月，頁13。
- 3 有關《中央災害應變中心作業要點》，請參閱內政部消防署全球資訊網99年5月25日新聞稿，「修正『中央災害應變中心作業要點』」，網址：<http://www.nfa.gov.tw/ContentDetail.aspx?MID=155&UID=163&CID=3474&PID=155>
- 4 有關「大流行病」，請參閱維基百科全書網站，網址：<http://zh.wikipedia.org/zh-tw/%E5%A4%A7%E6%B5%81%E8%A1%8C>
- 5 軍聞社，「國防部宣布三項演習延期」，民國92年4月30日；「國軍九十二年度十大軍事新聞」，民國92年12月30日；均如網址：<http://mna.gpwb.gov.tw/>
- 6 江豐富、吳中書、梁啟源、管中閔等合著（中研院經濟學研究所），「SARS 疫情對2003 年台灣經濟之影響」，網址：<http://www.sinica.edu.tw/as/advisory/journal/12-2/96-97.pdf>

尤其從SWOT（強項、弱項、機會、威脅）分析，風險來自於內在的弱項與外在的威脅，及新機會可能帶來的新風險。由於自然、人文社會環境的快速變遷，導致不利行政部門施政之各種風險日益增加，包括全球化之衍生風險，例如新興傳染病的快速散播、恐怖攻擊活動等，輕者影響施政品質，嚴重者影響政府威信。進一步檢視總統府執政報告中指出，健康是國民競爭力的基礎，政府有責任提供優質的生活與醫療環境，讓民眾活得更長久、更健康、更快樂。尤其今日世界已是地球村，全人類的命運休戚與共，面對SARS、H1N1等新興傳染病威脅，更需要國際通力合作，才能有效解決。⁷

整體而言，風險管理（Risk Management）為有效管理可能發生事件並降低其不利影響，所執行之步驟與過程；而危機處理（Crisis Management），則為避免或降低可能事件發生之危機對組織之傷害，對危機情境維持一種持續性、動態性之監控及管理過程。風險管理旨在預防可能發生事件並降低其嚴重度，危機處理則旨在救難並迅速復原組織運作。⁸本文將以上述新興傳染病的快速散播為例，簡析我

政府部門風險（新興傳染病的快速散播等）控管，與危機（新興傳染病的快速散播等）發生時危機處理梗概。

進一步而言，多數研究公共政策的學者主張把公共政策運作過程的研究，分成以下五個階段進行：1.政策問題形成階段。2.政策規劃階段。3.政策合法化階段。4.政策執行階段。5.政策評估階段。儘管許多學者對於公共政策的運作過程能否順序性的分成五個階段表示懷疑，或覺得沒有意義，認為實際的公共政策運作可能是「跳躍式」及「反複性」的，而非「順序性」的。⁹吾人為方便描述本論文起見，僅針對政策問題、政策合法化（法規）、政策執行等三個面向，就「我國傳染病防治政策問題認定」、「我國傳染病防治政策相關法規」、「我國傳染病防治政策執行概況」，簡單介紹我國傳染病防治政策。

貳、我國傳染病防治政策問題認定

過去台灣鮮少遭遇「慢性災難」，例如瘟疫、旱災、饑荒、動亂等，它們的特色是災難衝擊期非常長，應變期也很長，緊急應變措施

7 請參閱行政院研考會編印，風險管理及危機處理作業手冊，
網址：<http://www.rdec.gov.tw/ct.asp?xItem=3854955&CtNode=12944&mp=100>

請參閱總統「執政報告」之健康衛生部分，總統府
網址：<http://www.president.gov.tw/Default.aspx?tabid=1096>

94年8月8日行政院特函頒『行政機關風險管理推動方案』；更於97年4月1日函頒「行政院所屬各機關風險管理作業基準」，而後97年12月8日行政院為進一步強化機關危機處理能量，爰將前開基準納入「危機處理」專章，並配合將名稱修正為「行政院所屬各機關風險管理及危機處理作業基準」。

8 請參閱行政院研考會編印，風險管理及危機處理作業手冊，
網址：<http://www.rdec.gov.tw/ct.asp?xItem=3854955&CtNode=12944&mp=100>

9 吳定，公共政策（台北：中華電視公司，民國91年）。詹中原整理（政治大學公共行政系教授），公共政策專文，詳如
網址：http://www.ezsell.com.tw/ch018_folder/%E8%A9%B9%E4%B8%AD%E5%8E%9F%E6%96%87%E7%A8%BF----%E5%85%AC%E5%85%B1%E6%94%BF%E7%AD%96%20%E7%A2%BA%E5%AE%9A%E7%89%88.doc

的正確與否，必然影響災難的衝擊程度。尤其近年自美國911恐怖攻擊事件及SARS事件以來，傳染病發生原因隨著地球生態平衡的遭破壞，及恐怖主義的再現而更加多元化，再加上交通發達使得傳染病傳播的範圍擴大，也由於現代都市的密集人口與密閉式空調，更加速了傳染疾病的傳播。¹⁰以下分別就「對抗傳染病是聯合國千禧目標之一」、「對抗傳染病也是兩岸合作項目之一」、「對抗傳染病為我萬安演習項目之一」等三個面向，說明傳染病防治不但是聯合國關心、兩岸關心，也是一直以來政府關心的問題。

一、對抗傳染病是聯合國千禧目標之一

根據知名維基百科全書的說法，「快速致死疾病」、「抗藥性」、「後天免疫缺乏症候群（愛滋病）」、「流行性感冒和禽流感」等疾病可能成為未來的瘟疫。人類免疫不全病毒是造成愛滋病的元凶，今日已是全球大流行的疾病之一，國際間目前提出許多計畫企圖壓制這種疾病的傳播，但由於對疾病的認知宣導和衛生的性教育至今無法完善，毒品針頭共用等因素，加上社會普遍歧視患者的惡化，使得罹患人口逐年攀升，每年死亡人數亦持續成長。¹¹

前於西元2000年9月，在聯合國千禧年高峰會議之中，191個會員國政府領導人，就消除世界貧窮、飢餓、疾病、文盲、環境惡化、

及婦女歧視等重要國際社會關心議題，商定一套有時限且能計量成果的工作發展目標。聯合國所有會員國家，承諾在西元2015年之前，動員政府及民間力量，實現以下發展目標：¹²

- (一)消滅極端貧窮及飢餓：甲、靠每日不到1美元維生的人口比例減半；乙、遭受飢餓恐懼的人口比例減半。
- (二)普及小學教育：確保所有男童及女童都能完成全部小學教育課程。
- (三)促進兩性平等，並賦予婦女權力：理想上，在西元2005年時，在小學教育及中學教育中，消除兩性差距，而在2015年前，在各級教育中消滅此種差距。
- (四)降低兒童死亡率：五歲以下兒童的死亡率，降低三分之二。
- (五)改善產婦保健：產婦死亡率降低四分之三。
- (六)戰愛滋病毒、瘧疾、及其他疾病：甲、遏止並開始扭轉愛滋病毒的蔓延趨勢；乙、遏止並開始扭轉瘧疾及其他主要疾病的發病例增長趨勢。
- (七)環境的可持續能力：甲、將「可持續發展」原則，納入國家政策及方案之中；扭轉環境資源流失趨勢；乙、無法持續獲得安全飲用水的人口比例減半；丙、到2020年時，使至少1億貧民窟居民的

10 張鴻仁主持，行政院研究發展考核委員會九十六年委託研究計畫：「建構生物防護及SARS等新興傳染病防護網計畫」執行成效分析與政策建議報告，民國96年8月，

網址：<http://www.rdec.gov.tw/public/PlanAttach/200806241718573308510.pdf>；繆柏齡，《台灣防疫組織結構之研究》，台北長庚大學醫務管理學研究所碩士學位論文，民國94年。

11 有關「未來的瘟疫」，請參閱維基百科全書網站，

網址：<http://zh.wikipedia.org/zh-tw/%E5%A4%A7%E6%B5%81%E8%A1%8C>

12 有關「聯合國千年宣言草案」，請參閱聯合國總部

網址：<http://www.un.org/chinese/aboutun/prinorgs/ga/millennium/summit.htm>

生活，有明顯改善。

(八)全球合作促進發展：甲、進一步發展開放的、遵循規則的、可預測的、非歧視性的貿易和金融體制。包括在國家及國際兩級，致力於改善政府管理、發展，及減少貧窮；乙、滿足最落後國家之特殊需要，包括對其出口品免徵關稅及限制配額、加強重債國家的減債方案；註銷官方雙邊債務、向努力於消滅貧窮的國家提供更優惠的官方發展援助；丙、滿足地處內陸及小島嶼之發展中國家的特殊需要；丁、透過國家與國際方案，全面處理發展中國家的債務問題，使債務可以長時期承受；戊、與發展中國家合作，為青年創造有發展性及生產力的就業機會；己、與製藥公司合作，在發展中國家提供負擔得起的基本藥物；庚、與私人企業合作，提供新技術的利益，尤其是資訊及通訊技術方面。

21世紀以來「全球化」浪潮已經在安全、能源、經濟和生存環境方面對人類造成愈來愈明顯的衝擊。因此，我們認為當前外交施政最重要的任務，就是為台灣的經濟發展營造一個良好的外在環境，我們必須在「全球化」過程中和其他國家既競爭又合作；在全力爭取生存和發展的同時，也要注意協助其他開發程度較低的國家，尤其是要讓友邦有機會共享發展成

果；而「全球化」的挑戰更在於，我們不僅要生存發展，更要為全球環境的永續發展作出貢獻。因此，我們必須全方位加強國力，並且善盡國際公民的義務。¹³

為了呼應聯合國千禧年發展目標為主要架構，我國將制訂對區域及相關國家之援助策略，並配合我國技術強項及具優勢之產業部門，擇定其中若干項發展目標列為優先合作項目，據以規劃今後我推動援外工作之策略與方向。¹⁴包括：「消除極度貧窮及飢餓」、「加強人力資源開發」、「對抗傳染病」、「推動環境永續發展」、「強化全球合作發展夥伴」等五項。其中值得一提的就是「對抗傳染病」，我將透過建立多元化之合作方式，加強醫事人員訓練，持續推動國際雙邊及多邊醫療合作，以深化我國國際衛生醫療援助之角色與影響力。例如，截至民國99年1月25日止，我國H1N1新型流感防疫疫情趨緩後，我國向世界衛生組織（WHO）表示，願意援助價值500萬美元的疫苗，幫助全世界有需要的國家；又如去年海地發生震災，國防部配合中華民國紅十字總會支援海地的震災醫療人員，於元月十五日晚出發，執行人道救援任務。¹⁵

二、對抗傳染病也是兩岸合作項目之一

經過中華民國政府多年努力，2009年終正式獲邀以觀察員身分出席世界衛生大會，是朝野及民間團體不斷努力、國際社會瞭解與支

13 歐部長立法院第七屆第一會期外交業務報告，民國97年6月20日，

網址：<http://www.mofa.gov.tw/webapp/ct.asp?xItem=32211&ctNode=1425&mp=1>

14 總統府新聞稿，「總統赴貝里斯國會大樓接受貝京羅培茲市長呈贈市鑰並發表演說」，民國98年5月29日，

網址：http://www.president.gov.tw/php-bin/prez/shownews.php4?_section=3&_recNo=63

15 請參閱總統「執政報告」之應變作為H1N1防疫部分，總統府

網址：<http://www.president.gov.tw/Default.aspx?tabid=1101>；軍聞通信社，「高部長勉支援海地震災醫護人員，救人不分國界」，民國99年1月15日，網址：<http://mna.gpwb.gov.tw/>

持，以及兩岸關係和緩後之具體成果。駐美國代表處對本年台灣獲邀以觀察員身分參與WHA，為全球防疫共同努力表示欣慰。尤其值此全球面臨新型流感擴散之際，台灣能正式參加WHA，實尤具意義。¹⁶

尤其近年來，台灣人民每年赴大陸地區之人數已逾400多萬人次，而相對的，自從民國97年開放大陸地區民眾來台觀光以後，大陸地區民眾來台觀光人數也逐年呈大幅增加，98年來台人次約為97年之6.7倍，達60多萬人次，99年截至10月底止，來台人次約為98年的2.1倍，達97萬人次。此外，台灣進口之中藥材有9成以上係來自大陸地區，每年進口金額約新台幣35億元，進口量約4萬4千公噸。隨著兩岸人民往來頻繁所衍生的疫病傳播、醫藥品之安全與中藥材源頭管理，以及國人前往大陸地區發生重大意外傷害之緊急救護等問題，逐漸受到國人及政府的重視。尤其，在各種傳染病防治方面，民國92年SARS疫情爆發之時，因兩岸未建立聯繫、通報或合作的機制，我國無法取得最新疫情資訊，以致形成防疫上之最大障礙；98年全球發生H1N1新流感大流行，雙方及時透過研討會之召開，精確掌握最新疫情，適時採取防疫措施，終於有效化解危機，此成功合作經驗，讓我們瞭解到兩岸在傳染病防治

方面，建立合作機制的重要性。¹⁷

而「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」之簽署，為99年12月20日至22日期間，第六次「江陳會談」成果之一；海基會與大陸海協會亦於今(100)年6月25日就「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」相互完成生效通知。蓋維護人民的健康衛生是普世價值，透過本協議的簽署，兩岸衛生主管機關將建立制度化的合作機制，有效管控兩岸交流日益深化後可能衍生的醫藥衛生風險，並針對兩岸人民發生重大意外事故，建立緊急救治的協處機制，為民眾健康嚴格把關，維護兩岸人民的生命安全。同時，雙方也將共同推動兩岸新藥研發的合作，期能創造雙方醫藥生技產業的發展利基，並保障民眾的健康福祉。而兩岸醫藥衛生合作協議的簽署，係體現「以民為本、有序管理、保障民生、繁榮互利」的精神：兩岸以民為本，保障民眾用藥安全，維護民眾健康，建立醫藥衛生合作關係，有序管理，強化產業佈局發展，拓展國際市場，進而達到人民健康及兩岸繁榮互利的新局面。¹⁸

「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」之文本共六章，條文計30條，內容包含「傳染病防治」、「醫藥品安全管理及研發」、「中醫藥研究與交流及中藥材安全管理」及「緊急救

16 大紀元，「中華民國獲邀以觀察員身分出席世界衛生大會」，民國98年5月6日，

網址：<http://epochtimes.com/b5/9/5/6/n2517674.htm>

17 行政院衛生署，「兩岸醫藥衛生合作協議之背景說明資料（民國99年12月1日）」，

網址：<http://www.mac.gov.tw/ct.asp?xItem=90766&ctNode=6847&mp=113>

18 財團法人海峽交流基金會，「歷次會談總覽」

網址：<http://www.sef.org.tw/lp.asp?CtNode=4306&CtUnit=2541&BaseDSD=21&mp=19>

財團法人海峽交流基金會，「第六次「江陳會談」協商概述」，

網址：<http://www.sef.org.tw/ct.asp?xItem=186011&ctNode=3809&mp=19>

財團法人海峽交流基金會新聞稿，「兩會就『海峽兩岸醫藥衛生合作協議』完成生效通知」，民國100年6月25日，網址：<http://www.sef.org.tw/ct.asp?xItem=233490&ctNode=4519&mp=1>

治」等四大合作領域，整體而言，「兩岸醫藥衛生合作協議」之簽署，將有「維護全體國人健康」、「保障消費大眾權益」及「兼顧國內產業發展」等預期效益產生。更可以建置兩岸制度化的合作機制，能有效控管兩岸交流深化所可能衍生的醫藥衛生風險，為國人之健康做好把關工作，為大家營造出健康安心環境。合作領域分別說明如下：¹⁹

(一)傳染病防治

兩岸定期交換傳染病檢疫作為及疫情等資料，以便將傳染病成功阻絕境外，當爆發重大之傳染病疫情時，可以儘速取得對方最新疫情資訊，採取有效檢疫、防疫措施，預防疾病跨岸散播；對兩岸所關切之重大傳染病，進行疫苗研究合作，並且藉由兩岸業務主管部門之業務會商，分享傳染病防治之實務經驗，共同提升防疫能力。

(二)醫藥品（藥品、醫療器材、健康食品及化粧品）安全管理及研發

對兩岸醫藥品安全管理資訊、不良反應、不良事件，建立通報、處置與追蹤之機制；並就兩岸偽劣禁藥查處進行合作，有效杜絕不良醫藥品自大陸輸入台灣；在符合國際間公認之標準下，推動標準規範之調和化，縮小標準差距，提升審查能力，強化雙方安全管理機制，確保醫藥品安全與品質。

推動雙方新藥臨床試驗合作計畫，進行臨床試驗交流，加速新藥臨床試驗的進行，縮短藥物研發所需的期程。

(三)中藥材安全管理及中醫藥研究

建立中藥材的源頭管理機制，加強陸方輸出檢驗措施；並建立中藥材重大安全事件及不良反應之通報機制，以阻絕不安全中藥材於境外，同時進行兩岸中醫藥診療方法相關之研究與交流。

(四)緊急救治

建置即時而有效的兩岸緊急救治機制，遇有兩岸往來民眾發生重大之事故時，能迅速掌握其傷病者之人數、名單及其傷病情形，協助安排收治醫院與轉送之服務，讓兩岸人民的生命更有保障，傷病患之家屬更加安心。

三、對抗傳染病為我萬安演習項目之一

全民防衛動員萬安演習於民國89年以前大多為局部性、個別性的演練，例如長安演習（民防團隊）、協信演習、車動演習（交通動員）、自強演習（物資徵購、徵用）、水庫戰備檢查、戰時民生必需品配給配售演練等個案之演習，僅於「同德演習」時實施兵棋推演與實兵演練，稍具規模。自89年國軍「漢光十六號」演習起，中央部會遂配合國軍演習想定，進入「衡山指揮所」參與兵棋推演，縣（市）政府則支援相關作戰區實施實兵演練。²⁰

為因應恐怖攻擊與各項緊急危難可能對社會及經濟造成之衝擊，行政院動員會報於92年7月提出建構以全民防衛動員體系作為備援主軸之「國土安全網」，期將動員、民防、緊急醫療、反恐、災害防救與核子事故等各種緊急

19 行政院衛生署新聞稿，「『海峽兩岸醫藥衛生合作協議』-保健康、顧安全」，民國99年12月22日，網址：<http://www.mac.gov.tw/ct.asp?xItem=91272&ctNode=6839&mp=113>

20 國防通識學科中心，〈99年度種子教官培訓講義教材〉「全民防衛動員概念」，國立新竹女中網址：<http://defence.hgsh.hc.edu.tw/resource/military/2010503-104714.doc>

事故應變機制相互結合，並實施跨部會之聯合演習驗證，以增加實務整合運作經驗，使「國土安全網」有效運作。而93年全民防衛動員（萬安廿七號）演習中，除延續「防空疏散」、「重要基礎建設防護、災害救援及特定項目演練」之演練成效外，並整合各部會年度重要演習，實施「部會聯合演練」及演習有關事項之精進，使全民防衛動員體系發揮備援主軸之功能，俾利國土安全網之建構，符合國家現今之需求。²¹

行政院疾病管制局與縣市政府合作舉辦傳染病防治動員演練情形，藉以加強中央與地方及各單位間，緊急應變處理能力，並藉由演練持續強化改進動員量能。²²93年度（萬安27號演習），有鑒於2001年「911美國紐約世貿大樓爆炸」事件，引起舉世震驚。因此以「生化攻擊防護演練」為主題，目的提高台北市政府相關單位與防疫人員，對於可能發生之生物戰劑恐怖攻擊之警覺性並藉由模擬演練建立相關單位處理原則及提昇應變能力，使事件危害降到最低。94年度（萬安28號演習），由台東市實施「離島地區傳染病病患後送作業演練」，俾提昇離島地區醫療院所針對傳染病個案之疫病處理及轉診運作能力，減少傳染病蔓延，維護民眾健康；加強該縣傳染病疫情指揮中心運

作指揮能力；加強該縣傳染病防治醫院針對不明原因肺炎等疑似傳染病個案收治處置能力；加強各機關相互支援機制，以因應各種災情狀況，發揮團隊合作力量，預防及消弭疫災，確保社會安全。95年度（萬安29號演習），針對全球有鑒於流感病毒轉移恐產生新型流感造成大量人員死亡，由屏東縣實施「新型流感C級疫情大型收治場所演習」。96年度（萬安30號演習），驗證南投縣生物病原災害防救計畫、傳染病防治醫療網及衛生動員適當性、動員能量、指揮體系及作業流程，以強化各項預防整備、應變及復原等措施並檢測該縣及鄉鎮市應變中心動員應變機制及轄內各機關之整合。97年度（萬安31號演習），以軍民動員模式演練戰時生物病原攻擊、輻射彈爆炸處置、航空器事故處理等課目，驗證台北市都會區戰時因應突發事故的應變作為。²³98年度（萬安32號演習），由花蓮縣以模擬戰時可能狀況，實施毒化物外洩處理、大量傷病患醫療救護及重大災害搶救等演練。²⁴99年度（萬安33號演習），則由新竹縣、南投縣、嘉義縣、連江縣實施「大量傷患緊急救護」等要項。²⁵

民國99年是縣市三年一輪序的最後一年，100年重新規劃開始改成兩年一輪序，這樣對縣市政府有多一點磨練機會。因而100年度（

21 國防通識學科中心，〈99年度種子教官培訓講義教材〉「全民防衛動員概念」，國立新竹女中
網址：<http://defence.hgsh.hc.edu.tw/resource/military/2010503-104714.doc>

22 97年全民防衛與傳染病防治動員核心教材含備忘稿，詳如行政院衛生署疾管局
網址：<http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/9428133702.pdf>

23 青年日報專論，「『萬安』演習，有效驗證全民防衛動員機制」，民國97年9月11日，
網址：http://news.gpwb.gov.tw/newsgpwb_2009/news.php?css=2&rtype=1&nid=53645

24 青年日報，「九十八年度萬安32號演習綜合實作24日展開」，民國98年4月20日，
網址：http://news.gpwb.gov.tw/newsgpwb_2009/news.php?css=2&rtype=1&nid=84907

25 青年日報，「投縣萬安演習逼真，模擬震災應變」，民國99年5月13日，
網址：http://news.gpwb.gov.tw/newsgpwb_2009/news.php?css=2&rtype=1&nid=132927

萬安34號演習)輪序之縣(市)，計新北市、台北市、宜蘭縣、新竹市、苗栗縣、彰化縣、嘉義市、屏東縣、台東縣、澎湖縣及金門縣等11個縣(市)，置重點於重大複合式災害防救及縣(市)級「三會報」機制聯合運作，整合縣(市)資源，驗證動員、民防、緊急醫療、災害防救及傳染病防治等應變機制。²⁶

檢視「100至101年度全民防衛動員準備綱領」，行政院動員會報亦強調，是以因應敵對我可能發動的局部封鎖與關鍵打擊，以及災害防救與國土安全維護等為目的，本「備戰」與「應變」兼顧原則，由會報秘書組協調各動員準備方案主管機關動員會報與各縣市動員會報，在動員準備階段翔實調查、統計、編管各項動員能量，蓄養戰爭潛力，並協力災害救援，動員實施階段適時轉換為協調管制中心，確掌全民總體動員力量，有效支援軍事作戰，確保國家安全與百姓基本民生實需。²⁷

參、我國傳染病防治政策相關法規

過去台灣的防疫體系的思維，主要在應付像肺結核、愛滋病這類疾病上。故預防新興疫病再度肆虐，全面進行防疫體系總體檢，強化新興傳染病與生物恐怖戰的防治策略，及防疫

組織的改造強化，改善舊制防疫觀念，建立新的防疫觀念，實屬後SARS時期必須優先面對的挑戰。基本上，防疫首要是作法的改變和觀念的革新，而新觀念的建立需要在全球化架構下逐步、廣泛、細緻、協調環境中，結合各個部門與公私機構通力合作、資源整合和有效利用，同步發展預防與治療的方法及措施，快速將公私立衛生醫療院所統合，並密切跟世界各國聯繫合作，以達「防疫無國界」之境地。²⁸尤其我國於95年5月20日總統府公布之「2006國家安全報告」首次將疫災及生物恐怖攻擊之威脅納入國家重大安全威脅，並將「整合反恐機制、重大基礎建設維護及災害防救體系」列為重要工作，更展現政府強化防疫工作的決心與重視。²⁹以下分別就「傳染病防治完成立法的相關法規配套」、「我國因應流感大流行準備計畫及配套」、「衛生署的生物病原災害防救業務計畫」等三個面向，簡析我國傳染病防治政策相關法規。

一、傳染病防治完成立法的相關法規配套

為順利推動傳染病防治工作，疾病管制局於2009年12月出版《傳染病防治法規彙編》，期盼於各個環節均強調依法行政，使各項行政作為兼具合憲性與適法性。鑑諸以往，公權力之適度介入，對於遏止傳染病的發生、傳染或

26 中華電視公司，「兩岸關係影響！國防部恢復萬安防空演習，首由縣市長指揮」，民國100年3月8日，網址：<http://news.cts.com.tw/nownews/politics/201103/201103080686175.html>

27 青年日報，「吳揆：全民防衛機制有賴國人支持參與」，民國98年12月31日，網址：http://news.gpwb.gov.tw/newsgpwb_2009/news.php?css=2&rtype=1&nid=117459

28 張鴻仁主持，行政院研究發展考核委員會九十六年委託研究計畫：「建構生物防護及SARS等新興傳染病防護網計畫」執行成效分析與政策建議報告，民國96年8月，網址：<http://www.rdec.gov.tw/public/PlanAttach/200806241718573308510.pdf>

29 有關《2006國家安全報告》，請參閱陸委會參考資料夾，詳如網址：<http://www.mac.gov.tw/public/Data/05271047271.pdf>

蔓延，已發揮極大之功效。是以，防疫主管機關之勇於貫徹公權力，落實傳染病防治相關作為，踐行「防疫於先機」、「平時與戰時並重」等防治策略，將使民眾對於防疫安全充滿信心。再者，讓民眾愈加了解防疫相關法令規定，將使防疫措施得到更多支持的力量，以達「全民總動員、防疫零缺口」之目標。³⁰

傳染病防治法及其相關規定，有28種。³¹分別為《傳染病防治法》、《傳染病防治法施行細則》、《傳染病防治醫療網作業辦法【最新版本於民國99年2月3日發布】》、《中央流行疫情指揮中心實施辦法》、《防疫物資及資源建置實施辦法》、《處置傳染病媒介物補償辦法》、《傳染病流行疫情監視及預警系統實施辦法》、《預防接種作業與兒童預防接種紀錄檢查及補行接種辦法》、《預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法【最新版本於民國99年2月12日發布】》、《醫療機構執行感染控制措施查核辦法》、《感染性生物材料管理及傳染病人檢體採檢辦法》、《傳染病檢驗及檢驗機構管理辦法》、《傳染病危險群及特定對象檢查辦法》、《屍體解剖喪葬費用補助標準》、《指定徵用設立檢疫隔離場所及徵調相關人員作業程序與補償辦法【最新版本於民國99年2月3日發布】》、《傳染病防治財物徵用徵調作業程序及補償辦法》、《港埠檢疫規則》、《港埠檢疫費用徵收辦法》、《傳染病防治獎勵辦法》、《執行第五類傳染病防治工

作致傷病或死亡補助辦法》、《傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施【最新版本於民國99年9月9日發布】》、《行政院衛生署委任所屬疾病管制局辦理傳染病防治業務相關事宜》、《公告：行政院衛生署委任所屬疾病管制局辦理感染性生物材料管理及傳染病人檢體採檢業務》、《令：行政院衛生署結核病防治費用補助要點》、《令：限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境實施要點》、《函示：有關傳染病防治法第十條所指「因業務知悉有關資料者」是否涵蓋新聞媒體從業人員》、《函示：傳染病防治法第四十四條第一項第二款所稱必要時之涵義》、《函示：法定傳染病患隔離治療及重新鑑定隔離治療之作業流程》等。

上述《傳染病防治法》，前於民國33年12月6日國民政府制定公布全文三十五條，後經民國37年12月28日、72年1月19日、88年6月23日、91年1月30日、93年1月7日、93年1月20日、95年6月14日、96年7月18日、98年1月7日等九次修正。其中96年版《傳染病防治法》，係為配合「國際衛生條例」之修正施行與流感大流行準備及防治事宜之需，爰擬具《傳染病防治法》修正草案。而98年版《傳染病防治法》，係基於防治傳染病之迫切需要，並考量經費來源及國際趨勢等因素，爰擬具《傳染病防治法》第二十七條修正草案，增訂設置基金，以確保疫苗之財源，使常規疫苗之供應充

30 有關《傳染病防治法規彙編》，請參閱行政院衛生署疾病管制局全球資訊網出版品
網址：<http://www.cdc.gov.tw/public/data/011311513071.pdf>

31 有關《傳染病防治法規彙編》，請參閱行政院衛生署疾病管制局全球資訊網出版品
網址：<http://www.cdc.gov.tw/public/data/011311513071.pdf>

足、穩定，以利疫苗政策之推行及落實，進而鞏固防疫，確保國民健康。現行《傳染病防治法》第一章「總則」有1至13條條文，第二章「防治體系」有14至18條條文，第三章「傳染病預防」有19至34條條文，第四章「防疫措施」有35至57條條文，第五章「檢疫措施」有58至60條條文，第六章「罰則」有61至71條條文，第七章「附則」有72至77條條文。³²

二、我國因應流感大流行準備計畫及配套

傳染病防治法第一章第四條第一項規定，中央主管機關應訂定傳染病防治政策及計畫，包括預防接種、傳染病預防、流行病學監視、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。我國因應流感大流行之相關應變計畫，有《我國因應流感大流行準備計畫（民國99年5月）》、《因應流感大流行執行策略計畫（民國97年2月）》及《因應流感大流行作戰計畫（民國96年12月）》。就位階而言，《我國因應流感大流行準備計畫》係奉行政院核定之最高指導綱領，據以爭取經費支應各項準備；《因應流感大流行執行策略計畫》係依「準備計畫」制定之執

行策略、各項防治措施之原理原則、各機關制定因應實務之依據；而《因應流感大流行作戰計畫》依「策略計畫」所制定之細部作業規劃、各單位實務執行防疫工作之細節、隨時依最新狀況更新。³³

因此，《我國因應流感大流行準備計畫》為我國疾病管制局重大政策之一。眾所皆知，流感病毒傳染力強，抗原變化快，人類感染後抗體保護期僅數個月，故每年常在世界許多國家，發生規模大小不等的流行。過去一百多年，曾分別在1889年、1918年、1957年及1968年發生世界性大流行（詳如附件二：二十世紀三次流感大流行之特性分析）；國外疫情顯示，下一次流感大流行恐即將發生。尤其我國並非世界衛生組織會員國，未來大流行發生時是否能獲得國際間防疫資源的公平分配不得而知，且與國際間往來頻繁，尤以中國大陸及東南亞國家之交流更為密切，因此我國所面臨之考驗極為嚴格，應積極籌劃因應流感大流行之準備計畫，以確實保障國民健康，避免嚴重經濟損失，故研訂本項「我國因應流感大流行之準備計畫」。99年6月1日至104年12月31日，

32 96年版《傳染病防治法》修正草案總說明，網址：<http://www.ey.gov.tw/public/Attachment/7521015971.pdf>「國際衛生條例」於九十四年五月二十三日大幅修正，對於國際傳染病不再於條文明定名稱，改為納入「國際衛生條例」之附件二，若有增廢國際傳染病之需，則由世界衛生組織之委員會審議後適時對外宣布。此外，中央主管機關爰於九十五年二月九日公告天花、拉薩熱、裂谷熱、馬堡病毒出血熱、西尼羅熱等五種疾病為指定傳染病在案。有關98年版《傳染病防治法》修正草案總說明，

網址：<http://www.ey.gov.tw/public/Attachment/861716232071.pdf>；有關《傳染病防治法》，請參閱全國法規資料庫網址：<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0050001>

33 行政院衛生署疾病管制局編印，因應流感大流行執行策略計畫（第二版，行政院民國97年2月20日核准），網址：<http://flu.cdc.gov.tw/public/Attachment/8122918451168.doc>《我國因應流感大流行準備計畫》行政院衛生署疾病管制局已於民國99年5月出版；《因應流感大流行執行策略計畫》行政院衛生署疾病管制局已於民國97年2月出版；《因應流感大流行作戰計畫》行政院衛生署疾病管制局已於民國96年12月出版。詳如行政院衛生署疾病管制局「出版品最新訊息」

網址：<http://www.cdc.gov.tw/lp.asp?CtNode=77&CtUnit=69&BaseDSD=7&mp=1&nowPage=1&pagesize=100>；「防治計劃-衛生署之應變」網址：<http://flu.cdc.gov.tw/lp.asp?CtNode=834&CtUnit=410&BaseDSD=7&mp=150>

為本計畫執行期間為流感大流行準備階段，不包含大流行爆發時之應變動員階段。³⁴

基本上，我國流感大流行第一期計畫之執行已達成流感大流行防治所需之基礎準備，而後續之應變準備仍有依國內外之疫情處理經驗進行調整之需要。另準備工作須隨科學證據、疫情資訊及可用資源等狀況而需有所調整，且後續管理及使用實更為一門學問，故應持續評估現有物資之種類涵蓋性及數量充足性，並落實管理及使用規劃，使物資儲備效益最大化，並將準備層面擴及家庭防治及社區動員。98年4月下旬至99年初之H1N1新型流感因應措施，即是以第一期計畫之準備為基礎進行動員應變，其因應情形包括「跨部會動員」、「疫情監視」、「醫療照護提供」、「疫苗接種」、「民眾溝通」、「社區防疫」等措施。展望未來，必須以「預為準備」之精神作為重要基礎，亦即所有的後勤準備應在災害發生前即到位，而災害發生時機無法預估，因此，後勤準備沒有等候期，必須即刻投入及儘早齊備；換言之，包括「疫苗之儲備及使用」、「流感抗病毒藥劑之儲備及使用」、「醫療體系之維持與量能提升」、「防疫物資之儲備」、「整體防疫量能之強化」乃整府因應大流行之主要工作項目。³⁵

整體而言，政府對於流感大流行應變制必須能隨時啟動、且「圍堵」及「減災」策略需

彈性運用、流感疫苗及抗病毒藥劑之可獲量能有待鞏固及提升、傳染病醫療照護之品質及量能應再予提升、疫病防治需要全民共同參與。尤其除政府部門的各項投入外，個人衛生習慣之貫徹實為防疫基本工作，另家庭照護、社區系統之配合更可讓防疫工作固本培元；此外，各公私部門均有保護員工及維持正常運作之責任。而「溝通」即為落實各項工作的關鍵行動，故須對所有分眾對象給予深度衛教宣導，並結合社區家庭個人等；除基本的提供知識，應進一步改變態度，使整體社會認同持續準備的核心價值，以期最終將相關的防治行為內化；然而態度及行為的改變的確是一大挑戰。³⁶

檢視WHO過去對於流感大流行之控制，以「將新病毒圍堵於疫情始發處」為首要目標，「圍堵」策略在疫情初始時可以達到阻絕境外移入病例及延緩疫情進入國內之效果，爭取更多準備的時間，因此，國內亦採取類似之概念，傾全力將病毒圍堵於國外或邊境；然而，98年H1N1新流感疫情，WHO基於現今國際交流之頻繁，認為採高規格的「圍堵」工作將耗用過多社會成本，導致無法維持長期的防疫能量，且圍堵並無法完全阻絕疫情，故應加強「減災」策略之比重，投入各項資源於政府應變機制、傳染病醫療品質、防疫物資整備、全民防疫體系等方面，並加強風險溝通，方能面對流感大流行可能造成的各種衝擊。為將國

34 行政院衛生署疾病管制局編印，我國因應流感大流行準備第二期計畫，民國100年1月11日，網址：<http://flu.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=16033&ctNode=834&mp=150>

35 行政院衛生署疾病管制局編印，我國因應流感大流行準備第二期計畫，民國100年1月11日，網址：<http://flu.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=16033&ctNode=834&mp=150>

36 行政院衛生署疾病管制局編印，我國因應流感大流行準備第二期計畫，民國100年1月11日，網址：<http://flu.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=16033&ctNode=834&mp=150>

內防治資源做最適當的調配，除維持原邊境管制等圍堵策略，我國也轉變政策方向，適度將「降低疫情引發損害」之目標比重加重，投入各項資源於政府應變機制、傳染病醫療品質、防疫物資整備、全民防疫體系等方面，並加強風險溝通，方能面對流感大流行可能造成的各種衝擊。³⁷

三、衛生署的生物病原災害防救業務計畫

依據災害防救法規定災害防救計畫係指災害防救基本計畫、災害防救業務計畫及地區災害防救計畫。檢視衛生署的《生物病原災害防救業務計畫》，屬我國17個災害防救業務計畫之一。³⁸該計畫係依據92年5月26日中央災害防救會報第六次會議主席裁指示、災害防救法第三條第六款及第十九條第二項辦理，經中央災害防救會報核定後實施，性質上屬於災害防救基本計畫之下位計畫；與各業務主管機關所擬定之各類災害防救業務計畫為平行位階之互補計畫。本計畫為各級地方政府地區災害防救計畫之上位指導計畫；有關計畫所列相關機關應辦理事項，地方政府於擬訂地區災害防救計畫生物病原災害部分時，亦應列入由相對應機關（單位）落實執行，以健全生物病原災害整

體防救機制。計畫包括總則、災害預防、災害緊急應變、災後復原重建及計畫實施與管制考核等項目，將行政院衛生署等中央相關機關及地方政府應辦理事項或施行措施詳列說明。

自911事件後，生物戰爭的威脅引起廣泛討論。面對生物戰爭的最大困難在難以察覺，散播方式難以掌控，故即便已遭散播，亦難以立即監測而加以處理。目前，天花、炭疽病、肺鼠疫、肉毒桿菌腸毒素等病原被認為最有可能被用來發展成生物戰劑。由於生物病原引起的疾病型態愈來愈多元，加上其基因會產生突變，對藥物會產生抗藥性，因此其嚴重性及對社會的衝擊也愈來愈大。一旦引發生物病原災害，往往須投入相當之人力、物力，疫情才會逐漸趨緩，足見生物病原災害防救業務需事先規劃，建立有效的運作方式。³⁹

而生物病原災害防救機制的啟動則視病原特性、災害規模、嚴重程度而定，以上均需藉由專業的疾病監視與疫情調查，故此二項工作在平時應確實執行。一旦透過專業研判需啟動防救機制，依不同災害規模應啟動的機制如下：⁴⁰

首先，地方生物病原災害啟動機制：轄區

37 行政院衛生署疾病管制局編印，我國因應流感大流行準備第二期計畫，民國100年1月11日，

網址：<http://flu.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=16033&ctNode=834&mp=150>

38 請參閱行政院災害防救委員會，「災害防救基本計畫」

網址：<http://www.ndppc.nat.gov.tw/Show.aspx?MID=666&UID=831&PID=0>；有關災害防救業務計畫，請參閱「行政院中央防救委員會」 網址：<http://www.ndppc.nat.gov.tw/Show.aspx?MID=696&UID=738&PID=666>

其他16個業務計畫，有內政部「風災」、「震災」、「重大火災」、「爆炸災害」等4個；經濟部有「旱災」、「水災」、「礦災」、「公用氣體與油料管線、輸電線路」等4個；交通部有「海難」、「空難」、「陸上交通事故」等3個；農委會有「土石流」、「森林火災」、「寒害」等3個；環保署有「毒性化學物質」、行政院原子能委員會有「輻射」等災害防救業務計畫。

39 行政院衛生署疾病管制局編，「生物病原災害防救業務計畫」，民國98年4月，

網址：<http://www.cdc.gov.tw/public/data/97161652471.pdf>

40 行政院衛生署疾病管制局編，「生物病原災害防救業務計畫」，民國98年4月，

網址：<http://www.cdc.gov.tw/public/data/97161652471.pdf>

內傳染病未發生但有發生之虞，如鄰近區域疫情發生，對居民健康、社區安全及地方經濟可能產生重大危害，且對該地區醫療資源產生嚴重負荷時，地方主管機關認有統籌指揮、調集所屬相關機關人員及設備，進行防治措施之必要時，依據傳染病防治法第十六條第三項成立「流行疫情指揮中心」，其成立程序與「災害防救法」第十二條成立「生物病原災害應變中心」相同，故得以依傳染病防治法成立之「流行疫情指揮中心」作為「生物病原災害應變中心」。在生物病原災害發生或有發生之虞時，為處理災害防救事宜或配合各級災害應變中心執行災害應變事項災害防救業務計畫及地區災害防救計畫指定之機關、單位或公共事業，應設緊急應變小組執行各項應變措施。

其次，中央生物病原災害啟動機制：行政院衛生署發現生物病原造成國內、外傳染病未發生但有發生之虞時，應依專業判斷，視災害規模，考量傳染途徑、疫情狀況及跨縣市流行疫情嚴重度等，於出現下列任一狀況時啟動應變機制：

1. 對國家安全、社會經濟、人民健康造成重大衝擊，且需中央醫療或經濟支援。
2. 傳染病跨區域爆發，且對該區域醫療資源產生嚴重負荷，須進行跨區域住院隔離、醫療支援、人力調度、疏散病患。

依傳染病防治法第十七條中央主管機關經考量流行疫情嚴重度，認有統籌各種

資源、設備及整合相關機關（構）人員之必要時，得報請行政院同意成立「中央流行疫情指揮中心」。其成立程序與災害防救法第十三條成立「中央災害應變中心」相同，故以依傳染病防治法成立之「中央流行疫情指揮中心」作為「生物病原災害中央災害應變中心」。

第三，中央主管機關成立中央流行疫情指揮中心（生物病原災害中央災害應變中心）時，各級機關及地方政府應成立地方流行疫情指揮中心（地方災害應變中心）或生物病原災害緊急應變小組，配合中央進行生物病原災害之防救措施。

第四，經流行疫情資料蒐集、調查及研判，疑似有生物病原恐怖攻擊事件發生或有發生之虞時，依據行政院國土安全辦公室之相關計畫來啟動相關機制，並依『恐怖活動情資處理作業要點』結合國安體系，以統一情報蒐集，指揮調度各機關進行反恐怖攻擊之應變。

肆、我國傳染病防治政策執行概

眾所皆知，疾病管制一直以來為國人關注的公共議題之一，依《傳染病防治法》第17條規定，⁴¹中央主管機關（行政院衛生署疾病管制局）經考量國內、外流行疫情嚴重程度，認有統籌各種資源、設備及整合相關機關（構）人員之必要時，得報請行政院同意成立中央流行疫情指揮中心（依《傳染病防治法》及《中

41 法務部全國法規資料庫，請參閱《傳染病防治法（民國98年01月07日）》，

網址：<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0050001>；行政院衛生署疾病管制局為行政院衛生署所屬八個機關之一；詳如行政院衛生署組織。有關《2006國家安全報告》，請參閱陸委會參考資料夾，詳如 網址：<http://www.mac.gov.tw/public/Data/05271047271.pdf>

央流行疫情指揮中心實施辦法》)。檢視我國疾病防治史，依時間順序有「登革熱」、「嚴重急性呼吸道症候群」、「H1N1新型流感」等。臺灣最大一次登革熱流行發生於1942年；綜觀歷年來，南部地區四型登革病毒存在，顯示高屏地區為登革出血熱之高危險地區。而嚴重急性呼吸道症候群是世界衛生組織於2003年3月15日新公布名稱，在這之前稱非典型肺炎。2009年4月28日，世界衛生組織將H1N1新流感疫情提升到第4級，行政院為因應H1N1新型流感升級成立中央流行疫情指揮中心。⁴²以下分別就「以登革熱疫情為例」、「以SARS疫情為例」、「以H1N1疫情為例」等三個面向，簡析我國傳染病防治政策執行概況。

一、以登革熱疫情為例

登革熱（Dengue Fever）又叫典型登革熱（classic dengue），或原發性登革熱（primary dengue），係由蚊子（埃及斑蚊Aedes aegypti或白線斑蚊Aedes albopictus）傳播的急性病毒性熱疾，而以高熱、頭部、肌肉、骨頭、關節的奇痛，後眼窩痛以及發疹為主要症狀。另有一種自1953年開始，發生在菲律賓、泰國、馬來西亞、新加坡、印尼、印度、斯里蘭卡、緬甸、越南等各地的奇異登革熱，主要侵襲3~10歲的兒童，以嚴重而可能致命的出血徵候乃至休克為特徵，成為嚴重的公共衛生問題。因為其感染對象、症狀以及預後與原來的

登革熱顯然不同，所以稱登革出血熱（dengue hemorrhagic fever，DHF），或登革休克症候群（dengue shock syndrome，DSS），也有續發性登革熱（secondary dengue）之稱。以下單稱登革熱者均指傳統或典型登革熱。全球登革熱發生的地區，主要在熱帶及亞熱帶有埃及斑蚊及白線斑蚊分布的國家，特別是埃及斑蚊較多之地區，包括亞洲、中南美洲、非洲及澳洲北部，以及部分太平洋地區島嶼。但自1980年代後，似有向全球各地蔓延的趨勢，並在部分地區如斯里蘭卡、印度、孟加拉、緬甸、泰國、寮國、高棉、越南、馬來西亞、新加坡、印尼、新幾內亞、菲律賓、密克羅西亞、大溪地、加勒比海群島，以及若干中南美洲國家，已生根成為地方性傳染病。⁴³有關2000至2009年間東南亞地區登革熱病例數，詳如附件一；從統計資料顯示，登革熱為我國具威脅性的傳染病之一。

登革熱防治需要全民共同參與，平時衛教宣導策略重點在於使民眾知道登革熱之預防方法，並能於日常生活中主動清除積水容器，並加強自我保護；而醫師診斷疑似病例時能提高警覺，並加強通報。基本上，人被帶有登革病毒的病媒蚊叮咬而受到感染，發病前1天至發病後5天間，病人血液中有病毒活動，稱之為病毒血症期（viremia）。台灣重要的病媒蚊為埃及斑蚊（Aedes aegypti）及白線斑

42 請參閱行政院衛生署疾病管制局編印，傳染病防治工作手冊，

網址：<http://www.cdc.gov.tw/lp.asp?ctNode=1733&CtUnit=921&BaseDSD=7&mp=1&pagesize=100>

H1N1新型流感中央流行疫情指揮中心，「H1N1新流感中央流行疫情指揮中心致醫界通函第065號」，民國99年2月26日，網址：<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=27873&ctNode=2379&mp=1>

43 請參閱行政院衛生署疾病管制局防疫專區之「登革熱」疾病介紹，

網址：http://www.cdc.gov.tw/sp.asp?xdurl=disease/disease_content.asp&id=770&mp=1&ctnode=1498#1

蚊（*Aedes albopictus*）。病媒蚊經叮咬病毒血症期的病患8~12天後，則具有終生傳染病毒的能力。有關登革熱預防措施：1.宣導民眾作好孳生源清除工作，以及避免被病媒蚊叮咬，包括住屋加裝紗窗、紗門、出入高感染地區宜穿著長袖衣服與長褲、以及在裸露部位噴防蚊液。2.在社區進行病媒蚊密度調查，監測病媒蚊密度及明瞭該社區的孳生源所在，以利孳生源清除工作。此外，對病人、接觸者及周圍環境之管制措施包括：1.報告當地衛生主管機關。2.病人在發病後五日內應預防被病媒蚊叮咬，病房應加裝紗窗、紗門、或噴灑殺成蚊藥，病人應睡在蚊帳內。3.病人住地及工作地或停留地（1小時以上）進行殺蟲劑噴灑，以殺死帶病毒成蚊，並執行孳生源清除工作。4.接觸者及感染源的調查：調查發病前2週及發病後1週的停留地點，並調查是否還有其他疑似病例。⁴⁴

依據《傳染病防治法》第3條所稱傳染病包括：登革熱、瘧疾（第二類）、日本腦炎及恙蟲病（第三類）等，均屬病媒媒介之傳染病，另因國際交流頻繁及國內特殊環境等因素，部分未列入傳染病防治法之疾病如西尼羅病毒腦炎等，亦可能危害國人健康安全。爰此，衛生署特訂定「96-99年度登革熱及其他病媒傳染病防治四年計畫」，涵括登革熱、瘧疾、恙蟲病及西尼羅病毒腦炎等疫病防治事

宜，提供中央與地方衛生主管機關防治作為之依循。⁴⁵

99年疫情自8月進入流行期，南臺灣地區本土登革熱感染人數持續增加，並擴及五縣市，因應疫情，行政院於10月21日成立「登革熱中央流行疫情指揮中心」，統籌督導各項防治作為，並於南部設立前進指揮所，督導第一線防疫工作之執行。當時本土病例數已超過600例，且疫情每日以新增15-20例確定病例持續爬升，42週為疫情高峰，當週累積病例數達159例。指揮中心成立後，除積極進行登革熱防治工作，並推動容器減量計畫、三級複式動員計畫，由於中央與地方政府、醫療與環保衛生單位之間的通力合作，尤其村里、學校與社區民眾的全力配合，有效遏止了登革熱疫情持續蔓延。自42週後疫情呈階梯狀持續下降，99年8月起至12月底止共計1,541例本土確定病例。國際上，登革熱疫情仍未有趨緩之勢，民國100年，我國仍面對嚴重挑戰，疾管局將以99年戰疫中可獲取之經驗及分析成果，進行防治工作。手冊之修訂，內容包括：容器減量策略內化為平時作為，運用風險地圖採取風險管控及防疫措施等，在過去的防治成果基礎上，讓防疫成效再創佳績。⁴⁶

二、以SARS疫情為例

嚴重急性呼吸道症候群是世界衛生組織於2003年3月15日新公布名稱，在這之前稱非典

44 請參閱行政院衛生署疾病管制局防疫專區之「登革熱」疾病介紹，

網址：http://www.cdc.gov.tw/sp.asp?xdurl=disease/disease_content.asp&id=770&mp=1&ctnode=1498#1

45 行政院衛生署疾病管制局防疫組，96-99年度登革熱及其他病媒傳染病防治四年計畫（民國95年2月），詳如網址：<http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/8312152002.pdf>

46 行政院衛生署疾病管制局，「中央與地方通力合作，防治登革熱有成」，民國100年1月18日，網址：<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=32187&ctNode=977&mp=130>

型肺炎。感染特點為發生瀰漫性肺炎及呼吸衰竭，因較過去所知病毒、細菌引起的非典型肺炎嚴重，因此取名為嚴重急性呼吸道症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome, 簡稱SARS）。嚴重急性呼吸道症候群的主要症狀為發高燒（ $>38^{\circ}\text{C}$ ）、咳嗽、呼吸急促或呼吸困難。可能伴隨其他症狀，包括：頭痛、肌肉僵直、食慾不振、倦怠、意識紊亂、皮疹及腹瀉，胸部X光檢查可發現肺部病變。嚴重急性呼吸道症候群最嚴重時會出現瀰漫性肺炎，氧氣交換下降，導致肺部缺氧，所以病人會呼吸困難、缺氧，甚至導致死亡。⁴⁷

SARS之起源目前尚無定論，不過一般認為可能的源頭來自大陸；91年11月至92年2月中，廣東發生非典型肺炎疫情流行。證據顯示，續發的香港疫情，為一廣東教授個案所引起，該個案於92年2月中下旬抵港住宿九龍某酒店，並將病毒傳播給酒店工作人員及客人。廣東教授個案發病住院後，因醫院未能即時發現採取隔離措施，致爆發院內感染，同時藉由受感染之住宿該酒店國際旅客散布全球。其後，世界衛生組織於92年3月底證實，廣東的非典型肺炎就是現在的SARS。SARS是近距離傳染，主要經由「親密接觸」從一個人傳染給另一個人。需接觸到患者呼吸道分泌物、體液及排泄物狀況下才可能遭受感染，其傳染途徑包括：1.可能是吸入或黏膜接觸病人的飛沫或體液而傳染。2.接觸到感染者分泌物或帶菌的

體液，這裡所說的接觸也包括以曾碰過被感染者體液的手去揉鼻子、揉眼睛或是拿東西吃等等。至於要多少量的致病原才會導致感染，目前並不清楚。⁴⁸

進一步而言，由於SARS是新興傳染病，世界衛生組織對其致病原傳染途徑皆不清楚，加以當時國內防疫體系因缺乏實際面對新興疫災之實戰經驗、緊急應變能量不足、資源分散未整合，與當時政府整體防疫組織架構不完善、人力嚴重不足，及法規不完備，嚴重影響新興疫病之偵測及應對。惟為防堵疫情的持續蔓延，政府部門全體動員，史無前例成立跨部會中央流行疫情協調會報，甚至動用第二預備金，通過SARS防治及紓困暫行條例，投入相關防治工作。另外阻絕個案輸出入，更於機場設置發燒篩檢站，對自流行地區入境旅客及患者實施居家隔離，發動全民量體溫等各項措施。經各方努力及民眾的配合，終於在2003年7月5日世界衛生組織正式宣佈台灣地區由SARS感染區除名，從世界衛生組織發布台灣為SARS疫區到解除停留天數46天、較加拿大60天、中國北京75天、香港98天、新加坡76天為短。具體而言，政府當時抗SARS包括「架構抗SARS組織」、「公布SARS防治及紓困暫行條例，確立抗SARS法源及經費來源」、「訂定醫療機構院內感控標準作業流程」、「強化疫情監測及調查，找出感染源阻遏疫病蔓延」、「決戰境外-加強港埠檢疫」、「強

47 有關「嚴重急性呼吸道症候群」，請參閱行政院衛生署疾病管制局編印，傳染病防治工作手冊，網址：<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=6476&ctNode=1733&mp=1>

48 請參閱行政院衛生署疾病管理局防疫專區之「嚴重急性呼吸道症候群(SARS)」疾病介紹，

網址：http://www.hc.mmh.org.tw/Knowledge/Knowledge_Detail.asp?Csdp=7526&Writing_No=30&Page_No=001

49 行政院研考會，衛生署推動風險管理與因應SARS 危機經驗談，民國95年12月22日，

網址：<http://www.rdec.gov.tw/ct.asp?xItem=3854902&ctNode=12949&mp=100>

化檢驗技術」、「強化民眾防疫衛教宣導」等七項緊急應變處理措施。⁴⁹

綜合而言，SARS疫情之防治概念主要本著預防重於治療基本精神，運用公共衛生三段五級的預防觀念來研訂防治策略，其防治架構為初段預防，防治策略主要為衛生教育；次段預防之防治策略為早期監視早期防治、群聚及大流行之疫情處理以及早期診斷早期治療；而未段預防的防治策略為避免併發症與避免死亡。因應SARS可能再度發生，以有效控制疫情，整府乃採取「強化流感疫苗預防接種」、「重新建構及強化邊境防疫檢疫工作之量能」、「建置人口密集機構、醫院發燒監視系統」、「加強傳染病監視與通報系統」、「建構標準院內感控作業程序，並落實醫院感控工作」、「建構感染症防治醫療網」、「建立防疫物資配送及管控機制」、「建立衛教及政策溝通機制與平台工作」、「法規再造」、「建立國際合作機制、開發合作管道」、「建置靈敏有效率的緊急防疫應變體系」等重要防治政策。⁵⁰

而SARS在初段預防之衛生教育重點有六，包括：(1)養成良好衛生習慣，尤其是勤洗手及打噴嚏或咳嗽要掩口鼻。(2)鼓勵民眾保持經常量體溫之健康行為。(3)保持居家環境衛生及空氣流通。(4)培養良好就醫習慣。(5)避免到人群聚集或空氣不流通的地方。(6)

流感期發燒 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ，應戴口罩，並先以電話諮詢醫師或1922專線，依醫師指示在家休息或至醫院發燒篩檢站就醫。

而在次段預防防治架構下，兩大防治主軸的防治措施將以下列分項進行描述：在早期監視早期防治方面，包括傳染病監視通報系統、檢體採檢與送驗，以及疫情調查；在群聚事件及特殊疫情處理方面，包括事件定義、中央流行疫情指揮中心、防制措施。而在早期診斷早期治療方面，包括傳染病防治醫院及治療方法。而為達到前述監測目的，已建立有監測通報網絡，其中與本項疾病相關之監視系統包括「法定傳染病通報系統」、「人口密集機構傳染病監視系統」與「醫院不明原因發燒監視通報作業系統」。尤其為因應SARS再度來襲，避免重蹈覆轍，更建置「疫情調查網絡」，建立即時「SARS病例與其接觸者疫調暨自主健康及居家隔離管理」資訊系統，整合接觸者與感染源調查資料，以進行關聯性分析，立即進行防治，阻斷傳染。且為提昇並加強我國面對新興及再浮現傳染病之應變能力及防治需求，疾病管制局亦著手建立「傳染病防治醫療網」以整合醫療及公共衛生體系，提昇防疫能力，以因應新興及不明原因傳染病之威脅。傳染病防治醫療網以區域聯防運作模式共同防治傳染病，原則在每縣市選擇乙家醫院簽訂合約，負責疫情啟動時之病患收治。⁵¹

50 請參閱行政院衛生署疾病管局，「嚴重急性呼吸道症候群(SARS)」教材（2008年4月），網址：<http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/85512403171.pdf>；行政院研考會，衛生署推動風險管理與因應SARS 危機經驗談，民國95年12月22日，

網址：<http://www.rdec.gov.tw/ct.asp?xItem=3854902&ctNode=12949&mp=100>

51 請參閱行政院衛生署疾病管局，「嚴重急性呼吸道症候群(SARS)」教材（2008年4月），網址：<http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/85512403171.pdf>

最後，說明末段預防的防治策略為避免併發症與避免死亡，目的在於適當治療以防止疾病的惡化並避免發生進一步的併發症、提供適當醫療處置以避免死亡；而持續進行SARS致病機轉與治療之相關研究是工作重點，聚焦於「危險因子」、「致病機轉」、「治療成效評估」等研究。⁵²

整體而論，從2003年3月15日發現第一個嚴重急性呼吸道症候群病例，到2003年7月5日世界衛生組織宣佈臺灣地區從SARS感染區除名，近4個月期間，共有664個病例，其中73人死亡（全球約有8千個病例、8百人死亡），政府在疫情流行期間宣佈將SARS列入為第四類法定傳染病，並創下1949年以來，醫院封院、街坊封樓、院外發燒篩檢的首見景況。⁵³

三、以H1N1疫情為例

H1N1新型流感原是一種於豬隻中感染的疾病，屬於A型流感病毒，常見病毒為H1N1、H1N2、H3N1與H3N2。回顧民國98年6月12日，世界衛生組織（WHO）宣布，H1N1新型流感疫情已進入全世界大流行，建議各國採取「減災」措施。依世衛組織公佈之統計數據，截至民國99年1月24日止計有209國／地區發生H1N1新型流感疫情，並有至少14,711個死亡病例。除北非、中亞及部分東歐國家，大多數國家/地區之疫情皆已趨緩。

而國內疫情方面，截至民國99年1月25日止，H1N1新型流感住院病患累計共884例，41例死亡。國內H1N1新型流感疫情於民國99年1月下旬趨緩，第二波疫情已確定結束。整體而言，第二波大流行防疫有相當成果，防疫成果包括「大流行因應」、「流感疫苗接種」等。然而WHO幹事長陳馮富珍博士於民國98年12月29日表示，不可輕忽疫情捲土重來之可能，需持續監測至少6-12個月，恐將於2011年方能澈底控制。基於保障國人健康的使命，將以持續投入防治工作之積極正向態度面對可能再發生疫情的不確定性，為可能之第三波疫情進行準備。⁵⁴

上述「大流行因應」以「減災（mitigation）」為防治目標，持續整備各項策略，五大防治手段包括：1.及時偵測：持續進行多元監視（病毒／輕症／住院／死亡監視）。2.傳染阻絕：持續辦理安全防護（落實個人衛生習慣、儲備安全防疫物資）及校園防疫（教育部持續督導學校加強防疫、持續在「814原則」之下落實「325停課標準」）。3.藥物治療：確保抗病毒藥劑供應無虞（提升儲備量、增加儲備品項、必要時啟動國內自製、納入健保給付）及整合治療體系（傳染病醫療網／緊急醫療網／醫療院所）。4.疫苗接種：執行接種作業（民國98年11月1日起採「登機模式」展開

52 請參閱行政院衛生署疾病管局，「嚴重急性呼吸道症候群(SARS)」教材（2008年4月），網址：<http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/85512403171.pdf>

53 維基百科全書，「SARS事件」，網址：<http://zh.wikipedia.org/zh-tw/SARS%E4%BA%8B%E4%BB%B6>

54 有關甚麼是H1N1新型流感？請參閱 網址：<http://www.h1n1.ntu.edu.tw/doc/lp.htm>；

另請參閱總統「執政報告」之應變作為H1N1防疫部分，總統府網址：<http://www.president.gov.tw/Default.aspx?tabid=1101>

55 請參閱總統「執政報告」之應變作為H1N1防疫部分，總統府網址：<http://www.president.gov.tw/Default.aspx?tabid=1101>

接種作業，民國98年12月12日訂為「全民開打日」）。5.大眾溝通：主動（防疫即時通、專屬網頁公布疫苗安全資訊）、被動（1922民眾諮詢專線）及特殊（加強說明預防接種受害救濟委員會確定排除之個案）溝通等多管齊下。

55

上述「流感疫苗接種」有六項配套措施包括：1.學童最受疫情影響，故325停課標準及畢業旅行因應等校園防疫工作仍為重點，尤以補課配套措施最具挑戰，教育部妥善因應，並因應校園接種之執行，採行免用狀況一「814原則」。各優先族群陸續開放接種，至民國98年12月12日開放全民接種；雖於民國98年12月中旬以後遭遇「緩打潮」，然在醫事防疫人員及中小學學生族群已達高接種率，達成集團免疫之效果。2.校園停課班級大幅下降，停課班級數從最高峰之1,900班降至零星班級。3.實施接種疫苗政策以來，門診與急診就診率明顯下降，門診就診人數自18,000人／日持續下降，目前已回歸基準值。4.於開打前成立有「疫苗安全小組」（民國98年7月21日）及「疫苗事件危機處理小組」（民國98年9月29日），負責監測接種後的不良反應，並儘速釐清可能發生的緊急事件。5.持續加強疫苗接種之宣導，並採行多項作為，例如：由軍方統籌具軍職身份未滿25歲青年族群之接種、函請大

專院校鼓勵學生接種，函請合約院所鼓勵孕婦接種、訂定12月12日為全民接種日、開放民眾選擇疫苗廠牌等。持續以「想打的民眾都打得到」為主軸，對民眾提出軟性訴求。6.疫苗自製與配送(1)國外廠疫苗：諾華廠疫苗（FOCETRIA(r)）自民國98年10月26日至民國99年1月21日共到貨3,321,400劑。(2)國內廠疫苗：國光廠疫苗（安定伏(r)）自民國98年11月9日至民國98年12月上旬到貨650萬劑20ml劑型，後於民國98年12月底至民國99年1月中旬到貨350萬劑5ml劑型。⁵⁶

檢視政府為推動H1N1新型流感防疫，自98年4月28日成立中央流行疫情指揮中心，迄99年2月25日解散中央流行疫情指揮中心止，共計302天，辦理工作包括邊境檢疫的「圍堵」措施、以醫療及公共衛生介入的「減災」措施，並推動有史以來最大規模的「疫苗接種」措施。⁵⁷

世界衛生組織已前於2010年8月10日宣布解除全球H1N1新型流感大流行疫情，進入「後流感大流行時期」，並強調呼籲，全球流感大流行雖已結束，H1N1新型流感病毒並未消失，未來幾年內將如季節流感病毒般持續傳播，並視傳播情形造成程度不等之流感疫情。世界衛生組織建議，各國在後流感大流行時期，仍應持續疫情監測與通報、提供流感疫苗

56 請參閱總統「執政報告」之應變作為H1N1防疫部分，總統府

網址：<http://www.president.gov.tw/Default.aspx?tabid=1101>

57 行政院新聞局，「吳揆：政府H1N1新型流感防疫措施達到成效，同意現階段解散中央流行疫情指揮中心」，民國99年2月25日，

網址：<http://www.gio.gov.tw/ct.asp?xItem=59813&ctNode=3764>；98年度全民防衛動員幹部巡迴講習班講習資料（台北：國防部後備司編印，民國98年10月），頁128至132。

58 行政院衛生署疾病管制局，「從世界衛生組織宣佈全球大流感結束談我國目前流感防治作為」，民國99年8月11日，網址：<http://www.cdc.gov.tw/content.asp?cuitem=30054&mp=1>

接種、儘早使用抗病毒藥劑治療高危險族群與重症患者。⁵⁸

伍、結語

從公共政策運作過程的角度研析，檢視「我國傳染病防治政策問題認定」、「我國傳染病防治政策相關法規」、「我國傳染病防治政策執行概況」等三個面向簡單介紹我國傳染病防治政策之後，吾人有以下發現：

第一，就「我國傳染病防治政策問題認定」而言，傳染病防治不但是聯合國關心、兩岸關心，也是一直以來政府關心的問題。

首先，前於西元2000年9月，在聯合國千禧年高峰會議之中，191個會員國政府領導人，就消除世界貧窮、飢餓、疾病、文盲、環境惡化、及婦女歧視等重要國際社會關心議題，商定一套有時限且能計量成果的工作發展目標。聯合國所有會員國家，承諾在西元2015年之前，動員政府及民間力量，實現「迎戰愛滋病毒、瘧疾、及其他疾病」等發展目標。

為了呼應聯合國千禧年發展目標為主要架構，我國將制訂對區域及相關國家之援助策略，並配合我國技術強項及具優勢之產業部門，擇定「對抗傳染病」等發展目標列為優先合作項目，據以規劃今後我推動援外工作之策略與方向。政府在我國H1N1新型流感防疫疫情趨緩後，我國向世界衛生組織表示，願意援助價值500萬美元的疫苗，幫助全世界有需要的國家；又如2010年海地發生震災，國防部配合中華民國紅十字總會支援海地的震災醫療人員，執行人道救援任務。

進一步而言，經過中華民國政府多年努力，2009年終正式獲邀以觀察員身分出席世界

衛生大會，是朝野及民間團體不斷努力、國際社會瞭解與支持，以及兩岸關係和緩後之具體成果。因此當2009年全球發生H1N1新流感大流行，兩岸雙方及時透過研討會之召開，精確掌握最新疫情，適時採取防疫措施，終於有效化解危機，此成功合作經驗，讓我們瞭解到兩岸在傳染病防治方面，建立合作機制的重要性。進而，「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」之簽署，為2010年12月20日至22日期間，第六次「江陳會談」成果之一。

「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」內容，包含「傳染病防治」、「醫藥品安全管理及研發」、「中醫藥研究與交流及中藥材安全管理」及「緊急救治」等四大合作領域。整體而言，「兩岸醫藥衛生合作協議」之簽署，將有「維護全體國人健康」、「保障消費大眾權益」及「兼顧國內產業發展」等預期效益產生。更可以建置兩岸制度化的合作機制，能有效控管兩岸交流深化所可能衍生的醫藥衛生風險，為國人之健康做好把關工作，為大家營造出健康安心環境。

全民防衛動員萬安演習於民國89年以前大多為局部性、個別性的演練。而93年全民防衛動員（萬安廿七號）演習中，除延續「防空疏散」、「重要基礎建設防護、災害救援及特定項目演練」之演練成效外，並整合各部會年度重要演習，實施「部會聯合演練」及演習有關事項之精進。行政院疾病管制局與縣市政府合作舉辦傳染病防治動員演練情形，藉以加強中央與地方及各單位間，緊急應變處理能力，並藉由演練持續強化改進動員量能。

民國99年是縣市3年一輪序的最後1年，100年重新規劃開始改成兩年一輪序，這樣對

縣市政府有多一點磨練機會，置重點於重大複合式災害防救及縣（市）級「三會報」機制聯合運作，整合縣（市）資源，驗證動員、民防、緊急醫療、災害防救及傳染病防治等應變機制。

第二，就「我國傳染病防治政策相關法規」而言，分別就「傳染病防治完成立法的相關法規配套」、「我國因應流感大流行準備計畫及配套」、「衛生署的生物病原災害防救業務計畫」等三個面向，簡析我國傳染病防治政策相關法規。

首先，為順利推動傳染病防治工作，疾病管制局於2009年12月出版《傳染病防治法規彙編》，期盼於各個環節均強調依法行政，使各項行政作為兼具合憲性與適法性。傳染病防治法及其相關規定，有28種。其中《傳染病防治法》，前於民國33年12月6日國民政府制定公布全文三十五條，後經98年1月7日等九次修正，目前計有條文七十七條。

此外，傳染病防治法第一章第四條第一項規定，中央主管機關應訂定傳染病防治政策及計畫，包括預防接種、傳染病預防、流行病學監視、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。我國因應流感大流行之相關應變計畫，有《我國因應流感大流行準備計畫》、《因應流感大流行執行策略計畫》及《因應流感大流行作戰計畫》。就位階而言，《我國因應流感大流行準備計畫》係奉行政院核定之最高指導綱領、據以爭取經費支應各項準備；《因應流感大流行執行策略計畫》係依「準備計畫」制定之執行策略、各項防治措施之原理原則、各機關制定因應實務之依據；而《因應流感大流行作戰計畫》依

「策略計畫」所制定之細部作業規劃、各單位實務執行防疫工作之細節、隨時依最新狀況更新。

第三，自911事件後，生物戰爭的威脅引起廣泛討論。而衛生署的《生物病原災害防救業務計畫》，則屬我國17個災害防救業務計畫之一；該計畫係依據92年5月26日中央災害防救會報第六次會議主席裁指示、災害防救法第三條第六款及第十九條第二項辦理，經中央災害防救會報核定後實施，性質上屬於災害防救基本計畫之下位計畫；與各業務主管機關所擬定之各類災害防救業務計畫為平行位階之互補計畫。本計畫為各級地方政府地區災害防救計畫之上位指導計畫；有關計畫所列相關機關應辦理事項，地方政府於擬訂地區災害防救計畫生物病原災害部分時，亦應列入由相對應機關（單位）落實執行，以健全生物病原災害整體防救機制。

第三，就「我國傳染病防治政策執行概況」而言，檢視我國疾病防治史，依時間順序有「登革熱」、「嚴重急性呼吸道症候群」、「H1N1新型流感」等；本文分別就「以登革熱疫情為例」、「以SARS疫情為例」、「以H1N1疫情為例」等三個面向，簡析我國傳染病防治政策執行概況。

首先，登革熱係由蚊子傳播的急性病毒性熱疾，而以高熱、頭部、肌肉、骨頭、關節的奇痛，後眼窩痛以及發疹為主要症狀。全球登革熱發生的地區，主要在熱帶及亞熱帶有埃及斑蚊及白線斑蚊分布的國家，特別是埃及斑蚊較多之地區，包括亞洲、中南美洲、非洲及澳洲北部，以及部分太平洋地區島嶼。

登革熱防治需要全民共同參與，平時衛教

宣導策略重點在於使民眾知道登革熱之預防方法，並能於日常生活中主動清除積水容器，並加強自我保護；而醫師診斷疑似病例時能提高警覺，並加強通報。衛生署曾特訂定「96-99年度登革熱及其他病媒傳染病防治四年計畫」，涵括登革熱、瘧疾、恙蟲病及西尼羅病毒腦炎等疫病防治事宜，提供中央與地方衛生主管機關防治作為之依循。

99年疫情自8月進入流行期，南臺灣地區本土登革熱感染人數持續增加，並擴及五縣市，因應疫情，行政院於10月21日成立「登革熱中央流行疫情指揮中心」，統籌督導各項防治作為，並於南部設立前進指揮所，督導第一線防疫工作之執行。自42週後疫情呈階梯狀持續下降，99年8月起至12月底止共計1,541例本土確定病例。

國際上，登革熱疫情仍未有趨緩之勢，疾管局將以99年戰疫中可獲取之經驗及分析成果，進行防治工作。手冊之修訂，內容包括：容器減量策略內化為平時作為，運用風險地圖採取風險管控及防疫措施等，在過去的防治成果基礎上，讓防疫成效再創佳績。

其次，嚴重急性呼吸道症候群（SARS）感染特點為發生瀰漫性肺炎及呼吸衰竭，因較過去所知病毒、細菌引起的非典型肺炎嚴重。SARS之起源目前尚無定論，不過一般認為可能的源頭來自大陸；91年11月至92年2月中，廣東發生非典型肺炎疫情流行。

SARS是近距離傳染，主要經由「親密接觸」從一個人傳染給另一個人。需接觸到患者呼吸道分泌物、體液及排泄物狀況下才可能遭受感染。整體而言，SARS疫情之防治概念主要本著預防重於治療基本精神，運用公共衛生

三段五級的預防觀念來研訂防治策略，其防治架構為初段預防，防治策略主要為衛生教育；次段預防之防治策略為早期監視早期防治、群聚及大流行之疫情處理以及早期診斷早期治療；而未段預防的防治策略為避免併發症與避免死亡。

從2003年3月15日發現第一個嚴重急性呼吸道症候群病例，到2003年7月5日世界衛生組織宣佈臺灣地區從SARS感染區除名，近4個月期間，共有664個病例，其中73人死亡（全球約有8千個病例、8百人死亡），政府在疫情流行期間宣佈將SARS列入為第四類法定傳染病，並創下1949年以來，醫院封院、街坊封樓、院外發燒篩檢的首見景況。

再者，H1N1新型流感原是一種於豬隻中感染的疾病，屬於A型流感病毒，常見病毒為H1N1、H1N2、H3N1與H3N2。依世衛組織公佈之統計數據，截至民國99年1月24日止計有209國／地區發生H1N1新型流感疫情，並有至少14,711個死亡病例。而國內疫情方面，截至民國99年1月25日止，H1N1新型流感住院病患累計共884例，41例死亡。國內H1N1新型流感疫情於民國99年1月下旬趨緩，第二波疫情已確定結束。整體而言，第二波大流行防疫有相當成果，防疫成果包括「大流行因應」、「流感疫苗接種」等。

上述「大流行因應」以「減災（mitigation）」為防治目標，持續整備各項策略，五大防治手段包括：1.及時偵測：持續進行多元監視。2.傳染阻絕：持續辦理安全防護及校園防疫。3.藥物治療：確保抗病毒藥劑供應無虞及整合治療體系。4.疫苗接種：執行接種作業。5.大眾溝通：主動、被動及特殊溝通等多管齊

從公共政策論我國疾病防治問題、法規與執行概況

下。

檢視政府為推動H1N1新型流感防疫，自98年4月28日成立中央流行疫情指揮中心，迄99年2月25日解散中央流行疫情指揮中心止，共計302天，辦理工作包括邊境檢疫的「圍堵」措施、以醫療及公共衛生介入的「減災」措施，並推動有史以來最大規模的「疫苗接種」措施。

世界衛生組織已前於2010年8月10日宣布

解除全球H1N1新型流感大流行疫情，進入「後流感大流行時期」，並強調呼籲，全球流感大流行雖已結束，H1N1新型流感病毒並未消失，未來幾年內將如季節流感病毒般持續傳播，並視傳播情形造成程度不等之流感疫情。世界衛生組織建議，各國在後流感大流行時期，仍應持續疫情監測與通報、提供流感疫苗接種、儘早使用抗病毒藥劑治療高危險族群與重症患者。

附件一：2000至2009年間東南亞地區登革熱病例數

國家別年份	泰國	印尼	越南	馬來西亞	菲律賓	緬甸	新加坡	印度	台灣
2000	18617	33443	24116	7103	8146	1884	673	650	139
2001	139327	45904	42878	16368	24952	15695	2372	3306	281
2002	114800	40377	31754	32767	16489	16047	3945	1926	5388
2003	62767	51934	47731	31545	29505	7907	4788	12754	145
2004	17290	74621	78669	35926	23040	6000	9459	1400	427
2005	40000	62000	35700	35983	21537	13000	14210	1011	306
2006	20000	8548	11000	34386	14915	264	3051	9161	1074
2007	59706	134847	68000	38000	24689	11577	8422	567#	2179
2008	85513	101646	78512	45649	19658	—	6567	—	714
2009	52919	—	74242	41486	24359	11625	4498	—	1052

註：#印度病例數為WHO統計2007年1月到7月資料。*台灣病例數統計包含本土病例及境外移入病例。

資料來源：行政院衛生署疾病管制局，登革熱防治工作指引，

網址：<http://www.cdc.gov.tw/public/Data/0102215282171.pdf>

附二：二十世紀三次流感大流行之特性分析

大流行 (年份/俗稱)	發生 地區	A型 流感型別	R0 值	預估致死率 (Fatality)	預估全球死亡數 (Excess Mortality)	最受影響 年齡層	GDP 損失 (變化%)
1918-1919 西班牙流感 (Spanish Flu)	不詳	H1N1	1.5至1.8	2至3%	2千萬	年輕成人	-16.9至2.4
1957-1958 亞洲流感 (Asian Flu)	中國南部	H2N2	1.5	<0.2%	100-400萬	兒童	-3.5至0.4
1968-1969 香港流感 (Hong Kong Flu)	中國南部	H3N2	1.3至1.6	<0.2%	100-400萬	所有年齡層	-0.4至(-1.5)

譯自：Pandemic influenza preparedness and response (WHO/HSE/GIP/2008.xx) World Health Organization, 2008.

(<http://www.who.int/csr/disease/influenza/PIPGuidance09.pdf>)

資料來源：行政院衛生署疾病管制局編印，我國因應流感大流行準備第二期計畫，民國100年1月11日，

網址：<http://flu.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=16033&ctNode=834&mp=150>

作者簡介

劉慶祥博士

政治作戰學校政治研究所博士班
92年班畢業

現職國防大學政戰學院兼任助理
教授