

全球風險管理之轉變與挑戰---後 SARS 時代應有之變革

The Transition and Challenge of Global Risk Management---the Adjustment of Post-SARS Era

賴競民¹

《摘要》

自 2003 年 SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome，嚴重急性呼吸道綜合症)事件發生以來，全球風險管理已經是全球化下，人們生活中不可或缺之一部分。後 SARS 時代的全球衛生體系的建立，需醫學專業的跨領域集合、各國政府間的配合，以及每個國家內公共衛生體制的建立；更重要的是，需要每個人本身對公共衛生體制相關的認知。從台灣的觀點，建立一套適合國內觀念的公共衛生體制，是台灣政府的一項重大工程。如果政府能建立一套危機管理的標準作業處理程序，並落實公共衛生政策的規劃，那麼就能把傳染病的相關問題，在公共衛生體制之內予以控制，並配合全球風險管理的時代做出應對與調整。

2003 年爆發之 SAR 事件，是對於我國公共衛生體制的一大打擊，相對於東南亞各國防疫的狀況，也凸顯我國危機管理之不足。我國除了國際上受中國影響之外，無法加入相關的國際衛生與防疫組織外，國內的行政院衛生署相關防治也有改進空間。

每年的新興傳染病防治措施，還有院內的感染管控，是衛生署每年防治的重點。而隨著當年 SARS 在國內的發展與情勢的惡化，這個兩個應注意、能注意而未善盡注意的狀況，隨著時間變移而相關資料問世，也有重新討論的必要。

依國內而言，問題出醫院的院內感染管控失當。我國醫院的院內感控機制不足，使醫院從救助病患的場所到變成傳播病毒的場所，可以說是醫療場所與專業人員的角色丕變，也在當時因 SARS 引發一連串的問題。隨著時間過去，我們不應遺忘這個在本世紀出的重大災害。國家為求永續發展，國家與國家間交流日益蓬勃之下，後 SARS 時代的全球風險管理下，有什麼樣的挑戰，是台灣要面對的。

我國全民健保制度，著重於疾病爆發後，對於醫治給藥的部分再進行給付，使得醫生看診以量計酬，忽視了醫療品質。在 SARS 爆發前，健保並未有經費針

¹ 東海大學政治研究所碩士生。

對預防疫情；對比新加坡政府第一時間給予居家隔離人士的生活津貼補助，在不過度變動我國現有機制下，將健保費用的使用方向用於“疾病出現前”的預防方面；並使國民培養正確的防疫觀念，在下次疫情來臨時不造成恐慌，是我國值得考慮的重點。

本論文將針對 SARS 事件，說明後 SARS 時代中，全球風險管理之必要，並點出我國在中國壓力下，如何調整與世界防疫政策的步調，進一步點出我國公共衛生體制缺失之處。以危機管理的概念說明當時我國各醫院，院內感染的問題。再者，說明我國醫學專業與醫療專業應調整的方向，針對現狀下的缺失，包括全民健保制度的調整與配合，提出公共衛生體系下，流行病的傳播中，風險管理應有模式。最後討論我國如何面對全球風險時代的挑戰。

關鍵字:全球化、風險管理、嚴重急性呼吸道症候群、院內感染、公共衛生。

Abstract

Because Globalization, it is so fast that SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) spread in 2003. The disaster taught us should not to ignore the public health system. The risk management takes an important role of our life. Our public health should be a network. In the network, we may take the risk management seriously.

The public health system should be linking our daily life together. Before SARS happened, in order to save cost, many hospitals ignore nosocomial infection control. So, nosocomial infection led SARS to spread easier in Taiwan. We should learn something about the relation between risk and cost.

In the post-SARS era, we can control the correct information to prevent disease. Besides, we can combine the nation health insurance with preventing epidemic disease. Our education of medical science also may be changed.

The article divided into several parts. First, the risk management of globalization should be a hard work. Second, public health system can walk into our life. People would build a network. Third, it is a time to change the education of medical science. Fourth, we can use nation health insurance to help people to focus on preventing epidemic disease. Finally, make a conclusion.

Keywords: Globalization, risk management, SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), nosocomial infection, public health.

壹. 全球化下的風險管理

一、後 SARS 時期的無國界的時代

(一) 無疆界的疫情傳播

以一般學術文章與出版的書籍而言，討論 SARS 的相關議題，該傳染病病源都以中國廣東為討論的起點，即病毒發現之處。²不過，無論 SRAS 病毒的病源為何處，傳播於世界、造成人員染病後的傷亡並造成世界性的恐慌是不爭的事實。因此，對於 SARS 事件後五年的今天，甚至對未來的傳染病的防治與感染控制，必須以全國性規模、甚至全球性規模的處理方式。

在全球化的時代，以全球市場為商業行為的場域，講求市場化、自由化與私有化，這樣的狀況講求生產有效率，因此效率至上的想法牽制住國家的支出，使國家支出緊縮。國家健康事業的支出也跟著減少，因此造成健康事業與醫療體系的縮減，形成醫療商品化，影響了病人就醫照護的權益。³在全球化勢不可擋的趨勢下，若將醫療保健純粹視為商品，必將形成有經濟弱勢者無法負擔的窘態。

SARS 既是跨國界之問題，勢必為全球化下的問題。然而，全球化下的醫療商品化的趨勢，會隨著 SARS 這一類的疾病傳播，造成全球市場整合的停滯嗎？答案是否定的。因此，全球化下既持續形成醫療商品化的狀況，而針對 SARS 這一類的流行傳染病也必須有跨國性的應對治療之道，不能因為醫療商品化的潮流進而漠視。

全球化下人與人的接觸增加，就代表這樣的時代下，各國政府必須面對醫療商品化與健康事業發展的平衡。在各國健康事業的照護體系發展下，全民健康保險事業就應孕而生。我國健保的發展已有十多年，在健保財政吃緊下，應當把預防教育作為優先，其次才是醫學治療的工作，這樣才能減低國家財政的實質支出，並提升國內民眾防疫與健康的概念。

² 討論 SARS 的病源地為中國廣東省佛山，也許家畜衛生試驗所所長劉培柏以當地養殖環境的推論，可以解釋感染來源。請見許悔之總編(2003年)。**認識 SARS 實用手冊**。台北市:聯合文學，頁 24。

³ Alvin, Y. So and Ngai, Pun. (2004). Introduction: Globalization and Anti-globalization of SARS in Chinese Societies. *Asian Perspective*, 28(1): 5-17.

（二）各國疫情比較

表 1 為各國當年宣布 SARS 為法定傳染病時間與當時病例人數，從該表可以知道落實衛生教育的日本在這次風暴中沒有太嚴重的疫情散佈。台灣在 3 月時宣佈 SARS 為法定傳染病，卻在 4 月下旬於台北和平醫院爆發院內感染。由此可知宣佈為法定傳染病與防疫工作落實與否是兩件事，我國當時欠缺的不是防疫的法源，而是防疫工作的落實，也就是防疫工作上的標準作業程序實施。

表 1:2003 年各國當時宣布 SARS 為法定傳染病時間與當時病例人數:

國家	台灣	香港	新加坡	加拿大	美國	日本
各國將 SARS 列入法定傳染病時間	3 月 27 日	3 月 27 日	3 月 24 日	3 月 25 日	4 月 4 日	7 月 1 日
當時各國 SARS 病例數	6	367	65	19	100	沒有

資料來源: 葉永文著(2006),《台灣醫療發展史-醫政關係》。台北:洪葉文化,頁 70

在 2003 年的這場風暴中，我們應該學到防疫工作的落實。台灣的公共衛生體系在隨著經濟成長的發展後，被一般大眾相信我國公共衛生體系已有相當水準，在 SARS 出現後，我國面對流行性傳染病的態度中，在公共衛生的體系上應當多注重日常生活上，衛生習慣的培養。

二、民族主義的消弭

對於這樣世界性的傳染病，我國台北市在 2003 年 SARS 爆發院內感染後的檢討中，歸咎於外交方面中國大陸對我國加入 WHO(World Health Organization)的再三阻止。因此，我國疾病防疫成爲全球防疫上的漏洞。

在政治因素下，自國民政府遷台後，兩岸本就處於敵對狀況。自台灣開放兩岸探親與旅遊，雙方雖有交流，仍有兩岸分治的事實存在。在公元兩千年民進黨贏得總統席位後，中國對台打壓依然存在。在大陸因素之下，不能加入 WHO 是一個事實，台灣除了持續在國際發聲要求加入之外，應就更務實地加以變通應對。

我國自 1980 年代末期開始，從國會全面改選，到總統直接民選，民主化的過程持續進行中。然而，台灣的統獨爭議、藍綠之爭，已形成國家體制信心危機，以 2003 年的 SARS 危機中，形成中央執政的民進黨與國民黨籍的北市府相互不信

任；國家認同的問題，卻已延伸至流行性傳染病問題的處理上。⁴

國家認同之爭長期以民進黨黨為主的泛綠陣營與國民黨為主的泛藍陣營。雙方在國家認同之歧異不在本文討論，但雙方的爭議，卻形成侵蝕人民對台灣制度的信心問題(Agnes, S. Ku and Horng-luen, Wang, 2004：139)。讓國家認同的問題影響了處理流行性疾病的問題，是台灣人民在 2003 年面對 SARS 危機時的不幸。

討論台灣如何面對國際現勢，以免成為世界防疫體系之下的漏動洞，對於身在台灣的我們切身相關。而以 2003 年美國派遣人員關心我國防疫管控的狀況就可以知道，美國自 2001 年 911 事件後，對於公共安全(全球安全)的注意。而我國並非為美國國土，但受到該國的注意，由此可以推知，國人對於 SARS 事件的檢討，後 SARS 時期的防疫觀念，以及未來流行性傳染病的防治，都必須以更成熟的心態面對，撇開 SARS 是否為“中國”肺炎，這樣狹隘的民族情緒之中。

三、疾病風險管理

以 SARS 這一類的流行性傳染病而言，是不分對象的傳播，因此，政府的處理與民間的自我保護同等重要。本文之所以名為“全球風險管理之轉變與挑戰——後 SARS 時代應有之變革”，要強調的是全球風險下，要有什麼樣的變革？所謂變革，必須落實於官方與民間。

以日本在 2003 年的表現，因染 SARS 而亡的人數為零，就是值得注意的地方。日本抗 SARS 成績優異，除了官方的處置，更重要的是一般民眾長期對於公共衛生的注意與良好衛生習慣的養成。⁵因此，本文談的風險管理變革，不只在官方，也在於一般人的生活習慣的改變。

我國人民對於就醫習慣的養成，都以大型醫院，甚至於醫學中心為重，人民居家週遭的醫療診所不見得搏得病人之信心。不過這樣的就醫習慣並不符合我國衛生體系建立之用意。⁶

台灣早年各地方的鄉鎮市衛生所扮演相當重要的角色，對於流行性傳染病的防治與宣導有相當的功能。這樣的基層公共衛生體系的建立，在 SARS 危機發生

⁴ Agnes, S. Ku and Horng-luen, Wang. (2004). The Making and Unmaking of Civic Solidarity: Comparing the Coping Responses and Taiwan During the SARS Crises. *Asian Perspective*, 28(1): 121-147.

⁵孫曉萍(2003)。日本人的衛生習慣讓他們免於 SARS。《康健雜誌》，第 55 期，62-65 頁。

⁶王冠懿、鄭守夏(2006)。民眾就醫層級與醫療利用分析: SARS 疫情前後的觀察。《台灣衛生公共雜誌》，第 25 卷，第一期，頁 75-82。

時，並未發揮功用可見當時我國基層的公共衛生體系的脆弱。因此，我國基層衛生所的人力必須要有重新編制，對在現狀變動最小程度上，來重塑我國的基層公共衛生體系。⁷

台灣當年受到 SARS 疾病的衝擊不只在台北。高雄長庚醫院也發生院內感染後，曾經到過長庚醫院就醫的民眾，在就醫時有隱瞞過去就醫的情形。包括健保卡蓋上長庚醫院的章，都讓當時的民眾有隱瞞或掩飾的作為。⁸在健保 IC 卡全面換新使用，加上電腦連線的建制，都使民眾的就醫史，有了醫療院所間就醫記錄網絡的形成。換言之，在既有的建制上，民眾感染上傳染病後的追縱記錄，現狀下應無 2003 年當時的問題。

貳. 更生活化的公共衛生體制

一、公共衛生教育

(一) 院內感染管理控制

我國長期以來對於公共衛生的教育，並非沒有任何付出，但為什麼在 SARS 事件下，我國在 WHO 發佈全球性的警示後，依然爆發院內感染，成為全世界唯一一個在 WHO 警示後爆發大規模的院內感染。在此必須先釐清，院內感染不可能 100% 消除，但仍舊可以管控，使其比率壓低。⁹

我國除了基層衛生所的成立，可以幫助公共衛生體系的形成外，一般人民生病就醫時，醫療人員可以教育民眾，使公共衛生的常識變成一種生活的習慣。由人民接受專業醫療人員的教導與說明，面對面的學習正確的衛生觀念，並把院內感染的問題，以及醫院感控的知識帶給民眾。當人民把正確的衛生觀念建立起來，就能在下一次的流行性傳染病來臨之際，自己就能實行正確的防疫之道；以免 2003 年的舊事重演，形成疾病訊息不對稱，造成人民不必要的恐慌，以及避免媒體不當之喧染。台灣已進入媒體多元時代，健康傳播的觀念應及早建立。¹⁰

⁷姚敏貞(2003)。後 SARS 時代公共衛生管理應有的省思與努力。**中化藥訊**，第 57 期，42- 44 頁。

⁸ 當時我國民眾健保 IC 卡未全面更新，仍有蓋章形式的紙本健保卡。

⁹醫院院內感染不可能完全根除。有一說感染率為 10~15%，不可能根除，請參考張進祿張進祿、呂春美編著(2005 年)。**醫院感染**。台北:合記，頁 3。另一說分為難以預防的感染率 50%~75%，可以預防的感染率為 25%~50%，請參考張錦文、譚開元、黃佳經著(1991 年)。**醫院管理**。台北:水牛，頁 832。

¹⁰關於健康傳學的定義與實行，請參考秦美婷著(2007 年)。**台灣健康傳播之研究：以民生報**

（二）訊息掌握

當時 SARS 疫情爆發，在第一時間其實對我國衝擊有限。在台北和平醫院封院後，以及醫院內的院內感控失敗，才形成民眾恐慌。我國已有疾病管制局的建立，以後有大規模的流行性傳染病出現，應由疾管局統一發布疫情訊息，並由各縣衛生局配合管控疫情。在其他政策方面再由衛生署向行政院報告，由行政院統一發佈，而醫療專業仍應由疾管局統一發佈訊息，以免民眾擁有不必要之恐慌。

二、地方政府的功能

我國不乏地方自治的研究，因此，本文並非要強調地方政府在後 SARS 時代應該怎麼做，以後要扮演什麼樣的功能。本文要談的是地方政府應在其職責範圍，特別是各縣市管理的業務範圍內，對其基本疫情的認知、控制與應對。換言之，我國未來若不幸爆發流行性的傳染病，地方政府應認知道本身扮演何種的角色，在依法行政下，第一時間可以有什麼樣的對策，避免 2003 年中央政府行政院與地方政府台北市政府的爭議再次重演，並且對該縣（市）內的縣（市）民發布正確的消息。

當中央政府管理的事項過多，可能造成政府肥大化，行政效率降低；以 2003 年 SARS 風暴觀之，常有中央政府的行政院與地方北市府的爭執。中央政府能夠照顧的部份有限，加上人員有一定編制，因此對於突發事件不見得能夠面面俱到。若能將地方自治的觀念應用於流行性傳染病發生，讓地方針對其實際情況與需要自行反應，而中央以「協助」地方的角色來進行防疫，降低干預，擔任地方政府間協調的角色。另外，加上我國公共衛生保健預防經費偏低，使得公共衛生工作推行不易；而基層人力不足，在 SARS 期間曝露地方衛政單位的相關問題，更是地方政府應改革之問題。¹¹

2003 年 SARS 發生，台北市河堤里與忠勤里建立了關懷志工隊，與社區民眾與診所配合，加上里長的協助，發揮防疫與互助的功能。¹²因此，將地方自治的觀念落實於防疫實有前例可尋。再對比當初中央與地方的爭執，實非我國防疫工作之必須。

三、多元時代的管控困境

1985-2005 年肺結核、愛滋病、SARS、禽流感議題建構之內容分析為例。台北市:唐山，頁 206。

¹¹同註 7。

¹²財團法人台灣醫界聯盟基金會編，2005。《台灣抗 SARS 紀實》。台北市:行政院衛生署，頁 68。

公共衛生的研究領域雖是醫學相關，但是若走入實際生活並教育大眾落實於生活之中，是跨科目跨領域的重大工程。以我國藥品回收有 65%的民眾不知情而言，可以想見公共衛生教育宣導的困境。¹³

以 SARS 發病的情況研判，感染病毒後並發病的病人才有傳染力，而通常民眾習慣要身體有不舒服才會進入醫院。因此，對於流行性傳染病而言，醫療院所本身的宣導與資訊的傳播，是防疫最重要的地方。其次，國內外的大眾運輸工具的告示，也應加強對流行性傳染病的宣導，對於傳染病的媒介予以控管並讓人民有正確的疫病防堵的認識。

多元時代的資訊宣導不易，而正確的防疫資訊又在緊急情況中顯得重要，在影響與變動現狀最低程度下，重點在於相關資訊「平時」如何傳遞至一般視聽大眾。當大眾媒體中的醫藥線記者平時就針對醫療資訊有所掌握，對疾病管制局的運作就有所了解；而疾病管制局也不應隱藏訊息，必須在平時就建立與記者互動的默契，藉此建立疾病管制局的可信度，才能在緊急情況發佈正確消息。¹⁴

參. 醫學教育的調整

一、護理人員專業的尊重

SARS 疫情發生後的救治工作，護理人員不論是醫生或是護士，只要參與相關醫療工作，甚至是對 SARS 病人進行插管工作，都是負擔相當大的風險。而和平醫院的院內感染就是因為醫療人員防護裝備不足所造成的。在封院決策過於倉促下，使得醫護人員發生恐慌，加上防疫設備不足，其恐慌經由大眾播媒體，將醫療人員的驚慌傳播出去並將其專業形象摧毀。

和平醫院的醫療人員因設備不足造成專業形象被摧毀，而且在封院風暴過後卻傳出醫生與護士的獎勵金補助額度不同，甚至於不論是否接觸到 SARS 病患，醫療人員的補助都相同，使得部份護理人員的工作士氣受到影響。

因此，討論流行性傳染病的問題，必須把“醫”與“護”兩者的風險相提並

¹³聯合新聞網，2008 年 3 月 5 日，〈65%民眾，剩藥當垃圾丟掉〉。

轉引自 <http://blog.xuite.net/mandy030/bluewhite/16069994>，搜尋日期:民 97 年 4 月 6 日。

¹⁴行政院衛生署編著，2004。《全民健保和醫療品質》。台北：行政院衛生署，頁 261-263。

論，並視其貢獻度與予以獎勵。換言之，醫生與護士在傳染病管控風險的教育訓練，兩者必需是相當的。因此，對於護理人員的訓練與尊重，必須相當於可受負荷的範圍與合理的待遇。

二、醫學教育的再省思

(一)醫療人員角色省思

長期以來，我國的醫師都透過大學聯考，將醫學系的學生以考試分數為論斷是否進入醫學院的標準，而醫學院的錄取分數總是名列前茅。在客觀的生活認知下，醫師這種職業總是被賦予更高的期待。不過台灣長期以來有醫學院男學生躲避兵役的問題，醫學院學生的責任感被受質疑。¹⁵因此，從 SARS 事件後，醫學教育體系都應重新省思醫生與醫院所扮演之角色。而一般的民眾，也應重新省思醫病關係的重新建立。

雖然近年來醫學院學生錄取管道多元，非只有考試入學為唯一管道，但歷經 SARS，我們對醫師這樣高風險的職業的期待，應回歸醫學教育中的人本精神，仔細思考醫學院學生的角色以及箇中風險。台灣醫學教育重新思考之必要，在於我國 SARS 事件中，醫護人員感染率為 32.1%，遠超過香港的 22%。¹⁶醫學院與護理教育的觀念是否落實於實務工作，香港與台灣的比較，就可以看出問題，特別是我國的疫情爆發流行的時間點比香港還要晚。

(二)醫院教育

醫學教育在醫療體系中，扮演基本而重要的角色。而傳統醫學課程的改變，以兩大課程改變方向為主：適應社會需求與培養醫學人才自我解決問題之能力。¹⁷換言之，醫療行為以病人的需求為主，並期望專業醫療人員的培養過程，加強學生自行處理問題的能力，以求日後在醫學工作上能獨立解決困難。

這樣的醫學教育，是為長久的疾病防治考量。新興傳染病的出現，必須有新的處理方式；教育醫學人才獨立解決問題的能力，才能應付新興的傳染疾病。當醫學人才掌握正確專業知識，在新興疾病出現時，就算未找出具療效的特效藥，也能以正確知識與行動消除恐慌。¹⁸當地區診所與衛生所能結合，掌握專業防疫

¹⁵醫學系役男免役的比例為 30.38%，比其他科系高。請參考黃崑巖等著，2003。《SARS 的生聚教訓—從個案軌跡談倫理省思》。台北市:教育部印，頁 50。

¹⁶同註 8，頁 85。

¹⁷謝博生著，2003。《一般醫學教育》。台北市:國立台灣大學醫學院，頁 43-45。

¹⁸張曉卉，2003，〈傳染病為何越來越多？〉，《康健雜誌》，第 55 期，42-52 頁。

知識，就能消彌民眾不必要之恐慌。對比越南法國醫院的經驗，我國的醫學教育必須培養醫療人員掌握防疫的黃金時間。¹⁹

三、醫療院所的改建

我國的醫療院所中，所有的診療科目相當精細，然而各醫療院所的建制中，對於看診科目並無一定的分離方式。本文欲提出一種觀念，也就是相對上高感染的科目，另外隔離、分離於其他診療科目。舉例而言，一位因骨折而求診的傷者，應該儘量避免與感冒的病患接觸到。換言之，高度感染力的科目，與相對程度上傳染力較低之科目(病人)，應予以分離，甚至於等待看診的病人，都應該分隔。

我國在 SARS 疫情中，院內感染造成疫情惡化。院內感染是無法完全排除的，但是醫院的經營管理者應於平時的醫療評鑑中，做好管理控制工作。但是這樣的醫院監督機制，在我國卻有重大問題。²⁰我國醫院為求績效，節省成本，特別在健保制度實施後，變成一味向利潤看齊。在醫院感染作不好的情況下，唯有盡可能地隔絕感染源，並免流行性傳染病的不必要傳播，因此醫院各個科目，應依其可能發生感染的機率與嚴重性，將這些高感染的科目予以獨立。

四、SARS 後的標準作業程序

我國在 SARS 中的教訓，應從和平醫院的院內感染中，了解到院內管控的重要。²¹因此，從病人進到急診室開始，醫院的檢傷分類將病人安置後（或是門診的病人住院後），到病人接受治療，醫療院所必須建立一套標準作業程序來加強院內感染控制。

衛生署疾病管制局在 2007 年針對 H5N1 流感，對我國所有醫療院所，作出標準作業程序的教育。²²換言之，我國從基層診所到醫學中心，都應有針對流行性傳染病處理的反應依據。在下次疫情發生前，我們無法得知我國是否已經全國地將醫學教育作好調整，但最重要的是——所有防衛措施貴在實踐。

肆. 全民健保與全球風險管理

¹⁹ Tim Brookes, 2005, *BEHIND THE MASK—How the World Survived SARS*, 2005.Washington, DC:American Public Health Association, p.49.

²⁰黃惠鈴，2003，〈醫院評鑑荒唐走版，全民嘗苦果〉，《康健雜誌》，第 55 期，82-86 頁。

²¹同註 8，頁 85。

²²行政院衛生署疾病管制局編，2007。《H5N1 流感：醫護人員教戰手冊》。台北：行政院衛生署疾病管制局。

一、全民健保的現狀與調整

全民健保的問題與爭議相當多，本文不就健保的問題一一贅述。本文著墨的地方在於，嘗試提出建言，將健保的用途擴及於防範於未然。現狀下是人民支付保費，而求診時依據健保所涵蓋的項目予以給付部份負擔。本文要提出的構想是：人民支付保費，而求診時依據病情的狀況以及是否有傳染性質，健保將所涵蓋的項目予以給付，給付的用途在於管控該醫院以及該病人的傳染病不會擴及其他人。

醫院為追求績效忽略院內感染控制，甚至於以為可能造成賠錢而不願院內感控。²³為求績效使得院內感染管控不夠，從 SARS 在我國造成六間醫療院所院內感染的問題可以得到實證。因此，問題出在醫院求取績效；所以健保給付制度應該必須做出調整：不只針對已發生的病歷給付，並且在可能發生流行的地區，給予預防性的資金支持，加強疾病預防與管制。

二、全球風險管理

根據前台灣家畜衛生試驗所所長劉培柏，在 2003 年三月三十一日聯合報的投稿中，說明廣東佛山的養殖業衛生不佳的問題。²⁴劉前所長曾親身造訪佛山，了解當地養殖業的情況，當地廢水處理不佳，若有病原在當地傳播，在牲畜體內同時感染禽鳥病毒與人體病毒，會造成基因重組衍生新型病毒的傳播。

雖然劉前所長的推論並未被證實，但恰巧可以推論為什麼 SARS 的相關文獻，都將病源從廣東佛山開始談起。由此可知，傳染病防治工作不只在台灣，其他國家地區的問題也會變成台灣的問題，況且我們與中國往來如此的頻繁。

醫院管理中，醫院院內感染是不可能完全隔絕。而感染途徑的控制，正是醫院管理中防範院內感染必須要注意的。²⁵全球疫病一旦爆發，必須針對感染途徑予以控制。在當年 SARS 疫情中，境外移入，防止進一步感染或保持低感染，所

²³ 同註 5，頁 38。

²⁴同註 2。

²⁵張錦文、譚開元、黃佳經著，1991。《醫院管理》。台北:水牛，頁 833。

有疫區除台灣外都做到這一點。²⁶換言之，在這樣評語下，台灣的防疫表現比越南等國家還要不足，這值得我們省思在全球防疫體系下，台灣努力不足之處。

對疾病適當的教育可以緩和大眾疑慮，避免欺瞞與預防大眾的傷痛，並幫助大眾更了解疾病。²⁷當大陸(或是其他國家)發生傳染病疫情，不見得他國政府會對疾病作出適當的教育來緩和大眾的疑慮，甚至於可能對消息作出欺瞞與否認；在這樣情況下，我們只能要求自己作好醫療體系防衛與公共衛生體制的建立，了解全球化下我們可能面臨的危機。

三、資金費用之調整

美國疾病管制局人員在 SARS 疫情於亞洲地區流行時，在 2003 年 3 月 16 日就派人來台協助。可以見識到美國對疾病預防的敏銳度；但臺灣從四月下旬疫情惡化，可以發現疾病預防仍是我們自己的責任與事務，不應過度期待外國援助，也不應過份期待 WHO 加入後對台灣的幫助，而應聚焦於我國本身的防疫體系。

因此，我國應從本身的醫療體系相關事務著手。而全民健保制度是我國最貼近民眾的醫療制度，具「可近性」。因此，該制度可依據病情的狀況以及是否有傳染性質，將具流行性傳染的病目列出，再提撥經費予以給付。給付的用途在於管控該醫院以及該病人的傳染病不會擴及其他人。因此，費用的付出目的是強化對於病人與該醫療院所對於傳染病的管控與防治。

資金補助的重點不在多寡，而是透過費用支出，讓該醫院與地區了解到流行性疫情的嚴重，提醒該醫院與地區，還有當地人民的注意。資金給予警告的效用大於實際管控的支出。

伍.代結論——全球風險的新挑戰

在下一波的新興傳染病來臨前，或者是傳染強度如同 SARS 的傳染病威脅台灣前，我們不知道後 SARS 時代的傳染病防護網，台灣是否已經建構好。唯有從日常生活的習慣中，將台灣的衛生觀念建立並予以落實，才能保障台灣國民的健康。

在 2003 年 7 月 WHO 將台灣除名後，不代表台灣對流行性傳染病的管控作的不錯。

²⁶ Malik Peiris, et al. 2005 *Severe Acute Respiratory Syndrome*. USA:Blackwell, p.18.

²⁷ Ooi Eng Eong, Leung Ping Chung, 2003, *SARS WAR Combating the Disease*. Singapore : World Scientific, p.68.

從去年的紅眼症的流行看來，可以再次看到我國的公共衛生體系管理不足的狀況。與 SARS 相較，紅眼症的傳染力與破壞力都比較低，但仍在 2007 年有過短暫流行。因此，對比世界其它各國，我國要做的防疫工作還有很多。

和平醫院在 2003 年四月爆發院內感染後，曝露出 2003 年 3 月中旬 WHO 的各種警示，我國對各警示仍不清楚，凸顯我國醫院訊息落差的問題。除了中國影響台灣加入 WHO 的問題外，更應積極解決對外醫療訊息的落差。我國因醫院追求績效而使得院內感染控制出現問題，使醫院從救護的場所到變成傳播疫病的場所，可以說是醫療場所與醫護人員的角色異變。而當年在我國政府未有全面性的具體防疫措施前，政治人物的種種不當發言，先一步造成人民的誤解與心理恐慌；然後又因第一線醫護人員設備與教育不足，發生大規模院內感染，使我國付出慘重的代價。

對新興傳染病的管控，行政院衛生署每年出版的公共衛生年報中，都可以發現我國政府與衛生體系都有相關的討論；至於院內感染管控，也是該年報出版時討論的重點。換言之，我國衛生署應該對於新興傳染病的防治工作應該胸有成竹，即使國內有疾病境外移入或本土爆發流行，衛生署都有基本的反應方式。檢視民國八十七、八十八年年報，雖然衛生署官方對新興流行病防治言之鑿鑿，但是從 SARS 疫情中的表現觀之，似乎從 2003 年 4 月底和平醫院的院內感染，至六月初，我國一共有六所醫院爆發院內感染(實際數量應該更多)，可見我國每年相關的流行病防疫措施仍有缺失。

在 SARS 病毒傳播途徑未被明確的判定前，過份的「防疫」動作，會造成社會全體不必要的成本付出。在我國官員的“告誡”與示範之下，使得當時的口罩搶購蔚為風潮，使得我國第一線的醫療人員，也就是最危險、最可能被感染的人員，反而是設備不足。政府建立人民的信任度已屬困難，若在摧毀人民對政府的信任後再重建人民對政府的信任又更加困難。台北市政府製造的無謂的恐慌下，台北市衛生局局長到了 5 月辭職下台，似乎比不上對疫情正確認知，如歐巴尼醫生第一時間的反應，來得有效果。我國當年若能在 4 月底之前，讓有流行病學或感染科背景的專家來指揮北市防疫的工作，院內感染的防護效果應該會更好。

參考資料:

壹、中文部分

一、書籍:

王莉華等編(2004)。台大醫院 SARS 危機管理。台北：合記。

蘇益仁主編(2003)。台灣嚴重急性呼吸道症候群 SARS 防疫專刊。台北市:行政院衛生署疾病管制局。

李源德主編(2004年)。**後 SARS 時代公立醫院應有之變革**。台北市:中華民國公立醫院協會。

施文儀主編(2004年)。**抗 SARS 關鍵紀錄:公衛紮根，防疫奠基**。台北市:行政院衛生署疾病管制局。

陳志龍(2006年)。**傳染病檢疫與刑事責任之本土研究**。國科會計畫，台中市:翰蘆。

國立台灣大學醫學院護理學系所編製(2004年)。**基層護理人員政策建言 SARS 療傷、省思、再出發**。2003年療傷、省思、再出發 SARS 國際護理研討會。台北:台灣大學護理學系。

行政院衛生署編著(2004年)。**全民健保和醫療品質**。台北:行政院衛生署。

行政院衛生署疾病管制局編(2007年)。**H5N1 流感:醫護人員教戰手冊**。台北:行政院衛生署疾病管制局。

李淑娟主編(2003年)。**和平抗 SARS 實錄**。台北市:台北市衛生局。

邱文達總編(2004年)。**醫院防疫作業準則-抗 SARS 經驗和傳承**。台北市:台北醫務管理學會叢書。

財團法人台灣醫界聯盟基金會編(2005年)。**台灣抗 SARS 紀實**。台北市:行政院衛生署。

秦美婷著(2007年)。**台灣健康傳播之研究:以民生報 1985-2005 年肺結核、愛滋病、SARS、禽流感議題建構之內容分析為例**。台北市:唐山。

許悔之總編(2003年)。**認識 SARS 實用手冊**。台北市:聯合文學。

高志文(2003年)。**恐慌，在政治瘟疫蔓延時**。台北市:玉山社。

馬雨默(2005年)。**危機盾牌**。台北縣新店市:時藝文化。

袁素娟、胡蓮珍合著(2003年)。**挑戰一個不可能的任務:護理人員抗 SARS 經歷**。台中市:弘祥。

陳德昇主編(2005年)。**兩岸危機管理**。台北縣:晶典文化。

陳拱北預防醫學基金會主編(1997年)。**兩公共衛生學(上)**。台北:巨流。

張金間主編(2003年)。**抗 SARS 戰“疫”**。台北市:合記。

張進祿、呂春美編著(2005年)。**醫院感染**。台北:合記。

張錦文、譚開元、黃佳經著(1991年)。**醫院管理**。台北:水牛。

黃文雄(2005年)。**中國瘟疫史~兼論 SARS 禍**。台北市:前衛。

黃崑巖等著(2003年)。**SARS 的生聚教訓—從個案軌跡談倫理省思**。台北市:教育部印。

詹中原(2004年)。**危機管理**。台北市:聯經。

梁秉中、黃英勇(2003年)。**神秘風暴 SARS**。新加坡:世界科技。

梁秉中、潘國駒、唐世平合編(2003年)。**再探非典型肺炎---迎向風暴**。新加坡:世界科技。

賴明詔、何美鄉、李秉穎、梁其姿、林富士、李淑娟等著(2003年)。**2003，春之煞: SARS 流行的科學和社會文化回顧**。台北市:聯經。

葉永文著(2006年)。**台灣醫療發展史-醫政關係**。台北:洪葉文化。

燕爽主編(2004年)。**SARS 與社會的現代化**。上海：上海人民出版社。
謝博生著(2003年)。**一般醫學教育**。台北市：國立台灣大學醫學院。

二、期刊:

- 王冠懿、鄭守夏(2006)。民眾就醫層級與醫療利用分析: SARS 疫情前後的觀察。**台灣衛生公共雜誌**，第 25 卷，第一期，頁 75-82。
- 邱汝娜、陳奎如(2003)。面臨重大疫災危機中央政府應變處理策略—內政部 SARS 防疫經驗。**社區發展季刊**，第 104 期，4-11 頁。
- 姚敏貞(2003)。後 SARS 時代公共衛生管理應有的省思與努力。**中化藥訊**，第 57 期，42- 44 頁。
- 孫本初(1996)。危機管理策略之探討。**人事月刊**，第 6 期，17- 29 頁。
- 孫曉萍(2003)。日本人的衛生習慣讓他們免於 SARS。**康健雜誌**，第 55 期，62-65 頁。
- 郭俊偉(2003)。論 SARS 在台灣的社會意涵。**社區發展季刊**，第 104 期，164-177 頁。
- 陳亮恭、黃信彰(2003)。基層醫療院所對 SARS 應有的認識與防護。**臨床醫學**，第 51 卷，第 6 期，411-417 頁。
- 張曉卉(2003)。傳染病為何越來越多。**康健雜誌**，第 55 期，42-52 頁。
- 黃惠鈴(2003)。醫院評鑑荒腔走板，全民嘗苦果。**康健雜誌**，第 55 期，82-86 頁。

三、研討會論文

- 賴競民(2007年6月)。「我國地方政府危機管理—以台北市 SARS 為例」。發表於**2007年南台灣健康產業學術研討會**，美和技術學院主辦，屏東。
- 賴競民、宋興洲(2007年11月)。「從危機處理檢視公共衛生政策之研究—以 SARS 為例」。發表於**2007年台灣政治學會年會**，政治大學主辦，台北。

四、研究計畫:

- 丘昌泰教授主持(2002)。**台北市防災風險評估及危機管理之研究**。台北市：台北市政府研究發展考核委員會。

五、學位論文

- 宋玟萱(2003)。**危機管理—台灣 SARS 個案探討**。國立清華大學科技管理研究所碩士學位論文，未出版，新竹市。
- 林士凱(2006)。**從 SARS 事件看府際關係與危機管理--以中央政府與台北市政府為例**。中國文化大學政治學研究所碩士學位論文，未出版，台北市。

- 林康年(2003)。論危機處理機制--以台灣抗 SARS 疫情經驗為例。銘傳大學社會科學院國家發展與兩岸關係在職專班碩士學位論文，未出版，台北市。
- 黃琮瑜(2004)。現行疫病防治危機管理機制之研究—台灣防 SARS 經驗與亞洲各地區之比較。中華大學經營管理研究所碩士學位論文，未出版，新竹。
- 劉懿玲(2005)。新加坡與台灣 SARS 疫情危機管理之比較。國立中山大學政治學研究所碩士學位論文，未出版，高雄市。

六、譯著

- 古桂英(譯)(2004)。卡羅·歐巴尼醫師傳奇(Lucia Bellaspiga 原著)。台北市:望春風文化。

七、網站等電子化資料:

- 行政院衛生署網站(無日期)。「傳染病防治」，2008年4月28日取自：
<http://www.doh.gov.tw/org2/b12/88/05.htm>。
- 韋麗文著(2008年3月5日)。「65%民眾，剩藥當垃圾丟掉」，2008年4月6日取自聯合新聞網，轉引自 <http://blog.xuite.net/mandy030/bluewhite/16069994>。
- 羅碧著(無日期)。「成立 SARS 專責醫院」，2008年4月20日取自 SARS 心理健康資訊網，網址：<http://sars.heart.net.tw/medical08.htm>。

貳、西文部分

A. Books:

- David P. Fidler. (2004). *SARS, Governance and the Globalization of Disease*. USA:Palgrave Macmillan.
- David Marsh. (2002). *Theory and methods in Political Science*. USA:Palgrave Macmillan.
- Jame CK Chan, Vivian CW Taam Wong. (2006). *CHALLENGES OF SEVERE ACUTE RESPIRATORY SYNDROME*. Singapore: Elsevier.
- Malik Peiris, et al. (2005). *Severe Acute Respiratory Syndrome*. USA: Blackwell.
- Ooi Eng Eong, Leung Ping Chung. (2003). *SARS WAR Combating the Disease*. Singapore : World Scientific.

S. H. Lee, Liming Lee, Qing-He Nie, Xin- Dong Luo and Ya-fei Zhang. (2006). *SARS in China and Hong Kong*. New York: Novinka.

Tim Brookes. (2005). *BEHIND THE MASK—How the World Survived SARS, 2005*. Washington,DC: American Public Health Association.

B. Periodical:

Agnes, S. Ku and Horng-luen, Wang. (2004). The making and 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.

Alvin, Y. So and Ngai, Pun. (2004). Introduction: Globalization and Anti-globalization of SARS in Chinese Societies. *Asian Perspective*, 28(1): 5-17.

C. Internet:

World Health Organization, [http: //www.who.int/en/](http://www.who.int/en/)