

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：行政院衛生署、內政部。

貳、案由：衛生署怠於落實中央主管機關職責，致平時未訂定傳染病防治之訓練計畫、採檢、通報、火化之標準作業程序及建立不明病因、新興傳染病之個案審查流程，除造成逾一六% SARS 通報病例未採檢咽喉拭子及七九% 通報病例未採檢糞便檢體，嚴重影響病例審查作業品質，亦肇致地方醫療機構人員誤解傳染病防治圍堵策略之真諦，僅匆忙將疑似 SARS 致死屍體火化，對於該病體之感染源及病毒擴散情形，均未切實查明；該署復未審慎評估台灣地區 SARS 疫情高居世界前幾位之嚴重程度，猶誇稱「我國 SARS 病例數與世界各國相較並未有偏高情形」，顯失流行病學及公共衛生專業應有之警覺性。又衛生署、內政部未本於政府一體之團隊合作精神共同防疫，除對於 SARS 致死屍體火化之管理權責，交相諉責，就主管業務亦未恪盡調查、統計之責，致火化數據未盡相符且迭生錯誤，招致嚴重詬病，均顯有重大違失，爰依法提案糾正由。

參、事實與理由：

一、衛生署怠於落實中央主管機關職責，致平時未訂定傳染病防治之訓練計畫及採檢、通報及火化之標準作業程序，除造成逾一六% SARS 通報病例未採檢咽喉拭子及七九% 通

報病例未採檢糞便檢體，亦肇致地方醫療機構人員誤解傳染病防治有關圍堵措施之真諦，僅匆忙將疑似 SARS 致死屍體火化，對於該病體之感染源，以及其可能之擴散情形，均未切實查明，致使部分疑似 SARS 病例之歸類無以確認，洵有疏失：

- (一) 按對於類似目前尚無藥可醫之 SARS 傳染病，防止疫情擴散之唯一良方，當屬「圍堵」及「隔離」策略，而圍堵必先「確定病患」，進而追查病源，採取必要管制措施，如此方真正達到圍堵之目的，倘僅形式上圍堵，對於該病體之感染源，以及其可能之擴散情形，均未切實查明，則非但未遏阻疫情之蔓延，無異造成防疫之莫大漏洞；而所謂確定病患之方法，自應包括採檢等作業。次按傳染病防治法第二條規定，本法所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；第四條規定，中央主管機關權責如下：
- (一) 訂定傳染病防治政策及計畫，包括：訓練等措施。(二) 監督、指揮地方主管機關執行傳染病防治工作有關事宜；第五條規定，本法有關傳染病防治事項：醫師應遵守下列事宜：二、醫師應依規定報告及採檢、轉介傳染病病人，防範感染擴大，並配合各項公共衛生措施施行，以善盡社會責任。第二十九條規定：醫師診治病人或檢驗屍體，發現傳染病或疑似傳染病時，應視實際情況立即指示採行必要之感染控制措施，並報告該管主管機關。第三十六條規定，傳染病病人之體液、分泌物、排洩物及其他可能具傳染性物品之採檢原則、檢驗及報告：應採行下列方式：一、採檢原則：第一類、第二類傳染病病人檢體，由醫師採檢，接觸者及環境檢體，由醫師或其他醫事人員採檢；其他傳染病如有採檢必要，亦同；二、檢驗及報告：第

一類傳染病之相關檢體，應送中央主管機關檢驗；其他傳染病之檢體，得由中央主管機關委託之衛生、醫療（事）機構檢驗；復按衛生署之說明略以：「有關 SARS 病患（含疑似及可能）至醫院、診所就醫時，即須按規定採檢體送驗，如 SARS 病患病故，即應由醫院、診所醫師通報其轄區主管機關，依據 SARS 可能或疑似病例（死亡）病理解剖作業流程處理之；」再按衛生署九十二年四月三十日衛署疾管服字第〇九二〇〇〇五七六一號函示 SARS 可能病例、疑似病例檢體採樣類別之原則，舉凡 SARS 病毒陽性病例、可能病例、疑似病例，於病患之急性期及恢復期，均必須採檢血清、喉頭拭子、糞便等檢體。準此，衛生署對各醫療機構醫師就尚無藥可醫之 SARS 法定傳染病致死屍體火化前之通報及採檢相關事項，應善用傳染病防治之圍堵及隔離策略，訂定訓練計畫及標準作業流程，據以監督、指揮地方衛生主管機關責成轄內醫療機構暨人員切實執行。

（二）據衛生署於本院民國（下同）九十二年六月十三日所提書面資料表示，國內 SARS 可能病例數共計六七七例，其中死亡病例八一例直接逕行火化者計七六例，比例為九三・八三％、實施病理解剖後火化者計五例，比例為六・一七％；而國內 SARS 通報病例數為二、七九四例，其中已死亡病例數二三〇例於未確認為可能病例前，即逕行火化之病例為一四九例，比例為六四・七八％，此數據與內政部所提供本院疑似、可能 SARS 致死於二十四小時內火化者為三一九具，明顯不符。針對前揭未確認為可能病例前，即逕行火化之屍體，於火化前有無依規定採取檢體及通報，衛生

署於約詢時稱，關於因 SARS 致死屍體逕行火化者，開具死亡證明書之醫師及相關人員有無善盡通報及採檢之責，將於一週內切實查明究責，然該署除未於前述期限內查明見復，經本院多次電話促請該署究明，於同年七月八日查復本院之補充書面資料僅稱：「該署將持續加強督導醫療機構及醫師於診治疑似 SARS 病例時，應立即通報及採檢，並另行文法務部，檢察官及法醫於屍體相驗時，若懷疑死者為疑似 SARS 死亡，亦應立即通報及採檢，病例死亡後仍可採取鼻咽拭子及血液檢體送驗，對於未通報之死亡病例，若出具疑似 SARS 或與 SARS 相關死因之死亡證明書者，該署將追究未通報之責任。」迨該署於同年八月四日再次接受本院約詢時雖自承：「因有部分疑似 SARS 病故屍體火化前，未採得檢體，故無從確認是否為可能病例。」然對於未採得檢體及通報之確切數據及究明責任乙節，迄同年八月二十八日，該署仍未具體說明，卻藉詞「倘火化前未採得檢體，僅依病患病歷及個案疫病調查表等資料判定，大部分為疑似病例。病例檢體之 SARS 病毒 RT-PCR 檢驗陽性，僅能代表有部分病毒核酸存在，不能代表有感染力之病毒存在，因此檢驗結果僅能做為病例審查分類之參考：」諉責，顯見該署除平時未落實中央主管機關之職責，訂定有關各醫療院所醫師就傳染病人採檢、通報事項之訓練計畫及標準作業流程，據以監督、指揮地方衛生主管機關責成所屬醫療機構暨人員切實執行，以致疫情發生時，部分醫師未能詳實判定及處置，迨本院調查後，該署復未切實檢討查究責任，猶藉詞諉過，印證媒體報導：「醫師開具死亡證明書登載疑似 SARS 死亡，根本沒有採檢、通報，

這樣的作法，不排除是為了給家屬交代；不排除有浮濫火化之可能。「難謂非屬實情，均顯有未當。

(三)次查疾管局 SARS 檢體收件統計結果(截至九十二年七月七日止)、通報病例採檢比例及陽性比率之統計結果(統計至九十二年七月三十一止)，通報病例計三、〇三二例，其中咽喉拭子採檢經 PCR 檢驗者為二、五三七例，採檢率為八三·七%，而昆陽實驗室及各合約實驗室採得糞便檢體者合計僅六二八人次，未及通報病例之二〇·七%，；換言之，逾一六%及七九%之通報病例未依規定採檢咽喉拭子及糞便檢體，除顯有違衛生署九十二年四月三十日衛署疾管服字第〇九二〇〇〇五七六一號函示 SARS 可能個案、疑似個案檢體採樣類別之原則，益證衛生署平時怠於落實中央主管機關職責，訂定採檢之標準作業程序，肇致大部分基層醫療院所人員疏於執行，此觀之疾管局九十二年四月二十四日衛署疾管監字第〇九二〇〇〇五二〇八號函之說明二：「近日發現某些醫療院所：未填寫個案之傳染病個人報告單通報轄區衛生局，造成防疫上之困擾。」及同年五月七日衛署疾管服字第〇九二〇〇〇六一四七號函之說明一：「：部分通報個案仍未採檢送驗，恐影響對疫情之研判，亦阻礙對病原之監控及檢驗：」甚明。

(四)綜上，衛生署怠於落實中央主管機關職責，致平時未訂定傳染病防治之訓練計畫及採檢、通報及火化之標準作業程序，除造成逾一六% SARS 通報病例未採檢咽喉拭子及七九%通報病例未採檢糞便檢體，嚴重影響防疫品質甚鉅，復肇致地方醫療機構

人員誤解傳染病防治圍堵策略之真諦，僅匆忙將疑似 SARS 致死屍體火化，對於該病體之感染源，以及其可能之擴散情形，均未切實查明，致使部分疑似 SARS 病例之歸類無以確認，顯屬病例審查之莫大漏洞，加以該署復輕忽本院促請查明之意見，迄未就相關疑義數據究明，猶藉詞諉過，洵有疏失。

二、內政部、衛生署未本於政府一體之團隊合作精神共同防疫，除對於 SARS 致死屍體火化之管理權責，交相諉責，就主管業務亦未恪盡調查、統計之責，致火化數據未盡相符且迭生錯誤，凸顯相關管制作為精確性、公信力不足，均有未當：

(一)按殯葬管理條例第三條規定：本條例所稱主管機關，在中央為內政部；在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府；在鄉(鎮、市)為鄉(鎮、市)公所：主管機關之權責劃分如下：一、中央主管機關：(一)殯葬管理制度之規劃設計、相關法令之研擬及禮儀規範之訂定。(二)對地方主管機關殯葬業務之監督：(五)全國性殯葬統計及政策研究。：二、直轄市、縣(市)主管機關：(一)直轄市、縣(市)公立殯葬設施之設置、經營及管理。：(三)對轄內私立殯葬設施之：監督、管理：(六)殯葬服務業之：輔導、管理：準此，火葬場等火化設施及業務既屬殯葬設施及殯葬業服務項目之一，內政部除應對各級殯葬業務主管機關就該等設施之輔導及管理等等事項，善盡監督之責，亦應對全國性殯葬業務相關數據進行統計。次按傳染病防治法第二條規定，衛生署應監督、指揮地方主管機關執行傳染病防治工作有關事宜及調查研究傳染病及新感染症：第三十九條規定，因傳染病或疑似傳染病致死之屍體，

應由醫療（事）機構或該管主管機關施行消毒及其他妥善處置。前項屍體應於二十四小時內入殮，並以火化為原則。是以，衛生署除應對地方衛生主管機關及各醫療機構就傳染病致死屍體之消毒及其他妥善處置，善盡監督、指揮及管制之責外，對於疫情相關數據，亦應詳盡調查。由上可知，內政部及衛生署分別基於殯葬業務及傳染病防治之中央主管機關職責，允應平時即攜手合作，建立橫向聯繫機制，以因應隨時爆發之傳染病疫情。

（二）詢據內政部表示：「因傳染病防治法規定之中央主管機關為衛生署，且九十二年五月二日發布之 SARS 可能或疑似（死亡）病理解剖作業流程載明對遺體、環境消毒處理之規定，係該署疾管局訂定發布，故有關傳染病屍體處理流程之管理，自應由衛生主管機關主政；有關疑似 SARS 致死者屍體，有否依規定於二十四小時內火化，既屬衛生主管機關之法令，自應由衛生主管機關追蹤了解。」衛生署則稱：「俟 SARS 致死屍體依流程進行遺體及環境處理後，有關後續殮、殯、奠、祭等設施及作業管理事項，依據九十一年七月十七日公布施行之殯葬管理條例，因殯葬業務之中央主管機關為內政部，宜屬該部主政範圍。」足見內政部及衛生署對於 SARS 致死屍體火化處理之管理權屬，迄猶交相諉責，顯欠缺政府一體之團隊合作精神，可由行政院研究考核發展委員會（下稱研考會）針對民眾對後 SARS 台灣重建計畫（社會重建、公衛醫療）等議題之看法進行民意調查之結果，一成六的民眾咸認為政府各部門間協調聯繫不足，獲致印證。

(三)次據內政部於本院九十二年六月十三日約詢前、約詢時、約詢後，依序分別說明略以：「經各縣(市)殯葬主管機關提報資料，截至同年六月九日為止，台閩地區疑似、可能 SARS 致死屍體於死亡後二十四小時內立即火化者，計三六三具。」、「原書面資料係三六三具，惟因高雄市政府原提報數據重複計算，故應減為三三一具。」「嗣經該部請各地方政府再提報死亡證明書影本詳細核對結果，發現有重複提報之名單，故實際數據應為三一九具。」經查，本院係於同年六月五日寄發約詢通知請內政部就前開火化數據等約詢問題查復說明，內政部如平時即落實中央殯葬主管機關對業務資訊調查統計之責，則不致發生該火化數據於約詢前歷經八日之資料準備期間仍混淆不清，除與衛生署數據顯有差異外，復因誤算而更正三次，核有怠慢之失。又衛生署對於該病故屍體遭火化者，除未能掌握每件個案有無通報及採檢，已於調查意見一敘明綦詳外，其與內政部未盡相符部分亦僅以「統計時間點不同所致」一語帶過，對於雙方統計之時間點及資訊更新之頻率均未敘明，亦未能提出佐證資料，足證該署疫情相關數據之調查統計作為，亦有疏誤。

(四)綜上，內政部、衛生署未能本於政府一體之團隊合作精神共同防疫，除對於 SARS 致死屍體火化處理之管理權屬，交相諉責，就主管業務亦未恪盡調查、統計之責，致火化數據未盡相符且迭生錯誤，凸顯相關管制作為精確性、公信力不足。且由本案之調查中，益證二機關平時即欠缺橫向聯繫機制，值防疫緊急期間均逞處置失措，致部分疑似 SARS 病例未經採檢即逕行火化，造成病例屬性無以確認，均顯有未當。

三、衛生署未審慎評估台灣地區 SARS 疫情流行病學指標：可能病例數、致死率：均高居世界前幾位之嚴重程度，猶誇稱「我國 SARS 病例數與世界各國相較並未有偏高情形」，足見該署始者自詡三零紀錄致疫情失控，繼者粉飾疫情未務實檢討因應，顯失流行病學及公共衛生專業應有之警覺性，殊有未當：

(一)按公共衛生學及流行病學研究方法論，評估傳染病疫情嚴重程度常以感染病例數、發生率、致死率、傳染（流行）時間：等為指標，而致死率之計算方式為感染病例中之死亡人數／感染病例數。據世界衛生組織（World Health Organization, 下稱 WHO）自九十一年十一月十一日至九十二年七月十一日之統計資料，全球 SARS 可能病例總數為八、四三七例（死亡病例總數為八一三例），致死率為九．六四％；其中可能病例數超過五十例之國家地區，依序為中國大陸五、三二七例（三四八例）、香港一、七五五例（二九八例）、台灣地區六七一例（八四例）、加拿大二五〇例（三八例）、新加坡二〇六例（三二例）、美國七五例（〇例）、越南六三例（五例）。前述國家地區按致死率排序則為香港一六．九八％、新加坡一五．五三％、加拿大一五．二％、台灣地區一二．五二％、越南七．九四％、中國大陸六．五三％、美國〇％。綜上以觀，台灣地區 SARS 疫情，無論以感染病例數、致死率：觀之，均高居前述 SARS 疫情嚴重國家地區之前幾位，台灣 SARS 疫情之嚴重程度甚明。

(二)九十二年二月、三月期間，SARS 疫情自中國大陸廣東地區、越南、香港、新加坡、

德國法蘭克福等境外國家地區爆發始，台灣地區僅有少數零星個案，故衛生署以「零死亡、零社區感染及零輸出病例」之防疫三零紀錄自詡，然因台灣除與大陸、香港、新加坡地區深具地緣關係，往來亦十分密切，同時非法接觸管道頻繁，自SARS於前述國家地區相繼流行肆虐，境外移入SARS病例自難以避免，故對SARS疫情之防治，應毫無任何樂觀之理由漠視，惟衛生署卻沉醉於「三零紀錄」輕忽疫情，終致爆發台灣地區四月至六月期間，SARS疫情之失控。爰此流行期間，由前開各種數據均顯現台灣地區疫情之嚴重程度，惟該署自本院於九十二年六月十三日約詢後，迨同年七月八日補充查復資料猶飾稱，因台灣地區人口總數約十倍於新加坡，SARS可能病例數僅約該國之三倍，故SARS病例數與世界各國相較並未有偏高情形，至於美國、加拿大、中國大陸等國家，因國土面積數倍於我國，人口密度與流動情形與我國不盡相同，故未予相較云云。該署不以前述流行病學指標與前開國家相較，卻僅擇有利部分掩飾疫情之嚴重情形，足證該署自九十二年三月間疫情初期自詡三零紀錄致疫情失控，迄由各種流行病學調查數據均呈現台灣地區SARS疫情較世界各國相對嚴重之程度，仍誇稱「我國SARS病例數與世界各國相較並未有偏高情形」，始終避重就輕、粉飾疫情，未能痛定思痛檢討因應，實有失流行病學及公共衛生專業應有之審慎警覺性，殊有未當。

四、衛生署平時未落實傳染病預防機制，致未建立不明病因、新興傳染病之個案審查流程，招致外界對SARS疫情期間通報病例審查作業緩慢之詬病，確有未當：

- (一) 按預防勝於治療為公共衛生學及流行病學專業應具有之基本認知及態度，即對任何疾病無論病因為已知及未知，倘平時建立堅強之預防機制，則可節省無以計數之治療及處理成本。基此，傳染病防治法、衛生署組織法、辦事細則及疾病管制局組織條例、辦事細則，爰將傳染病預防列為二機關重要職掌之一，而預防之對象除現有已知疾病外，當包含對不明、新興及無以預知之傳染病，合先敘明。
- (二) 九十二年二月十五日，中國大陸對外聲稱在廣東地區造成三〇五人發病，五人死亡之異型肺炎（非典型肺炎），致病原為衣原體（披衣菌）；二月二十六日，SARS首見於越南河內，起初稱為「非典型性肺炎」；三月十二日晚間，WHO發出東南亞非典型肺炎警訊，最早使用之名稱為「未知致病原引起之急性呼吸症候群」；三月十四日，勤姓台商夫婦通報遭SARS感染，台灣疫情開始；三月十五日，嚴重急性呼吸道症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome，簡稱SARS）經WHO正式命名。據衛生署查復表示，九十二年三月十六日，美國疾病管制中心SARS疫情專家抵台，由衛生署涂醒哲前署長召開專家會議，同年三月十七日該署成立SARS專家審查委員會。各醫療院所醫師如懷疑就診個案為SARS個案，應即將患者之相關資料，逕送疾管局彙報於每日邀集前述專家學者召開之SARS相關事宜研討會議，進行判定通報病例為可能病例、疑似病例或排除感染；四月二十八日，依據疫情處理中心聯繫會報專家學者之建議，為因應通報病例暴增，責成疾管局規劃成立SARS病例先審小組，依據我國SARS病例定義進行初審，再將初審結果提交專家會議討論；五月九日，該

項業務移交衛生署全民健康保險局（下稱健保局）台北分局、中區分局或高屏分局贖續辦理；五月二十一日，為加速配合公共衛生防疫之需，疾管局接獲通報即先依據個案之基本資料，初步判定是否為 SARS 可能或疑似病例，嗣由健保局台北分局、中區分局、高屏分局召集之 SARS 病例审查小组就患者病歷、旅遊接觸史、實驗室檢驗結果及胸部 X 光片等資料進行複審，以確認通報病例之屬性；六月九日，疾管局考量臨床醫師對 SARS 症狀、病程已累積相當經驗，為有效簡化病例审查研判流程，初審作業再改由各醫療院所醫師於填報 SARS 通報病例初判表，自行初步判定後，再交由疾管局確認。由上可知，衛生署平時並未落實預防機制，建立對新興傳染病個案感染與否之審檢流程及確認機制，至本（九十二）年二月間，中國大陸及越南 SARS 疫情相繼爆發，該署亦未有任何積極預防作為，迨三月十二日晚間，WHO 已發出東南亞非典型肺炎之警訊，三月十四日台灣出現首件通報病例，該署亦遲至三月十七日始成立專家審查委員會。自此期間因僅有零星個案，該署復未慮及如何簡化審查流程，以足資應付可能暴增之病例，迨四月二十三日台北市立和平醫院爆發院內感染致疫情一發不可收拾後，遲至四月二十八日方行調整通報病例审查流程，再再顯示，該署傳染病預防作為，顯屬消極遲緩，可由行政院研考會針對民眾對後 SARS 台灣重建計畫（社會重建、公衛醫療）等議題之看法進行民意調查之結果，四成民眾認為政府處理 SARS 疫情之速度過於不足，印證甚明。

（三）綜上，衛生署平時未能稟持公共衛生、流行病學專業應具有之基本認知及未雨綢繆

之任事態度，落實傳染病預防機制，致未建立未知病因、新興傳染病之個案審查流程，招致外界對 SARS 疫情期間通報病例審查作業緩慢之詬病，容有未當。

據上論結，衛生署、內政部未落實中央主管機關職責，致傳染病防治之訓練、採檢、通報、個案審查及屍體火化管理等作業，存有諸多疏漏及缺失，招致嚴重詬病，顯有重大違失，爰依監察法第二十四條規定提案糾正，送請行政院轉飭所屬確實檢討並依法妥處見復。

中 華 民 國 九 十 二 年 八 月 二 十 九 日

提案委員：趙昌平

張德銘

李伸一

廖健男