

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：行政院衛生署。

貳、案 由：行政院衛生署疾病管制局未能達成「結核病十年減半全民動員計畫」既定績效指標，進度落後猶未加速追趕；又迭經整併防癆行政機構為科級位階，肇致專責人力、預算經費益趨縮減；而執行都治計畫係結核病防治之重要策略，惟查我國績效遠遜於一般國家平均水準；且編印之台灣結核病防治年報，為與國際接軌，援引世界衛生組織計算公式，呈現兩套統計數據，核與國內防治實況不一，易滋混淆誤導等情均有違失，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

依據行政院衛生署疾病管制局（下稱疾管局）之統計，民國（下同）97年66種報告傳染病中，結核病之確定病例數為14,265人，多重抗藥性結核病之確定病例數為104人，而當年結核病之死亡數為762人，占所有法定傳染病死亡總數914人之83.37%。結核病以懸殊之差距，位居第一，既為國內最嚴重之傳染病，亦為最迫待解決之防疫問題！

惟查我國防癆體系建制歷史悠久，相關防疫單位亦賡續執行二期「加強結核病防治方案」五年計畫〈83年度至92年度〉暨「結核病十年減半全民動員計畫」〈95年1月1日至104年12月31日〉，對照上開統計顯示衛生主管機關對於結核病防治成效仍待檢討改善。為究明原因，案經向疾管局調閱相關卷證，並於98年5月26日、7月29日兩度約詢該局主管人員，茲已調查竣事，爰將疾管局所涉及之各項疏失臚陳如次：

一、疾管局未能達成「結核病十年減半全民動員計畫」既定績效指標，進度落後猶未加速追趕，確有怠失：

(一)聯合國千禧年發展目標於 6.C 項下明訂「2015 年瘧疾與主要疾病的發生減半並開始反轉發生率」，而主要疾病即包含了結核病，亦即在該指標 6.8 即為結核病的發生率、盛行率和死亡率。因而世界衛生組織(WHO)乃於 2006 年 1 月發布新的結核病防治計畫(The Global Plan to Stop-TB 2006~2015)，希望在 2015 年時，結核病的發生率可以減半並且反轉發生率，俾達成千禧年之發展目標。

(二)疾管局為呼應世界衛生組織上開千禧年之發展目標，並鑑於該局 92 年之統計資料顯示，我國結核病發生率是美國的 13 倍，日本的 2.7 倍，且有超過 300 例的多重抗藥性結核病人，因此結核病的防治工作，是傳染病防治的首要事項，提供結核病患高品質及完整的治療，更是當務之急。疾管局爰提報方案，擬訂台灣將自 95 年 1 月 1 日起朝結核病十年減半的目標推進，行政院乃於 95 年 7 月正式核定我國結核病十年減半動員計畫，其目標為：

1、透過發現病人、治療病人為主要策略。

2、全國性預期績效指標：

(1)總體指標：自計畫起始至第五年(民國 99 年)發生率降至 52 人/10 萬人口；第十年(民國 104 年)個案發生率降至 34 人/10 萬人口；個案追蹤治療後年齡標準化完治率達 90%以上。

(2)年度指標：

年度	95	96	97	98	99
指標					
年齡標準化完治率(%)	91	91.5	92	92.5	93

個案追蹤治療結果 18 個月失落率 (%)	1.65	1.6	1.5	1.4	1.3
--------------------------	------	-----	-----	-----	-----

3、地方性預期績效指標：自計畫起始至第五年（民國 99 年），有 1/2 縣市個案發生率減半；第十年（民國 104 年），所有的縣市個案發生率減半。

(三)惟查疾管局截至 97 年底為止（已執行 3 年）之績效為：

1、全國性總體指標：自 95 年 1 月計畫起始之個案發生率 72.5 人/10 萬人口至第三年發生率降至 62.2 人/10 萬人口，下降幅度僅為 14.2%，顯見其防治成果之績效不彰。

2、地方性預期績效指標：全國 25 縣市自計畫起始至第 2.5 年，僅連江縣、新竹市、南投縣、花蓮縣等 4 縣市個案發生率下降較明顯，而嘉義市、台中市、台南市、澎湖縣、金門縣等 5 縣市個案發生率反倒較計畫起始時還增加（如附表 1）。

(四)綜上，疾管局未能達成行政院核定「結核病十年減半全民動員計畫」之全國性與地方性預期績效指標，進度已然落後卻未思加強管制考核措施，妥謀追趕進度，以如期達成既定績效指標，核該局確有怠忽職守之違失。

二、疾管局迭經整併防癆行政機構為科級位階，肇致專責人力、預算經費益趨縮減，難辭輕忽漠視結核病防治業務之咎：

(一)有關結核病防治專責行政機構，係 88 年 7 月配合精省組織調整，將前台灣省慢性病防治局改制為前衛生署慢性病防治局，隸屬該署中部辦公室，下轄該署台中、嘉義、台南慢性病防治院，其編制員額高達 571 人（含公共衛生護士）。嗣又配合精省第二階

段組織調整作業，於 90 年 7 月 12 日將結核病防治公共衛生業務移由疾管局之結核病防治組掌理，而原慢性病防治局派駐各衛生所公共衛生護士 319 人亦隨業務移撥該局。

(二)自防癆業務移撥疾管局後，防癆專責行政機構名稱原為結核病防治組，嗣整併為結核病防治科，現則為結核病防治科（兼理漢生病業務），亦即其行政位階層級淪為連獨立之「科」都不如；又目前該局從政策規劃推動、流病監測分析、研究檢驗至疫苗製造等配置防癆專責人力，於總局部分共有 53 人，另分局負責督導各縣市防治工作者共有 34 人，總計僅為 87 人；足見該局迭次組織調整作業，防癆專責機構位階一再降低其行政層級，專責人力乃隨之逐漸縮編。

(三)結核病防治年度預算經費益趨縮減：

1、卷查疾管局 96~98 年度單位預算總數分別為 5,927,181 千元、5,986,628 千元、6,336,243 千元。其中結核病防治總經費為 1,257,101 千元、1,239,117 千元、1,239,102 千元，分別占該局預算總數之 21.21%、20.70%、19.56%(如附表 2)。

2、由上可知，行政院雖已核定「結核病十年減半動員計畫」，惟該局挹注於結核病防治年度預算經費卻逐年益趨縮減，顯難支應業務所需。

(四)綜上，疾管局迭經整併防癆行政機構縮編為科級位階，專責人力、預算經費亦益趨縮減，實難辭輕忽漠視結核病防治業務之咎。

三、疾管局執行都治計畫係結核病防治之重要策略，惟查我國績效遠遜於一般國家平均水準，核有欠當：

(一)查短程直接觀察治療計畫（下稱都治計畫，DOTS）係聯合國世界衛生組織自西元 1993 年起全力推動

之結核病防治策略，希望藉由觀察員之嚴密監督下，確保病人持續服下藥物，俾如期治癒，並避免抗藥性細菌之產生，以保護抗結核藥物之效力，據推估，在一個沒有抗藥性結核病或其發生率極低之地區，實施都治計畫理論上可使結核病之治癒率高達95%，故其防治效果良好。然而國內實施都治計畫結核病人完成治療之比率僅64%（由於國人高齡罹病者眾，結核病人之年齡層分布，65歲以上者占50%、結核病人之死亡數，65歲以上者高達80%），較一般國家平均超過85%之完治率為低。

（二）次查世界先進國家2006年結核病防治成果（以結核病負擔來推估）之國際比較：我國及美國都治個案治療成功率均為64%、日本都治個案治療成功率為60%，略低於我國，南韓及新加坡都治個案治療成功率均為83%，則顯著高於我國。

項目 國別	發生率 (每10萬人口)	死亡率 (每10萬人口)	都治涵蓋率 (%)	都治覆蓋下 治療成功率 (%)
我國	87.0	4.0	100	64
美國	4.3	0.4	100	64
日本	22.0	2.7	99	60
南韓	88.0	10.0	100	83
新加坡	26.0	2.2	100	83

（三）綜上，確保病人在觀察員面前「送藥到手、服藥入口、嚥下再走」之DOTS計畫，是遏止產生抗藥性細菌之不二法門。惟查國內實施該計畫後，95年結核病人完治率僅為64%，雖肇因於國人罹病之年齡層偏高，惟已遠遜於鄰近同為高齡化國家之南韓及新加坡都治個案治療成功率均為83%，更未達一般國家平均超過85%完治率之水準，核有欠當。

四、疾管局編印之台灣結核病防治年報，為與國際接軌，援引世界衛生組織計算公式，呈現兩套統計數據，核與國內防治實況不一，易滋混淆誤導，洵有可議：

(一)按疾管局編印之 2008 年台灣結核病防治年報，有關結核病發生率與盛行率推估方法為：

- 1、世界衛生組織(WHO)年報提到有關結核病發生率之推估方法為： $incidence = deaths / proportion \text{ of incident cases that die}$
- 2、我國推估台灣結核病負擔發生率，係參照前項公式，利用衛生署公告之 2006 年結核病死亡率(死亡率=當年結核病死亡數/年中人口數)除上致死率(致死率=2006 年新案因結核病死亡數/2006 年新案數)。
- 3、本年報有關台灣結核病負擔盛行率之推估，係利用推估所得之發生率乘上疾病病期(duration of condition)。
- 4、有關 duration of condition 各國計算時採用之係數不同(範圍約為 0.5~3.5)；經參考文獻與其他國家數據後，利用推估得來之發生率乘上 1.3 年來推估台灣結核病負擔盛行率。

(二)查疾管局編印之 2008 年台灣結核病防治年報，呈現國內與國際比較使用之兩套不同統計數據：

- 1、疾管局編印之上開年報之前言指出「結核病為台灣法定傳染病中，每年確定個案數及死亡數最多的傳染病，以 2006 年來看，新發病的個案數為 15,378 人(所有新案的發生率為每十萬人口 67.4 人，痰塗片陽性個案的發生率為每十萬人口 24.3 人)，死於結核病的個案數為 832 人(所有結核病的死亡率為每十萬人口 3.6 人，痰塗片陽性個案的死亡率為每十萬人口 1.97 人)【皆為國內執行

實況統計數據】。雖然，2006 年的發生率較 2005 年下降 6%，死亡率下降 16%，然而，與美國、日本及新加坡等國家比較【依照世界衛生組織公式所計算出來之數據】，台灣在結核病防治工作上仍有改善的空間」。

2、該年報援引世界衛生組織計算公式，我國 2006 年國家結核病負擔概況(詳該年報第 119 頁)為：

(1)發生率：每十萬人口 87 人。

(2)盛行率：每十萬人口 113 人。

(3)結核病新案中多重抗藥百分比：1.0%。

(4)結核病再治個案中多重抗藥百分比：5.3%。

(三)又該年報援引世界衛生組織計算公式，我國 95 年都治涵蓋率已達 100%(詳該年報第 120 頁)，但疾管局函復本院之公文卻載明「目前台灣 25 縣市均已納入結核病 DOTS 涵蓋區，到 98 年 6 月底為止，結核病痰塗片陽性個案的 DOTS 執行率已達 93.9%」。

(四)綜上，疾管局編印之台灣結核病防治年報，為與國際接軌，援引世界衛生組織計算公式，呈現國內與國際比較使用之兩套不同統計數據，但卻交叉混用，核與國內結核病防治實況不一，易滋混淆誤導，洵有可議。

綜上所述，行政院衛生署疾病管制局未能達成「結核病十年減半全民動員計畫」既定績效指標，進度落後猶未加速追趕；又迭經整併防癆行政機構為科級位階，肇致專責人力、預算經費益趨縮減；而執行都治計畫係結核病防治之重要策略，惟查我國績效遠遜於一般國家平均水準；且編印之台灣結核病防治年報，為與國際接軌，援引世界衛生組織計算公式，呈現兩套統計數據，核與國內防治實況不一，易滋混淆誤導等情均有違失，爰依監察法第 24 條提案糾正，移送行

政院轉飭所屬確實檢討改進見復。

附表 1 94~97 年之地方性指標達成情形與差異分析

縣市別	94 年	97 年	94-97 年降幅
	新案數	新案數	%
連江縣	4	2	-50
新竹市	189	134	-29
南投縣	526	383	-27
花蓮縣	480	360	-25
嘉義縣	472	361	-24
苗栗縣	332	254	-23
新竹縣	252	196	-22
雲林縣	729	581	-20
基隆市	332	268	-19
高雄市	1,238	1,009	-18
高雄縣	1,300	1,061	-18
屏東縣	1,061	884	-17
台東縣	276	233	-16
台北市	1,386	1,178	-15
台中縣	953	836	-12
台南縣	873	767	-12
台北縣	2,371	2,147	-9
桃園縣	1,110	1,022	-8
彰化縣	1,018	964	-5
宜蘭縣	361	360	0
嘉義市	144	145	1
台中市	579	591	2
台南市	453	471	4
澎湖縣	23	33	43
金門縣	10	25	150

附表 2

疾管局 96-98 年度結核病防治預算經費表

單位：千元

年度	96 年度	97 年度	98 年度
單位預算總數(A)	5,927,181	5,986,628	6,336,243
結核病防治總經費(B)	1,257,101	1,239,117	1,239,102
結核病防治經費(C)	138,151	120,167	120,152
結核病醫療費用(D)	1,118,950	1,118,950	1,118,950
經費比率(B/A)	21.21%	20.70%	19.56%