

## 調 查 報 告

壹、調查緣起：本案係委員自動調查。

貳、調查對象：行政院衛生署疾病管制局。

參、案由：據報載：國人平均每年仍新增結核病患一萬五千人、死亡一千五百人，高居傳染病死因之首位，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，對照上開統計，顯見衛生主管機關對於結核病防治成效不彰，有無違失抑或其他原因，認應深入調查瞭解乙案。

肆、調查依據：本院九十一年九月九日（九一）院台調壹字第九一〇八〇〇六三八號函。

伍、調查重點：

一、我國結核病專責機關之沿革。

二、結核病之流行狀況。

三、行政院衛生署疾病管制局（下稱疾管局）執行結核病防治工作之現況。

四、結核病個案之通報與後續追蹤治療機制。

五、當前防治結核病之困境與對策。

六、行政院衛生署（下稱衛生署）對於健全防癆組織體系之配套措施。

七、衛生署對於加強結核病防治工作之具體施政計畫。

八、衛生署對於山地鄉結核病問題所採行之措施。

陸、調查事實：

依據疾管局之統計，目前三十八種報告傳染病中，結核病之病人數約占了百分之七十，而每年結核病之死亡數約有一千五百人，約是其他所有法定傳染病死亡數總和之五倍。結核病以懸殊之差距，位居第一，它是國內最嚴重之傳染病，也是最緊急之防疫問題！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，對照上開統計顯見衛生主管機關對於結核病防治成效不彰，有無違失抑或其他原因亟待查明，經向疾管局調閱相關卷證及於民國（下同）九十二年一月十六日、三月二十一日約詢該局主管人員，茲將調查事實臚陳如次：

一、我國結核病專責機關之沿革：

（一）療養院時期：台灣光復時，並未設置機構從事有計畫之結核病防治工作，僅有日據時代遺留之松山療養院及台南清風莊肺病療養所，設病床二百張收容結核病人，以消極之隔離療養方式治療結核病人。

（二）成立地區防治院、縣市防治所：

1、民國（下同）三十八年，前南京結核病防治院將部分器材及人力遷移嘉義，設立門診部；並以一部分人力和物力，充實松山療養院。

2、三十九年，該院改組為台灣省立結核病防治院，後改為台北結核病防治院，除維持原松山之療養病床外，並於台北市設立台北結核病防治中心，辦理門診及結核

病防治工作，台灣自此始有機構以公共衛生方式有計畫地推行防癆工作。

- 3、四十年，前台灣省衛生處成立防癆委員會，負責全省防癆計畫之釐訂，防癆器材之統籌，防癆計畫之督導考核等工作。嘉義門診部於四十年改組為嘉義結核病防治中心，四十六年再改組為嘉義結核病防治院。清風莊肺病療養所於四十一年改組為台南結核病防治院，台中結核病防治院亦於四十九年在世界衛生組織建議下成立。至此全省計有四個防治院（其中台中、嘉義防治院未設病房），除辦理臨床醫療業務外，並分區輔導防癆工作。
- 4、自四十四年起，各縣市相繼成立結核病防治所，隸屬於縣市衛生局，以規劃及推動各縣市防癆工作，並輔導各鄉鎮市區衛生所辦理防癆工作，在政策及工作原則上接受上述各區防治院之指導。

### （三）台灣省防癆局之成立：

- 1、五十六年，前台灣省政府衛生處合併防癆委員會與台北結核病防治院成立前台灣省防癆局，統籌辦理全省防癆工作，隸屬於前台灣省政府衛生處，下轄台中、嘉義、台南結核病防治院，構成省防癆局——分區防治院——各縣市防治所——衛生所之防癆工作網。
- 2、台灣省防癆局之任務為結核病之預防、治療、研究、策劃、示範、宣導、教育訓練等，並負責輔導北部七縣市之結核病防治工作，兼具公共衛生與醫療雙重性質。
- 3、六十四年，增加三二三名防癆保健員配置於各衛生所，專責辦理結核病防治工作。

(四)台北、高雄兩市防治機構：北高兩市在未升格為院轄市成立前，其防癆工作係遵循前台灣省防癆局統一訂定之政策執行。

- 1、五十八年台北市升格為院轄市後，台北市結核病防治院，與前台灣省防癆局在行政體系上不相隸屬，可自訂獨立之政策；六十六年該院改為博愛醫院，台北市與台灣省之防癆策略有歧異，例如結核病人登記及免費治療之對象，台北市擴及非開放性病人之時間較台灣省為早；台北市各區衛生所公共衛生護士不辦理防癆工作，所有病人管理工作均由防治院統一辦理，亦與台灣省之工作模式不同。
- 2、高雄市於四十九年成立高雄市結核病防治所，在工作上接受省方輔導，步調一致。六十八年高雄市升格為院轄市，防治所名稱不變，但在行政體系上與前台灣省防癆局平行，惟高雄市之防癆政策大致則與台灣省無異。

(五)改組為慢性病防治機構：

- 1、七十八年起，防癆機構全面改組，前台灣省防癆局及各結核病防治院、結核病防治所改組為前慢性病防治局、院、所。同年，衛生所工作開始基層綜合保健，結核病個案管理工作整合至基層綜合保健工作模式，所有地段護士參與結核病防治工作。
- 2、台北市博愛醫院於七十九年改組為台北市立慢性病防治院，高雄市結核病防治所亦於同年改組為高雄市立慢性病防治中心。
- 3、防癆機構改組後兼辦高血壓及糖尿病防治工作，惟仍以結核病防治為工作重點。

(六)配合精省改制：

- 1、八十八年六月衛生署合併防疫處、檢疫總所及預防醫學研究所成立為該署疾病管制局。
- 2、八十八年七月配合精省，前台灣省慢性病防治局改制為前該署慢性病防治局，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。

(七)結核病防治體系重整：

- 1、為配合精省第二階段組織調整作業，並提升結核防治品質與整體工作成效，衛生署經過多次會議審慎評估研商後，決定在公共衛生與醫療業務分流之前提之下，重新架構結核病防治體系。
- 2、九十年六月一日立法院完成該署疾病管制局組織條例部分條文修正案三讀程序，並於同年七月十二日正式施行，結核病防治公共衛生業務移由該局掌理，相關人員三八五人亦隨業務移撥。
- 3、前慢性病防治局及三慢性病防治院則於九十一年二月轉型為署屬醫療院所，專責辦理結核病臨床醫療照護工作。
  - (1)前慢性病防治局改名該署胸腔病院。
  - (2)台南慢性病防治院改名該署胸腔病院台南分院。
  - (3)台中、嘉義慢性病防治院則改採委託署立台中、嘉義醫院設立「區域結核病診療中心」方式辦理。

4、該署胸腔病院嗣因台北縣深坑鄉院舍租約到期而不續租，於九十一年七月十九日起搬遷至該院台南分院院區，並於同年月二十三日掛牌營運，自此該院與分院合而為一。

(八) 台灣省各縣市慢性病防治所之存廢問題：

1、依傳染病防治法第四條之規定，該署為傳染病防治中央主管機關，負責傳染病防治政策及計畫之訂定、地方主管機關執行傳染病防治工作之監督指揮、傳染病及新感染症之調查研究、國際疫情之蒐集、及國際合作事宜之規劃及參與等事宜。

2、有關各縣市慢性病防治所之存廢問題係屬縣市政府權責，依傳染病防治法之規定，該署將就各縣市衛生局執行結核病防治工作之整體績效予以監督指揮。

3、台中市、台南市結核病防治所於七十八年裁撤，派駐各衛生所之約僱防癆保健員納入前慢性病防治局編制，而台北縣慢性病防治所亦於九十一年四月一日裁撤。

二、結核病之流行狀況：

(一) 根據世界衛生組織統計：

1、全世界約有三分之一人口已感染結核桿菌。

2、每年約有一％人口新受到感染。

3、現有結核病人數約八百七十萬人。

4、每年約有三百萬人死於結核病。

5、因此結核病已成為所有傳染病中之頭號殺手，鑒於其嚴重危害，該組織曾於西元

一九九三年宣布全球結核病緊急狀態，並於一九九八年再次強調遏制結核病行動刻不容緩。

6、如果不能有效加強全球之結核病防治工作，估計在二〇〇〇年到二〇二〇年間將有十億人新受到感染，二億人發病，三千五百萬人死於結核病。

(二)二〇〇〇年世界結核病發生率及死亡率：

- 1、結核病發生率：十萬分之六一。
- 2、塗片陽性結核病發生率：十萬分之二五。
- 3、結核病死亡率：十萬分之五〇。

(三)二〇〇〇年美國結核病發生率及死亡率：

- 1、結核病發生率：十萬分之六。
- 2、塗片陽性結核病發生率：十萬分之二。
- 3、結核病死亡率：十萬分之〇·四。

(四)二〇〇〇年大陸結核病發生率及死亡率：

- 1、結核病發生率：十萬分之三六。
- 2、塗片陽性結核病發生率：十萬分之一七。
- 3、結核病死亡率：十萬分之二一。

(五)八十九年我國結核病發生率及死亡率：

- 1、結核病發生率：十萬分之六二·七。

2、塗片陽性結核病發生率：十萬分之一九·三。

3、結核病死亡率：十萬分之五·八。

4、全國三十個山地鄉結核病之死亡率為十萬人口之三·八·五二人，為一般地區居民（十萬人口六·六三人）之五·八倍。

5、原慢性病防治局於八十七年至八十九年連續三年在山地鄉展開地毯式篩檢結果，其結核病新案發現率高達十萬人口之六三〇·〇八人。

#### （六）九十年我國結核病之流行趨勢：

1、結核病在地理區位分布上：

（1）東部較西部高。

（2）南部較北部高。

（3）鄉村地區較都市高。

（4）在山地鄉，結核病之問題更加嚴重；全國三十個山地鄉結核病之死亡率為十萬人口三四·三九人，為一般地區居民（十萬人口五·五六人）之六·二倍。

2、性別之差異：

（1）男性死於結核病之人數約為女性之三·四二倍。

（2）男性結核病之死亡率約為女性之三·二七倍。

（3）男性因結核病而死亡高於女性之現象，有越來越明顯之趨勢。

3、依年齡層分析：



(1) 結核病隨年齡增加而增高。

(2) 有七七%係六十五歲以上之老年人。

(3) 與過去相較，結核病死亡年齡分布已明顯趨向老年人口。

### 三、疾管局執行結核病防治工作之現況：

(一) 行政院核定之「加強結核病防治方案」第二期五年計畫（其實施期程為八十七年至九十二年）中，有關『健全防癆體系』之實施策略及方法為：

1、 「慢性病」防治機構統一更名為「結核病」防治機構，並將結核病防治專責機構組織改制或提升至中央層級。

2、 為統一結核病防治事權及提升結核病防治成效，原台灣省慢性病防治局提升為全國之結核病防治專責機構（名稱另定），台北市立慢性病防治院、高雄市立慢性病防治中心、台中、嘉義、台南慢性病防治院及各縣市慢性病防治所改隸中央，為全國結核病防治專責機構下之分支機構。

3、 繼續加強「行政院衛生署防癆委員會」陣容，擴大延攬流行病學、臨床醫學、醫事檢驗、微生物學、衛生教育、衛生行政等專家學者，針對結核病控制策略、結核病最新診治與照護技術、抗藥性結核病、結核病與愛滋病等重要議題，定期討論，並研擬對策，以提升政策諮詢功能。

(二) 目前防治工作係以「結核病診療網」、「結核菌檢驗網」、「結核病公共衛生網」等三個工作網之模式進行，以快速診斷治療，完整追蹤管理，推展疾病預防、個案發現、

個案管理、衛教宣導、訓練研究等防治工作。為加大結核病防治政策規劃工作之格局，衛生署設置防癆委員會，聘請專家以全方位、廣角度視野，就政策規劃之立場提供諮詢。

(三)結核病診療網建構現況：結核病診療網應以「可近性 (Accessibility)、可用性 (Availability of professional) 服務為基礎，與社區自然結合」之原則，透過「結核病診療指定醫師」及「結核病診療指定醫院」之認證工作，建構完整周密、優質便民之結核病診療網，結合醫院及醫師之力量，使所有結核病患均能就近獲得方便、優質之醫療照護；並持續經由教育訓練、輔導、獎勵、評鑑、補助等方式提高指定醫師及指定醫院之數量及服務品質。九十一年已徵得具胸腔、感染、結核專科醫師資格之六四七名醫師同意，擔任「結核病診療指定醫師」；前揭結核病診療指定醫師服務之院所計二四九所同意成為「結核病診療指定醫院」，分布遍及全台二十四縣市（除連江縣外），協助辦理結核病患診療等相關事宜，目前正進行九十二年度認證作業中。

(四)結核菌檢驗網建構現況：為提高結核檢驗普及率及結核病診斷正確性，該局自九十年七月起試辦結核菌代檢計畫，分區選擇檢驗品質經專家認可之代檢醫院，為鄰近縣市缺乏適當處所驗痰之結核病人提供代檢服務，由衛生所向病人收痰，每週至少一次以符合國際生物安全標準之容器快遞送往代檢醫院檢驗（含塗片、培養；培養陽性者增加鑑定及藥物感受性試驗），並迅速回報檢驗結果，以及早確定診斷或正確

評估治療效果。

- 1、九十二年起已有十家合約實驗室、二十三個縣市（除金門、連江縣外）加入代檢網，服務範圍擴及無健保結核病人，除衛生所可向病人收痰送檢外，代檢區內一般醫療院所也與代檢醫院簽訂合約，利用該局代檢網為其結核病人送痰檢驗，九十一年計檢驗二六、六九九件檢體，結核病新發個案驗痰率百分之八十四。
- 2、該局於九十一年完成「結核菌檢驗手冊」編纂工作，供國內各檢驗室參考，以提高結核菌檢驗水準。
- 3、為監控結核菌檢驗品質，九十一年已委請專家進行「台灣地區結核菌培養品質改善計畫」。

#### （五）結核病公共衛生網建構現況：

- 1、衛教宣導：九十一年配合世界結核病日全球性宣導活動，以「咳三週，快驗痰；勤服藥，全都治」為主軸，擴大衛教宣導，舉辦戶外大型活動、各項績優選拔競賽及學術研討會，配合系列文宣，喚起社會大眾重視結核病問題。並印製二十六種衛教教材單張，海報，刊物、宣導物品等，分發各防疫單位、醫院及高中以上學校使用，並架設結核衛教宣導品網路申請專區，供民眾上網索取，計發送一、一〇九、六九〇份。
- 2、卡介苗預防接種：為齊一接種技術訓練標準，提高接種效果，該局已訂定「卡介苗工作人員訓練要點」及「卡介苗訓練手冊」，並持續辦理接種人員技術訓練，九

十一年並進行「卡介苗疫苗力價評價計畫」，以監控疫苗力價及接種效果。

- 3、主動發現病人：利用七部X光巡迴車針對矯正機構、安養機構、教養院、精神病院等高危險團體及醫療資源缺乏之山地鄉、離島等偏遠地區進行地毯式密集篩檢，並對國小及幼稚園教職員工、結核病患親密接觸者、高患病地區四十歲以上民眾等進行巡迴篩檢。確診結核病個案之家庭接觸者由衛生所公衛護士勸導接受檢查，塗片陽性個案則協同個案就學或服務單位進行校園或職場接觸者檢查，主動發現病人。同時役男體檢、勞工健康檢查及外勞體檢均依相關法規規定例行辦理。X光篩檢雖然發現率低，並非世界衛生組織所推薦之結核病個案發現方式，但為避免特定族群疫情擴散，目前仍然持續辦理。
- 4、疫情通報監視：依傳染病防治法規定，結核（含疑似）病人一經發現，均應於一週內向當地衛生主管機關通報。所有經通報之結核病個案一律登記於全國結核病人資料庫，依美國胸腔醫學會肺結核病診斷標準（細菌學、病理學、及臨床/X光檢查因治療而進步）作為診斷依據。該局自九十年十一月起啟用網際網路結核病通報查詢系統，並試辦醫療院所網路通報，以增進通報時效，目前通報點由九十年六月之三十八點增至七二〇點，個案網路通報率達百分之四十八，個案自診斷至通報之時間自四十四・五天縮短為二・五天。該局持續開發結核病通報查詢系統各項功能，便利各防疫單位及醫療院所透過該系統查詢個案動態及相關結核病流行病學最新資料。為提高疫情通報之完整性，該局與健保局合作辦理「健保

給付申報資料與全國結核病資料庫之定期勾稽作業」、「不通報不給付」、「結核病例發現診療費」等作業，並與衛生署統計室合作辦理結核病死亡勾稽，加強監視疫情。結核病個案來源方面，八十九、九十年結核病新個案中分別有百分之七十八、八十八由一般醫療院所發現，其餘由專責醫療院所及X光巡迴篩檢發現。

5、個案治療管理：所有結核病個案通報登記後一律收案管理，由居住地公共衛生護士定期訪視；接受藥物治療者督促按規服藥複查、尚未治療者督促遵照醫囑迴診追蹤檢查結果、確定診斷，並給予個案及家屬適當之衛教指導，期使儘速確診、持續治療，儘早痊癒，切斷傳染源。

6、人員訓練：該局九十一年於各縣市辦理醫師結核病診療訓練課程二十場次，訓練醫師六八〇人；衛生局所護理人員訓練四十場次，訓練二、九六五人；各級學校衛生人員訓練三十場次，訓練三、四三二人。該局同時補助微生物學會辦理結核菌檢驗人員「分枝桿菌新知研討會」四場次。

7、學術研究：已將結核病從傳播、感染、發病、管理、銷案、復發等各階段進行細密之流程分析，並將其收斂彙整為一大流程系統，邀請學者專家釐清各項議題計一三〇項，並訂定其研究優先順序。九十一年進行五項自行研究及十一項委外研究議題。

8、為完成使防疫機關工作人員對結核病防治有統一之作業準則，提昇工作品質，該局已完成「結核病防治工作手冊」修訂工作，印發所有相關工作人員使用。

(六)目前推動實施都治計畫(DOTS)治療措施之情形：

1、台灣自八十六年三月起於山地鄉實施都治計畫，九十年五月起全國全面實施，各縣市視資源狀況決定因地制宜之實施方式，不按規服藥之痰塗片陽性個案優先納入都治計畫，其餘個案視各地資源狀況儘可能納入。

2、個案管理者於通報登記後一週內勸導都治，經個案同意接受後，商議擇定可靠之觀察員觀察服藥。觀察員可由個案之親友、志工、鄰里長等擔任，以能確認個案服藥，且與個案關係良好者為主。觀察員之擇定，必須經由個案同意，個案管理者則應評估其品質。擇定觀察員後，應會同個案、觀察員商定每日觀察服藥時間，教導觀察員工作內容及注意事項。如無法覓得適當之觀察員，亦可由個案管理者自任觀察員。觀察員應每日親視個案按規服藥，並在治療日誌上如實記錄。觀察員如非個案管理者時，個案管理者每月至少二次訪視個案觀察服藥情形，並檢查治療日誌之紀錄，如發現觀察員工作品質不良，應儘速與個案商議更換觀察員。目前都治計畫之觀察員約七成由家屬擔任。

3、國內實施都治計畫結核病人完成治療之比率僅七十七%，較先進國家超過八十%之完治率為低，而沒有完治之病人當中，六·六%是斷斷續續服藥，其他十六·四%因此病或其他疾病死亡。

四、結核病個案之通報與後續追蹤治療機制：

(一)醫療院所(或衛生主管機關)發現結核病個案或疑似個案後，依傳染病防治法規定

向當地衛生局通報。衛生局審核通報資料後，經由該局網際網路結核病通報查詢系統，登記於全國結核病人資料庫，系統立即自動編列總編號，並依個案地址設定其居住地衛生所為管理單位。

(二) 所有結核病個案通報登記後一律收案管理，管理單位之公共衛生護士至遲需於通報後一週內訪視個案，完成收案，發給「結核病就診手冊」，指導使用方法，並給予個案及家屬適當之衛教指導，督促按醫囑服藥及定期回診，如個案已確定診斷，同時應勸導其家庭接觸者接受檢查；尚未確定診斷或尚未治療者，公衛護士需督促個案務必遵照醫囑回診，追蹤檢查結果、確定診斷。

(三) 個案在治療期中前往醫院就診時，應出示「結核病就診手冊」，請醫師記錄本次診斷、檢查、治療情形，衛生所公共衛生護士每月應訪視個案一次，瞭解個案是否按規治療，協助解決相關問題，並由「結核病就診手冊」取得最新檢查、用藥資料，登錄於全國結核病人資料庫，以便進行持續之追蹤管理，掌握疫情動態。資料庫定期產生各項報表，回饋各縣市衛生局、診療醫師／醫院參考。

(四) 個案之診斷治療悉尊重診療醫師專業處置，醫師判斷已完成治療後，衛生所公共衛生護士始可辦理銷案，停止管理。

## 五、當前防治結核病之困境與對策：

(一) 當前防治結核病之困境：

1、疾病特性造成之限制：

- (1) 結核病為飛沫傳染病，任何呼吸空氣之人都有可能遭受感染，受到結核菌感染之人，其發病潛伏期不一，終其一生，隨時都有機會發病。即使防治計畫完善，社會裡之傳染源大幅降低，多年前受到感染之人，仍會因年齡漸長，身體抵抗力變差或其他因素而使體內潛伏之結核菌活化發病，因而長時間維持穩定數量之新發個案數。
- (2) 結核病好發年齡為老年人，接近五成新案是六十五歲以上之老年人，其發生率更是整體發生率之五倍。近年由於醫學進步、社會經濟發展；國民健康意識普遍提昇，國人平均餘命逐漸增加，造成結核病患數居高不下，疫情改善無法立竿見影。
- (3) 結核病沒有特殊之預防方式，目前惟一之疫苗——卡介苗僅對嬰幼兒之進行性初發結核病有預防之效果，對成人型之結核病保護效果則十分有限；而台灣目前百分之九〇以上之結核病患都屬成人型結核。疾病之特性使結核病無法藉由施打疫苗產生集體免疫力來預防疾病之散佈，必須長年堅持之努力執行個案發現、個案管理等工作才能成功。
- (4) 結核病防治之重點在及早發現病人，並正確診斷治療，迅速切斷傳染源。但結核病之早期症狀並不明顯，病人常因而延誤就醫，待發現時往往已錯失了治療之黃金期，更可能已傳染給周圍之人；結核病之症狀並不特別，易與其它肺部疾病混淆，經驗不足或警覺性不足之醫師常延誤診斷或治療不當。



(5) 與其他急性傳染病相較，結核病之病程長，個案數目多，個案管理之工作非常困難。經統計，結核病人若不接受治療，經過五年後，約有二分之一之病人死亡，五分之一之病人仍持續散播結核菌；縱使病人及時接受治療，最快也要六個月到九個月才能痊癒，漫長之治療期是對病人耐心和毅力之重大考驗。病人經過有效之治療，常因症狀消失而不規則服藥或停藥，或因無法忍受副作用而中斷服藥、選擇性服藥，往往導致抗藥性而前功盡棄，病人要面對更加困難、漫長之治療，同時繼續傳染他人，造成循環不息之結核病人。

(6) 結核病治療不當或不規則服藥常造成無法治癒之抗藥性結核，這是全球結核病防治工作面臨之共同難題。在台灣，初發病患多重抗藥性結核之比率已自一九九〇年代之百分之〇·二增加到目前之百分之二·一，十年間增加十倍，如果情況無法改善，往後結核病防治之工作將更加困難。

## 2、尚待突破之問題：

(1) 結核病在台灣社會中仍為一具「烙印」(stigma)之疾病，民眾常認為得到結核病是可恥之事，病患往往遭到疏遠、排斥、拒絕上學、工作等不公平之對待，連不少醫護、檢驗人員也對結核病患抱持排斥之心理。社會不正確之認知嚴重影響病人之發現、治療、以及基層防疫人員之個案管理工作。

(2) 個案不合作治療、無病識感、拒絕治療、治療中行蹤不明、尋訪不到等狀況造成失落率無法迅速改善，都治計畫雖可有效改善個案治療管理績效，但落實真

正之都治計畫需要大量人力之投入，在目前衛生所工作負荷已重之情況下，需有其他社會資源協助始有可能達成。

(3) 衛生署胸腔病院之醫護人員嚴重流失（醫師之編制員額二十八員，實際僅剩十四員、護理人員之編制六十八員，亦僅補實五十六員）。

(4) 醫療院所應擴大參與結核病防治工作，加強對醫護人員之教育，克服對結核病無謂之恐懼與排斥，善盡社會責任，與防疫單位密切合作，共同協助病人完成治療；醫師對結核病之診療能力亦有待提升，俾能為結核病患提供高品質之醫療服務。

(二) 有效防治結核病之對策：結核菌之致病機轉特殊，潛伏期長，防治工作需要長期堅持努力始能有預期之成效。

1、疾管局將建構完整周密之結核病診療網，提高結核病醫療品質；建構優質迅捷之結核菌檢驗網，提供結核病診斷及治療評估之正確依據。

2、強化結核病防疫體系之功能，提升疫情通報監視、個案管理、高危險群篩檢、預防接種、衛教宣導、人員培訓等工作之績效。

3、加強結核病相關學術研究與國際交流，以為釐定防治政策、研考防治工作執行成效之依據。務期及早發現病人，有效治療，降低社會傳染源，減少民眾受感染之機會，逐步降低結核病之流行。

(三) 以現今之醫學科學，預防結核菌在人類社會中傳染之唯一有效方法，就是儘早有效

治癒所有傳染性（痰塗片陽性）病人，且須持續努力，至所有曾受到結核感染（不管是否發病）全部消失後，才有可能根除結核病，且在全球結核病根除之前這些努力均不能鬆懈。

- 1、病人發現：在社區中早一點把所有傳染性病人找出來（如能在病人還沒有傳染性時就找出來更好）。
- 2、治療與病人管理：迅速給予正確之治療並嚴密監督病人接受治療，不可在治療過程中有機會讓結核菌產生抗藥性。
- 3、要作到上述兩點，需要有一個迅速且質優之診斷治療體系，和一套緊迫釘人似之病人管理體系，還要有一個支援和監控之機制，透過諸如法令修訂、部會協調、資源分配、教育宣導、人才培訓等等管道，創造有利結核病防治之健全環境，保障上述二體系能合作無間，長期維持有效率高品質地運作。

#### 六、衛生署對於健全防癆組織體系之配套措施：

- （一）結核病防治體系與防疫體系整併後，可充分利用現有防疫體系之資源，互相支援配合，並加強與醫療院所、檢驗室、各級防疫單位間橫向、縱向之連繫，同時解決過去體系中防疫指揮整合不足、醫療照護未能兼顧所有病患之問題。在實際運作上，疾管局規劃以「診療體系」、「檢驗體系」、「公共衛生體系」等三個工作網之模式進行，以快速診斷治療，完整追蹤管理，全面提升結核病防治績效。
- （二）為提升結核醫療服務品質，便利民眾就醫，改善結核病患之順服度，達到「就醫便

民化」與「服務優質化」之要求，針對與當地自然結合、方便就醫之醫師及醫療院所，辦理品質認證工作，使其成為結核病防治體系中個案發現之基本核心，並與衛生局合作辦理個案管理等工作，以符合世界衛生組織所建議結核病醫療服務應「以人口為基準」之要求。

(三) 過去台灣結核病之醫療組織體系係架構於專責機構，當時由於醫療保險尚未普及，人民罹患結核病往往須賴政府提供醫療服務。前慢性病防治局、防治院及各地防治所除負責結核病防治公共衛生業務外，同時須負責病患之診斷、治療等工作。

(四) 根據疾管局全國結核病個案資料庫顯示，九十年結核病新發個案有百分之八十八係由一般醫療院所通報，由專責醫院通報者僅占百分之八；而健保九十年申報資料亦顯示，全台灣結核病患之門診、及住院診療量，六家專責醫院約僅占百分之十。這是民眾在醫療資源日益普及、全民健保高涵蓋率下，為就醫便利、依循市場經濟法則，自然選擇之結果，是民眾將結核病診治重任交給所有醫療院所之醫師。目前遍布全台之數百家醫療院所業已承擔了絕大部分之結核病醫療工作，民眾不必再長途跋涉前往少數專責機構方能獲得醫療照護，對提高醫療資源之可近性及民眾就醫之方便性而言，均屬正向、合理之趨勢。

(五) 疾管局自九十年七月承接結核病防治業務後，即積極規劃建構結核病診療網，希望提高結核病醫療品質，讓病患就近得到優質之醫療照護；結合所有醫師之力量，共同對抗結核病。為提高一般醫療院所醫師診治結核病之能力，已於九十一年舉辦二

十五場醫師結核病診斷治療訓練，並鼓勵醫師及醫院參與結核病醫療工作，與一般醫療院所建立更密切之連繫，開展更寬廣之合作空間。目前已有胸腔、感染、及結核專科醫師六四七名同意接受認證，加入結核病診療工作。經查這六四七名醫師來自十九家醫學中心、五十七家區域醫院、七十七家地區醫院。

七、衛生署對於加強結核病防治工作之具體施政計畫：

(一) 結核病醫療部分：

1、建構完整周密之結核病診療網：

- (1) 賡續辦理「結核病診療指定醫師」及「結核病診療指定醫院」認證。
- (2) 提昇結核病診療指定醫師質與量。
- (3) 建構結核病診療醫師專家諮詢／轉介機制。
- (4) 提升結核病診療指定醫院品質。
- (5) 提供多重抗藥性／慢性開放性肺結核病患診療服務。

2、建構優質迅捷之結核菌檢驗網：

- (1) 建構結核菌代檢網。
- (2) 建立國家級標準結核菌檢驗中心。
- (3) 監控各地結核菌抗藥性情形。
- (4) 鼓勵學術單位從事結核菌檢驗之相關研究。
- (5) 訂定結核菌新興檢驗指引。

(6) 建立訂定合理結核菌檢驗支付標準機制。

(二) 結核病公共衛生業務部分：

1、加強預防接種：

(1) 提高一歲內嬰兒卡介苗接種率。

(2) 確保疫苗品質及接種技術水準。

2、加強疫情通報監視：

(1) 強化結核病患資料庫效能。

(2) 建立多功能之網路結核病通報查詢系統。

(3) 落實結核病個案通報政策。

(4) 加強外勞結核病監測工作。

3、健全個案發現：

(1) 改善主動發現個案績效。

(2) 強化被動發現個案績效。

4、提高個案治療管理績效：

(1) 擴大實施都治計畫。

(2) 補助健保結核病醫療部分負擔。

(3) 鼓勵個案規則治療。

(4) 補助山地鄉及多重抗藥性肺結核病患住院治療。

(5) 提供開放性肺結核個案隔離治療。

(6) 提供無健保病人醫療照顧。

(7) 加強個案管理品質監控工作。

#### 5、加強衛教宣導：

(1) 利用各種管道進行多元化之衛教宣導。

(2) 加強社區結核病防治宣導。

(3) 加強校園結核病防治宣導。

(4) 加強醫院病人結核病防治宣導。

#### 6、提高專業人員素質及加強國際合作：

(1) 積極培訓專業人員。

(2) 以結核病防治作國民外交工作。

(3) 加強與各國結核病防治經驗交流。

#### 7、加強結核病相關學術研究：

(1) 進行結核病流程分析。

(2) 建立結核病相關基本資料。

(3) 疫情評估細膩化。

(4) 政策執行數位化。

(5) 強化本土結核病研究能力。

八、衛生署對於山地鄉結核病問題所採行之措施：

- (一)前台灣省防癆局與行政院原住民委員會、中央健康保險局、中華民國防癆協會共同自八十四年起推出「山地鄉結核病人住院治療補助作業要點」針對山地鄉結核病患、原住民結核病患提供治療初期免費住院治療，以提高結核病完治率。
- (二)前台灣省防癆局自八十六年起針對全國三十個山地鄉之新結核病人一律實施短程直接觀察治療計畫。
- (三)持續利用X光巡迴車針對山地鄉進行地毯式密集篩檢服務。



## 柒、調查意見：

依據行政院衛生署（下稱衛生署）所屬疾病管制局（下稱疾管局）之統計，目前三十八種報告傳染病中，結核病之病人數約占了百分之七十，而每年結核病之死亡數約有一千五百人，約是其他所有法定傳染病死亡數總和之五倍。結核病以懸殊之差距，位居第一，既為國內最嚴重之傳染病，亦為最亟待解決之防疫問題！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，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，案經諮詢三位結核病防治專家，並向疾管局調閱相關卷證及於民國（下同）九十二年一月十六日、三月二十一日約詢該局主管人員，茲將調查意見臚陳如次：

一、衛生署對於防癆專責機構之整併策略與行政院核定之加強結核病防治方案第二期計畫意旨大相逕庭，殊有未洽。

（一）防癆專責機構之建立、改組、整併經過：

1、防癆專責機構之建立經過：

（1）三十九年，前南京結核病防治院改組為台灣省立結核病防治院，後改為台北結核病防治院，並於台北市設立台北結核病防治中心，辦理門診及結核病防治工作，

（2）四十年，前台灣省衛生處成立防癆委員會，負責全省防癆計畫之釐訂，防癆器材之統籌，防癆計畫之督導考核等工作。嘉義門診部於四十年改組為嘉義結核

病防治中心，四十六年再改組為嘉義結核病防治院。清風莊肺病療養所於四十一年改組為台南結核病防治院，台中結核病防治院亦於四十九年在世界衛生組織建議下成立。至此全省計有台北、台中、嘉義、台南等四個防治院（其中台中、嘉義防治院未設病房），除辦理臨床醫療業務外，並分區輔導防癆工作。

(3) 自四十四年起，台灣省各縣市相繼成立結核病防治所，隸屬於縣市衛生局，以規劃及推動各縣市防癆工作，並輔導轄區各鄉鎮市區衛生所辦理防癆工作，在政策及工作原則上接受前述四區防治院之指導。

(4) 五十六年，前台灣省政府衛生處合併防癆委員會與台北結核病防治院成立前台灣省防癆局，下轄台中、嘉義、台南結核病防治院（下稱一局三院），構成省防癆局——分區防治院——各縣市結核病防治所——衛生所之專責防癆工作網。

## 2、防癆專責機構之改組經過：

(1) 七十八年起，一局三院、各縣市結核病防治所改組為前慢性病防治局、院、所。

同年，衛生所工作開始基層綜合保健，結核病個案管理工作整合至基層綜合保健工作模式，所有地段護士均參與結核病防治工作。

(2) 台北市博愛醫院於七十九年改組為台北市立慢性病防治院，高雄市結核病防治所亦於同年改組為高雄市立慢性病防治中心。

(3) 防癆機構改組後兼辦高血壓及糖尿病等慢性病防治工作，惟仍以結核病防治為工作重點。

### 3、防癆專責機構之整併經過：

(1)有關結核病防治專責機構臨床醫療業務，係於九十一年七月間將前述一局三院整併為衛生署一家胸腔病院（下稱胸腔病院）。

(2)另為配合精省第二階段組織調整作業，於九十年七月十二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，而原慢性病防治局辦理公共衛生業務人員及派駐各衛生所公共衛生護士共三八五人亦隨業務移撥該局。

(二)卷查行政院核定之「加強結核病防治方案」第二期五年計畫（下稱二期計畫，其實施期程為八十七年至九十二年）中，有關『健全防癆體系』之實施策略及方法為：

1、「慢性病」防治機構統一更名為「結核病」防治機構，並將結核病防治專責機構組織改制或提升至中央層級。

2、為統一結核病防治事權及提升結核病防治成效，原台灣省慢性病防治局提升為全國之結核病防治專責機構（名稱另定），台北市立慢性病防治院、高雄市立慢性病防治中心、台中、嘉義、台南慢性病防治院及各縣市慢性病防治所改隸中央，為全國結核病防治專責機構下之分支機構。

(三)惟查上開結核病防治體系之變更過程，初則逐步艱辛建構起「公共衛生與醫療業務合一」之結核病防治專責機構與防癆工作指揮督導網絡，嗣經防癆機構改名慢性病防治機構後，尚需兼辦高血壓及糖尿病等慢性病之防治工作，遂決定將公共衛生業務移由疾管局之結核病防治組（尚兼辦癩病防治業務）掌理，醫療業務則由原一局

三院整併為胸腔病院，專責辦理胸腔病、結核病、職業病等臨床醫療照護工作；足見重新架構後之結核病防治體系，係將其公共衛生業務納入一般防疫體系，將其臨床醫療業務納入一般醫療體系，因此形成位階變低、規模趨小、業務日愈龐雜現象，顯與二期計畫策定之有關「健全防癆體系」中所謂『成立結核病防治專責機構』之實施策略及方法所揭櫫之『健全』、『專責』、『慢性病防治機構統一更名為結核病防治機構』意旨大相逕庭，殊有未洽。

二、衛生署對於防癆專責機構之整併，未諮詢該署體制內之防癆委員會專家建言，核其政策轉折過程失之輕率擅斷，洵有可議。

(一) 上開二期計畫中，有關『健全防癆體系』之實施策略及方法亦載明：「繼續加強『行政院衛生署防癆委員會』陣容，擴大延攬流行病學、臨床醫學、醫事檢驗、微生物學、衛生教育、衛生行政等專家學者，針對結核病控制策略、結核病最新診治與照護技術、抗藥性結核病、結核病與愛滋病等重要議題，定期討論，並研擬對策，以提升政策諮詢功能。」

(二) 按該署設置防癆委員會之目的在於：廣邀學者專家以全方位、廣角度視野，就政策規劃之立場提供有關結核病防治業務之建言及諮詢，期能加大結核病防治政策規劃工作之格局。因此該委員會乃防癆政策變革之重要諮詢對象，殆無疑義；詎該署於決定「在公共衛生與醫療業務分流的前提之下，重新架構結核病防治體系」之重大政策轉折議題時，竟未提請該委員會集思廣益、諮詢建言，而於事後另行成立所謂

「結核病防治體系重整委員會」逕行決定變更防癆重大政策，核該署罔顧體制內「防癆委員會」之諮詢管道與建言功能，顯有輕率擅斷之失，遭致「捨本逐末、便宜行事」之譏評，確有可議。

三、衛生署與疾管局未貫徹執行結核病防治二期計畫，肇致防癆體系功能不彰、防癆專責人員減損流失、且有專業人才斷層之虞，難辭輕忽漠視防癆業務之咎。

(一) 依傳染病防治法第四條之規定，衛生署為傳染病防治之中央主管機關，負責傳染病防治政策及計畫之訂定、地方主管機關執行傳染病防治工作之監督指揮、傳染病及新感染症之調查研究、國際疫情之蒐集、及國際合作事宜之規劃及參與等事宜。按中央層級機關主導全國防癆計畫，權限資源充足，部會協調層級高，且傳染病防治係全國一致性之工作，若能由疾管局全權主導，理當更有一番作為！

(二) 惟查台北市立慢性病防治院、高雄市立慢性病防治中心（目前已整併入高雄市政府衛生局疾病管制處）及各縣市慢性病防治所並未依上開二期計畫之規劃改隸中央，成為全國結核病防治專責機構下之分支機構，而各縣市慢性病防治所係隸屬於縣市政府，依傳染病防治法之規定，該署僅能就各縣市衛生局執行結核病防治工作之整體績效予以監督指揮，致「防癆指揮體系一條鞭」之構想落空，因此在前揭防癆專責機構整併之後，防癆體系縱向指揮權力不足之問題仍未澈底解決。

(三) 次查防癆機構整併時，疾管局僅羅致一名慢性病防治局醫師（當時總數有三十餘名）而資深護理人員包括督導、護理長全未移撥，渠等為負責各縣市衛生局及鄉鎮市區

衛生所等基層單位之督導、考核專業人員，是故整併後雖行政資源較前充足，但專業高階領導人員不足，中階專業督導考核人員亦欠缺，聽任各縣市衛生局自行其是，因此基層單位防癆工作是否落實，通報與完成治療個案資料是否正確，均不無疑問。

(四) 復查原慢性病防治局派駐各衛生所之公共衛生護士移撥給疾管局後，該局係授權各縣市衛生局長視業務需求，全權調派其工作，該局僅就整體防疫績效進行督導，因此該局對於公共衛生護士之指揮權限被瓜代情況下，各基層衛生所實際可「專責從事防癆工作」者勢必減損流失。

(五) 未查原一局三院主導培訓之各類結核病防治專業人才（包含醫師、檢驗師、公共衛生護士、X光技術師、衛生教育人員、卡介苗接種人員、及有關防癆計畫擬定、評估、督導、執行等所須之各種人才），在現今疾管局缺乏臨床醫療職能，而一般醫療院所醫護人員缺乏防癆之公共衛生、流行病學背景之情況下，短時間勢難繼續落實改組前之各種人才培訓措施，時日既久兼具公共衛生、流行病學背景又有充分臨床經驗之結核病防治專業人才勢將出現斷層。

(六) 綜上，防癆專責機構整併之後，防疫體系縱向未能發揮指揮一條鞭之效果，疾管局對於編制內公共衛生護士之調度指揮復委由縣市衛生局辦理，專責從事基層防癆工作之人力不免減損流失，且因培訓措施之不繼，防癆專業人才出現斷層之虞，凡此均見衛生署與疾管局未貫徹執行加強結核病防治二期計畫之疏漏，難辭輕忽漠視防癆業務之咎。

四、山地鄉之結核病問題嚴重，核疾管局改善方案績效不彰，難以縮短城鄉差距，確保山地鄉民與原住民之生命健康，亟待檢討改進。

(一) 依據疾管局結核病防治年報之統計資料顯示，九十年全國三十個山地鄉結核病之死亡率為十萬人口三四·三九人，為一般地區居民（十萬人口五·五六人）之六·二倍；較諸八十九年山地鄉結核病之死亡率為十萬人口三八·五二人，為一般地區居民（十萬人口六·六三人）之五·八倍還要高，足證影響山地鄉住民健康之城鄉差距因素尚待改善。另原慢性病防治局於八十七年至八十九年連續三年在山地鄉展開地毯式篩檢結果，其結核病新案發現率為十萬人口六三〇·〇八人，對照八十九年全台灣地區結核病發生率為十萬分之六二·七，其間差距更凸顯山地鄉結核病問題之嚴重性。

(二) 按前台灣省防癆局雖與行政院原住民族委員會、中央健康保險局、中華民國防癆協會共同自八十四年起推出「山地鄉結核病人住院治療補助作業要點」，針對山地鄉結核病患、原住民結核病患提供治療初期免費住院治療，以提高結核病完治率，並自八十六年起針對全國三十個山地鄉之新結核病人一律實施短程直接觀察治療計畫（下稱都治計畫，DOTS）暨利用X光巡迴車針對山地鄉進行地毯式密集篩檢。然揆諸前揭統計資料顯示，該三項措施在山地鄉施行多年，雖已略具成效，然仍未能有效遏止山地鄉結核病流行較平地嚴重之趨勢，顯示現行措施仍有盲點，疾管局允應協同相關機關研商謀求更有效之改善方案積極投入，以縮短城鄉差距，確保山地

鄉民與原住民之生命健康。

五、都治計畫貴在經由可靠之觀察員採行緊迫釘人之作為，促使病患持續服藥，慎選觀察員乃計畫成敗之關鍵，疾管局允宜周妥釐訂觀察員遴選標準，庶盡事功。

(一)查都治計畫係聯合國世界衛生組織自西元一九九三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九十五%，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七十七%，較先進國家超過八十%之完治率為低，而未完治之病人中，六·六%是斷斷續續服藥，其他十六·四%為因此病或其他疾病死亡。

(二)次查國內現行做法為：結核病個案管理者（衛生所地段公共衛生護士）於接獲通報登記後一週內勸導都治，經個案同意接受後，商議擇定可靠之觀察員觀察服藥。觀察員可由個案之親友、志工、鄰里長等擔任，以確認個案服藥，且與個案關係良好者為主。觀察員之擇定，必須經由個案同意，個案管理者則應評估其品質。擇定觀察員後，應會同個案、觀察員商定每日觀察服藥時間，教導觀察員工作內容及注意事項。如無法覓得適當之觀察員，亦可由個案管理者自任觀察員。觀察員應每日親視個案按規服藥，並在治療日誌上如實記錄。觀察員如非個案管理者時，個案管理者每月至少二次訪視個案觀察服藥情形，並檢查治療日誌之紀錄，如發現觀察員工



作品質不良，應儘速與個案商議更換觀察員。

- (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，是遏止產生抗藥性細菌之不二法門。鑑於國內結核病人完治率不理想，如何有效讓上述六·六% 斷斷續續服藥之病患規律、持續服藥，乃疾管局尚須努力之空間；是以慎選觀察員既為推廣 DOTs 成敗關鍵之所繫，而目前都治計畫之觀察員約七成由家屬擔任，渠等是否落實督促病患按時服藥，不無疑慮，故該局允應周妥釐訂觀察員之遴選標準，庶盡事功。

六、衛生署胸腔病院迭經裁併，造成醫護專業人員嚴重流失，該署允當速謀補救或替代方案，俾免教學、研究、訓練工作有所停頓，而使國內結核病診療技術停滯不前。

- (一) 八十八年七月配合精省，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。而結核病臨床醫療照護部分，前慢性病防治局及三家慢性病防治院係於九十一年二月轉型為署立胸腔病院，嗣台中、嘉義慢性病防治院則改採委託署立台中、嘉義醫院設立「區域結核病診療中心」方式裁併。而胸腔病院亦因台北縣深坑鄉院舍租約到期而不續租，於同年七月十九日起搬遷至該院台南分院院區，並於同年二月二十三日掛牌營運，自此該院與分院合而為一。
- (二) 胸腔病院由於迭經前揭裁併，醫護人員嚴重流失（醫師之編制員額二十八員，實際僅剩十四員、護理人員之編制六十八員，亦僅補實五十六員），以該院現有醫師人力

與素質，勢難以承擔國家教學醫院層級之結核病教學、研究、訓練重任，倘因而有所停頓恐將導致國內結核病診療技術停滯不前，故如何速謀補救或替代方案衛生署應予正視。

七、結核病臨床診療業務融入一般醫療體系後，衛生署對於抗藥性病人後送轉診問題宜詳加規劃，未雨綢繆，以利其就醫。

(一)結核病臨床診療業務融入一般醫療體系後，遍布全台之數百家醫療院所業擔負起絕大部分之結核病醫療工作，民眾不必再長途跋涉前往少數專責機構方能獲得醫療照護，對提高醫療資源之可近性及民眾就醫之方便性而言，誠然解決了過去專責醫院之醫療照護未能兼顧所有病患之問題，然而一般醫療院所在診治結核病患之專業能力未必如歷史悠久、經驗豐富之專責醫院，而各醫療院所醫師對於結核病之診斷技術水準參差不齊，對於結核菌抗藥性之相關研究亦不足，難以肆應抗藥性病患劇增之需要。而病人未妥善診治之結果，將造成抗藥性增加，受到結核菌感染之民眾隨之增加。是以事實上恐非如此樂觀，因為國內之綜合醫院，迫於現實考量，大多以營利為導向，只「短期」收治輕症病人，至於重度或有抗藥性之病人，由於住院期間較長，又沒什麼檢驗項目可作，都被轉診到胸腔病院，因此胸腔病院之功能絕非綜合醫院所能取代，台北縣深坑鄉胸腔病院遷至台南後，北台灣這類病人無處可收，流落在社區，形成危險之傳染源，亦造成結核病防治之最大漏洞，如未妥善解決，恐將造成結核病回升，抗藥性病人比例不斷提高之噩夢。

- (二) 據統計國內初發病患多重抗藥性結核之比率已自八〇年代之百分之〇．二增加到目前之百分之二．一，十多年間增加十倍，獲得性抗藥性病人比例更多，以目前台灣基層醫療人員，對結核病診治知識、能力及意願普遍低落情況下，如未設法改善，往後結核病防治之工作將更加困難。
- (三) 胸腔病院係國內唯一衛生署所屬胸腔專科醫院，也是全國最重要之結核病治療後送醫院，是以該署誠應就抗藥性病人後送轉診問題詳加規劃，未雨綢繆研謀解決方案，迅即在北部尋覓適當地點恢復設置胸腔專科醫院，強化其醫護專業人力，以解決北台灣抗藥性病人之收治問題，使能承擔「結核病專科教學醫院」之重任，並考量於全國各大醫學中心培訓「結核病專科」種子醫師加入診療行列，俾免形成結核病轉診資源有限，抗藥性病人後送就醫不便之窘境。

捌、處理辦法：

- 一、就調查意見第一至第四項，行政院衛生署暨其所屬疾病管制局所涉疏失部分，擬提案糾正。
- 二、影附調查意見第五至第七項，函請行政院衛生署督飭所屬切實檢討並研議辦理見復。
- 三、影附調查意見送請本院人權保障委員會參考。
- 四、本調查報告公布。
- 五、送請財政及經濟委員會處理。

調查委員：

中 華 民 國 九 十 二 年 四 月 三 十 日

附件：本院九十一年九月九日（九一）院台調壹字第九一〇八〇〇六三八號函暨相關案卷。

