

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：行政院衛生署。

貳、案由：我國防癆體系建制歷史悠久，然結核病防治成效不彰，核行政院衛生署對於防癆專責機構之整併策略失當、政策轉折未諮詢專家建言，流於輕率擅斷、又未貫徹原訂計畫，肇致防癆人員流失，人才斷層、且就山地鄉嚴重之結核病問題迄未研提有效解決方案等，均涉有疏失，爰依法提案糾正由。

參、事實與理由：

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，茲將衛生署暨疾管局所涉疏失部分臚陳如次：

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。

綜上論結，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；又該署對於防癆專責機構之整併，未諮詢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；復以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、專業人才斷層之虞，難辭輕忽漠視防癆業務之咎；且山地鄉之結核病問題嚴重，惟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；核衛生署對於前揭防癆工作均有疏失，爰依監察法第二十四條之規定，予以提案糾正。

提案委員：

中 華 民 國 九 十 二 年 四 月 三 十 日