

調 查 報 告

壹、案由：南台灣本土登革熱感染人數持續快速增加，並有高致死率之出血性登革熱病例發生。行政院衛生署辦理登革熱防治計畫多年仍未能有效控制疫情，致使民眾生命安全年年備受登革熱流行之威脅，主管機關是否善盡防疫工作乙案。

貳、調查意見：

茲以民國(下同)99年8月起，南台灣本土登革熱感染人數持續快速增加，並有高致死率之出血性登革熱病例發生；而行政院衛生署(下稱衛生署)辦理登革熱防治計畫多年仍未能有效控制疫情，致使民眾生命安全年年備受登革熱流行之威脅，主管機關是否善盡防疫工作乙案。經向衛生署疾病管制局(下稱疾管局)、行政院環境保護署(下稱環保署)、台南市政府(原台南市及台南縣政府合併改制)、高雄市政府(原高雄市及高雄縣政府合併改制)及屏東縣政府調取相關卷證審閱，並於100年1月6日邀集專家學者提供諮詢卓見及約詢環保署，復於同年1月18日約詢衛生署、疾管局、台南市政府、高雄市政府及屏東縣政府等相關主管人員，茲已釐清案情竣事，爰將調查意見臚列如次：

一、衛生署疾管局將原本單列之「登革熱及其他病媒傳染病防治四年計畫」整併為「急性傳染病流行風險監控與管理計畫」，大幅縮減預算經費，亦未設定逐年降低發生率之評量目標，核其防疫作為過於消極保守，殊有可議：

(一)鑑於國外防治經驗，登革熱防治為長期推動之防疫工作，因此衛生署陸續訂定下列中程計畫：

1、登革熱防治第一期中程計畫(期程：79年至83

年，為期四年)。

- 2、登革熱防治第二期中程計畫(期程：84年至89年，為期五年)。
- 3、衛生署又於92年提報「加強登革熱防治計畫」(期程：92年至95年，為期四年)，行政院於92年5月21日院台衛字第0920026746號函核准，共計編列經費新台幣(下同)11億6,868萬9,000元。
- 4、疾管局則提報「96-99年度登革熱及其他病媒傳染病防治四年計畫」，且奉衛生署於95年2月7日核定在案。
- 5、疾管局於99年底已將原單獨訂定之前項計畫整併為「急性傳染病流行風險監控與管理計畫」(下稱整合計畫，亦即病媒、腸道傳染病及腸病毒、肝炎防治暨根除三麻一風整合計畫，實施期程為100-104年)，主要防治重點為登革熱、屈公病及瘧疾等病媒傳染病，霍亂、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、傷寒與副傷寒等腸道傳染病，以及腸病毒與肝炎防治，並持續朝「根除三麻一風計畫」之目標邁進。

(二)查該整合計畫中有關病媒傳染病之總目標雖載明：降低登革熱發生率及致死率，防範屈公病本土流行疫情，保全瘧疾根除成果。惟有關登革熱之年度防治成果目標卻僅列為：民國100-104年，發生登革熱(DF)／登革出血熱(DHF)死亡病例年度之年平均致死率0.4%以下。對於如何逐年達成降低登革熱發生率之目標，竟然未予敘明其量化指標，自無法據以評估其實施成效。

(三)又查「96-99年度登革熱及其他病媒傳染病防治四年計畫」之總預算經費計745,850仟元，平均每年

預算經費約 186,463 仟元。而「急性傳染病流行風險監控與管理計畫」之登革熱及其他病媒傳染病防治子計畫總預算經費計 484,056 仟元，平均每年預算經費約 96,811 仟元。顯見該整合計畫係由病媒傳染病等 5 個子計畫整併而成，致對照原單獨訂定之前項計畫，可知登革熱相關防治預算經費大幅縮減，徒使原本單列專案計畫之「專款專用」良法美意，轉變成為「巧婦難為無米之炊」慨嘆！

(四) 綜上，疾管局業將原單列專案之「登革熱及其他病媒傳染病防治四年計畫」整併為「急性傳染病流行風險監控與管理計畫」，登革熱防治工作已然稀釋為 5 個子計畫之一，核其大幅縮減相關預算經費，亦未設定逐年降低發生率之評量目標，秉持「與登革熱病媒蚊共生存」理念，未思寬籌經費以擘劃主動出擊殲滅病媒蚊策略，足見其防疫作為過於消極保守，該整合計畫亟待檢討精進，始可肆應當前登革熱防治業務之嚴峻挑戰。

二、疾管局相繼於 99 年 3 月、8 月兩度函送「登革熱防治指引(2010 年版)」供地方政府執行登革熱防治工作之參考，甚且大幅調整緊急噴藥防治策略，引發無謂執行困擾，核其未能及時發揮政策引導功能，復未縝密思慮指引內容增刪之妥適性，實有欠當：

(一) 依據傳染病防治法第 5 條規定：「中央主管機關及直轄市、縣(市)主管機關(下稱地方主管機關)執行傳染病防治事項權責劃分如下：1、中央主管機關：(1) 訂定傳染病防治政策及計畫，包括預防接種、傳染病預防、流行疫情監視、通報、調查、檢驗、處理、檢疫、演習、分級動員、訓練及儲備防疫藥品、器材、防護裝備等措施。(2) 監督、指揮、輔導及考核地方主管機關執行傳染病防治工作有

關事項。…… 2、地方主管機關：（1）依據中央主管機關訂定之傳染病防治政策、計畫及轄區特殊防疫需要，擬定執行計畫付諸實施，並報中央主管機關備查。（2）執行轄區各項傳染病防治工作，包括預防接種、傳染病預防、流行疫情監視、通報、調查、檢驗、處理、演習、分級動員、訓練、防疫藥品、器材、防護裝備之儲備及居家隔離民眾之服務等事項……」，是以中央及地方主管機關之權責劃分至為明確，疾管局應訂定傳染病防治政策及計畫，供地方政府據以依其轄區特殊防疫需要，擬定細部執行計畫付諸實施。

（二）按疾管局函復本院指稱，該局係於 98 年收集國內外相關資料發現，利用噴藥方式撲殺成蚊，控制登革熱疫情成效有限，加上國內病媒蚊產生抗藥性，及住家於噴灑藥劑後地面溼滑，致民眾抱怨及拒噴之聲浪漸增，乃於 98 年修正登革熱防治工作指引，建議衛生單位於實施噴藥前，宜審慎評估噴藥之必要性，並減少噴藥之實施。迨 99 年初評估各縣市登革熱防治工作情形後，認為以噴藥為主的登革熱防治模式確實不能有效控制疫情，乃於 99 年 3 月 19 日首度函發「登革熱防治工作指引」供地方政府執行登革熱防治工作之參考，移除噴藥章節，防治作為則以社區動員及落實清除孳生源為主軸。

（三）惟疾管局於函發該指引（移除噴藥章節）之後，因接獲縣市衛生局反應，此舉恐讓民眾誤以為日後將不用再噴藥，造成縣市在執行防疫工作時之阻礙。爰該局再諮詢病媒防治專家及學者意見，亦建議仍應將噴藥列為防疫措施之一，俾讓地方政府有彈性執行之空間。因此，該局於 99 年 8 月 17 日再度函送「登革熱防治工作指引(2010 年版)」，將噴藥列

為輔助性防治措施之一，其建議實施噴藥之時機為：接到疑似病例通報，以病例可能感染地點及病毒血症期間停留地點為中心，周圍至少 50 公尺，於實施強制性孳生源清除及查核後，依流行病學資料、病媒蚊調查資料及臨床數據等進行綜合研判，經評估有必要時，才實施成蟲化學防治措施。

(四)茲以「登革熱防治工作指引(2010 年版)」，其適用期間，理當為 99 年 1 月 1 日至 12 月 31 日，然而疾管局於 99 年 3 月先將該指引「成蟲化學防治」章節刪除，影響地方政府原編列噴藥預算之執行，復於同年 8 月再次修正該工作指引「第五章緊急防治策略及流行疫情處理」，再度加入「輔助性的成蟲化學防治措施」之章節，由此可知，地方政府接獲該修正版本之工作指引時，年度已然超過一半，根本無法發揮其政策引導功能。又關於噴藥與否之策略反反覆覆、朝令夕改，更凸顯出該局之決策形成過程中，資料蒐集不夠完整，未能臻縝密思慮指引內容增刪之妥適性。

(五)綜上，疾管局相繼於 99 年 3 月、8 月兩度函送「登革熱防治指引(2010 年版)」供執行 99 年度登革熱防治工作之參考，延宕地方政府先期配合作業時效，甚且大幅調整緊急噴藥防治策略，致引發無謂之執行困擾，核其未能及時發揮政策引導功能，復未臻縝密思慮指引內容增刪之妥適性，實有欠當。

三、疾管局罔顧監察院前次糾正之殷鑑，迄未探究登革熱週期性流行之確切原因，縱任境外移入案例逐年遞增，嚴重危害國民健康，核有疏失：

(一)緣 78 年至 90 年間，因實施登革熱防治第一期、第二期中程計畫之防治成效良好，曾獲國際登革熱會議專家學者之推崇與肯定，此可由期間本土性病例

數每年均控制在 350 例以下，甚且在 79 年、82 年更獲致「零本土病例」佳績足資明證。嗣因 88 年 7 月衛生署進行防疫體系組織再造，將原有防疫處、預防醫學研究所、檢疫總所三個單位合併，成立為目前之疾病管制局，同年 6 月又修訂公布傳染病防治法，將登革熱列為法定傳染病之一，因其中有關傳染病防治之主管機關已有明確規定，且有「傳染病防治工作手冊」可做為防治工作之參考，該局乃未賡續研擬第三期中程計畫，先予敘明。

(二) 惟因 91 年登革熱席捲南台灣，全年本土確定病例數達 5,336 例，其中包括登革出血熱 242 例，並有 21 名患者不幸死亡。前經本院立案調查並曾提出糾正意見略以「衛生署未賡續釐訂登革熱防治第三期中程計畫方案，跨部會之協調機制因而中斷，僅以防治工作手冊瓜代，政策指導作用薄弱，形成防疫漏洞；又登革熱疫情淼漫失控，該署猶未直接統籌指揮地方政府執行防治工作，任令各機關各自為政、肇致防疫效能不彰；復未能迅確監測病媒蚊抗藥性，衍生買錯藥之誤解，且噴藥操作程序與器材使用規範之釐訂亦欠周延，致使登革熱緊急防治工作事倍功半；而高雄縣、市政府防疫人員對登革熱疫情之警覺性不足，啟動應變措施遲緩，無法遏阻疫情蔓延擴大，難辭其咎；基層村里長改選、交接期間，衛生環保部門查察不周、里鄰長之參與不足，致孳生源之檢查、清除工作鬆懈，嚴重衝擊登革熱防治工作，錯失防疫先機」等情在案。

(三) 再揆諸近 10 年全國病例數發現，登革熱有週期性流行趨勢，91、95、96、98 及 99 年每 2~3 年登革熱疫情都有規模不平等復甦現象(如附表 1)。而依高雄市 76-98 年登革熱流行統計圖發現，高雄縣市登

革熱呈現四年一輪大流行之流行波段趨勢。另由台南縣市近 10 年病例數亦發現，91、94、96、99 年間每隔 2~3 年登革熱有週期性流行趨勢，兩縣市皆在登革熱防治噴藥後 1~2 年病例數亦趨緩。又據疾管局分析，每年本土登革熱疫情約從 6、7 月開始出現並持續上升，於 10-11 月達到高峰，當年疫情會於當年 12 月或隔年 1、2 月前結束。登革熱是由病媒蚊—埃及斑蚊（主要）與白線斑蚊叮咬處於病毒血症期的登革熱病患，再將病毒傳給其他人。台灣登革熱疫情與夏季國際旅遊增加所造成的境外移入病例大增，都市化後造成大量的廢棄孳生源（如輪胎、保麗龍等），以及夏、秋季節之颱風豪雨造成南部積水，有極大關聯，因而導致疫情在 10-11 月達到高峰。足見影響登革熱疫情的因子眾多，無論是當年的流行趨勢、暖冬跨年、颱風多雨積水等氣候及中央與地方政府之防疫作為等主要因素，甚或各項公職人員選舉與本土疫情之關連性，疾管局均應詳加探究，俾對症下藥，否則衛生署辦理登革熱防治計畫多年，仍使民眾年年備受其流行威脅，凸顯該局猶未能記取前揭 91 年防疫疏漏遭監察院糾正在案之慘痛教訓，依然故我，一再重蹈覆轍！

(四)第查上開整合計畫書第 6 頁指出：「登革熱境外移入病例數在近 10 年呈現明顯攀升的趨勢。其中 88 年至 93 年，境外移入病例尚維持在 100 例以下，而自 94 年起，不僅每年病例數達 100 例以上，病例增加幅度亦超越往年，97 年並已達到 226 例；屈公病之境外移入病例亦逐年增加；分析其原因，可能與近年東南亞國家疫情嚴峻有關。且由於我國與鄰近之東南亞國家在旅遊、商務、勞工、外籍配偶等方面，往來均十分密切頻繁，而兩岸大三通後雙方

人民往來更為密切，病原體或病媒蚊經由國際交流而境外移入的風險大大增加。」惟據該整合計畫所羅列之防範境外移入病例策略為「加強邊境檢疫及旅遊醫學，以降低境外移入風險」，此揆諸 99 年之境外移入登革熱病例高達 304 例（如附表 1），而其中由疾管局各機場港口檢疫站篩檢出有症狀且確診罹患登革熱病例僅 134 例，足證該項現行因應對策並不能降低境外移入風險，恐須另謀其他更為有效之管控措施，方足以扼阻病例逐年不斷飆升之趨勢。

(五) 綜上，衛生署疾管局罔顧監察院前次糾正之殷鑑，輕忽登革熱之威脅，致相關防治人力、財力、物力等資源之投入不足；又登革熱每隔 2-4 年總會構成一流行週期，每年夏天皆對南部民眾的健康造成重大威脅，疾管局忝為登革熱防治中央主管機關，依據傳染病防治法及其施行細則，應實施各項調查探究登革熱週期性流行之確切原因、流行狀況以採行有效之預防措施，並訂定傳染病防治政策及計畫；而現行防範境外移入病例策略為「加強邊境檢疫及旅遊醫學，以降低境外移入風險」，並不能降低境外移入風險，恐須另謀其他更為有效之管控措施，方足以扼阻病例逐年不斷飆升之趨勢，庶能降低其危害國民健康。惟查該局迄未探究登革熱週期性流行之確切原因，縱任境外移入案例逐年遞增，嚴重危害國民健康，核有疏失。

四、疾管局明知登革熱病媒蚊監測調查方面之專業人才養成不易，且需要累積實務經驗，而目前國內在此方面之人才及人力均有所欠缺，卻僅有零星之培訓方案，亟待補強：

(一) 查疾管局所提報之上開整合計畫書第 48 頁載明：由

於登革熱等病媒傳染病目前並無特定之治療方法，亦無疫苗可預防，病媒蚊孳生源之清除為該等疾病防治之根本方法，而要有效清除病媒蚊孳生源，必須有正確的病媒蚊監測資料為基礎，而認識病媒蚊之特徵，瞭解不同病媒蚊之不同習性，包括病媒蚊喜好孳生的容器種類或地點、病媒蚊是否有共生現象、病媒蚊喜好棲息於戶內或戶外等，才能正確且有效找出隱藏性的孳生源，並建立有用之病媒監測資料，供防治工作參考。病媒蚊監測工作除須具備專業知識、技術與經驗外，規劃監測地點、置放監測器材、依病媒蚊活動習性與時間佈放及收回、針對收集之病媒蚊幼蟲及成蟲進行鑑定等執行工作，相當耗費人力與時間。由於病媒監測調查方面之專業人才養成不易，且需要累積實務經驗，目前國內在此方面之人才及人力均有所欠缺。

(二)病媒傳染病之防治，除病例管理（病例監測、疫情調查、診斷治療）外，傳播疾病的病媒蚊之防治，亦扮演關鍵的角色；以國內累積多年之登革熱防治經驗觀之，流行疫情往往在重大或隱藏之孳生源清除後獲得有效控制。而欲做好病媒蚊防治，瞭解病媒蚊習性、喜好孳生環境、病媒蚊種類鑑定等相關知識及監測調查方法，相當重要。台灣早期致力於撲瘧的年代，曾訓練許多病媒監測調查領域之專業人才，近年來則面臨資深人員退休及衛生單位防疫人員異動頻繁的困境。登革熱防治方面，嘉義縣布袋以南地區因同時存在埃及斑蚊及白線斑蚊，且一年中較長時間病媒蚊密度較北台灣為高，防疫人員尚可累積實務經驗，布袋以北地區則相對缺乏病媒族群調查之實務經驗，惟氣候變遷等因素可能使台灣中北部面臨更多登革熱流行疫情之風險；瘧疾防

治方面，則因為近年在國內病例數較少，病原體取得不易，新一代實驗室診斷人員難以累積實務經驗。如何強化防疫人員之專業知能及實務經驗傳承，為達成病媒傳染病控制目標之重要基礎。

(三)卷查「96-99 年度登革熱及其他病媒傳染病防治四年計畫」之人力需求為：地方政府應規劃適當人力，配合執行疫情監測調查及病例訪視、採檢送驗及後續追蹤、病媒調查、監測及緊急防疫措施。惟查「急性傳染病流行風險監控與管理計畫」之登革熱及其他病媒傳染病防治子計畫則未提及其人力需求，亦未編列任何人事經費，反倒於達成該計畫目標之限制因素中臚列「病媒蚊監測與防治專業人力缺乏，經驗傳承恐有斷層」之虞，顯見該計畫並未挹注任何登革熱相關防治專業人力。

(四)末查目前疾管局僅規劃「辦理衛生單位防疫人員之病媒族群監測調查訓練」，「委託行政院環境保護署環境保護人員訓練所辦理衛生單位防疫人員之病媒防治專業技術人員訓練，並取得證照」等零星之培訓方案。從而凸顯縣市衛生局缺乏防治登革熱專業團隊，遇有疫情發生時，捉襟見肘之窘境，亟待加強培訓儲備相關專業人才。

(五)綜上，疾管局明知登革熱病媒蚊監測調查方面之專業人才養成不易，且需要累積實務經驗，目前國內在此方面之人才及人力均有所欠缺，卻僅有零星之培訓補強方案，亟待補強。

五、中央及地方政府對登革熱流行地區病媒蚊之抗藥性資訊未能透明、公開及共享，致各該縣市政府、鄉鎮市區公所及當地居民無從自行選用正確化學藥劑，徒勞無功又破壞生態環境，亟需檢討改進：

(一)查緊急噴藥僅是殺死帶登革熱病毒成蚊之治標措施

，而藥劑之選擇及使用，尤須隨時測試調整更換（即邊消毒，邊測試其效果），若效果不彰就立即更換新藥劑，免因蚊子具有抗藥性而徒勞無功。而長年使用殺蟲劑可能因選汰壓力產生具抗藥性基因的病媒蚊，必須定期更換藥劑以避免病媒蚊產生抗藥性，經年累月下來，可選用之藥劑將十分有限，病媒防治工作將會面臨更大挑戰。倘若民眾或相關鄉鎮市區公所自行選用有抗藥性之化學藥劑，除了「自己以為安全」之外，必將徒勞無功又破壞生態環境而不自知！

(二)第查現行登革熱病媒蚊抗藥資訊係由疾管局函文通知或縣市政府自行檢測：

- 1、疾管局自 95 年起，於年初或登革熱流行季前，將前一年度或當年度上半年之登革熱病媒蚊抗藥性監測結果，函知各縣市政府，作為其採購及儲備殺蟲劑之參考，以確保噴藥所使用之殺蟲劑可有效達到滅蚊效果。
- 2、原高雄市政府為確保噴藥品質及執行成效，在特殊環境用藥採購前及執行緊急噴藥前，皆會在該府衛生局進行藥效試驗，選用當地品系之蚊種有效之藥物執行緊急噴藥。
- 3、原高雄縣政府於殺蟲劑採購前或緊急噴藥時執行藥效測試，如蚊蟲致死率偏低，則立即更換藥劑，以取得最佳滅蚊效果。並於 96 年初成立病媒實驗室。進行噴藥前後施放蚊籠執行「藥效測試」及彙整藥效測試數據，分析藥劑是否產生「抗藥性」。

(三)綜上，現行登革熱病媒蚊抗藥資訊係由疾管局於年初或登革熱流行季前，將前一年度或當年度上半年度之登革熱病媒蚊抗藥性監測結果，函知各縣市政府

，作為其採購及儲備殺蟲劑之參考，惟此一抗藥資訊係單向由上(疾管局)而下(南部原台南市、台南縣、高雄市、高雄縣、屏東縣政府)提供，對於目前南部三縣市政府(按係指改制後之台南市、高雄市及屏東縣政府)抗藥實驗室已從事之病媒蚊抗藥資訊分析結果，未有由下而上及南部縣市政府間彼此之橫向資訊分享；由於登革熱防治最困難在於其傳播媒介為斑蚊，傳播速度快、範圍廣，而南部縣市民彼此前往鄰近地區工作、求學或活動頻繁，故防治作為實不應有畛域之分。惟疾管局迄未就建議各縣市鄉鎮正確用藥及登革熱病媒蚊之抗藥性資訊對外界公開揭露，供民眾及相關鄉鎮市區公所自行選用之參考，各縣市亦未能充分掌握鄰近縣市病媒蚊抗藥性資訊，對於各縣市於執行防治登革熱在用藥選擇上之參考資訊顯有不足，應予檢討改進。

六、環保署宜督導各級環保機關清潔人員提升廢輪胎及容器之回收比率及強化清除孳生源工作，尤其 99 年執行「容器減量工作計畫」已見初步成效，允當賡續推展，以抑制登革熱孳生源之產生：

- (一)依據行政院環境保護署組織條例第 2 條規定，環保署對於直轄市、縣(市)環境保護機關執行本署主管事務有指示、監督之責。而傳染病防治法第 6 條亦規定：「中央各目的事業主管機關應配合及協助辦理傳染病防治事項如下：…九、環境保護主管機關：公共環境清潔、消毒及廢棄物清理等事項…」。另據疾管局 99 年訂定之「登革熱防治工作指引」的縣市政府防治業務分工建議表，環境保護局工作項目為督導各級清潔人員全力清除廢棄容器、孳生源；地方環保局依衛生單位疫情監控狀況，配合督導各級清潔人員清除戶外廢棄容器、孳生源。是以

有關清除戶外廢棄容器、孳生源之工作，各級環保機關均責無旁貸。

- (二)按透過環保署目前所建置的回收體系，民眾至汽機車保修廠或輪胎行更換產生的廢輪胎，皆能被快速妥善回收，可有效防止因廢輪胎堆置影響觀瞻，及積水導致登革熱病媒蚊滋生等相關環境衛生問題。而依該署查復本院資料顯示，該署自 78 年起即推動廢輪胎回收處理工作，目前每年平均回收處理數量達 10 萬公噸以上，資源化之比率亦達 98% 以上，經統計 99 年 1~10 月應回收廢輪胎回收率為 69.66%、應回收廢容器回收率則為 68.37%，顯見仍有提升其回收比率之努力空間。
- (三)又疾管局執行「99 年登革熱中央流行疫情指揮中心容器減量工作計畫」係採風險控管原則，減少積水容器數量，以減少病媒蚊孳生源，進而控制登革熱疫情，故整合地方政府之民政、教育、環保、衛生單位及社區民眾的力量，積極推動社區民眾及國中小學校執行該計畫，執行期間自 99 年 10 月 27 日至 12 月 31 日。縣市政府實施社區戶內外容器減量成果：高雄市、台南市戶內容器減量數量合計 232,519 件，達成率 103.6%。高雄市、台南市及高雄縣戶外容器減量數量合計 198,173 件，達成率 80.7%。學校容器減量成果：共有高雄市、高雄縣、台南市及台南縣等四縣市位於登革熱疫情嚴峻地區內 107 所國中小學 27,113 名師生參與，總計清出容器計 222,354 件，成果可觀，大幅降低了南部地區登革熱的傳播風險。
- (四)綜上，各縣市政府在登革熱孳生源清除工作中皆將廢輪胎列為清除首要項目之一，惟經環保署統計 99 年 1~10 月應回收廢輪胎之回收率為 69.66%、應回

收廢容器回收率則僅為 68.37%，而疾管局執行「99 年登革熱中央流行疫情指揮中心容器減量工作計畫」亦清除高達 42 萬多件應予廢棄之容器，顯示出環保及衛生單位迄未妥善運用教育體系之龐大潛力，讓所有學生皆能親自動手並影響其家長亦願意共同參與清除孳生源活動，又未督促村里鄰長確實動員社區居民清除其住家週遭環境之孳生源，凡此均可見環保署對於現行回收廢容器之回收率，仍有努力檢討改進之必要。

七、環保署允宜善用其「清淨家園顧厝邊綠色生活 (Eco Life) 網」資訊平台，促成各機關、部會將其權管之空地、空屋建檔，俾落實空屋及空地之管理，以避免廢棄空屋形成登革熱防疫的死角：

- (一) 查台南市政府(原台南市及台南縣政府合併)、高雄市政府(原高雄市及高雄縣政府合併)、屏東縣政府轄區內之空屋率及不在戶比率過高，而對於無人居住空屋內之病媒蚊孳生源難以清除，亦無法進入噴藥進行防治工作，容易形成防疫上之死角。衛生署雖已責請防疫人員於進行家戶孳生源清除或噴藥工作時，如發現無法進入之家戶或空屋應列冊持續追蹤，設法進入，若因住戶上班或外出不在，應利用晚間或連繫約定其他時間進行防治工作；若確為空戶，可在鄰里長或警方之陪同下，請鎖匠協助開門，俾進行防治工作，惟其成效不彰。
- (二) 為避免廢棄空屋形成防疫的死角，於 99 年 8 月 3 日由衛生署及環保署共同召開之「99 年第二次登革熱流行疫情處理協調會報」中，環保署沈○○署長即強調在登革熱防疫工作上，落實空屋及空地的管理為相當重要的一環，各權責管理單位應加強列管派員檢查維護，並歡迎各機關充分利用該署「清淨

家園顧厝邊綠色生活（Eco Life）網」，將各機關、部會權管之空地、空屋建檔、加強孳生源清除管理，截至目前已有內政部、財政部、交通部、經濟部、衛生署、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院農業委員會、行政院勞工委員會等機關及其附屬單位建立列管空地、空屋清理巡檢資料；另外亦可由各部會、機關認養清理維護鄰近周邊公共環境，透過政府與民眾共同參與及監督，以維護環境衛生。

（三）綜上，環保署允宜善用其目前已建制之「清淨家園顧厝邊綠色生活（Eco Life）網」資訊平台，促成各機關、部會將其權管之空地、空屋建檔，加強孳生源清除管理，俾落實空屋及空地之管理，以避免廢棄空屋形成登革熱防疫的死角。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一至三，提案糾正行政院衛生署。
- 二、調查意見四至五，函請行政院衛生署督飭所屬確實檢討改進見復。
- 三、調查意見五，函請台南市政府、高雄市政府、屏東縣政府督飭所屬確實檢討改進見復。
- 四、調查意見六至七，函請行政院環境保護署確實檢討改進見復。
- 五、本調查報告審議通過後，調查意見上網公布。
- 六、檢附派查函及相關附件，送請財政及經濟委員會處理。

附表 1

91 年至 99 年台灣地區登革熱病例數統計表

發病 年別	通報 病例	確定病例			本土登革出血熱	
		本土性	境外移入	合計	病例數	死亡數
91	15,221	5,336	52	5,388	241	21
92	1,583	86	59	145	2	1
93	1,422	336	91	427	7	0
94	1,084	202	104	306	5	0
95	2,464	965	109	1,074	19	4
96	3,829	2,000	179	2,179	11	0
97	1,764	488	226	714	4	0
98	1,918	848	204	1,052	11	4
99	4,250	1,591	304 [*]	1,895	18	2

※其中由各機場港口檢疫站篩檢出有症狀且確診罹患登革熱病例有 134 例。

資料來源：行政院衛生署疾病管制局