

從台灣衛生體系的角度看SARS事件

陳其邁 / 立法委員

1998年夏天腸病毒B-71型突變種肆虐台灣，感染之後病情迅速惡化，總計死亡了一百多個可愛的小孩；2003年春天，境外移入SARS病毒，摧枯拉朽地攻陷一個又一個台灣引為自豪的醫院(特別是醫學中心)，至今死亡病例已達八十餘人，若再等封存病例審查完竣後，恐怕也達上百人之多。這對自翹「健康大國」的台灣，不僅是諷刺，更狠狠地刮了一巴掌。

台灣是全世界少數幾個實施「全民」健康保險的國家之一，1995年開辦以來，政府往往舉出許多數據與民調，例如：民眾對健保極高的滿意度，就醫的可近性與便利性，比歐美先進(OECD)國家更成功地抑制醫療費用支出的成長等，來肯定、證明用相對少數經費支出(只占GDP5.5%)締造「全民健康」的奇蹟。不可否認地，激勵誘因下的競爭模式，帶動醫療資源的不斷投入，固然在民眾就醫可近性與便利性上獲得滿足，但被雄厚資本介入極度商品化、市場化的醫療體系，卻逐步忘記本來的目標與使命，轉為追求利潤極大化的營利事業體。潛藏在榮景表象下的醫院內部危機，將在利潤壓縮下一一地浮現出來，SARS的院內感染，不過是長期刻意掩飾忽視的冰山一角罷了。

任何一個衛生醫療的工作者，都熟知「預防重於治療、保健重於預防」的基本原理。固然，醫學文明的發展，是需要開創性的英雄不斷地創造出新的里程碑，譬如器官移植、基因治療、幹細胞再生醫療等讓以往束手無策的病患重見生命的曙光。但整個人類健康水平的提昇，全體國人健康的指標，例如：新生兒死亡率降低，平均壽命的增長，傳染病的防治與控制等，乃是基於環境清潔衛生的改善、教育程度的提昇、生活水平的富裕、國民營養全面的增進、疾病的預防篩檢等公共衛生的進步，是整個社會人民默默共同努力辛苦建立的堅固長城。不幸的是，撐起台灣健康防護的架構，是一個一個以醫學中心為首的區域醫療網，醫療商品化與市場化後嚴重地扭曲醫院所扮演健康守護神的角色。重治療而輕預防，重視賺錢熱門的醫療科系而輕忽感染控制的必要成本；藉不斷地複製獲利模式去擴大市場的占有率與利潤，而忽略在整個健康防護體系中應扮演的核心角色。

醫療講究地是專業與設備，公共衛生需要的是組織與協調，背後是預防醫學、公共衛生、環境安全、流行病學、衛生政策、醫院管理、職業醫學、工業安全衛生

等所有專業的相輔相成，才能發揮出巨大的動員力量。正如政府長期吝於投資公共衛生預防部門，中央（衛生署）所擁有的資源不多，地方衛生局、所更缺乏人力、經費與資源。重醫療輕預防的結果是基層衛生機構體質衰弱，中央（衛生署）與地方（衛生局）雖有業務互動關係，但卻長期各自為政，衛生署並無實權可以直接指揮統合全國衛生醫療機構，當然，地方衛生局也根本指揮不動轄內所屬的醫療院所。一旦出現如SARS緊急狀況，不僅無法看到從中央到地方建立一條鞭的指揮行動體系，進而橫向發展到各區域醫療網，而只見到各自為政，甚至相互攻訐、推諉責任。各地區衛生主管機關（衛生局）的首長，也常由僅略懂公衛皮毛的醫師出任，出現SARS疫情後，擇善固執、堅持專業的努力雖值得肯定，但卻忽略了防疫是需要協調、溝通、組織的團隊作戰，並非突顯個人英雄主義可竟全功，尤其在面對新興未知的傳染病毒，更應以謙卑的心情、科學的態度、理性去集思廣益，群策群力共同去投入艱鉅的聖戰。

初次遇見未知的病毒（一開始尚未分離出病毒株，即造成許多地區多人死亡），就如同迎戰不見蹤影的敵人，即使船堅炮利（台灣擁有先進優良的醫療裝備），卻難以直接命中目標。但是從流行病學的觀點，不管是多倫多或是香港、新加坡的疫情（以上都是比台灣早爆發疫情的地區）都強烈地透露三個重要的訊息：一是SARS通常為境外移入，隨著商人與旅客從疫區跨海傳播，所以對於來自疫區嚴格的入境檢疫隔離必須及早落實執行。二是SARS通常經由近距離接觸傳染，所以接觸過可能、疑似病例的民眾都必須強

制居家隔離安置。事實證明，SARS也經由密閉的大眾運輸工具傳染，或是從藉由單一病例從台北傳播到高雄。三是最嚴重，也是對社會人心衝擊最大的院內感染。新加坡、香港的殷鑑不遠，但台灣卻輕忽此一事實，密集資本砸出金碧輝煌的醫療殿堂，卻毀敗在一隻小小的病毒上。從地區醫院到醫學中心，被SARS病毒穿越重裝備的醫療防疫網路，全台六十幾位無辜的民眾，十幾位醫師、護士、檢驗師、藥師、職員、工友生命的犧牲，以致於後來讓社會陷入「SARS無處不在、無孔不入」的集體性恐慌，造成經濟上的衰退、蕭條，付出慘痛的社會成本，都是因為院內感染的管控沒有確實防堵SARS的蔓延。

第一個警訊來得很早，也很明顯。去年冬天，廣東佛山地區即陸陸續續地傳出不明「瘟疫」，消息雖被中共官方封鎖，但人心惶惶，消息四下流竄，與中國來往互動密切的台商與情報當局，不可能不知道此一訊息。二月底，越南河內一位美國商人發病就醫，後來轉送香港治療後死亡，之後香港、越南陸續有SARS病例出現。3月5日加拿大第一例SARS病例死亡，也是從中國移入的個案。台灣與中國的商務、旅遊往來是如此地頻繁，企業西進交流，每日進出中國的人次數以千計，從SARS病毒的傳播行徑不難推論，台灣必定是SARS傳染的高危險地區，但台灣卻毫不設防，門戶大開地迎接SARS登堂入室地肆虐。3月14日台大醫院通報第一例SARS極可能病例（中國境外移入），這些訊息一再地警示，但我們的反應卻不知所措，錯失了在機場、港口第一線關卡設下把守的防疫屏障。四月初，居住於香港淘大花

園社區的民眾返台掃墓，將SARS傳染給其兄長，造成台中地區的疫情，即突顯出台灣入境檢疫隔離防疫的脆弱與疏漏。

第二個訊息更明確地昭告我們，防疫不只是醫生、護士的事，不只是衛生機關的職責，而是政府所有相關部會（除衛生署外，包括如經濟部、財政部、關稅總局、公平交易委員會、內政部、警政署等）必須相互密切合作，而且全民必須動員配合、適度節制個人恣意的自由，集體抗斂才能遏止疫情的擴散。四月初，當台北市開始對第一波二百人採取居家隔離時，原本鬆散、經費資源貧乏的地方衛生局、所，尚可勉力監控、追蹤，甚至貼心地送餐到府，但當居家隔離人數達到上千、上萬人時，如果無法與內政、交通、警政等多個單位相互支援，通力合作，就只見應被隔離者到處「趴趴走」，利用電話轉接通訊享受得來容易的「隔離假」去旅遊，政府當局辛苦建立的防疫網，充其量僅可以當作神話參考。而防疫SARS所急需的口罩（特別是N-95級以上）與防護衣的調度失靈與莫名失蹤，囤積、哄抬價格的謠言四起，民眾也買不到口罩，整個政府危機應變能力的失調與無策，在SARS病毒前表露無遺。其實我們在處理重大災難事故或緊急醫療上，都曾經非常地純熟與效率。例如九二一地震，集體食物中毒，大樓火警的災害，甚至核災演習上。但是面對公共衛生、流行病學上的病毒防疫，雖擁有長槍巨炮、重裝軍備，卻顯得倉惶失措，進退失據。這也顯示出醫療工作者對於流行病學、傳染病防治概念知識的匱乏，以及長久以來整體政策重醫療輕公衛的後果。

最後是令整個防疫陣線崩潰的「院內感

染」。新加坡、香港的事實顯示除了社區感染外，大部分的感染發生醫院當中，探病陪病的家與醫護工作同仁是被感染的高危險群，死亡率也特別高。但當媒體大篇幅報導其他國家慘痛的疫情，WHO也發出正式警告，衛生主管機關嚴格要求接觸者居家隔離時，醫院似乎沒有看到任何的因應措施，例如專責醫院的規劃建立、醫事人力的整編調度，標準作業程序的討論頒布，SARS疑似病例的診斷與排除等。長久以來，醫院以拼命地創造業績收入、減少成本支出來追求盈餘利潤的極大化，不僅打著非營利機構招牌，行營利之實的財團法人醫院如此，就連公立醫院在面臨政府補助逐年降低、營運盈虧自負，甚至連院長的績效評比也主要以醫院的營業額為重要指標，而對於無形，不易立竿見影的投資或者沒有利潤回收的基礎建設，如醫療品質、職工在職教育訓練、院內感染控制、衛生教育的宣導與推動等。以爆發嚴重院內感染，奪走數十條人命的和平醫院為例，它是台北市衛生局評鑑的優良模範生，吳康文院長以推動醫師獎勵金採如私人醫院般的PPF制（physician practice fee），鼓勵醫師拼命看門診，收住院病人（薪水自然成正比例水漲船高）以提高和平醫院的業績和醫師個人的收入，和平醫院在台北市立醫院中不論業績成長率與總業績量均名列前茅（僅次於仁愛醫院），這種台北市政府表揚肯定模範生，在一般外界民眾的觀念，照理說應該是醫療品質卓越的好醫院，為何渺小的SARS病毒幾天內就徹底摧毀、癱瘓了本應管理良善的醫療機構！而且誠如葉金川教授所言：「封院初期的和平醫院根本就是無政府狀態，放任大家自生自滅。」

多年來，台灣逐漸地醫療服務商品化、醫療機構企業化，其後果是嚴重扭曲了醫學教育、醫院經營與醫療生態，特別是全民健保近年財務吃緊，在利潤空間被壓縮下，各醫院也盡量減少投資支出，增加業績營收來因應，而一些較不賺錢的科，或者貢獻度比較抽象難以具體量化的科別，例如在醫院感染控制佔最吃重角色的感染科，醫院通常不太願意投入經費與人力，平日也缺少模擬訓練，一旦大規模的疫情來襲，缺乏精良裝備訓練的團隊幾乎是手足無措。以往腸病毒、登革熱如是，SARS亦如是。

再者，由於醫療機構以追求利潤為目標，醫院院長也背負者業績經營的壓力，就連公立醫院院長考核也以業績為主。SARS人人聞之色變，如果醫院內收治SARS病患或者院內同仁疑似感染SARS，都盡量遮遮掩掩，因為一旦曝光，將會嚴重影響醫院營運，病人必然大幅減少，在這種心態之下，難免有隱匿疫情，希望能私自壓下，僥倖過關的心態。星星之火，可以燎原，SARS就在和平醫院裡蔓延開來，直到衛生署涂醒哲署長喊出：「公立醫院院內感染，院長下台。」之後，才讓院長們正視解決這個問題。另外，從SARS初期一直傳出醫護人員缺乏口罩、防護衣，就要推他們上前線作戰，這也是醫院經營管理矯枉過正的缺失。醫院為了減少成本支出，資財管理上盡量零庫存，平時尚可應付，一旦面臨作戰位置，必然發生後勤支援不足，同時也求救無門的窘狀。而同樣為減少營運成本，將洗衣、看護、清潔等低階工作委外人力資源公司，由於委外經營院難以控制管理，而且人力流動頻繁，醫院也不提供相對的在職繼續

教育，這些低階勞工根本毫無醫療防護，甚至一般無菌操作，污染隔離的觀念。這些勞動人力在醫院四處流動（非定點辦公的職員），不僅容易接觸感染源，也容易到處散播致病菌。從這次SARS風暴可看出，讓這些未接受基礎專業教育的職工在醫院工作，簡直是一一將他們推入火坑去送死。

在SARS疫情初期，筆者就一直疾呼要成立SARS專責醫院，將病患集中一、二家醫院治療，所需的醫護人力由衛生主管機關統籌調度，讓醫護人力主動進駐治療SARS病患，而非讓SARS病患到處求醫，甚至被當成人球轉來轉去（其實是踢來踢去），無專責醫院的結果，也讓首屈一指的台大醫院即使精銳盡出，也無法負荷一直湧進卻又轉送不出的病患，只好拼盡最後一絲氣力終被壓垮。肇因各醫院的本位主義，衛生署、局也指揮不動各「大」醫院，就連台北市政府衛生局也無法指揮調度所屬市立醫院，是無能？還是怠忽職守？還是不可避免的宿命？。台灣的醫療體制與美國不同，採行的是幾乎完全封閉體系（close system），忽視醫師應是專門技術與自由執業的職業特性。在臺灣，醫師是醫院的重要資產（其實是搖錢樹），一旦支援SARS診治工作，任務結束後，還要居家隔離十四天，醫院怎會讓醫師出去支援他院，而不在院內拚命賺錢，衝刺業績呢？一旦發生有醫院發生院內感染，猶如海上孤島，求救無門，任憑自力救濟自生自滅。以和平為例，除了仁愛醫院璩大成副院長一個人外，不見其他醫護人力進入和平醫院支援，就連台北市其他七、八家市立醫院也無人伸出援手，衛生局也無從調度指揮，這樣本位主義、

各自為政的心態，怎能「手牽手」一起對抗SARS，防疫大作戰呢？和平醫院逐步淨空的病患轉送，也是送往松山醫院、三總、新莊（署立台北醫院）、基隆、新竹甚至署立竹東醫院，將傳染戰線拉長至各縣市，卻不見整合台北市內各市立醫療院所的醫療資源。和平醫院爆發院內感染也就罷了，事後的善後處置、後送，台北市政府與衛生局實難脫協調整合指揮不力的行政疏失。

SARS病毒，暴露出台灣整體防疫體系的脆弱，與行政指揮協調的無力，更攤開醫院管理沈痾已久、視而不見的死角漏洞，但也帶給醫療體系許多嶄新的應變觀念。例如各樓層，甚至各區域的空調獨立管線，隔離防護控制的設置，人員分級、空間分區的隔離管制，負壓隔離病房的配置，標準作業程序的建立操作，以及院外發燒篩檢站的設置等。也給民眾帶來個人衛生清潔觀念的養成，例如經常量體溫、勸洗手，少進出擁擠密閉、空氣不流通的室內場所等，對其他病毒的傳播均有良好的抑遏效果。也讓許多民眾在長期經濟緊

繃，拼命衝刺之際，有了重新審視生命、家庭、親情等無上價值的空間。台灣在創造經濟奇蹟的同時，也忽略了許多生命、生態、生存上的基本價值，反映在醫療衛生體系上，也是一樣重醫療而輕公衛，忘記最簡單「預防重於治療」的基本原則。醫學教育除了專業領域的鑽研外，也應多培養臨床醫師於流行病學，預防醫學的概念，醫師不該只重視「病」，而應對病「人」作全面的審視與尊重。醫院從SARS事件中能瞭解，疾病的治療或許可以單打獨鬥，或者少數成員可竟全功，但疫情的防治卻必全體協同合作相互支援，拋棄本位主義才能打擊看不見的敵人。這次也暴露了中央與地方衛生主管機關指揮整合調度醫療資源的無能與失措，無法與內政、交通、警察、海防等相關機構配合的默契。

重新建立價值體系與公共衛生、醫院管理的制度，殷鑑不遠，人類的文明史就在一場又一場的戰鬥中浴火重生，衛生醫療亦如是！