

台灣傳染病防治政策興革之探討

許玉長*

摘要

台灣位屬亞熱帶氣候地區，自然環境條件較適合各種熱帶傳染病流行。邇來由於疾病型態逐漸改變，新型疫病已不斷發生，而且再加上本土型疫病亦蠢蠢欲動，使得傳染病工作一直是台灣衛生單位重點工作之一。以往國內因國人對傳染病防治知識缺乏、整體醫療資源及設施不足、醫療服務體系分布不均及環境衛生不良之影響，使傳染病成為對亞熱帶地區社區民眾健康之重大威脅。如今由於各級衛生醫療體系之通力合作，促使各項衛生防疫措施推行成效卓著，加上國民生活水準提高，自來水已普遍性供應與環境衛生大幅改善，而使多項傳染病在台灣地區絕跡。然由於國人疾病已逐漸轉型為以慢性疾病為主之型態，傳染性疾病對民眾健康之威脅亦又因運而生。抑有進者，由於快速經濟成長、國際交通便捷，使得殊多傳染病自境外移入台灣之情況大增。此外，因抗微生物製劑濫用現象使傳染病原增強其抗藥性，而新興傳染病亦日益增加，使得現行傳染病防治工作又面臨多重之新挑戰。因之傳染病防治在政策方面，實有通盤檢討改進之處，乃激發研究者研究動機，而親訪高、屏地區與台北市各公、私立醫療院、所、衛生局、所及疾病管制局處等有關傳染病防治之疫病專家、學者提出卓見。本研究結果政府實有必要適時成立專案小組，增編預算與補足防疫人力，從醫療、教育、網路與心理及社工多管齊下，以落實強化傳染病防治工作之遂行。據此研擬傳染病防治政策興革建議，以供行政院衛生署對傳染病防治政策興革之參採。

關鍵字：傳染病、公共政策、感染力、致病力

*大仁科技大學副教授

壹、緒論

國人對於傳染病之畏懼，率多因為不知，由於不知，致無從防範，因之茫然無措。如流行性感冒似乎每年皆有，隨時隨地自可發生。而又何獨禽流感為人人懼怕？既是「禽」流感，其又與「人」有何相干？此乃因人與病毒向來即是處在「戰爭」狀態，亦即生物在地球上之生態系統中乃相互爭奪養分，期能藉由爭奪行為取得分享生存資源，以維繫生態需求。抑有進者，可由「防疫如作戰」一語道破此現象，若以「知己知彼，百戰百勝」言之，能於事先洞悉病毒如何進攻人體，人類亦自然能知道如何防禦病毒。然傳染病一定要「傳」，始有被「染」，因而對抗流行性感冒或其他任何傳染性疾病之病毒，祇要能夠阻擋「傳」之途徑（洞悉其進攻路線），就不會有被「染」其病之情形。

人際間流行性感冒傳染，乃來自已受感染而發病之病人飛沫，因之國人於冬季流行性感冒盛行季節中，個人除應戴上口罩外，亦應減少前往人群聚集之處，即可有效降低感染機會。反之，對於「禽」流感之傳染，則祇須個人不直接接觸禽類，亦不將禽畜予以混養，則因管理鳥類，乃是「鳥國」之事，亦就無從傳至「人」之國度，因而祇要管好「禽」類之事，人人則無事（徐達明 2005），不受干擾。爰此，為有效防堵傳染病之發生，除應先洞悉其病毒如何進攻人類外，亦應做好強化自身抵禦疾病能力，亦即要增強自身之免疫能力---多運動、均衡飲食及充足睡眠，以阻絕受傳染病感染機會。申言之，防止傳染病感染最佳策略，即是保持個人身體健康與避免受到病毒感染機會。

貳、研究緣起與目的

一、研究緣起

探討傳染病對人類文明之衝擊時，國人更加需要瞭解生、老、病、死是個人生命之必然歷程，亦因瘟疫、戰爭、饑饉及滅亡一再在人類歷史上重演，使人類與疾病之抗衡永恆處在競賽狀態下。然國人所面臨不祇是傳染病問題，而是整個社會基礎結構不穩定，因而導致瘟疫更容易蔓延；又加上饑饉及飢荒之惡劣環境，使得死亡之陰影一直縈繞在人群中。傳染病之發生，使得人見到人類無知、貪婪及鬥爭之景象，亦使社會結構產生不穩定情形，導致傳染病一直蔓延，就在此沃土上愈來愈嚴重。究竟台灣地區公共衛生體系能否記取歷史教訓，重新檢視公共衛生防疫問題，因而對傳染病之防治政策加以務實規劃與執行，此乃本研究緣起之所在。

二、研究目的

- （一）釐清國人對傳染病防治應有行為與衛生知識之具體作為。
- （二）研提行政院衛生署對傳染病防治之因應策略。
- （三）建構全國傳染病疫情監測、通報及診治之應有作為。

(四) 研擬現階段宜再強化落實傳染病防治之積極有效對策。

參、研究內容與範圍

一、研究內容

疫病之發生具有三個基本條件，即宿主、致病原及傳染途徑，其乃缺一不可。如何防制疫情之發生，則必須以擇優汰劣之舊有作法，加上創新精進之防疫策略，始能迎接新興疫病之挑戰。於疫病發生時，首要必須及早發現其感染源，並切斷其傳染途徑，以防止傳播擴散，甚至應有「防疫工作應於疫病發生之前」之觀念，亦即更進一步提前做到預防傳染病發生之可能。因此防疫工作之基本任務實應包括蒐集疫病情報、阻絕境外入侵、防疫緊急作戰、調度指揮系統及減害復原工作等機制。有關傳染病疫情之特性是除災難衝擊期間長外，其應變期間亦非常長，對於其緊急應變措施之正確與否，亦將必然影響災難之衝擊程度。然防疫人才之培訓亦實為刻不容緩工作，因人才之培育若趕不上病毒之變異，其將成為防疫最大致命傷，亦即人才培育是傳染病防治工作成敗與否之最重要關鍵。因之各縣、市政府衛生局向來均將人才培育列為重點工作，並與學術單位、民間團體及醫療機構共同合作，經常開辦傳染病防治相關學程、學術與實務論文研究，以提升同仁相關領域之防疫知能，對其有關傳染病防治政策興革之配套措施，乃為本研究內容之所在。

二、研究範圍

本研究範圍係指行政院衛生署於 2011 年 9 月 16 日公布生效在案之五大類法定傳染病（詳如附表所示）為內容：

附表 國內法定傳染力類別及疾病名稱

法定傳染力類別	傳染力	疾病名稱
第一類	相對高度危害風險。	天花、鼠疫、嚴重急性呼吸道症候群、狂犬病、炭疽病、H5N1 流感
第二類	相對中度危害風險。	白喉、傷寒、登革熱、流行性腦脊髓膜炎、副傷寒、小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、瘧疾、麻疹、急性病毒性 A 型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、漢他病毒症候群、霍亂、德國麻疹、多重抗藥性結核病、屈公病、西尼羅熱、流行性斑疹傷寒
第三類	相對低度危害風險。	百日咳、破傷風、日本腦炎、結核病(除多重抗藥性結核病外)、先天性德國麻疹症候群、急性病毒性肝炎(除 A 型外)、流行性腮腺炎、退伍軍人病、侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症、梅毒、淋病、新生兒破傷風、腸病毒併發重症(Hansen's disease)、人類免疫缺乏病毒感染、漢生病
第四類	前三類以外，主管機關認為有必要監測及防治之傳染病。	疱疹 B 病毒感染症、鉤端螺旋體病、類鼻疽、肉毒桿菌中毒、侵襲性肺炎鏈球菌感染症、Q 熱、地方性斑疹傷寒、萊姆病、兔熱病、恙蟲病、水痘、貓抓病、弓形蟲感染症、流感併發症、庫賈氏病、NDM-1 腸道菌感染症
第五類	前四類以外，國內尚未發生之傳染病，但主管機關認為流行可能造成國民健康影響。	裂谷熱、馬堡病毒出血熱、黃熱病、伊波拉病毒出血熱、拉薩熱、新型冠狀病毒呼吸道重症

註 1：其中第五類之新型冠狀病毒呼吸道重症已於 101 年 10 月 1 日業經行政院衛生署公告在案。

註 2：傳染途徑分類：

依主要傳染途徑、方式分類：

腸道傳染病：指霍亂、傷寒、阿米巴性痢疾……等。

急性病毒性肝炎：指急性病毒性肝炎、A 型、B 型……等。

呼吸道傳染病：指白喉、百日咳、麻疹……等。

蟲媒傳染病：指登革熱、恙蟲病、日本腦炎……等。

性傳染病：指淋病、梅毒……等。

其他傳染病：指前五類以外之傳染病途徑區分。

肆、文獻探討與理論架構

一、文獻探討

(一) 防止流行性感冒發生最重要之兩項原則，即是保持身體健康與避免受到感染。因而國人對傳染病防治應有行為與衛生認知之具體作法有：

1. 勤於洗手: 流感病毒外層本是一個脂膜，此脂膜會被肥皂或其他洗潔劑所溶解，因為病毒三個武器皆在此膜上，每當脂膜被溶解後，病毒即會失去活性。而人之手部所接觸之地方最多，手部又常會碰觸到臉部，而使病毒有機會從口、鼻進入身體，因而勤於洗手就是預防流感病毒最佳策略，其他如衣服或物品亦可用洗潔劑清洗以殺死流感病毒之感染。
2. 若無必要應儘少前往醫院，如果因非去不可時，最好能戴口罩與手套等醫療器材，以做最好防護之措施。因眼睛結膜暴露在外面，乃是最容易被病毒感染之條件，因之應與流感病人保持一定距離，如有惡毒流感病毒流行傳染時，其與病人有直接接觸之醫護人員最好要帶眼罩，以防止受感染。
3. 儘量少前往擁擠之公共場所，以避免得到感染。流感病毒是靠口沫傳播，祇要不去公共場所就不容易被感染。
4. 咳嗽或打噴嚏時，一定要用手帕或紙巾掩住口、鼻，以避免病毒感染別人。對擦鼻涕或打噴嚏用過之紙巾，亦不可隨便亂丟。
5. 不要接觸禽類，亦不要吃未煮熟之禽肉及蛋類。現已獲知所受感染病毒，皆因人與禽類直接接觸之緣故，如 2004 年間在越南北部受到禽流感病毒感染之一對兄弟，就是食用未經煮熟之鴨肉及鴨血；2005 年 10 月間發生在泰國之父子被感染事件，亦是因殺雞受感染而引發疾病。
6. 國人應有一些疾病之基本知識。生病時一定要看診，切不可隨便亂服成藥。
7. 個人要能取得有公信力之資訊。不聽信謠言或所散播不實之消息，以避免造成在防疫工作上之困難。
8. 免疫力比較低之個體、在服用會降低免疫力之藥物（如關節炎藥）或心肺功能不佳之民眾，尤要特別注意避免傳染病毒之感染。
9. 個人要保持健康身體，宜攝取足夠營養，亦不可有太多精神壓力，即身體需保持健康才可抵抗病毒之進攻。
10. 注意環境溫度與濕度之變化。

(二) 中央衛生主管機關對傳染病防治應有因應對策：

1. 應有統一指揮完整應變系統。

因政府機關組織複雜，於危急狀況發生時，一定要有一個具權威性統一指揮系統，始能有效、及時應付傳染病緊急狀況，否則將無法應付大流感傳染之危機。

2. 政府機關應設置監測站。

在國內各處廣設監測站，以利偵測正在流行病毒之種類與其品種，被感染人數、地區及時間等資訊；各國有關疫情資訊亦必須隨時公開，以供其他國家參考，才能及時做好事前準備措施。在機關宜設置諮詢委員會，以快速掌控所產生之新病毒，而得以適時對可能造成威脅之傳染病，提出防治意見與建議。

3. 各地應建立預警系統與疫情資訊網路。

各地應參照世界衛生組織之預警系統，分別建置各個疫情階段之傳輸，以教育醫療院、所與民眾對疫情各階段之內涵，使各個崗位配合進行防禦而善盡職守，即做好各階段事前準備工作。因而建立疫情系統信息對於疫情控制實非常重要，政府機關應有發布疫情信息之統一機制，以透過大眾傳播媒體發布即時之正確消息，才不致造成謠言滿天飛，引起民眾惶恐而無所適從。

4. 各醫療院、所應建置醫療院、所防疫及發生疫情時之標準作業流程。

醫療院、所是抗疫病之第一線戰場，因之首應有完善作業流程，始不致慌亂失措，尤其於大流感來襲時，各門診與住院病患一定暴增，而醫療院、所如何應付此一狀況又不造成院內感染，事前實應經過縝密規劃出醫療院、所抗疫病之標準作業流程；以及於流感期間，各醫療院、所亦應特別注意其環境濕度，是否可以維持在 50% 左右，俾利降低院內感染。

5. 衛生主管機關應準備足夠疫苗與抗流感藥物。

國內在疫苗與藥物均不足之情況下，乃必須優先保護一些特定高危險之族群及其人員。在美國疾病管制局之顧問委員會就建議，下列兩類人員應該優先得到保護，即有呼吸道疾病者與醫護人員，因醫護人員必須照顧感染之病患，因而應該列為優先被保護之人員。其實惡毒之流感病毒最可怕是，它會引起人類身體免疫系統不平衡與過度反應，因之造成傷害，所以如何減低免疫系統不平衡與過度反應才是救病人最好方法，期望科學家能儘速從現有藥物找出可以有效抑制此種反應之藥品。

6. 制定受感染已發病病患之隔離政策。

隔離是最有效防止大流行疾病之方法，其可從古代黑死病、1918 年間大流感到最近 SARS 事件處理觀之。於 1918 年間大流感爆發時，美國即決定關閉一些城鎮學校、教學及大型聚會，亦因此而明顯控制疫情蔓延。因之於疫情開始出現時，政府應該禁止大型公眾活動，甚至學校、百貨公司及教堂等公共場所皆應暫時關閉，始有可能阻止疫情向上蔓延。

7. 管控發生疫病之禽類養殖場疫情。

禽流感傳到人類，很多是由於人類與禽類接觸之緣故，因之當有禽流感傳染人時，應暫時禁止直接在市場販售家禽。而政府亦必須即時告知在鄉村養雞、鴨之民眾如何發現與處理生病之雞與鴨，但最好能儘速通知轄區衛生單位前來進行

處理。同時政府亦應教導村民如何預防被家禽感染之措施。此外，對各種禽類之肉及其蛋必須煮熟始可食用，處理雞肉時亦必須特別小心。

8.未雨綢繆於平時即做好預防工作。

於長期規劃方面，政府必須投入大量經費以進行各種感染病毒之醫學科技研發，其一方面可以保護國民健康，另一方面亦可以發展感染病醫學新科技。而最好是能在每一醫學中心皆設立專責與健全之醫學研究單位，為研究做好應有環境準備。現在國內對傳染病學識具有專長之醫師與學者數目仍然有限，因之各醫學中心應該鼓勵現有醫學系學生，在未來應多從事相關傳染病學方面工作，以杜絕與控制傳染病流傳之困擾，而貢獻國家、社會。

(三) 醫院院內感染之正確預防方法

- 1.設法增強醫院住院病患之免疫力。
- 2.積極實施有效之醫院內傳染病病患隔離措施。
- 3.確實執行醫院內員工各項保健政策。
- 4.加強建立醫院內工作人員勤於洗手觀念。
- 5.定期提供醫院員工有關院內感染管制之在職教育。
- 6.督促醫護人員嚴格遵循各項侵入性檢查，以及治療措施之標準作業流程。
- 7.加強宣導無菌觀念，並落實各項醫療措施之無菌操作技術。
- 8.灌輸醫護人員使用抗生素之正確觀念。
- 9.持續宣導各種消毒劑與滅菌方法之正確使用。
- 10.適度管制至醫院之訪客。

(四) 台灣地理位置乃屬於亞熱帶氣候地區，其自然氣候環境條件較適合各種熱帶傳染病流行。邇來由於疾病型態逐漸改變，而新型疫病亦不斷發生，再加上本土型疫病亦蠢蠢欲動，使得傳染病防治工作一直是台灣地區衛生單位列為工作重點之一項迫切任務。

國內「傳染病防治條例」自 1944 年 12 月 6 日制定發布，次於 1999 年 6 月 23 日修正法規名稱為「傳染病防治法」，最新於 2009 年 1 月 7 日再度修正公布計全文有 77 條，該法明定國內傳染病分為五大類。依據該法於 2007 年 7 月 11 日修正公布「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」之規定，目前監測之法定傳染病種類有報告期限規定及處置。對監測疫情處理，除醫療院、所在發現疑似傳染病例時，應將傳染病報單表送至衛生主管機關彙整資料外，為補強被動式通報系統之完整性，並以地區定點式進行傳染病通報系統作為輔助性監測系統，即行政院衛生署疾病管制局與全台千餘位醫師合作，每週電話詢問疾病發生情形，蒐集當週該社區流行之特殊疾病，以及醫師所通報病例數，以分析病情流行趨勢而掌握最新疫情。

通報系統蒐集完整之各地疫情，經衛生主管機關整合、統計分析之後，除由行政院衛生署疾病管制局在網站公布疫情週報、月報及年報外，並編輯「疫情監視摘要報導」週刊及「疫情報導」月刊，以提供醫療衛生人員掌握疫情動態；另外，每日藉由網際網路蒐集世界衛生組織（WHO）、美國疾病管制署（CDC）、

美國罹病死亡週報 (MMWR)、歐洲疾病監測 (Eurosurveillance) 及英國傳染病週報 (CDR) 等網站以蒐集與交換國際疫情資料，而掌控傳染疾病先機。

二、理論架構

- (一) 精英決策理論認為一般民眾之政策意見是理性無知、矛盾衝突及飄浮善變，若以民意調查方式所展現或測量所得之民意，仍有一些潛在問題與限制，因之政府政策未必一定要符合透過民意所展現之多數民意。精英決策理論認為政治領導者之決策訊息主要來自精英而非一般民眾，政府之政策其實是由精英所制定，是符合精英理論而非民眾之意見。政府政策與精英意見較為一致，除政府於決策過程中受到精英意見之影響外，另有一種可能是精英對政府提出之政策有較高理解與認同度 (Dye, 1998, 99.320-321)。抑有進者，由於精英有較充分之專業與訊息，對公共事務較為關注，亦較有能力深入探究政策之深層邏輯與利弊得失，其顯較一般民眾更能瞭解政府對公共事務處理之立場與措施，體諒政府於政策制定時所面對諸多限制，因之對政府政策有較高認同感，致使精英意見顯較民眾意見為佳，在與政府政策間有較高之一致性。
- (二) 醫療衛生行政菁英對公共政策之制定與執行較有深遠之影響，早已成為不爭之事實 (Aberbach, Putnam & Rockman, 1981; Aberbach & Rockman, 1988; Campbell, 1988; Wilson, 1989; Levine, Peters & Thompson, 1990)。現代政府之醫療衛生行政菁英雖為法定決策者，然卻有實質決策權 (賴維堯, 1995)。公共政策之本質良窳，則往往取決於醫療衛生行政菁英，在其所執行政策過程中，其對諸多細節問題之取捨與裁量 (Pressman & Wildavsky, 1984; Mazmanian & Sabatier, 1990; Goggin et al, 1990)。爰此，醫療衛生行政菁英對其主管政策之意見是為本研究不可等閒視之、亦不能忽視之內涵。
- (三) 醫療衛生行政菁英對一般政策議題之意見，其乃是政府執政當局與學術界研究者所不能忽視。由於長年在官僚體系中歷練，醫療衛生行政菁英具有獨特專業經驗與宏觀思維，因之對公共政策有較高之評估能力 (Goodsell, 1994)。從事傳染病防治之醫療衛生行政菁英對疫情防範之熟稔度，在其一般政治溝通過程中，亦扮演著意見領袖之角色，因之在政策意見有向外擴散之乘數效果，頗值研究者所參採 (Weimann, 1994)。

伍、研究方法與步驟

一、研究方法

本研究方法係採質化研究，於研究設計時，以質化取向之文獻探討、調查研究與德菲法之焦點專訪等為要項，並依據檔案文件所蒐集資料，遴選取得願意提供豐富資料者為對象。然於研究過程中研究者認為，在訪談時有關資料蒐集方法對研究精準之影響深遠且鉅。

(一) 文獻探討 (Literature Survey)

為瞭解傳染病防治之概念，乃自中、外學者論著中加以探究，並就理性觀點與科學方法為之，輔以流行病學、傳染病流行病學、實驗流行病學、醫院管理學、公共衛生學、生物統計學及公共政策等相關理論加以研討，以明其義。

(二) 調查研究 (Survey Research)

研究者曾在衛生機關任公職 18 年，亦曾兼任國立空中大學擔任公共政策面授教師 12 年，因之分別以醫療衛生行政與公共政策層面設計本研究訪談大綱，利用前年之寒、暑假期間走訪高、屏縣、市政府衛生局、疾病管制處及各鄉、鎮、市、區衛生所與各公、私立醫院感染科，以及行政院衛生署疾病管制局等主管級以上人員而以無記名方式，採以非結構 (Unstructured or Unstandardized) 式之直接訪問法 (Directed Interview)，即事先不以預定之表格、問卷定向標準程度親訪之，所得資料在每位受訪者之主觀經驗雖有別，然其建構思維亦有所不同狀況下，研究者特將資料彙整後再進行比對分析，以臻調查結果之完善。

(三) 焦點專訪 (德菲法專家意見調查)

研究者將上述訪談所得資料，加以研究發現癥結之所在，並據為研擬政策，後再針對被訪者所提資訊完成複查，且進行專家意見之焦點造訪，務求被訪者之認同與提供更深入之資訊，俾作為研究者撰寫成果之應用。

二、研究步驟

- (一) 蒐集有關文獻，並訪問傳染病防治之學者、專家而確立研究方向，據以擬訂本調查研究大綱。
- (二) 比較研究國內、外有關傳染病防治問題處理之相關文獻。
- (三) 實施訪問調查，期以收集思廣益之效果。
- (四) 蒐集問卷調查表，並作統計與分析其結果。
- (五) 撰寫本文初稿並修正。

陸、研究結果發現與政策興革建議

本研究調查除以國內、外文獻之理論與實務為基礎外，並就理性觀點之科學方法加以釐訂大綱，針對傳染病防治採以無記名方式親訪有實務工作經驗之醫療衛生行政精英份子，前、後歷經一年之寒、暑假期程，被訪談者計有 199 人次，初得資料有 378 項，其經統合彙整，力求廣徵博引，分類排比，辨其異同，究其得失後；次再以焦點專訪之專家、學者計有 27 人次，複查資料結果後，其有關傳染病防治研究結果發現計有六項，傳染病防治政策興革建議計有十二項，茲就其內涵分別敘述臚陳於下：

一、研究結果發現

- (一) 落實全國性傳染病防治體系之建置。

在國家整體人力資源有限情況下，政府鑑於施政之輕重緩急，輒會有效調度分配人力預算與資源。爰此，建設成效不留痕跡，但卻是維護國人健康最重要之

防疫人力與經費，終將不敵立竿見影政務官所喜好之土木興建工程建設，而預算大幅受限，包括人才延聘亦受限於人事進用法規諸多限制，致防疫成效受到限制。中央為推動傳染防治政策，依法制定「傳染病防治法」據為推行，行政院衛生署疾病管制局為統合全國防疫政策，各縣、市政府分別特加成立疾病管制處（科），以專責推動「全國傳染病防治工作」，包括「設置全國傳染病防治通訊系統」、「成立中央疫情監控中心」、「協助地方機關加強傳染病防治設施」、「推動防疫業務資訊化（「全國性預防接種資訊系統推廣建置」）、「強化現有疫情防治體系」、「提升傳染病治療機構硬體設施（負壓隔離病房設置）」、「提升防疫機關檢驗設備及能力」、「院內感染控制體系」、「感染症醫療之醫療資源分布及整備」、「邊境檢疫體系」及「強化衛生教育宣導工作」等全國性防治體系與政策，同時督導、輔導地方政府執行防疫工作，以防止傳染病危害人民健康，確保國人生命安全，體制分工正確，然時下雙方均為人力經費所困，致而均無法落實防疫工作之遂行。

（二）建構全國衛生教育政策溝通平台。

台灣防疫工作，不論是疫病監測、研究檢驗及專業人才絕對不比先進國家遜色，且代代有新人相互傳承，隨時有應戰準備。國內防疫體系於 SARS 疫情過後，不論是傳染病資訊、流行病分析、微生物病毒變異掌握及檢驗技術等皆大有所精進。就以因應 2009 年間新型流感大流行以觀，國內能於第一時間就掌握訊息，且基於以往數年之準備，迅速採取行動，數日內就完成建立新病毒檢驗技術，同時執行一連串之防疫措施，大流行結束後，相較各國新型流感死亡率明顯顯示，台灣防治成效絕對不比先進國家遜色。中國大陸近年來在傳染病防治領域雖有進展，不論是流感、H5N1 禽流感、或是腸病毒 71 型等相關疫苗及研究皆有表現，然而中國大陸在愛滋病、結核病等很多傳染病之問題上，卻仍面臨嚴峻挑戰。未來新興與再浮現傳染病勢，將不斷對人類健康帶來威脅，防疫先進同儕深知此項風險與加強整備工作之重要性。然目前國內雖無禽流感疫情，但低病原性禽流感病毒之演化潛勢，確實值得國人重視，並持續作好各項防疫整備。

公共衛生之願景其實很簡單，即是「健康台灣」一許給全民健康安全人生，但是欲達到此願景，則必須全民一起投入，方能達成。對健康人生之教育者，社區大學即是結合教育平台，訓練更多人力投入公共衛生領域，例如於 921 震災之後，行政院衛生署疾病管制局中區分局進駐災區，針對組合屋之居住問題、預防接種及傳染病防治等工作之推動，使得國外對於國內災區疫情爆發之疑慮，不攻自破。因此研究者期望能建構出國內防疫人才培訓制度、資料庫及民眾衛生教育政策溝通平台，重點工作在於推動社區防疫工作。傳染病防治工作是需要大家通力合作無間，若僅仰賴政府單位之公共衛生人力實不足以應付，因此公共衛生在社區大學結合社區之力量，打造公共衛生教育平台，是一股強大力量，實頗值全台灣地區各縣、市政府儘速參採建置，據為配合辦理。

（三）落實全民一起參與傳染病防治工作。

「傳染病」之特性，其乃具有高度「公共性」疾病模式——有福同享、有難同當及接觸者難以置身事外，其此特性具有引入「公共衛生監測系統」之重要性。

即以香港禽流感為例，說明當時正因香港具有一套完備縝密之監測系統，使得 1997 年間香港禽流感流行時，得以迅速發現、控制疫情。傳染病防治若僅給民眾專業知識，使民眾配合政策之宣導是有其不足之處。因之衛生主政者應有更大耐心去傾聽社區基層民眾聲音、與民眾溝通，或有更大空間使民眾參與，則傳染病工作才能趨於更加落實。

(四) 打造社區全力動員參與建構傳染病防治網。

在台灣地區實施結核病患 DOTs 計畫，其最困難是觀察員人力之不足，以往觀察員主要是由衛生所公共衛生護士及其家屬擔任，現在則主要為失業人口、少數為病友會及志工擔任；針對一直短缺觀察員人力之問題，未來應強化衛生所人力與擴大非營利組織人力參與。由透過非營利組織參與結核病 DOTs 計畫，以強化衛生所人力及擴大非營利組織人力參與。非營利組織參與結核病 DOTs 計畫，可以利用社區健康營造架構，將資訊平台設置在衛生所，以協助衛生局、所完成個案服藥管理。將社區防治傳染病之可能往前推動一大步，使非營利組織與政府合作藍圖更為落實。社區藥局對於結核病 DOTs、登革熱、環保藥袋等項目之貢獻，是不容忽視。因社區藥局是對民眾健康努力貢獻之一員。強調各種活動介入必須與社區需求真正契合，不應該一味強調知識傳輸，而應透過誘發民眾健康概念，在當概念被誘導出後，再投入民眾所好知識加以傳播，則可達到意想不到效果。以校護協會組織經驗出發，強調組織內成員之聯繫，並且以議題動員、參與立法修法，以保護校護之專業展現，從而培養出校護內部緊密凝聚力，以喚起護理人員之警覺心。期盼公共衛生教育在社區大學所培育出種籽師資得以傳播，以共同推動執行各縣、市政府衛生局、所各種衛生教育宣導或業務內容，齊力共同改善社區健康，發掘出更多社區草根力量，以建構傳染病防疫網絡，期使社區動員更為緊密完善。

(五) 傳染病防治經費與人力不足，有礙防治工作之遂行。

台灣地區在傳染病防治實務上，中央與地方公共衛生體系之結構與配合度甚佳，基層防疫人員對自身防疫表現與信心，亦多持肯定態度，若能即時充實各縣、市政府衛生局、基層衛生所之防護與人力經費需求，並給予完整防疫教育訓練與經費支持，以配合中央制定政策之有效可行，且具前瞻性之防疫政策，則各縣、市政府衛生局、所之防疫功能將大獲提升。爰此，為增進民眾對防疫政策配合度，政府機關亦應利用現有教育體制，並善用媒體加強民眾教育，以增進民眾對疫情之瞭解與危機意識，輔以法規行政裁處，以增強民眾對執行防疫工作之配合度。各縣、市政府衛生局、所是實際執行社區健康之照護站，亦是防疫最前線，是國家防疫體系中最重要防線，防疫人員與國人共同歷經全球性 SARS、H1N1 疫情，以及南台灣地區每年特有之登革熱疫情洗禮，同時面對結核病與愛滋病蔓延於無形而殘害國人健康之情況，有關政府更應針對基層防疫人力與經費之困窘問題上，亦即中央與各縣、市政府在預算上實應及早編足一定比例之總預算額度，以因應未來更多新型傳染病疫情之挑戰。

(六) 新冠狀病毒列第五類法定傳染病。

行政衛生署疾病管制局為因應最近中東出現新型冠狀病毒疫情，乃於 2012 年 9 月 27 日召開專家諮詢會議，決定依目前疾病流行資訊進行評估，現階段疫情對國內風險屬「低度風險」，並決定將此疾病定名為「新型冠狀病毒呼吸道重症」，同時公告為第五類法定傳染病，於醫師發現疑似病例時，應於二十四小時內通報衛生單位。會議亦針對「新型冠狀病毒呼吸道重症」臨床條件進行確認，其臨床症狀可能包括發燒（大於 38 度）及咳嗽，具有應住院治療或臨床放射線診斷學上顯示下呼吸道侵犯或浸潤，且無其他可替代診斷能完全解釋疾病。行政院衛生署疾病管制局將持續加強國際疫情蒐集，視國外疫情發展，適時調整應變作為，同時呼籲最近曾至沙烏地阿拉伯或卡達地區旅遊者，如出現呼吸道症狀或有發燒症狀者，除應配戴一般外科口罩，並應儘速就醫，且主動告知醫護人員個人之旅遊史，洵屬一大創局。

（七）若無禁忌症者，則應按時接種疫苗。

所有疫苗之共同禁忌症為：曾經接種疫苗後產生嚴重立即性休克過敏反應者，以及兒童身體狀況存有中、重度急性感染症病程伴隨發燒症狀時，始應等待症狀減輕後再接種。

於 2003 年間針對 696 個氣喘兒童所做一項研究，以及 2009 年間文獻回顧接受化學治療之兒童中發現，接種流感疫苗後，並未出現哮喘病情有惡化傾向，且亦未出現安全性質疑。

依世界衛生組織與學界看法，罹患各種慢性病之幼兒，感染病毒、細菌後發生合併症之危險性，較一般健康兒童來得高，因之除非有明確之疫苗禁忌症，皆應按接種時程加以接種疫苗以預防傳染病。

祇要是經過醫師評估後，若無禁忌症與不適合接種情形時，則皆應按時接種疫苗，如延遲接種疫苗反而將使幼兒錯失保護力。

二、政策興革建議

（一）國家衛生院感染症與疫苗研究所應適時積極尋求國際合作研發疫苗。

疫苗預防接種是預防傳染病發生最好與最有效之方法，祇要是安全、有效及可行之傳染病疫苗，如流感、肺炎雙球菌、日本腦炎、MMR 及 B 型肝炎等皆應排除萬難全面推動施打，自 2013 年度起中央更應將結合型肺炎鏈球菌疫苗列入幼兒常規疫苗接種，以符民意與防疫需要；目前尚無有效疫苗之傳染病如腸病毒、登革熱等疫情，在中央與各縣、市政府除應積極防治以降低其損害外，中央更應積極開發或尋求國際之合作，早日研發誕生疫苗，以造福人類。

（二）對登革熱與結核病防治工作，政府應再充足挹注足夠經費與人力。

傳染病是不可抗力之天然疫病，特別是在南台灣地區才會流行之傳染病-「登革熱」，是地方特有傳染病，國人不應以病例發生多寡，加以評論各縣、市政府防疫成效，否則將嚴重打擊在基層從事防疫工作同仁之辛勞與士氣，除非在防疫過程中有明顯疏誤應加以導正外，反而於預防與疫情發生時，應充足給予執行防疫工作所必要人力與經費之支持與鼓勵，否則將更加速有志於防疫工作專業人才之流失。

另五都於縣、市合併後，地方幅員廣大，然防疫人力並未一併增加，因勞工委員會擴大就業方案停辦或未補助政府機關，使得地方防疫能量更加受限。爰此，勞工委員會應考量地方政府需求，因地制宜受理就業方案，以輔助相關人力，俾利地方政府決解在防疫時缺乏人力之問題。行政院衛生署更應充分挹注地方充足之人力經費，特別是區域性特有傳染病，如南台灣地區登革熱防治經費，以及山地偏遠地區結核病防治人力與經費。

(三) 各醫療院、所應落實疫情監測、通報與診治之積極作為。

在疫情監測、通報與診治上，其更應給予醫療院、所及開業醫師更多之健保政策性鼓勵，對通報確診為法定傳染病之醫事人員，除給與個人實質獎勵外，檢診治療給付得以加成計費支給；法定傳染病患者門診、住院之健保醫療費用申報，其更應排除醫療院、所申報健保總額醫療費用給付額度之外，以鼓勵醫事人員積極通報，及早發現潛在傳染病，以利快速防疫與即時控管疫情，亦使患者獲得完善之醫療照顧，以確保國人健康。

(四) 傳染病防治工作應首重全民共同參與。

傳染病防治工作絕非僅靠衛生單位可以獨自克盡厥功，乃應在中央跨部、會分工合作，在各縣、市政府亦更應跨局、處、會以協調分工，尤其在人力、預算上更應比照教育預算，亦即在中央與各縣、市政府編列一定比率額度之年度預算。在教育體系上應於國中、小學學程中列入一定時數之傳染病防治教育課程；在財經體系上特別是閒置國有土地、眷村髒亂、無人管理及地方單位又怠於管理（如國有財產局各區辦事處，國防部各區軍團）之地方，其影響環境衛生甚鉅，中央部、會應嚴格訂定所屬土地財產管理及其維護作業流程，並責由指定單位督導，而其怠職人員亦應依規定辦理懲處。

(五) 對傳染病防治工作之違規處罰應兼具教育與嚇阻功能。

在傳染病防治法上，對輕度違規裁罰金額部分，中央應適度修訂可行，且有助於導正之行政處分金額。如違反傳染病防治法第 25 條之查獲病媒蚊孳生源裁處金額為新台幣 3,000 元起至 15,000 元，其常因額度過高，經濟弱勢族群又較常違規，因而衍生諸多社會、民意及呆帳問題。因而中央應仿倣未戴安全帽之行政處分額度，建請裁處金額修訂為新台幣 500 元起至 1,500 元，俾利公權力落實執行，處罰兼具教育與嚇阻功能。

(六) 愛滋病治療用藥費用建請政府應納入全民健保支應，以及愛滋病與結核病防治應有專責醫療機構辦理。

愛滋病與結核病之無聲蔓延，常被政務官與防疫主政單位所弱化，其嚴重程度亦常於國人笑談中淡化。愛滋病與結核病均是潛伏期長、隱密性高之傳染病，其雖未被發現、未接受檢查或未發病，其並不代表毫無問題，然卻可能已嚴重在蔓延，今由於其治療用藥費用高占大部分之防疫經費，且預防經費更是不成比例。因而建請行政院衛生署應將愛滋病之治療用藥費用納入全民健保支應，以有效抗制愛滋病蔓延；以及基於人權與愛滋病防疫考量上，開放性產業專區與同性婚姻合法化，此乃值得國人對此政策有所討論，其看不到病患並不代表不存在或

者更氾濫，如能在台面上善加輔導與做好管理，勢將是更有保障。

針對以年輕同性戀族群為主之新趨勢，政府與民眾應嚴肅對待，提出新觀念與新生物醫療藥物進行提供同性戀族群。

愛滋病與結核病是特殊疾病，以往中央與各縣、市政府均設有性病與慢性病或胸腔病等結合醫療與防治之專責機構，以專司該等特殊傳染病之醫療與公共衛生防治工作，然卻於 2001 年間起即已裁撤該等專責單位，將該等特殊傳染病納入一般疾病，乃在一般醫療體系診療至今，其政策改變頗值商榷之餘地。

(七) 對各新興傳染病應適時成立專責研究中心。

台灣地區經常有登革熱、腸病毒及日本腦炎病毒所引起之疫情發生，政府實有必要落實在國家衛生院成立一專責研究中心，統籌規劃與台灣有關病毒之研究，以及妥善研擬公共衛生政策，並且在各大醫院之醫學中心加強訓練感染科醫師執行第一線傳染病感控之防疫工作，將傳染病之預防、治療及研發結合為一，俾利提出抵抗與撲滅各種病源之有效對策。

(八) 新型冠狀病毒呼吸道重症列為第五類法定傳染病具有實質意義。

行政院衛生署疾病管制局將「新型冠狀病毒呼吸道重症」列為第五類法定傳染病，一時之間，國內如同再度籠罩在 SARS 陰影下，其實目前資訊，並未顯示此病毒有立即造成威脅之趨勢。併發呼吸道重症並非 SARS 或流感之專利品，應知所有感冒病毒皆可能併發重症，祇是發生率較低，感冒最常見原因，有多達 100 多種鼻病毒與可能有數十種之多冠狀病毒，類此病毒皆可能破壞呼吸道黏膜，使呼吸道本有之細菌伺機侵入人體作亂。

芬蘭於 2011 年間發表一篇研究報告，發現大家所認為發病輕微之鼻病毒感染，其流行曲線與嚴重肺炎鏈球菌感染一致，其顯見包括鼻病毒在內之感冒病毒皆有併發重症之可能。又如於近二年間，台灣地區有許多兒童罹患腺病毒重症而死亡，其中有些可能是病毒直接破壞呼吸道，但很多則是併發細菌感染。如果冠狀病毒重症需要通報，則幾乎所有呼吸道病毒併發重症，皆應該通報才對。

世界衛生組織所指新型冠狀病毒，是於 2012 年 9 月間在英國發現一名曾經去沙烏地阿拉伯旅遊之重症病患，經過病毒基因比對之後，發現該病患冠狀病毒，與今年初有位沙烏地阿拉伯肺炎死亡病患病毒相同。如果此冠狀病毒有引起大流行之虞，其不應該於間隔數月後才發現此二位病患。

既然冠狀病毒偶而會引起重症，將之列為法定傳染病，部分新聞媒體稱之為「似 SARS 病毒」，其實大有誤導之嫌。

此一事件對衛生單位最大啟示，並不是馬上要啟動防疫機制，而是必須注意所有感冒皆可能併發重症之事實，一般民眾常以為，感冒祇是喉嚨發炎，殊不知有些會進展成肺炎、敗血症等重症，感冒絕不能祇看診喉嚨即可，身體完整檢查才能早期發現重症，並即時治療。因而對十八歲以下兒童之感冒，則應由受過完整訓練之兒科、專科醫師診治較妥。

(九) 對醫療人員之院內感染應慎重有效處置。

醫療人員之院內結核病感染可能嚴重被低估，除非醫院當局已實施一套優質

之結核菌素測試計畫，加以偵測得其結論為正確資訊。然結核病最主要預防方法是早期偵測與治療患者，以及採負壓隔離病室隔離開放性肺結核病人，如此始能有效減少潛藏性院內肺結核病感染。

從事醫院感染管控工作人員，其皆應體認一項事實，亦即院內感染發生率經常會被低估，較有經驗之感管人員或許會立即想到感染率被低估之原因，其可能與醫院選擇何種監測方法、投入多少感控人力及感控人員之能力與素質有密切正相關性。孰不知尚有諸多其他因素同時亦能影響院內感染個案之判斷或收案，以致使院內感染發生率偏低；類此因素無症狀之感染、潛伏期較長、難以或缺診斷、住院天數很短、病人身上各部位之疑生菌或疑似院內傳播之傳染，以及無法辨識是院內感染或社區感染。爰此，將上述各種可能原因與實例詳加陳述，並提供相關人員參考，期使相關人員於平常工作中能深入加以瞭解類此情況是否存在，若類此情況存在時，則更應該設法謀求改善，俾利發掘更多之潛藏性院內感染，務求真實反映醫院之院內感染實際情況，而加以澈底決解，以杜絕院內感染之發生。

(十) 建立「感染管控、人人有責」之正確觀念，以深植人心。

由於血液與體液傳染之疾病，如愛滋病、B 型肝炎與 C 型肝炎，現已造成執行感染管制措施極大衝擊，邇來加上抗生素大量使用或被濫用結果，因而導致許多重抗藥性菌株出現，類此菌株使得住院病人之罹患率與死亡率再次攀升，然由於其致病能力或對環境污染能力有大幅增強，無形中使院內感染之傳播方式日趨複雜。爰此，使醫療人員所從事工作之環境充滿危險性，為除保護病患避免感染外，醫護人員更應瞭解如何保護自身，所以遵循各種防護措施不容忽視、亦不可掉以輕心，其中以洗手是最為簡單、最有效之方法，但如何落實正確洗手技術並執行之，其可能必須加強相關在職教育，期使工作人員能建立「感染管控、人人有責」之觀念，務求達到感染管控絕對而圓滿成效。

柒、結論

傳染病防治涵蓋預防與治療工作。預防乃指於疫情發生前之政策執行，即防疫首重政策之落實；治療則主要在確保生命之延續。行政院衛生署落實全國性傳染病防治體系之建置、建構全國衛生教育政策溝通平台、落實全民一起參與傳染病防治工作、打造社區全力動員參與建構傳染病防治網、國家衛生院感染症與疫苗研究所應適時積極尋求國際合作研發疫苗、各醫療院、所應落實疫情監測、通報與診治之積極作為、對傳染病防治工作之違規處罰應兼具教育與嚇阻功能、對各新興傳染病應適時成立專責研究中心、對醫療人員之院內感染應慎重有效處置及建立「感染管控、人人有責」之正確觀念，以深植人心。

傳染病防治政策乃在於興革觀念與創新，其應建立在國內、外成功之傳染病防治經驗上，以及全球化之整合架構下，以逐步漸進方式、廣泛及細緻擬定政策之規劃與執行，並在充分協調溝通之環境中，結合各個有關部門與公、私立醫療機構間共同通力合作，將資源整合，作最充分而有效利用，同步發展預防、治療

方法及研發管制措施，即將公、私立衛生行政機關與醫療院、所快速統合，並密切與世界各國聯繫合作，以達「防疫無時差」、「防疫無國界」、「防疫專業化」及「防疫在地化」之境地，此乃為本研究目的之所在。

參考文獻

一、中文部分

- 行政院衛生署疾病管制局 (2012), **生物病原災害防救業務計畫**, 3 版, 台北市, 2012 年 7 月。
- 行政院衛生署疾病管制局 (2011), **傳染病標準檢驗方法手冊(上、下冊)**, 台北市, 2011 年 09 月。
- 行政院衛生署疾病管制局 (2011), **傳染病統計暨監視年報**, 台北市, 2011 年 12 月 22 日。
- 行政院衛生署疾病管制局 (2011), **因應流感大流行執行策略計畫**, 3 版, 台北市, 2011 年 11 月 22 日。
- 行政院衛生署疾病管制局 (2011), **登革熱防治工作指引**, 台北市, 2011 年 7 月 8 日。
- 行政院衛生署疾病管制局 (2011), **2011 全國防疫專家會議實錄**, 台北市, 2011 年 6 月 24 日。
- 行政院衛生署疾病管制局 (2011), **認識流感疫苗**, 台北市, 2011 年 5 月 23 日。
- 行政院衛生署疾病管制局 (2011), **結合病診治指引**, 4 版, 台北市, 2011 年 4 月 8 日。
- 行政院衛生署疾病管制局 (2012), **季節性流感防治工作手冊**, 台北市, 2012 年 10 月。
- 林金絲 (2005), **實用傳染病防治學**, 台北, 華杏二版, 二刷。
- 林清山 (2012), **心理與教育統計學**, 台北市, 東華書局。
- 徐明達 (2005), **禽流感大戰疫**, 台北: 時報文化, 初版。
- 陳品玲 (2010), **流行病學概論**, 台北: 華杏, 2 版。
- 陳建仁 (1999), **流行病學: 原理與方法**, 台北: 聯經。

二、外文部分

- Aberbach, J.,R. Putnam. & B.Rockman.1981.*Bureaucrats and Politicians in Western Democracies*. Cambridge: Harvard University Press.
- Adalja AA, Sell TK, Bouri N, Franco C. (2012): *Lessons learned during dengue outbreaks in the United States, 2001-2011*. Emerg Infect Dis. 2012 Apr; 18(4):608-14.
- Askarian M, Yadollahi M, Kuochak F, Danaei M, Vakili V, Momeni M (2011): *Precautions for health care workers to avoid hepatitis B and C virus infection*. Int J Occup Environ Med. 2011 Oct;2(4):191-8.
- Baussano I, Nunn P, Williams B, Pivetta E, Bugiani M, Scano F. (2011): *Tuberculosis among health care workers*. Emerg Infect Dis. 2011 Mar;17(3):488-94.

- Campbell,C.1988.“*Review Article: The Political Roles of Senior Government Officials in Advanced Democracies.*”*British Journal of Political Science.*18:243-272.
- Chiu CH, Su LH, Chu C.(2004): *Salmonella enterica serotype Choleraesuis: epidemiology, pathogenesis, clinical disease, and treatment.* *Clin Microbiol Rev.* 2004 Apr;17(2):311-22.
- Darville T, Hiltke TJ. (2010): *Pathogenesis of genital tract disease due to Chlamydia trachomatis.* *J Infect Dis.* 2010 Jun 15;201 Suppl 2:S114-25.
- De Cock KM, Jaffe HW, Curran JW. (2011): *Reflections on 30 years of AID S.**Emerg Infect Dis.* 2011 Jun;17(6):1044-8.
- Dye.T.R.1998.*Understanding Public Policy.*9ed.Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Falagas ME, Matthaiou DK, Rafailidis PI, Panos G, Pappas G. (2008): *Worldwide prevalence of head lice.* *Emerg Infect Dis.* 2008 Sep;14(9):1493-4.
- Goodsell,C.T.1994.*The Case for Bureaucracy: A Public Administration Polemic.* 3ed.Chatham,NJ:Chatham House Publishers,Inc.
- Gottlieb SL, Berman SM, Low N. (2010): *Screening and treatment to prevent sequelae in women with Chlamydia trachomatis genital infection: how much do we know?* *J Infect Dis.* 2010 Jun 15;201 Suppl 2:S156-67.
- Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. (2011): *A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs.* *J Infect Dis.* 2011 Jul 1;204(1):74-83.
- Hsueh PR, Lin CY, Tang HJ, Lee HC, Liu JW, Liu YC, Chuang YC. (2004): *Vibrio vulnificus in Taiwan.* *Emerg Infect Dis.* 2004 Aug;10(8):1363-8.
- Huang CC, Jong MH, Lin SY. (2004): *Characteristics of foot and mouth disease virus in Taiwan.* *J Vet Med Sci.* 2000 Jul;62(7):677-9.
- Kaufman J. (2011): *HIV, sex work, and civil society in China.* *J Infect Dis.* 2011 Dec 1;204 Suppl 5:S1218-22.
- Lessells RJ, Cooke GS, Newell ML, Godfrey-Faussett P. (2011): *Evaluation of tuberculosis diagnostics: establishing an evidence base around the public health impact.* *J Infect Dis.* 2011 Nov 15;204 Suppl 4:S1187-95.
- MacPherson DW, Gushulak BD, Baine WB, Bala S, Gubbins PO, Holtom P, Segarra-Newnham M. (2009): *Population mobility, globalization, and antimicrobial drug resistance.* *Emerg Infect Dis.* 2009 Nov;15(11):1727-32.
- McDonald LC, Simor AE, Su IJ, Maloney S, Ofner M, Chen KT, Lando JF, McGeer A, Lee ML, Jernigan DB. (2004): *SARS in healthcare facilities, Toronto and Taiwan.* *Emerg Infect Dis.* 2004 May;10(5):777-81.
- Pilcher CD, Christopoulos KA, Golden M. (2010): *Public health rationale for*

- or rapid nucleic acid or p24 antigen tests for HIV.* J Infect Dis. 2010 Apr 15;201 Suppl 1:S7-15.
- Pressman,j & A.Wildavsky. (1984) *Implementation*.3ed.Berkeley.
- Simons S, van Ingen J, Hsueh PR, Van Hung N, Dekhuijzen PN, Boeree MJ, van Soolingen D. (2011): *Nontuberculous mycobacteria in respiratory tract infections, eastern Asia.* Emerg Infect Dis. 2011 Mar;17(3):343-9.
- Tang KF, Ooi EE. (2012): *Diagnosis of dengue: an update.* Expert Rev Anti Infect Ther. 2012 Aug;10(8):895-907.
- Vanham G, Van Gulck E. (2012): *Can immunotherapy be useful as a "functional cure" for infection with Human Immunodeficiency Virus-1?* Retrovirology. 2012 Sep 7;9:72.
- Weimann,G.1994.*The Influentials : People Who Influence People.* Albany, NJ:State University of New York Press.They Do It. Basic Books,Inc.

A Reform Policy of The Infectious Diseases Preventions and Controls in Taiwan

Yuh-Chang Shu*

Abstract

Taiwan is situated in a subtropical region. Its natural environment suits various tropical infectious diseases to grow. The disease pattern changes gradually mostly due to the environmental reasons. Not only would the new plague segment take place, but also a native-type plague may break out. Prevention programs of the infectious diseases have been the focus of Taiwan health unit work. Due to the lack of the knowledge of infectious diseases preventions and controls technology, most people feel a strong need of sufficient medical resources and supports. The environmental hygiene and medical service systems are not satisfactory. The major threat of such a condition causes people fear from community in hygiene in terms of health. Therefore, hygiene epidemic prevention measure becomes urgent and necessary. Furthermore, modern diseases have gradually transformed into chronic diseases, and infectious diseases are no exception. Therefore, current infectious diseases preventions and controls technology again face new challenges. This study was done through visiting the medical and hygienic experts and scholars put forward the suggestions. To provide a central health control program so as to prevent and control infectious diseases are the main concern of this study.

Keywords: infectious diseases, public policy, infectivity, pathogenicity

* Associate professor, Tajen University

